

Prosjektoppgave i medisin

ved

Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, 2008

av

Gunnar Dalén

Er Norges helsesystem dyrere enn Sveriges?

Introduksjon:

Norges helseøkonomi har vært og er under stor debatt. I mediene diskuteres kostnadene kraftig. Det har blant annet vært en lang debattserie i Aftenposten og Dagens Næringsliv og flertalls debattprogram på fjernsyn. Debatten er ikke unik for Norge som land. Samme type debatt føres i de fleste land rundt om i Europa og verden. Flesteparten av OECD-landene har doblet sin andel av BNP til helsesektoren siden 70-tallet. OECDs gjennomsnitt lå i 2005 på 9.0 % av BNP. Norge og Sverige lå i 2005 på 9.1%. Sykehusene spør om mer penger for at kunne bedrive sin pålagte virksomhet. Har Norge råd til dette på lang sikt? Skyldes dette bare økt BNP, økte lånekostnader, dårlig økonomisk styring fra de sentrale maktene, eller for lite press på helseforetakene, siden det alltid finns mer penger å hente? Egentlig burde kanskje Norges helsesystem være under debatt, siden helseøkonomien bare er en effekt av helsesystemet og den samlede økonomien i landet? Hvordan ser det ut i et makroøkonomisk perspektiv?

Hva med størrelsen på helsesystemet eller effektiviteten innen helse-Norge? Debatten har spesielt vært innrettet på de økende kostnadene som helseforetakene har pådaget seg. Er det umulig at minske utgiftene uten at det går ut over pasienttilbudet? Er Norges helsesystem større en Sveriges? Er Sveriges helsesystem mer effektivt en Norges?

I denne artikkelen skal vi sammenligne Sveriges helsekostnader med Norges helsekostnader, og se på hvor dyr helsesystemet i Norge egentlig er sammenlignet med Sveriges. Er Norges helsesystem dyrere enn i Sverige?

Metode:

Vi har valgt å sammenligne Norge med Sverige på grunn av at det finns sammenlignbare data, begge landene har relativt sammenlignbare helsesystem, samt kvalitet innen helsesektoren. Det er et tett politisk og økonomisk samarbeid mellom landene, og Norge og Sverige sammenlignes svært ofte i andre sammenhenger.

Befolkningsstrukturen og kulturen innen befolkningene er relativt lik.

Tallene vi ser på fra OECD health care resource data er helseutgifter som prosentandel av BNP, helseutgifter per innbygger som så kjøpekraftsjusteres, antall leger per 1000 innbyggere, antall sykepleiere per 1000 innbyggere, antall akutte sengeposter per 1000 innbyggere, totale helseutgifter delt på antallet sengeposter, sykepleiere og leger og helsepersonellønninger.

Tallene fra den Svenska statistiska centralbyrån er i svenske kroner, og vi omregner tallene etter formelen SEK/NOK= 0.85 slik at de kan sammenlignes med norske tall i norske kroner.

Kjøpekraftsteorien går ut på at vekselingskursen justeres slik at en identisk vare i to forskjellige land har samme pris når de angis i samme valuta.

Et eksempel:

$$S=P1/P2$$

S= Vekslingskursen mellom valuta 1 og valuta 2.

P1= Kostnaden av vare "X" i valuta 1

P2= Kostnaden av vare "X" i valuta 2

Vi setter opp tallene i en tabell og sammenligner tallene år for år mellom Sverige og Norge for å se på ulikheter og likheter mellom landene.

Vi ser ikke på forskjell i helsekvaliteten mellom Norge og Sverige.

Vi bruker tall fra OECD(1), Statistiske sentralbyrå i Norge(2) og Statistisk centralbyrå i Sverige(3). Tallen fra OECD kommer fra de enkelte lands statistikes sentralbyråer, og de har samme redegjørelsesstandard slik at tallene blir sammenlignbare.

Helseregnskapet er basert på redegjørelesstandarden, A System of Health Accounts, (OECD 2000).(4)

Regnskapet omfatter utgiftene til helseformål, dvs alle utgifter, både private og offentlige som går til forbruk eller investeringer i helsetjenester.

Helseregnskapet er svært omfattende og dekker områder som utgifter til helsetjenester fordelt etter funksjon, produsent og finansieringskilde. Systemet legger vekt på at resultatene skal være sammenlignbare både mellom land og over tid.

Akutte sengeplasser er definert som behandlingstutisjoner der pasienten behandles i 30 dager eller mindre.

Resultat:

Helseutgiftene er angitt i tabell 1. Antall sengplasser, leger og sykepleiere per 1000 innbyggere er angitt i tabell 2.

Helsegifter som del av BNP:

Vi sammenligner helseutgifter ved å se på de samlede helseutgiftene som del av bruttonasjonalprodukt. I et historisk perspektiv ser vi at på 70-tallet gikk 4,4 % av Norges BNP til helseutgifter, og i Sverige gikk 6,8 % av BNP til helseutgifter i samme periode . I Sverige var andelen av helseutgiftene av BNP ca 55 % høyere enn i Norge. I 2005 var tallet utjevnet til 9,1 % for både Norge og Sverige.

Kjøpkraftsjustert helseutgifter:

Teorien om kjøpkraftsjustering er at man estimerer størrelsen på forandringen mellom to lands valutaer slik at vekslingskursen er lik den enkeltes valuttas kjøpekraft i de to landene. Norges ikke kjøpkraftsjustert helseutgifter per innbygger i 2005 var 38.075 NOK ,og for Sverige 23.423 NOK.

I tabell nr 1. ser vi at på 1970 tallet var Sveriges utgifter omtrent dobbelt så høye som i Norge i kjøpkraftsuterte priser. Dette sifferet jevner seg langsomt ut frem til 1995 da Norge passerte Sverige i kjøpkraftsjusterte priser. Mellom årene 1995 til 2005 økte Norges utgifter mer en Sveriges gjorde til å være ca 50% høyere per innebygger i

2005 enn i Sverige. Med ikke kjøpkraftsjusterte tall omregnet till NOK (SEK x 0,85 = NOK) ble Norges helseutgifter 63% dyrere enn de svenske.

Bemaningsøkning i helsesektoren:

Fra 1997 til 2004 ser vi en økning i antallet leger per 1000 innbyggere i både Norge så som for Sverige. I Norge er økningen fra 2,5 i 1997 til 3,5 i 2004. I Sverige er økningen under tilsvarende periode 2,9 til 3,4 leger per 1000 innbyggere. Fra 1997 har altså antallet leger per 1000 innbyggere økt i Norge med ca 40% mot en økning i Sverige under samme period på ca 17%. Forskjellen i 2004 var 2,9% flere leger i Norge.

I tabell 2 ser vi på antallet sykepleiere per 1000 innbyggere. I 1997 hadde Norge og Sverige samme antall sykepleiere; 9,6 per 1000 innbyggere. Deretter har Sverige økt til 10,6 i 2004. Under samme period økte Norge til 14,9 sykepleiere per 1000 innbyggere. Forskjellen i 2004 var på 40,6% flere sykepleiere i Norge.

I tabell 2 ser vi at antallet akutte sengeplasser i 1970 var relativt likt for både Norge som Sverige. Siden dess har det vært en suksessiv minskning i antall akutte sengeplasser for både Norge og Sverige frem til 1995. Da planet Norge ut på ca 3 sengeplasser per 1000 innbygger. Sverige fortsatte å minske sine sengeplaser til 2,2 per 1000 innbyggere. Dette resulterte i at Norge hadde i 2005 ca 45% flere sengeplasser per 1000 innbyggere enn Sverige.

Lønnsforskjeller i helsesektoren i 2006:

En gjennomsnittlig månedslønn for leger i Norge er 56.500 NOK, sykepleiere 29.600 NOK og hjelpepleiere 23.900 NOK. Den gjennomsnittelige månedslønnen for hele Norges befolkning er 30.600 NOK.

En gjennomsnittelig månedslønn for leger i Sverige er 43.180 NOK, sykepleiere 20.825 NOK og hjelpepleiere 17.340 NOK. Den gjennomsnittelige månedslønnen for hele Sveriges befolkning er 21.250 NOK.

Ratioen mellom helsepersonalets lønninger og den gjennomsnittelige lønningen i landene er:

Norge: leger 1.85, sykepleiere 0.97 og hjelpepleiere 0.78.

Sverige: leger 2.03, sykepleiere 0.98 og hjelpepleiere 0.82.

Norske leger har 31% høyere lønninger i NOK enn svenske leger, og norske sykepleiere har 42% høyere lønninger i NOK enn svenske sykepleiere. Norske hjelpepleierenes lønninger er 38% høyere i NOK enn for svenske hjelpepleiere. Arbeidsgiveravgiften i Norge er på 14.1%, og i Sverige er den på 32.42%. Med arbeidsgiver avgiften innregnet i lønningsutgifter er forskjellen mellom Norge og Sverige for leger nå kun 12.7%, for sykepleiere er den på 23.7% og for hjelpepleiere er den på 19.7%.

Utgifter i helsesektoren:

Utgiftene til helsesektoren i kjøpkraftsjusterte dollar har økt med 86% i Norge fra 1997 til 2005, og i Sverige har økningen vært på 56% under samme periode. Helsesektoren i Norge har siden 1997 til 2005 ekspandert kraftig med 48% flere leger og 61% flere sykepleiere. Samtidig minsket antallet sengeplasser med 46%. Helsesektoren i Sverige har siden 1997 til 2004 ekspandert med 17% flere leger og 10% flere sykepleiere. Frem til 2005 hadde antallet sengeplasser minsket med 59%.

Totale helseutgifter i kjøpekraftsjusterte dollar var i 2005 \$1455 per sengeplass i Norge og \$1326 per sengeplass i Sverige. Det vil si 9,7% mer i Norge enn i Sverige. For sykepleiere var helseutgiftene i 2004 \$281,5 per sykepleier i Norge mot \$275 i Sverige, Utgiftene var 2,4% høyere i Norge enn i Sverige. I Norge var utgiftene per lege \$1180 mot \$858 i Sverige, 37,5% høyere i Norge enn i Sverige.

I 2004 var det i Norge 1,2 leger per sengeplass, mens det i Sverige var 1,4 leger per sengeplass. Antall sykepleiere per sengeplass var 5,2 i Norge mot 4.4 i Sverige.

Befolkningen:

Fra 1995 til 2005 har Norges befolkning økt fra 4.359.000 til 4.623.000 innbyggere. Under samme periode økte Sveriges befolkning fra 8.827.000 til 9.030.000 innbyggere. Befolkningsveksten var på 6,1% for Norge og 2.3% for Sverige. Andelen av befolkningen i Norge som var over 65 år i 2005 var 14,7%, i Sverige var den 17,3%.(5)

Diskusjon:

På 70-tallet var antallet akutte senge plasser likt mellom Norge og Sverige. Andelen av BNP som bruktes av helsevesenet var ca 54% høyere i Sverige enn i Norge. Når vi ser på de kjøpekraftsjusterte prisene ser vi at forskjellen i helseutgifter var omtrent dobbelt så høye i Sverige som i Norge. I 1995 var de fleste parametere relativt like. I løpet av 10 år hadde Norges helsesystem blitt 50% dyrere enn Sveriges i kjøpekraftsjusterte dollar. I absolutte tall i NOK som ikke er kjøpekraftsjusterte var Norges helsesystem 63% dyrere enn hva Sveriges helsesystem var.

Sammenligningsutfordringer:

Målet med denne artikkelen er å sammenligne Norges og Sveriges helseøkonomier og å belyse de økonomiske kostnadene i et makroøkonomisk perspektiv. Vi prøver i tillegg å belyse problemer som oppstår når man sammenligner utgifter mellom ulike land. OECD innførte i 2000 et nytt system for å føre helseregnskap. Det er et omfattende regnskapssystem som både Norge og Sverige bruker når de redegjør sine kostnader til OECD sin databank. Dette medfører at helseutgiftene enkelt kan sammenlignes. OECDs standardiserte redgjøringssystem omregnes til amerikanske dollar, og dermed løses problemet med ulik valuta. I tillegg har OECD standardiserte definieringer av utgiftene som landene må forholde seg til. Problemet med å konvertere utgiftene til sammenlingbare tall i samme valuta er at utgiftene i høyinntektsland virker uforholdsmessig høye sammenlignet med lavinntektsland, der en dollar har betydelig økt kjøpekraft enn i et høyinntektsland.

En annen metode å sammenligne helsekostnader i et land på er å dele landets totale helseutgifter med antall innbyggere. Problemet med å sammenligne dette tallene for de ulike landene er at landene har forskjellige kostnadsstrukturer. OECD løser problemet med å ta og kjøpekraftsjustert prisene mellom de forskjellige landene. Dette utføres for at tjenestene i et lands helsesektor i størstepart produseres og konsumeres i selve landet. (6) Kostnadsstrukturen av varer og tjenester som produseres og konsumeres inne i landet er i stor utstrekning følsomme for kostnadene i landet. Varer som for eksemel legemidler, importeres og prises på det globale markedet og er ikke like kostnadsfølsomme for et lands kostnadsstruktur

Diskusjon av metoden:

Å sammenligne tall fra OECD, Statistisk sentral byrå i Norge og Statistisk central byrå i Sverige gir en stor fordel. Den fordel er at de bruker samme redegjøringsystem, hvilke resulterer i at man sammenligner epler med epler. Om man sammenligner tall fra steder med ulike redegjøringsystem er det meget vanskelig å vite hva man sammenligner. Om ikke de fakta som man utgår fra er riktige blir ikke funnen til å stole på. Når vi sammenligner ulike tall for helseutgifter, sammenligner vi kun punkter av virkligheten. Jo flere punkter vi sammenligner desto bedre blir bildet vi får av virkligheten. Hvis ikke disse punktene viser et helhetlig bilde eller det sanne bildet, blir det direkte misvisende. I denne artikkelen ser vi kun på fakta fra en makroøkonomisk synvinkel og ikke i et helhetsperspektiv hvor viktige aspekter som helsesektorens kvalitet, effektivitet og produktet tas hensyn til. I denne typen av studie prøver vi kun å skape et helhetlig økonomisk bilde.

BNP:

Norge og Sverige hadde i 2005 en andel av BNP til helsesystemet på 9.1% og var på linje med de andre OECD-landene som hadde et gjennomsnittet på 9,0 % av BNP.

Norge har hatt en sterk økonomisk ekspansjon siden man begynte med oljeutvinning. Det resulterer i at Norges prosentandel av helseutgifter har blitt større når man regner ut fra fastlands-Norges BNP. Det vil si en økning fra 9,1 % til 12,2 % i 2005.

Fastlands-Norges helseutgifter har økt fra 10,2 % til 12,2 % av BNP fra 1995 til 2005.

Helseutgifter som prosentandel av BNP brukes som et mål av et lands utgifter til helsevesenet. En stabil prosentandel av BNP viser ikke at helseutgiftene er de samme fra år til år. Prosentandelen viser en relativt forhold mellom helseutgiftene og BNP.(7) En endring i prosentandelen av helseutgifter av BNP kan like gjerne representere en endring i BNP som en endring i helseutgifter. I Norge har helseutgiftene sunket fra 9.1 % av BNP i 2005 til 8.7% i 2006. Samtidig har helseutgiftene per innbygger økte fra 36.638 NOK til 38.075 NOK.

Elastisitet:

Kostnadene av helsetjenster stiger i hele OECD regionen. Er dette kun en effekt av elastisitetsteorien? En teori som sier at for hver prosentandel som BNP øker, øker helseutgiftene linjeært med for eksempel 1.3. Dette skjer fordi at helsettjenster er en

lukusvare.(13) En lukusvare er en vare som øker i konsumpsjon når konsumenten får mer tilgjengelige midler å konsumere for.

Sann økonomisk kostnad og alternativkostnaden:

Kjøpkraftsjusterte priser løser en stor del av problematikken når man skal se på ulikheter innen kostnadsstrukturer mellom ulike land. Det er vanskelig å se den sanne økonomiske kostnaden av helsevesenet. Den alternative kostnaden av helsevesenet er kostnaden som de varer og tjenester som helsepersonell og helseutstyr utgjør og som kunnet ha vært brukt til å produsere andre varer og tjenester dersom de ikke ble brukt i helsevesenet. Ressurser burde vært fordelt til helsevesenet så lenge som den marginelle verdien av helsetjensten var større en alternativkostnadens verdi og ikke inntil en forutbestemt budsjett er nådd. Store forskjeller mellom lands produktivitet og alternative kostnader for helsevesenet kan være misvisende når man sammenligner helsekostnadene mellom ulike land. Dette skyldes at hvis to land har like høye helseutgifter og det ene landet har høyere alternative kostnad for helsetjenester enn i det andre landet, blir den økonomiske kostnaden av helsetjenesten reelt høyere for det første landet.(8) I et land som Norge hvor økonomien vokser raskt, kapasitetsutnyttelsegraden er stor og arbeidsledigheten lav på litt over to prosent, er alternativkostnaden høy. Helsearbeidere kunnet alternativt ha produsert andre varer og tjenester. I et land der arbeidsløsheten er større og landet har en mindre kapasitetsutnyttelsesgrad er alternativkostnaden mindre for helsearbeidere. Det finnes da gjenværende kapasitetsutnyttelse blant de arbeidsledige i befolkningen. Bruttokostnadene for helsevesene blir billigere for et land med lav kapasitetsutnyttelse enn for et land med høy utnyttelsesgrad. Samtidig er det viktig å ha en frisk befolkning som kan arbeide, generere penger og skape merverdi til økonomien og samfunnet. Et helseforetak er ikke ment til å gå i pluss, men å skape merverdi til individet og samfunnet gjennom en friskere befolkning. Der kommer samfunnets vurdering av cost benefit'en av helseutgiftene inn som samfunnets betalingsvillighet for helse.

Den reelle kostnaden:

Et argument som frekvent høres i debatten angående økende helseutgifter er at vi har en eldre befolkning en før. Norges befolkning vokste fra 1995 til 2005 med 6.1%. Motsvarende tall for Sverige var 2.3%. Andelen av Norges befolkning som var over

65 år i 2005 var 14,7%, og i Sverige 17,3%. Hvis vi ser på befolkningsveksten i samfunnet burde Norge ha en større økning av de totale helseutgiftene, men ikke utgifter per innbygger. Sverige burde ha en større kostnad per innbygger da det fremfor alt er den eldre befolkningen som bruker mye av ressursene i helsesektoren.

Hvis Norge og Sverige hadde samme arbeidsmasse per 1000 innbyggere, og Norge hadde 20% høyere lønninger, skulle Norges helsekostnader vært ca 20 % høyere enn i Sverige. Kostnadene i 2005 var ca 63% høyere i Norge enn i Sverige og da utgjør lønnskostnadene kun et mindre problem. De store utgiftene kommer mest sannsynligvis fra antallet ansatte i helsevesenet eller fra andre kostnader i helsesystemets struktur og oppbygging.

Kostnader og størrelse:

Den totale kostnaden i helevesenet delt på totale antallet sengeplasser er 9,7% høyere i Norge sammenlignet med Sverige. Den totale kostnaden i helevesenet delt totale antall sykepleier er 2.4% høyere i Norge sammenlignet med Sverige. Den totale kostnaden i helevesenet delt på totale antall leger er 37.5% høyere i Norge sammenlignet med Sverige. Det ovenstående tar døden av myten om at Norges helsevesen er dyrt pga de enkelte lønnskostnadene. Man kan stille spørsmålet om det er sånn at Norge bare har en helsesektor som generelt er større enn Sveriges og derfor gir større kostnader?

Helseøkonomi:

Helseøkonomien burde som fag få en større del av samfunnsdebatten og forskningsmidler, da naturvitenskaplige teorier angående pasients plager og behandling har hatt den veiledende retningslinjer for helsevesenets prioriteringer .(9) På sentralt nivå med blant annet Sosial og helsedirektoratet og Nasjonalt råd for kvalitet og helseprioritering i helsetjensten (Prioriteringsrådet) bruker en del overgripende teorier angående prioriteringer i helsetjenesten. Man har diskutert kostnadseffektiviteten på legemiddel under en lengre tid, men det foregår en relativt liten forskning når det gjelder kostnadseffektiviteten innen helsesystemet som helhet. På lokal nivå er forskningen ennå mindre fremtredende.(9) En generell oppfatning er at dette forklares med en "silo" mentalitet blant virksomhetsforetakere. Det vil si at foretakerne i første hånd ser på effektene på den egne budsjett enn å se på samfunnet

eller helsevesenets økonomi i sin helhet.(10) . Økte midler til helsesektoren trenger ikke å øke produktiviteten eller effektiviteten i helsesystemet.(11)

Pooler:

Et stort problem innen en land er å få alle systemer innen helsesektoren og mellom helsesektoren og samfunnet til å samarbeide bedre. Et av de vanskelige problemene er at det er ulike finansieringssystemer av helsetjenesten, ulike organisatoriske strukturer, yrkes kulturer samt politiske agendar. Man gjorde et eksperiment i England og i Sverige der man førte sammen ulike organisasjoner og skapte “pooler” som skulle samarbeide og ha en felles budsjett. De skulle dermed minske dobbelarbeide og dobbel utgifter. Man fant bare små effekter av forsøket. Man konkluderte med at man trengte lengre testperioder for å eventuelt finne store positive effekter.(12)

Fremtiden:

Den private helsesektoren i USA koster mer per innbyggere enn den norske. Det kan tyde på at den enkelte innbyggeren er villig at betale mer for helsetjenster enn hva vi gjør kollektivt i Norge i dag. I Norge finnes det ikke noe godt alternativ for de som vil betale mer for et mer omfattende helsesystem / behandling enn det som finns i dag. Utfordringen i fremtiden blir å skape et helsesystem som gir en bedre kvalitet til nasjonens innbyggere samtidig som man beholder en god kostnadseffektivitet og produktivitet.

Resume / Konklusjon:

Norges helsesystem har siden 1995 ekspandert kraftigt sammenlignet med det svenske helsesystemet. Dette har medført økte utgifter for det norske folket. I 2005 var Norges utgifter per innbyggere i kjøpkraftsjustertetall 50% høyere en Sveriges. I reelle norske kroner var forskjellen på 63% mellom Norge og Sverige helseutgifter per 1000 inbygger.

Tabell 1:

År:	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006
Helse utgifter prosent av BNP:									
Norge	4,4	5,9	7	6,6	7,6	7,9	8,4	9,1	8,7
Fastlands						10,2	11,2	12,2	11,9

norge.	(1997)								
Sverige	6,8	7,6	9	8,6	8,3	8,1	8,4	9,1	
Norges og sveriges helseutgifter per inbygger i norske kroner: (OBS Tabellen stemmer ikke for Sverige. Det er endest det tallet for 2005 som stemmer med eldreomsorgen i komunerne, nye tall kommer den 31 mars.)									
Norge	21340	23807	25933	27773	29968	33059	34957	36638	38075
Sverige	16348	17155	18426	19553	21237	22891	24066	24489	23423
Totale helse utgifter BNP per inbyggere og år , kjøpkraftsjusterat i Amerikanske dollar \$:									
Norge	145	326	676	954	1392	1892	3082	4364	
Sverige	310	527	938	1262	1581	1733	2272	2918	

Tabell 2:

Antal akutte sengeplasser, lege og sykepleier per 1000 inbyggere:

År:	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006
Sengeplasser:								
Norge	5,6	5,2	4,7	3,8	3,3	3,1	3,0	
Sverige	5,4	5,1	4,6	4,1	3,0	2,4	2,2	
Leger:								
Norge	2,5	2,7	2,8	2,9	3,0	3,4	3,4	3,5
Sverige	2,9	3,0	3,0	3,1	3,2	3,3	3,3	3,4
Sykepleiere:								
Norge	9,6	9,8	10,1	10,3	10,4	14,2	14,4	14,9
Sverige	9,6	9,7	9,8	9,9	10,0	10,2	10,4	10,6

Reference List

- (1) OECD : <http://stats.oecd.org/wbos/default.aspx?DatasetCode=HEALTH>
- (2) SSB : www.ssb.no
- (3) SCB : www.scb.se
- (4) SSB : <http://www.ssb.no/emner/09/01/helsesat/>
- (5) OECD : http://miranda.sourceoecd.org/vl=3581996/cl=19/nw=1/rpsv/figures_2007/en/page1.htm
- (6) Gerdtham UG, Jonsson B. Health care expenditure in the Nordic countries. Health Policy 1994 Jan 15;26(3):207-20.
- (7) Torgerson DJ, Maynard AK, Gosden T. International comparisons of health-care expenditure: a dismal science? QJM 1998 Feb;91(2):69-70.

- (8) Anell A, Willis M. International comparison of health care systems using resource profiles. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78(6):770-8.
- (9) Carlsson P, Anders A, Eliasson M. [Health economics play more and more important role in health care prioritization. Better utilization of the meager health care resources is the goal]. *Lakartidningen* 2006 Nov 15;103(46):3617-3.
- (10) Drummond M. The use off economic evidence by healthcare decision makers. *Eur J Health Econ.* 2001;2:2-3
- (11) Kjekshus LE. [On comparison of hospital performance]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000 Oct 20;120(25):3035-9.
- (12) Hultberg EL, Glendinning C, Allebeck P, Lonnroth K. Using pooled budgets to integrate health and welfare services: a comparison of experiments in England and Sweden. *Health Soc Care Community* 2005 Nov;13(6):531-41.
- (13) Reinhardt UE, Hussey PS, Anderson GF. Cross-national comparisons of health systems using OECD data, 1999. *Health Aff (Millwood)* 2002 May;21(3):169-81.