

Måste man jamföra?

Om sammenlikning av helsetjenester

Michael 2024; 21: 79–91

doi:10.5617/michael.10954

Ambisjonen med denne kronikken er å diskutere ulike sider ved internasjonale sammenlikninger av helsesystemer. Hva slags utgangspunkt har de, hvor nyttige er de, hva kan de (ikke) si oss, og hva er det spesielt viktig å være oppmerksom på ved sammenlikning på tvers av land?

«Man måste jamföra», sier hovedpersonen Ingemar i Lasse Hallströms filmklassiker *Mitt liv som hund* (1985). Ingemar er 12 år og må håndtere både sorg og skuffelse. Hans utgangspunkt er at det alltid er noen som har det verre. Det gjør hans egen situasjon, uansett hvor vanskelig den måtte synes, lettere å håndtere. En annen variant over samme tema finner vi hos den norske tegneren og humoristen Fredrik Stabel: «Egen suksess er bra, men andres ulykke er heller ikke å forakte».

Det kan, med andre ord, gjøre godt å sammenlikne seg med andre. Det kan bekrefte ens egen posisjon og tas som et uttrykk for at man gjør noe riktig. Og om man ikke skulle hevde seg så bra mot andre, kan sammenlikninger også gi grunnlag for læring. Hva er det de andre gjør annerledes enn oss, og hvorfor gir det resultater?

Helsetjenesten er en av velferdsstatens bærebjelker. Men hvor god er den norske helsetjenesten om vi sammenlikner oss med andre land? Har vi noe å lære av andre, eller har kanskje andre noe å lære av oss?

Helsetjenesten i Norge

Den norske helsetjenesten er sterkt inspirert av den britiske National Health Service (NHS) slik den ble utformet i 1948. Helsetjenesten kjennetegnes ved tre grunnleggende forhold. For det første er den (i all hovedsak) finansiert gjennom skatter. For den andre har hele befolkningen (i all hovedsak) fri tilgang på helsetjenester. For det tredje er det (i all hovedsak) offentlig

produksjon av tjenester. Det er også bred politisk enighet om hva formålet med helsetjenesten er. I Regjeringen Solbergs prioriteringsmelding fra 2015 formuleres dette, for eksempel, slik:

Helsetjenesten er (...) en del av en bred sosial forsikringsordning for befolkningen, og borgerne skal motta likeverdige tjenester etter behov, uavhengig av økonomi, sosial status, alder, kjønn, tidligere helse mv. (1).

Begrepet likeverdige tjenester finner vi igjen i lovverkets formålsbeskrivelser, både i lov om spesialisthelsetjenester og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg vektlegges mål om effektiv ressursutnyttelse og kvalitet i tjenestetilbudet i begge formålsbeskrivelsene. En målsetting om *likeverdige og effektive tjenester av god kvalitet* er derfor et naturlig utgangspunkt for vurdering av den norske helsetjenesten. Hvis vurderingen skulle konkludere med at ett eller flere av disse målene ikke er nådd, vil naturlige oppfølgingsspørsmål være: Hvordan kan helsetjenesten utformes får å gi bedre måloppnåelse? Kan vi hente inspirasjon til dette gjennom å se hvordan man gjør dette i andre land? I en slik sammenlikning vil det først være nyttig å beskrive mer presist hvilke alternative utforminger av helsetjenesten vi kan velge mellom.

Om helsesystemer

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer et helsesystem som summen av organisasjoner, mennesker og handlinger med hovedformål å fremme, gjenopprette eller vedlikeholde helse (2). I utformingen av et helsesystem må man særlig gjøre valg knyttet til tre forhold: finansiering, utforming av tjenesteproduksjonen og styring.

Finansiering handler om hvilke tjenester som skal dekkes, om man skal benytte forsikringspremier eller skatteinntekter som finansieringskilde, og om og i hvilken grad man skal benytte egenfinansiering.

Utforming handler om forholdet mellom primær- og spesialisthelsetjenester, om størrelse og lokalisering av sykehus og andre tjenesteprodusenter, om forholdet mellom privat og offentlig tjenesteproduksjon, og om bruk av personell, teknologi og bygninger.

Styring handler om forholdet mellom politikk, administrasjon og fag, om sentral vs. desentral beslutningsmyndighet, om privat vs. offentlig tjenesteproduksjon og om omfang og type reguleringer mellom bestiller og utfører (som eksempel modeller for finansiering av tjenesteprodusentene). Alt dette skjer i en kontekst hvor historie, kultur og ikke minst landets inntektsnivå påvirker handlingsrommet.

Forskjellige land har ulike tilnærminger til hvordan de finansierer, utformer og styrer helsetjenesten. Dette har gitt opphav til en omfangsrik litteratur med det formål å klassifisere og gruppere helsesystemer. Den første grupperingen ble presentert av OECD i 1987 (3). Den tar utgangspunkt i to forhold; hvordan helsetjenesten finansieres og hvordan de ulike tjenestene leveres (tabell 1).

	Finansiering	Leveranse	Eksempler
National Health Service	Skattebasert, lav egenbetaling og universell tilgang	I stor grad offentlig produksjon av tjenester	Storbritannia, Irland, skandinaviske land, Spania, Italia
Social Health Insurance	Sosial (obligatorisk forsikring) gjennom offentlige og private sykekasser	En blanding av offentlig og privat tjenesteproduksjon	Tyskland, Belgia, Østerrike, Nederland
Private insurance	Privat, frivillig forsikring	I stor grad privat produksjon av tjenester	USA

Tabell 1. Inndeling av helsesystemer etter OECD (3).

Denne inndelingen er grov og er blitt kritisert fordi den ikke i tilstrekkelig grad fanger den store kompleksiteten i utformingen av et helsesystem (4–7). Én alternativ tilnærming er å legge mindre vekt på finansieringskildene («skattebaserte vs. forsikringsbaserte»), men heller ta utgangspunkt i graden av og prinsipper for henholdsvis regulering, finansiering og organisering av tjenestetilbudet (4–6). Andre tilnærminger legger også vekt på ressursbruken og hvordan denne fordeles mellom ulike tjenestenivåer (7).

Et helsesystem består av mange ulike aktører. Wendt et al (4) og Böhm et al (5) beskriver ulike kombinasjoner av regulering, finansiering og leveranser («provision») av tjenestene og tre typer aktører; staten, samfunnsinstitusjoner og private. Böhm et al (5) argumenterer for at man i praksis har å gjøre med fem ulike kombinasjoner (tabell 2).

	Regulering	Finansiering	Leveranse	Eksempler
National Health Service	Staten	Staten	Staten	Storbritannia, skandinaviske land
National Health Insurance	Staten	Staten	Private	Canada, Irland, Italia
Social health insurance	Samfunns-institusjoner	Samfunns-institusjoner	Private	Østerrike, Tyskland, Belgia
Private	Private	Private	Private	USA
Etatist social health insurance	Staten	Samfunns-institusjoner	Private	Nederland

Tabell 2. Inndeling av helsesystemene, etter Böhm et al (5).

En annen klassifisering finner vi hos Riebling et al (7), som baserer inndelingen av helsesystemer på en empirisk cluster-analyse av et sett indikatorer fra OECD. Dette gir også fem typer helsesystemer, men en annen gruppering av land enn hva som følger av prinsippene hos Wendt et al og Böhm et al (tabell 3).

Engelske betegnelser	Eksempler
Supply and choice-oriented public systems	Østerrike, Tyskland, Irland
Performance- and primary-care-oriented public systems	Norge, Sverige
Regulation-oriented public systems	Danmark, Nederland, Storbritannia
Low-supply and low-performance mixed systems	Ungarn, Polen
Supply- and performance oriented private systems	USA, Sveits

Tabell 3. Inndeling av helsesystemer, etter Riebling et al (7).

Det som også skiller Riebling et al (7) fra de andre tilnærmingene, er at den er dynamisk i den forstand at endringer i – for eksempel vektlegging av primærhelsetjenesten uten at det samtidig skjer endring i prinsipper for regulering, finansiering eller leveranser – over tid vil kunne flytte land fra en type helsesystem til et annet.

Hvordan man grupperer helsesystemer vil i stor grad være en akademisk øvelse. Slike øvelser er allikevel ikke uten praktisk betydning. En sammenlikning av helsetjenesten i Norge med helsetjenesten i andre land kan gjøres med ulike formål. I noen tilfeller kan vi være ute etter å vurdere graden av måloppnåelse i Norge opp mot måloppnåelsen i land som har valgt grunn-

leggende forskjellige løsninger enn oss. I andre tilfeller vil vi være ute etter å sammenlikne oss med land som likner på Norge, i den forstand at de i hovedsak har valgt de samme løsninger som oss. Den første typen sammenlikninger vil kunne fortelle oss om vi bør gjøre større endringer i regulering, finansiering eller styring av tjenesten. Den andre typen sammenlikninger vil antyde om vi, innen de overordnede rammer vi har lagt, kan gjøre mindre endringer som kan gi større grad av måloppnåelse enn i dag.

Om sammenlikninger

Sammenlikninger med andre land er nyttige for å forstå bakgrunnen for de løsninger vi har valgt i vår helsetjeneste, og for å forstå mulighetsrommet for alternative utforminger av helsepolitikken (se for eksempel (8)). Det finnes da også en omfattende litteratur som kombinerer beskrivelser av helsetjenesten i enkeltland med tilhørende oppsummerende komparative analyser av likheter og ulikheter i helsepolitikken mellom land (9–11). Hvis sammenlikningen skal kunne gi grunnlag for å endre politikktutformingen, bør man allikevel ha kunnskap om hvordan de enkelte virkemidler påvirker måloppnåelsen. Dette kan forenklet uttrykkes gjennom sammenhengen:

$$X = f(Y, Z)$$

Hvor X er en vektor bestående av de ulike målene for helsetjenesten i Norge

- likeverdig tilgang
- høy kvalitet
- god ressursutnyttelse

Y er en vektor som beskriver utformingen av helsetjenesten

- finansiering
 - skatt, forsikring, egenbetaling mm
- utforming
 - tjenestesammensetning, struktur, eierskap, teknologi mm
- styring
 - sentralisering/desentralisering, politikk vs administrasjon, pasientrettigheter, finansiering av tjenesteprodusentene, prioriteringskriterier mm

Z er en vektor som fanger opp andre forhold som vil ha betydning for måloppnåelse

- inntektsnivå
- kultur/historie
- geografi
- evt. andre forhold

Det er dermed flere mål som skal nås gjennom å kombinere ulike virkemidler og hvor sammenhengen mellom virkemiddel og mål må forventes å avhenge av kontekstuelle forhold. Utfordringen når man skal sammenlikne helsesystemer, vil både være å *operasjonalisere* mål, virkemidler og kontekst og å *kvantifisere* (måle) dem på samme måte på tvers av land. I tillegg må man ta hensyn til at det kan være konflikter mellom de ulike målene. En analyse eller sammenlikning vil ofte være partiell, i den forstand at den bare ser på ett enkelt element i måloppnåelsen. En slik sammenlikning vil dermed kunne overse at en positiv sammenheng mellom ett spesifikt virkemiddel og ett mål vil kunne følges av en negativ sammenheng mellom det samme virkemiddelet og et av de andre målene.

Sammenlikninger av helsetjenesten i Norge med helsetjenesten i andre land skjer gjerne med utgangspunkt i deskriptive sammenstillinger av et sett indikatorer som antas å være assosiert med de tre målene likeverdighet, effektivitet og kvalitet. Slike sammenlikninger kan være nyttige fordi de kan peke på områder hvor det er forskjeller (eller likheter) som kan danne grunnlag for læring. De kan imidlertid i seg selv ikke svare på hvorfor det er forskjeller i måloppnåelse. Det vil også i mange tilfeller kunne være utfordrende å trekke slutninger som har direkte relevans for (endret) politikkutforming fra enkle deskriptive sammenlikninger.

Det er et langt mindre tilfang av empiriske analyser som kan si noe om sammenhengen mellom helsetjenestens utforming og graden av effektivitet, kvalitet og likeverdighet. I nordisk sammenheng er forskningsprosjektet *EuroHOPE* (12) et eksempel både på at det er mulig å gjennomføre gode empiriske analyser, men også et eksempel på at det kan være krevende å framskaffe sammenliknbare data. Ofte baseres mye av den helsepolitiske debatten om helsetjenesten i Norge kontra andre land på tolkninger av deskriptive data. Ofte benyttes indikatorer fra de årlige *Health at a glance*-rapportene fra OECD til slike sammenlikninger (13).

Sammenlikning av deskriptive data – eksempelet «tilgjengelighet»

Helsepolitikk handler ikke bare om hvordan vi utformer helsetjenesten, men også om i hvilken grad vi prioriterer helsetjenesten i forhold til andre tjenester. En hyppig benyttet indikator fra *Health at a glance* er de enkelte lands samlede utgifter til helsetjenester. Tanken er at sammenlikning av ressursinnsats både skal kunne si noe om prioritering av og tilgjengeligheten til tjenester.

Målsetting om likeverdig tilgang til tjenester har både en økonomisk dimensjon, en geografisk dimensjon og en tidsdimensjon. Befolkningen skal ha tilgang til nødvendige helsetjenester uavhengig av egen inntekt (øko-

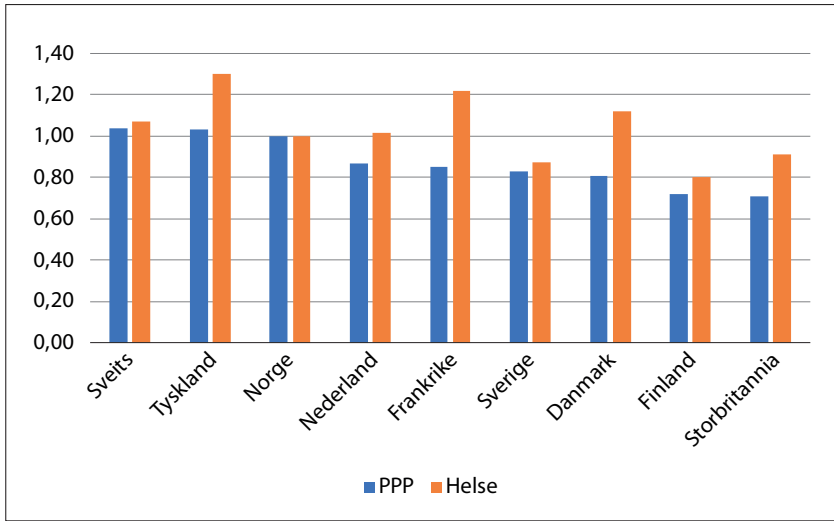
nomi). Denne tilgangen skal i prinsippet ikke avhenge av bosted (geografi), og man skal ha tilgang til tjenester når behovet oppstår (tid). At tjenestetilbudet skal være likeverdig, er i norske helsetjeneste forstått som «at alle pasienter mottar helsetjenester av like god kvalitet, tilpasset den enkelte, og med mål om resultatlikhet for dem med samme sykdomsbilde» (14).

En vurdering av tilgjengeligheten til tjenester i Norge bør derfor strengt tatt ta utgangspunkt i en tilnærming som fanger opp alle disse dimensjonene. Samlet ressursinnsats vil kunne være en indikator på helsetjenestens kapasitet, men sier lite om fordeling. Den vil dermed gi et begrenset bilde av tilgjengelighet, men allikevel være interessant. Spørsmålet er i hvilken grad vi gjennom bruk av OECD-data klarer å beskrive forskjeller i kapasitet på en måte som gjør det mulig å trekke konklusjoner om helsetjenesten i Norge i forhold til andre land.

I en diskusjon av nytten av internasjonale sammenlikninger understreker Klazinga et al (15) viktigheten av at disse baseres på data som faktisk er sammenliknbare. Eksempelvis forsøker man i sammenlikninger av ressursinnsats mellom OECD-land å ivareta dette gjennom å ta utgangspunkt i et felles regnskapssystem, «system of health accounts» (16). På tross av dette er det ikke rett fram verken å beskrive eller tolke forskjeller i utgifter til helsetjenester mellom land.

En første utfordring ligger i at man fra de enkelte lands helseregnskap (naturlig nok) får samlede kostnader til helsetjenester i landets egen valuta. Tallene må derfor konverteres til en felles valuta. I tillegg må det tas hensyn til at det er forskjeller i prisnivå mellom land. Land med høyere prisnivå vil, alt annet likt, ha høyere ressursbruk uten at det kan tolkes som bedre tilgjengelighet. Figur 1 er basert på data fra siste utgave av *Health at a glance* (13) og viser forskjellen mellom samlet ressursinnsats til helsetjenester per innbygger i noen utvalgte land for 2022. Nivået i Norge er satt til 100, og som sammenlikning har vi valgt de andre nordiske landene (unntatt Island) og Storbritannia, Frankrike, Nederland, Sveits og Tyskland. De kan dermed, om man vil, tolkes innen rammen av de tre beskrivelsene av helsesystemer gitt over. Tallene er korrigert for forskjeller i kjøpekraft mellom landene gjennom en såkalt indeks for kjøpekraftsparitet. Basert på disse tallene ligger utgiftsnivået i Norge godt over våre nordiske naboland og også over Storbritannia, Frankrike og Nederland. Norge ligger noe lavere enn Sveits og Tyskland.

Et åpenbart spørsmål er allikevel om den korreksjonen som gjøres for forskjeller i kjøpekraft, er tilstrekkelig. Tallene tar hensyn til generelle forskjeller i prisnivå mellom land, men disse trenger ikke nødvendigvis å reflektere forskjeller i lønns- og prisnivå for helsetjenester. For å få til dette må



Figur 1. Utgifter til helsetjenester 2022. Norge = 1,00. Justert for generelle forskjeller i prisnivå (PPP) og for forskjeller i prisnivå for helsetjenester.

man benytte en spesifikk prisindeks for helsetjenester (17, 18). Dette gjøres i den andre kolonnen i figur 1.

Det er relativt store forskjeller mellom (relative) utgifter til helsetjenester som «bare» justeres for forskjeller i generelt prisnivå, og det bildet som tegner seg når det også justeres for forskjeller i lønns- og prisnivå i helse-tjenesten. Ved å ta hensyn til at lønns- og prisnivået i den norske helsetjenesten er høyere enn i (mange) andre land, reduseres det som i utgangspunktet så ut til å være store forskjeller i ressursinnsats. Nå er utgiftsnivået i både Danmark, Nederland og Frankrike høyere enn i Norge. Avstanden ned til Sverige, Finland og Storbritannia er også blitt mindre.

Det vi prøver å si noe om ved denne sammenlikningen, er altså forskjeller i tilgjengelighet. Selv med sammenlikning av prisjusterte utgifter er vi fremdeles et stykke unna å kunne konkludere om det er forskjeller i tilgjengelighet til tjenester. Det første vi må ta hensyn til er at kapasitet må sammenholdes med behov. Forskjeller i behov kan relateres til (blant annet) forskjeller i alderssammensetning, inntektsnivå og sosioøkonomi. Generelt vil vi derfor anta at land med en (relativt) yngre befolkning og (relativt) høyere inntekt og utdanningsnivå vil ha et lavere behov for helsetjenester. Denne typen justeringer gjøres foreløpig ikke i de offisielle OECD-tallene.

I tillegg vil man også måtte ta hensyn til forskjeller i produktivitet mellom land. Høyt utgiftsnivå kan være et uttrykk for god tilgjengelighet,

men også lav produktivitet. Produktivetsnivået kan variere mellom land på grunn av forskjeller i struktur og forskjeller i effektivitet. I Norge kan bosettingsmønster gi større faste kostnader knyttet til for eksempel beredskap. Forskjeller i effektivitet kan knyttes til ulike tradisjoner rundt bemanning eller forholdet mellom arbeidskraft og kapital. Dessverre er det lite tilgjengelig kunnskap som kan belyse disse to spørsmålene.

Dette er heller ikke uten betydning for hvordan de relative forskjellene i figur 1 skal tolkes. Det overordnede bildet er altså at prisnivået på helsetjenester i Norge er betydelig høyere enn det generelle prisnivået. Dette kan skyldes flere forhold: Lønnsnivået kan være høyere, prisen på andre innsatsfaktorer kan være høyere, men det kan også skyldes annen sammensetning av innsatsfaktorer enn man har i andre land. I det siste tilfellet vil forskjell i relative priser også kunne være et uttrykk for forskjeller i produktivitet.

Konklusjonen så langt vil derfor være at sammenlikninger av OECD-tall ikke kan gi mer enn en indikasjon på forskjeller i tilgjengelighet mellom land. I tolkningen av de observerte forskjellene må det tas høyde for at det både kan være forskjeller i behov og forskjeller i produktivitet mellom land som ikke fanges opp.

Sammenlikning av deskriptive data – eksempelet «prioritering av helsetjenesten»

Mens kapasitet (målt gjennom utgiftsnivå) kan si noe om tilgjengeligheten til tjenester, kan en sammenlikning av hvor stor andel av samlet verdiskaping som benyttes til helsetjenester, si noe om i hvilken grad denne prioriteres i forhold til andre varer og tjenester. I 2021 benyttet Norge 11,4 % av brutto nasjonalprodukt (BNP) på helsetjenester. I OECD-sammenheng er dette verken særskilt høyt eller særskilt lavt. Usikkerheten ved denne typen sammenlikninger kommer imidlertid tydelig fram om vi betrakter tilsvarende andel for 2022. Fra 2021 til 2022 faller nemlig andelen av BNP som er benyttet til helsetjenester i Norge, til 8,6 %. Nå har ikke utgiftene til helsetjenester falt fra 2021 til 2022. Årsaken finner vi i nevneren, altså BNP. En sterk økning i gasspriser i 2022 ga en betydelig økning i BNP. Til tross for at utgiftene til helsetjenester økte fra 2021 til 2022, gikk andelen dermed ned. I den norske økonomien vil svingninger i prisene på olje og gass kunne gi store svingninger i BNP. Et alternativ er derfor å se på helseutgifter som en andel av det vi kaller fastlands-BNP, altså uten inntekter fra olje og gass. Det reduserer «tilfeldige» svingninger, men bryter jo samtidig med tanken om at helse som andel av *samlet* verdiskaping sier noe om hvilke prioriteringer vi gjør i Norge. Igjen er lærdommen her at man skal være forsiktig med å trekke konklusjoner basert på enkle sammenlikninger.

Det er imidlertid også et spørsmål om utgifter til helsetjenester som andel av BNP er en god indikator på i hvilken grad et land prioriterer helsetjenester. Som individer fordeler vi inntekten vår mellom ulike grupper av varer og tjenester. Denne fordelingen avhenger både av hva vi liker (våre preferanser), av vår samlede inntekt og av (relative) priser. Ingen vil forvente at individer med lik inntekt ville fordele denne likt mellom ulike varer og tjenester. På samme måte er det ikke gitt i at det er bedre jo høyere andel av en nasjons verdiskapning som benyttes på helsetjenester. Ulike land vil ha ulike preferanser for bruk av fellesskapets ressurser, preferanser som er knyttet til både historiske og kulturelle forhold.

Norge er rikt land. Ville man dermed vente at vi også benyttet en større andel av inntekten til helsetjenester enn land med lavere inntektsnivå? Normalt vil en økning av inntekt føre med seg en økning av etterspørselen etter alle typer varer eller tjenester. Hvor stor etterspørselsøkningen vil være, vil imidlertid variere med hvilke typer varer eller tjenester det er snakk om. Om en husholdnings inntekt øker med 1 %, vil det neppe innebære at dens etterspørsel etter alle varer og tjenester øker med akkurat 1 %. For det vi kan kalle «nødvendighetsvarer», vil vi anta at etterspørselen relativt sett øker mindre enn inntektsøkningen. Det er bare så mye mat vi får i oss på en dag, og så mye energi som kreves for å varme opp hus eller leilighet. For det vi på samme måte kan kalle «luksusvarer», vil vi anta at etterspørselen øker relativt mer enn inntektsøkningen. Dette vil være varer eller tjenester vi i økende grad vil ta oss råd til når grunnleggende behovet er dekket.

Hva så med helsetjenester? Er disse et «nødvendighetsgode» eller et «luksusgode»? Svaret har implikasjoner for hvordan vi skal tolke forskjeller i andel av BNP som benyttes til helsetjenester. Om helsetjenester er et «nødvendighetsgode» vil vi, alt annet likt, forvente å se en høyere andel av BNP til helsetjenester hos land med lav inntekt. Det er en stor litteratur som har studert sammenhengen mellom nasjonalinntekt og utgifter til helsetjenester (19). Resultatene tyder på at sammenhengen både varierer over tid og mellom land. Det synes allikevel å være en konsensus om at en økning i nasjonalinntekten (BNP, alt annet likt, vanligvis ikke motsvares av en tilsvarende økning i utgiftene til helsetjenester. Den viktigste konklusjonen man kan trekke fra denne litteraturen, er allikevel at nasjonal kontekst har stor betydning både for nivå på og endring i utgiftsnivået. For befolkningen er det behovsdekningen som er det relevante, ikke hvor stor andel av BNP man må benytte for å oppnå det ønskede nivået på denne.

Oppsummering

Er internasjonale sammenlikninger nyttige? Svaret er «ja» med den begrunnelse at store avvik mellom Norge og land vi synes det er naturlig å sammenlikne oss med, kan bidra til å sette søkelyset på forhold som bør analyseres nærmere. Men svaret er også «nei» med den begrunnelse at enkle deskriptive sammenlikninger sjelden gir oss informasjon om hvordan de helsepolitiske virkemidlene bør utformes. I tillegg er det en reell fare for at partielle sammenlikninger gir et forenklet bilde av en kompleks virkelighet. Den bekymringen man kan ha for at overdreven tro på målstyring fører til at det bare er det som kan telles som teller, vil også kunne gjelde ved ukritisk bruk av deskriptive data i sammenlikning av land.

Den helsepolitiske debatten i Norge kjennetegnes ved en bred enighet om de grunnleggende prinsippene for tjenesten som vi beskrev over: Den er (i all hovedsak) finansiert gjennom skatter, hele befolkningen har (i all hovedsak) fri tilgang på tjenester, og det er (i all hovedsak) offentlig produksjon av tjenester. Andre land har, som vi også så over, valg andre tilnærminger. Det er allikevel vanskelig å få øye på krefter i Norge som argumenterer for en overgang til et system basert på sosial forsikring og nivådeling av rettigheter, avhengig av hvor god dekning forsikringen gir. Snarere synes bekymringen i Norge å være knyttet nettopp til muligheten for at vi er på vei mot en slik nivådeling, spissformulert gjennom frykten for et todelt helsevesen (20). I den grad debatten i Norge utfordrer noen hovedelementene i beskrivelsen av helsesystemer, må det være på omfanget av privat produksjon av tjenester. Dette har både kommet til uttrykk gjennom diskusjonene knyttet til fritt behandlingsvalg, organisering av fastlegene og muligheter for å regulere omfanget av private kommersielle aktører.

Ut over dette er debatten i Norge i stor grad knyttet til tre temaer: For det første, forholdet mellom politisk, administrativ og faglig styring. For det andre, balansen mellom sentralisering og desentralisering av tjenestetilbudet. For det tredje, bruk av markedssimulerende virkemidler, ofte omtalt som New Public Management. Noen av disse temaene er vanskelige å belyse gjennom internasjonale sammenlikninger. Særlig gjelder dette den norske strukturdebatten. Denne handler ikke om helsetjenesten alene, men om en mer generell utforming av distriktspolitikken i et land med en ganske så særegen geografi. Også når temaet er New Public Management, er det vanskelig å finne komparative empiriske studier som kan bidra til en forståelse av sammenhengen mellom virkemiddel og resultat. I en slik situasjon er det viktig at man forstår at sammenlikninger av tall på tvers av land sjelden gir sikre svar på de spørsmål man måtte ha. Først og fremst kan slike sammenlikninger være en hjelp til å stille bedre spørsmål og gi oss bedre

forståelse av hvor vi kan lete for å kanskje finne noen svar, gjennom godt designede analyser.

Litteratur

1. Meld. St. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste*.
2. World Health Organization (WHO). *Everybody's business – strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Genève: WHO, 2007.
3. OECD. *Financing and delivering health care*. Paris: OECD, 1987.
4. Wendt C, Frisina L, Rothgang H. Healthcare system types: a conceptual framework for comparison. *Social Policy and Administration* 2009; 43: 70–90. doi: 10.1111/j.1467-9515.2008.00647.x
5. Böhm K, Schmid A, Götze R et al. Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification. *Health Policy* 2013; 113: 258–269. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.09.003.
6. Ferreira PL, Tavares AI, Quintal C et al. EU health systems classification: a new proposal from EURO-HEALTHY. *BMC Health Services Research* 2018; 18: 511. doi: 10.1186/s12913-018-3323-3
7. Reibling N, Ariaans M, Wendt C. Worlds of healthcare: a healthcare system typology of OECD countries. *Health Policy* 2019; 123: 611–620. doi: 10.1016/j.healthpol.2019.05.001.
8. Blank RH, Burau V, Kuhlmann E. *Comparative health policy*. London: Bloomsbury Publishing, 2017.
9. Magnussen J, Vrangbæk K, Saltman R. *Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges*. Maidenhead: McGraw-Hill Education, 2009.
10. Costa-Font J, Greer S, red. *Federalism and decentralization in European health and social care*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2013.
11. Giarelli G, Saks M, red. *National health services of Western Europe: challenges, reforms and future perspectives*. London: Routledge, 2023.
12. Heijink R, Engelfriet P, Rehnberg C et al. A window on geographic variation in health care: insights from EuroHOPE. *Health Economics* 2015; 24: 164–177.
13. OECD. *Health at a glance 2023: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing, 2023. doi: 10.1787/19991312.
14. NOU 2023: 8. *Fellesskapets sykehus*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-8/id2967792/>
15. Klazinga N, Fischer C, Ten Asbroek A. Health services research related to performance indicators and benchmarking in Europe. *Journal of Health Services Research and Policy* 2011; 16: 38–47. doi: 10.1258/jhsrp.2011.011042.
16. OECD/Eurostat/WHO. *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*. Paris: OECD Publishing, 2017. doi: 10.1787/9789264270985-en
17. Lorenzoni L, Koechlin F. *International comparisons of health prices and volumes: new findings*. OECD, 2017. www.oecd.org/health/health-systems/International-Comparisons-of-Health-Prices-and-Volumes-New-Findings.pdf (besøkt 7.1.2024)

18. OECD. Health care prices – brief. OECD, 2020. www.oecd.org/health/health-systems/Health-Care-Prices-Brief-May-2020.pdf (7.1.2024)
19. Rana RH, Alam K, Gow J. Health expenditure and gross domestic product: causality analysis by income level. *International Journal of Health Economic and Management* 2020; 20: 55–77. doi: 10.1007/s10754-019-09270-1
20. Johannessen LB. Er vi på full fart mot et todelt helsevesen? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2017; 137: 766–767.

Jon Magnussen

jon.magnussen@ntnu.no

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Postboks 8905

7491 Trondheim

Jon Magnussen er professor i helseøkonomi og prodekan ved Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU. Han har ledet flere offentlige utvalg, inkludert Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse (NOU 2023: 8).