

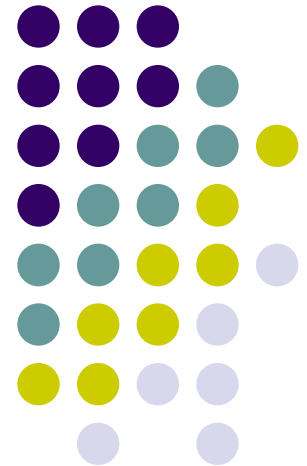
Helse

Nico Keilman

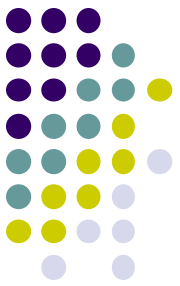
Befolkning og velferd

ECON 1730

Høst 2016



Pensum



Veenstra (2012). Lengre liv – bedre helse? NOVA rapport 2/2012 s. 27-40

[Kjelvik (2012). Aldring og eldre i velferdsstaten: et økonomisk perspektiv.

NOVA rapport 2/2012, s. 41-55] allerede nevnt under «Offentlige utgifter generelt»

Daatland (2012) Komparative perspektiver på omsorgstjenestene: Norge i en internasjonal sammenheng. NOVA rapport 2/2012 s.175-186.

Holmøy & Oestreich Nielsen (2008). Velferdsstatens langsiktige finansieringsbehov, Økonomiske analyser, 4/2008, s.44-52

Bonnet, Cambois, Cases og Gaymu, Elder care and dependence: No longer just a woman's concern. Population et Societes No 483, Nov. 2011, s. 1-4

Hagestad & Herlofson: Micro and macro perspectives on intergenerational relations and transfers in Europe.

Melbye Langballe & Strand (2015) Vil fremtidens eldre være friskere? Tidsskrift for Den norske legeforening. s. 113-114.

Se også relevante avsnitt (7.4.7, 7.4.8) i Perspektivmeldingen 2013



Fokus

De eldres helsetilstand i framtiden (Veenstra, Holmøy & Oestreich Nielsen, Melbye Langballe & Strand)

Offentlige utgifter til helse, pleie og omsorg (Holmøy & Oestreich Nielsen)

Balanse mellom familie og det offentlige, type velferdsstat (Kjelvik, Daatland, Hagestad & Herlofson)

Utgifter generelt



60 000 kr. per innbygger går til helse, totalt 311 mrd. Kr.

	2012	2013	2014	2015
Helseutgifter	260 182	274 246	293 507	310 981
Årlig volumendring i prosent		0,9	2,0	2,1
Investeringer til helseformål. Millioner kroner	14 458	18 487	20 924	18 793
Helseutgifter i prosent av BNP	8,8	8,9	9,3	10,0
Helseutgifter i prosent av BNP Fastlands-Norge	11,3	11,3	11,6	11,9
Helseutgifter per innbygger. Kroner	51 844	53 984	57 131	59 921

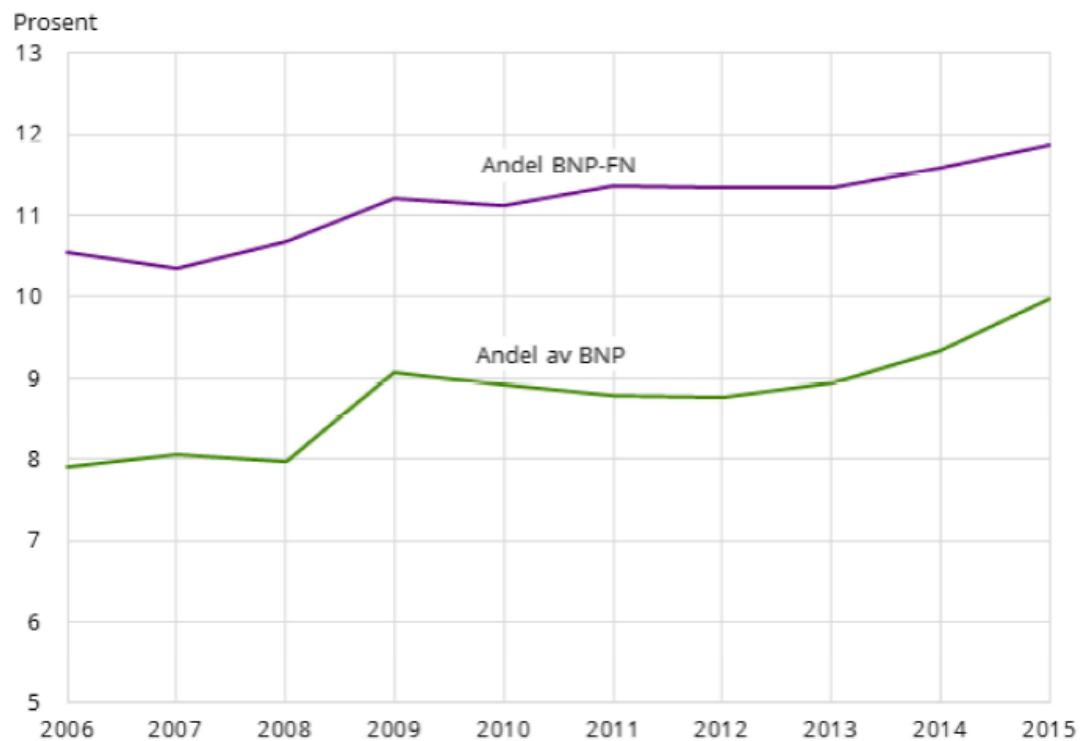
¹ Tall for det siste året er foreløpige.
² Begrepet "helseutgifter" inkluderer ikke investeringer.

Kilde: SSB



10 % av BNP – kontinuerlig økning

Figur 1. Helseutgifter som andel av BNP og BNP Fastlands-Norge

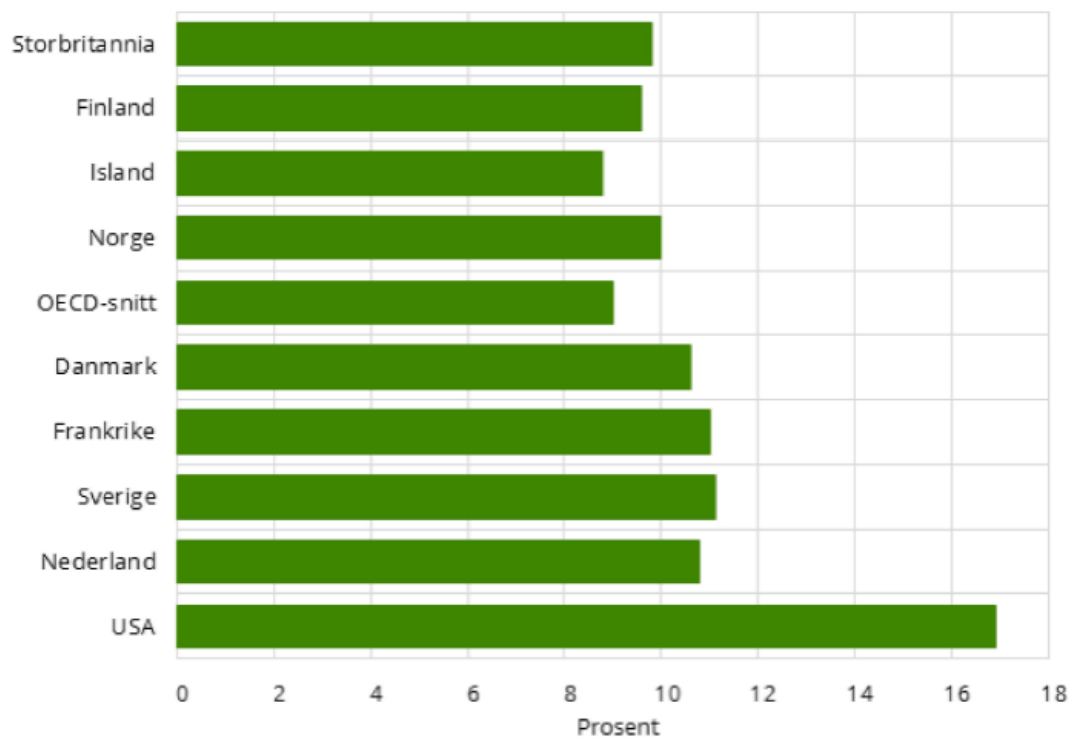


Kilde: Statistisk sentralbyrå.



Litt større andel enn OECD-gjennomsnitt (men 12% av BNP-FN)

Figur 2. Totale helseutgifter i prosent av BNP for et utvalg OECD-land i 2015

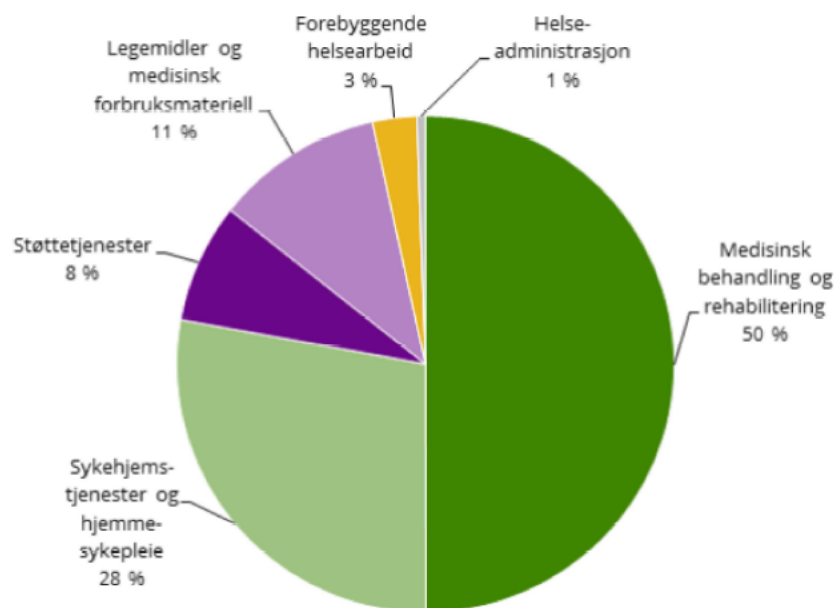


Kilde: Statistisk sentralbyrå.



Halvparten går til medisinsk behandling og rehabilitering

Figur 3. Fordeling av helseutgifter på de ulike tjenesteområdene. 2015



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

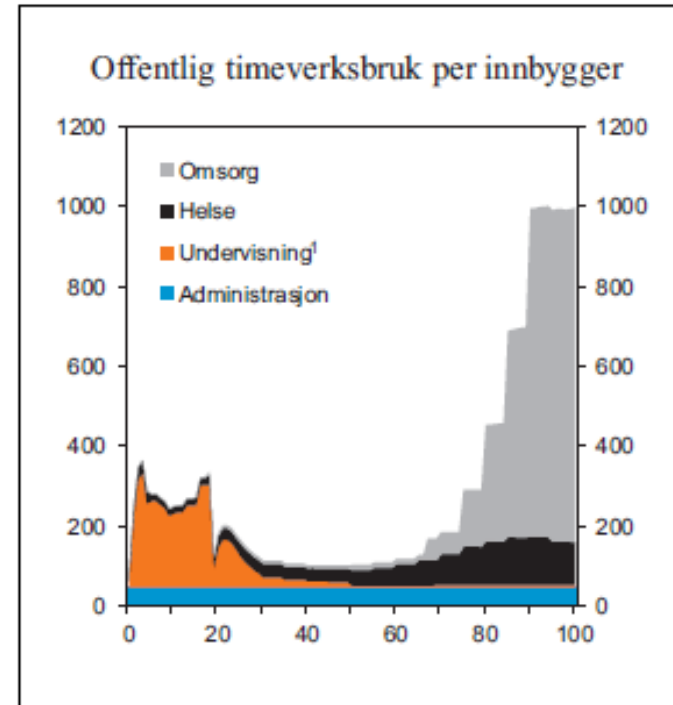
Standard & dekningsgrad



Standard = antall **timeverk** per innbygger, evt. per beboer (institusjon) eller mottaker (hjemmetjenester) – varierer sterkt med alder, også med kjønn

Figur 7.11 fra PM2013 (år ikke spesifisert – 2009?)

Kan også defineres i form av **kostnader/utgifter** istedenfor antall timeverk



Figur 7.11 Aldersfordelt offentlig timeverksbruk per innbygger

¹ Inklusive barnehager.

Kilder: Statistisk sentralbyrå og Finansdepartementet.



Dekningsgrad = andel av befolkningen (gitt alder og kjønn) som bor på aldershjem/institusjon, eller mottar hjemmetjeneste

Dekningsgrad avspeiler både kapasitet og behov
(ventelister, ledig kapasitet)

Tre hypoteser om framtidig helse
(Veenstra, Holmøy & Oestreich Nielsen,
Melbye Langballe & Strand)



Utsatt sykkelighet:

X ekstra leveår = X år ekstra i god helse
lavere dekningsgrad/standard for gitte aldre

Utvidet sykkelighet

X ekstra leveår = mindre enn X år i god helse
"flere leveår = flere syke år"
økt dekningsgrad og/eller økt standard for gitte aldre

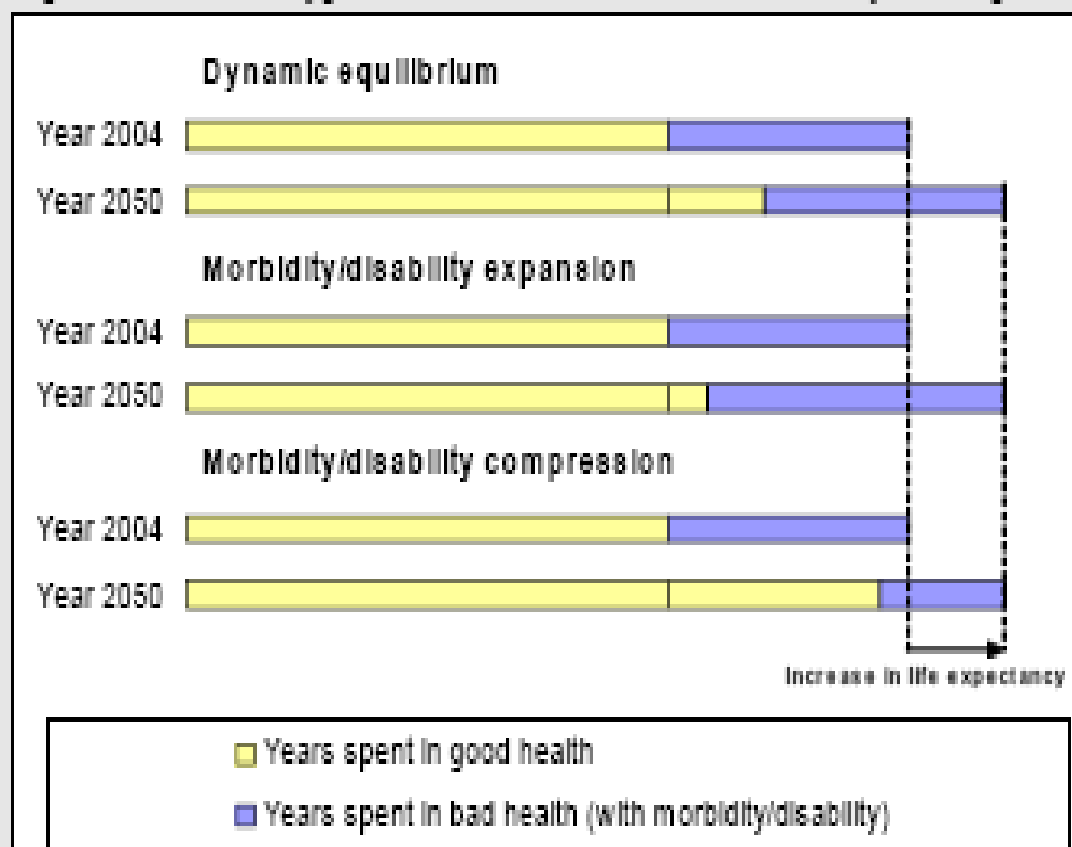
Sammentrengt/komprimert sykkelighet

X ekstra leveår = flere enn X år i god helse
sterkt lavere dekningsgrad/standard for gitte aldre

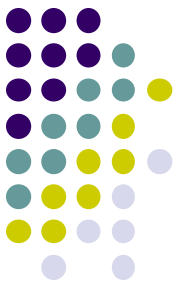


NB: Dynamic equilibrium = utsatt sykelighet, dynamisk likevekt

Graph 1. Different hypothesis for the evolution of healthy life expectancy



Source: DG ECFIN



Uklart hvilken teori/hypotese gjelder

Alle tre får empirisk støtte, avhengig av land, periode, kjønn, alder, selv-rapportert eller objektivt målt helse, type sykdom

Veenstra nevner at analysen er komplisert, fordi

- helse er flerdimensjonal
- vanskelig å finne sammenlignbare data over tid
- bør se på både hjemmeboende OG institusjonsbefolkningen

Det kan se ut som om **kroniske sykdommer** har blitt verre over tid, **uførhet** (funksjonsnedsettelse, evne til vanlige gjøremål) bedre

Veenstra konkluderer med at dynamisk likevekt får en del støtte for Norge, Melbye Langballe & Strand er mer forsiktige

Holmøy & Oestreich Nielsen: Velferdsstatens langsiktige finansieringsbehov



Avsnittene "Konsistens og generell likevekt" og "Dynamikken i finansieringsbehovet": les gjennom

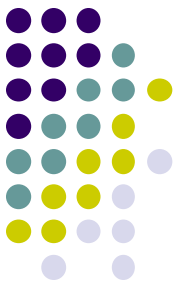
Konklusjoner:

- På lang sikt er det et udekket finansieringsbehov (jfr Perspektivmeldingen 2013)
- Det trenges mange flere ansatte i pleie og omsorg

Her: finansieringsbehov operasjonalisert vha **arbeidsgiveravgift** (jfr PM 2013, der er det % av BNP). For 2016 er den lik 14,1%.

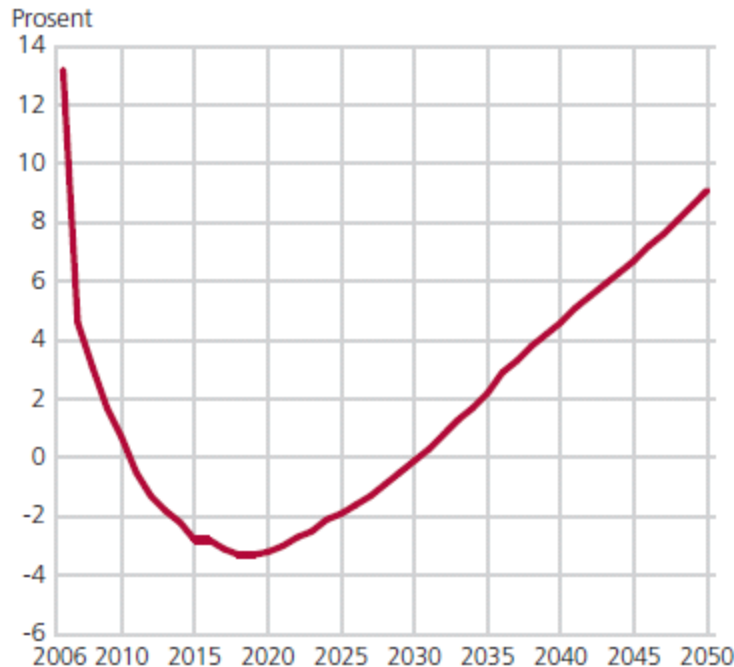
Fokus på

- finansieringsbehov fram til 2050
- årsverk innenfor spesialisthelsetjeneste og eldreomsorg fram til 2060₁₃



Handlingsregelen: overføring til nasjonalbudsjettet fra Statens Pensjonsfond–utland skal ikke overstige fondets avkastning. Antatt 4%/år av fondets beholdning (3%? diskuter). Forbedring ("handlingsrom") fram til 2020 pga gunstig aldersstruktur – deretter forverring

Figur 1. Arbeidsgiveravgift nødvendig for å finansiere offentlige utgifter innenfor handlingsregelen. Befolkningsfremskrivinger fra 2008 og oljepris på 71 2007-dollar



NB1: dagens velferdsordninger, men det gamle pensjonssystem

NB2: antatt oljepris på 71 \$ = ~400 kr. Perspektivmeldingen 2013 bruker 525 kr./fat. Revidert nasjonalbudsjett for 2016 antar 346 og 396 kr./fat hhv. for 2016 og 2017



Jfr figur 7.13 i Perspektivmeldingen 2013 → inndekningsbehov i % av BNP

Samme form

Problem?

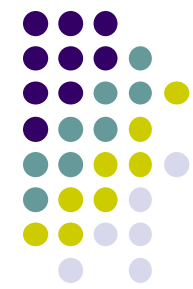


Arbeidsgiveravgift i 2050 (9%), lavere enn i 2006 (13%)

Men: forutsetter samme standard og dekningsgrad for helse og omsorg (H&O) i hele perioden – urealistisk

- Formuler alternative forutsetninger
- Beregn arbeidsgiveravgift på nytt, samt sysselsettingsbehov for spesialisthelsetjeneste og eldreomsorg

Referansebanen: sysselsettingsbehov H&O i 2060 blir 2,3 ganger så stort som i 2007

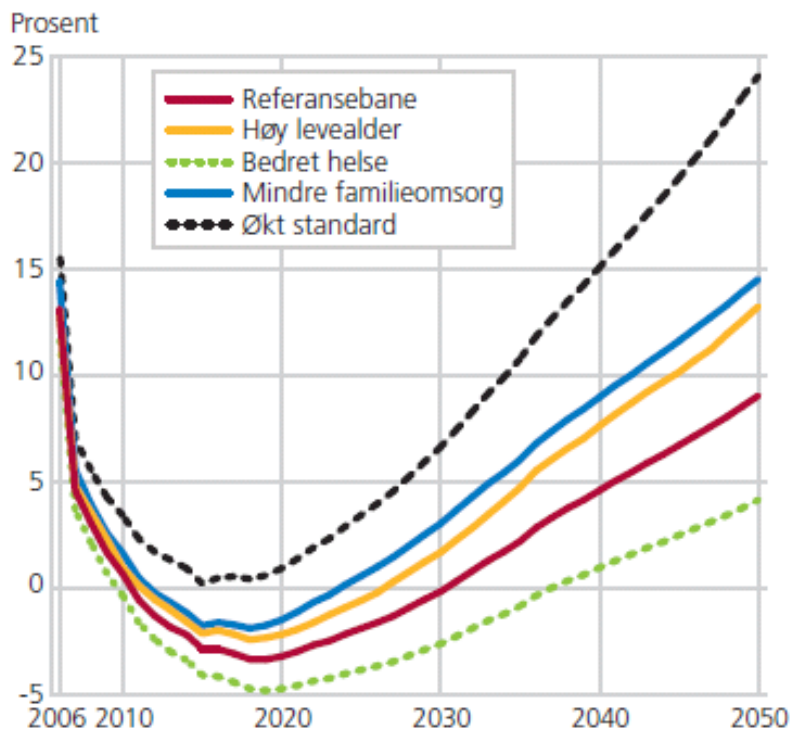


Økning i standard på 1% hvert år ("Økt standard") medfører:

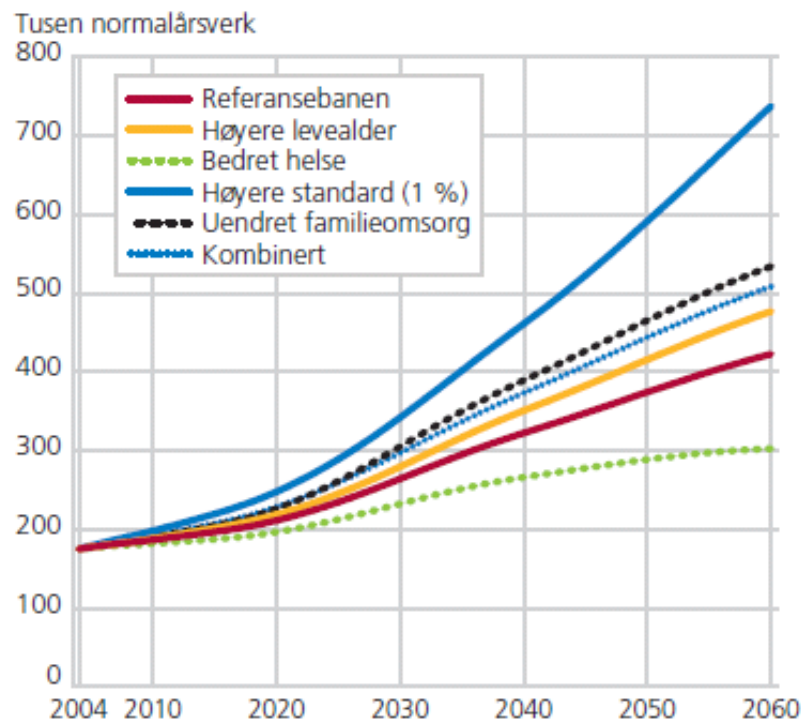
- 24% arbeidsgiveravgift i 2050 = +15%p (NB teksten sier 26,1% - skrivefeil?). Jfr. også 10%p høyere BNP-andel i Perspektivmeldingen

- antall sysselsatte i 2060 ca 4 ganger så høyt som i 2004

Figur 3. Nødvendig arbeidsgiveravgift under ulike antakelser



Figur 4. Vekst i offentlig sysselsettingsbehov for spesialisthelsetjenesten og eldreomsorg med ulike antakelser. 1000 normalårsverk



Høy levealder



”Høyere levealder” : +1,6 år for menn, +2,5 år for kvinner ekstra i 2060
sammenlignet med SSB Prognose fra 2008 (+8 år 2007-2060)

Antatt: utvidet sykkelighet (”flere leveår = flere syke år”) - pessimistisk



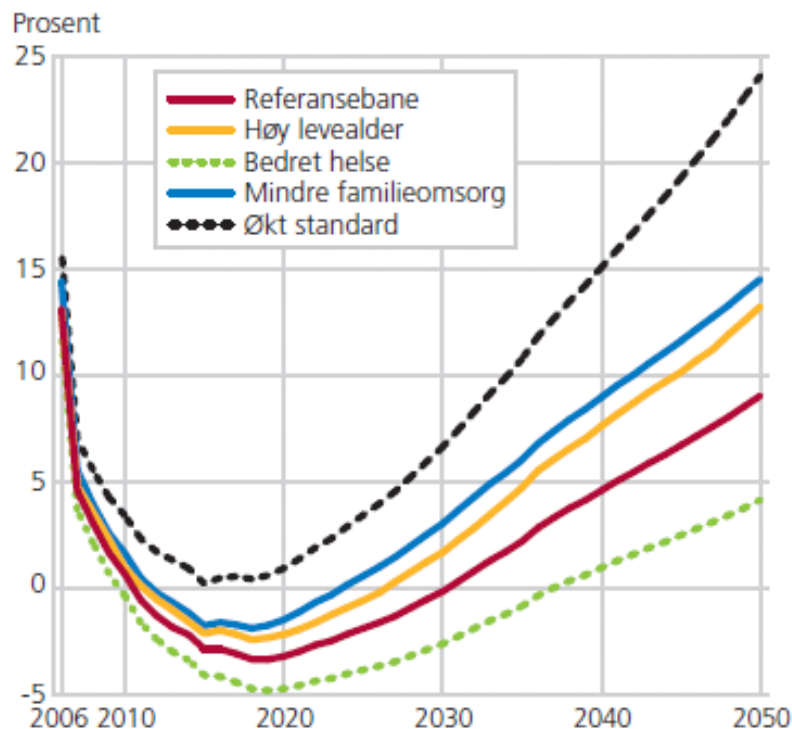
Høyere levealder + utvidet sykkelighet medfører

. 13% arbeidsgiveravgift i 2050 = +4 %p

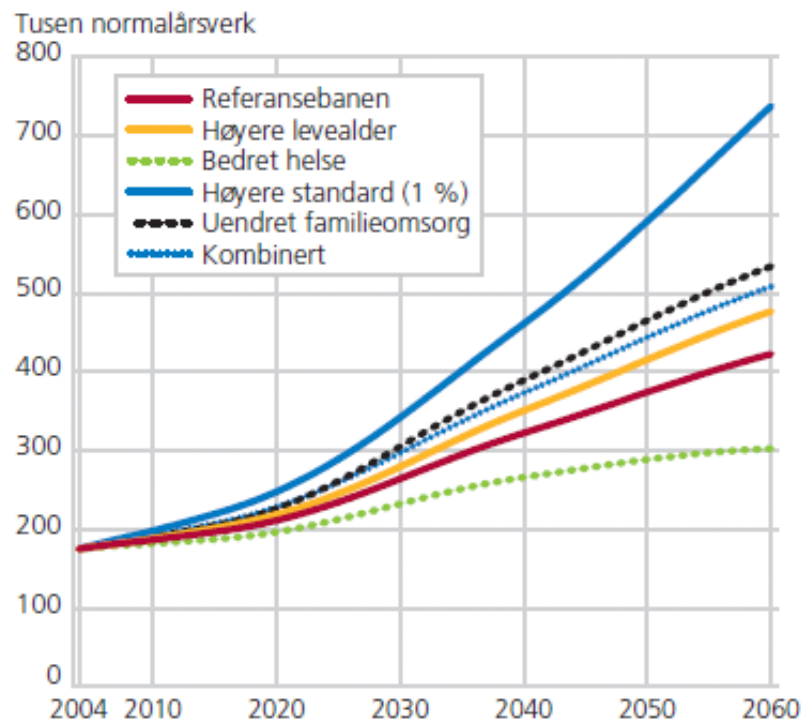
. antall sysselsatte i 2060 ca 2,6 ganger så høyt som i 2004

Mao mindre sterke effekter enn «økt standard»

Figur 3. Nødvendig arbeidsgiveravgift under ulike antakelser



Figur 4. Vekst i offentlig sysselsettingsbehov for spesialisthelsetjenesten og eldreomsorg med ulike antakelser. 1000 normalårsverk



Bedre helse



Antakelse: antall år som frisk øker i takt med levealderen (m.a.o. utsatt sykkelighet/ ekvilibrium; jfr Veenstra, Melbye Langballe & Strand)

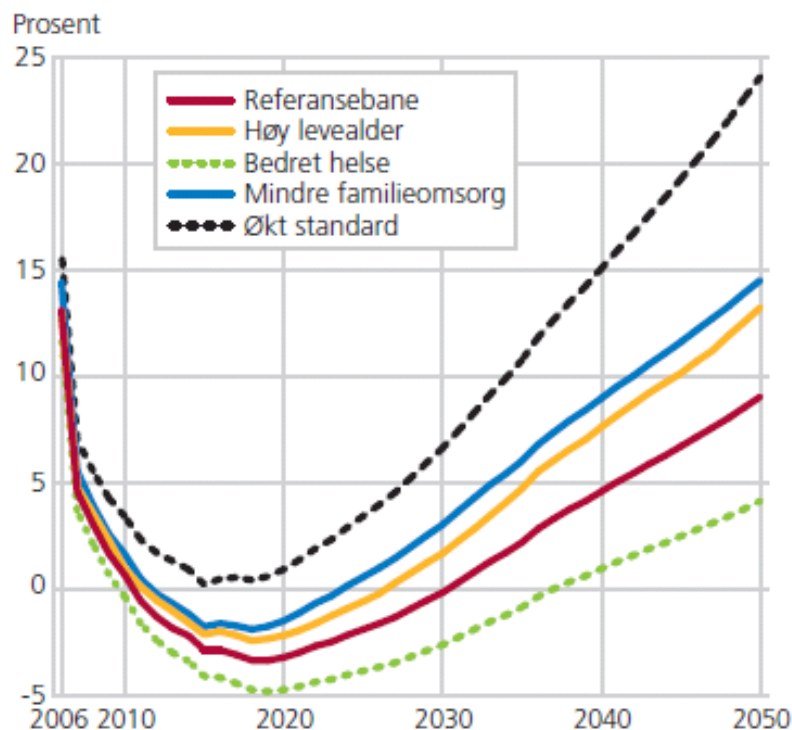
Operasjonalisert: dekningsgraden på hvert alderstrinn senkes gradvis til 2/3 av dekningsgraden i referansebanen



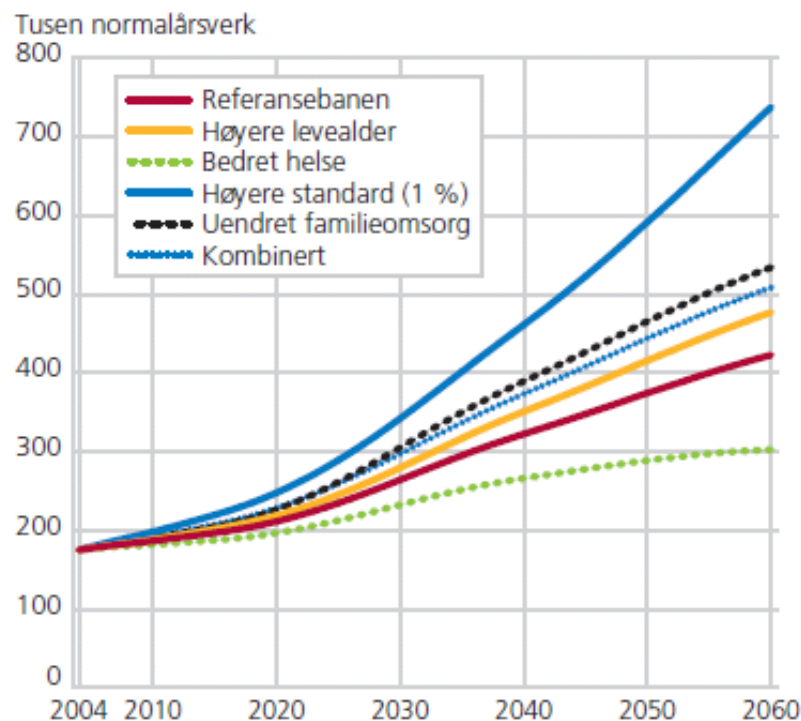
Bedre helse medfører

- . 4% arbeidsgiveravgift i 2050 = - 5% p.
- . antall sysselsatte i 2060 ca 1,7 ganger så høyt som i 2004

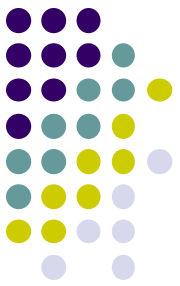
Figur 3. Nødvendig arbeidsgiveravgift under ulike antakelser



Figur 4. Vekst i offentlig sysselsettingsbehov for spesialisthelsetjenesten og eldreomsorg med ulike antakelser. 1000 normalårsverk

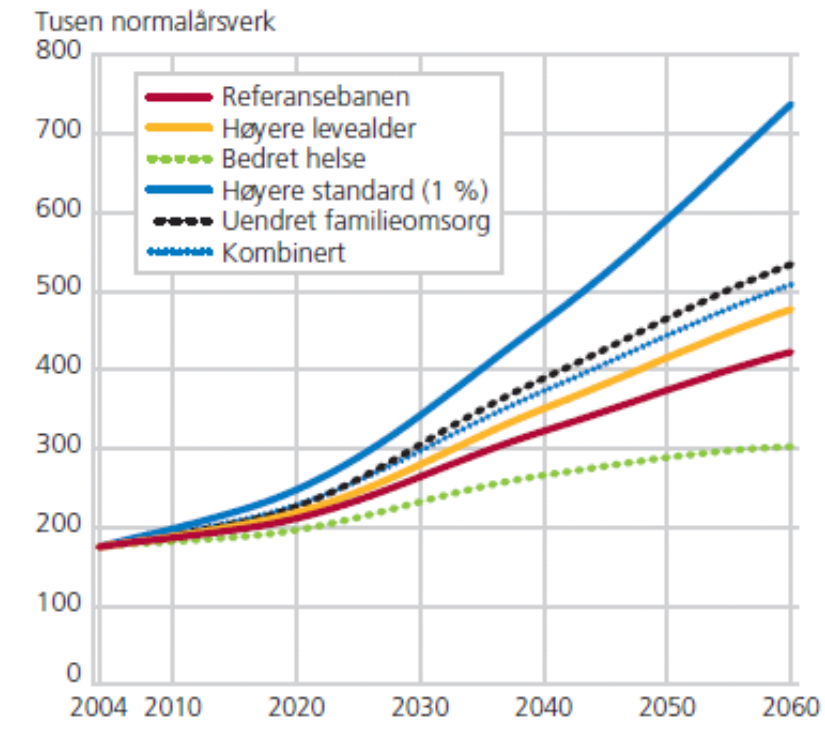


Økt standard kombinert med bedre helse



Resultat: antall sysselsatte i 2060 ca 3 ganger så høyt som i 2004

Figur 4. Vekst i offentlig sysselsettingsbehov for spesialisthelsetjenesten og eldreomsorg med ulike antakelser. 1000 normalårsverk



Konklusjon



Store utfordringer innenfor pleie og omsorg

- Mange flere timeverk
- Uklart om de eldres helse i framtiden
- Må regne med økning i standard

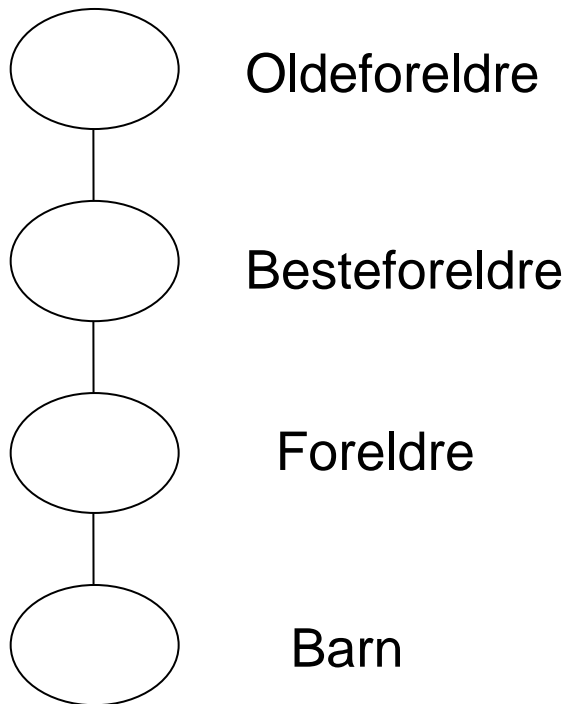
Hagestad og Herlofson: "Micro and macro perspectives on intergenerational relations and transfers in Europe"



Sosiologisk analyse

Beskrivende

Generasjonstre



Siden 1970-tallet har treet blitt smalere (pga færre søsken) og høyere (utsatte fødsler, høyere levealder)

Ca 1/6 del av befolkningen i alder 60-69 i Vest-Europa har fortsatt minst 1 forelder i live (tabell 2)



Offentlig og privat omsorg er *komplementære*

Privat omsorg både

- nedover: besteforeldre hjelper barn med å etablere seg og passer barnebarn
- oppover: gamle foreldre får omsorg og hjelp fra barn eller barnebarn

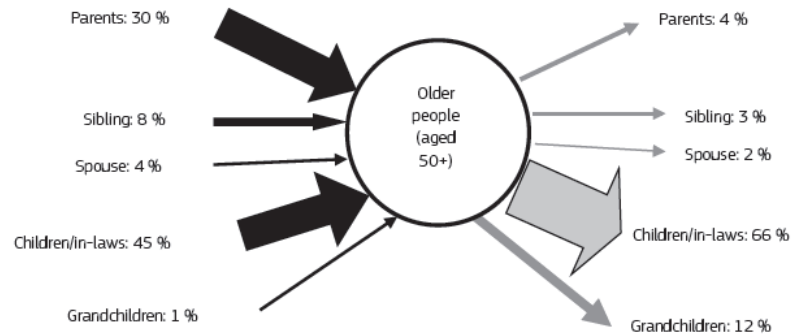
” Familien står for det meste av praktisk hjelp som gis, samt kontakt med eldre, mens omsorgstjenesten utfører en betydelig del av pleiearbeidet.” (Stortingsmelding 25 2005/2006 ”Mestring, muligheter og mening”, s. 34 (ikke pensum).

”Inter-vivo inheritance” = forskudd på arv; oftere nå enn før

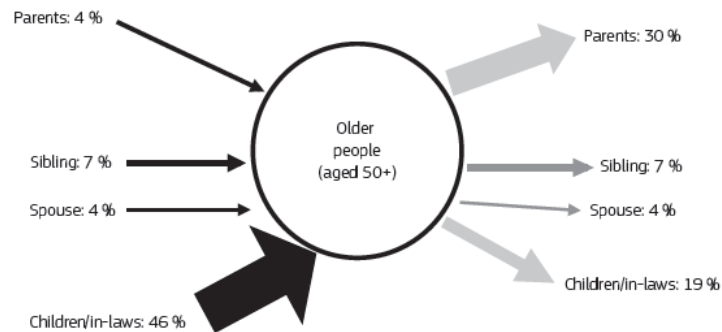


Figure 1. Transfers of money and time between generations

A. Transfers of **money** – percentage of total receiving or giving



B. Transfers of **time** – percentage of total receiving or giving



NB: The percentages in the chart represent the average across the countries participating in SHARE. Other relatives account for 8 % of time transfers both given and received and 5 % and 4 % of money transfers respectively. Other non-relatives comprise 32 % of receipts and gifts of time and 7–8 % of monetary transfers. These categories are not shown in the chart.

Source: OECD analysis of SHARE data, OECD, 2011, p. 11.

Responsanalyse juni 2013:

Regner du med å få forskudd på arv fra besteforeldre og/eller foreldre?



Celleinnhold: Kolonne% Chi2 nivå(W):2,5%	Kjønn			Aldersgrupper 5-delt				
	Total	Mann	Kvinne	18 til 24 år	25 til 34 år	35 til 44 år	45 til 54 år	55 år og eldre
	Antall intervju	1008	499	509	92	143	181	199
Ja, fra foreldre	12 %	13 %	10 %	9 %	23 %	13 %	11 %	5 %
Ja, fra besteforeldre	3 %	4 %	1 %	6 %	8 %	2 %	-	0 %
Nei	45 %	45 %	45 %	54 %	46 %	63 %	56 %	27 %
Vet ikke	16 %	15 %	16 %	27 %	26 %	21 %	16 %	4 %
Ikke relevant	27 %	25 %	29 %	6 %	3 %	2 %	16 %	63 %

Fire typer velferdsregimer (Esping-Andersen)



1. Sosialdemokratisk (Nordisk)
mye offentlig, men også familie
2. Konservativ/familie-konservativ (Tyskland)
mer vekt på familie
3. Mediterrane land
paternalistisk
4. Liberal (USA, England)
individualistisk, markedsorientert

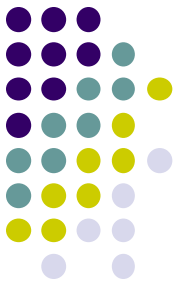
Mer i detalj



Nordiske land: **sosialdemokratisk** type velferdsstat: stort sett universelle velferdsordninger, stimulere at familien har to inntekter, likestilling

Angelsaksiske land (England, Irland, USA): **liberal** type velferdsstat: behovsprøvde ordninger, sterkt markedsorientert

Vesteuropa (Belgia, Frankrike, Luxembourg, Nederland): **konservativ** type velferdsstat: mannen har størst inntekt, men gjør det også mulig for kvinner å kombinere jobb med familie



Tyskspråklige land (Tyskland, Østerrike, Sveits): også **konservativ**, men mye mindre støtte for kvinners jobbmuligheter enn Vesteuropa

Søreuropa (Hellas, Cyprus, Italia, Malta, Portugal, Spania): **mediterran** type velferdsstat: mye vekt på familien, sterk ulikhet mellom menn og kvinner

Sentral og Østeuropa (Bulgaria, Kroatia, Tsjekkia, Estland, Ungarn, Latvia, Litauen, Polen, Romania, Slovakia, Slovenia): **post-kommunistisk** type velferdsstat: store **variasjoner** i grad av offentlig støtte til familier og til kvinner som ønsker å kombinere jobb og familie.

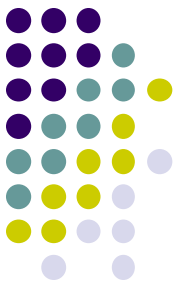
Paternalistisk velferdsregime (Middelhavslandene): få eldre bor alene eller på institusjon



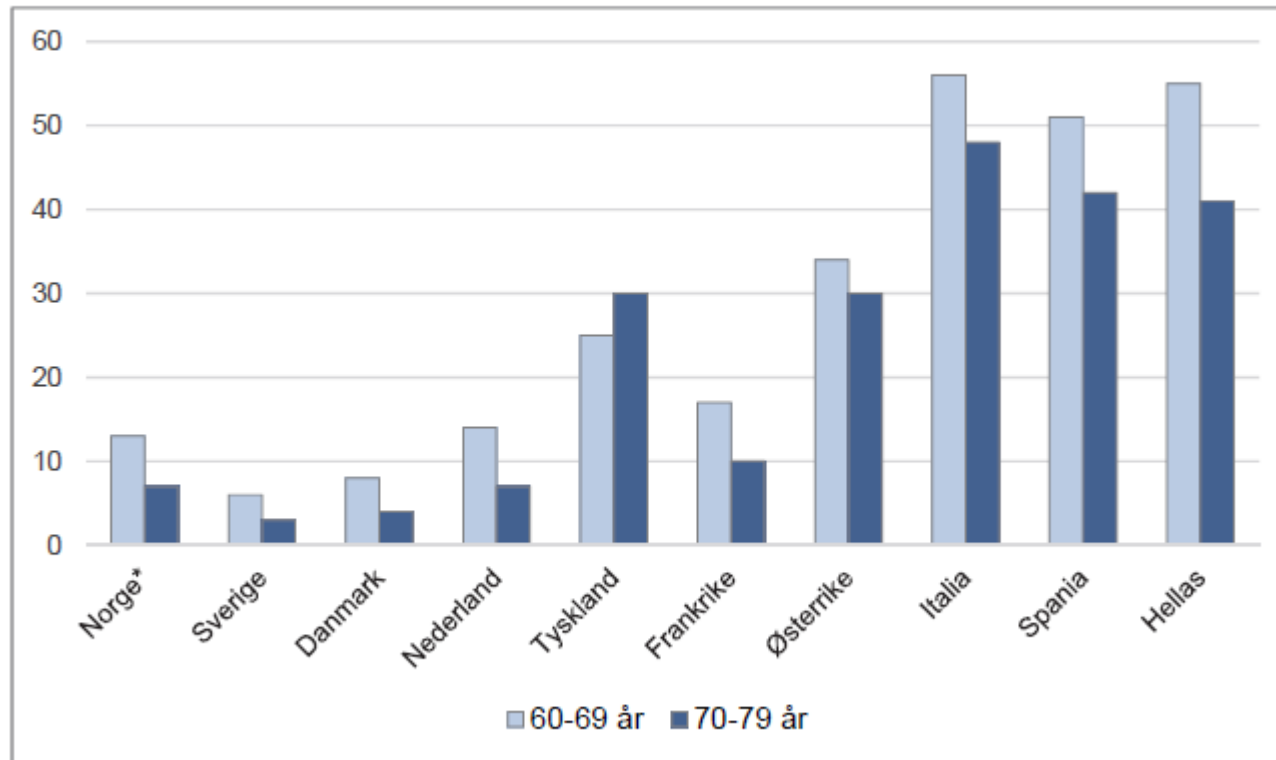
Percentage of population aged 80+ by type of household status. Selected countries, census round of 2000

	Institutional households	Private households	Of these ...		
			Other person living in private household	Single person	With partner
Denmark	8.0	92.0	0.0	65.2	26.8
Germany	11.3 ¹	88.7	8.3	53.0	25.1
Spain	5.4	94.6	25.8	28.5	31.9
Italy	4.9	95.1	18.0	39.8	30.0
Finland	8.9	86.5	8.2	50.2	22.6
Norway	10.2	89.8	3.4	53.7	29.8
United Kingdom	12.8	87.2	6.6	47.9	27.0

Note 1: Including other non-private households (e.g. homeless). Source: Eurostat.



Figur 4. Andel som bor sammen med barn i ulike europeiske land (%).



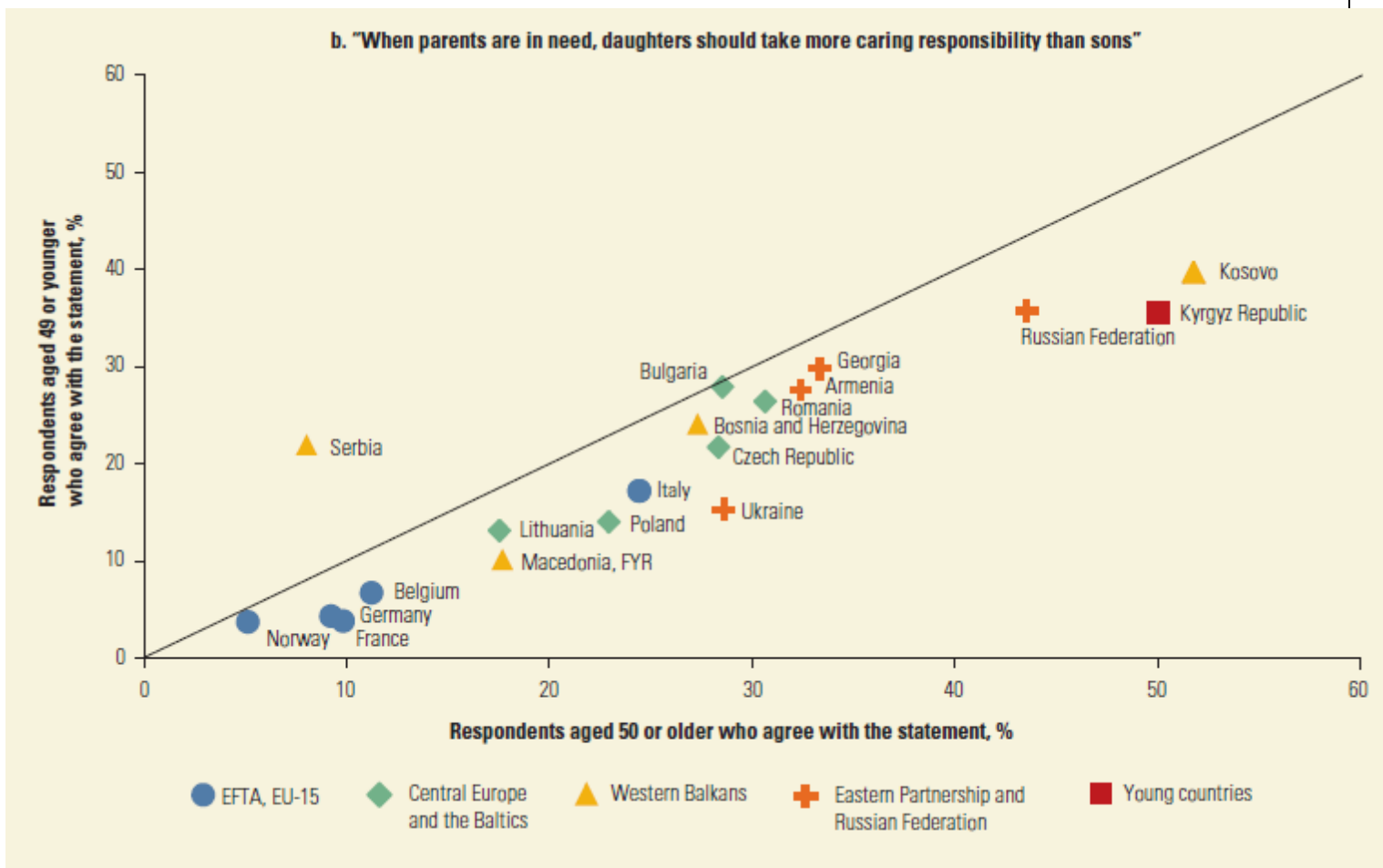
Kilder: NorLAG2/LOGG og SHARE (Hank 2007).



Konsekvens av ulike typer velferdsstat

Landene sør i Europa har lavere sosiale utgifter enn vestlige og nordiske land (Kjelvik figur 3.2), særlig pleie og omsorg (Kjelvik figur 3.3)

Oppfatninger om familieomsorg, forskjeller i familieidealer Jfr «kulturell arv» i Daatland, side 179



Kilde: M. Bussolo, J. Koettl, E. Sinnott: «Golden Aging: Prospects for Healthy, Active, and Prosperous Aging in Europe and Central Asia». Washington DC, World Bank 2015 (ikke pensum).



Offentlig omsorg versus familieomsorg:

- Ikke substitusjon, men komplementaritet
- Større variasjon (mellom land i Europa) av *offentlig* omsorg til de eldre enn av familieomsorg

Norge: Formelt sett har foreldre omsorgsansvar for sine mindreårige barn, og ektefeller har en juridisk bestemt forsørgelsesplikt for hverandre. **Barns forsørgelsesplikt for gamle foreldre** ble opphevet i 1964 (jfr innføring folketrygd 1967).

Utfordringer



Pga demografisk utvikling ser vi at mange ikke (lenger) har kontakt med slekta

- Hagestad & Herlofson nevner at 26% av norske menn 40-45 år er barnløse??
- SSB statistikk viser 23,8% barnløshet for **menn** født i 1970 (alder 45), 26,8% av disse ved alder 40;
13,4% for **kvinner** født i 1970 (alder 45)
- i tillegg kommer de som ikke lenger har kontakt med barna, særlig skilte menn

mange har ikke partner, bor alene (enker)



Diskuterer ikke komplekse familieforhold grunnet gjengiftermål/nye samboforhold kombinert med stebarn:

Vil en stedatter yte samme omsorg for sin stemor som en datter for sin mor?

(ste)sønn → (ste)far?

Uansett: menn bør spille en viktigere rolle, jfr. Bonnet & kolleger



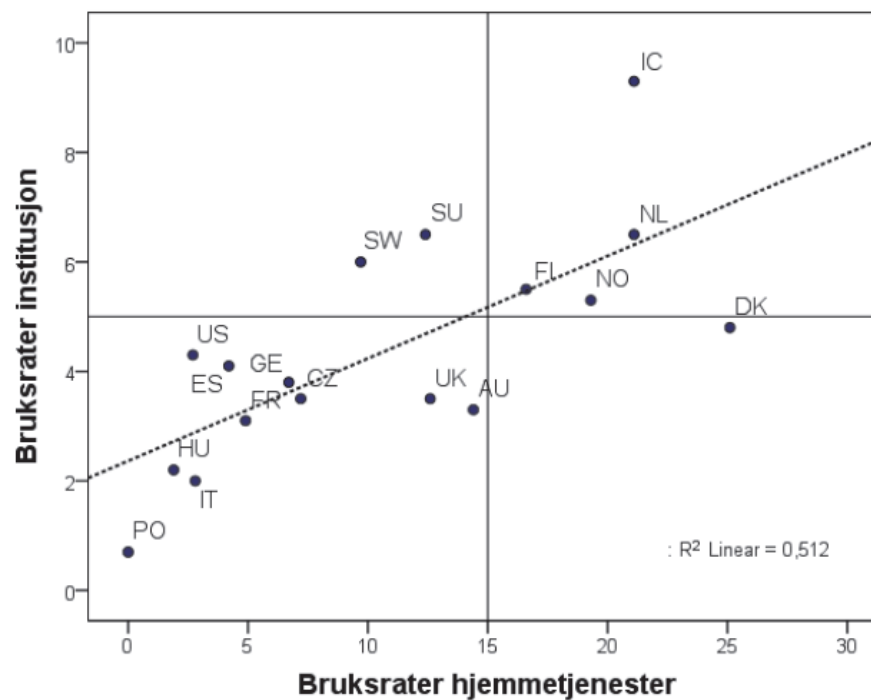
Merknader

1. Kjelvik figur 3.1: tittel bør være «Fordeling av sosiale utgifter etter område i %. Norge og EU.»

Uklart hvilket år tallene refererer til.

2. Kjelvik boks «Datagrunnlag ...» på side 49: hopp over

3. Ingen substitusjon mellom hjemmetjeneste og institusjon Heller type velferdsstat «Bruksrater» = dekningsgrad for alder 65+ (Daatland figur 10.2)



Kilde: Huber et al. 2009. Forkortelse land: IC (Island), DK (Danmark), NL (Nederland), NO (Norge), FI (Finland), SU (Sveits), SW (Sverige), AU (Østerrike), (UK) Storbritannia, (CZ) Tsjekkia, (GE) Tyskland, (FR) Frankrike, (ES) Spania, (US) USA, (IT) Italia, (HU) Ungarn, (PO) Polen.

Figur 10.2. Tilgang til pleie- og omsorgstjenester etter land (andel 65år + med hjemmetjenester og institusjonstjenester)