

RAPPORT

Hvor høje er sundhedsudgifterne i Danmark?

Jes Søgaard | København | Februar 2014

Opsætning og layout af Christina Gry Paulsen

INDHOLD

1. Indledning og sammenfatning	4
<i>OECD Health Data</i>	<i>4</i>
<i>Hvor høje er danske sundhedsudgifter sammenlignet med andre lande?.....</i>	<i>5</i>
<i>Hvordan har udgiftsviklingen været over tid sammenlignet med andre lande?.....</i>	<i>6</i>
<i>Hvad indgår i de udgifter til sundhed, som sammenlignes landene imellem?</i>	<i>6</i>
<i>LTC = LTNC + LTSS: en sum af variable addender</i>	<i>8</i>
<i>Sundhedsudgifter med eller uden LTNC udgifterne?</i>	<i>9</i>
<i>Sundhedsudgiftssammenligning uden LTNC-udgifterne i rangordningen.....</i>	<i>9</i>
<i>Hovedkonklusionerne vedr. Danske Regioners tre spørgsmål</i>	<i>11</i>
2. Metoder og data	12
<i>Hvem vil vi sammenligne os med?.....</i>	<i>12</i>
<i>Sundhedsudgifter pr. indbygger og i procent af BNP</i>	<i>14</i>
<i>Justering for prisforskelle over tid og mellem lande.....</i>	<i>15</i>
<i>Missing data</i>	<i>15</i>
<i>Landene ændrer udgiftsdefinitioner og målemetoder</i>	<i>16</i>
<i>Hvad indgår i sundhedsudgifterne, som sammenlignes landene imellem?.....</i>	<i>16</i>
<i>Sundhedsudgifter med eller uden pleje- og omsorgsudgifter?</i>	<i>17</i>
3. Definition af udgifter til sundhed i OECD	20
<i>En lang og vanskelig vej til fælles retningslinjer.....</i>	<i>20</i>
<i>Udgifter til sundhed opdelt på kryds og tværs</i>	<i>21</i>
<i>Den funktionelle klassifikation: Hvad indgår i udgifter til sundhed og hvad indgår ikke?.....</i>	<i>22</i>
<i>Afsluttende bemærkninger</i>	<i>23</i>
4. Pleje- og omsorgssektoren som en gråzone	24
<i>LTC = LTNC + LTSS: En konstant sum med variable addender</i>	<i>24</i>
<i>Hvad skal med (LTNC) og hvad skal ikke med (LTSS) – når OECD opererer med to, måske tre definitioner?</i>	<i>24</i>
<i>Hvad tager landene så faktisk med som LTNC henholdsvis LTSS?.....</i>	<i>25</i>
<i>Grafisk tidsrækkeinspektion</i>	<i>26</i>
<i>Klassifikation af landenes indberetningspraksis vedr. LTNC udgifter</i>	<i>27</i>
<i>Sundhedsudgifter uden LTNC.....</i>	<i>29</i>
5. Revisioner af de danske sundhedsudgifter	31
<i>Den første og største tilpasning til OECD's retningslinjer – før de var nedskrevne</i>	<i>31</i>
<i>Den anden revision</i>	<i>32</i>
<i>Den tredje revision</i>	<i>32</i>
<i>Afsluttende om de tre danske revisioner</i>	<i>33</i>

6. Sundhedsudgifterne fordelt på HC-funktioner.....	34
<i>Præsentation af funktionsspecifikke sundhedsudgiftsdata for 34 lande ca. år 2011</i>	<i>34</i>
<i>Statistisk analyse af spredning i udgiftsdata</i>	<i>35</i>
<i>Analyse af graden af sammenhæng med GDP</i>	<i>35</i>
<i>Afsluttende om funktionsspecifikke sundhedsudgifter</i>	<i>36</i>
7. Sammenligninger af sundhedsudgifter med og uden pleje- og omsorgsudgifter	38
<i>Præsentation af data</i>	<i>39</i>
<i>Danske sundhedsudgifter inkl. pleje- og omsorgssektor (TEH) er høje – især målt som procent af BNP</i>	<i>39</i>
<i>Danske sundhedsudgifter uden pleje og omsorgssektor (HCE) er lave</i>	<i>40</i>
<i>Danske LTNC udgifter er meget høje</i>	<i>40</i>
<i>Afsluttende om de danske sundhedsudgifters størrelse i forhold til andre lande</i>	<i>42</i>
8. Udvikling i sundhedsudgifterne over tid 1971 til 2012.....	43
<i>Udviklingen i Nordvesteuropa – Gruppe 1</i>	<i>43</i>
<i>Udviklingen i Danmark sammenlignet med resten af de "gamle" OECD lande</i>	<i>46</i>
<i>Danske sundhedsudgifter i forhold til indkomstjusterede OECD udgiftsgennemsnit</i>	<i>47</i>
<i>En metodisk digression.....</i>	<i>48</i>
<i>Vækstrater i sundhedsudgifterne.....</i>	<i>49</i>
<i>Vækstrater på lang sigt (1970 – 2011).....</i>	<i>50</i>
<i>Vækstraterne på kortere sigt (2000 – 2011).....</i>	<i>51</i>
<i>Afsluttende om udvikling i sundhedsudgifterne over tid</i>	<i>51</i>
9. Sammenfatning, diskussion og konklusioner	52
<i>De statistiske svar på de tre spørgsmål fra OECD Health Data 2013</i>	<i>52</i>
<i>Hvor høje er danske sundhedsudgifter jf. OECD's Total Expenditure on Health?.....</i>	<i>52</i>
<i>Udviklingen?.....</i>	<i>52</i>
<i>Hvilke udgifter indgår i OECD's sundhedsudgifter?</i>	<i>54</i>
<i>Hvor høje er danske sundhedsudgifter og hvad er udgiftsudviklingen, når LTNC udgifter fratrækkes?.....</i>	<i>55</i>
<i>Er det bedre at sammenligne HCE end at sammenligne TEH?</i>	<i>55</i>
<i>Kan man så ikke bare blive ved at trække komponenter ud?.....</i>	<i>55</i>
<i>Brug af OECD's sundhedsudgiftsdata har været for ukritisk</i>	<i>56</i>
<i>Rapportens konklusioner</i>	<i>57</i>
Referenceliste	I
Appendix A	II
Appendix B	VI
Appendix C	X

1. Indledning og sammenfatning

Denne rapport skal besvare tre spørgsmål stillet af Danske Regioner vedrørende danske sundhedsudgifter sammenlignet med andre lande:

1. Hvor høje er de danske sundhedsudgifter sammenlignet med andre lande?
2. Hvordan har udgiftsudviklingen været over tid sammenlignet med andre lande?
3. Hvad indgår i de udgifter til sundhed, som man sammenligner landene imellem?

Alle søgninger vedrørende sundhedsudgifter i Danmark og andre lande refererer direkte eller indirekte til OECD som kilde. OECD, organisationen for økonomisk samarbejde og udvikling i demokratisk ledede lande med markedsøkonomi, er en velrenommeret international organisation, som hvert år udgiver mange analyse- og forskningsrapporter om de 34 medlemslandes økonomi og herunder også deres sundhedsøkonomi. Organisationens gør et stort arbejde for at tilvejebringe sammenlignelige nøgletal for landenes økonomi. OECD's nøgletal for sundhedsøkonomi findes i OECD Health Data.

I besvarelsen af ovenstående tre spørgsmål bliver det hurtigt klart, at der er én datakilde, og det er netop OECD Health Data. *Alle* refererer til sundhedsudgiftsdata i dette register. Det er de enkelte lande, der indberetter data til dette register, men landene opfordres til at gøre det efter fælles og standardiserede afgrænsninger, definitioner og retningslinjer, som især med System of Health Accounts publiceret i 2000 (OECD, 2000) blev meget fyldigt og detaljeret beskrevet i en rapport på ca. 200 sider. Det er de bedste internationale data for sundhedsudgifter, man har. Det er også de eneste data, man har.

OECD Health Data

Hvert år udgiver OECD en ny udgave af sundhedsdataregistret OECD Health Data for deres i dag 34 medlemslande. Registret indeholder sundhedsdata for de 34 lande fra helt tilbage til 1960 og frem til et eller to år før registrets udgivelsesår. Der er data for dødelighed, middel- og restlevetider og forskellige andre indikatorer for befolkningernes sundhedstilstand, herunder rygning, alkoholforbrug og overvægt. Der er data om beskæftigelse i sundhedsvæsenet, forbrug af lægemidler, andre ressourcer samt behandlingsfrekvenser. De hyppigst citerede og mest anvendte data fra registret er imidlertid landenes udgifter til sundhed, Total Expenditure on Health, TEH.

Registrets sundhedsudgiftsdata bruges til mange formål. OECD bruger selv data til at vurdere effekter og konsekvenser af forskellige måder at organisere landenes sundhedsvæsen på og alle mulige reformer heraf. Til sådanne formål er det vigtigt at have komparativt valide data for sundhedsudgifterne fra de lande, som vurderes og evalueres. Data bruges også hyppigt som en autoritativ kilde i international komparativ sundhedstjenesteforskning og klinisk epidemiologi, i både nyheds- og sundhedsjournalistik og af medlemslandenes sundhedsmyndigheder, som kan benchmarke egne sundhedsudgifter med nabolandenes.

Sundhedsudgifter fra OECD Health Data er måske de hyppigst citerede sundhedsdata overhovedet, da de bruges utroligt ofte i sundhedsøkonomiske, sundhedspolitiske og sundhedsfaglige sammenhænge, enten direkte eller som en eller anden objektiv reference.

Også i Danmark er der stor tillid til OECD's sundhedsdata og de danske sundhedsmyndigheder refererer hyppigt til OECD's udgiftsdata. Tidligere opgjorde de danske sundhedsmyndigheder egne tal for udgifterne i sundhedssektoren men i de senere år offentliggøres kun de data, som de danske myndigheder indberetter til OECD efter organisationens retningslinjer. Hvis vi ser på ældre data viser det sig, at der er stor diskrepans imellem data, som indberettes til OECD og myndighedernes egne tal. I notatet "Sundhedssektoren i tal" fra 2006 fremgår det, at i "2005 udgjorde de samlede sundhedsudgifter 90,7 mia. kr." (Sundhedsministeriet, 2006, p 6). Senere i notatet anføres de udgifter, som er indberettet til OECD. Disse er betydeligt højere: "De samlede danske sundhedsudgifter udgjorde ifølge OECD's standardiserede afgrænsning af sundhedssektoren

9 procent af BNP i 2003. Blandt de lande, der er medtaget i nedenstående tabel, ligger Danmark på et niveau, der svarer til andre lande, hvor en relativ stor ressource andel af samfundsøkonomien går til sundhedssektoren.” (p 23). 9 pct. af BNP 2003 svarer til 133 mia. kr. i sundhedsudgifter (2005 priser). Det giver en forskel på 42 mia. kr. eller 50 % mellem sundhedsmyndighedernes egne tal og OECD-tallene. I OECD Health data 2013 opgøres de danske sundhedsudgifter i år 2003 på en ny måde, og nu er udgifterne i 2003 øget med 7,4 mia. kr. til over 140 mia. kr. Ifølge samme register er udgifterne til sundhed i 2005 151 mia. kroner, hvor de danske sundhedsmyndigheder tidligere selv skønnede knap 90,7 mia. Den ene opgørelse er 60 procent større end den anden.

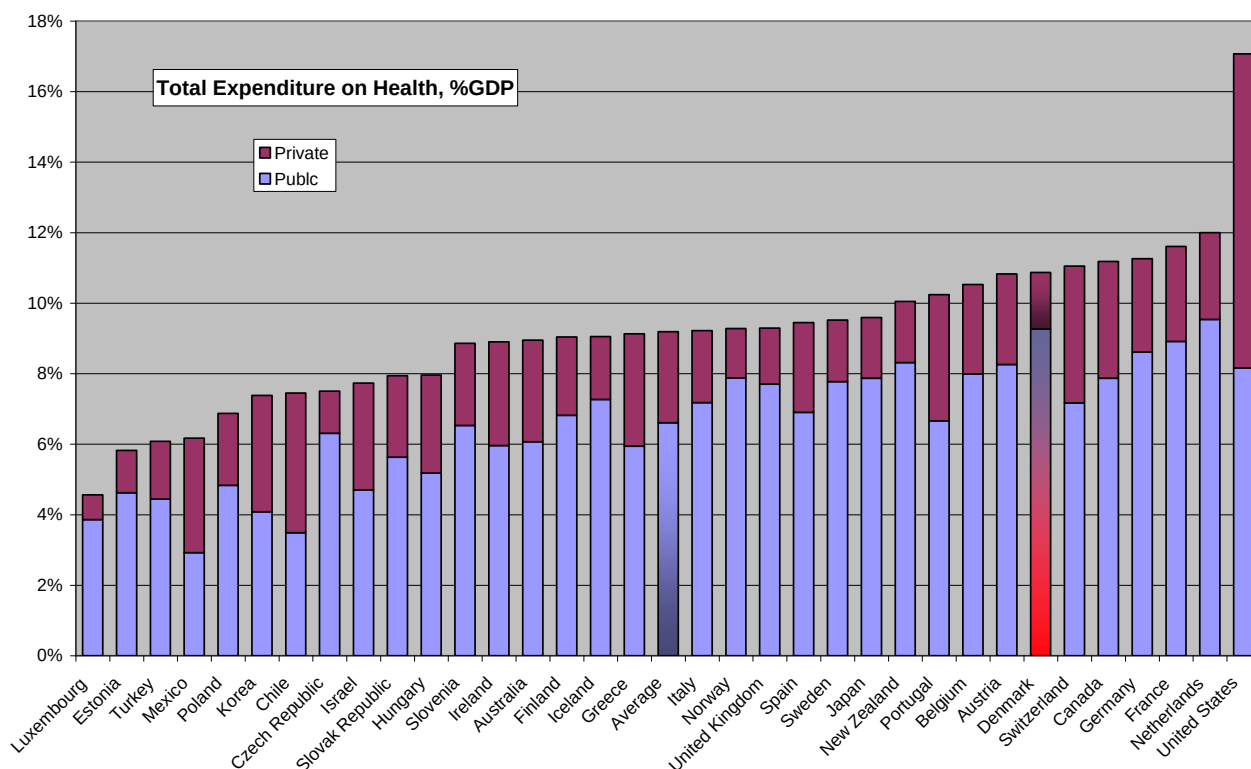
Det citerede notat forklarer ikke denne 60 mia. kroners forskel – det er jo ”ifølge OECD’s standardiserede afgrænsning af sundhedssektoren” og så synes nærmere forklaring overflødig. Dette er slet ikke atypisk. Det gælder også The Lancet, Journal of Health Economics, The Economist, Der Spiegel, The Washington Post, Politiken, Jyllands-Posten, Berlingske, EU-rapporter, rapporter fra mange andre landes sundhedsmyndigheder. Alle refererer til disse sundhedsudgiftsdata fra OECD Health Data som objektive kendsgerninger, som ikke kræver nærmere forklaring – nærmest som om det var temperaturmålinger.

Hvilke svar giver OECD Health Data om Danske Regioners to første spørgsmål?

Hvor høje er danske sundhedsudgifter sammenlignet med andre lande?

Figur 1.1 viser den typiske fremstilling af OECD’s sundhedsudgiftsdata for de 34 medlemslande rangordnet fra laveste til højeste og med gennemsnittet for alle 34 lande et sted i midten. Her vises sundhedsudgifter i procent af BNP, dvs. den andel af vores samlede nationale indkomst, som vi bruger på sundhed. Danske sundhedsudgifter i procent af BNP lå med 10,9 % i 2011 på en 7. plads blandt de 34 lande. USA ligger

Figur 1.1. Sundhedsudgifter i 34 OECD medlemslande i 2011 (procent af BNP) opdelt i offentligt hhv. privat finansierede udgifter



Kilde: OECD Health Data 2013. Egne beregninger. Danmark og Average (simpelt gennemsnit af 34 OECD lande) er fremhævet.

suverænt højest med 17,1 % og det har landet gjort siden 1982, hvor de overtog pladsen fra Danmark. Så kommer Holland med 12,0 %, Frankrig 11,6 %, Tyskland 11,3 %, Schweiz 11,2 % og så Danmarks 10,9 %, lige foran Østrig med 10,8 %. Danske sundhedsudgifter er forholdsvis høje og vi skal temmelig langt ned på listen, før vi finder de andre nordiske lande: Sverige på 13. pladsen med 9,5 %, Norge med 9,3 %, som giver en 16. plads, Island med 9,1 % og Finland med godt 9,0 % (helt nede på 19. og 20. pladserne).

Det er forståeligt, at de danske sundhedsmyndigheder lejlighedsvis gør opmærksom på de danske sundhedsudgifter som værende relativt høje, fx i citerede notat ovenfor og Sundhedsstyrelsen, 2010b, p 1. Hvorfor skal vore udgifter være 1½ - 2 procentpoint højere end sundhedsudgifterne i de andre nordiske lande? Et procentpoint svarer dog til ca. 18 mia. kr. hvert år! Norges placering kan i et vist omfang forklares af procentens nævner – altså Norges høje indtægter. Norge har med BNP pr. indbygger på US\$ 46.725 de næsthøjeste indtægter efter Luxembourg med US\$ 68.944. Danmark ligger i den sammenligning med US\$ 32.564 pr. indbygger på en 15. plads. De norske sundhedsudgifter opgjort pr. indbygger ligger med US\$ 4.338 pr. indbygger fjerdehøjest, hvor vi med vores US\$ 3.539 ligger på 9. pladsen, men nordmændenes BNP, nævneren i brøken, er 43 % højere end vores BNP, og det gør udfaldet, når der sammenlignes procenter. Endnu rigere Luxembourg ligger i midten med udgiftsniveau, men lavest i procent af BNP med 4,6 %, og noget over ligger Estland, Tyrkiet og Mexico, som bruger ca. 6 % af deres nationale indkomster på sundhed.

Indkomstforskelle kan imidlertid ikke forklare, hvorfor de danske sundhedsudgifter er så meget højere end de svenske og de finske.

Figur 1.1 viser også udgifterne til sundhed fordelt på offentligt finansierede henholdsvis privat finansierede sundhedsudgifter. Offentligt finansieret betyder her udgifter finansieret af enten skatter eller obligatoriske og hyppigt indkomstafhængige betalinger til sundhedsforsikringer. En relativ stor andel af de danske sundhedsudgifter er offentligt finansierede, og det betyder at vi ligger på en andenplads i sammenligningen af offentlige sundhedsudgifter i procent af BNP, med 9,3 %, lige efter hollandske 9,5 % og noget foran Frankrigs 8,9 % på tredjepladsen.

Hvordan har udgiftsviklingen været over tid sammenlignet med andre lande?

De danske sundhedsudgifter er relativt høje og sådan har det stort set været i al den tid, hvor man har sammenlignet udgifterne. Det fremgår af figur 1.2, at de danske sundhedsudgifter i 1971 lå endog væsentligt over gennemsnittet for både de nordvesteuropæiske lande og de gamle OECD medlemslande. De danske sundhedsudgifter var i 1971 efter OECD's udgiftsdata de højeste i verden og det var de frem til 1981, hvor USA som nævnt overtog dén position. Det ses, at danske sundhedsudgifter voksede langsommere end i andre lande og vi faldt tilbage på en 12. plads med 9,5 % i 2003, for så at stige til en 5. plads i 2009 med 11,5 % - i betydeligt omfang forklaret af et pænt fald i det danske BNP. De sidste par år har vi ligget på en 7. plads.

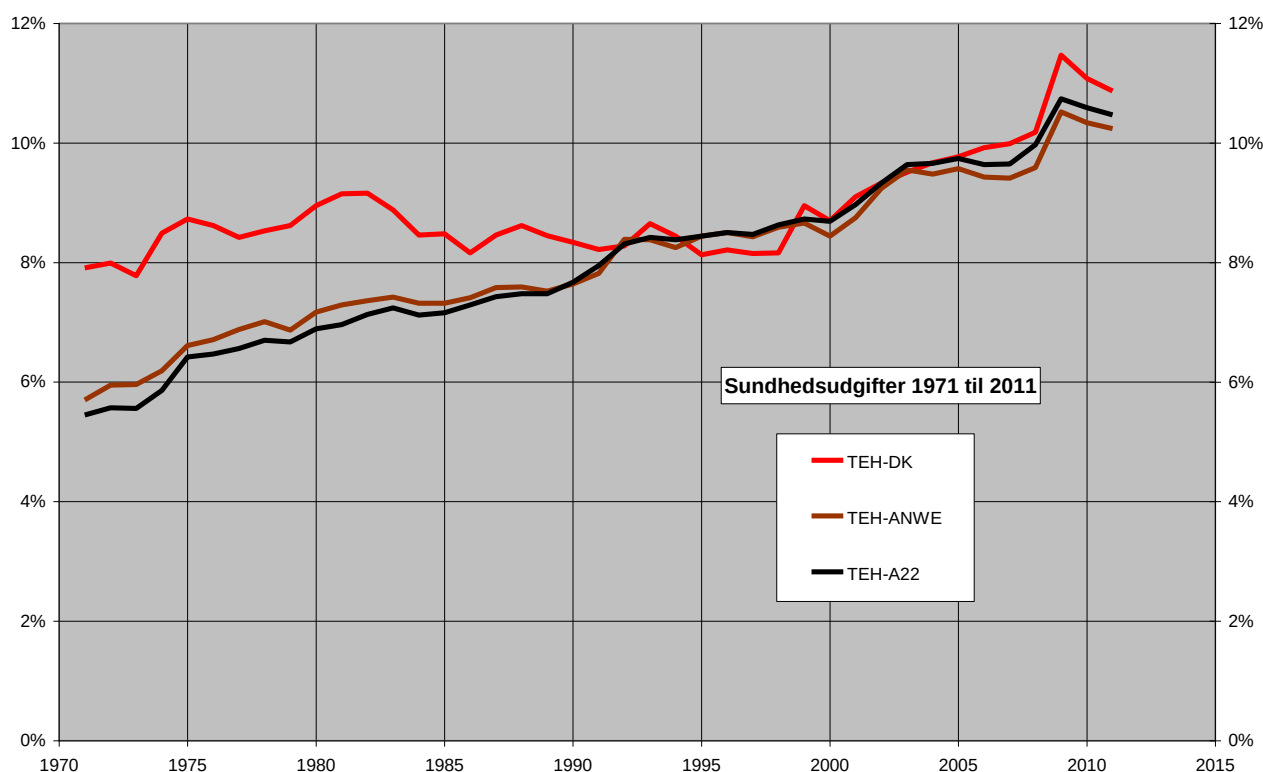
Den meget korte version af svarene på de to første spørgsmål om danske sundhedsudgifter er ud fra OECD Health Data: Højt niveau, lav vækst! Man kan også sige, at de danske sundhedsudgifter var i 70'erne verdens højeste men gennem verdens laveste vækst fra 1971 til 2011 faldt vi ned på en 7. plads blandt OECD's 34 medlemslande.

Hvad indgår i de udgifter til sundhed, som sammenlignes landene imellem?

Når data sammenlignes mellem flere forskellige lande er spørgsmålet om sammenlignelighed, komparativ validitet og international reliabilitet, naturligvis vigtigt. Sammenligningen er uinteressant og potentielt misvisende, hvis noget forskelligt sammenlignes. Tænk hvis det viser sig, at fx Finland og Sverige har meget lavere sundhedsudgifter end os, kun fordi de måler noget andet og snævrere end vi gør i Danmark? Det skal retfærdigvis nævnes, at OECD Health Data i data display funktionen konsekvent advarer imod lande-sammenligninger. Datas validitet er selvfølgelig brugerens ansvar og man kan starte med at beskrive, hvad

data og udgifterne består af. Det er faktisk ikke simpelt, og denne rapport's kapitel 3 til 6 handler direkte om dette spørgsmål og om datas komparative validitet.

Figur 1.2 Sundhedsudgifternes udvikling fra 1971 til 2011 i Danmark, Nordvesteuropa og alle 22 "gamle" OECD lande. Procent af BNP.



Kilde: OECD Health Data 2013. Egne beregninger. Anm. ANVW er simpelt gennemsnit af de otte nordvesteuropæiske landes sundhedsudgifter og A22 er simpelt gennemsnit af de 22 gamle OECD medlemslandes sundhedsudgifter (se figur 1.1 fra Irland og til højre eller se tabel 2.1. side 14)

Mange lande inkl. Danmark har haft en ret pragmatisk afgrænsning af sundhedsudgifter som bestående af udgifter til drift og investeringer i de traditionelle sundhedsinstitutioner og sundhedsydelser, dvs. forebyggelse og sundhedsfremme, udredning, diagnostik, behandling, sygepleje og rehabilitering ambulant og stationært på klinikker, sygehuse og andre institutioner samt af husholdningernes direkte forbrug af medicinske forbrugsgoder (lægemidler, terapeutiske instrumenter o.l.) medicinalvarer. Disse udgifter er også med i OECD's standardiserede afgrænsning af sundhedsudgifterne. En del lande har haft fælles udgiftsstatistik for social- og sundhedsvæsen, og herunder også inkluderet sociale udgifter til sygedagpenge og lignende indkomstoverførsler. Det har imidlertid ikke været vanskeligt for disse lande at udskille de sociale udgifter og tjenesteydelser og i det hele taget udgifter til aktiviteter, som ikke har et direkte sundhedsformål – et medicinsk og sundhedsfagligt indhold. Frem til fremkomsten af de standardiserede afgrænsninger i 2000 var der to store usikkerheder vedrørende sammenlignelighed af de sundhedsudgifter, som landene hvert år indberettede. Den en usikkerhed vedrørte afgifter, skatter, pensioner i lønudgifter o.l., som i forskelligt omfang måtte være inkluderet i sundhedsudgifterne. Den anden usikkerhed vedrørte gråzonen til pleje- og omsorgssektoren. Begge dele er forsøgt defineret i System of Health Accounts, OECD, 2000. Definitionerne vedr. afgifter, skatter m.v. er forholdsvis klare, om end det er mindre klart fra lantedokumentationerne i OECD Health Data, hvorvidt disse efterleves. Dette spørgsmål er ikke yderligere belyst i denne rapport. Fokus er på gråzonen pleje- og omsorgssektoren – i OECD terminologi Long-Term Care – forkortet LTC.

LTC = LTNC + LTSS: en sum af variable addender

Ifølge OECD's standardiserede afgrænsning skal visse dele af LTC med under sundhedssektoren og udgifter hertil medregnes som sundhedsudgift. Den del betegnes som Long-Term Nursing Care (LTNC). Sådan har det også været i flertallet af landenes egne definitioner, hvor *sygepleje* og herunder også hvad man kan kalde langtidssygepleje til ældre og andre med varige sygeplejebehov har været defineret som en sundhedsydelse og medtaget som sundhedsudgift. Sådan var det også i Danmark under den tidligere nationale definition af sundhedsudgifter. Den del af LTC, som ikke har et medicinsk eller sundhedsfagligt indhold, og som ifølge OECD's definitioner kun er sundhedsrelateret, men ikke direkte sundhedsproduktion, betegnes Log-Term Social Services (LTSS), kan indberettes som en særlig udgiftskategori til OECD Health Data, men skal *ikke* medregnes som sundhedsudgift.

Hvornår er pleje og omsorg (LTC) direkte sundhedsproduktion og medicinsk ("medical service including nursing care") og dermed LTNC og en del af sundhedsudgifterne? Hvornår er det kun sundhedsrelateret og dermed LTSS og *ikke* en del af sundhedsudgifterne? Den sondring er vanskelig, og det bliver ikke lettere af, at OECD i deres definitioner somme tider understreger det medicinske indhold (*medical*), som det definitionistisk karakteristiske for LTNC, somme tider sygeplejen (*nursing care*) og atter andre gange den personlige pleje. Tilsvarende uklarheder kendetegner definitionerne af LTSS.

OECD afgrænsning af LTC=LTNC + LTSS er uklar og konsistent tvetydig. Landene fortolker afgrænsningen meget forskelligt, hvilket betyder at landene medtæller forskellige andele af udgifter i pleje- og omsorgssektoren med under sundhedsudgifterne. Lad mig eksemplificere med Danmark og tre nære nabolande.

Danmark lægger i definitionen af LTNC vægt på, at OECD somme tider nævner ordet personlig pleje. Danmark medregner derfor al ældrepleje og den personlige pleje under hjemmehjælpen.¹ De danske LTNC udgifter udgjorde i 2011 2,5 % af BNP og 23 % af vores samlede indberettede sundhedsudgifter på 10,9 % af BNP. Danmark indberetter ikke udgifter på LTSS.

Sverige lægger i definitionen af LTNC vægt på, at OECD understreger ord som medical care og nursing care og medtager under LTNC udgifter til langvarig sygepleje, fysioterapi og lignende ydelser. De svenske LTNC udgifter udgjorde i 2011 0,7 % af BNP og godt 7 % af deres samlede indberettede sundhedsudgifter på 9,5 % af BNP. Sverige indberettede i 2010 udgifter på LTSS svarende til 2,9 % af BNP. OECD Health Data har siden 2010 ikke publiceret LTSS data.

Finland lægger i definitionen af LTNC vægt på, at OECD understreger ord som long-term og medical care, og inkluderer under LTNC hvad man kan kalde langtidsbehandling og også lægers og sygeplejerskers sygebesøg hos borgerne. Under LTSS inkluderer de ældrepleje, hospice og dele af hjemmehjælp. De finske LTNC udgifter udgjorde i 2011 0,8 % af BNP og 9% af deres samlede sundhedsudgifter på 9,0 % af BNP. Finland indberettede i 2010 udgifter på LTSS svarende til 1,2 % af BNP.

Storbritannien følger slet ikke System of Health Accounts men indberetter sundhedsudgifter efter deres egne nationale definitioner for sundhedsudgifter. Storbritannien indberetter således ikke på de forskellige sundhedsudgiftskategorier og dermed heller ikke på LTNC eller LTSS. I et enkelt år, finansåret 1999, 'eksperimenterede' Storbritannien med SHA'en og indberettede udgifter til LTNC svarende til godt 0,4 % af BNP. Dette beløb er sygeplejeudgifter på plejehjem drevet af det britiske National Health Service. Udgifter til den kommunale ældrepleje uden for NHS er ikke inkluderet i britiske sundhedsudgifter.

Fire lande. Tre forskellige fortolkninger af OECD's standardiserede afgrænsninger og et medlemsland, som holder sig til dets egne definitioner. Danmark, Sverige og Finland kan hver især med rette fastholde, at de følger OECD's standardiserede afgrænsning. LTNC udgiften er større i Danmark end i Sverige, Finland og

¹ En væsentlig del af den store forskel mellem de tidligere nationalt definerede sundhedsudgifter og de til OECD Health Data indberettede sundhedsudgifter er netop disse tilføjede pleje- og hjemmehjælpsudgifter fra den kommunale sektor. Derudover er moms og andre afgifter inkluderet i OECD sundhedsudgifterne og ikke de tidligere nationalt definerede.

Storbritannien, fordi vi anlægger en bredere definition end de tre andre lande, og i forhold til Finland og Storbritannien i et vist omfang også fordi vores ældreplejesektor nok også er lidt større.

Hvis LTNC var nogenlunde ens defineret og afgrænset i de forskellige lande, så var det sådan set fint nok at anlægge den brede definition, hvor større dele af pleje- og omsorgssektoren end lige sygeplejen indgår i sundhedsudgifterne. I et moderne sundhedsvæsen er der interaktion og en vis substitution mellem egentlige sundhedsydelser og pleje- og omsorgsydelser. Denne rapport viser imidlertid, at det ikke er lykkedes OECD og organisationens medlemslande at få en rimelig ensartet indberetning på LTNC og det er i høj grad selvforskyldt grundet uklare og tvetydige definitioner.

Denne rapport konkluderer, at den internationale reliabilitet af LTNC er meget lav grundet forskellige målestandarder i de 34 medlemslande. Det svækker den komparative validitet af LTNC og dermed igen af sundhedsudgiftsdata publiceret i OECD Health Data. Det giver en målefejl på OECD's sundhedsudgifter på ± 1 % af BNP.

Sundhedsudgifter med eller uden LTNC udgifterne?

Denne rapport foreslår, at det vil være mere sikkert og retvisende at sammenligne sundhedsudgifter uden de usikkert målte LTNC udgifter. Det kan lade sig gøre i dag, i modsætning til for 10 år siden, da et flertal af medlemslandene følger SHA'en og indberetter sundhedsudgifter i syv funktionelle udgiftskategorier og herunder HC.3 = LTNC. Rapporten kan ikke bevise statistisk, at sundhedsudgifter uden LTNC er mere komparativt valide end sundhedsudgifter med LTNC. Det skyldes tre forhold. For det første kan den slags validitetsspørgsmål ikke underkastes traditionelle statistiske test. Det er et spørgsmål om grader. For det andet er problemet med mit forslag, at jeg trækker noget usikkert målt fra noget. Hvad er værst – at bibeholde det usikre eller at fratrække det? Det tredje forhold handler om de mildest talt uklare og utilstrækkelige landebeskrivelser af, hvad de enkelte lande har inkluderet og ikke inkluderet under de forskellige udgiftskategorier.

I ovenstående sammenligning Danmark vs Sverige er det med sikkerhed bedre at sammenligne sundhedsudgifter uden LTNC. Når LTNC fratrækkes de finske sundhedsudgifter, så trækker vi udgifter til visse langtidsbehandlinger og hjemmekonsultationer fra, som i Danmark og andre lande vil være rapporteret under HC.1-2, som dækker behandling og rehabilitering. Jeg kan imidlertid ikke af de finske data se, hvor stor en andel af de finske LTNC udgifter, der udgøres af udgifter, som egentlig ikke skulle fratrækkes. Og for Storbritannien kan man jo ikke trække LTNC fra, fordi landets sundheds- eller statistikmyndighed ikke indberetter på den udgiftskategori. Så for Danmark og Sverige trækker vi de rigtige og rimeligt veldefinerede beløb ud ved subtraktion af LTNC, for Finland trækker vi lidt for meget fra og for Storbritannien trækker vi ikke noget fra men skulle måske trække ca. 0,5 % af BNP fra.

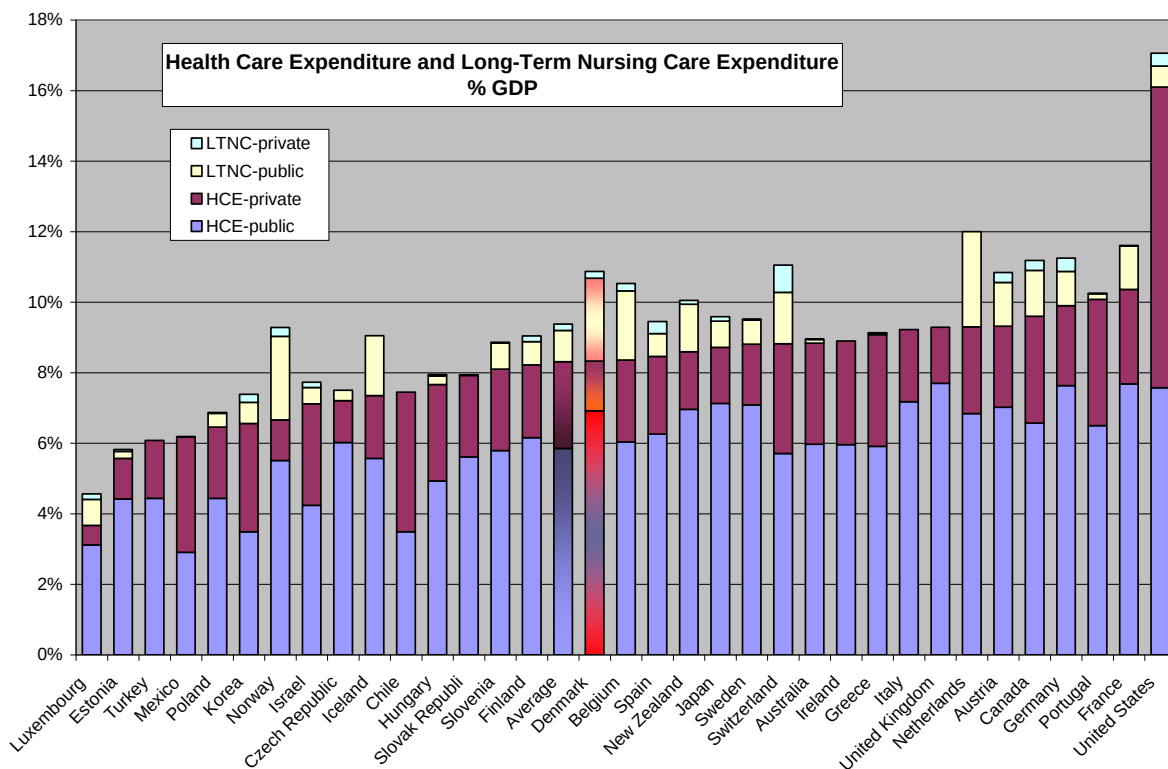
Set på tværs af alle 34 medlemslande, er det min vurdering, at fejlene ved subtraktion af LTNC er mindre end fejlene ved ikke at trække LTNC fra de totale sundhedsudgifter.

I det følgende henviser jeg til OECD's totale udgifter til sundhed fratrukket LTNC som $HCE = TEH - LTNC$. For at undgå sammenblanding vil jeg henvise til HCE som sundhedsudgifter og til TEH som udgifter til sundhed, men hvor der kan forekomme tvivl vil jeg meddele om det er med eller uden ældreplejeudgifter. For at undgå den lidt tunge term langtidspleje og -omsorg vil jeg nemlig blot skrive ældrepleje.

Sundhedsudgiftssammenligning uden LTNC-udgifterne i rangordningen

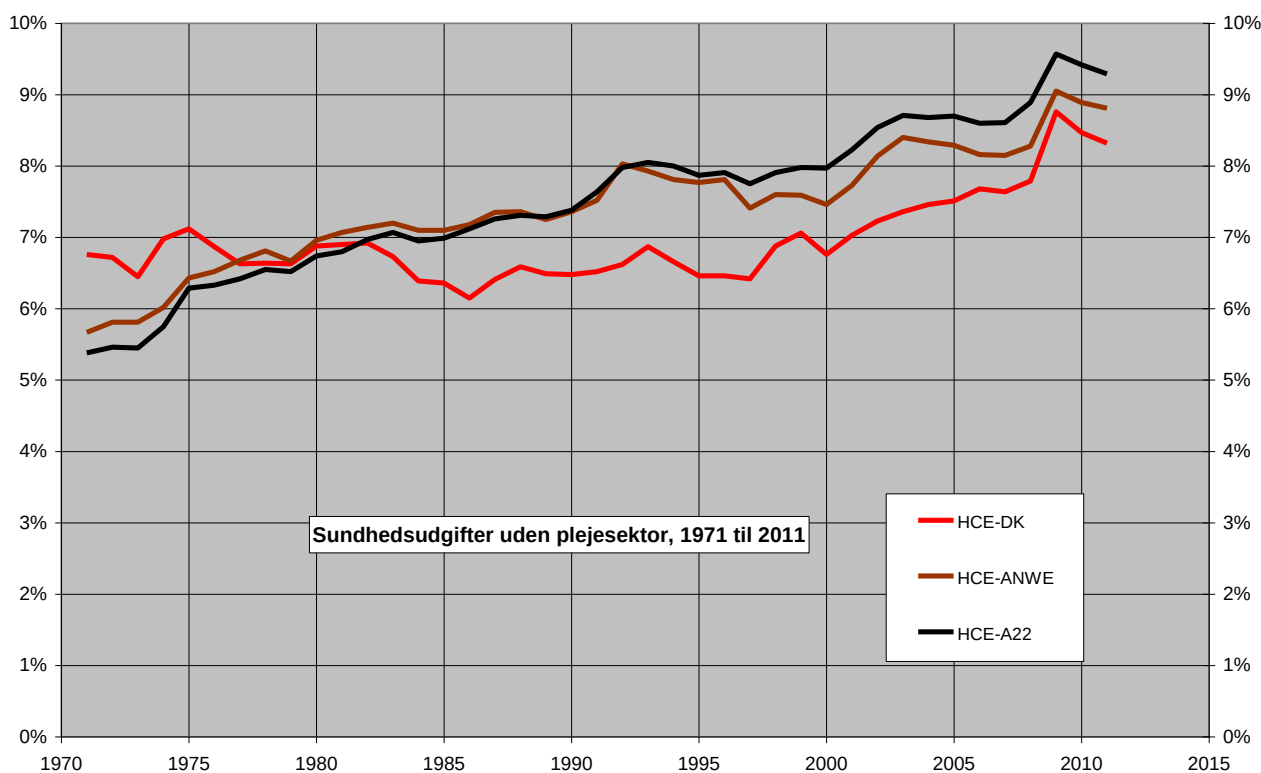
Figur 1.3 viser nøjagtigt samme data som figur 1.1. Nu viser jeg blot TEH opdelt på HCE (egentlige sundhedsudgifter) og LTNC (pleje- og omsorgsudgifter), på offentlige og private udgifter og med de 34 lande rangordnet efter HCE i procent af BNP. Tilsvarende viser figur 1.4 samme data som figur 1.2, nu blot med LTNC udgifterne fratrukket.

Figur 1.3. Sundhedsudgifter i 34 OECD lande 2011- opdelt i sundhed og ældrepleje. Procent af BNP.



Kilde: OECD Health Data 2013. Egne beregninger. Danmark og Average (OECD gennemsnit) er fremhævet. HCE=TEH-LTNC

Figur 1.4 Sundhedsudgifternes udvikling fra 1971 til 2011 i Danmark, Nordvesteuropa og alle 22 "gamle" OECD lande. Udgifter uden ældreplejesektor.



Kilde: OECD Health Data, 2013. Egne beregninger. Forkortelser som i figur 1.2. HCE=TEH-LTNC

Sammenligning af sundhedsudgifter uden LTNC giver helt andre resultater for den danske udgiftsplacering i benchmarkingen af de 34 lande jf. figur 1.3. Danmark fra 7nde pladsen i udgifter til sundhed med LTNC (TEH) til en 19nde plads i sundhedsudgifter uden LTNC (HCE) og lavere end de fleste af de lande, vi normalt sammenligner os med. Denne store ændring i rangordning med henholdsvis uden pleje- og omsorgsudgifter skyldes naturligvis, at Danmark inkluderer en meget stor andel af vores samlede pleje- og omsorgsudgifter under sundhedsudgifterne. Det ses også tydeligt i figur 1.3, hvor LTNC udgifterne er vist øverst i barrene for hvert land. Det ses også, at det er der også andre lande, der gør, men der er også mange lande, der kun har få pleje- og omsorgsudgifter med i sundhedsudgifterne.

Figur 1.4 viser at de danske sundhedsudgifter i 70'erne lå relativt højt, men uden pleje- og omsorgsudgifter ligger Danmark ikke længere allerhøjest. Lavere vækst i 70'erne og næsten frem til 2000 i Danmark betyder at de fleste lande blandt de 'gamle' OECD medlemslande efterhånden får sundhedsudgifter, som er højere end vores, om end afstanden indsnævres i 00'erne.

Den meget korte version af svarene på de to første spørgsmål om danske sundhedsudgifter sammenlignet med andre landes sundhedsudgifter uden pleje- og omsorgssektor er: Fra middelhøjt til lavt niveau gennem lav vækst i mange år!

Hovedkonklusionerne vedr. Danske Regioners tre spørgsmål

Sammenligning af figur 1.1. og 1.2. med 1.3. og 1.4, dvs. OECD-landenes sundhedsudgifter med og uden pleje- og omsorgsudgifter, viser to meget forskellige svar på rapportens spørgsmål 1. Når pleje- og omsorgsudgifter tælles med, da ligger de danske sundhedsudgifter højt og har altid gjort det. Uden pleje- og omsorgsudgifter ligger de danske sundhedsudgifter lavt og har gjort det siden midten af 80'erne. Både med og uden pleje- og omsorgsudgifter har væksten i danske sundhedsudgifter været lavest blandt OECD's medlemslande.

Rapportens hovedkonklusioner kan sammenfattes i følgende seks punkter.

- Danske sundhedsudgifters størrelsesorden i forhold til andre lande afhænger fuldstændigt af, om pleje- og omsorgsudgifter medtages eller ej.
- Med pleje- og omsorgsudgifter er de danske sundhedsudgifter relativt høje sammenlignet med de andre nordiske lande og mange andre OECD lande.
- Uden pleje- og omsorgsudgifter er de danske sundhedsudgifter relativt lave i forhold til de andre nordiske lande og mange andre OECD lande.
- De danske pleje- og omsorgsudgifter, som indgår i danske sundhedsudgifter, er høje og det skyldes fortrinsvis at de danske sundhedsmyndigheder har valgt at tage en stor andel af pleje- og ældresektorens udgifter med som sundhedsudgift, herunder udgifter til hjemmehjælp. Andre lande følger samme praksis, men mange andre gør ikke.
- OECD's definition af pleje- og omsorgsudgifter er uklar og tvetydig og muliggør forskellige fortolkninger, og sådanne observeres også i medlemslandenes indberetningspraksisser.
- Svaret på sundhedsudgifternes udvikling over tid afhænger ikke så meget af metodeusikkerheden vedr. pleje- og omsorgsudgifter: både med og uden pleje- og omsorgsudgifter har væksten i de danske sundhedsudgifter på lang sigt, 1971 og frem, været lavere end i alle andre lande.

2. Metoder og data

Danske Regioner har stillet spørgsmål om danske sundhedsudgifters størrelsesorden og udvikling over tid i forhold til andre lande og også om, hvad der indgår i de udgifter til sundhed, som sammenlignes i de internationale benchmarkings. Der er én datakilde og det er OECD Health Data, hvori OECD hvert år offentliggør nøgletal for deres 34 medlemslandes sundhedsdata og herunder ikke mindst udgifter til sundhed. Første del af dette metodekapitel sammenfatter min bearbejdning af data fra OECD Health Data. Anden del af kapitlet handler om, hvordan jeg dokumenterer, hvad udgifterne består af i de forskellige lande og i øvrigt håndterer spørgsmålet om komparativ validitet.

OECD Health Data indeholder udover selve nøgletallene organiseret i statistiske tidsserier for de 34 lande, nogle af dem helt tilbage til 1960, tillige definitionsbeskrivelser (Sources and Methods) og landebeskrivelser af udgiftsdefinitionerne. Jeg har i denne rapport hovedsageligt brugt den seneste version af registret, OECD Health Data 2013, men i forskellige delanalyser har jeg trukket på tidligere versioner af registret – helt tilbage til OECD Health Data 1995, for at kunne følge ændringer i udgiftsdefinitioner i de forskellige lande. Det gøres ved at sammenligne nøgletal for samme variabel, fx sundhedsudgifter i procent af BNP for samme år, fx Holland 2008 fra OECD Health Data 2010 og OECD Health Data 2013. I førstnævnte register udgør Hollands sundhedsudgifter 10% af BNP og i det seneste fra 2013 udgør de 11%. De refererer til samme år, så man må formode, at udgiftsdefinitionen er ændret i mellemtiden.

Statistikker udtrukket af OECD Health Data 2013 omfatter indtægts- og udgiftsstatistikker, befolkningsantal til pr. indbygger beregninger, deflatorer til realudgiftsberegninger (faste generelle priser, ikke specielle sundhedssektorpriser) og købekraftpariteter til omregning til fælles købekraftjusteret valuta, US\$-PPP.

Hvem vil vi sammenligne os med?

Registret indeholder data for 34 lande med en samlet befolkning på 1,25 mia. mennesker. Tabel 2.1 viser de 34 lande med navn, indbyggerantal, BNP pr. indbygger og gruppering i efterfølgende analyser. De 34 lande er opdelt i fem grupper med en slags aftagende sammenligningsrelevans for Danmark. Gruppe 1 er "Nordvesteuropa" med otte lande inkl. Danmark. Det var disse syv lande, som indgik i Sundhedsstyrelsens internationale benchmarking, Sundhedsstyrelsen(2010a,b). Gruppe 2 er de øvrige 9 vesteuropæiske lande. Gruppe 3 består af de fem 'gamle' OECD medlemslande uden for Europa. Grupperne 1-3 konstituerer det, jeg refererer til som de "gamle" medlemslande. Gruppe 4 og gruppe 5 består af de "nye" medlemslande, henholdsvis seks østeuropæiske lande og fem ikke-europæiske lande.²

Der er særligt fokus på gruppe 1 (Nordvesteuropa, de nære naboer) og gruppe 1+2+3 (de "gamle" OECD medlemslande) og mindre fokus på de resterende 12 lande.

Data præsenteres og sammenlignes i tabeller og grafer lidt afhængig af, hvad der skønnes mest deskriptivt. Det gælder også som metode til selv både at få og formidle et overblik over et meget stort materiale med data for otte, 22 eller 34 lande med tidsrækker fra ca. 1970 til 2012. Figur 2.1 viser et eksempel på en grafisk metode til beskrivelse af dansk indtægtsudvikling i forhold til de andre lande, vi sammenligner os med i Nordvesteuropa og det gamle lande.

Den røde graf viser danske BNP pr. indbygger i købekraftjusterede US\$ og i 2005 priser fra 1970 til 2012. Den sorte kurve viser landegennemsnit for Nordvesteuropa, og den hvide viser medianværdier og de to i elfenben viser øvre hhv. nede kvartilværdier for alle 22 lande.

² Luxemburg er lidt speciel, ikke kun i størrelse men også befolkningssammensætning og jeg har derfor valgt at placere Luxemburg udenfor gruppe. Så er landet med, men indgår ikke i de mere detaljerede analyser. Luxemburg er heller ikke med i de østeuropæiske gennemsnit.

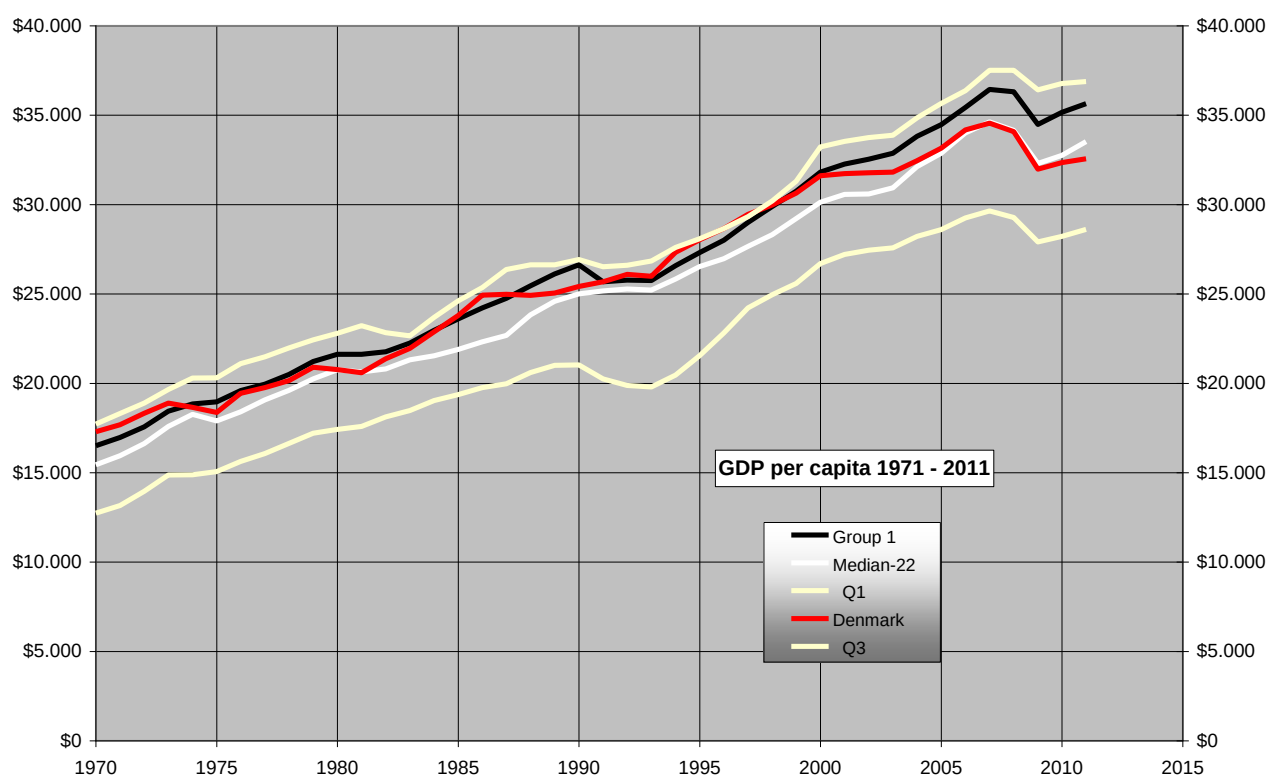
Tabel 2.1. Befolkningsantal og BNP pr, indbygger (US\$, PPP, 2005 priser) i 34 OECD lande 2012.

Gruppe 1	Forkortet navn	Befolkning (1000)	BNP pr. indbygger
France	FRA	65.328	\$30.765
Finland	FIN	5.414	\$30.892
Denmark	DEN	5.567	\$32.464
Germany	GER	81.214	\$33.817
Sweden	SWE	9.551	\$34.798
United Kingdom	UK	62.157	\$35.238
Netherlands	NET	16.778	\$36.260
Norway	NOR	5.018	\$47.536
Group 1	G1A	251.026	\$35.221
Gruppe 2	Forkortet navn	Befolkning (1000)	BNP pr. indbygger
Portugal	POR	10.704	\$20.210
Greece	GRE	11.338	\$21.232
Spain	SPA	44.975	\$25.935
Italy	ITA	59.119	\$26.124
Belgium	BEL	11.107	\$32.728
Iceland	ICE	320	\$33.933
Austria	AUT	8.453	\$35.694
Ireland	IRE	4.441	\$38.363
Switzerland	SWI	7.955	\$40.493
Group 2	G2A	158.412	\$30.524
Gruppe 3	Forkortet navn	Befolkning (1000)	BNP pr. indbygger
New Zealand	NZE	4.433	\$26.276
Japan	JAP	127.515	\$31.441
Canada	CAN	34.880	\$36.405
Australia	AUS	22.684	\$38.438
United States	USA	313.914	\$45.336
Group 3	G3A	503.426	\$35.579
Gruppe 4	Forkortet navn	Befolkning (1000)	BNP pr. indbygger
Hungary	HUN	9.980	\$16.942
Poland	POL	38.534	\$18.001
Estonia	EST	1.334	\$19.073
Slovak Republi	SLR	5.408	\$20.108
Czech Republic	CZR	10.292	\$24.358
Slovenia	SLO	2.056	\$24.930
(Luxembourg)	LUX	488	\$68.224
Group 4 ¹	G4A	68.092	\$20.568
Gruppe 5	Forkortet navn	Befolkning (1000)	BNP pr. indbygger
Mexico	MEX	110.023	\$13.872
Turkey	TUR	74.986	\$14.066
Chile	CHI	17.403	\$15.926
Israel	ISR	7.880	\$27.501
Korea	KOR	50.004	\$27.991
Group 5	G5A	260.296	\$19.871
Alle 34 lande			
Total	GTA	1.241.252	\$30.158

¹ Luxembourg indgår ikke i Gruppe 4's gennemsnitlige BNP/cap
Kilde: OECD Health Data 2013. (Egne beregninger).

Hver graf i figur 2.1 repræsenterer en reference, som Danmark i rød streg kan sammenligne sig med i henseende til udvikling af indtægter over tid. Og hvem og hvad vil vi egentlig sammenligne os med? De enkelte andre lande. Ja, men der er 21 andre lande og det bliver let uoverskueligt! Der kan være alle mulige historisk specifikke udsving i de enkelte landes tidsrækker, som vanskeliggør læsning af figurer med så mange og ofte ujævne grafer. Og snarere end det enkelte land er det måske gennemsnit eller medianværdier for nabolandene, som interesserer os? Jeg har brugt gennemsnit for vores nærmeste naboer (Sverige, Norge, Finland, Tyskland, Storbritannien, Holland og Frankrig) i sort streg og medianværdier alle 22 lande (fordi sundhedsudgiftsgennemsnit påvirkes meget af de høje USA- sundhedsudgifter) i hvid streg. Gennemsnits- og medianværdier kan være gode sammenligninger. Alternativt kan et statistisk "normalitetsområde" i form af øvre og nedre kvartilværdier år for år være mulige sammenligninger og de er også vist i figur 2.1 i de to elfenbensfarvede streger. Øvre kvartil i figur 2.1 er gennemsnit af de to lande blandt de 22, som i det pågældende år har de femte og sjette højeste BNP pr. indbygger og nedre kvartil er de to lande, som har de femte og sjette laveste BNP pr. indbygger. På figur 2.1 ses det, at dansk BNP efter i mange år at have ligget tæt på øvre kvartil i det seneste årti i stedet nu følger medianen.

Figur 2.1 Trends in GDP per capita in Denmark vs group averages for other countries, 1970 through 2011.



Source: OECD Health Data 2013. Own calculations.

Sundhedsudgifter pr. indbygger og i procent af BNP

Sundhedsudgifter sammenlignes internationalt i form af udgifter pr. indbygger eller som andele af BNP. De to former måler noget forskelligt. Udgifter pr. indbygger måler udgiftsniveau i tilnærmelsesvis ens købekraft over tid og land. Udgifter i procent af BNP måler hvor meget et land bruger på sundhed ud af dets samlede indtægter. Et lands rangordningsplacering kan påvirkes af valgt udgiftsform og især hvis landets BNP afviger meget fra det gennemsnitlige BNP for de lande, der sammenlignes. Målt i udgifter pr. indbygger ligger de

norske sundhedsudgifter fjerdehøjest blandt OECD-landene, men på en 16. plads målt i procent af BNP. Danmark derimod ligger højere i procent end i niveau, på hhv. 7nde og 9. pladsen.

Sammenligning af sundhedsudgifter i procent af BNP er en måde at tage højde for landenes forskellige indkomstniveauer på. En sådan justering kan også ske gennem regression af udgifterne på indkomsterne, hvor den estimerede regressionslinje måler de indkomstbetingede udgiftsgennemsnit for de lande, som indgår i regressionen. Hvis landets observerede sundhedsudgift ligger over regressionslinjen, da er udgifterne højere end gennemsnittet ved landets indkomstniveau og omvendt hvis den observerede sundhedsudgift ligger under regressionslinje. Den form for sammenligning giver en lidt mere nuanceret måde at justere på indkomster på. Det er nærliggende at udvide metoden til at justere for flere andre faktorer end indkomster ved hjælp af multipel regressionsanalyse. I denne rapport er der dog kun justeret for indkomster gennem simpel regressionsanalyse. Lineær regression er sammenlignet med log-lineær regression, hvor udgifter og indtægter indgår med logaritmerede værdier, og den form der fitter bedst ved R^2 er valgt.

Justering for prisforskelle over tid og mellem lande

Sundhedsudgifter og indtægter indberettes i landenes egne valutaer og i årets priser. Når udgifter og indtægter skal sammenlignes hver for sig, og ikke blot som ratio, er det selvsagt nødvendigt at konvertere alle landes værdier til en og samme valuta. Der er tradition for i den konvertering at benytte såkaldte købekraftpariteter (PPP: Purchasing Power Parities), som i konverteringen til én valuta samtidig korrigerer for købekraftforskelle mellem landene. Danmark har et højt prisniveau i forhold til USA, så hvor den gennemsnitlige vekselkurs i 2012 var 5,8 kr/US\$, så er PPP for 2012 7,9 kr/US\$ (både vekselkurs og PPP er fra OECD Health Data 2013). Når udgifter i danske kroner konverteres til US\$ med PPP så korrigeres der for en prisniveauforskel på angiveligt 36 %. Selvfølgelig ligger der også en fejlkilde i sådan en købekraftkorrektur, som for Danmarks vedkommende kan betyde, at vi måske undervurderer udgifter og indtægter. Jeg har imidlertid valgt ikke også at sammenligne vekselkurskonverterede sundhedsudgifter i denne rapport, da der allerede er rigeligt med tal at sammenligne og konventionen er at bruge estimerede PPP fremfor observerede vekselkurser. Den læser som er utryk ved den form for købekraftkorrektur i konverteringen til en valuta må så fokusere mere på udgifter opgjort i ratio af BNP, for da ophæves alle disse tekniske manipulationer.

Der skal ikke kun justeres for prisforskelle mellem landene men også i landene over tid. Det er mig bekendt ikke entydigt, hvordan man gennemfører den samtidige prisforskelsjustering mellem lande *og* over tid matematisk-økonomisk korrekt. Jeg har først prisjusteret de enkelte indtægts- og udgiftsserier med de enkelte landes BNP-deflatorer til prisniveau 2005 i det enkelte land. Derefter har jeg konverteret de 33 andre nationale valutaer til US\$ ved at bruge de generelle købekraftparitetsfaktorer for 2005 til prisniveau USA 2005.

Det skal understreges at prisdeflatering sker til det generelle prisniveau og ikke sundhedssektor specifikke priser. Et lands sundhedsudgifter kan altså stige både hvis mængden af sundhedsydelser stiger og hvis prisen for at producere disse ydelser stiger hurtigere end i resten af økonomien.

Missing data

OECD Health Data sonderer ikke mellem logisk missing, empirisk missing eller værdien nul. Den pågældende celle er bare tom. Storbritannien rapporterer for eksempel ikke udgifter på ICHA, dvs. hverken HC.3=LTNC eller de andre HC-numre. Det skal ikke nødvendigvis fortolkes sådan at LTNC udgifter i Storbritannien ikke er medtaget i deres sundhedsudgifter endsige at de er nul. De kan være medtaget i totalen TEH i ukendt omfang.

Hvis et land har rapporteret udgiftsdata på en funktionel udgiftskategori i mange år, men måske ikke for de sidste to år i en serie, så har jeg proportionalitetsfremskrevet ud fra sidst oplyste funktionsudgiftsproportion

til totaludgiften for pågældende land. I praksis har dette aldrig været nødvendigt i mere end to år i en series afslutning.

Nogle få lande har rapporteret udgiftsdata for 2012, men i udgiftssammenligninger bruges 2011 data også for disse lande, idet 2011 er det år, hvor de fleste lande har deres seneste udgiftsoplysninger. Nogle få lande, fx Australien og Japan³, har senest oplyst udgifter for 2010, og så bruger jeg dem uden nogen form for kunstig 'op/ned til 2011' korrektion. Tyrkiet indgår med 2008 data. (Se tabel B2 i Appendix B).

Landene ændrer udgiftsdefinitioner og målemetoder

Vækstberegninger er udfordret af nogle ind i mellem ret store ændringer i de enkelte landes målemetoder. Jeg har brugt den simpleste metode til at justere herfor nemlig at udelade 'brud'-årene fra vækstrate-estimeringerne. 'Brud'-årene er identificeret ved en kombination af landenes egne beretninger og ved grafisk inspektion af de enkelte udgiftsserier. I BNP er der kun justeret for et brud i Tyskland 1991 (sammenlægningsåret) og det kan formentlig diskuteres, om det er korrekt at justere herfor eller om det giver mening at sammenligne for 'Tyskland' før og efter 1991.

Hvad indgår i sundhedsudgifterne, som sammenlignes landene imellem?

Den store metodeudfordring i nærværende analyse ligger i besvarelsen af spørgsmål tre om, hvad der indgår i de sundhedsudgifter, som de enkelte lande har indrapporteret til OECD organisationen i Paris. Størsteparten af sundhedsudgifterne er forholdsvis ukomplicerede, da alle landenes myndigheder er nogenlunde enige om, hvilke funktioner et sundhedsvæsen varetager i henseende til almen læge- og øvrige sundhedstjenesteadgang, til udredning og behandling, til pleje under sygdom og befolkningens eget indkøb af medicinske varer heraf hovedsageligt lægemidler. Som nævnt i første kapitel ønsker OECD under sundhedssektoren at få den del af pleje- og omsorgssektoren med, som varetager medicinske og sygeplejefaglige funktioner. Den del af landenes udgifter til pleje- og omsorgssektoren skal indrapporteres som sundhedsudgift under udgiftskategorien HC.3: Long-term Nursing Care i det følgende forkortet LTNC.

Som reference for det efterfølgende viser jeg i tabel 2.2. hvor forskelligt Danmark, Sverige og Storbritannien rapporterer på LTNC. Danmark og Sverige har nogenlunde lige store pleje- og omsorgssektorer og Storbritannien nok lidt mindre, men slet ikke de forskelle som LTNC værdierne i tabel 2.2. viser. Forskellene i LTNC værdierne i tabel 2.2. skyldes forskellige definitioner af LTNC mellem landene.

Tabel 2.2 Totale udgifter til sundhed (TEH) opdelt på LTNC (HC.3) og HCE (resten). Tre lande, 2011

Country	Expenditure per capita, US\$, 2005 prices, PPP			Percentage of TEH		Expenditure percentage of GDP		
	TEH =	HCE +	LTNC	HCE	LTNC	TEH =	HCE +	LTNC
Denmark	\$3.539 =	\$2.722 +	\$828	77 %	23 %	10,9 % =	8,3 % +	2,5 %
Sweden	\$3.318 =	\$3.070 +	\$247	93 %	7 %	9,5 % =	8,8 % +	0,7 %
United Kingdom	\$3.290 =	\$3.290 +	\$0	100 %	0 %	9,3 % =	9,3 % +	0,0 %

Source: OECD Health Data 2013. Own calculations. Afrundinger kan betyde at addender ikke summer til total.

Storbritanniens LTNC udgift er nul (tom), fordi landets sundhedsmyndigheder ikke rapporterer på de enkelte udgiftskategorier i International Classification of Health Accounts (ICHA), men kun en total sundhedsudgift opgjort efter landets egen definition af udgifter til sundhed. Her er spørgsmålet så, hvor meget LTNC indeholder de britiske sundhedsudgifter?

³ De to lande har kalenderårsoverlappende finansår, så 2010 er i virkeligheden sidste halvdel af 2010 og første halvdel af 2011.

For Danmark og Sverige er det også forholdsvis let at vise, at forskellene i LTNC værdier skyldes, at Danmark anlægger en bred fortolkning af LTNC som inkluderende også størsteparten (ca. 85 %) af hjemmehjælpen, hvor Sverige anlægger en smal fortolkning af LTNC som inkluderende kun egentlig sygepleje og ikke hjemmehjælp, som de svenske sundhedsmyndigheder inkluderer under en anden udgiftskategori HC.R.6: Long-term Social Services (LTSS). LTSS er ifølge OECD's definitioner sundhedsrelaterede udgifter, men ikke egentlige sundhedsudgifter og skal ikke inkluderes i sundhedsudgifterne.

Såvel den danske brede som den svenske smalle fortolkning af LTNC kan rummes inden for International Classification of Health Accounts (ICHA), et af de navne som bruges om OECD's standardiserede afgrænsninger. Og begge lande angiver i deres respektive landespecifikke definitions kapitler, hvad de tager med under LTNC og dermed inddrager af udgifter fra pleje- og omsorgssektoren i de indberettede sundhedsudgifter. Det kan man desværre ikke sige om alle de andre 32 medlemslande. Selv USA som normalt i international statistik er forholdsvis entydig i sådanne spørgsmål er landets sundhedsmyndigheder uklare i henseende til LTNC.

Udover de landespecifikke definitions kapitler har jeg søgt andre kilder til belysning af, hvad de forskellige medlemslande inkluderer og ikke inkluderer under LTNC og dermed medtager af udgifter fra pleje- og omsorgsudgifter. Herudover har jeg fulgt ændringer i landenes sundhedsudgifter ved sammenligning af udgiftsdata til forskellige registerversioner af OECD Health Data. Dette er meddelt i kapitel 4, hvor OECD's meget rummelige og faktisk temmeligt uklare og tvetydige definition af LTNC også dokumenteres.

Sundhedsudgifter med eller uden pleje- og omsorgsudgifter?

Nærværende analyse og rapport er konklussiv om, at LTNC er målt forskelligt fra land til land. Udgiftskategorien LTNC har med et teknisk udtryk lav reliabilitet – dårlig målepræcision og det svækker selvfølgelig sammenligneligheden af de udgifter til sundhed, som OECD publicerer i OECD Health Data og som bruges som nærmest objektiv reference af rigtig mange myndigheder, medier og forskere.

Men hvad skal man gøre ved det? Problemet er, at vi har en pleje- og omsorgssektor, i OECD engelsksprogede terminologi Long-term Care (LTC), som OECD opdeler i to dele: LTC=LTNC + LTSS, Long-term Nursing Care (en del af sundhedssektoren) og Long-term Social Service (en del af socialektoren). Jeg kan dokumentere at den opdeling gøres forskelligt i de 34 medlemslande, når disse indberetter udgiftsdata til OECD hvert år.

Jeg ser tre logiske løsninger på problemet:

- I. Den aktuelle og officielle OECD-metode: $TEH = HCE + LTNC$, evt. med en strammere afgrænsning af LTNC fra OECD's side.
- II. Alternativ 1: $TEHS = HCE + LTC$, hvor $LTC = LTNC + LTSS$, altså at man tager hele pleje- og omsorgssektoren med under sundhedssektoren og som sundhedsudgifter
- III. Alternativ 2: $HCE = TEH - LTNC$, at fratrækker LTNC udgifterne og dermed bruger et snævrere sundhedssektorbegreb som det har været tilfældet i de fleste landes nationale definitioner.

Det er næppe let at anlægge teoretiske kriterier på de tre løsninger. Et moderne sundhedsvæsen er sektorgrænseoverskridende og med mange substitutionsmuligheder mellem de forskellige sektors tilbud.

Løsning I er status quo og man kan håbe på, at System of Health Accounts 2.0 vil være strammere i den definitoriske afgrænsning af LTNC i forhold til LTSS, og at der vil være lidt mere opfølgning på, hvad de enkelte lande indberetter. Men med nuværende status for LTNC udgiftsdata indberettet til OECD Health Data er sundhedsudgifternes komparative validitet hæmmet, og brug af TEH betyder, at sundhedsudgifterne overvurderes for et land som Danmark og undervurderes som lande som Sverige og Storbritannien.

Løsning II har den fordel, at man så undgår gråzoneproblematikken i LTC, dvs. hvad er LTNC og hvad er LTSS? Men der vil muligvis opstå andre gråzoner om hvilke funktioner i socialektoren er sundhedsrelaterede, dvs. LTC og hvilke er ikke. Hertil kommer det praktiske problem, at landene ikke er indberetnings-

pligtige på LTSS, mange lande har aldrig indberettet LTSS data, fx Danmark, og OECD opgav helt at publicere LTSS data i 2012. Så løsning II er ikke praktisk mulig her og nu og den følges ikke videre i denne rapport.

Løsning III er mit eget forslag i denne rapport. Løsningen er i dag med OECD Health Data 2013 praktisk mulig, da efterhånden de fleste medlemslande faktisk rapporterer data ind efter OECD's retningslinjer og System of Health Accounts.

OECD foreslår faktisk selv noget tilsvarende eller måske en mellemting mellem løsning II og III, nemlig at OECD rapporterer to sæt udgifter hver for sig, de "almindelige" sundhedsudgifter, i denne rapportes terminologi HCE, henholdsvis pleje- og omsorgsudgifter i denne rapportes terminologi LTC = LTNC+LTSS. De skriver: "In the same manner, the aggregate for curative-preventive care (HC1-2, HC4-7) could similarly be better reported and used more frequently for comparisons".⁴ (OECD, 2007, p 15). OECD har dog indtil videre ikke fulgt op på dette forslag.

Men bliver sundhedsudgifterne bedre sammenlignelige af at fratrække en invalid komponent (LTNC) end ved at bibeholde den? Det drøftes i kapitel 4. Nogle lande, fx Finland, inkluderer under LTNC udgifter, som andre lande inkluderer under andre HC.kategorier, så for sådanne lande ville HCE undervurdere sundhedsudgifterne. Andre lande, fx Storbritannien, rapporterer slet ikke på LTNC, så HCE=TEH, men inkluderer formentlig visse ældreplejeudgifter i deres TEH, så for disse lande vil HCE overvurdere sundhedsudgifterne. Validitetssammenligningen TEH vs HCE er et spørgsmål om størrelsesordner af målefejl ikke at den ene målemetode er sand eller falsk. I forsøget på at nå et metodisk svar på spørgsmålet om det ene udgiftsmål (TEH) er mere komparativt validt end det andet (HCE) er beskrivelsen af, hvad landene inkluderer i LTNC, meget vigtigt. Den beskrivelse findes i kapitel 4. Herudover anvendes forskellige statistiske spredningsanalyser og regressionsanalyser i kapitel 6.

Metodekapitler skal ikke afsløre resultater, men jeg kan da afsløre, at jeg i kapitel 7 og 8 fortsætter med at rapportere sundhedsudgifter dualt, dvs. både efter TEH og efter HCE og dermed med og uden pleje- og omsorgsudgifterne. De statistiske analyser er desværre ikke konklussive i et omfang, der gør, at jeg kan sige, at der er objektive statistiske beviser for, at HCE er komparativt mere validt end TEH. Jeg vurderer, at det forholder sig sådan, men vurderinger kan være subjektive.

Sammenfattende har jeg brugt følgende analyser til sammenligning af komparativ validitet af de to metoder til måling af sundhedsudgifter (med/uden LTNC):

- Gennemgang af OECD's International Classification of Health Accounts eller System of Health Accounts (kapitel 3), herunder i særdeleshed:
 - gennemgang af definitionerne af plejesektorens udgifter (kapitel 4), Long-Term Nursing Care (sundhedsudgift) henholdsvis Long-Term Social Services (sundhedsrelateret udgift, men ikke med i sundhedsudgiften);
 - de enkelte landes definitioner og beskrivelser af, hvad de medtager under LTNC hhv. LTSS, dels ud fra OECD Health Data 2013 kapitel med landespecifikke beskrivelser og dels ud fra andet kildemateriale (kapitel 4);
 - grafisk inspektion af samtidige tidsrækker fra flere registre, dvs. sammenligning af landenes udgiftsindberetninger for samme indberetningsår, men fra forskellige registerudgaver af OECD Health Data – helt tilbage til OECD Health Data 1995 (kapitel 4); og
 - statistisk spredningsanalyse af TEH versus HCE (=TEH-LTNC) og af LTNC versus andre funktionsspecifikke udgiftskategorier (kapitel 6).

⁴ HC kategorierne defineres i næste kapitel i Tabel 3.1. Det er formentlig en forglemmelse at HC.R.1. (investeringer) ikke er med. I så fald er deres sundhedsudgiftsafgrænsning lig med min HCE = TEH – LTNC.

- Statistisk analyse TEH versus HCE (=TEH-LTNC) i henseende til sammenhæng med GDP (tværsnitsregressioner) (kapitel 6).

Oprindelig ville jeg også mere detaljeret have undersøgt, hvordan de forskellige lande rapporterer på de mere regnskabstekniske parametre, som pensioner i lønudgifter, afgifter og skatter m.v. Dette har jeg måttet opgive, da der slet ikke er let tilgængelige kilder hertil. Men der ligger faktisk en vigtig og ganske spændende opgave her.

3. Definition af udgifter til sundhed i OECD

Dette kapitel bidrager til besvarelse af spørgsmålet: Hvad indgår i de sundhedsudgifter, der sammenlignes i internationale udgiftsbenchmarkings? Kapitlet danner samtidig rammen for næste kapitels analyse af pleje- og omsorgsudgifterne som gråzone.

En lang og vanskelig vej til fælles retningslinjer

OECD-sekretariatet i Paris begyndte allerede i 80'erne at offentliggøre sundhedsudgiftsstatistikker fra forskellige medlemslande. Interessen var stor, såvel fra medlemslandenes sundhedsmyndigheder som fra forskere, som brugte data til at måle forskellige sammenhænge, fx indkomstelasticiteter i sundhedsudgifterne, udgifternes statistiske korrelation til forskellige måder at organisere og finansiere sundhedsvæsenet på eller udgifternes reaktion på forskellige reformer i landene heraf.

Udgiftsstatistikernes nytteværdi var imidlertid hæmmet af begrænset eller i hvert fald uoplyst komparativ validitet. Landene indberettede deres egne sundhedsudgiftsstatistikker og de kunne rumme mange forskellige udgifter.

Derfor begyndte der i forskellige regier i 90'erne et udviklingsarbejde for at formulere og blive enige om nogle fælles vejledende retningslinjer for afgrænsning af og definition af sundhedsudgifter. Jeg deltog selv i nogle af de europæiske arbejdsgrupper herom, og erfarede hvor vanskeligt og diffust det er – hvor grænsen mellem det helt trivielle og det helt essentielle er knivskarp. Dét man med udgangspunkt i sit eget lands traditioner tager for givet og dermed opfatter som trivielt, kan være essentielt, hvis traditionerne i de andre lande har været anderledes.

Det er meget vanskeligt at definere fælles måledefinitioner for aktiviteter i mange forskellige lande! Hvad forstås ved produktion af sundhed – endsige *endelig* produktion, - på engelsk *final production*? Skal det forstås i en økonomiteoretisk forstand – å la Grossman-modellen? Så kan al økonomisk aktivitet i husholdningerne jo indgå som sundhedsproduktion. Man fandt hurtigt ud af, at dét skulle det ikke. Vi talte og taler om varer og tjenesteydelser fra det vi kender som et sundhedsvæsen og visse dele af socialsektorens pleje- og omsorgsydelser.

Godt nok kender vi alle de centrale institutioner i et sundhedsvæsen; et sygehus, apotek, en lægepraksis/kontor/klinik/medical centre Sundhedsvæsenernes klassiske institutioner har udviklet sig forskelligt i de forskellige landes sundhedsvæsenet og dækker over forskellige funktioner og ydelser. Begreber som ekstramuralt og intramuralt giver mening i Centraleuropa, men ikke nødvendigvis hos os eller i andre lande, hvor man måske bruger ord som stationært og ambulant om noget, der i virkeligheden dækker over noget andet.

I nogle lande har man stadig både plejehjem og alderdomshjem, hvor sondringen mellem egen bolig og institution er udtonet i andre lande. Ældreomsorg og omsorg for andre med specielle behov er i mange lande fortrinsvis et familieanliggende, i varierende omfang understøttet funktionelt og økonomisk af samfundet, og i andre lande er det med velfærdsstatens udvikling overtaget af det offentlige eller andre samfundsinstitutioner, nogle steder i sundhedsvæsenet og andre steder i det, man kalder socialsektoren.

Sprog skal ikke undervurderes i denne sammenhæng, hvor det handler om at definitioner, retningslinjer og afgrænsninger (positive som negative) beskrives i ét nationalt sprog, som skal oversættes til og fortolkes på flere andre sprog. Der findes på dansk ikke noget dækkende ord for det engelske *care*. På svensk har de *vård*, og på andre sprog har de også oversættelser, men vi har ikke noget dansk ord for *care*. Hverken *omsorg* eller (*syge*)*pleje* eller *behandling* rammer plet. Og ordet *care* bruges rigtigt hyppigt, når man snakker om internationale retningslinjer for afgrænsning og definition af sundhed og sundhedsudgifter.

En læge er en læge i alle lande. En nurse er ikke nødvendigvis det samme alle steder, undtagen hvis der står RN (registered nurse = autoriseret sygeplejerske på dansk). Og nationalt definerede personalegrupper

kan være svære at indplacere i internationale grupperinger. OECD har foreslået medlemslandene, at de kan bruge personalets professionsgrad og -kategori til at sondre mellem LTNC og LTSS; "a key means for distinguishing health and social services is the professional qualification of personnel. In this case, only services provided by health professionals (medical practioners, nurses and other health practitioners) would be classified as LTHC." OECD(2007) side 15. Hvordan oversættes det lige til dansk? Er danske SOSU-hjælpere med under "other health practitioners"?

En anden udfordring er, at landenes traditioner og forståelser af institutionerne er så indgroede, at man slet ikke tænker over dem og dermed også risikerer *ikke* at tage bevidst stilling til, hvad der indgår og hvad der ikke indgår. Jeg deltog bl.a. i et hollandsk projekt i 90'erne⁵. Resultaterne herfra indgik senere i OECD's System of Health Accounts (OECD, 2000). I dette projekt blev fem europæiske lande (Frankrig, Tyskland, Schweiz, Belgien og Danmark) af Statistics Netherlands bedt om at rapportere nationale udgiftsdata ind på hollandske sundhedsudgiftskategorier, som senere blev udvidet til en totalmængde af udgiftskategorier for de seks lande (Common Comparable Package Cure hhv. Care). På den måde fik man skabt et overblik over, hvad man kunne tage med under betegnelsen sundhedsudgift – og udelade, og det fik da de deltagende lande til at genoverveje deres nationale afgrænsning af sundhedsudgifter, og ikke mindst de danske sundhedsmyndigheder.

Jeg lærte også i deltagelsen i dette hollandske projekt og endnu et senere i regi af OECD, at fælles internationale retningslinjer for sådan noget som udgiftsstatistikker nødvendigvis må være fleksible. Der indgås nogle kompromisser med kattelemme, og det skal være sådan, at så mange lande som muligt, så billigt som muligt, økonomisk og politisk, kan indberette efter retningslinjerne ud fra deres eksisterende nationale udgiftsstatistikker. "Guidelines for defining the boundary between LTHC and LTSC should be flexible in order to accommodate the considerable differences between countries in long-term care organisation and also the changes over time." (OECD, 2007, p 16).

Udgifter til sundhed opdelt på kryds og tværs

Idéen i OECD's begreb for sundhedsudgifter er at inkludere udgifter til alle de varer og tjenesteydelser, der indgår i den *endelige* produktion af sundhed. Herved forstås såvel behandling i bred forstand inklusiv diagnostik, udredning, terapier, rehabilitering og sygepleje af patienter med sygdomme og sygdomssymptomer, som sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse i befolkningen. Disse forskellige funktioner er klassificerede i den såkaldte *Health Classification* (HC), som er interessant ved at den omfatter både en inklusiv definition (hvad er endelig sundhedsproduktion?) og en eksklusiv definition (hvad er sundhedsrelateret, men ikke endelig sundhedsproduktion?). Denne klassifikation vises i næste afsnit.

System of Health Accounts omfatter to andre klassifikationer, som her skal resumeres for fuldstændighedens skyld, selv om de ikke har bidraget nævneværdigt til denne rapports formål. De varer og tjenesteydelser, der indgår i endelig produktion af sundhed, kan leveres af forskellige udbydere, og SHA'en indeholder en opdeling i forskellige leveringsformer⁶.

⁵ Statistics Netherlands(1996). International Comparison of Health Care Data Phase 1: Intramural Health Care, April 1996. Det var faktisk i det samarbejde, at det danske sundhedsministerium for alvor blev opmærksomt på, at kommunale ældreplejeudgifter måske kunne tages med som sundhedsudgifter. Der findes to versioner af en oversigtstabel (Annex 4.11: Common Comparable Package : Cure and Care 1992, 1993 (mln US \$)) på side 229 i rapporten. I den første har Danmark ikke ældreplejeudgifter uden for plejehjem med. Det har vi i den anden tabel som præsenteres som Erratum.

⁶ ICHA-HP grupperingen (Health Providers) omfatter otte hovedgrupper, som er HP.1: hospitaler, HP.2: "nursing and residential care facilities", HP.3: "providers of ambulatory care", dvs. praksissektoren og forskellige klinikker uden for "murene", HP.4: detailhandel, dvs. apoteker og andre butikker, hvor der sælges sundhedsvarer, HP.5: Leverandører af sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse, HP.6: Administration af produktion og finansiering (dvs. forsikringsadministration), og så de sædvanlige residualkategorier, her HP.7: alle andre sundhedsindustrier og HP.9: "rest of the world". Så er man sikker på at have det hele med. Jeg har i et vist omfang fra tidligere årgange af OECD Health Data brugt HP.2. som proxy for LTNC=HC.3.

De kan også finansieres på forskellig vis (*Health Funding*), hvor denne rapport kun bruger offentlig versus privat, hvor offentlig indbefatter skattefinansiering og finansiering ved obligatoriske, ofte indkomstafhængige præmiebetalinger til sygeforsikringer, og privat er resten. Ordet *totale* henviser i SHA nomenklaturen til at de anførte udgifter omfatter udgifter uanset finansieringskilde.

Den funktionelle klassifikation: Hvad indgår i udgifter til sundhed og hvad indgår ikke?

OECD's System of Health Accounts (OECD, 2000) sonder mellem sundhedsudgifter og sundhedsrelaterede udgifter. Sundhedsudgifter er udgifter til varer og tjenesteydelser, som indgår direkte som "produktionsfaktor" i borgernes helbred/sundhedstilstand. Sundhedsrelaterede udgifter er udgifter til varer og tjenesteydelser, som kan siges *enten* at være en indirekte faktor, fx uddannelse af læger og sygeplejersker, forskning i og udvikling af nye behandlinger, eller fødevarekontrol m.v. eller miljøkontrol og påvirkning (arbejds miljø, fysisk miljø, m.v.) *eller* en afledt konsekvens af mangelfuld helbredstilstand hos borgerne (socialt, fysisk, psykisk, mentalt, kognitivt, ...), fx kompensation for arbejdsindkomsttab (sygedagpenge, pensioner, ...), særlige boligtilbud og ændringer i bolig, og forskellige sociale tjenesteydelser.

System of Health Accounts (SHA) opererer i dens funktionelle klassifikation med en positiv afgrænsning af sundhed listet i tabel 3.1 nemlig de direkte sundhedsudgifter og en negativ afgrænsning i form af de kun sundhedsrelaterede udgifter listet i tabel 3.2. De kun sundhedsrelaterede udgifter skal *ikke* med i sundhedsudgifterne.

Tabel 3.1: Positiv afgrænsning af sundhedsudgifter i OECD registret ved SHA Funktionsopdelingen

ICHA Kode	Beskrivelse
HC.1	Services of curative care
HC.2	Services of rehabilitative care
HC.3	Services of long-term nursing care (LTNC)
HC.4	Ancillary services to health care
HC.5	Medical goods dispensed to out-patients
<i>HC.1-HC.5</i>	<i>Total expenditure on personal health</i>
HC.6	Services of prevention and public health
HC.7	Health administration and health insurance
<i>HC.6 + HC.7</i>	<i>Total expenditure on collective health</i>
HC.9	Expenditure on services not allocated by function
<i>HC.1-HC.9</i>	<i>Total current expenditure</i>
HC.R.1	Investment (gross capital formation) in health
<i>HC.1-HC.9 + HC.R.1</i>	<i>TOTAL EXPENDITURE ON HEALTH</i>

Source: OECD Health Data 2013.

Tabel 3.1 ovenfor viser SHA'ens funktionelle udgiftskategorier og dermed de funktioner (varer og tjenesteydelser) og tilhørende udgifter, som skal med under endelig sundhedsproduktion og defineres som en udgift til sundhed. Det ses i tabel 3.1, at alle HC kategorierne undtagen HC.3 svarer til den klassiske sundhedsudgiftsdefinition, nemlig udgifter til det udførende sundhedsvæsen, dets administration samt husstandenes egne udgifter til medicinske goder som primært er lægemidler.

Tabel 3.2 viser de sundhedsrelaterede funktioner og tjenesteydelser, hvis udgifter *ikke* skal med i OECD's sundhedsudgiftsbegreb jf. SHA. Udgifter til uddannelse og oplæring af sundhedspersonale, til forskning og udvikling, fødevare-, hygiejne og vandkontrol, miljømedicin, samt administration af og udbetaling sundhedsrelaterede sociale ydelser som sygedagpenge, førtidspensioner o.l. skal *ikke* med. Og det skal udgifter til administration og levering af sociale tjenesteydelser/omsorgsydelser til at kompensere for sygdom og handicap heller ikke.

Tabel 3.2: Negativ afgrænsning af sundhedsudgifter. De sundhedsrelaterede funktioner og tjenesteydelser, som ikke skal medtages som udgift til sundhed.

ICHA Kode	Beskrivelse
HC.R.2	Education and training of health personnel
HC.R.3	Research and development in health
HC.R.4	Food, hygiene and drinking water control
HC.R.5	Environmental health
HC.R.6	Administration and provision of social services in kind to assist living with disease and impairment (LTSS)
HC.R.7	Administration and provision of health-related cash-benefits

Source: OECD Health Data 2013.

I næste kapitel fokuseres på to funktionskategorier, nemlig HC.3 *Services of long-term nursing care*, forkortet til LTNC, henholdsvis HC.R.6 *Administration and provision of social services in kind to assist living with disease and impairment*, forkortet til LTSS.

Afsluttende bemærkninger

Det lykkedes OECD i 2000 at få opbakning til et fælles sæt retningslinjer, som skiftevis kaldes International Classification of Health Accounts (ICHA), System of Health Accounts eller slet og ret OECD's standardiserede afgrænsninger af sundhedsudgifter. Afgrænsningerne anerkendes og bruges af andre internationale organisationer, som EU, Eurostat, FN, WHO, Nomesco og mange landes sundhedsmyndigheder, herunder de danske.

OECD opfordrer medlemslandene til så vidt muligt at følge retningslinjerne, når landene hvert forår indberetter sundhedsudgifter. Det gør flertallet af landene i dag, selv om retningslinjerne afviger en del fra de nationale udgiftsstatistikker, Orosz og Morgan(2004).

Trods intenderet fleksibilitet i retningslinjerne vælger lande som Storbritannien, Irland og Italien ikke desto mindre ikke at indberette efter de fælles retningslinjer, men efter egne nationale definitioner. Og grundet intenderet fleksibilitet kan lande, som anfører at følge ICHA/SHA, alligevel rapportere forskelligt, på især gråzoner som LTNC hhv. LTSS. Det undersøges nærmere i næste kapitel.

OECD Health Data erkender sammenligningsbegrænsninger i deres register. I hvert fald fremhæves det hver gang man vil udskrive en tabel: **"Please be careful regarding cross-country comparisons.** We advise you to consult the Sources and Methods concerning the data you have selected." Der er blot to problemer. For det første er OECD ikke selv specifikke eller i andre sammenhænge eksplicitte vedr. sammenligningsbegrænsningerne og de tillægger registrets udgiftsdata stor komparativ validitet i deres egne analyser, hvor de bruger dem. For det andet bliver man sjældent klogere af at konsultere Sources and Methods i deres register. Det vil også fremgå i næste kapitel.

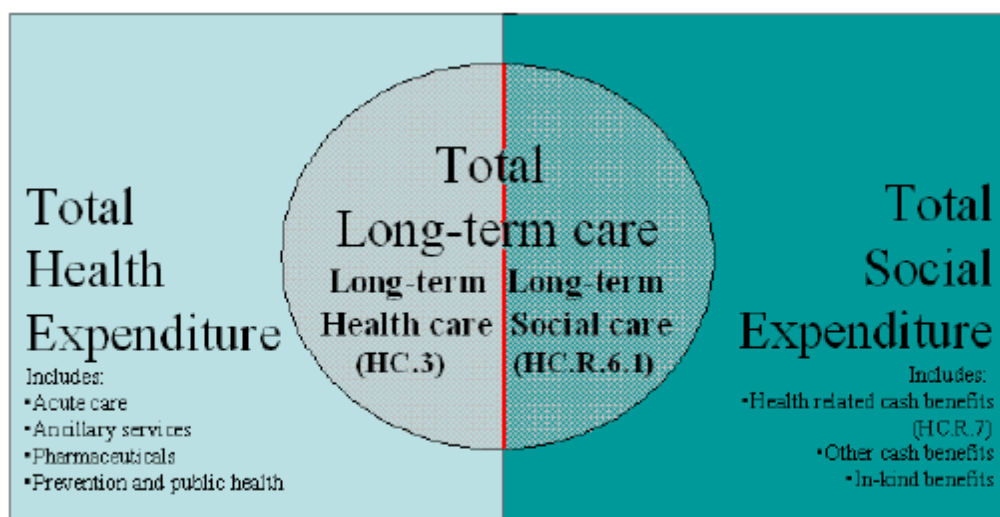
4. Pleje- og omsorgssektoren som en gråzone

Dette kapitel rapporterer analyser af definitioner fra OECD om LTNC og LTSS, samt landespecifikke definitioner af, hvad de inkluderer i LTNC hhv. LTSS og af statistiske, og endelig kvantitative udgiftsdata fra forskellige OECD Health Data-registre – dvs. udgivelsesår. Kapitlet bidrager hermed med svar til spørgsmålet: Hvad indgår i de sundhedsudgifter, der sammenlignes i internationale udgiftsbenchmarkings? Kapitlet bidrager også til vurderingen af den komparative validitet af et udgiftsbegreb med eller uden LTNC.

LTC = LTNC + LTSS: En konstant sum med variable addender

Long-term care, forkortet LTC, på dansk pleje- og omsorgssektoren, er den største gråzone i definitionen af udgifter til sundhed og udgør den største udfordring ifølge OECD selv, Orozc og Morgan(2004), p 14. I nedenstående figur taget fra en anden OECD rapport (OECD, 2007) illustreres det, hvordan LTC indeholder elementer fra sundhedsvæsenet og elementer fra socialektoren. Hvilke dele af LTC bidrager til borgerens helbreds- og sundhedstilstand og hvilke dele af LTC bidrager til at understøtte borgeren med udfordringer i hans/henes sociale liv og dagligdag? Hvor lægges snittet? Hvad er HC.3 (Long-term Health Care = Long-term Nursing Care) og hvad er HC.R.6 (Long-term Social Care = Long-term Social Services)? Hvad er sundhedsudgift og hvad er ikke?

Figur 4.1 The wider context of Long-Term care expenditure.



Kilde: OECD(2007), p 5.

Hvad skal med (LTNC) og hvad skal ikke med (LTSS) – når OECD opererer med to, måske tre definitioner?

Hoveddefinitionen på LTNC i SHA'en lyder:

"HC.3. Services of long-term nursing care: Long-term health care comprises ongoing health and nursing care given to in-patients who need assistance on a continuing basis due to chronic impairments and a reduced degree of independence and activities of daily living. In-patient long-term care is provided in institutions or community facilities. Long-term care is typically a mix of medical (including nursing care) and social services. Only the former is recorded in the SHA under health expenditure." OECD(2000) p 118, se også OECD Health Data 2013, Sources and Methods.

Appendix A citerer direkte SHA'ens definitioner af LTNC (Box 1), henholdsvis LTSS (Box 2). For LTNC (HC.3) vises definitioner for hovedgruppen HC.3 samt for tre undergrupper af langtids-(syge)pleje efter om den leveres i døgninstitution (in-patient), daginstitution (day care) eller i borgerens hjem (at home).

Hovedgruppen (HC.3.) og de to første under/sitegrupper (HC.3.1 og HC.3.2) understreger vigtigheden af medicinske ydelser og *sygepleje* (medical services including nursing care) som et positivt inklusionskriterium for om en given ydelse defineres som LTNC eller ej. Herved konstitueres en 'smal' definition af LTNC – den såkaldte langtids*sygepleje* definition⁷. Den sidste under/sitegruppe HC.3.3. *LTNC at home* tilføjer omsorg i form af "personal care services" og "services in support of informal (family) care related to ADL restrictions" og fjerner dermed det eksklusive fokus på det medicinske, på sundhedsydelser og sygepleje. Med denne undergruppe konstitueres eller åbnes i hvert fald for en "bred definition" af LTNC – den såkaldte ADL – baserede definition, på dansk nærmest at oversætte til den brede personlig pleje- og hjemmehjælps-definition.

Definitionen af LTNC er således uklar og tvetydig. Definitionen af LTSS (HC.R.6.1) er tilsvarende uklar og tvetydig. Tvetydigheden er så at sige konsistent, og derfor kan man tale om en konstant sum (LTC) med to variable addender, LTNC, LTSS. Først står der i Box 2, at LTSS omfatter hjemmehjælp og boligstøtteydelser. Men så understreger SHA-beskrivelsen, at LTSS omfatter kun de instrumentelle behov (iADL), OECD terminologi for rengøring og anden praktisk hjælp. Så også her har vi en bred henholdsvis en snæver afgrænsning. Den brede definition af LTSS omfatter pleje, som ikke leveres som egentlig sygepleje (fx af autoriseret sundhedspersonale) og hjemmehjælp, og matcher dermed den smalle langtids*sygepleje* definition af LTNC. Den smalle definition af LTSS omfatter den mere praktiske hjælp og matcher dermed den brede LTNC definition.

OECD sekretariatet anerkender, at der kan være situationer, hvor det er svært at skelne mellem LTNC (HC.3) og LTSS (HC.R.6.1.) og skriver i SHA-definitionerne, Box 1 nederst: "When it is not possible to judge the dominant character of the programs concerned, it is proposed to report this expenditure under HC.R.6.1." (OECD Health Data 2013). I en anden publikation, OECD, 2007, skriver organisationen (side v) imidlertid det stik modsatte: "If methods for separating home care and home help provided together for persons with ADL restrictions are not available, we recommend that the expenditure should be recorded as LTHC rather than LTSC, as the main reason for help is the restrictions with ADL." (I den OECD-publikation bruges LTHC for HC.3.=LTNC og LTSC for HC.R6.=LTSS). Også på spørgsmålet om, hvad medlemslandene måtte gøre, hvis de er usikre, er OECD forslagene tvetydige og forskellige.

Uklarheden i SHA'ens definitioner af LTNC henholdsvis LTSS er komplementært konsistent i den forstand at 'smallLTNC'+ 'bredLTSS' er lig med 'bredLTNC'+ 'smallLTSS' er lig med LTC. Konstant sum med variable addender. Det bliver selvfølgelig ikke bedre af, at OECD forskellige steder giver forskellige anbefalinger til indberetningspraksis.

Uklarhederne øger risikoen for forskellig indrapporteringspraksis fra OECD's medlemslande og konsistensen i uklarheden øger risikoen endnu mere.

Hvad tager landene så faktisk med som LTNC henholdsvis LTSS?

OECD Health Data inkluderer et kapitel med landespecifikke sundhedsudgiftsdefinitioner, herunder om landene indberetter efter SHA'en eller efter egne nationale retningslinjer. Herfra skulle man kunne se, hvad de enkelte lande medtager som LTNC, henholdsvis som LTSS. Og så skulle man kunne supplere ved at sammenligne de indberettede udgifter under de to komplementære udgiftskategorier, LTNC og LTSS. Det er imidlertid sjældent muligt fra de landespecifikke udgiftsdefinitioner og -beskrivelser at se, hvad landets

⁷ Det forhold, at der også nævnes medical services kan fortolkes som bredere end *sygepleje* og er formentlig medvirkende til at Finland og Israel medtager visse lægeydelser under HC.3 (LTNC).

LTNC indeholder. Og flertallet af lande rapporterer slet ikke LTSS udgifter, en frivillig option, og i OECD Health Data 2012 opgav OECD helt at publicere disse sundhedsrelaterede udgifter.

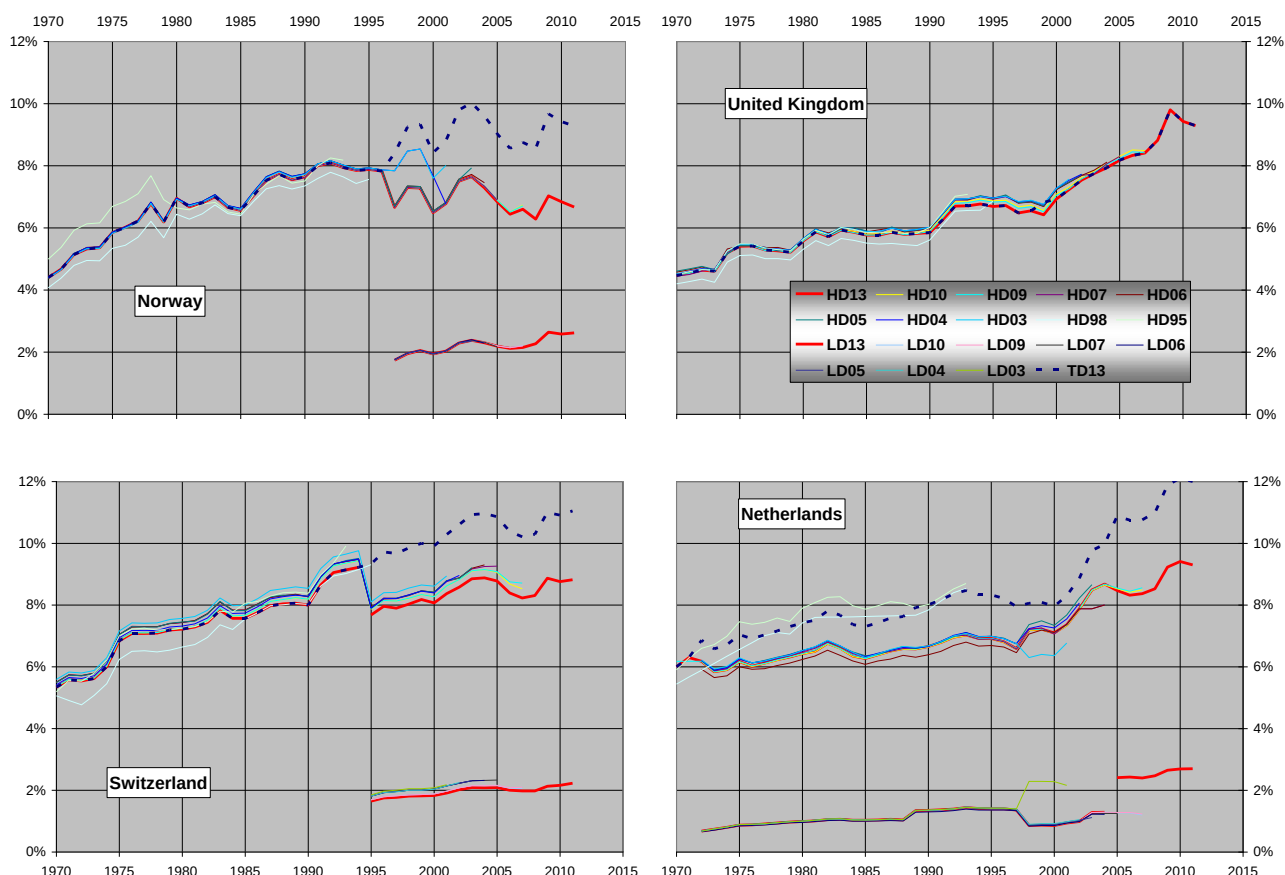
I tabel A1 i Appendix A har jeg samlet beskrivelser fra de 22 gamle medlemslandes egne beskrivelser i de landespecifikke sundhedsudgiftsdefinitioner i OECD Health Data 2013. De er vist i tabellens tredje søjle under søjleoverskriften Definitioner i HD2013 under Landespecifikke udgiftsbeskrivelser. Ingen lande beskriver præcist, hvad de inkluderer under LTNC endsige under LTSS. Få lande har rimeligt dækkende beskrivelser, fx Danmark, men det er desværre ikke gældende for flertallet af medlemslandene.

Søjlen yderst til højre i tabel A1 i Appendix I sammenfatter information om LTNC, som jeg har fundet fra andre kilder eller fra grafisk tidsrækkeinspektion beskrevet nærmere nedenfor.

Grafisk tidsrækkeinspektion

Den grafiske tidsrækkeinspektion består i at sammenligne indberettede sundhedsudgifter (herunder LTNC) for hvert af de 22 lande for samme kalenderår, men fra forskellige registre. Hvis et land i et register, fx Health Data 2004 ikke har rapporteret på LTNC (og det kan jeg se ved, at der ikke er oplyst data for LTNC for pågældende år), men i et andet register fx Health Data 2005 *har* rapporteret udgifter på LTNC, så kan

Figur 4.2 Totale udgifter til sundhed (TEH), opdelt i LTNC og HCE=TEH-LTNC for fire lande (Norge, Schweiz, Storbritannien, Holland) fra ca. 1970 til ca. 2012 med tidsrækkeserier fra forskellige registerudgaver af OECD Health Data forskellige udgivelsesår.



Kilder: OECD Health Data 2013, OECD Health Data 2010, OECD Health Data 2009, OECD Health Data 2007, OECD Health Data 2006, OECD Health Data 2005, OECD Health Data 2004, OECD Health Data 2003, OECD Health Data 1998, OECD Health Data 1995.

Anm. I UK figuren er HD-terminologien anvist. HDxx står for HCE fra OECD Health Data udgivelsesår xx. LDxx står for LTNC fra OECD Health Data udgivelsesår xx. TD13 står for TEH (=HCE+LTNC) fra OECD Health Data 2013 og vist i stipliet blå, og TEH kun vist for dette år, da figuren ellers blev for 'overfyldt'

TEH og HCE for samme kalenderår fra de to registre sammenlignes og man kan se, om TEH er steget (LTNC repræsenterer (delvist) nytillførte udgifter) eller HCE er faldet (LTNC har (delvist) været inkluderet hele tiden). Jeg kan også observere ændringer i LTNC-indberetningerne og se hvor langt tilbage i tid, de går. Figur 4.2 viser eksempler fra fire lande. De fire lande viser forskellige udviklingsforløb. Interesserede læsere kan få tilsvarende figurer for alle 22 lande fra de 'gamle' OECD-medlemslande.

Norge, øvre diagram til venstre i figur 4.2, begyndte fra OECD Health Data 2005 at rapportere på LTNC og det gør de fra 1997 og frem. Det gjorde de ikke i Health Data 2004 og tidligere registre. Det fremgår, at TEH fra 1997 i OECD Health Data 2005 er vokset med ca. halvdelen af LTNC-udgifterne (sammenlignet med TEH for samme år i OECD Health Data 2004) – vist med blå fuldt optrukken linje, mens HCE=TEH-LTNC fra 1997 i OECD Health Data 2005 er faldet med ca. halvdelen af LTNC-udgifterne sammenlignet med HCE for samme år i OECD Health Data 2004. OECD Health Data 2004 viser 8,54 % af BNP for HCE=TEH i året 1999. OECD Health Data 2013 viser for år 1999 9,33 % for TEH, 2,05 % for LTNC og 7,28 % for HCE=TEH-LTNC.

Heraf kan det konkluderes, at over halvdelen af Norges LTNC på 2,05 %, nemlig 1,26 % var inkluderet i norsk TEH allerede før revisionen i 2005, og resten er nye udgifter. Jeg har dog ikke tidligere ved kontakt med førstekonsulent Julie Kjellvik fra det norske Statistisk Centralbureau, kunnet få bekræftet hvilke LTNC-udgifter der indgik før revisionen i 2005. Af Norges definitionsafsnit i OECD Health Data 2003 fremgår det, at der må være tale om at Norge også tidligere inkluderede plejehjemsudgifter. Om "Expenditure on long-term nursing care (total, public, private)" fremgår det: "Statistics Norway, Division of Health Statistics: * Total expenditure on nursing home care: Before 1990, operational expenses, 1991-1993 expenditure from local authority account. After 1993 the expenditure on nursing care is not separable from home care services." Dette kan ikke afvises at betyde, at efter 1993 er hjemmehjælp er inkluderet allerede i OECD Health Data 2003. Hvad er så det ekstra, der kommer med i OECD Health data 2005? Det vides ikke.

Storbritannien, øvre diagram til højre i figur 4.2, rapporterer ikke efter System of Health Accounts men egne nationale definitioner af sundhedsudgifter. Derfor er LTNC serien 'tom' for Storbritannien med undtagelse af finansår 1999, hvor Storbritannien anførte LTNC udgifter svarende til 0,4 pct. af BNP.

Schweiz, nedre diagram til venstre i figur 4.2, begyndte helt tilbage i OECD Health Data 2003 at rapportere LTNC (første år i registrets historie), og det gør de fra 1995 og frem. Det fremgår tydeligt ved sammenligning af tidsrækkerne før og efter LTNC rapportering, at udgifter til sundhed også før 1995 i tidlige og sene registre inkluderede LTNC i samme omfang.

Holland, nedre højre diagram i figur 4.2, har også rapporteret LTNC-udgifter fra OECD Health Data 2003, men ændret indberetningspraksis to gange. I OECD Health Data 2003 ligger de hollandske LTNC-udgifter meget højt i 1998, nemlig 2,29 % af BNP, men allerede fra OECD Health Data 2004 er LTNC-udgifterne i 1998 reduceret til 0,9 % af BNP, og det er næsten med sikkerhed hjemmehjælpsudgifter, som flyttes lidt frem og tilbage. Frem til OECD Health Data 2010 anlægger Holland en forholdsvis smal definition af LTNC, hvor der kun inkluderes udgifter til langtidssygepleje på institution eller i eget hjem, og andre pleje- og hjemmehjælpsudgifter er konteret under LTSS, som i 2007 var 2,23 % af BNP. Fra OECD Health Data 2011 er en stor del af disse udgifter (igen) ført over til LTNC og dermed medtaget som sundhedsudgift. Det konkluderes derfor, at hollandske LTNC og dermed totale udgifter til sundhed inkluderer udgifter til hjemmehjælp.

Klassifikation af landenes indberetningspraksis vedr. LTNC udgifter

Ud fra beskrevne analyser, datakilder og andre informationsfragmenter sammenfattet i tabel A1 konkluderes den i tabel 4.1 beskrevne LTNC-indberetningspraksis for de 22 "gamle" OECD medlemslande. Den brede definition, hvor LTNC inkluderer hjemmehjælpsudgifter (personlig pleje og måske også praktisk hjælp), anvendes i OECD Health Data 2013 med stor sikkerhed af Danmark, Holland, Norge, Østrig, Belgien og Schweiz og med nogen sikkerhed tillige af Tyskland.

En næsten ligeså bred definition af LTNC, men med visse indsnævringer fx kun offentlige udgifter, kun for bestemte borgere med særligt stort behov eller i et bestemt institutionelt regi, anvendes i OECD Health Data 2013 med nogen sikkerhed af Frankrig, Island, Spanien, Canada, Japan, New Zealand og USA. Canada opdeler fx støtteberettigede borgere i fire grupper, hvor støtte til gruppe 2 og 3 defineres som LTNC. Det er borgere med behov for mindst 1½ times personlig pleje daglig *og* medicinsk eller sygeplejefaglig supervision. Borgere med støttebehov grundet nedsat fysisk, psykisk eller kognitivt funktionsevne med behov for mindre en 1½ times daglig ADL støtte defineres som LTSS, OECD(2007) p 19-20.

Tabel 4.1 Tentativ klassifikation af de 22 "gamle" OECD landes indberetningspraksis for LTNC udgifter.

LTNC	Inkluderer	i følgende lande
Brede definition	Al pleje plus hjemmehjælp, mindst personlig pleje	Danmark, Holland, Norge, Østrig, Belgien, Schweiz og nok også Tyskland.
Bred med indskrænkninger	kategorier af personlig pleje og/eller for visse borgere	Frankrig, Spanien, Island, Canada, Japan, New Zealand, USA (i hvert fald "in patient" på institution)
Smal definition	Langtidssygepleje	Finland og Sverige og implicit Storbritannien og nok også Irland
Meget smal	Sygepleje under langtidsbehandling	Australien, Grækenland, Portugal
Ubestemt	Vides ikke (formentlig meget smal)	Italien

Kilde: Se tabel A1 i Appendix A.

Den snævre definition, hvor LTNC kun inkluderer langtidssygepleje anvendes i OECD Health Data 2013 med stor sikkerhed af Finland⁸ og Sverige, og med nogen sikkerhed af Storbritannien (implicit) og måske Irland (implicit).

Den endnu snævrere definition, hvor LTNC kun inkluderer sygeplejen under langtidsbehandling på institution eller i eget hjem anvendes i OECD Health Data 2013 med stor sikkerhed og Australien og med beskeden sikkerhed af Grækenland og Portugal.

Det har ikke været muligt at bestemme indholdet i de italienske sundhedsudgifter og herunder heller ikke LTNC.

Blandt de andre lande i gruppe 4 og 5, følger Tjekkiet, Ungarn og Polen en bred LTNC definition (landespecifikke definitioner i OECD Health Data 2013 og OECD(2007), p 68, p 118 og p 200. Slovakiet følger en snæver definition (OECD(2007) p 220) og Slovenien ligger i en midtergruppe, hvor placeringen af pleje og hjemmehjælp bestemmes af, hvad det er for en socialforsikring, der har betalt for ydelsen, OECD(2007) p 226. Korea rapporterer efter en snæver LTNC-definition uden hjemmehjælp, OECD(2007) p 148. Israel anfører selv i OECD Health Data 2013 at deres LTNC-udgifter refererer til 'medical wings' på alderdomshjem, sygehusindlæggelser af kronisk syge og rekonvalescensinstitutioner, og det ligner en smal definition i forhold til hjemmehjælp, men bred i den forstand at israelsk LTNC indeholder, hvad andre lande inkluderer i deres HC.1-2 udgifter.

⁸ Finland synes at følge en lidt specifik indberetningspraksis vedrørende LTNC, hvorunder inkluderes udgifter til sundhedsydelser, som de fleste andre lande vil medtage under HC.1. og 2. fx lægers hjemmebesøg og hospicebehandling. Finland synes under LTSS at medtage, hvad mange andre lande medtager under LTNC i den brede definition.

Sundhedsudgifter uden LTNC

Analyserne i dette kapitel viste indledningsvist, at OECD i forskellige afsnit af System of Health Accounts opererer med mindst to definitioner af LTNC og LTSS, henholdsvis en smal/bred og en bred/små – hver med to varianter. Selvom OECD-retningslinjerne er intenderet fleksible, for at give plads til nationale fortolkninger og tilpasninger til deres nationale udgiftsstatistikker, så kan denne tvetydighed i LTNC/LTSS definitionen næppe være tilsigtet.

Og der forekommer en betydelig variation i, hvad medlemslandene medtager af udgifter under LTNC (og dermed som sundhedsudgift) og endnu mere under LTSS. Selvom 15 lande af de 22 "gamle" OECD lande (og 18 af alle 34) efterhånden⁹ i noget omfang lægger sig op ad den brede definition med pleje inkluderet udover egentlig sygepleje, og med en del (hjemme)hjælp inkluderet, så er der stadig en afgrænsningsvariation inden for de 15 (18) lande med brede definitioner. Og der er tre lande i vores 'region' ud af otte, som følger den smalle definition, nemlig Finland, Sverige og implicit Storbritannien.

Denne definitoriske heterogenitet trækker ned i det eksisterende officielle sundhedsudgiftsbegrebs komparative validitet. TEH har reduceret komparativ validitet grundet inklusion af LTNC.

Vil det forbedre validiteten at fratrække LTNC og i stedet for TEH da at bruge $HCE=TEH-LTNC$? Det afhænger af svarene på nedenstående tre spørgsmål:

- Hvor meget LTNC inkluderer TEH for de lande, som ikke indberetter efter System of Health Accounts og dermed ikke specificerer udgifter for LTNC? I det omfang de gør det, overvurderer vi deres sundhedsudgifter, hvis vi bruger den anden målemetode, $HCE=TEH-LTNC$?
og tæt forbundet hermed,
- Hvor meget LTNC (bredt eller smalt defineret) er fejllallokeret til "sundhed", selvom landet indberetter andre LTNC udgifter? "Sundhed" skal her forstås som andre HC elementer (HC1-2, og HC4-7 og HC.R.1) hvorunder LTNC medregnes. Så vil LTNC fratrække også overvurdere sundhedsudgifterne.
Og det modsatte,
- Hvor meget "sundhed" inkluderer LTNC for de enkelte lande, som måtte være blevet allokeret over til LTNC=HC.3? I det omfang de gør det, undervurderer vi deres sundhedsudgifter, når vi bruger den anden målemetode, $HCE=TEH-LTNC$.

Storbritannien og Irland inkluderer formentlig noget LTNC i deres sundhedsudgifter. Storbritannien i størrelsesordenen maks. 0,6 % af BNP, hvorfor et $HCE=TEH-LTNC$ vil overvurdere de britiske sundhedsudgifter med ca. 5 % (fordi rapporteret LTNC=0). Det ved vi delvist fra indberetningsåret 1999, hvor Storbritannien eksperimentelt rapporterede efter System of Health Accounts (LTNC=0,4 % af BNP), og fra andre kilder. Dem har vi ikke for Irland. OECD skønner selv at Irland har trukket alle LTNC ud af de udgifter, som landet indberetter, men det er faktisk ikke hvad landet selv skriver. Irland anfører, at de har fratrasket *welfare components* men specificerer ikke, hvad det betyder. Italiens status kendes ikke.

USA inkluderer ifølge OECD(2007) p 263-65 ikke LTNC leveret direkte i hjemmet. Sådanne udgifter er, for så vidt de er medtaget, inkluderet under HC.1. Det gør USA til en mulig kandidat for at $HCE=TEH-LTNC$ vil overvurdere deres sundhedsudgifter, da LTNC leveret i hjemmet så stadig er inkluderet. Jeg har ikke fået dette bekræftet af andre kilder.

Så er der den tredje invaliderende faktor i $HCE=TEH-LTNC$: At de fratrakne LTNC-udgifter inkluderer sundhedsudgifter. I den forbindelse skal det erindres at HC.3 ifølge System of Health Accounts faktisk

⁹ Sammenligningen af forskellige OECD Health Data registre viste som et biprodukt, at over tid har stadig flere lande siden 2003 adopteret den brede eller delvist brede definition af LTNC. Som altid er der undtagelser, som her er Australien, der i OECD Health Data 2009 ophørte med at inkludere LTNC af betydning

inkluderer palliativ omsorg/pleje. I SHA'en står palliativ care, men somme tider tilføjes end-of-life care eller hospice care. Den sidste tilføjelse indskrænker den kategori meget, men end-of-life og palliativ behandling og pleje kan i princippet være næsten al ikke-kurativ intenderet behandling i sundhedsvæsenet. En potentiel stor bro fra HC.1-2 til HC.3.

Jeg er ikke stødt på noget, der skulle tyde på, at dette i praksis er et stort problem, men muligheden eller risikoen er der. Finland og Israel inkluderer temmeligt indlysende udgifter under LTNC (HC.3) ¹⁰ som andre lande inkluderer under HC.1-2. Jeg har ikke kunnet finde andre lande, som gør det, men kildematerialet er lidt skrøbeligt.

¹⁰ Og det gør de to lande angiveligt med henvisning til, at OECD's HC.3 definition nævner long-term *medical* services.

5. Revisioner af de danske sundhedsudgifter

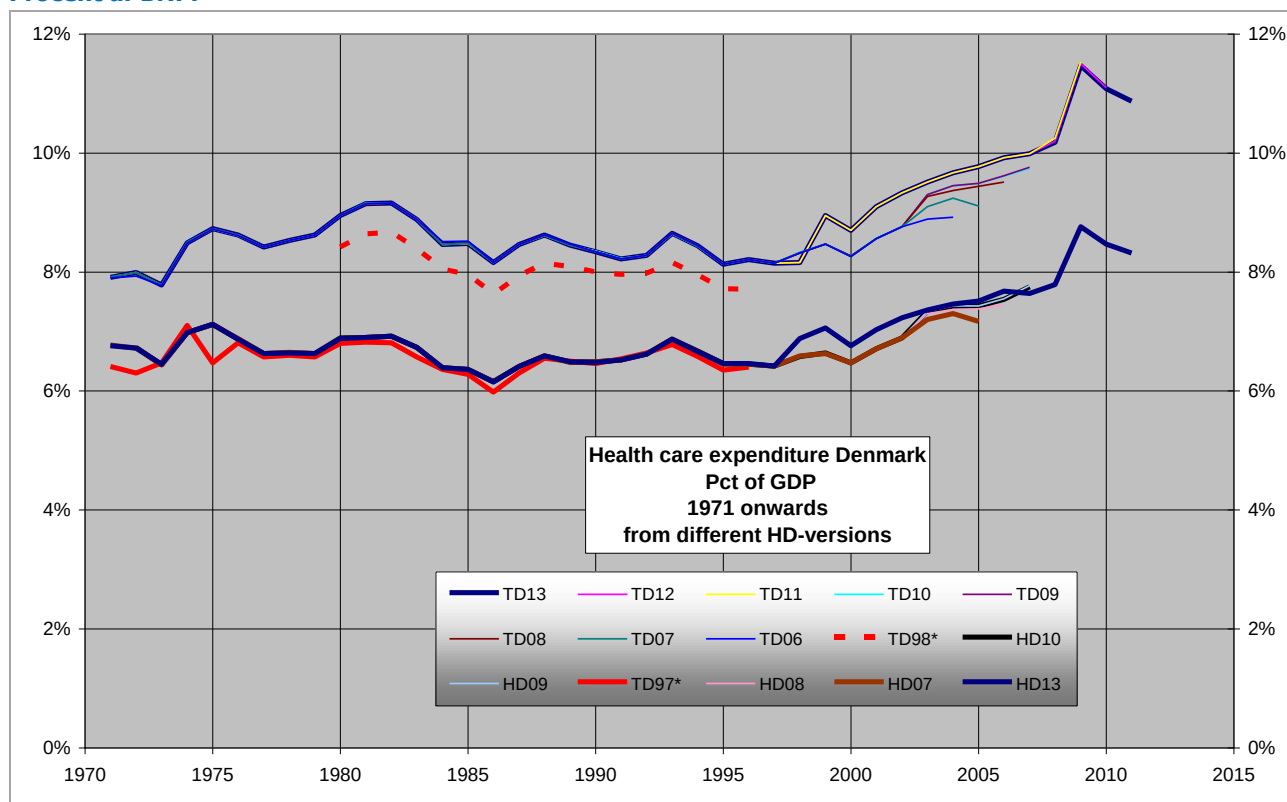
Dette kapitel handler om den danske tilpasning fra de nationale sundhedsudgiftsdata til de internationale retningslinjer i System of Health Accounts, OECD(2000). Tre store udgiftsrevisioner fra 1996 til 2010, som endeligt afsluttedes i OECD Health Data 2011, har flyttet hvad der samlet svarer til 35 mia. kr. pr. år fra ikke-sundhedskonti til sundhedskonti i det danske internationale sundhedsregnskab.

Kapitlet bidrager til at beskrive, hvad der indgår i de sundhedsudgifter, som sammenlignes i internationale udgiftsbenchmarkings – her med fokus på hvad der indgår i de danske udgifter i internationale benchmarkings.

Den første og største tilpasning til OECD's retningslinjer – før de var nedskrevne

I Danmark skete den første større tilpasning af sundhedsudgifterne til System of Health Accounts fra 2000 allerede i 1998. Alle tidligere danske sundhedsudgiftsdata (fra 1970 og frem til 1995) blev slettet fra registret på anmodning fra de danske sundhedsmyndigheder og nye udgiftsdata, som var 1½-2 procentpoint (af BNP) højere end de gamle erstattede de slettede tal. Det ses ved sammenligning af den fuldt optrukne røde kurve i figur 5.1, som viser de danske sundhedsudgiftsdata jf. OECD Health Data 1997 med ditto fra OECD Health Data 1998 i stiplede røde linje.

Figur 5.1 Sundhedsudgifter i Danmark fra 1971 til 2011 ifølge forskellige OECD Health Data registre. Procent af BNP.



Kilder: OECD Health Data 2013, OECD Health Data 2012, OECD Health Data 2011, OECD Health Data 2010, OECD Health Data 2009, OECD Health Data 2008, OECD Health Data 2007, OECD Health Data 2006, OECD Health Data 1998, OECD Health Data 1997. Egne beregninger.

Anm. TDxx står for TEH fra OECD Health Data udgivelsesår xx. HDxx står for HCE=TEH-LTNC fra OECD Health Data udgivelsesår xx. * efter label angiver at OECD Health Data for pågældende udgivelsesår ikke fulgte System of Health Accounts.

Plejhjemsudgifterne tilføjes med den begrundelse, at det gjorde de andre lande, Koch(1999). I denne første revision forøgedes danske sundhedsudgifter med mellem 15 og 18 mia. kr. I tabel 5.1 står de anført som TEH-tilførsel i 1998, og det var det også, og senere i OECD Health Data 2003, blev det omkonteret til LTNC-udgiftskategorien af TEH.

Den anden revision

Den næste revision kom nogle år senere. Denne revision er mig bekendt aldrig beskrevet. Jeg opdagede revisionen ved at sammenligne danske sundhedsudgifter i OECD Health Data 2002 med de tilsvarende i OECD Health Data 2003. Der var to ændringer i disse to OECD Health Data registre for danske sundhedsudgifters vedkommende. For det første anførte Danmark, at Danmark officielt var gået over til at følge System of Health Accounts – jf. de danske landespecifikke udgiftsbeskrivelser. For det andet var danske sundhedsudgifter forøget med tilbagevirkende virkning med op til ½ procentpoint af BNP eller fra 3 til 6,5 mia. kr. årligt, jf. tabel 5.1 (revision 1999-2003). Ved sammenligning af udgifter fra forskellige OECD Health Data registre kan det konstateres, at stigningen i de danske sundhedsudgifter i denne revision svarede til godt 4/5 dele af udgifter til drift af hjemmehjælpen i Danmark – som ikke allerede er medtaget under integrerede ordninger fra den første revision og det svarer meget godt til den del af hjemmehjælpen som er personlig pleje.

Tabel 5.1. Sundhedsministeriets tre revisioner af sundhedsudgiftsdata rapporteret til OECD sekretariatet

	I: 1998	II: 1999-2003		III: 2006-2011: Sum**		
	TEH	TEH		TEH	HCE	LTNC
Tilførte udgifter i mia. kroner, 2005 priser						
1980	14,813	4,858	1995			
1981	16,476	4,652	1996			
1982	17,483	4,618	1997			
1983	17,570	4,731	1998	-2,188	4,020	-6,208
1984	17,036	4,585	1999	6,732	5,988	0,744
1985	17,617	5,816	2000	6,388	4,182	2,206
1986	18,104	5,829	2001	7,895	4,751	3,144
1987	18,013	5,770	2002	8,373	4,920	3,453
1988	17,581	5,178	2003	9,142	2,359	6,783
1989	17,615	4,169	2004	11,313	2,384	8,929
1990	17,348	3,775	2005*	10,199	5,315	4,884
1991	16,208	2,913	2006	6,551	3,675	2,876
1992	15,495	3,540	2007	3,733	-2,110	5,843
1993	15,991	5,693	2008	-1,128	-0,967	-0,161
1994	16,789	5,971	2009	-0,911	-0,760	-0,151
1995	17,254	5,196	2010			
1996	17,016	6,459	2011			

Kilder: OECD Health Data, skiftende årgange 1997 til 2013. Noter: Beløb er anført i mia. kroner (med tre decimaler) i 2005 prisniveau.

* Herfra indgår datarevisioner i 2006 ikke, da OECD Health Data 2006 kun går til og med kalenderår 2004. Og så fremdeles i de følgende år.

** Den tredje revision adderer sundhedsudgifter i flere omgange, dvs. successivt i flere OECD Health Data registre, her vises summen heraf.

Den tredje revision

Men der skulle komme endnu en revision. Den var først færdig og rapporteredes i sin fulde effekt i OECD Health Data 2011, hvor det bekendtgøres, at Danmark nu har fuldført sin tilpasning til OECD's SHA 1.0 – en proces, der startede i OECD Health Data 1998 og i virkeligheden går helt tilbage til dansk deltagelse i projektet ledet af Statistics Netherlands i 1995-1997. Denne tredje revision fremgår først i de danske udgiftsdata i OECD Health Data 2007, Health Data 2008 og Health Data 2009 for årene 2003 til 2004, hhv.

til 2005 hhv. 2006. Og så gøres den store revision helt færdig i efteråret 2010 og rapporteres i OECD Health Data 2011 med tilbagevirkende effekt til 1999 til 2007 og med 1998 som en slags 'få udgifterne til at stemme-år'. De løbende revisioner i disse år spores også på figur 5.1, hvor det ses at for hver ny OECD Health Data årgang, så har de danske sundhedsudgifter fået et nøk opad.

Samlet set er sundhedsudgifterne steget mellem 0,23 og 0,75 procentpoints af BNP pr. år i perioden 1999 til 2007 svarende til fra 3,7 til 11,3 mia. kr. årligt (2005 prisniveau)¹¹. Revisionsperioden omfattede også kalender/finansår 1998, hvor sundhedsudgifterne undtagelsesvist reduceredes med 2,2 mia. kroner svarende til 0,16 procentpoint af BNP. Dermed 'revideredes' også de danske sundhedsudgifters tidstrend, idet den relative stabilitet i danske sundhedsudgifter som procent af BNP tilbagerykkedes fra 2000/2001 til 1998/1999. Afslutningsvis kommer der i de to sidste registre, OECD Health Data 2012 hhv. 2013, nogen datarevisionsreguleringer, som samlet set løfter ca. 1 mia. sundhedskroner af i 2008 og 2009.

Det er desværre ikke muligt præcist at beskrive, hvad det er for udgifter, der er flyttet fra en eller anden ikke sundheds-konto over til en sundhedskonto. Det fremgår af tabel 5.2, at denne revision både omfatter LTNC og HCE. Totalændringen passer nogenlunde med egne sammenligninger af danske sundhedsudgiftsdata for 2003 fra forskellige OECD Health Data registre, men fordelingen på LTNC og HCE stemmer ikke. Ifølge Sundhedsministeriets data er kun 2 mia. tilført LTNC, men ifølge data fra OECD Health Data registrene skulle det være over 6 mia.

Tabel 5.2. Ændringer for kalenderår 2003 i SUM indberetning til OECD for HD 2007. Millioner kroner

Kategori	Før SHA	Efter SHA	Forskel
Pleje HC.3 (1)	24.479	26.564	2.085
Patienttransport (HC.4)	0	1.736	1.736
Medicin m.v.(2) kommunale udgifter (HC5)	6.274	11.819	5.545
Forebyggelse (HC.6)	0	334	334
Administration og private sundhedsforsikringer (HC7)	1.200	2.212	1.012
Total	31.953	42.665	10.712

Noter: (1) Ifølge email fra fuldmægtig i SUM, 17.september 2008 dækker forskellen over plejeudgifter til voksne handicappede g kompensation for tabt arbejdsfortjeneste i forbindelse med pasning af døende pårørende – begge i de kommunale regnskaber. (2) Ifølge email fra fuldmægtig i SUM, 18.februar dækker denne post tilskud fra kommunerne til medicin, fysioterapi, kiropraktor og fodterapi
 Kilde: Notat af 17.september 2008, Sundhedsministeriet, Sundhedsstatistisk kontor, intet J.nr., sagsbehandler JWL (Jakob Wang Langer), Titel: Databrud i internationale udgiftsberetninger i 2003 i forbindelse med implementering af SHA.

Afsluttende om de tre danske revisioner

De tre store revisioner flyttede mindst 35 mia. kroner om året fra konti, der ikke tidligere var sundhedskonti over på sådanne. Sådan tilpassedes de danske sundhedsudgifter til SHA'en. Revisionerne har overvejende omfattet udgifter i pleje- og hjemmehjælpssektoren, men også andre områder har været i spil. Jeg har ikke fundet en præcis beskrivelse af, hvad der er flyttet fra hvad til hvad. Beskrivelsen af sidste revision i tabel 5.2 er god, men desværre stemmer data i tabellen ikke helt overens med de ændringer før vs efter revision, som fremgår ved sammenligning af forskellige OECD Health Data registre. Men kapitlet har vist at rigtig mange penge er flyttet rundt.

¹¹ Der vil altid være i de sidste år af revisionsperioden være et fald i 'tilførsel' af udgifter, da de måles i forhold til registret året før, og jo længere fremme i revisionsperioden man er, desto flere af tilførslerne er allerede realiserede.

6. Sundhedsudgifterne fordelt på HC-funktioner

Dette kapitel præsenterer og analyserer de internationale udgiftsdata fordelt på de seks forskellige driftsfunktioner jf. HC-funktionsopdelingen, og er som sådan en del af at beskrive hvor Danmark ca. ligger år 2011 og hvad der indgår i udgifterne. Endvidere præsenteres de statistiske validitetsanalyser af TEH versus HCE (=TEH-LTNC) i dette kapitel. Sidstnævnte omfatter

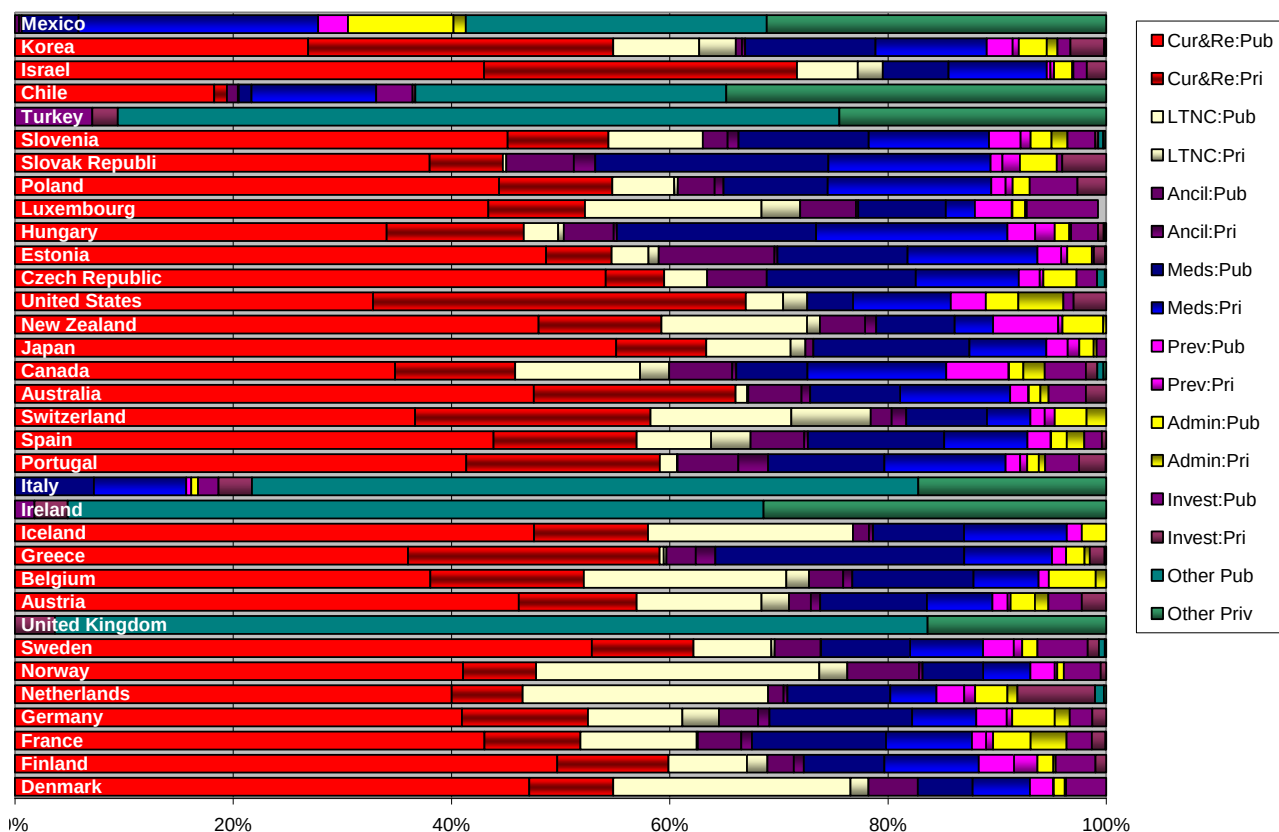
1. spredningsanalyser af TEH versus HCE og af LTNC versus andre funktionsspecifikke udgiftskategorier
2. analyse af statistisk sammenhæng mellem de to udgiftsmål, TEH og HCE, og GDP pr. indbygger.

Data i dette kapitel refererer overvejende til det tredje spørgsmål: Hvad indgår i de sundhedsudgifter, som sammenlignes internationalt? Spørgsmålet besvares dels ved at vise sundhedsudgifterne opdelt i de syv funktionsspecifikke kategorier fra HC-klassifikationen og dels ved at vise resultater fra ovennævnte statistiske analyser af de to målemetoder for sundhedsudgifter.

Præsentation af funktionsspecifikke sundhedsudgiftsdata for 34 lande ca. år 2011

Data for syv funktionsspecifikke sundhedsudgiftskategorier, opdelt i offentlig og privat, for de 34 lande vises i Appendix B tabel B1. De præsenteres grafisk i figur 6.1 med den forholdsvise fordeling på de syv funktionskategorier, og 'Andet' for de lande, der ikke følger SHA'en, og for hver kategori yderligere opdelt i offentlig udgift og privat (i meleret farve). Behandling (HC.1-2) fylder mest efterfulgt af lægemidler og pleje- og omsorg. Pleje og omsorg er vist i hvidt og lyst gråt (privatfinansierede ældreplejeudgifter), og det skal nu undersøges om der er særlig stor spredning i ældreplejen i forhold til de andre udgifter.

Figur 6.1. Sundhedsudgifternes procentuelle fordeling på de syv udgiftsgrupper – opdelt i offentlig og private udgifter. Sidst oplyste kalenderår for de 34 lande.



Kilde: OECD Health Data 2013. Egne beregninger.

Statistisk analyse af spredning i udgiftsdata

Høj spredning i sundhedsudgifter mellem lande kan udtrykke lav reliabilitet, især hvis spredningen er uforklarlig høj. Tabel 6.1 viser nogle spredningsmål for de forskellige undergrupper af sundhedsudgifterne samt af totale udgifter til sundhed (TEH) og totale udgifter til sundhed fratrukket LTNC-udgifter (HCE). Data refererer til et af årene 2010 til 2012, dog 2008 for Tyrkiet. Forventningen (hypotesen) er, at spredningen i LTNC udgifterne er højere end i de andre udgiftskategorier, fordi målevariabiliteten mellem landene er større for LTNC end for de andre udgiftskategorier af de årsager, som jeg redegjorde for i kapitel 4, nemlig tve-tydige definitioner fra OECD's side og deraf følgende forskellige definitionsfortolkninger fra medlemslandenes side. Hypotesen er ikke specielt skarp og det er testen heraf heller ikke. Der er også tilknyttet variationskilder ved de andre udgiftskategorier, fx kan nogle lande være mere opmærksomme på at måle administration særskilt under HC.7, medens andre lande måske i mindre omfang kan udskille administrationsudgifterne fra øvrige driftsudgifter og derfor tæller dem med under de øvrige HC-kategorier. Testen består i at vurdere om spredningen i LTNC udgifterne er højere end i de andre udgiftskategorier, og den er heller ikke specielt skarp, for høj spredning i LTNC kunne afspejle højere reelle forskelle mellem landene, fx prioritering af LTNC, demografiske forskelle (flere ældre), sociale forskelle, fx at LTNC i nogle lande i højere grad end andre varetages inden for familien, osv. osv.

Lad os således forventningsafstemte se på spredningsmålene i tabel 6.1. Spredning kan måles på mange forskellige måder og i tabel 6.1 har jeg brugt både variationskoefficienten, som udtrykker variationen som ratio af gennemsnit, og ratioen af øvre til nedre kvartilværdier. LTNC udviser relativ stor spredning på LTNC i forhold til de andre udgiftskategorier, men ikke helt entydigt. Variationskoefficienten er størst på HC.7 (administration af sundhedsvæsen og -forsikringer), hvor der kan være en binomial faktor i forsikringsfinansiering vs skattefinansiering¹², og kun næststørst for LTNC. Kvartilratioen er dog entydigt størst for LTNC.

Der er også lidt mindre spredning på HCE=TEH-LTNC end på TEH, men næppe en forskel som kan tillægges betydning for spørgsmålet om den komparative validitet.

Tabel 6.1. Variation i sundhedsudgifterne (2010-2012) fordelt på funktion (procent af BNP)

ICHA	Lande	Gennemsnit	Median	Variationskoefficient	Nedre kvartil	Øvre kvartil	Øvre/Nedre
HC.1+2	29	5,21	5,49	32,86	4,46	5,95	1,33
HC.3	28	1,08	0,89	75,49	0,32	1,57	4,85
HC.4	28	0,39	0,41	52,58	0,26	0,52	2,03
HC.5	31	1,73	1,68	32,89	1,41	2,07	1,47
HC.6	30	0,26	0,22	61,00	0,16	0,34	2,13
HC.7	30	0,31	0,21	83,40	0,13	0,39	2,88
HC.R.1	29	0,38	0,37	47,87	0,25	0,48	1,92
HCE	34	8,32	8,43	23,93	7,25	9,12	1,26
TEH	34	9,21	9,20	24,59	7,81	10,39	1,33

Kilde: OECD Health Data 2013. Egne beregninger. Note: Kun lande med positive udgiftsværdier indgår for de forskellige udgifter.

Analyse af graden af sammenhæng med GDP

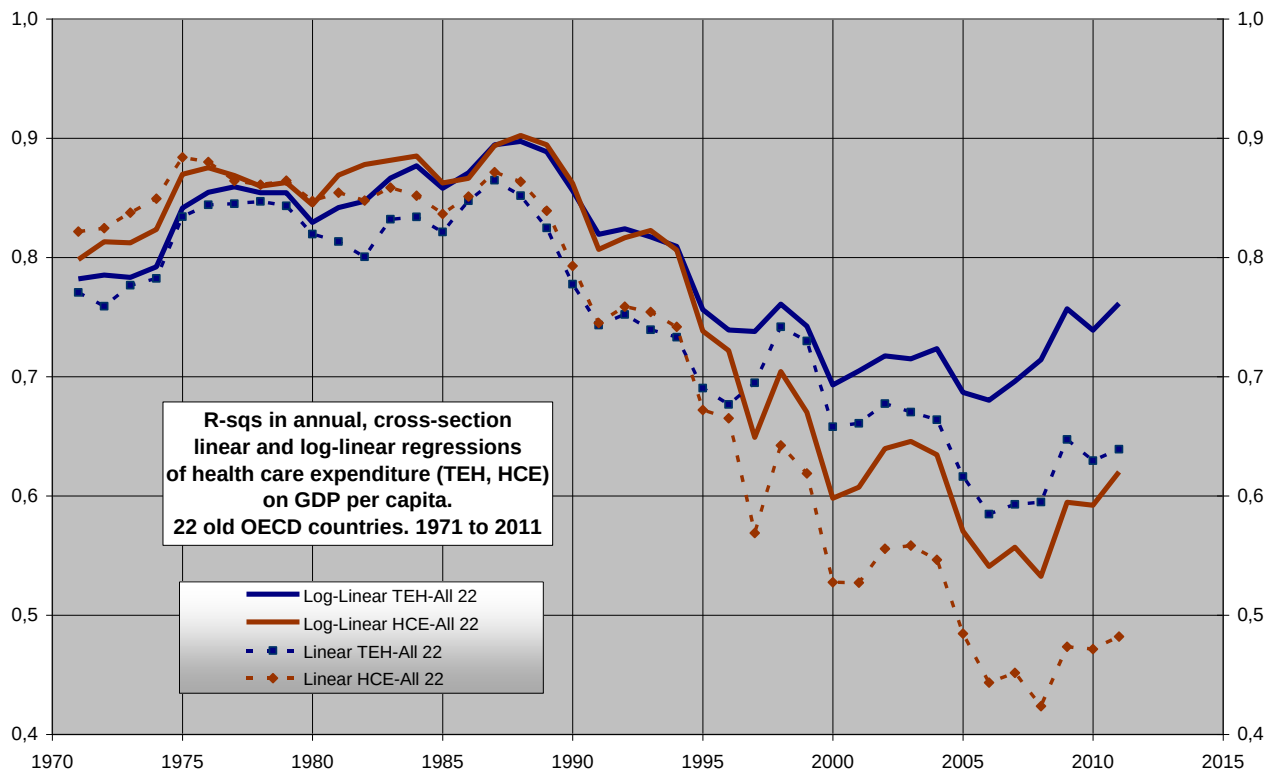
Undertiden kan validitet vurderes ved graden af statistisk sammenhæng med en anden variabel, som der er teoretisk eller på anden måde forudgående forventning om at sundhedsudgifterne skulle være statistisk korreleret til. Det forventes teoretisk at sundhedsudgifter på landeniveau er korreleret til GDP pr. indbygger

¹² Der er positiv korrelation mellem et lands andel af sundhedsudgiftsfinansiering ved forsikringer (både private og obligatoriske socialforsikringer) og HC.7 udgifter, men den er ikke markant og der er mange undtagelser, fx Tjekkiet, Estland, Ungarn, Israel, Japan og Polen med høj socialforsikringsfinansiering men lave HC.7 udgifter og Mexico med beskeden forsikringsfinansiering og HC.7 udgifter på 11 procent af totale sundhedsudgifter.

og en tæt korrelation er bekræftet i mange studier, Gerdtham og Jönsson, 2000. Hvis HCE er komparativt mere valid end TEH, skulle man forvente at HCE er højere korreleret til GDP end TEH. Dette synes jf. figur 6.2 ikke at være tilfældet og især ikke siden 1997, hvor det modsatte synes at være tilfældet.

Figur 6.2 viser forklaringsgrader, R^2 , fra årlige tværsnitsregressioner af sundhedsudgifter på GDP, begge pr. indbygger fra 1971 til 2011. Der er estimeret fire tværsnitsregressioner pr. år, en for TEH og en for HCE, og

Figur 6.2 Forklaringsgrader fra tværsnitsregressioner af TEH og HCE på GDP. 22 gamle OECD medlemslande, 1971 til 2011



Kilde: OECD Health Data 2013. Egne beregninger.

lineær hhv. log-lineær form. Efter de første fem år synes den log-lineære funktionsform at fitte lidt bedre, give stadig højere R^2 værdier end den lineære form. Og fra 1997 begynder GDP at have større forklaringskraft for TEH end for HCE. Figur 6.2 kunne således tyde på højere komparativ validitet af TEH i forhold til HCE. Inspektion af data bag de mange regressioner tyder på to outliers blandt højindkomstlandene, især USA og de sidste 20 år også Norge (se figur 7.3 i næste kapitel). Figur 6.3 viser de 41*4 R^2 s fra samme årlige tværsnitsregressioner som i figur 6.2 men nu uden USA og Norge, som begge har høje sundhedsudgifter. Uden USA og Norge forsvandt al statistisk diskriminans på den test, dvs. TEH og HCE er lige højt/lavt korreleret til GDP. Når analyseresultatet er så følsomt over for to oplagte outliers kan det ikke rigtig tillægges nogen værdi.

Afsluttende om funktionsspecifikke sundhedsudgifter

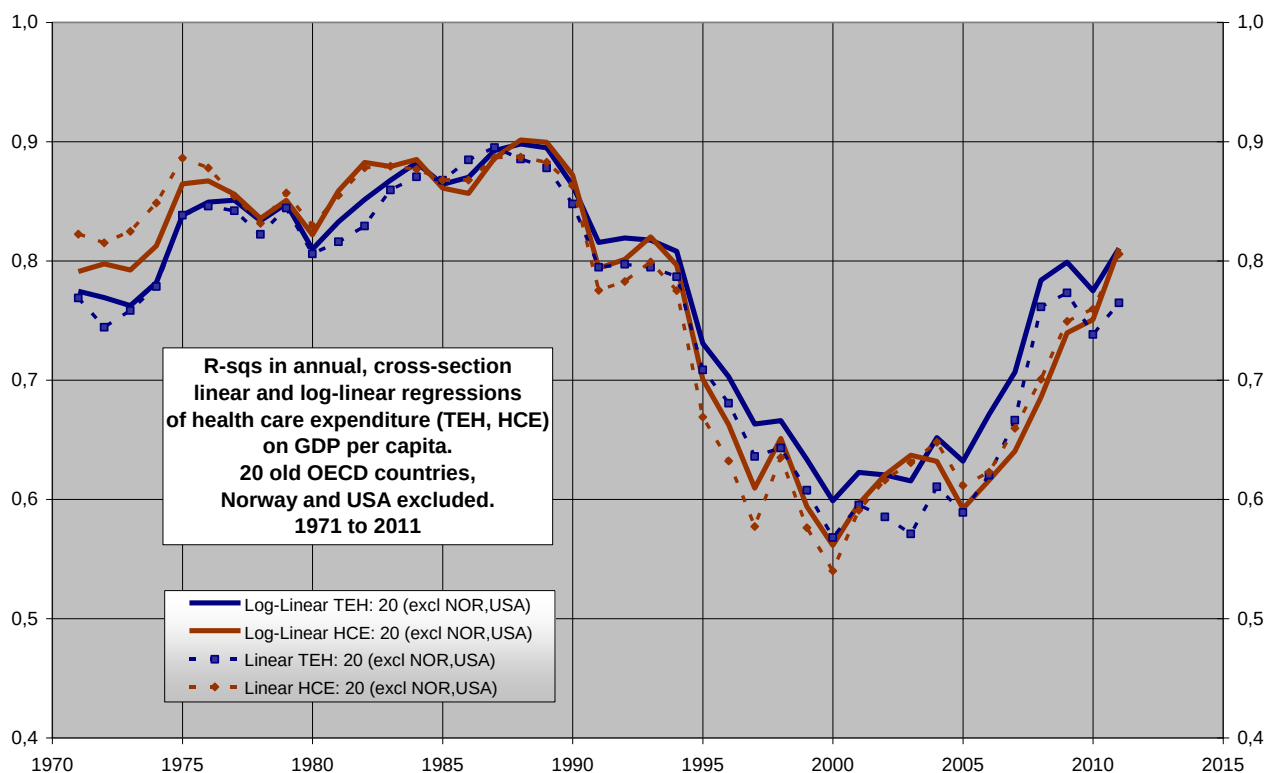
Der er ikke så meget at tilføje vedr. præsentationen af sundhedsudgifterne opdelt på de syv funktionskategorier i SHA. De statistiske analyser af målevaliditeten af TEH versus HCE og af LTNC vs. de seks andre funktionskategorier må overordnet set siges at være statistisk inkonklusive.

Det synes ikke i synderlig grad at være muligt statistisk at diskriminere mellem TEH og HCE, og heller ikke i heterogenitet mellem LTNC og *alle* seks andre funktionskategorier.

HC.6 (forebyggelse og sundhedsfremme) og HC.7 (administration af sundhedsvæsen og sundhedsforsikringer) viser også relativ høj spredning på variationskoefficienten (spredning/middelværdi) men dog ikke så høj på øvre/nedre kvartilsratio som HC.3 (LTNC).

Konsekvensen af en inkonklusiv statistisk analyse af relative komparative målevaliditet og den internationale reliabilitet af LTNC er, at rapporten fastholder en konsekvent sidestillet præsentation af både TEH-udgifter og HCE-udgifter.

Figur 6.3 Forklaringsgrader fra tværsnitsregressioner af TEH og HCE på GDP. 20 gamle OECD medlemslande, Norge og USA ekskluderede. 1971 til 2011



Kilde: OECD Health Data 2013. Egne beregninger

7. Sammenligninger af sundhedsudgifter med og uden pleje- og omsorgsudgifter

Nu er vi endeligt nået til Danske Regioners første spørgsmål: Hvor høje er de danske sundhedsudgifter sammenlignet med andre landes? I dette kapitel sammenlignes danske sundhedsudgifter med udgifterne i de 21 andre gamle OECD-medlemslande. Sammenligninger med alle 34 lande er præsenteret i sammenfatningen og tabel B2 i Appendix B.

Sundhedsudgifter sammenlignes målt ved begge målemetoder, dvs. både TEH jf. OECD's egen brede definition af udgifter til sundhed inkl. pleje- og omsorgsudgifterne (LTNC) og den anden målemetode HCE = TEH-LTNC. Sundhedsudgifter sammenlignes målt pr. indbygger, i procent af BNP og i forhold til estimerede indkomstbetingede OECD gennemsnit.

Tabel 7.1. Sundhedsudgifter og BNP pr. indbygger i 22 lande i 2011, og udgifter i procent af BNP

Gruppe 1	TEH/cap	HCE/cap	LTNC/cap	GDP/cap	TEH%BNP	HCE%BNP	LTNC%BNP
France	\$3.579	\$3.194	\$385	\$30.839	11,6%	10,4%	1,3%
Finland	\$2.829	\$2.573	\$256	\$31.298	9,0%	8,2%	0,8%
Denmark	\$3.539	\$2.711	\$828	\$32.564	10,9%	8,3%	2,5%
Germany	\$3.773	\$3.320	\$453	\$33.520	11,3%	9,9%	1,4%
Sweden	\$3.318	\$3.070	\$247	\$34.856	9,5%	8,8%	0,7%
United Kingdom	\$3.290	\$3.290		\$35.420	9,3%	9,3%	
Netherlands	\$4.420	\$3.426	\$994	\$36.850	12,0%	9,3%	2,7%
Norway	\$4.338	\$3.114	\$1.223	\$46.725	9,3%	6,7%	2,6%
Average Group 1	\$3.636	\$3.087	\$549	\$35.259	10,4%	8,9%	1,5%

Gruppe 2	TEH\$	HCE\$	LTNC\$	GDP\$	TEH%	HCE%	LTNC%
Portugal	\$2.169	\$2.134	\$35	\$21.178	10,2%	10,1%	0,2%
Greece	\$2.077	\$2.064	\$13	\$22.754	9,1%	9,1%	0,1%
Italy	\$2.403	\$2.403		\$26.050	9,2%	9,2%	
Spain	\$2.499	\$2.238	\$261	\$26.450	9,5%	8,5%	1,0%
Belgium	\$3.470	\$2.754	\$716	\$32.948	10,5%	8,4%	2,2%
Iceland	\$3.032	\$2.463	\$570	\$33.525	9,1%	7,4%	1,7%
Austria	\$3.847	\$3.309	\$537	\$35.520	10,8%	9,3%	1,5%
Ireland	\$3.285	\$3.285		\$36.897	8,9%	8,9%	
Switzerland	\$4.451	\$3.552	\$898	\$40.290	11,1%	8,8%	2,2%
Average Group 2	\$3.026	\$2.689	\$337	\$30.624	9,8%	8,8%	1,0%

Gruppe 3	TEH\$	HCE\$	LTNC\$	GDP\$	TEH%	HCE%	LTNC%
New Zealand	\$2.641	\$2.257	\$384	\$26.276	10,1%	8,6%	1,5%
Japan (2010)	\$2.960	\$2.691	\$269	\$30.871	9,6%	8,7%	0,9%
Canada	\$4.042	\$3.471	\$571	\$36.158	11,2%	9,6%	1,6%
Australia (2010)	\$3.299	\$3.262	\$38	\$36.873	9,0%	8,9%	0,1%
United States	\$7.584	\$7.157	\$427	\$44.440	17,1%	16,1%	1,0%
Average Group 3	\$4.105	\$3.768	\$338	\$34.924	11,4%	10,4%	1,0%

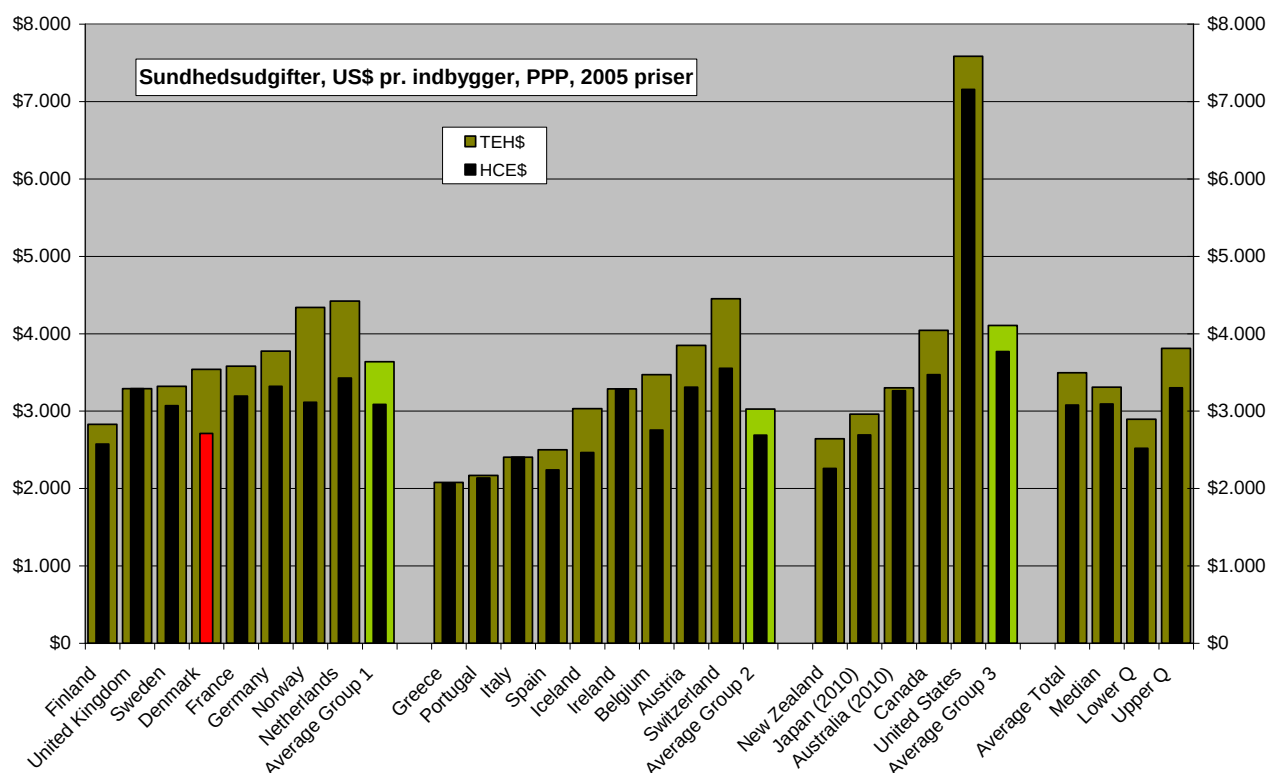
Alle	TEH\$	HCE\$	LTNC\$	GDP\$	TEH%	HCE%	LTNC%
Average	\$3.493	\$3.079	\$414	\$33.286	10,4%	9,2%	1,2%
Median	\$3.309	\$3.092	\$385	\$33.522	9,8%	8,9%	1,1%
Lower Q	\$2.735	\$2.455	\$143	\$28.604	9,2%	8,4%	0,4%
Upper Q	\$3.944	\$3.377	\$570	\$36.874	11,1%	9,5%	1,6%

Kilde: OECD Health Data 2013. Egne beregninger. Anm. Landene er inddelt i landegrupper og her indenfor rangordnet efter indkomst. Med to undtagelser, Australien og Japan, refererer data til 2011. TEH er Total Expenditure on Health og er OECD's officielle estimat for landenes sundhedsudgifter. TEH inkluderer LTNC udgifter (pleje- og omsorg). HCE er TEH fratrukket LTNC udgifter og er mit alternative bud på sammenlignelige sundhedsudgifter.

Præsentation af data

Udgiftsdata vises i tabel 7.1 (udgifter pr. indbygger og i procent af BNP), i figur 7.1 (udgifter pr. indbygger) og figur 7.2 (udgifter i procent af BNP). Landene er vist i de tre landegrupper og her indenfor rangordnet efter indkomst (lav til høj), i figurerne dog efter TEH. Der er vist gruppegennemsnit, totalgennemsnit for alle 22 lande, median og kvartilværdier. Figur 7.3 viser sammenligningen af landenes sundhedsudgifter i forhold til de estimerede indkomstbetingede OECD gennemsnit for disse.

Figur 7.1 Sundhedsudgifter (TEH og HCE) pr. indbygger i 22 lande i 2011 - opdelt i landegrupper med gruppegennemsnit.



Source OECD Health Data 2013. Own calculations.

Anm. Data for Japan og Australien er for 2010 (eller rettere sidste halvdel af 2010 og første halvdel af 2011). HCE er vist 'inden' TEH. Højdeforskel måler LTNC.

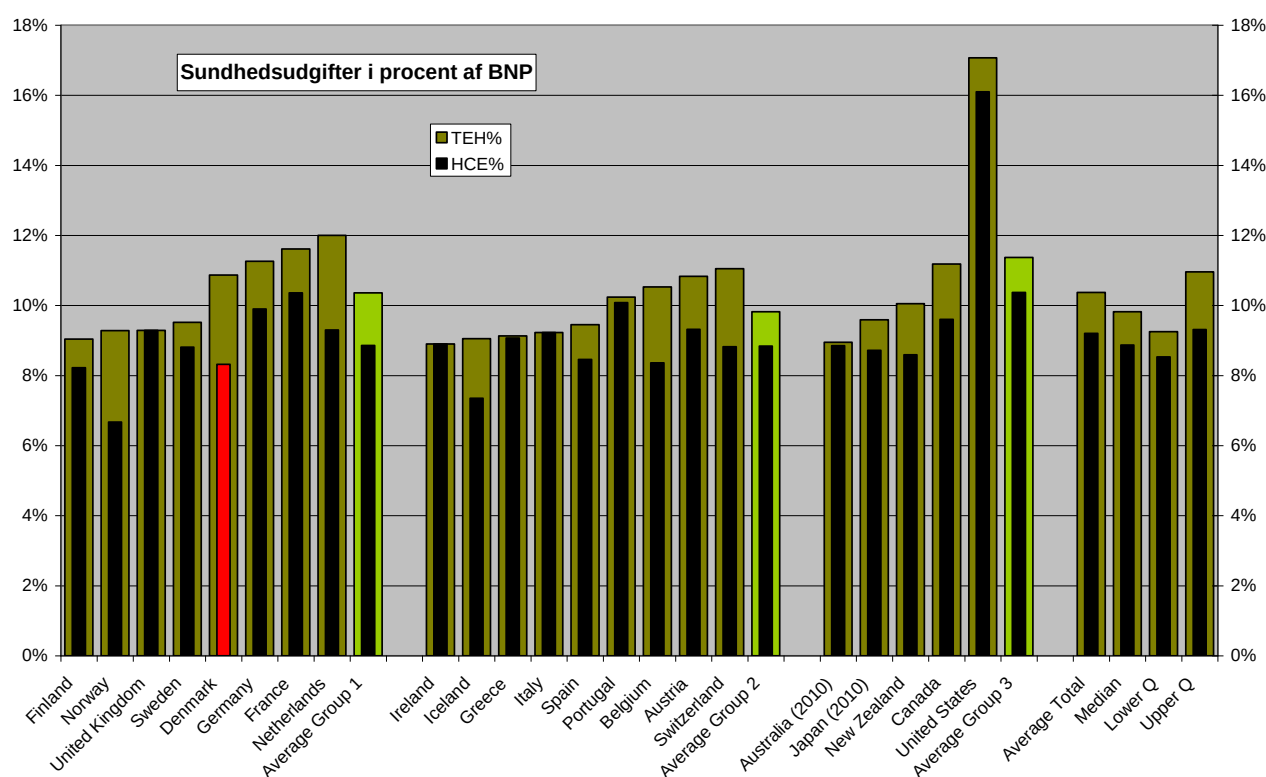
Danske sundhedsudgifter inkl. pleje- og omsorgssektor (TEH) er høje – især målt som procent af BNP

Danske sundhedsudgifter med pleje- og omsorgsudgifter, TEH, ligger 9. højest og nogenlunde på middel-niveau i vores egen landegruppe og faktisk også blandt alle 22 OECD-lande. Vi bruger i Danmark \$3.539 til sundhed inkl. pleje og omsorg pr. indbygger, lidt lavere end gennemsnitligt \$3.636 i Nordvesteuropa og lidt højere end \$3.493 kr. pr. indbygger som gennemsnit i alle de 22 gamle OECD lande. Det indkomstbetingede OECD gennemsnit for sundhedsudgifter ved dansk BNP niveau er imidlertid kun \$3.334 pr. indbygger, så vi ligger \$205 eller 6 procent *over* dette gennemsnit, se figur 7.3 med regressionsanalyseresultater¹³.

¹³ De to linjer i figur 7.3 måler de log-lineære udgiftsprediktioner (for henholdsvis TEH (blå kurve) og HCE (brun kurve) af regression af udgifterne på BNP pr. indbygger. Koordinatværdierne måler landenes observerede udgifter (TEH (blå trekanten, dog rød for Danmark) hhv. HCE (brun diamant, dog rød for Danmark)) på ordinaten. Log-lineære hældningskoefficient for TEH på BNP er 1,26 og statistisk signifikant, men ikke statistisk signifikant større end 1. R2 for log-lineær regression = 0,76 og for tilsvarende lineær er R2=0,64.

Målt på sundhedsudgifter i procent af BNP ligger vi 7. højst og med 10,9 % højere end både vores gruppegennemsnit (Nordvesteuropa) og totalgennemsnittet (alle 22 OECD lande), begge på 10,4 % - se figur 7.2.

Figur 7.2 Sundhedsudgifter (TEH og HCE) i procent af BNP i 22 lande i 2011.



Source OECD Health Data 2013. Own calculations. Data for Japan og Australien er for 2010 (eller rettere sidste halvdel af 2010 og første halvdel af 2011). HCE er vist 'inden' TEH. Højdeforskel måler LTNC.

Danske sundhedsudgifter uden pleje og omsorgssektor (HCE) er lave

Danske sundhedsudgifter *uden* pleje- og omsorgsudgifter, HCE, ligger med \$2.711 pr. indbygger ikke 9. højst men 9. lavest blandt de 22 gamle OECD lande og noget lavere end \$3.080 pr. indbygger som er gennemsnittet for både alle 22 OECD lande og det otte nordvesteuropæiske lande, se tabel 7.1 og figur 7.1. HCE udgifterne ligger \$242 eller 8 pct. *under* det indkomstbetingede OECD gennemsnittet jf. figur 7.3¹⁴. Målt i procent af BNP er Danmarks 8.3 % fjerde lavest og betydeligt under det nordvesteuropæiske gennemsnit på 8,9 % og OECD gennemsnittet på 9,2 %.

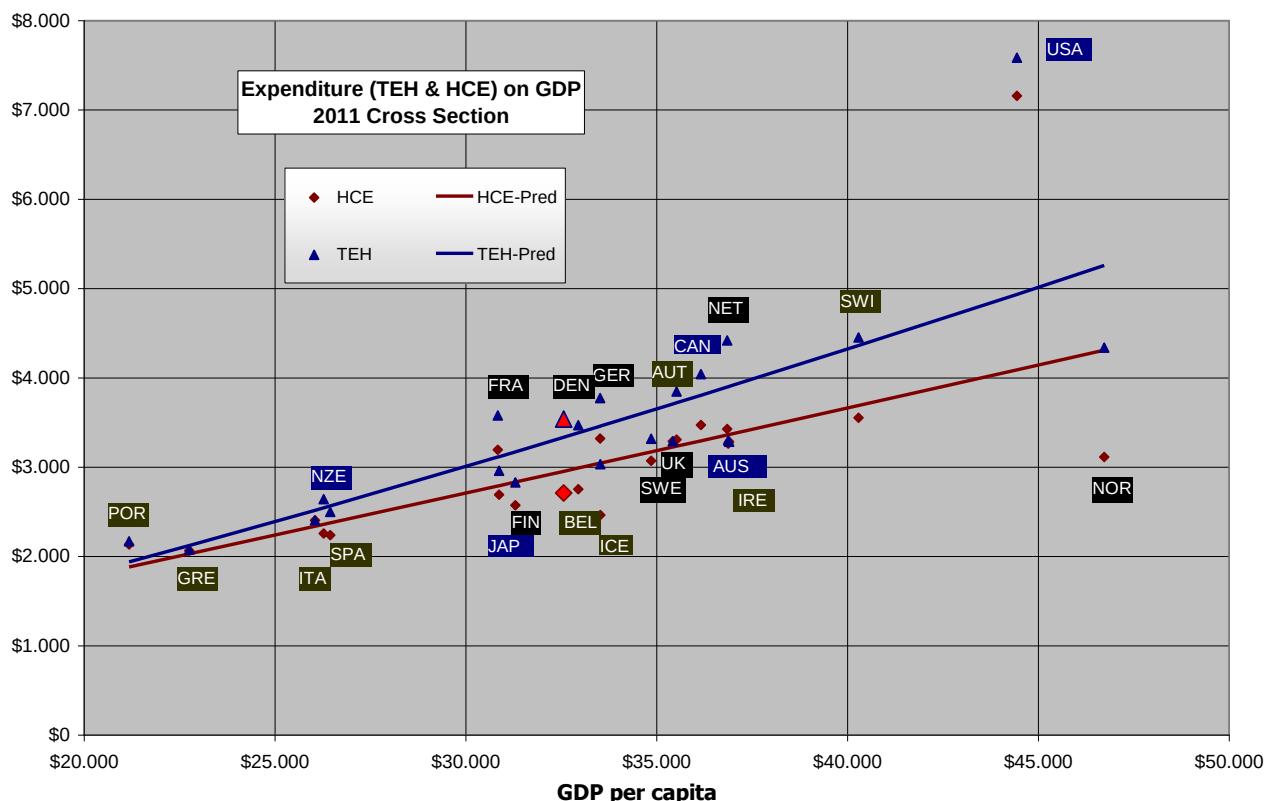
Danske LTNC udgifter er meget høje

Den markante forskel mellem de danske TEH og HCE udgifter i forhold til de andre lande skyldes naturligvis, at de danske LTNC udgifter er væsentligt højere end i de fleste andre lande. De danske LTNC udgifter beløb sig i 2011 til \$828 pr. indbygger mod et vesteuropæisk gennemsnit på \$549 og et OECD gennemsnit på \$414. I procent af BNP udgjorde de for Danmark 2,5 % mod et vesteuropæiske gennemsnit på 1,5 og OECD

¹⁴ De indkomstbetingede OECD sundhedsudgiftsgennemsnit ekskl. LTNC er vist i kurve i brun farve på figur 7.3. Den log-lineære hældningskoefficient af HCE på BNP pr. indbygger er 1,05 og statistisk signifikant. $R^2 = 0,62$ og den tilsvarende i lineær form er $R^2 = 0,48$.

Figur 7.3. Tværsnitsregression af TEH hhv. HCE pr. capita på GDP pr. capita. 2011. 22 "gamle" OECD medlemslande. Sundhedsudgifter pr. indbygger.

US\$ (HCE;TEH per capita)



Kilde: OECD Health Data 2013. Egne beregninger. Anm. Log-lineære regressioner, dvs. både udgifter og indtægter indgår i regressionsligningen med (naturligt) logaritmerede værdier. $R^2 = 0,62$ for HCE-regressionen med indkomstelasticitet = 1,05. $R^2 = 0,76$ for TEH-regressionen med indkomstelasticitet = 1,26 ($t = (\beta - 1) = 1,66$, NS). Landene er vist med forkortede navne over eller under deres to koordinatværdier (HCE,GDP) og (TEH,GDP). Danmarks to værdier fremhævet med rød.

gennemsnit på 1,2 %. De danske LTNC udgifter lå i 2011 fjerdehøjst i udgifter pr. indbygger, overgået af Norge, Holland og Schweiz, men kun af Norge og Holland på LTNC i procent af BNP.

Som noteret i foregående afsnit er der en stor udgiftsvariation i LTNC mellem landene. Denne observeres også umiddelbart i tabel 7.1. Fra 0\$ til \$1.223 pr. indbygger. De syv lande, der følger den brede definition har et LTNC udgiftsgennemsnit på \$807 pr. indbygger (se tabel 4.1). Det er \$410 pr. indbygger i lande, der anlægger en delvis bred definition, dvs. der kan være dele af hjemmehjælpsudgifterne med. Fire lande følger den smalle definition af LTNC, dvs. langtidssygepleje, men kun Finland og Sverige rapporterer dem og de er ca. \$250 pr. indbygger i begge lande. Der er langt op til danske \$828 og norske \$1.223 pr. indbygger.

Vi ved fra tidligere Nosesco-statistikker for de fire nordiske landes sundheds- og pleje- og omsorgsudgifter, at der ikke er så store forskelle mellem de fire lande og at de svenske pleje- og omsorgsudgifter om noget var højere end i de andre nordiske lande, Nosesco(2006). Så vi ved med sikkerhed at udgiftsforskellene i LTNC mellem de fire nordiske lande skyldes forskellige definitioner snarere end reelle empiriske forskelle. Hertil kommer Storbritannien og Irland, som slet ikke rapporterer LTNC-udgifter. For Storbritannien ved vi fra andre kilder og en enkelt LTNC indberetning i 1999 at ca. 5 pct. af deres indberettede sundhedsudgifter er LTNC, nemlig udgifter til NHS drevne plejehjem. Jeg er usikker med hvad Irland måtte inkludere af LTNC i deres sundhedsudgifter og det er jeg også for Italien. Endelig er der en gruppe med tre lande (Australien, Grækenland og Portugal), som har en endnu smallere definition, nemlig sygepleje under langtidsbehandling og her er den gennemsnitlige udgift til LTNC pr. indbygger i 2011 (2010) \$29.

Afsluttende om de danske sundhedsudgifters størrelse i forhold til andre lande

Med pleje- og omsorgsudgifter inkluderet (TEH) ligger de danske sundhedsudgifter middelhøjt til højt i forhold til de lande, vi sammenligner os med. Uden pleje- og omsorgsudgifter ligger vi lavt i forhold til de lande, vi sammenligner os med. Danmark er det land blandt de 22 gamle OECD lande, som i rangordning påvirkes mest af om man vælger den brede eller smalle målemetode, med eller uden *pleje- og omsorgsudgifter*. Og det er som vi har set ikke fordi vi har de højeste LTNC udgifter, (det har Norge, Holland og (pr. indbygger) Schweiz). Det er fordi, Danmark udgiftsmæssigt ligger således, at vi netop bytter plads i rangordning med lande, som har små/ingen LTNC udgifter.

Vi flytter fra 7. plads til 19. plads (Danmark 7(TEH)→19(HCE)), dvs. vi springer over, i nedadgående retning, følgende 12 lande: Irland (22→11), Australien (21→12), Grækenland (18→10), Italien (17→9), Storbritannien (15→18), Spanien (14→17), Sverige (13→14), Japan (12→15), New Zealand (11→16), Portugal (10→3), Belgien (9→18), Østrig (8→6). Kun Belgien og Østrig blandt disse 12 lande anlægger den brede definition af LTNC inkl. alle eller størsteparten af hjemmehjælpsudgifterne.

Skal vi så til at sige at de danske sundhedsudgifter er høje og lave – afhængig af om man medtager pleje- og omsorgssektoren? Ja, det skal man måske. Ifølge den gængse udgiftsdefinition, HCE, nemlig udgifter til anlæg i og drift af sundhedsvæsenet og husholdningernes egne udgifter til medicinske varer er danske sundhedsudgifter lave. Ifølge OECD's udvidede udgiftsdefinition inkl. LTNC (pleje og omsorg) er danske sundhedsudgifter høje.

De forudgående kapitler har imidlertid afsløret definitoriske uklarheder i LTNC fra OECD's side samt principielle forskelle i landenes definitionsfortolkninger af og indberetningspraksis på LTNC udgifter – og tilsvarende på LTSS udgifter. Dette giver en stor variation og spredning i indberettede LTNC udgifter til OECD Health Data registret. LTNC har lav international reliabilitet. Inklusion af LTNC medfører en ± 10 pct. måleusikkerhed i TEH, svarende til ± 1 procent af BNP og $\pm \$350$ pr. indbygger. Det skal forstås sådan, at lande med brede definitioner på LTNC overvurderer sundhedsudgifterne med ca. 1 procent af BNP (eller ca. $\$350$ pr. indbygger), og lande med smalle definitioner undervurderer sundhedsudgifterne med ca. 1 procent af BNP. Det svarer til en måleusikkerhed i TEH grundet lav international reliabilitet af LTNC på omkring ± 10 %.

Denne måleusikkerhed taler for brug af HCE i stedet for TEH. Men der vil også være måleusikkerhed i $HCE = TEH - LTNC$ som sundhedsudgiftsbegreb, netop fordi vi fratrækker noget usikkert. For Finland vil vi med LTNC trække for meget fra, hvorfor det finske HCE undervurderer deres sundhedsudgifterne med et beløb svarende til hvad deres LTNC indeholder af hvad andre lande vil medtage under HC.1-2. Hvis den finske "sundhedsandel" af LTNC udgør mere end $1/8$ af deres LTNC, så forsvinder forskellen mellem finske og danske sundhedsudgifter målt i procent af BNP, og hvis der udgår mere end halvdelen, så er deres sundhedsudgifter reelt højere end vores pr. indbygger. Omvendt for Storbritannien, hvor vi med HCE som sundhedsudgiftsbegreb overvurderer de britiske sundhedsudgifter. De britiske LTNC inkluderet skjult i deres $TEH = HCE$ (da $LTNC(UK) \equiv 0$) skal imidlertid udgøre mindst 1 procent af BNP, før deres HCE ville komme ned på dansk HCE-niveau målt i procent af BNP og endnu mere før deres udgiftsniveau kommer ned på danske HCE-udgifter.

Det er min vurdering, at fejlen ved at ekskludere noget usikkert, LTNC, er mindre og lettere korrigerbar end fejlen ved at inkludere de usikre LTNC udgifter. Kapitlet har bekræftet, hvor følsomt spørgsmålet om de danske sundhedsudgifters relative størrelsesforhold i forhold til andre lande er over for inklusion eller eksklusion af pleje- og hjemmehjælpsudgifter – om vi sammenligner TEH eller HCE.

- Med TEH ligger vi højt.
- Med $HCE = TEH - LTNC$ ligger vi lavt.

Dette resultat gælder uanset om der sammenlignes udgifter pr. indbygger, udgifter i forhold til BNP eller udgifter i forhold til indkomstbetingede OECD gennemsnit.

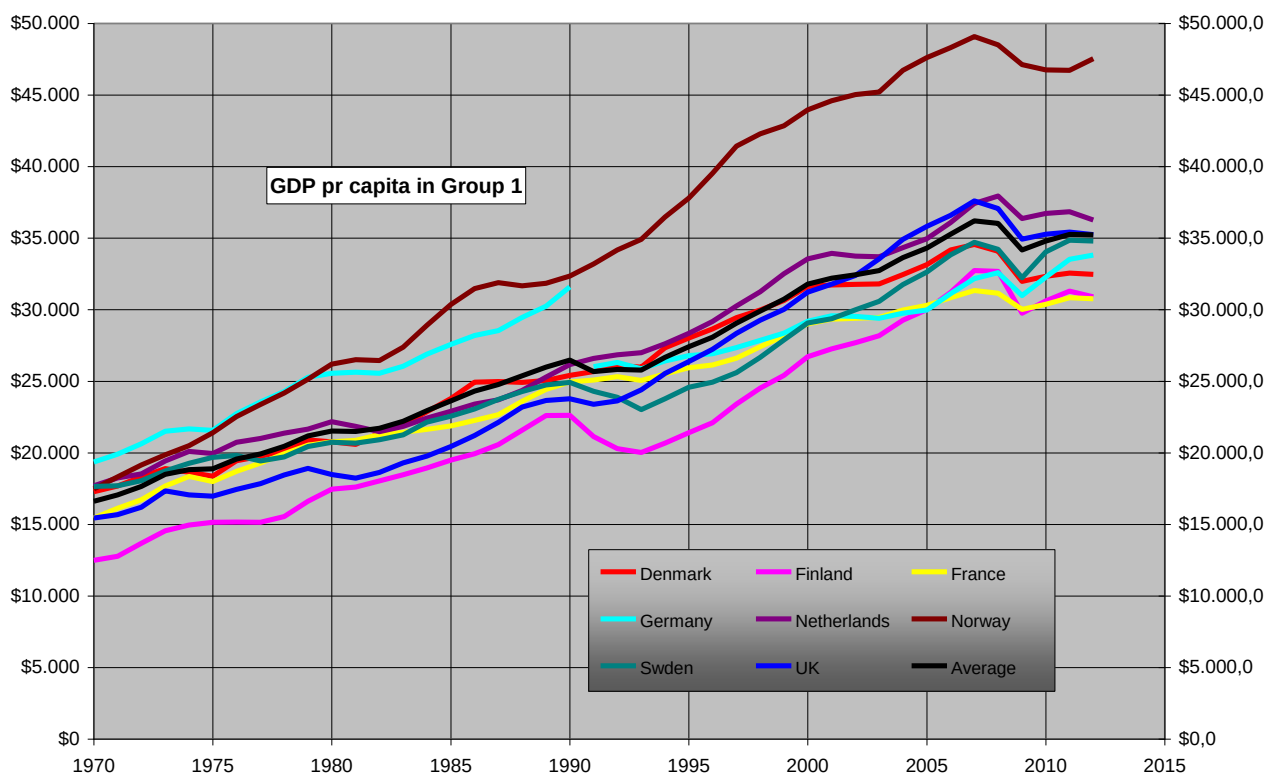
8. Udvikling i sundhedsudgifterne over tid 1971 til 2012

I dette kapitel besvares spørgsmålet om udvikling i sundhedsudgifterne over tid. Det gør jeg ved at vise udviklingen grafisk med tidsrækker for sundhedsudgifter pr. indbygger, i procent af BNP og i afvigelser fra indkomstbetingede OECD sundhedsudgiftsgennemsnit. Efterfølgende præsenteres estimer for vækstrater i udgifterne. Udviklingen dækker perioden 1971 og frem til 2011.

Udviklingen i Nordvesteuropa – Gruppe 1

Udviklingen i Nordvesteuropa præsenteres i tre figurer. Figur 8.1. viser udviklingen i de otte landes BNP pr. indbygger. BNP er en vigtig driver bag sundhedsudgifterne. Det er også vigtigt at have et blik på BNP, når forskelle mellem pr. capita henholdsvis procent af BNP-præsentationer af sundhedsudgifternes udvikling og relative placering landene imellem skal forstås. Figur 8.2. viser udviklingen i de otte landes totale udgifter til sundhed pr. capita (TEH). Figur 8.3 viser udvikling i de otte landes totale udgifter til sundhed i procent af BNP opdelt på HCE henholdsvis LTNC.

Figur 8.1 BNP pr. indbygger US\$, PPP i faste 2005 priser i otte nordvesteuropæiske lande.



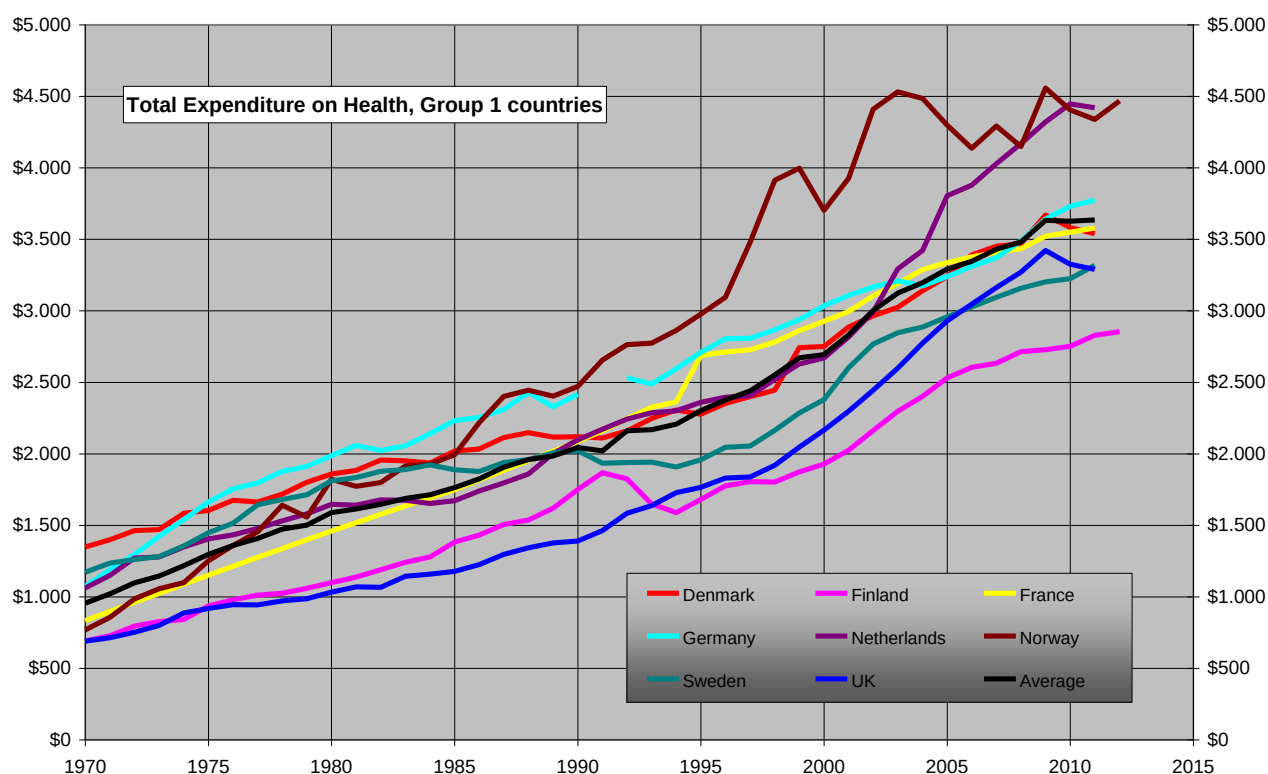
Kilde: OECD Health Data 2013. Egne beregninger.

De røde grafer repræsenterer den danske indtægts- og udgiftsudvikling. De danske sundhedsudgifter lå højt sammenlignet med de syv andre lande i 1971 nærmest uanset hvordan de måles. Væksten i sundhedsudgifterne (TEH, figur 8.2) var imidlertid langsommere end i de andre lande frem til ca. 1995. Det ses også på figur 8.3. at sundhedsudgifterne i 30 år ikke steg hurtigere end dansk BNP - procentandelen lå ret konstant omkring 6,5 til 7 % i HCE frem til årtusindskiftet, hvor sundhedsudgifterne (HCE) begynder at stige frem til toppunktet i 2009 på 8,8 %, hvorefter det falder til 8,2 % i 2011. Den meget markante stigning skal dog ses i lyset af et dansk BNP med beskeden vækst, også i forhold til de andre lande. LTNC stiger fra 1971

til 1981 og falder så igen til under 2 % i 1998¹⁵. Efter 2000 stiger LTNC også en smule og er 2,64 % i 2009 og falder til 2,54 i 2011. Summen af danske sundheds- og plejeudgifter er højest blandt de otte lande, ja, faktisk blandt alle 34 OECD-lande i 1971, men den relative stagnation betyder så, at vi fra midten af 90'erne ligger i midten, hvorefter en relativ kraftig udgiftsstigning i nallerne fører de danske sundheds- og plejeudgifter til en 4. plads efter Holland, Frankrig og Tyskland. Dette skyldes dog de høje LTNC. I HCE procent af BNP ligger vi sammen med Finland næstlavest, kun undergået af Norge, hvis meget høje BNP trækker udgifter pr. indbygger i middelniveau meget ned, når der måles udgifter i procent af BNP.

Finland vises i pinkfarvede grafer. Finland har ligget nederst både i indtægter og sundhedsudgifter pr. indbygger i næsten hele perioden. Finland rapporterer først LTNC særskilt fra 1995, men LTNC, som er lidt specielle for Finland og ca. 1 % af BNP, har været med i de finske totale udgifter til sundhedsudgifter i hele perioden fra 1971. Udsvingene i begyndelsen af 90'erne skyldes den store krise i finsk økonomi, hvor sundhedsudgifterne først med et års forsinkelse (i 1992) tilpasses det store fald i finsk BNP i 1991, hvorefter de finske sundhedsudgifter generelt falder frem til årtusindskiftet. Danske og finske sundhedsudgifter (HCE) er ens i 2011.

Figur 8.2 Sundhedsudgifter (TEH) pr. indbygger US\$, PPP i faste 2005 priser i otte nordvesteuropæiske lande, 1971 til 2011.



Kilde. OECD Health Data 2013. Egne beregninger.

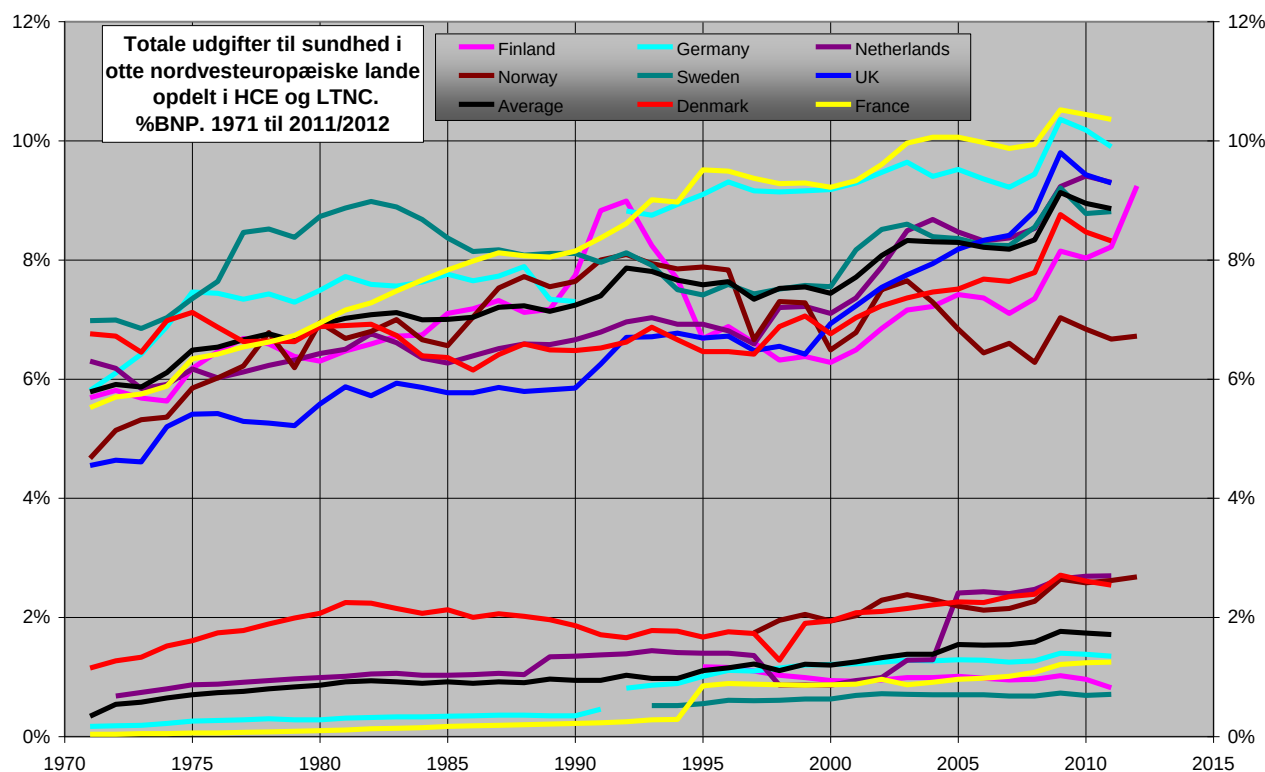
De franske sundhedsudgifter (i gult) havde den hurtigste vækst blandt de otte lande i periodens første 25 år frem til den finansielle krise i det franske sygeforsikringssystem i midten af 90'erne,¹⁶ som førte til øget statslig udgiftsstyring. 'Hoppet' i 1994-95 er kunstigt og skyldes at Frankrig kun har opdateret deres LTNC-udgiftsdata tilbage til 1995, da de for nogle år siden gik fra den smalle til den forholdsvis brede definition. Franske sundhedsudgifter ligger relativt højt særligt målt i procent af BNP.

¹⁵ Dykket i de danske LTNC udgifter i 1998 er formentligt kunstigt og en følge af revisionerne i de danske sundheds- og plejeudgifter, som sundhedsministeriet foretog i 2006 til 2009.

¹⁶ Se Danneskiold-Samsøe og Søgaard (2001).

Tyske serier er vist i turkis. De tyske sundhedsudgifter ligger relativt højt, men en kraftigere forbundsstatslig udgiftsstyring fra ca. 2003 førte frem til 2007 til fald i de tyske sundhedsudgifter, målt som procent af BNP. Herefter begyndte de at stige igen til 2009. Der er naturligvis brud i forbindelse med sammenlægning af de to tysklunde i 1991.

Figur 8.3 Tidsserier for totale udgifter til sundhed opdelt i HCE og LTNC for otte lande 1971 og frem til 2011 eller 2012.



Kilde: OECD Health Data 2013 (egne beregninger). Anm. De øvre kurver viser landenes HCE (=TEH-LTNC) og de nedre kurver viser landenes LTNC.

Hollandske sundhedsudgifter (violet) lå meget 'gennemsnitligt' frem til nogle år efter årtusindskiftet, hvor de stiger meget kraftigt. Stigningen er delvis en følge af revisioner af deres udgiftsstatistikker, som kan ses ved sammenligning af hollandske udgiftsdata fra OECD Health Data 2013 og OECD Health Data 2010. I mellem disse to registre har Holland, med tilbagevirkende kraft til 2005, forøget de hollandske LTNC med hjemmehjælpsudgifter, som ikke tidligere var med i LTNC. Denne ændring har bragt Holland helt i toppen med hensyn til høje sundhedsudgifter, også målt procentuelt¹⁷.

Norge med brune grafer adskiller sig markant med meget høje indtægter. Norge ligger ret konsekvent højt, når sundhedsudgifter sammenlignes pr. capita, og lavt, når de måles procentuelt af BNP. Faldet i norsk HCE i procent af BNP i 1997 skyldes tilbageføring af revisioner af norske sundhedsudgifter til det år. Fra 1997 måles LTNC særskilt, og en del af dem havde tidligere været inkluderet i de norske sundhedsudgifter.

Svenske sundhedsudgifter, vist i havgrøn, har siden altid ligget lavere end de danske, men det skyldes deres meget smalle definition af LTNC (som kun udgør ca. 0,7 % af BNP). På HCE ligger Sverige ret højt, især i første halvdel af perioden, og deres sundhedsudgifter ligger konsekvent over de danske sundhedsudgifter – dog med en indsnævret forskel her de sidste år.

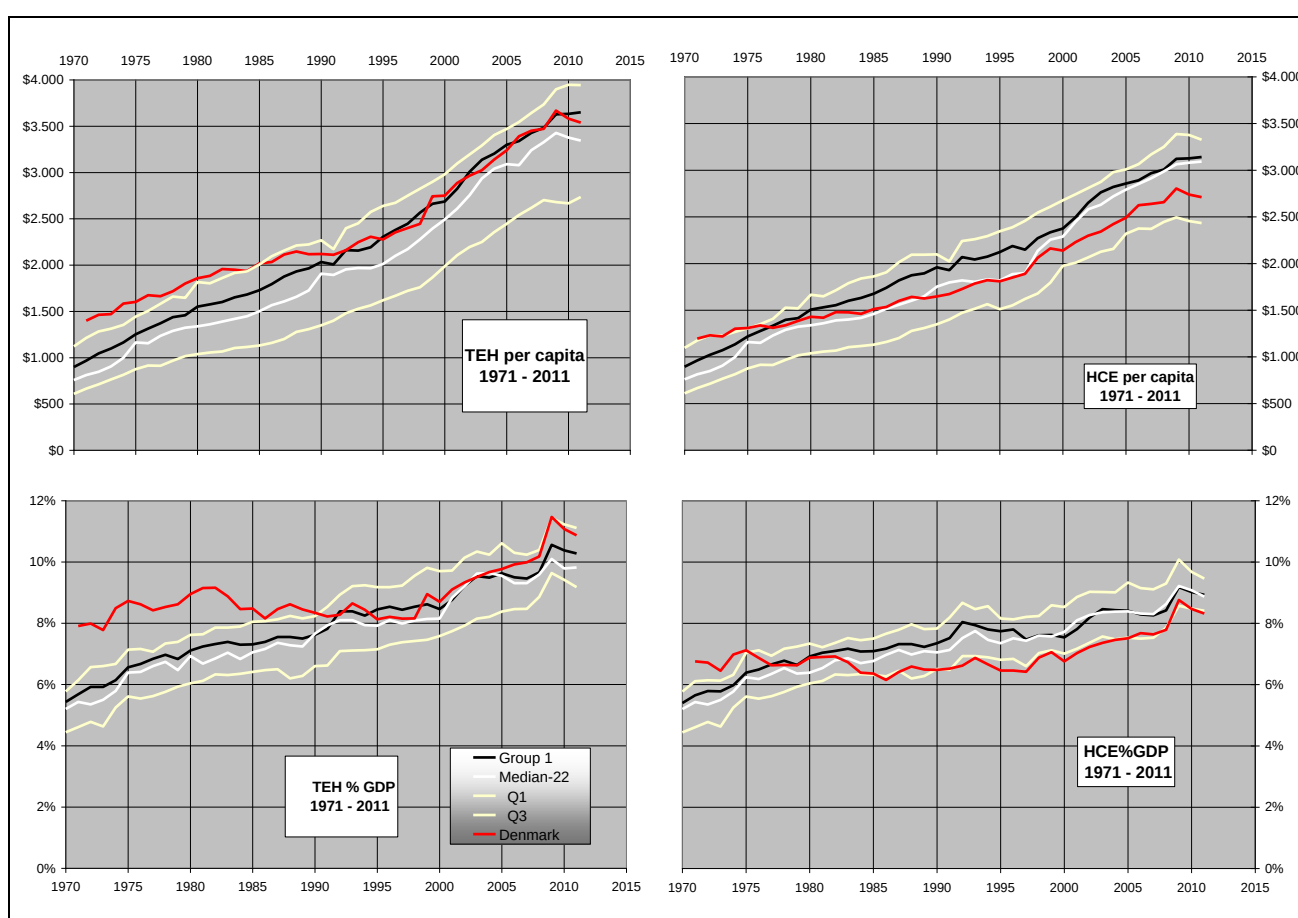
¹⁷ Når Danmark i Sundhedsstyrelsens udgiftssammenligning i 2010 lå højere end Holland skyldes det, at Sundhedsstyrelsen brugte hollandske udgiftsdata før revisionerne, hvor Holland i modsætning til Danmark ikke inkluderede hjemmehjælpsudgifter under LTNC og dermed som sundhedsudgift.

De britiske sundhedsudgifter, i blå, har i perioden ligget ret lavt sammen med de finske. Frem til årtusindskiftet skyldtes det ikke kun sundhedsudgifter, der ikke rapporteredes efter SHA'en og derfor uden særskilte LTNC-udgifter anført, eller fordi de formentlig kun havde LTNC med i deres sundhedsudgifter målt efter en smal definition. Stærk stigning i nullerne har dog bragt britiske sundhedsudgifter over landenes gennemsnit.

Udviklingen i Danmark sammenlignet med resten af de "gamle" OECD lande

Grafisk afbildning af flere landes udgiftsbillede giver med mange historisk specifikke udsving let et noget mudret visuelt indtryk. Dansk sundhedsudgiftsudvikling vises derfor også sammenlignet med tilsvarende udviklinger i de nordeuropæiske lande (gennemsnit og vist i sort i figur 8.4), median samt øvre og nedre kvartiler for de 22 "gamle" OECD medlemslande (hvid og elfenben). Figuren indeholder fire diagrammer, nemlig både TEH (venstre) og HCE (højre) og både i US\$ pr. capita (øvre) og i procent af BNP (nedre).

Figur 8.4. Dansk sundhedsudgiftsudvikling (rød) relativt til gennemsnit i Nordvesteuropa (sort) samt median (hvid) i 22 gamle lande og øvre og nedre kvartiler (elfenben). TEH og HCE, \$/cap og %BNP



Kilde: OECD Health Data 2013. Egne beregninger.

Anm. Group 1 er de 8 nordvesteuropæiske landes simple gennemsnit. Median-22 refererer til medianværdi for de 'gamle' OECD landes sundhedsudgifter. Q1 og Q3 måler nedre hhv. øvre kvartilværdi.

Når HCE udviklingerne sammenlignes med TEH udviklingerne er der selvfølgelig en nedadgående parallelforskydning for alle lande, der har rapporteret LTNC. Parallelforskydningen er imidlertid større for Danmark, da vores indberettede LTNC udgifter er højere end for de fleste andre lande. Uanset TEH vs. HCE eller US\$/capita vs. % BNP, så lå de danske sundhedsudgifter højt i 1971, det vil sige (meget) over eller på øvre kvartilværdi, men lavere vækstrater sammenlignet med alle de andre lande førte vore sundhedsudgifter ind i 'normalitetsområdet'.

For TEH\$cap's vedkommende har vi siden ca. 1995 fulgt den nordvesteuropæiske udvikling, som ligger mellem median og øvre kvartil for alle 22 lande og for TEH%BNP's vedkommende på medianen for alle 22 lande. Dansk TEH%BNP er dog siden 2004 vokset hurtigere i de andre lande og ligger nu på niveau med øvre kvartil. Faktisk stiger danske udgifter til sundhed i denne periode lidt mindre end i de andre lande, men vores BNP vokser næsten ikke.

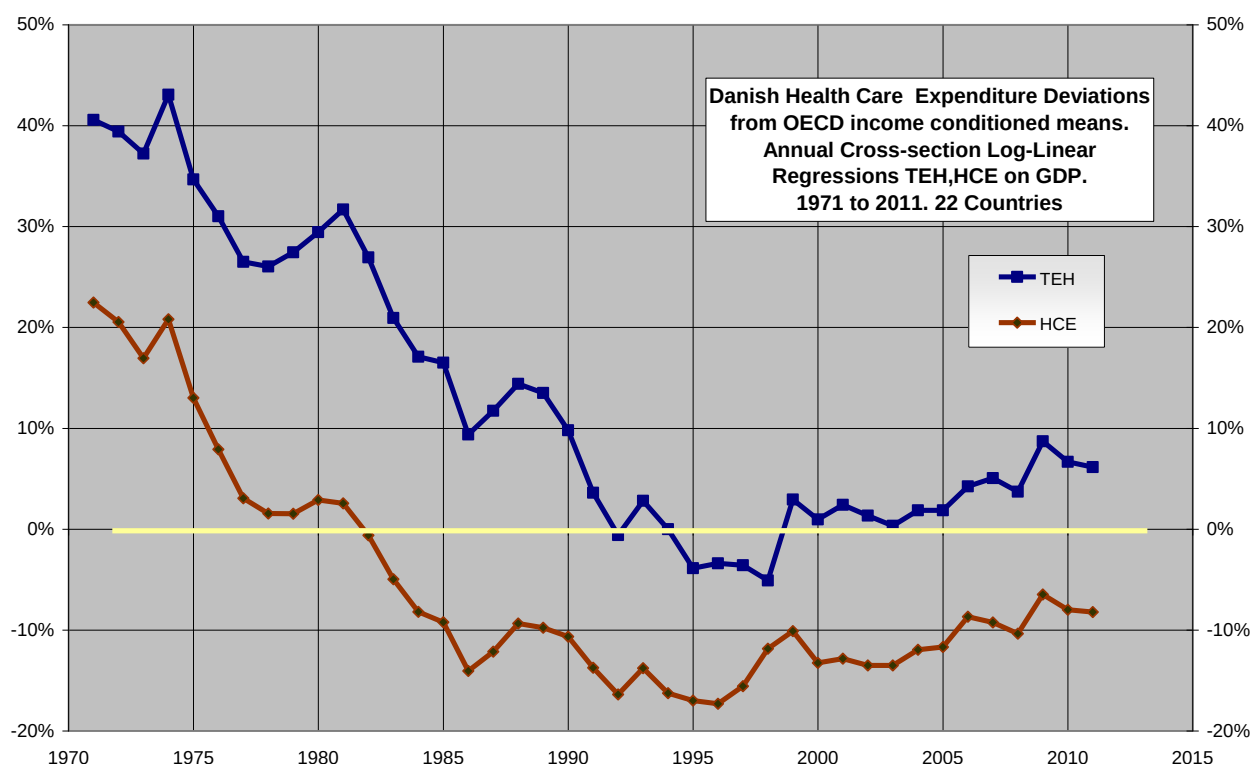
For HCE\$cap's vedkommende når vi ned på og krydser allerede nordvesteuropæisk niveau i 70'erne og følger medianen fra 1985 til slutningen af 90'erne for at placere os mellem median og nedre kvartil. HCE som procent af BNP lå næsthøjest lige efter Sverige i 1971 men faldt over de næste 15 år til nedre kvartilsniveau, hvor vi har ligget siden.

Danmark er det eneste land blandt OECD medlemslande, som i meget lange perioder 1971 til 2000 har kunnet holde sundhedsudgifterne på vækstriveau med BNP, og for HCE var procentandelen endog faldende frem til 1985.¹⁸

Danske sundhedsudgifter i forhold til indkomstjusterede OECD udgiftsgennemsnit

Figur 8.5 giver en præcis karakteristik af danske sundhedsudgifters udvikling i forhold til de andre gamle OECD lande under et. Figuren viser både udviklingen over tid og parallelforskydningen, når man ser på TEH i forhold til HCE. Figuren viser år for år danske sundhedsudgifters procentuelle afvigelser fra de indkomstjusterede OECD gennemsnit for sundhedsudgifterne over tid¹⁹.

Figur 8.5 Danske afvigelser fra indkomstbetingede OECD gennemsnit for sundhedsudgifter (TEH hhv. HCE). 1971 til 2011



Kilde: OECD Health Data 2013. Egne beregninger. Anm. Afvigelser er beregnet som $\exp(\epsilon_{s,t,DK}) - 1$ hvor $\epsilon_{s,t,DK}$ er fejleddet for Danmark fra en loglinear, tværssnitregression af sundhedsudgifter ($s=1$:TEH, $s=2$: HCE) på GDP pr. indbygger i år t , $t=1971, 1972, \dots, 2011$.

¹⁸ Den gennemsnitlige vækstrate i Danmark, 1971 til 2000 var 2,0 %p.a. i GDP/cap, 2,0%p.a. i TEH og 1,8%p.a. Den mediane gennemsnitlige vækstrate i de 22 gamle OECD medlemsvariable var for samme indtægter og udgifter: 2,2%p.a., 3,6%p.a. og 3,5%p.a. (mere om vækstrater i senere afsnit).

¹⁹ De procentuelle afvigelser kunne omregnes til afvigelser målt i \$ pr. indbygger, men de relative afvigelser er mere i tråd med den log-lineare form, som understøttes af data for langt de fleste år – ikke kun på R^2 men også på homoskedasticitet.

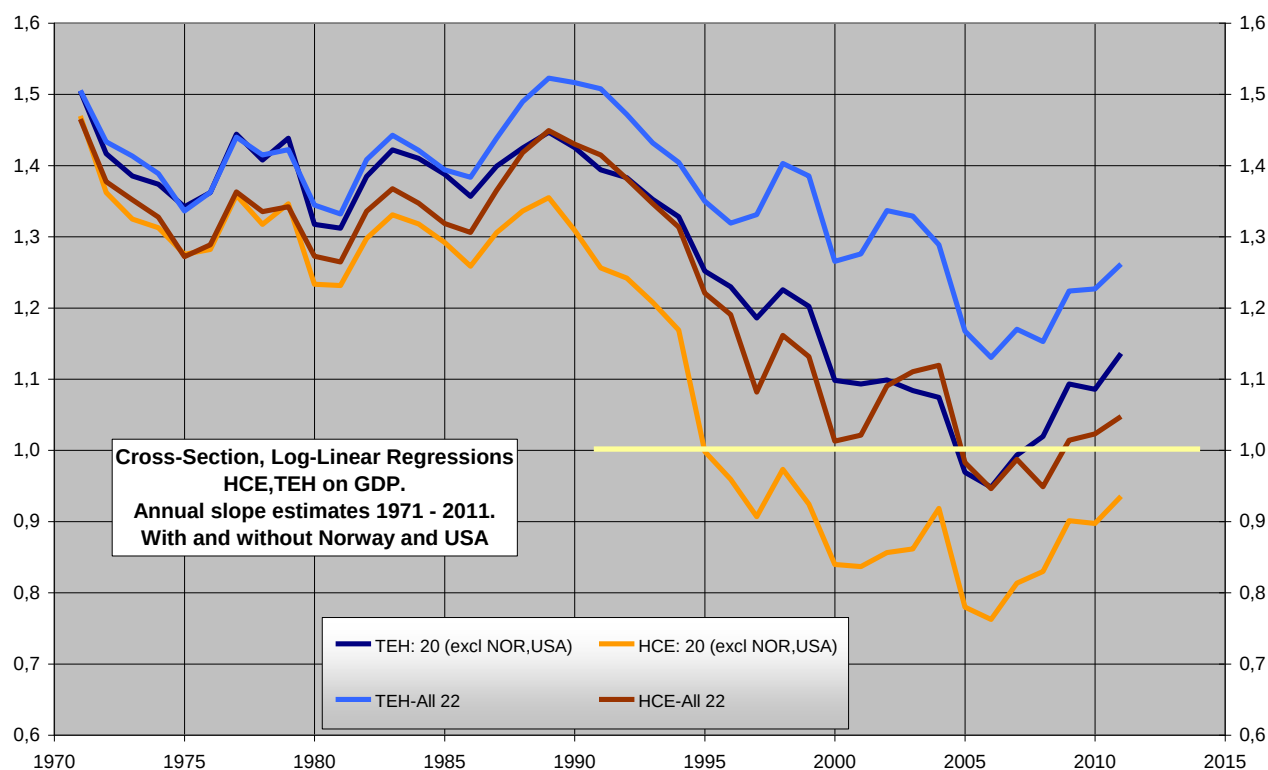
Ligger afvigelserne over 0-linjen i figur 8.5, så er de danske sundhedsudgifter over det indkomstjusterede OECD-gennemsnit og omvendt hvis de ligger under. Frem til 1982 lå de danske sundhedsudgifter over OECD-gennemsnit uanset om man måler på TEH eller HCE. Og i perioden 1995 til 1998 lå vi under uanset målemetode²⁰. Ellers har der været principiel forskel mellem TEH og HCE målemetoderne for Danmark. Danmark er det land blandt de 22 gamle OECD lande, hvor der er størst og mest konsekvent afstand mellem HCE hhv. TEH afvigelserne for alle årene undtagen lige året 1998, hvor vi lå på tredjepladsen efter Finland med -9 % forskel og Schweiz med -7 % forskel.

Tabel B3 i Appendix B viser afvigelsesafstande for TEH, HCE og (HCE-TEH) hvordan Danmark er placeret år for år. Der har været år, hvor danske sundhedsudgifter målt i forhold til indkomstjusterede OECD gennemsnit har ligget højest målt med TEH metode, nemlig 1972, 1974, 1981 og 1982, og lavest målt med HCE metode, nemlig 1995 og 1996.

En metodisk digression

Oprindeligt havde jeg estimeret regressionerne som panelregressioner under antagelse om nogenlunde strukturel stabilitet over tid, altså konstante parametre, men det holder faktisk kun fra 1971 til ca. 1990, hvor hældningskoefficienten ("indkomstelasticiteten") begynder at aftage år for år frem til 2006, hvor den begynder at stige igen, se Figur 8.6. Det er ikke kun et outlier fænomen, da mønstret ses både med og uden de to højindkomstlande Norge og USA med relativt lave hhv. meget høje sundhedsudgifter

Figur 8.6 Hældningskoefficienter over tid af log-lineære tværsnitsregressioner med og uden Norge og USA af sundhedsudgifter (TEH, HCE) på GDP pr. indbygger. 1971 til 2011



Kilde: OECD Health Data 2013. Egne beregninger. Anm. Koefficienterne kan fortolkes som en slags makroindkomstelasticiteter af sundhedsudgifterne i indkomster. De er statistisk signifikant højere end 1 frem til ca. 1990.

²⁰ Man skal ikke lægge for meget i lige året 1998, det kan være 1999, 2000 eller 2001, og det skyldes de omposteringer, der gennemførtes i Sundhedsministeriets tredje sundhedsudgiftsrevision fra 2007-2010, og hvor 1999 reelt var det sidste år, der revideredes til og hvor 1998 fungerede som en revisionsskraldespan.

Jeg valgte derfor at estimere ligningerne som årsvis tværsnitsregressioner uden strukturer på parametrene. Meget tyder på, at de sidste 20 år er indkomstelasticiteten i landenes sundhedsudgifter faldet for så de sidste 5 år at begynde at stige lidt igen.

Vækstrater i sundhedsudgifterne

Vi kan også beskrive udvikling over tid ved de gennemsnitlige vækstrater i landenes indkomster og udgifter. Vækstrater i de 22 landes BNP og sundhedsudgifter (TEH og HCE) er præsenteret i tabel 8.1. De er vist for den lange periode fra 1971 og frem til 2011, og for den korte periode, 2000 til 2011. Figur 8.7 og 8.8. viser grafisk vækstraterne for lange hhv. korte perioder for BNP og TEH. Vækstrateestimerne er justeret for væsentlige niveaubrud i landenes udgiftsserier (se tabel A1 første søjle hvor brudår for de enkelte lande er anført).

Tabel 8.1 Gennemsnitlige vækstrater pr. år i indkomster og sundhedsudgifter (pr. capita, 2005 priser)

Country	Mean growth rates 1971 - 2011			Mean growth rates 2000 - 2011		
Gruppe 1	GDP	TEH	HCE	GDP	TEH	HCE
Denmark	1,53%	2,08%	1,88%	0,27%	2,29%	2,16%
Finland	2,24%	3,40%	3,51%	1,44%	3,49%	3,88%
France	1,62%	3,22%	3,08%	0,56%	1,83%	1,61%
Germany	1,83%	2,91%	2,76%	1,26%	1,98%	1,95%
Netherlands	1,76%	3,18%*	2,49%	0,85%	3,99%	3,31%
Norway	2,34%	3,55%	3,29%	0,55%	1,44%	0,80%
Sweden	1,70%	2,47%	2,49%	1,65%	3,03%	3,05%
United Kingdom	2,04%	3,82%	3,82%	1,15%	3,81%	3,81%
Average Group 1	1,88%	3,08%	2,91%	0,97%	2,73%	2,57%
Gruppe 2	GDP	TEH	HCE	GDP	TEH	HCE
Austria	2,13%	3,39%	3,30%	1,15%	1,85%	1,71%
Belgium	1,84%	3,51%	3,26%	0,74%	1,73%	1,00%
Greece	1,39%	2,41%	2,39%	0,85%	0,83%	0,76%
Iceland	2,05%	3,16%	3,13%	1,05%	0,60%	-0,05%
Ireland	3,39%	4,40%	4,40%	0,86%	4,31%	4,31%
Italy	1,69%	2,58%	2,58%	0,22%	1,22%	1,22%
Portugal	2,17%	5,67%	5,63%	0,22%	1,10%	1,04%
Spain	2,02%	3,97%	3,92%	0,87%	2,33%	2,48%
Switzerland	0,90%	2,61%	2,57%	0,83%	1,82%	1,63%
Average Group 2	1,95%	3,52%	3,46%	0,70%	1,75%	1,57%
Gruppe 3	GDP	TEH	HCE	GDP	TEH	HCE
Australia	1,77%	2,97%	2,94%	1,70%	2,71%	2,63%
Canada	1,70%	2,82%	2,63%	0,86%	2,99%	3,12%
Japan	2,07%	4,05%	3,80%	0,58%	2,99%	2,70%
New Zealand	1,17%	2,85%	2,83%	1,21%	3,80%	3,79%
United States	1,81%	4,05%	4,05%	0,74%	3,12%	3,18%
Average Group 3	1,70%	3,35%	3,25%	1,02%	3,12%	3,08%
Alle	GDP	TEH	HCE	GDP	TEH	HCE
Average Total	1,87%	3,32%	3,22%	0,87%	2,42%	2,28%
Median	1,82%	3,20%	3,10%	0,86%	2,31%	2,32%
Lower Q	1,66%	2,71%	2,57%	0,57%	1,59%	1,13%
Upper Q	2,10%	3,90%	3,81%	1,18%	3,30%	3,25%

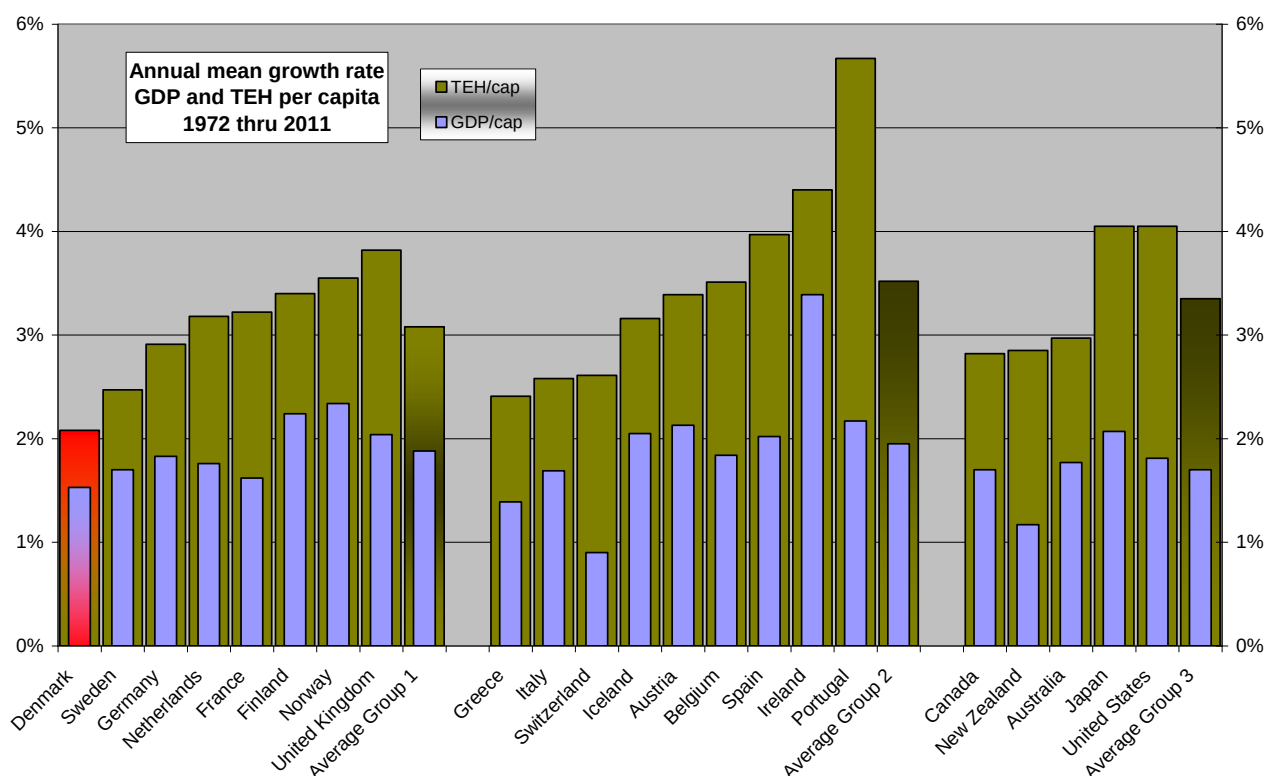
Source: OECD Health Data 2013.

Notes: Mean growth rates adjusted for level breaks by omitting those years in growth rate estimation (see table A1). *) If TEH Netherlands is also adjusted for a level break in 1972 (first introduction of LTNC) the THE-growth rate drops to 3,00%p.a.

Vækstrater på lang sigt (1970 – 2011)

Alle lande har betydeligt højere vækst i sundhedsudgifterne end i BNP, også Danmark, selv om væksthforskellen er mindst for os (2,1 % p.a. vs 1,5 % p.a.). Danmark har de laveste vækstrater i både TEH og HCE (jf. tabel 8.1). Det er vist før, Søgaard(2006). Vækstrater for HCE er ikke vist i figur 8.7 og 8.8, da de ikke afviger ret meget fra TEH.

Figur 8.7 Vækstrater i indtægter (GDP) og sundhedsudgifter (TEH) pr. indbygger (2005 priser). Gennemsnit pr. år for perioden 1972 til 2011.



Kilde: OECD Health Data 2013. Anm. Vækstraterne er justerede for niveaubrud, se tabel A1

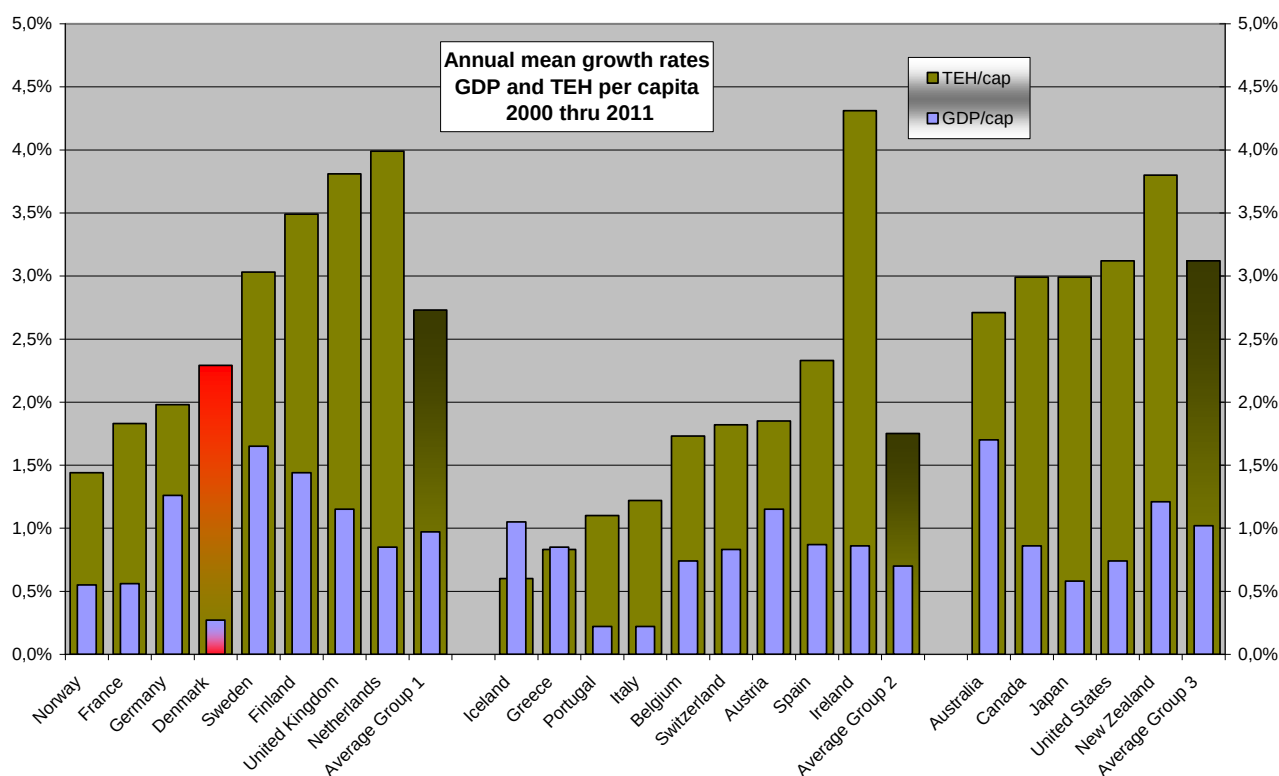
Justering for niveaubrud er gjort for at estimere mere valide vækstrater, men identifikationen af niveaubrud indeholder et individuelt skøn, så man kan også fejlfortolke en reel niveaustigning som et brud, - heller ikke på dette punkt er landene eller OECD særligt informative. Derfor har jeg også beregnet ujusterede vækstrater. For Danmark er den ujusterede vækstrate i TEH 2,3 % p.a. vs 2,1 for den justerede. Det relative væksthbidrag for bruddåret 1999 (1 år ud af 40) udgjorde 12 % af den samlede væksthmængde. Danmarks placering med den laveste vækst i TEH er dog ufølsom overfor justering for brud. For HCE har vi den laveste vækstrate med justering og den næstlaveste vækstrate med ujusterede væksthateestimer, som er 2,05 % p.a. mod 2,04 % p.a. i Schweiz.

De danske vækstrater i sundhedsudgifterne var ekstraordinært lavere end i de andre lande for perioden 1971 til 2000, hvor vi for det første som det eneste land havde samme vækstrate i sundhedsudgifterne som i BNP, ja, faktisk lavere i HCE, og med en vækst på 2,0 % p.a. i TEH og 1,8 % p.a. i HCE lå betydeligt under landene med de næstlaveste vækstrater, nemlig Sverige med vækst på 2,3 % p.a. i TEH og Holland med vækst på 2,2 % p.a. i HCE.

Vækstraterne på kortere sigt (2000 – 2011)

Fra 2000 og frem til 2011 har de danske sundhedsudgiftsvækstrater været 2,3 % p.a. i TEH og 2,2 % p.a. i HCE og har dermed ligget lavere end i de andre nordvesteuropæiske lande men ca. på medianværdi for de 22 lande. Væksten i BNP har i samme periode været kun 0,3 % p.a. i Danmark – 3. lavest blandt de 22 lande. I 2010 og 2011 er TEH og HCE dog faldet i Danmark, hvad den også er Storbritannien og Norge og flere sydeuropæiske lande.

Figur 8.8 Vækstrater i indtægter (GDP) og sundhedsudgifter (TEH) pr. indbygger (2005 priser). Gennemsnit pr. år for perioden 2000 til 2011.



Kilde: OECD Health Data 2013. Anm. Vækstraterne er justerede for niveaubrud, se tabel A1

Udviklingen i de danske sundhedsudgifter er lidt mindre følsom for udgiftsmålet – med eller uden pleje- og omsorgssektor. Uanset udgiftsmål har Danmark over en 40-årig periode haft de laveste vækstrater sammenlignet med de 21 andre "gamle" OECD-lande. Uanset udgiftsmål startede Danmark på et meget højt udgiftsniveau, formentlig med verdens højeste sundhedsudgifter i 70-erne. Den lave vækst bragte os på niveau med de andre lande – når vi tager plejesektorudgifterne med – og, om ikke i bunden, så i nedre tredjedel, når vi – og de andre lande – ikke tager pleje- og omsorgssektorudgifterne med.

Afsluttende om udvikling i sundhedsudgifterne over tid

Vækstraterne i sundhedsudgifterne har over en lang periode, 1971 til 2011 været lavest i Danmark blandt alle 22 gamle OECD lande og i tre årtier steg de danske sundhedsudgifter ikke hurtigere end BNP pr. indbygger. Disse lave vækstrater skal ses i lyset af internationalt set (meget) høje sundhedsudgifter i Danmark i begyndelsen af 70'erne – de højeste hvis vi bruger det brede udgiftsbegreb, TEH. Pleje- og omsorgsudgifterne er i Danmark kun vokset lidt hurtigere end sundhedsudgifterne – om end væksten periodevist har været forskellig – og derfor observeres næsten ingen forskelle i danske vækstrater for TEH og HCE. For andre lande er der større forskelle, som kan skyldes definatoriske forhold. I de sidste ti år er de danske sundhedsudgifter pr. indbygger vokset i samme takt som i andre lande, og for udgifter i procent af BNP faktisk hurtigere, hvilket hovedsageligt skyldes langsomt voksende BNP i Danmark i 00'erne.

9. Sammenfatning, diskussion og konklusioner

Denne rapport besvarer tre konkrete spørgsmål:

1. Hvor høje er danske sundhedsudgifter i forhold til samme udgifter i andre lande?
2. Hvordan har udviklingen i disse udgifter været over tid i de forskellige lande? Og
3. Hvad indgår i sundhedsudgifterne i disse internationale sammenligninger?

De statistiske svar på de tre spørgsmål fra OECD Health Data 2013

De forskellige udgiftsstatistikker er sammenfattet for OECD's 34 medlemslande i tabel 9.1. Det er de lande, som det kan give mening at sammenligne danske sundhedsudgifter med. Og datakilden til sådanne sundhedsudgiftsanalyser er entydigt OECD Health Data. Der er ikke andre kilder. *Alle* henviser til disse data.

OECD har forsøgt at lægge en ramme for, hvordan medlemslandene bør indberette deres sundhedsudgifter til OECD registret. Det hedder System of Health Accounts eller International Classification of Health Accounts (OECD, 2000) eller på dansk ofte bare OECD's standardiserede afgrænsning af de forskellige landes sundhedsudgifter.

De officielle sundhedsudgifter, de udgiftsnøgletal, som OECD hvert år offentliggør som de 34 medlemslandes officielle og internationalt sammenlignelige sundhedsudgifter er Total Expenditure on Health i tabel 9.1 forkortet TEH. De er i tabellen vist i købekraftjusterede US\$ pr. indbygger (2005 prisniveau) og i procent af BNP.

Hvor høje er danske sundhedsudgifter jf. OECD's Total Expenditure on Health?

Med TEH som reference må man konstatere, at de danske sundhedsudgifter er relativt høje. Vores sundhedsudgifter ligger på en niende plads målt i US\$ pr. indbygger og på en syvende plads i procent af BNP. Med US \$ 3.539 pr. indbygger ligger de danske sundhedsudgifter pænt over OECD gennemsnittet på US \$ 2.827 men nogenlunde på niveau med de 22 gamle medlemslande, som vi nok bedre kan sammenligne os med end de 12 nye medlemslande nederst i tabel 9.1. Og vi ligger faktisk under det nordvesteuropæiske niveau på US\$ 3.636. Sammenligner vi derimod sundhedsudgifter i procent af BNP, dvs. hvor meget vi bruger af vores samlede indtægter på sundhed, så ligger vi på alle måder relativt højere. I rangordning kommer vi op på en syvende plads, og de danske 10,9 % er pænt over det vesteuropæiske 10,4 %, som også gælder for alle 22 gamle medlemslande.

Danske sundhedsmyndigheder, fx Sundhedsstyrelsen, 2010a,b, har op igennem 00'erne påpeget at de danske sundhedsudgifter ligger højt og der synes da heller ikke at være oplagte grunde til, at vi i Danmark skulle bruge 1½ - 2 procent mere af vores BNP på sundhed end de gør i Finland og Sverige. Norske sundhedsudgifter udgør også kun 9,3 % af BNP, men i US\$ pr. indbygger bruger nordmændene 4.338 om året og i procent af BNP bliver det lavt fordi det norske BNP er så meget højere end det er i de andre lande.

Udviklingen?

Udviklingsspørgsmålet kan sammenfattes ved sammenligning af de gennemsnitlige vækstrater i sundhedsudgifterne over tid – fx fra 1971 til 2011. Her er de danske vækstrater i TEH med gennemsnitligt 2,1 % p.a. ubetinget de laveste blandt de 22 gamle OECD medlemslande. (Der er ikke tilstrækkeligt lange dataserier for de 12 nye medlemslande til at estimere lange vækstrater). Fra 1971 til 2000 kunne Danmark som det eneste land i verden holde væksten i sundhedsudgifterne på niveau med BNP væksten. Men det var til gengæld også fra et meget højt udgangspunkt. Fra 1971 (første danske udgiftsobservationsår) til 1981 var de danske sundhedsudgifter de højeste i verden, men lav vækst har langsomt bragt os væk fra denne ikke nødvendige ønskværdige førerposition, som USA suverænt har haft siden. De danske sundhedsudgifter ligger aktuelt i øvre fjerdel, hvad angår sundhedsudgifter i de 34 OECD medlemslande.

**Tabel 9.1. Sundhedsudgifter i 34 lande, 2011, per capita og % af BNP, med og uden LTNC.
Gennemsnitlige vækstrater i sundhedsudgifter med og uden LTNC, 22 lande, %p.a.1972 - 2011**

	US\$ (PPP, 2005 prices) per capita			Percentage of GDP			Mean growth rate, %p.a.1972 - 2011	
	TEH	HCE	LTNC	TEH	HCE	LTNC	TEH	HCE
Denmark	\$3.539	\$2.711	\$828	10,9%	8,3%	2,54%	2,1%	1,9%
Finland	\$2.829	\$2.573	\$256	9,0%	8,2%	0,82%	3,4%	3,5%
France	\$3.579	\$3.194	\$385	11,6%	10,4%	1,25%	3,2%	3,1%
Germany	\$3.773	\$3.320	\$453	11,3%	9,9%	1,35%	2,9%	2,8%
Netherlands	\$4.420	\$3.426	\$994	12,0%	9,3%	2,70%	3,2%	2,5%
Norway	\$4.338	\$3.114	\$1.223	9,3%	6,7%	2,62%	3,6%	3,3%
Sweden	\$3.318	\$3.070	\$247	9,5%	8,8%	0,71%	2,5%	2,5%
United Kingdom	\$3.290	\$3.290		9,3%	9,3%		3,8%	3,8%
Average Group 01	\$3.636	\$3.087	\$549	10,4%	8,9%	1,50%	3,1%	2,9%
Austria	\$3.847	\$3.309	\$537	10,8%	9,3%	1,51%	3,4%	3,3%
Belgium	\$3.470	\$2.754	\$716	10,5%	8,4%	2,17%	3,5%	3,3%
Greece	\$2.077	\$2.064	\$13	9,1%	9,1%	0,06%	2,4%	2,4%
Iceland	\$3.032	\$2.463	\$570	9,1%	7,4%	1,70%	3,2%	3,1%
Ireland	\$3.285	\$3.285		8,9%	8,9%		4,4%	4,4%
Italy	\$2.403	\$2.403		9,2%	9,2%		2,6%	2,6%
Portugal	\$2.169	\$2.134	\$35	10,2%	10,1%	0,17%	5,7%	5,6%
Spain	\$2.499	\$2.238	\$261	9,5%	8,5%	0,99%	4,0%	3,9%
Switzerland	\$4.451	\$3.552	\$898	11,1%	8,8%	2,23%	2,6%	2,6%
Average Group 02	\$3.026	\$2.689	\$337	9,8%	8,8%	0,98%	3,5%	3,5%
Australia	\$3.299	\$3.262	\$38	9,0%	8,9%	0,10%	3,0%	2,9%
Canada	\$4.042	\$3.471	\$571	11,2%	9,6%	1,58%	2,8%	2,6%
Japan	\$2.960	\$2.691	\$269	9,6%	8,7%	0,87%	4,1%	3,8%
New Zealand	\$2.641	\$2.257	\$384	10,1%	8,6%	1,46%	2,9%	2,8%
United States	\$7.584	\$7.157	\$427	17,1%	16,1%	0,96%	4,1%	4,1%
Average Group 3	\$4.105	\$3.768	\$338	11,4%	10,4%	0,99%	3,4%	3,3%
Average, 22 old	\$3.493	\$3.079	\$414	10,4%	9,2%	1,20%	3,3%	3,2%
Czech Republic	\$1.810	\$1.739	\$71	7,5%	7,2%	0,29%		
Estonia	\$1.065	\$1.019	\$46	5,8%	5,6%	0,25%		
Hungary	\$1.369	\$1.319	\$50	8,0%	7,7%	0,29%		
Poland	\$1.214	\$1.142	\$73	6,9%	6,5%	0,41%		
Slovak Republic	\$1.568	\$1.563	\$5	7,9%	7,9%	0,02%		
Slovenia	\$2.269	\$2.075	\$194	8,9%	8,1%	0,76%		
Average Group 4	\$1.549	\$1.476	\$73	7,5%	7,2%	0,34%		
Chile	\$1.133	\$1.133		7,4%	7,4%			
Israel	\$2.096	\$1.931	\$165	7,7%	7,1%	0,61%		
Korea	\$2.034	\$1.806	\$228	7,4%	6,6%	0,83%		
Mexico	\$806	\$806		6,2%	6,2%			
Turkey	\$775	\$775		6,1%	6,1%			
Average Group 05	\$1.369	\$1.290	\$79	7,0%	6,7%	0,29%		
Luxembourg	\$3.143	\$2.528	\$615	4,6%	3,7%	0,89%		
Average	\$2.827	\$2.517	\$377	9,2%	8,3%	1,08%	3,3%	3,2%
Median	\$2.895	\$2.495		9,2%	8,4%		3,2%	3,1%
Lower Q	\$2.056	\$1.868		7,8%	7,3%		2,7%	2,6%
Upper Q	\$3.504	\$3.228		10,4%	9,2%		3,9%	3,8%

Kilde: OECD Health Data 2013. Egne beregninger.

Anm. TEH: Total Expenditure on Health, OECD's officielle sundhedsudgiftsdata; LTNC: Long-term Nursing Care (den del af pleje- og omsorgssektoren, som OECD mener skal med under TEH. HCE=TEH-LTNC. Vækstrater er kun estimeret for 22 gamle medlemslande. Vækstrater er brudjusterede.

Hvilke udgifter indgår i OECD's sundhedsudgifter?

Med System of Health Accounts har OECD anlagt en meget systematisk tilgang til definition af sundhedsudgifterne, OECD(2000). OECD's System of Health Accounts, som er udviklet sammen med og anerkendes af mange andre internationale organisationer som FN og WHO, EUROSTAT og NOMESCO, sonder mellem sundhedsudgifter og sundhedsrelaterede udgifter. Sundhedsudgifter er udgifter til varer og tjenesteydelser, som indgår direkte som "produktionsfaktor" i borgernes helbred/sundhedstilstand. Sundhedsrelaterede udgifter er udgifter til varer og tjenesteydelser, som kan siges enten at være en indirekte faktor, fx uddannelse af læger og sygeplejersker, forskning i og udvikling af nye behandlinger, m.v. eller en afledt konsekvens af mangelfuld helbredstilstand hos borgerne (socialt, fysisk, psykisk, mentalt, kognitivt, ...), fx kompensation for arbejdsindkomsttab (sygedagpenge, pensioner, ...), særlige boligtilbud og ændringer i bolig, og forskellige sociale tjenesteydelser.

Hvad er sundhedsudgifter? Hvad er sundhedsrelaterede udgifter? I praksis bliver dette spørgsmål særligt vanskeligt i forhold til landenes pleje- og omsorgssektorer. OECD's standardiserede afgrænsning af sundhedsudgifter foreskriver således, at landene under sundhedsudgifter skal medtage *visse* dele af udgifterne i pleje- og omsorgssektoren. Disse "*visse dele*" kalder OECD for Long-term Nursing Care, LTNC, og de er definerede som de dele af pleje- og omsorgssektoren, der ikke kun er sundhedsrelaterede! LTNC udgifterne er også vist i tabel 9.1.

Da OECD i afgrænsningen ikke har været helt skarp på, hvad *visse* i praksis indbefatter, kan denne rapport dokumentere både en stor spredning i, hvad landene faktisk medtager af udgifter fra deres pleje- og omsorgssektor og systematiske forskelle i landenes fortolkninger af, hvad der faktisk skal med ind under udgiftskategorien LTNC. OECD refererer skiftevis til den *medicinske* del, eller *sygeplejedelen* eller den *personlige* del af plejen og omsorgen som værende kriterium for, at udgiften skal inkluderes under LTNC og dermed medtages som sundhedsudgift.

Danmark har lagt vægt på ordet personlige pleje og medtager således alle plejeudgifter og den personlige plejedel af Hjemmehjælpsudgifterne – som udgør ca. 85 procent af disse. Sverige har lagt vægt på ordet sygepleje (nursing care) og tager kun udgifter til egentlig *sygepleje* med under LTNC udgifter og dermed sundhedsudgifter. Finland lægger vægt på ordet medicinske del af plejen og omsorgen og inkluderer således en række langtidsbehandlinger under LTNC, hvorimod de mere plejeorienterede aktiviteter ikke tages med. Sverige og Finland rapporterer til gengæld en del sundhedsrelaterede udgifter til pleje og hjælp under System of Health Accounts kategorien HC. R.6.: Administration and provision of social services in kind to assist living with disease and impairment – forkortet LTSS. Og så er der lande, som slet ikke rapporterer efter den standardiserede afgrænsning og de forskellige udgiftskategorier, som hører med til den. Det gør Storbritannien således ikke.

Sådan får vi, at Danmark indberetter LTNC udgifter på US\$ 828 pr. indbygger (2,54 % af BNP), Sverige indberetter US\$ 247 (0,71 % af BNP), Finland indberetter US\$ 256 pr. indbygger til LTNC (0,82 %) og Storbritannien bruger tilsyneladende ingenting – eller rapporterer i hvert fald ikke beløbet særskilt. Omvendt indberetter Danmark ingen udgifter på LTSS (den del af pleje- og omsorgssektoren, der kun er sundhedsrelateret), Sverige indberetter 2,9 % af BNP og Finland indberetter 1,2 % af BNP.

Udgiftskategorien LTNC er tvetydigt defineret af OECD, og landene fortolker helt åbenbart forskelligt om, hvad de skal medtage under LTNC af pleje- og omsorgsudgifterne og dermed ind under sundhedsudgifter. Der er selvfølgelig variation i, hvor meget de 34 medlemslande bruger på pleje- og omsorg, men slet ikke en variation af den størrelsesorden, som fremgår af tabel 9.1. Her er den største variationskilde forskellige måledefinitioner i landene – og fordeling af pleje- og omsorgsudgifterne på direkte sundhedsudgifter og sundhedsrelaterede udgifter.

Konklusionen er, at den internationale reliabilitet af LTNC målingerne i OECD Health Data er så lav, at registrets sundhedsudgifters komparative validitet kompromitteres.

Rapportens forslag på løsning af det måleproblem er ganske enkelt at tage LTNC udgifterne ud af TEH – de totale udgifter til sundhed. Dermed defineres et nyt mål $HCE = TEH - LTNC$, som selvfølgelig er snævrere men måske mere i overensstemmelse med medlemslandenes traditionelle afgrænsninger af sundhedsudgifter til drift og anlægsudgifter til sundhedsvæsenet og borgernes køb af medicinske varer.

Hvor høje er danske sundhedsudgifter og hvad er udgiftsudviklingen, når LTNC udgifter fratrækkes?

Fortællingen om de danske sundhedsudgifter påvirkes afgørende af LTNC. Når LTNC udgifterne fratrækkes (i alle 34 lande) falder danske sundhedsudgifter fra en niende plads (TEH) til en 14nde plads (HCE) målt i udgifter pr. indbygger og fra en syvende plads (TEH) til en 19nde plads (HCE) blandt OECD's 34 medlemslande. Målt uden LTNC ligger Danmark med US\$ 2.711 og 8,3 % af BNP absolut i den lavere ende i forhold til vores nordvesteuropæiske naboer med gennemsnitligt US\$ 3.087 pr. indbygger og 8,9 % af BNP, og tilsvarende i forhold til det 'gamle OECD gennemsnit' på US \$ 3.079 pr. indbygger og 9,2 % af BNP.

Udviklingsspørgsmålet påvirkes ikke så meget af LTNC. Dansk HCE vækst er som TEH væksten den laveste i verden målt på den lange bane fra 1971 til 2011, og målt på HCE er Danmark gået fra at ligge relativt højt, men dog ikke højest til at ligge i den absolut lave ende blandt de gamle, vestlige OECD medlemslande.

Det mest karakteristiske billede af udviklingen i danske sundhedsudgifter i forhold til de andre gamle OECD medlemslande med både TEH og med $HCE = TEH - LTNC$ gives nok i figur 8.5 på side 47.

Er det bedre at sammenligne HCE end at sammenligne TEH?

HCE har ingenlunde perfekt komparativ validitet. Ved fratræk af LTNC kan man trække for lidt fra og dermed med HCE overvurdere landets sundhedsudgifter. Det gør man måske for lande, som ikke indberetter direkte på LTNC, men alligevel inkluderer LTNC udgifter i deres total udgift. Storbritannien er et eksempel herpå. Irland anfører selv at have indberettet sundhedsudgifter, hvor de i forvejen har fratrullet sociale plejeudgifter. Italien ved jeg ikke noget om og ej heller ikke Tyrkiet og Mexico. Man kan også ved fratræk af LTNC risikere at trække for meget fra, som det er tilfældet med Finland og Israel, hvis LTNC indeholder egentlig medicinsk behandling.

Jeg har gennemført en så grundig gennemgang af landenes indberetningspraksisser på LTNC, som de ikke ganske fyldestgørende kilder tillader, og med forbehold for de hyppigt meget uklare og upræcise landedefinitioner af deres udgifter og herunder LTNC og LTSS, er det min klare vurdering og konklusion, at reliabilitetsproblemerne ved fratræk af LTNC er mindre end ved inklusion af LTNC. Jeg mener, at kunne indsnævre førstnævnte, reliabilitetsproblemer ved fratræk af LTNC, til Finland, Storbritannien, Italien, Israel, Mexico, Chile og Tyrkiet. For Finland og Storbritannien kan reliabilitetsproblemet yderligere nogenlunde kvantificeres og dermed justeres for i en forsigtig benchmarking af $HCE = TEH - LTNC$. Hvis Finland under LTNC inkluderer udgifter svarende til 0,1 % af BNP til medicinsk behandling, som Danmark inkluderer under en af de andre HC-kategorier, da bruger de to lande lige meget på sundhed. Og Storbritannien skal inkludere for 1 % af BNP LTNC i deres indberettede sundhedsudgifter, før landet kommer på niveau med Danmark. Alle kilder peger på at LTNC i de britiske sundhedsudgifter udgør mindre end 1 % - nærmere omkring det halve.

Kan man så ikke bare blive ved at trække komponenter ud?

Kan man så ikke argumentere for at andre usikre udgiftskategorier skal udelades? Administration af væsenet og forsikringssystemet? Af investeringer? Af støttesystemer? Af ...? Disse spørgsmål kan med rette stilles som en relevant kritik mod mit forslag om at fratrække LTNC. Jeg vil imidlertid afvise kritikken med to argumenter. For det første svarer $HCE = TEH - LTNC$ ret godt til de konventionelle afgrænsninger af sundhedsvæsenet og udgifter hertil (udgifter til væsenet og til husstandenes forbrug af medicinalvarer). For det andet er de afgrænsningsproblematikker, der er tilknyttet de øvrige HC-kategorier i højere grad interne

inden for sundhedsvæsenet og dermed inden for det totale sundhedsudgiftsbegreb. For eksempel vil HC.1-2 for en del lande inkludere visse udgifter til lægemidler til 'outpatients' behandlet på sygehusambulatorier, hvor de andre lande korrekt vil være inkluderet under HC.5. Men de indgår begge som sundhedsudgifter, så det påvirker ikke totalen. HC.4 kan også være usikker og noget være inkluderet i HC.1-2 i nogle lande. Ligeså med udgifter til administration (HC.7) og forebyggelse (HC.6), der udgår fra behandlende sundhedsvirksomheder. Men det er alt sammen afgrænsningsvariation inden for HC-grupperne og påvirker derfor ikke sundhedsudgiftstotalen. LTNC vs. LTSS er HC versus HC.R og påvirker derfor sundhedsudgiftstotalen.

Når det er sagt, så skal det da ikke kunne udelukkes, at lande i forskelligt omfang kan inkludere noget HC.R.2 (uddannelse og efteruddannelse af sundhedspersonale) eller HC.R.3 (forskning og udvikling) i de forskellige HC-udgiftskategorier. Det vil være interessant at undersøge. Hvis det er tilfældet, vil mange af disse sundhedsrelaterede udgifter formentlig være inkluderet i HC.1-2 og den kan man ikke trække ud af sundhedsudgiftsbegrebet.

Brug af OECD's sundhedsudgiftsdata har været for ukritisk

OECD er med rette en respekteret og anerkendt organisation, som gennemfører solide makroøkonomiske undersøgelser og analyser også på sundhedsområdet. OECD har med OECD Health Data gjort et stort stykke arbejde for at standardisere forskellige landes sundhedsudgifter i dette register. System of Health Accounts, International Classification of Health Accounts og OECD's data bliver i dag brugt af Eurostat, af FN og deres organisationer, af Nomesco her i Norden og de danske sundhedsmyndigheder bruger nu de sundhedsudgiftsdata, som de indberetter til OECD som de officielle danske sundhedsudgifter.

Jeg anerkender dette store arbejde. Jeg mener imidlertid i denne rapport at have dokumenteret,

- at SHA/ICHA er uklar og tvetydig på gråzonen Long-term Care – pleje- og omsorgssektoren,
- at landenes egne definitioner af de udgifter, de indberetter, er utilstrækkelige i urimelig grad, og at
- landenes indberetningspraksis på LTNC er heterogen.

Disse problemer med plejegråzonen er ikke håndteret godt nok i registret og sundhedsudgiftskategorien LTNC, som for de 34 lande udgør mellem 0 og 28 % af sundhedsudgifterne, kompromitterer den komparative validitet af OECD Health Datas sundhedsudgifter.

OECD's sundhedsudgiftsdata har været brugt alt for ukritisk. De bruges selvfølgelig i alle OECD's egne analyser. Når OECD analyserer dansk kræftbehandling, sammenlignet med mange andre lande, så noteres det, at de danske sundhedsudgifter jo er høje, så det kan ikke være generel mangel på ressourcer, der er problemet, OECD(2013). Det er faktisk ikke korrekt, at de danske sundhedsudgifter er høje. Luengo-Fernandez et al(2013) sætter også danske (og andre landes) udgifter til kræftbehandling i forhold til vores totale udgifter til sundhed jf. OECD Health Data 2010, og igen fremstår de ikke så høje udgifter til kræftbehandling som kontrast til vores høje totale sundhedsudgifter. kontrasten er falsk. Berrino et al(2007) kan delvist forklare lave britiske relative kræftoverlevelsesserater med henvisning til de lave britiske sundhedsudgifter i almindelighed med henvisning til OECD Health Data 2004, men nævner specifikt at det ikke gælder Danmark, som har høje sundhedsudgifter, ifølge OECD, men ikke høje overlevelsesserater. Danmark har lavere sundhedsudgifter end Storbritannien.

OECD's sundhedsudgiftsdata bruges i et hav af sundhedsøkonomiske analyser. Som generel reference til landenes sundhedsudgifter, og direkte som data i undersøgelser af sundhedsudgifter som afhængig variabel (Gerdtham og Jönsson(2000)) eller forklarende variabel (Nixon og Ulmann(2006)) til at forklare forskelle i middellevetider og dødelighed.

The Economist bragte 11. januar i år (2013) et Daily Chart om Unhealthy outcomes, som noterede at USA blandt 17 lande havde de højeste sundhedsudgifter men ingenlunde de højeste health outcomes. (<http://www.economist.com/blogs/graphicdetail/2013/01/daily-chart-7>). Danmark er blandt de 17 lande som er med i The Economist's oversigt, men kommenteres ikke direkte, selv om Danmark også ligger højt på

udgiftsdata (med henvisning til OECD Health Data 2012) og lavt på health outcome. En blogger, Kristian Hegaard, i Danske kommuner fanger imidlertid artiklen i The Economics og skriver den 18. februar 2013 (<http://www.danskekommuner.dk/Blog/Kristian-Hegaard/Sundhedsudgifter-proportionalt-med-befolkningssundhed-Nej/>): "For danskere er det bekymrende læsning. Godt nok ligger vi i den pæne ende for så vidt angår forbrug af BNP på sundhed med omtrent 11 %. Når det kommer til den brede kategori ikke-smitsomme sygdomme, hvilket omfatter kroniske sygdomme, hjertesygdomme, slagtilfælde, cancer, demens og meget andet, så er Danmark ifølge undersøgelsen det land, hvor dødeligheden er størst blandt disse sammenligningslande.

Opgørelsen konkluderer således, at vi har større udgifter til sundhed end andre lande, mens sundhedstilstanden er ringere. Vores sundhedstilstand er altså med andre ord desværre ikke proportional med udgifterne." Det var sundhedstilstanden måske mere i 1994, før man ændrede opfattelsen af de danske sundhedsudgifter fra at være lave til at være høje. Dog ikke ifølge Middellevetidsudvalget nedsat af og under formandskab af sundhedsministeriet, som konkluderede: "Udvalget har ikke fundet dokumentation for, at stagnationen i middellevetiden i Danmark har sammenhæng med det relativt lave niveau for sundhedsudgifterne." Middellevetidsudvalget, 1994, p 18.

Der er også refereret til OECD's ugiftsdata, når de danske vismænd lejlighedsvis har taget spørgsmål op om sundhedsvæsenet i Danmark. OECD's sundhedsudgiftsdata bruges i alle WHO's HIT rapporter.

Ovenstående er blot få af mange eksempler på kritikløs anvendelse af OECD Health Data og især registrets sundhedsudgifter. Registrets sundhedsudgifter har opnået en status svarende til temperaturmålinger af varmegrader rundt omkring i verdenen – og vel at mærke målte temperaturer og ikke forudsagte. Ingen stiller spørgsmålstejn til ugiftsdata som nyder en så høj og kritikløs anerkendelse.

Det har betydet, at vi de sidste 10 år i Danmark har ment, at vores sundhedsudgifter var høje i forhold til de andre landes. De danske sundhedsudgifter er imidlertid ikke høje. De er lave. De danske sundhedsudgifter var engang relativt høje. Verdens laveste ugiftsvækst har gjort de danske sundhedsudgifter lave i vestlig målestok.

Rapportens konklusioner

1. Danske sundhedsudgifter inkl. udgifter til pleje og omsorg ($TEH = HCE + LTNC$) er høje, når man sammenligner med andre lande. Ikke blandt de allerhøjeste men i højeste fjerdedel, en 7. plads blandt 34 OECD medlemslande.
2. Danske sundhedsudgifter ekskl. udgifter til pleje og omsorg ($HCE = TEH - LTNC$) er lave og absolut blandt de laveste i Nordvesteuropa og på en 19. plads blandt de 34 OECD medlemslande.²¹
3. Væksten i de danske sundhedsudgifter, uanset om udgifter til pleje og omsorg medtages eller ej, er på lang sigt lavest i OECD og frem til år 2000 ikke højere end væksten i BNP.
4. OECD's såkaldte standardiserede afgrænsning Udgifter til sundhed (TEH) i OECD Health Data er bredere end det traditionelle sundhedsudgiftsbegreb (sundhedsvæsenet og husstandenes forbrug af medicinalvarer) og omfatter dele af udgifter i Long-term Care sektor. $HCE = TEH - LTNC$ svarer mere til den traditionelle og også lidt snævrere definition på sundhedsudgifter.
5. De danske sundhedsmyndigheder har i tre større revisioner (gennemført i perioden 1996-2009) "udvidet" de danske sundhedsudgifter indberettet til OECD Health Data med mindst 35 mia. kroner pr. år.

²¹ LTNC-udgifter er selvfølgelig også fratrullet for de 33 andre lande.

6. OECD's definitioner og klassifikationer af sundhedsudgifter er så tvetydige vedr. funktionen Long-term Nursing Care (LTNC), at der i realiteten eksisterer to definitioner, som medlemslandene kan vælge at anvende:
 - a. Langtidssygepleje – den smalle definition
 - b. Al pleje og hjemmehjælp – den brede definition
7. OECD's medlemslande definerer LTNC ud fra enten den ene eller den anden af disse to definitioner, om end stadig flere bruger den brede, og nogle OECD medlemslande rapporterer stadig ikke LTNC udgifter overhovedet
8. Danske LTNC-udgifter i OECD Health Data er høje (tredjehøjest efter Holland og Norge), både fordi de formentligt er høje og fordi Danmark bruger den brede definition. Det gør mange andre lande også, men mange lande bruger den smalle definition.
9. Udgifter til LTNC som defineret og målt i OECD Health Care 2013 (og tidligere registre) har lav international reliabilitet.
10. Sundhedsudgifterne, og ikke mindst LTNC-udgifter, publiceret årligt i OECD Health Data, er uklart, tvetydigt og dårligt dokumenterede, både i det dertil indrettede kapitel i registret, og er også i andre elektroniske og skriftlige kilder overraskende uklare og mangelfulde.
11. Sundhedsudgifter ekskl. udgifter til LTNC, dvs. $HCE = TEH - LTNC$, er mere komparativ valid end sundhedsudgifter inkl. LTNC.
12. Der bør udvises større varsomhed og kritisk kildekritik til internationale data fra i øvrigt anerkendte internationale organisationer som OECD.

Hovedkonklusionerne vedr. Danske Regioners tre spørgsmål er derfor følgende:

- Danske sundhedsudgifter pr. indbygger og i procent af BNP er relativt lave i forhold til de lande vi normalt sammenligner os med (Nordvesteuropa og OECD's gamle medlemslande)
- Danske sundhedsudgifter, pr. indbygger og i procent af BNP, ligger på OECD gennemsnittet blandt lande som inkluderer de østeuropæiske lande og lande som Tyrkiet, Mexico og Chile.
- Det er derfor ikke rigtigt at sige: "at det danske niveau for sundhedsudgifter svarer til andre lande, hvor en relativ stor ressourceandel af samfundsøkonomien går til sundhedssektoren".
- Danske sundhedsudgifter ligger under det indkomstjusterede OECD gennemsnit.
- Danske sundhedsudgifter har udviklet sig fra at ligge blandt de absolut højeste i verden, målt pr. indbygger og i procent af BNP, til en blandt de absolut laveste i den vestlige verden og i Nordvesteuropa – lavere end i Sverige, Storbritannien og måske Finland.
- Danske sundhedsudgifter har udvist den på lang sigt laveste vækst fra 1971 og frem.
- Den officielle og såkaldt standardiserede OECD afgrænsning af sundhedsudgifter (TEH) er for uklar og tvetydig og holder (derfor) ikke i henseende til målevaliditet hvad angår LTNC.
- Indtil dette måtte kunne udbedres, bør man vende tilbage til den smallere afgrænsning, hvor sundhedsudgifter omfatter udgifter til sundhedsvæsen og husstandenes forbrug af medicinalvarer dvs. $HCE = TEH - LTNC$.

Referenceliste

- Berrino F., De Angelis R., Sant M., Rosso S., Lasota MB., Coebergh JW., Santaquilani M. and the EURO CARE Working group, Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995–99: results of the EURO CARE-4 study; i Lancet Oncol 2007; 8: 773–783 Published Online August 21, 2007, DOI:10.1016/S1470-2045(07)70245-0.
- Danneskiold-Samsøe B, Søgaard J. Sygehusvæsenet i Frankrig lige før årtusindskiftet. København. DSI; 2001.
- Gerdtham U.G. and Jönsson B, International comparisons of health expenditure: Theory, data and econometric analysis. Chapter 1 (pp 11-53) in A.J. Culyer and J.P. Newhouse, Handbook of Health Economics, vol. 1, Elsevier Science B.V. 2000, New York.
- Koch C, Internationale sammenligninger af sundhedsudgifter: Danmark på niveau med øvrige nordiske og nordeuropæiske lande. Ugeskrift for Læger 1999; (13), pp 1952-1954.
- Luengo-Fernandez, Leal J, Gray A og Sullivan R: Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis www.thelancet.com/oncology Published online October 14, 2013 [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70442-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70442-X).
- Middellevetidsudvalget, 1994, Levetiden i Danmark. Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg, København.
- Ministry of Health, New Zealand. 2005. Health Expenditure Trends in New Zealand 1992–2003. Wellington: Ministry of Health. Published in October 2005 by the Ministry of Health, PO Box 5013, Wellington, New Zealand, ISBN 0-478-29660-6 (Book), ISBN 0-478-29661-4 (Internet), HP 4169, This document is available on the Ministry of Health's website: <http://www.moh.govt.nz>.
- Nielsen JA og Andersen JG Hjemmehjælp – mellem myter og virkelighed. Udgivet af Rockwool Fonden. Syddansk Universitetsforlag, 2006, Odense.
- Nixon J and Ulmann P, The Relationship between health care expenditure and health outcomes. Evidence and caveats for a causal link. European Journal of Health Economics, 2006, 7, pp 7-18.
- NOSOSCO, Social protection in the Nordic countries 2004. Scope, expenditure and financing. Nordic Social Statistical Committee 28:2006, Copenhagen.
- OECD (2013), Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>.
- OECD Health Data. Der bruges data fra de fleste registre, dvs. årsudgivelser, siden 1995.
- OECD(2000), A System of Health Accounts, Version 1.0, Paris 2000.
- OECD(2007) Conceptual framework and methods for analysis of data sources for long-term care expenditure. OECD, December 2007.
- ONS, 2004. National Statistics, Total UK health expenditure (fundet på <http://www.ons.gov.uk/ons/guide-method/method-quality/specific/health-methodology/health-accounts/total-uk-health-expenditure-and-experimental-uk-health-accounts/index.html>).
- Orosz E, Morgan D, SHA Based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries: A Comparative Analysis. OECD Health Working Papers, DELSA/ELSA/WD/HEA(2004)7, August 2004, Paris.
- Socialstyrelsen, Den kommunala hälso- och sjukvårdens omfattning. Rapport, Stockholm, 2001.
- Sundhedsministeriet, 2004, Sundhedssektoren i tal 2002 og 2003. Juni 2004, København.
- Sundhedsministeriet, 2006, Sundhedssektoren i tal 2005. Juni 2006, København.
- Sundhedsministeriet, Det danske sundhedsvæsen i internationalt perspektiv. September 2008, København. (<http://www.sum.dk/IMEVEREST/Publications/imdk%20x2D%20dansk/SSTAT/SIT/international%20Sit/20080929201306/CurrenVersion/Det%20danske%20sundhedsvaesen%20i%20international%20perspektiv.pdf>).
- Sundhedsstyrelsen(2010a) Det danske sundhedsvæsen i internationalt perspektiv. November 2010, København. (http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2010/DOKU/OECD/DKsundhedsv_internationalttersp.pdf).
- Sundhedsstyrelsen(2010b) Internationale nøgletal på sundhedsområdet November 2010, København. (<http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Dataformidling/Sundhedsdata/Nogletal/~media/Indhold/DK%20-%20dansk/Sundhedsdata%20og%20it/NSF/Dataformidling/Sundhedsdata/2010/Internationale%20nøgletal%20på%20sundhedsområdet.ashx>).
- Søgaard J. Den danske sundhedssektor har lav udgiftsvækst. Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen 2006;81(1):8-13.
- van Mosesveld CJPM, van Son P and Bonte JTP, International comparison of health care data: Phase 1: intramural health care. Statistics Netherlands, Division of Sociocultural Statistics, Department of Health and Welfare, Voorburg/Heerlen 1996.

Appendix A

Box 1. SHA definitioner af LTNC

HC.3 Expenditure on long-term nursing care

Long-term health care comprises ongoing health and nursing care given to in-patients who need assistance on a continuing basis due to chronic impairments and a reduced degree of independence and activities of daily living. In-patient long-term care is provided in institutions or community facilities. Long-term care is typically a mix of medical (including nursing care) and social services. Only the former is recorded in the SHA under health expenditure.

HC.3.1 Expenditure on long-term nursing in-patient care

This item comprises nursing care delivered to in-patients who need assistance on a continuing basis due to chronic impairments and a reduced degree of independence and activities of daily living. In-patient long-term nursing care is provided in institutions or community facilities. Long-term care is typically a mix of medical and social services. Only health care services are recorded in the SHA under personal health care services.

An **in-patient** is a patient who is formally admitted (or “hospitalised”) to an institution for treatment and/or care and stays for a minimum of one night in the hospital or other institution providing in-patient care. See also Sources and Methods on [in-patient care](#).

Long-term health care comprises ongoing health and nursing care given to in-patients who need assistance on a continuing basis. See also Sources and Methods on [long-term nursing care](#).

*Note: This item corresponds to **HC.3.1** in the ICHA-HC classification of health care functions (see SHA, chapter 9).*

HC.3.2 Expenditure on long-term nursing day care

This item comprises nursing care delivered to day cases of patients who need assistance on a continuing basis due to chronic impairments and a reduced degree of independence and activities of daily living.

Day-care nursing care is provided in institutions or community facilities. It includes nursing care for dependent elderly patients. Day care comprises medical and paramedical services delivered to patients that are formally admitted for diagnosis, treatment or other types of health care with the intention of discharging the patient on the same day. See also *Sources and Methods* on [day care](#) for more definition.

Long-term health care comprises ongoing health and nursing care given to in-patients who need assistance on a continuing basis. See also *Sources and Methods* on [long-term nursing care](#) for more definition.

Click here for access to [country-specific information on Health Expenditure and Finance data](#).

HC.3.3 Expenditure on long-term nursing care at home

This item comprises long-term nursing and personal care services provided to patients who need assistance on a continuing basis due to chronic impairments and a reduced degree of independence and activities of daily living in cases where the care recipients live at home, or in a community based setting, such as adapted housing, which provide an individual housing environment in combination with a certain degree of services.

Includes: only nursing and personal care services; and services in support of informal (family) care related to ADL restrictions.

Excludes: all other types of LTC services.

Nursing and personal services delivered at home are often provided together with home help by the same person / organisation. In these cases disaggregation of spending on home care (**HC.3.3**) and home help (as part of **HC.R.6.1**) is required. When disaggregation of these spending items is not possible, experts should decide – based on the dominant character of the particular programs – whether these cases are reported under **HC.3.3** or **HC.R.6.1**. When it is not possible to judge the dominant character of the programs concerned, it is proposed to report this expenditure under **HC.R.6.1**.

However, when a country already has an established practice of reporting this expenditure under **HC.3.3**, it is proposed not to change this practice until the envisaged revision of the **ICHA-HC**. (This should, however, be clearly indicated in the methodological information provided).

Kilde: OECD Health Data 2013.

Box 2. SHA definition af LTSS

HC.R.6.1 Expenditure on social services of LTC (not to be included)

This item comprises services of home help and residential care services: care assistance which are predominantly aimed at providing help with instrumental activities of daily living (IADL) restrictions to persons with functional limitations and a limited ability to perform these tasks on their own without substantial assistance, including supporting residential services (in assisted living facilities and the like). Home help or, more generally, help with IADLs (such as help with activities of home making, meals etc., transport and social activities) may be provided and remunerated as integrated services with long-term nursing and personal care services. In these cases, an effort should be made to estimate expenditure on these items separately.

When disaggregation of these spending items is not possible, experts should decide – based on the dominant character of the particular programs – whether these cases are reported under **HC.3.3** or **HC.R.6.1**. When it is not possible to judge the dominant character of the programs concerned, it is proposed to report this expenditure under **HC.R.6.1**. However, when a country has already established a practice of reporting this expenditure under HC.3.3, it is proposed not to change this practice until the envisaged revision of the ICHA-HC.

Includes: subsidies to residential services (including costs of accommodation) in assisted living arrangements and other kinds of protected housing for persons with functional limitations (including residential services to people with mental retardation, mental illness or substance abuse problems and homes for the physically and mentally handicapped); services of housekeeping, social services of day care such as social activities for dependent persons; transport to and from day-care facilities or similar social services for persons with functional limitations.

Excludes: all services which are predominantly related to providing assistance with activities of daily living (ADL) included in the function HC.3: Long-term nursing Care. Also excludes: Services of surveillance of persons with mental deficits such as dementia patients; medical and services of assessment, case management and co-ordination between health and long-term care services (included under HC.3). Also excludes: meals on wheels. The reason for excluding meals on wheels is more practical than theoretical: difficulties in separation of spending on meals on wheels for persons with functional limitations from spending on meals on wheels due to other reasons.

Excludes: services that aim predominantly to combat social isolation rather than protecting persons with functional limitations (body/mental functioning). This is the case in particular for services and/or living arrangements where eligibility criteria explicitly require recipients to be without health impairing chronic conditions which would require substantial help with IADL or ADL restrictions. Expenditure on these services should be excluded even from HC.R.6.

Kilde: OECD Health Data 2013

Tabel A1. Fragmenter til beskrivelse af, hvad udgiftskategorien LTNC indeholder for 22 OECD-lande

Land (note)	Data**	Definitioner i HD2013 under Landespecifikke udgiftsbeskrivelser. LTNC inkluderer:	Beskrivelse af LTNC fra forskellige HD-registre sammenligninger og andre kilder.
Denmark TEH: 1999; HCE: 1998	\$828; 2,54%; 23,4%; 93%	Hjemmehjælp, (personlig pleje), plejehjem, ældreboliger og integrerede ordninger. LTSS ikke oplyst.	Har inkluderet LTNC siden HD 1998 og eksplicit siden HD2003. Der har været revisioner/forøgelser i 1998, 2000-2003 som er ført tilbage til 1981, og forøgelser i LTNC og HCE som er ført tilbage til 1998. Inkluderer alle plejeudgifter og 85% af hjemmehjælpsudgifterne (til personlig pleje)
Finland HCE: 1995	\$259; 0,84%; 9,1%; 80%	Lokale sundhedscentre "sygehuse", 60% af lægers og sygeplejerskers hjemmebesøg, langtidsbehandling (psykiatri 180+ dage; somatik 90+ dage). LTSS inkluderer hjemmehjælp, daginstitutioner og servicecentre, specielle botilbud, hospice behandling (1,11%)	Har inkluderet LTNC siden HD2005 (ca ½ %) og det er steget til ca 1% i senere versioner og tilbageført til 1995. Pre-SHA data inkluderede også LTNC. TEH er formentlig nogenlunde konsistent over tid, men HCE er det ikke (brud i 1995). Smal definition med HC1-2 elementer
France* TEH, HCE: 1995	\$385; 1,25%; 10,8%; 99%	Offentlige udgifter til plejecentre og -hjem og hjemmesygepleje (nurses and physiotherapists) er med. Hjemmehjælp er under LTSS (0,47%)	LTNC udgør 0,3 % af GDP som LTNC frem til 1994, men fra HD 2009 inkluderes 'nye' LTNC som stiger til knap 1% og i 2011 1,25%. Samtidig tilføjes ekstra HCE udgifter. Både TEH og HCE har brud i 1995. Ifølge OECD(2007) p 95 er pleje og hjælp på institution med men ikke, hvis de leveres i borgers hjem.
Germany* TEH, HCE: 1991 og 1992	\$453; 1,35%; 12,0%; 72%	? Er ikke beskrevet!	Inkluderer 0,4 % som LTNC frem til 1990, hvorefter LTNC stiger til 1%. Men det kan også være relateret til vest-øst sammenlægning. Michael Müller, Statistisches Bundesamt bekræfter at tysk LTNC inkluderer ADL og nok også IADL udgifter (hjemmehjælp), OECD(2007) p 104
Netherlands* TEH: 2005. HCE: 1998	\$994; 2,70%; 22,5%; 100%	? Er ikke beskrevet!	Har inkluderet LTNC altid også de tidlige non-SHA TEH serier. LTNC jævnt stigende fra 0,7% i 1970 til 1,3 % i 2005 i HD2010, hvor Holland havde 2,23% pct. som LTSS. LTNC fordobles fra HD2011 i år 2005 til 2,4%, hvoraf nogle er tidligere LTSS udgifter (ADL udgifter, Vincent van Polanen Petel, Statistics Netherlands), som nu medtages under LTNC.
Norway TEH, HCE: 1980 og 1997.	\$1.275; 2,62%; 28,5%; 91%	LTNC inkluderer al hjemmehjælp. Også praktisk hjælp.	Norge inkluderer LTNC fra 1997 i HD 2005 og frem (knap 2%). Godt ½ har formentlig været med i TEH tidligere, men resten er add on på TEH. 1980 databrud er tidligere revisioner.
Sweden* HCE: 1993	\$247; 0,71%; 7,5%; 96%	LTNC inkluderer kommunale "plejeudgifter" som er "medical" dvs. leveres af autoriserede sundhedspersoner (sygeplejersker, fysioterapeuter). Resten er sociale plejeudgifter under HC.R.6, dvs. LTSS, som er 2,79%.	Rapporterer LTNC fra 1993 i HD 2006. Indtil da er (det meste af) deres beskedne LTNC inkluderet i TEH. Rapoort fra Socialstyrelsen(2001) definerer en fordelingsnøgle baseret på sundhedspersonalets uddannelsesgrad. Smal sygeplejedefinition.
United Kingdom*	Na	Rapporterer ikke efter SHA og LTNC er 0. Sygeplejeudgifter under NHS er inkluderet i TEH=HCE - og visse plejehjem fra 2001.	UK har kun et enkelt 'testår' (1999) rapporteret LTNC, hvor det udgjorde 0,45% af BNP. Siden 2002/02 finansierer NHS tillige tidligere private plejehjem, som i 2002 udgjorde under 0,1 pct. af BNP, jf ONS, 2004 (se tabelnote). UK TEH inkluderer formentlig LTNC i størrelsesorden på max 0,6% af BNP.
Austria* TEH, HCE 1971 TEH, HCE 1981 TEH, HCE 1990	\$537; 1,51%; 14,0%; 82%	Inkluderer ADL rettet hjemmehjælp (hjem og institution) samt langtidssygepleje.	Havde LTNC med frem til HD1995 (ca. 1½% BNP), men tog dem så ud i HD1998. De kom tilage over nogle omgange siden HD2006. HCE er forøget med godt ½ %p fra HD2005 og frem.
Belgium TEH: 1975 og 2003. HCE: 1975	\$716; 2,17%; 20,6%; 90%	Inkluderer både ADL og iADL rettet hjemmehjælp (personlig pleje og praktisk hjælp) og al anden sygepleje.	Belgien fulgte SHA og inkluderede dermed LTNC første gang i HD2007. Det var "nye udgifter" som i 2003 giver et spring i TEH. Tidligere Non-SHA TEH data fra tidligere registre har formentligt inkluderet noget LTNC. OECD(2007) bekræfter inklusion af både ADL og IADL, p 41
Greece TEH, HCE: 2001	\$13; 0,06%; 0,6%; 59%	Ingen LTNC info.	Inkluderer næsten ikke LTNC. Omfattende forskelle i sundhedsudgifter fra register til register. Indberetter ifølge OECD(2007) ingen relevante data for LTC, p 114
Iceland TEH: 1998. HCE 1990 og 1998	\$572; 1,69%; 18,8%; 100%	Ingen info	Inkluderer LTNC fra 1990 fra og med HD 2004 og med forøgelse i HD 2009. TEH inkluderede i Pre-SHA ca. samme LTNC. TEH er tidskonsistent. HCE har brud i 1990. Ifølge OECD(2007) p 128 inkluderer Island ikke hjemmehjælp under LTNC, men under uoplyst LTSS. Men fra HD 2009 formentlig inkl. hjemmehjælp.

Tabel A1 - FORTSAT. Fragmenter til beskrivelse af, hvad udgiftskategorien LTNC indeholder for 22 OECD-lande

Land (note)	Data**	Definitioner i HD2013 under Landespecifikke udgiftsbeskrivelser. LTNC inkluderer:	Beskrivelse/fortolkninger fra forskellige HD-registre sammenligninger og andre kilder.
Ireland	na	Følger ikke SHA. Ingen relevante oplysninger	Inkluderer ikke LTNC eksplicit. Formentligt LTNC som i Storbritannien. Ifølge OECD(2007) p 133: "Expenditure statistics on health for national purposes include a significant number of social or welfare programmes, which are excluded for the purposes of international cross country comparisons."
Italy TEH=HCE: 1980	na	Følger ikke SHA. Ingen relevante oplysninger	Inkluderer ikke LTNC eksplicit. Ifølge OECD(2007) p 136: "National and international estimates of total health care expenditure will contain some expenditure on LTC services. No estimates of social services of LTC are currently reported for international purposes." Vi ved ingenting.
Portugal*	\$35; 0,17%; 1,6%; 96%	? Ingen beskrivelse	LTNC er formentlig kun udgifter til sygepleje under langtidsindlæggelse. OECD(2007) p 208 bekræfter en snæver definition af LTNC i Portugal.
Spain TEH: 2003	\$261; 0,99%; 10,4%; 65%	I følge tidligere registerbeskrivelse indeholdt spansk LTNC frem til 2002 kun sygepleje under langtidsindlæggelse.	LTNC måler til 2002 kun sygepleje under langtidsindlæggelse. Fra og med HD2006 kommer stigning i LTNC fra 2003 (0,6% stigende til 1% i 2011). Det "nye udgifter" formentlig offentlige udgifter til plejehjem og noget hjemmehjælp. Dette bekræftes af OECD(2007) p 232.
Switzerland HCE: 1995	\$925; 2,28%; 20,2%; 64%	LTNC inkluderer alle udgifter til plejehjem og lignende institutioner samt al hjemmehjælp, både ADL (personlig pleje) og IADL (praktisk hjælp).	Inkluderer LTNC eksplicit fra HD 2003 og fra år 1995. Det var med i pre-SHA TEH, altså et fratræk, så der er brud i HCE og ikke TEH i år 1995. OECD(2007) p 250 bekræfter bred definition af LTNC inklusiv både praktisk og personlig pleje i hjemmehjælpen.
Australia TEH, HCE: 1975.	\$38; 0,10%; 1,1%; 93%	"Selvom det skønnes at 30% af udgifterne til social and residential care services do have a health purpose, they are not included in LTNC". Hjemmehjælp medtages ikke som LTNC, men som LTSS (1,01%). LTNC inkluderer sygepleje/fysioterapi under langtidsbehandling.	I HD2003 til HD2008 var LTNC ret høj, og inkluderede 30% af sociale ældreudgifter i Australien. Fra HD2009 har landet besluttet kun at medtage sygepleje/fysioterapi under langtidsbehandling, angiveligt med tilbagevirkende kraft. OECD(2007) derfor ikke relevant for aktuel australsk indberetningspraksis.
Canada	\$576; 1,58%; 14,1%; 81%	Udgifter allokeres til LTNC hvis borger har behov for mindst 1½ times hjælp om dagen med medicinsk og professional sygeplejesupervision.	Har konsistent rapporteret LTNC siden HD2003 og også pre SHA data inkluderede LTNC fra ½% i 1970 til 1,6% i dag. TEH, HCE konsistente i hele perioden. OECD(2007) p 53-54, kun (hjemme)hjælp til borgere med særligt store plejebegov er inkluderet i LTNC.
Japan**	\$269; 0,87%; 9,1%; 85%	? Det er ikke muligt at se, hvad der reelt er inkluderet.	Inkluderer LTNC fra 1995 i HD2003 og efterfølgende registre. Tidligere TEH har inkluderet samme LTNC. Har fra HD2011 omfordelt knap halvdelen af LTNC udgifterne til HCE. Nuværende LTNC er formentlig hjemmehjælp (personlig pleje) i hjem og institution.
New Zealand HCE: 2004	\$384; 1,46%; 14,5%; 92%	? Ingen definitioner.	Inkluderer LTNC fra 2004 med HD 2007. Der er muligvis kommet en smule nye sundhedsudgifter ind i 2004, men det meste var med i forvejen i pre SHA data. Det drejer sig formentlig om plejehjem og hjemmehjælp (personlig pleje), hvilket bekræftes i OECD(2007) p 187
United States*	\$427; 0,96%; 5,6%; 61%	LTNC inkluderer primært plejeydelser leveret fra akkrediterede plejehjem til borgere, der bor der eller som outpatient ydelser.	Inkluderer konsistent LTNC over hele perioden. Konsistente TEH og HCE serier. OECD(2007), p 264-65: LTNC inkluderer ikke hjælp i hjemmet, men kun på dag- eller døgninstitution. " ** 'Home-health' services are not included under HC.3 – they are mostly included under acute care HC.1." Men er det hjemmehjælp?

Kilder: For søjle 2 og 3: OECD Health Data 2013, vedr. LTSS OECD Health Data 2010. For øvrige kilder er der direkte henvisninger. Grafisk tidsrækkeinspektion er baseret på mange udgaver af HD-registrene (OECD Health Data). Under landenavn anføres brudår i TEH hhv. HCE serier. Under Data anføres fire nøgletal for LTNC: \$ pr. indbygger i 2011 eller 2010 (2005 priser, PPP), procentandel af BNP, procentandel af TEH og procentandel, der er offentligt finansierede. Som hovedregel betyder %/procent efter en talværdi, at der er tale om procent af BNP. ADL funktioner betyder hjælp til at kompensere for begrænsninger i Activity of Daily Living og svarer til dansk personlig hjemmehjælp. IADL refererer tilsvarende til praktisk hjemmehjælp. For britiske LTNC m.v. se <http://www.ons.gov.uk/ons/guide-method/method-quality/specific/health-methodology/health-accounts/total-uk-health-expenditure-and-experimental-uk-health-accounts/index.html>

Appendix B

Tabel B1. Sundhedsudgifter fordelt på funktioner i 34 OECD lande ca. 2011

CrossSection	HC.1+2: Kurativ og rehabiliterende behandling			HC.3: Langtids(syge)pleje (LTNC)			HC.4: Parakliniske ydelser			HC.5: Lægemidler m.v. uden for sygehus			HC.6: Forebyggende sundhedsydelser			HC.7: Administration og private forsikringer			HC.R.1: Anlægsudgifter og andre investeringer		
	\$/cap	pub%	TEH%	\$/cap	pub%	TEH%	\$/cap	pub%	TEH%	\$/cap	pub%	TEH%	\$/cap	pub%	TEH%	\$/cap	pub%	TEH%	\$/cap	pub%	TEH%
Denmark*	\$1.940	86%	54,8%	\$828	93%	23,4%	\$160	100%	4,5%	\$364	49%	10,3%	\$77	97%	2,2%	\$40	91%	1,1%	\$130	100%	3,7%
Finland	\$1.710	83%	59,9%	\$259	80%	9,1%	\$95	73%	3,3%	\$458	46%	16,0%	\$153	60%	5,4%	\$48	88%	1,7%	\$132	79%	4,6%
France*	\$1.855	83%	51,8%	\$385	99%	10,8%	\$177	80%	5,0%	\$722	61%	20,2%	\$69	67%	1,9%	\$241	51%	6,7%	\$128	65%	3,6%
Germany*	\$1.982	78%	52,5%	\$453	72%	12,0%	\$175	77%	4,6%	\$715	69%	19,0%	\$124	85%	3,3%	\$199	74%	5,3%	\$125	62%	3,3%
Netherlands*	\$2.057	86%	46,5%	\$994	100%	22,5%	\$78	79%	1,8%	\$604	69%	13,7%	\$156	72%	3,5%	\$172	76%	3,9%	\$314		7,1%
Norway	\$2.134	86%	47,8%	\$1.275	91%	28,5%	\$308	95%	6,9%	\$442	56%	9,9%	\$110	90%	2,5%	\$27	100%	0,6%	\$173	87%	3,9%
Sweden*	\$2.063	85%	62,2%	\$247	96%	7,5%	\$141	99%	4,2%	\$493	55%	14,9%	\$119	78%	3,6%	\$46	100%	1,4%	\$187	82%	5,6%
United Kingdom*																			\$121		3,7%
Austria*	\$2.192	81%	57,0%	\$537	82%	14,0%	\$110	70%	2,9%	\$607	62%	15,8%	\$64	85%	1,7%	\$133	65%	3,4%	\$203	58%	5,3%
Belgium*	\$1.809	73%	52,1%	\$716	90%	20,6%	\$138	79%	4,0%	\$592	65%	17,1%	\$33	100%	0,9%	\$182	82%	5,2%			
Greece*	\$1.227	61%	59,0%	\$13	59%	0,6%	\$93	60%	4,5%	\$641	74%	30,8%	\$27	99%	1,3%	\$45	77%	2,2%	\$28		1,4%
Iceland	\$1.767	82%	58,0%	\$572	100%	18,8%	\$56	81%	1,8%	\$541	47%	17,8%	\$42	100%	1,4%	\$68	100%	2,2%			
Ireland*																			\$159	37%	4,8%
Italy										\$376	46%	15,7%	\$11	100%	0,5%	\$15	100%	0,6%	\$118	38%	4,9%
Portugal*	\$1.282	71%	59,1%	\$35	96%	1,6%	\$180	67%	8,3%	\$472	49%	21,8%	\$43	68%	2,0%	\$36	63%	1,7%	\$120	56%	5,5%
Spain*	\$1.424	77%	57,0%	\$261	65%	10,4%	\$131	93%	5,3%	\$503	62%	20,1%	\$54	99%	2,1%	\$76	48%	3,0%	\$50	79%	2,0%
Switzerland	\$2.669	63%	58,2%	\$925	64%	20,2%	\$149	59%	3,3%	\$522	65%	11,4%	\$102	59%	2,2%	\$216	62%	4,7%			
Australia**	\$2.179	72%	66,0%	\$38	93%	1,1%	\$187	86%	5,7%	\$605	45%	18,3%	\$56	98%	1,7%	\$60	58%	1,8%	\$174	65%	5,3%
Canada	\$1.871	76%	45,8%	\$576	81%	14,1%	\$251	94%	6,1%	\$786	34%	19,2%	\$235	99%	5,8%	\$133	40%	3,3%	\$197	78%	4,8%
Japan**	\$1.875	87%	63,3%	\$269	85%	9,1%	\$22	100%	0,7%	\$632	67%	21,4%	\$89	65%	3,0%	\$47	82%	1,6%	\$26	100%	0,9%
New Zealand*	\$1.565	81%	59,2%	\$384	92%	14,5%	\$136	80%	5,2%	\$283	67%	10,7%	\$168	94%	6,4%	\$106	93%	4,0%			
United States*	\$5.079	49%	67,0%	\$427	61%	5,6%				\$998	32%	13,2%	\$243	100%	3,2%	\$540	42%	7,1%	\$297	24%	3,9%
Czech Republic*	\$1.077	91%	59,5%	\$71	100%	3,9%	\$99	100%	5,5%	\$418	59%	23,1%	\$41	86%	2,2%	\$55	100%	3,1%	\$34	100%	1,9%
Estonia*	\$583	89%	54,7%	\$46	79%	4,3%	\$116	97%	10,9%	\$253	50%	23,8%	\$29	80%	2,8%	\$24	99%	2,2%	\$13	13%	1,3%
Hungary	\$623	73%	46,7%	\$49	85%	3,7%	\$65	94%	4,9%	\$478	51%	35,8%	\$58	58%	4,4%	\$20	89%	1,5%	\$40	83%	3,0%
Luxembourg*	\$1.667	83%	53,0%	\$629	82%	20,0%	\$170	96%	5,4%	\$341	75%	10,8%	\$110	99%	3,5%	\$42	89%	1,3%	\$184	113%	5,9%
Poland*	\$665	81%	54,7%	\$73	95%	6,0%	\$51	80%	4,2%	\$298	39%	24,5%	\$24	68%	2,0%	\$19	100%	1,5%	\$85	62%	7,0%
Slovak Republic*	\$701	85%	44,7%	\$5	100%	0,3%	\$128	76%	8,1%	\$568	59%	36,3%	\$42	41%	2,7%	\$53	100%	3,4%	\$71	11%	4,5%
Slovenia	\$1.195	83%	54,5%	\$188	101%	8,6%	\$72	69%	3,3%	\$504	52%	23,0%	\$84	76%	3,8%	\$74	57%	3,4%	\$62	90%	2,8%
Chile	\$233	95%	19,5%				\$13	95%	1,1%	\$151	9%	12,6%							\$43	95%	3,6%
Israel*	\$1.502	60%	71,7%	\$165	71%	7,9%				\$315	40%	15,0%	\$14	49%	0,7%	\$37	94%	1,8%	\$63	42%	3,0%
Korea	\$1.157	49%	54,9%	\$237	70%	11,2%	\$18	65%	0,8%	\$467	54%	22,1%	\$62	81%	2,9%	\$75	72%	3,5%	\$90	28%	4,2%
Mexico**							\$5	66%	0,6%	\$219	19%	27,2%	\$22	99%	2,8%	\$87	90%	10,8%			
Turkey***																			\$73	76%	9,4%

Kilde: OECD Health Data 2013. Data for 2012 eller tidligere *: 2011, **: 2010, ***: 2008. Per capita beløbene er anført i købekraftjusterede PPP for 2005 og i 2005 prisniveauer for de enkelte lande. Sum af delfunktionerne summer ikke nødvendigvis op til TEH og procenterne derfor heller ikke nødvendigvis til 100.

Tabel B2. Indtægter og sundhedsudgifter i 34 OECD medlemslande. Udgifter opgjort på forskellig vis, pr indbygger* og i procent af BNP, andel offentligt finansieret og sundhedsudgifter opdelt i sundheds (HCE)- og plejeudgifter (LTNC).

Country	Year	Total Expenditure on Health and care (TEH)		Health care Expenditure (HCE)		Long-Term Nursing Care (LTNC)		GDP		Percentage of GDP	
		US\$/cap	% public	US\$/cap	% public	US\$/cap	% public	US\$/cap	TEH	HCE	LTNC
Denmark	2011	\$3.539	85%	\$2.711	83%	\$828	93%	\$32.564	10,9%	8,3%	2,54%
Finland	2011	\$2.829	75%	\$2.573	75%	\$256	80%	\$31.298	9,0%	8,2%	0,82%
France	2011	\$3.579	77%	\$3.194	74%	\$385	99%	\$30.839	11,6%	10,4%	1,25%
Germany	2011	\$3.773	76%	\$3.320	77%	\$453	72%	\$33.520	11,3%	9,9%	1,35%
Netherlands	2011	\$4.420	80%	\$3.426	74%	\$994	100%	\$36.850	12,0%	9,3%	2,70%
Norway	2011	\$4.338	85%	\$3.114	83%	\$1.223	91%	\$46.725	9,3%	6,7%	2,62%
Sweden	2011	\$3.318	82%	\$3.070	80%	\$247	96%	\$34.856	9,5%	8,8%	0,71%
United Kingdom	2011	\$3.290	83%	\$3.290	83%			\$35.420	9,3%	9,3%	
Average - Group 01	n=8	\$3.636	81%	\$3.087	79%	\$549	92%	\$35.259	10,4%	8,9%	1,50%
Austria	2011	\$3.847	76%	\$3.309	75%	\$537	82%	\$35.520	10,8%	9,3%	1,51%
Belgium	2011	\$3.470	76%	\$2.754	72%	\$716	90%	\$32.948	10,5%	8,4%	2,17%
Greece	2011	\$2.077	65%	\$2.064	65%	\$13	59%	\$22.754	9,1%	9,1%	0,06%
Iceland	2011	\$3.032	80%	\$2.463	76%	\$570	100%	\$33.525	9,1%	7,4%	1,70%
Ireland	2011	\$3.285	67%	\$3.285	67%			\$36.897	8,9%	8,9%	
Italy	2011	\$2.403	78%	\$2.403	78%			\$26.050	9,2%	9,2%	
Portugal	2011	\$2.169	65%	\$2.134	65%	\$35	96%	\$21.178	10,2%	10,1%	0,17%
Spain	2011	\$2.499	73%	\$2.238	74%	\$261	65%	\$26.450	9,5%	8,5%	0,99%
Switzerland	2011	\$4.451	65%	\$3.552	65%	\$898	66%	\$40.290	11,1%	8,8%	2,23%
Average - Group 02	9	\$3.026	72%	\$2.689	71%	\$337	81%	\$30.624	9,8%	8,8%	0,98%
Australia	2010	\$3.299	68%	\$3.262	68%	\$38	93%	\$36.873	9,0%	8,9%	0,10%
Canada	2011	\$4.042	70%	\$3.471	68%	\$571	82%	\$36.158	11,2%	9,6%	1,58%
Japan	2010	\$2.960	82%	\$2.691	82%	\$269	85%	\$30.871	9,6%	8,7%	0,87%
New Zealand	2011	\$2.641	83%	\$2.257	81%	\$384	92%	\$26.276	10,1%	8,6%	1,46%
United States	2011	\$7.584	48%	\$7.157	47%	\$427	61%	\$44.440	17,1%	16,1%	0,96%
Average - Group 3	5	\$4.105	65%	\$3.768	64%	\$338	80%	\$34.924	11,4%	10,4%	0,99%

Tabel B2. FORTSAT

Indtægter og sundhedsudgifter i 34 OECD medlemslande. Udgifter opgjort på forskellig vis, pr indbygger* og i procent af BNP, andel offentligt finansieret og sundhedsudgifter opdelt i sundheds (HCE)- og plejeudgifter (LTNC).

Country	Year	Total Expenditure on Health and care (TEH)		Health care Expenditure (HCE)		Long-Term Nursing Care (LTNC)		GDP		Percentage of GDP	
		US\$/cap	% public	US\$/cap	% public	US\$/cap	% public	US\$/cap	TEH	HCE	LTNC
Czech Republic	2011	\$1.810	84%	\$1.739	84%	\$71	100%	\$24.131	7,5%	7,2%	0,29%
Estonia	2011	\$1.065	79%	\$1.019	79%	\$46	79%	\$18.276	5,8%	5,6%	0,25%
Hungary	2011	\$1.369	65%	\$1.319	64%	\$50	83%	\$17.205	8,0%	7,7%	0,29%
Poland	2011	\$1.214	70%	\$1.142	69%	\$73	94%	\$17.676	6,9%	6,5%	0,41%
Slovak Republic	2011	\$1.568	71%	\$1.563	71%	\$5	100%	\$19.744	7,9%	7,9%	0,02%
Slovenia	2011	\$2.269	74%	\$2.075	71%	\$194	98%	\$25.627	8,9%	8,1%	0,76%
Average - Group 4	6	\$1.549	74%	\$1.476	73%	\$73	94%	\$20.443	7,5%	7,2%	0,34%
Chile	2011	\$1.133	47%	\$1.133	47%			\$15.222	7,4%	7,4%	
Israel	2011	\$2.096	61%	\$1.931	60%	\$165	76%	\$27.101	7,7%	7,1%	0,61%
Korea	2011	\$2.034	55%	\$1.806	53%	\$228	72%	\$27.555	7,4%	6,6%	0,83%
Mexico	2010	\$806	47%	\$806	47%			\$13.038	6,2%	6,2%	
Turkey	2008	\$775	73%	\$775	73%			\$12.755	6,1%	6,1%	
Average - Group 05	5	\$1.369	57%	\$1.290	56%	\$79	74%	\$19.134	7,0%	6,7%	0,29%
Luxembourg	2011	\$3.143	85%	\$2.528	85%	\$615	83%	\$68.944	4,6%	3,7%	0,89%

Average	34	\$2.827	73%	\$2.517	71%	\$377	83%	\$29.987	9,2%	8,3%	1,08%
Median	34	\$2.895	76%	\$2.495	76%			\$30.855	9,2%	8,4%	
Lower Q	34	\$2.056	64%	\$1.868	67%			\$23.443	7,8%	7,3%	
Upper Q	34	\$3.504	78%	\$3.228	72%			\$35.470	10,4%	9,2%	

Kilde: OECD Health Data 2013. Egne beregninger. Noter: Indtægter og udgifter pr. indbygger er opgjort i 2005 priser i PPP US\$

Table B3. Country expenditure (TEH, HCE) deviations from OECD income conditional means. 22 old OECD member states. 1971 to 2011.

Year	TEH deviations					HCE deviations					Difference of deviations (HCE-TEH)				
	R(DEN)	Range values	Range countries			R(DEN)	Range values	Range countries			R(DEN)	Range values	Range countries		
1971	[02]	-37%	44%	POR	IRE	[03]	-37%	43%	POR	IRE	[22]	-18%	3%	DEN	SWI
1972	[01]	-27%	39%	POR	DEN	[03]	-28%	35%	POR	IRE	[22]	-19%	4%	DEN	SWI
1973	[02]	-24%	39%	POR	IRE	[04]	-24%	38%	POR	IRE	[22]	-20%	5%	DEN	SWI
1974	[01]	-24%	43%	POR	DEN	[02]	-25%	38%	POR	IRE	[22]	-22%	5%	DEN	SWI
1975	[01]	-22%	35%	SPA	DEN	[04]	-21%	32%	SPA	IRE	[22]	-22%	5%	DEN	SWI
1976	[02]	-15%	34%	ICE	IRE	[07]	-14%	33%	SPA	IRE	[22]	-23%	6%	DEN	SWI
1977	[03]	-19%	29%	ICE	IRE	[08]	-16%	32%	ICE	SWE	[22]	-23%	6%	DEN	SWI
1978	[03]	-19%	31%	UK	IRE	[09]	-17%	31%	UK	SWE	[22]	-24%	6%	DEN	SWI
1979	[02]	-20%	36%	UK	IRE	[09]	-17%	35%	UK	IRE	[22]	-26%	6%	DEN	SWI
1980	[02]	-16%	39%	UK	IRE	[08]	-14%	39%	UK	IRE	[22]	-27%	6%	DEN	SWI
1981	[01]	-14%	32%	AUS	DEN	[07]	-11%	32%	NZE	SWE	[22]	-29%	6%	DEN	SWI
1982	[01]	-16%	27%	UK	DEN	[09]	-14%	30%	UK	SWE	[22]	-28%	6%	DEN	SWI
1983	[04]	-16%	29%	NZE	IRE	[14]	-14%	29%	NZE	IRE	[22]	-26%	6%	DEN	SWI
1984	[04]	-19%	26%	NZE	IRE	[18]	-17%	26%	NZE	SWE	[22]	-25%	6%	DEN	SWI
1985	[04]	-26%	27%	NZE	USA	[17]	-24%	26%	NZE	USA	[22]	-26%	6%	DEN	SWI
1986	[06]	-25%	27%	NZE	USA	[19]	-24%	26%	NZE	USA	[22]	-23%	6%	DEN	SWI
1987	[04]	-18%	26%	UK	USA	[19]	-16%	25%	UK	USA	[22]	-24%	6%	DEN	SWI
1988	[02]	-20%	28%	UK	USA	[19]	-18%	27%	UK	USA	[22]	-24%	5%	DEN	SWI
1989	[02]	-20%	31%	JAP	USA	[19]	-17%	30%	JAP	USA	[22]	-23%	6%	DEN	SWI
1990	[05]	-25%	37%	JAP	USA	[20]	-21%	37%	JAP	USA	[22]	-20%	7%	DEN	SWI
1991	[08]	-29%	41%	JAP	USA	[19]	-24%	42%	JAP	USA	[22]	-17%	7%	DEN	SWI
1992	[11]	-28%	38%	JAP	USA	[21]	-24%	39%	JAP	USA	[22]	-16%	7%	DEN	SWI
1993	[09]	-26%	40%	JAP	USA	[20]	-21%	42%	JAP	USA	[22]	-17%	8%	DEN	SWI
1994	[10]	-21%	41%	JAP	USA	[21]	-17%	43%	JAP	USA	[22]	-16%	8%	DEN	SWI
1995	[14]	-19%	44%	JAP	USA	[22]	-17%	51%	DEN	USA	[22]	-13%	11%	DEN	NOR
1996	[13]	-20%	44%	UK	USA	[22]	-17%	51%	DEN	USA	[22]	-14%	11%	DEN	NOR
1997	[13]	-22%	43%	UK	USA	[21]	-16%	57%	IRE	USA	[22]	-12%	14%	DEN	USA
1998	[13]	-26%	38%	IRE	USA	[18]	-20%	50%	IRE	USA	[20]	-9%	13%	FIN	USA
1999	[09]	-30%	36%	IRE	USA	[17]	-23%	51%	IRE	USA	[22]	-13%	15%	DEN	USA
2000	[10]	-30%	42%	IRE	USA	[19]	-22%	57%	IRE	USA	[22]	-14%	15%	DEN	USA
2001	[10]	-26%	45%	IRE	USA	[19]	-19%	60%	FIN	USA	[22]	-15%	15%	DEN	USA
2002	[11]	-27%	45%	IRE	USA	[20]	-17%	61%	FIN	USA	[22]	-15%	15%	DEN	USA
2003	[12]	-27%	45%	IRE	USA	[18]	-16%	62%	IRE	USA	[22]	-14%	17%	DEN	USA
2004	[10]	-24%	47%	IRE	USA	[17]	-18%	63%	NZE	USA	[22]	-14%	16%	DEN	USA
2005	[10]	-23%	51%	IRE	USA	[18]	-19%	69%	NOR	USA	[22]	-14%	18%	DEN	USA
2006	[09]	-23%	55%	IRE	USA	[14]	-22%	75%	NOR	USA	[22]	-13%	19%	DEN	USA
2007	[08]	-19%	56%	IRE	USA	[16]	-21%	75%	NOR	USA	[22]	-14%	19%	DEN	USA
2008	[08]	-17%	57%	NOR	USA	[18]	-26%	77%	NOR	USA	[22]	-14%	20%	DEN	USA
2009	[06]	-17%	51%	AUS	USA	[15]	-25%	71%	NOR	USA	[22]	-15%	20%	DEN	USA
2010	[07]	-17%	53%	NOR	USA	[18]	-26%	74%	NOR	USA	[22]	-15%	20%	DEN	USA
2011	[07]	-17%	54%	NOR	USA	[19]	-28%	75%	NOR	USA	[22]	-14%	21%	DEN	USA

Source: OECD Health Data 2013. Own calculations

Notes. Minimum and maximum deviations are calculated as $\exp(\varepsilon_{s,t,C}) - 1$ where $\varepsilon_{s,t,C}$ is the smallest/largest error (of the 22) in the t'th log-linear, cross section regression health care expenditure on GDP per capita, (s=1: TEH, s=2: HCE), t=1971,1972, ... 2011.

Appendix C

BNP	Bruttonationalproduktet måler et lands værditilvækst i et års produktion. Bruges ofte som indikator for et lands samlede indtægt.
GDP	Gross Domestic Product. BNP på engelsk.
HC	Health Classification – refererer til den funktionelle klassifikation i SHA og refererer til tjenester og varer som indgår i endelig sundhedsproduktion.
HC.R	Health Classification, Related. Notation for tjenester og varer som er relateret til sundhedsproduktion men ikke direkte eller endeligt og derfor skal udgifter hertil ikke indgå i sundhedsudgifterne.
HCE	Health Care Expenditure, rapportens egen notation for et snævrere sundhedsudgiftsbegreb baseret på SHA'en men uden HC.3=LTNC
ICHA	International Classification of Health Accounts. Selve klassifikationssystemet i System of Health Accounts.
LTC	Long-term Care. Kan måske bedst omsættes til pleje og omsorgssektoren. I rapporten hyppigt blot oversat til ældreplejen. En del af LTC indgår ifølge OECD SHA i TEH. Nemlig
LTNC	Long-term Nursing Care. Den del af LTC som i følge OECD SHA skal indgå i sundhedsudgifterne. LTNC = HC.3 udgiftskategorien. Undertiden bruger OECD også betegnelsen LTHC (Long-term Health Care) som synonym for LTNC.
LTSS	Long-term Social Services. Den del af LTC som i følge OECD SHA ikke skal indgå i sundhedsudgifterne. LTSS = HC.R.6 udgiftskategorien. Undertiden bruger OECD også betegnelsen LTSC (Long-term Social Care) som synonym for LTSS.
PPP	Purchasing Power Parities. Købekraftpariteter. Et sæt estimerede konverteringsfaktorer fra et lands nationale valuta til US\$, som er beregnet med henblik på at justere for købekraftforskelle mellem landene.
SHA	System of Health Accounts. Navnet på OECD's definitioner og klassifikationer om sundhedsudgifterne.
TEH	Total Expenditure on Health. Summen af HC-kategorierne, dvs. alle sundhedsudgifterne på tværs af de forskellige sundhedsfunktioner, alle ydelsesformer og alle finansieringsformer – privat som offentlige.

SØGAARD ADVICE

Rapport

Hvor høje er sundhedsudgifterne i Danmark?

Udarbejdet til Danske Regioner

December 2013

Jes Søgaard

Søgaard Advice

Notatet kan rekvireres ved at kontakte:

Søgaard Advice, Hulgårdsvej 24, 2400 København NV.

Tlf. 21 47 69 52

© Jes Søgaard, Søgaard Advice

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse.

Skifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til Søgaard Advice.

Opsætning, layout og design af:



Christina Gry Paulsen, ED

Executive Office

Poppelvang 13 | 2770 Kastrup

www.executiveoffice.dk