



emcdda.europa.eu

Public expenditure in the area of drug-demand reduction

EMCDDA 2003 selected issue

In EMCDDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway

Offentlige utgifter til etterspørselsreducerende tiltak ⁽¹⁹⁹⁾

Den europeiske unions narkotikastrategi (2000–04) fastslår at Rådet og Europakommisjonen, på grunnlag av EONNs og Pompidou-gruppens arbeid, bør forsøke å sette opp en liste over alle offentlige utgifter på narkotikaområdet.

Som en respons på Den europeiske unions narkotikastrategi ⁽²⁰⁰⁾ tar EONN i denne rapporten for seg direkte offentlige utgifter i 1999 til etterspørselsreducerende tiltak på narkotikaområdet. I dette arbeidet har EONN fått uvurderlig hjelp fra de nasjonale kontaktpunktene i Reitox-nettet. Den fokuserer på utgiftene på nasjonalt og regionalt plan, på forebygging av narkotikabruk, avhengighetsbehandling (i institusjon og poliklinisk, substitusjonsbehandling og medikamentfri behandling), rehabilitering og reintegrasjon, oppsøkende arbeid og skadereduksjon samt opplæring, forskning og samordning i forbindelse med etterspørselsreduksjon. For å avgrense arbeidet har vi utelatt direkte utgifter båret av private helseorganisasjoner (behandlingssentre, klinikker osv.) og indirekte utgifter til allmenntjenester som allmennsykehus og akuttmottak. Og endelig har vi ikke beveget oss inn på det bredere og langt mer komplekse feltet sosiale kostnader ved ulovlige narkotiske stoffer.

Når denne rapporten nå ser på de offentlige utgiftene på narkotikaområdet (selv om det er innenfor et begrenset område), er det framfor alt for å bevisstgjøre EU-landene på relevansen av en narkotikapolitisk indikator, snarere enn å produsere empiriske bevis.

Databegrensning og datapålitelighet

Selv om vi har begrenset omfanget, bekrefter resultatene som fremkommer vanskene som oppstår på grunn av begrenset datatilgjengelighet og datainnsamling på dette området, et relativt utviklet område i EU. Utenom ad hoc forskning gjennomført som et ledd i forberedelsene til denne rapporten ⁽²⁰¹⁾, er det faktisk bare gjennomført noen få studier med sikte på å kvantifisere offentlige ressurser avsatt til narkotikaspørsmål i EU ⁽²⁰²⁾. Faktisk kan de fleste

landene i EU ikke si nøyaktig hvor mye de har brukt på å bekjempe narkotika og narkotikaavhengighet.

De fleste som har deltatt i dette arbeidet kunne derfor ikke legge fram utfyllende opplysninger. Dermed mangler en del tall, og beregningene er ofte gjort på grunnlag av estimasjons- og ekstrapoleringsmetoder ⁽²⁰³⁾.

Ifølge mange av kontaktpunktene kan minst fem faktorer begrense slik forskning, noe som også bekreftes av litteraturen på området: 1) mangel på data for enkelte områder og enkelte land, 2) vanskene med å isolere data om ulovlige rusmidler fra data som omfatter både ulovlige rusmidler og alkohol, 3) mangfoldet av aktører og organisasjoner på sentralt, regionalt og lokalt plan som står ansvarlig for utgiftene, 4) vanskene med å fordele offentlige utgifter nøyaktig mellom teoretiske kategorier, som tilbuds- og etterspørselsreduksjon og 5) den komplekse prosessen med å spesifisere utgiftene innen disse to kategoriene etter tiltaksområde (behandling, primærforebygging, rehabilitering, samarbeid, samordning osv.).

Det er imidlertid interessant å merke seg at selv om studier av denne typen selvfølgelig vanskeliggjøres av metodologiske problemer, viser beslutningstakerne stadig større interesse for en gjennomgang av offentlige utgifter ⁽²⁰⁴⁾, både som et grunnlag for å kunne ta beslutninger og som en måte å måle resultater på.

Utgifter til reduksjon av narkotikaetterspørsel

I prosessen med å sette opp en 'liste' over alle direkte offentlige utgifter for å få ned etterspørselen etter narkotika i EUs medlemsstater og på grunnlag av dataene innkommet fra de nasjonale kontaktpunktene, har vi gjort et forsøk på å sette opp en sammenligning av tilsvarende utgifter.

Selv om alle mulige statistiske forholdsregler er tatt, er det ikke mulig å unngå problemet med at de innrapporterte tallene noen ganger kan gjelde forskjellige kategorier i forskjellige land, samt det faktum at enkelte land rett og slett ikke har tall tilgjengelig. For Belgia, Danmark, Italia og særlig Tyskland og Sverige mangler en del relevant informasjon om utgifter til etterspørselsreduksjon, og derfor vil totalsommene helt sikkert være grovt underestimert. For

⁽¹⁹⁹⁾ Forskjellene i datatilgjengelighet begrenser mulighetene for å trekke sammenligninger landene imellom. For en mer utfyllende oversikt over utgiftene på narkotikaområdet i hvert enkelt av EUs medlemsstater, se http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

⁽²⁰⁰⁾ Referanseår for 'øyeblikksbildet' ifm. rapporteringen til Den europeiske unions narkotikastrategi (2000–04).

⁽²⁰¹⁾ EONN er særlig takknemlig overfor kontaktpunktene i Hellas, Østerrike og Portugal for at de har gjennomført spesifikke forskningsprosjekter og undersøkelser på dette området og dermed bidratt til å øke denne årsrapportens verdi. Det skal også rettes en takk til professor Pierre Kopp for hans ekspertgjennomgang av forskningsmaterialet.

⁽²⁰²⁾ Belgia (2003), Luxembourg (2002), Storbritannia (2002); for ytterligere referanser, se http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

⁽²⁰³⁾ Ønsket om å inkludere så mange land som mulig for å kunne gi et fullstendig bilde for Europa står i kontrast til mangelen på data i enkelte av landene. Selv om vi har valgt å beholde et bredt perspektiv for denne rapporten, er mulighetene for analyse og sammenligning blitt svært begrenset av usikkerheten som hefter ved de endelige tallene.

⁽²⁰⁴⁾ Belgia (2003), Luxembourg (2002), Storbritannia (2002); for ytterligere referanser, se http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

andre lands tilfelle (Hellas, Spania, Frankrike, Luxembourg, Østerrike og Portugal) kan dataene betraktes som mer komplette, til tross for en viss usikkerhet med hensyn til hvilke utgiftskategorier som er inkludert. For Nederland og Norge spesielt gjelder de innrapporterte anslagene både ulovlige stoffer og alkohol, slik at sluttsummene for disse landene blir ganske høye sammenlignet med andre land. Endelig, mesteparten av dataene, med visse unntak, viser til 1999 som baseline-tall for evalueringsprosessen for EUs handlingsplan. For Irland er de innrapporterte tallene planlagte statlige utgifter på området etterspørselsreduksjon for året 2000, for Frankrike går tallene tilbake til 1995 og for Storbritannia refererer dataene til budsjettåret 2000–01. Man bør ha disse begrensningene i mente når man leser beløpene i tabell 6.

De samlede beløp EU-landene brukte til å redusere narkotikaetterspørselen i 1999 gjenspeiler stort sett det enkelte lands størrelse og velstand (Kopp og Fenoglio, 2003). Det kommer ikke som noen overraskelse at de største og rikeste landene (Tyskland, Frankrike, Italia og Storbritannia) synes å bevilge større, absolutt sett, økonomiske ressurser enn de mindre landene, selv om beløpene er relativt høye også i Nederland og Norge (noe som kan skyldes at tallene også omfatter tiltak som gjelder alkoholavhengighet).

Forskning viser (Kopp og Fenoglio, 2003; Origer, 2002; Godfrey *et al.*, 2002) at anslag av denne typen kan være en verdifull kilde til informasjon på nasjonalt plan. Sammenligninger over tid i et land kan avsløre om det er en økning eller nedgang i rusmiddelrelaterte budsjetter. Sammenligninger mellom sektorer (etterspørsel, tilbud, internasjonalt samarbeid osv.) kan i tillegg til formelle strategier avsløre hvor mye som egentlig brukes for å håndtere narkotikaproblematikken.

På EU-nivå kan sammenligninger landene imellom (som er de mest komplekse) avdekke felles mønstre, eller forskjeller, i beløpene som bevilges på narkotikaområdet, og gjøre det mulig å sammenligne utgiftene mot europeisk gjennomsnitt eller regioner i verden.

Dessuten kan bruken av makroøkonomiske indikatorer (som bruttonasjonalprodukt (BNP), befolkningsstørrelse, totale statlige utgifter eller antallet problembrukere av narkotika) på nasjonalt og europeisk plan bidra til å måle utgiftenes størrelse og muliggjøre en mer informativ fortolkning av data som isolert sett ville hatt liten verdi.

Sammenligninger mellom de beløp som brukes på reduksjon av etterspørselen etter narkotika, og f.eks. BNP i et land kan avsløre hvor stor del av sin rikdom det er trolig at landet vil bruke for å forebygge bruk av narkotika og

bekjempe følgene av narkotika. Ifølge dataene samlet inn i løpet av dette forskningsarbeidet, går det fram at Norge i 1999 brukte ca. 0,1 % av BNP, etterfulgt av Nederland (0,078 %) (selv om anslagene for begge land omfattet både narkotika og alkohol). Portugal (0,074 %), Finland (0,073 %) og Irland (0,070 %) var de som brukte forholdsvis størst andel av BNP på etterspørselsreducerende tiltak. Jevnført med dette synes de største og tilsynelatende rikeste landene å henge forholdsvis langt etter. Men, som vi har sagt, dataene er ikke komplette, og sammenligningen kan derfor være påvirket av det.

Informasjonen kan ikke uten videre fortolkes direkte, og da ikke bare fordi dataene er ufullstendige. Den andelen av BNP som EUs medlemsstater bruker på å begrense narkotikaavhengighet, vil reflektere omfanget av narkotikaproblemet eller omfanget av tiltakene på narkotikaområdet (eller begge deler), eventuelt nivået på den sosiale og helsemessige innsatsen overfor befolkningen. En utredning av slike spørsmål kan bidra til å øke forståelsen av fenomenet og gi større kunnskaper om kostnadsestimater.

En annen måte å analysere offentlige utgifter på, er å sette dem i sammenheng med de områdene de er ment å avhjelpe, i dette tilfellet problembrukere ⁽²⁰⁵⁾. Ved å bruke anslått antall problembrukere som indikator, kan man beregne utgiftene pr. individ med størst behov for hjelp. Dessverre vanskeliggjøres denne beregningen av to forhold: for det første refererer ikke tallene nødvendigvis direkte til problembrukere – narkomane – i og med at forebygging, opplæring og samordning også kan rettes mot personer som ikke er klassifisert som problembrukere, for det andre vil en beregning av antall problembrukere av naturlige årsaker være ganske usikkert.

Ilgjen, ifølge våre data er verdien av de tjenestene som forbrukes av den enkelte nødstedte narkotikaavhengige betraktelig høyere i en del land (Finland, Luxembourg, Østerrike) enn i andre (Hellas, Portugal, Frankrike, Storbritannia). Dette kan tolkes som et resultat av at den første gruppen gjør en større innsats i form av rusmiddeljenester, men det er mer sannsynlig at tallene gjenspeiler kvaliteten på tiltakene og hvilke typer tiltak som iverksettes. Forskjellene i utgiftsnivå sier ikke nødvendigvis noe om nivået på innsatsen, men snarere noe om forskjellene i reaksjonsnivå, som bestemmes av de enkelte særtrekk ved situasjonen.

Sammen med utgifter pr. problembruker er det nyttig å beregne hvor mye politikken for å redusere etterspørselen etter narkotika koster samfunnet som helhet. Hvis vi ser på utgiftene til etterspørselsreduksjon i de 16 landene studien

⁽²⁰⁵⁾ Injeksjonsbruk av narkotika eller langvarig/regelmessig bruk av opiater, kokain og/eller amfetamin. I beregningen av utgifter pr. problembruker ble gjennomsnittlige anslag over antallet problembrukere lagt til grunn i samsvar med det som ble rapportert av de nasjonale kontaktpunktene. For ytterligere informasjon, se statistisk tabell 4: Anslag over antall problembrukere i EUs medlemsstater, 1995-2001 (nettutgaven).

Tabell 6: Spesifisering av direkte offentlige utgifter i millioner euro ifølge de nasjonale rapportene fra Reitox-nettet for 2002

Land	Millioner EUR	Utgiftskategorier for 1999
Belgia	139	Behandling (100), rehabilitering (22,5), metadon (8,9), kommuner og regioner: forebygging, pleie, opplæring, samordning (8,3) (ikke inkl.: EUR 7 millioner bevilget til kriminalitetsforebyggende tiltak i regi av Innenriksdepartementet)
Danmark	67	Utgifter til 'narkotikaavhengighet' i amtskommuner og kommuner DKK 495,5 (66,5), forebygging på sentralt plan DKK 6,2 (0,8), i amtskommuner og kommuner ikke kjent
Tyskland	343.2	Akutt innkvartering (3,0); psykososiale støttekontakter (13,3); 951 polikliniske rådgivningskontorer (57,9); rehabilitering i institusjon (25 % av EUR 434 millioner (99,7)); arbeidsmarkedstiltak (4,3); vernede bomiljøer (8,0); behandling for avhengighet på egne avdelinger på sykehus (97,0); substitusjonsbehandling (ikke kjent men anslått til minst 30,0), delstatsbudsjett for 'avhengighet' 23,9 % (for narkotika) av EUR 127 millioner (30,0) (ikke inkl.: utgifter til straffefølgning og håndheving)
Hellas	16.2	39 forebyggende sentre (OKANA), lønn og bemanning (KETHEA), boliger og driftskostnader (2,4), behandling: medikamentfri, substitusjon og lavterskel (11,9), sosial rehabilitering (0,3), forskning (0,3) OKANA, data ikke medtatt; utdanning (0,8), en del administrasjonskostnader sentralt (0,5)
Spania	181.5	Sentralt nivå: Innenriksdept. (GDNPd), Forsvarsdept. (9,5), Forsvarsdept. (1,2) (19,8); deler av inndratte midler brukt til etterspørselsreducerende tiltak 66 % (2,8); selvstyrte områder (158,7, hvorav 22,3 fra GDNPd)
Frankrike (1995)	205.8	Subutex (91,4), Sosial, helse og byutvikling (101,9), Utdanning (forskning) (6,6), Ungdom og idrett (1,3), Arbeid, sysselsetting og opplæring (0,12), MILDT (66 % av EUR 6,9 millioner (4,5) (ikke inkl.: internasjonalt samarbeid og støtte til internasjonale organisasjoner)
Irland (2000) anslag over statlige utgifter	57.1	Helse- og barnedep. (behandling, forebygging, forskning) (32,0), Nærings-, handels- og arbeidsdept. reintegrasjon) (6,0), (Utdannings- og forskningsdept. (forebygging) (7,5), Dept. for turisme, sport og fritid (forebygging, forskning, evaluering, samordning) (11,6).
Italia	278.5	Poliklinisk behandling (99,1); residensiell/semiresidensiell behandling (88,8); Det nasjonale narkotikafondets lokale/regionale prosjekter (67,6); Det nasjonale narkotikafondets prosjekter støttet av departementene (23,0). Det var ingen data tilgjengelig fra åtte regioner, og bare delvis data fra de fleste andre regionene
Luxembourg	13.7	Helsedept. (5,7), Familie-, solidaritets- og ungdomsdept. (2,3), Fagutdannings- og idrettsdept. (0,5), andre departementer (0,3), trygdeutbetalinger (4,9).
Nederland	287.9	Smittevernloven (i regionale pleie- og omsorgskontorer og avhengighetsklinikker) (76,0), Helse-, velferds- og idrettsdepartementet (poliklinisk rusmiddelomsorg) (74,2), midler til hjemløse rusmiddelavhengige, skjult rusmiddelavhengighet (ca. 2/3 av EUR 150 millioner (112,5)), narkotikarelaterte ordensforstyrrelser (24,1), narkotikaforebyggende tiltak (1,1) (de fleste tallene gjelder både narkotika og alkohol)
Østerrike	52.3	Federale, provinsielle og kommunale kilder, inkl. helseforsikringsfond, arbeidsmarkedsetaten og 'Healthy Austria Fund': primærforebygging (2,4), oppsøkende virksomhet og skadereduksjon (3,3), rådgivning, pleie/omsorg og behandling (40,7), reintegrasjon (4,2), kvalitetssikring (0,6), andre utgifter/uspesifisert (0,8).
Portugal	71.7	Presidentskapet i ministerrådet (16,2), Helsedept. (41,6), Utdanningsdept. (3,1), Arbeids- og sosialdept. (9,5), Forsvarsdept. (1,2)
Finland	76.2	Helsepleie (i institusjon) (15,1), helsepleie (poliklinisk) (7,9), narkotikarelaterte pensjoner (4,3), narkotikarelaterte sykepenger (0,5), erstatning (forsikringselskaper) (0,9), rusmiddelomsorgen (i institusjon/poliklinisk) (26,5), støtte til underhold (4,8), barnetrygd (10,9), forskning og forebygging (5,2).
Sverige	62.5	Et meget grovt estimat over utgiftene til reduksjon av etterspørselen etter alkohol og narkotika (Tullverket, 2000). Kommuner SEK 300 (EUR 30), fylkeskommuner SEK 250 (EUR 25) og staten SEK 50 (EUR 5). Frivillige organisasjoner, stiftelser og næringslivet SEK 25 (EUR 2,5).
Storbritannia (2000-01)	466.3	Estimat for budsjettåret 2000-01 (12 mndr. fram til mars 2001). 'Drug Treatment' GBP 234 millioner (EUR 367,4); 'Protecting young people' (forebygging), GBP 63 millioner (EUR 98,9)
Norge	224.9	Anslag over sentrale, fylkeskommunale og kommunale utgifter til narkotika- og alkoholrelaterte tjenester innen forebygging, behandling og helsepleie (i institusjon/poliklinisk, medikamentfri, substitusjon), sosialtjenester for rusmiddelavhengige, oppsøkende arbeid, skade-/risikoreduksjon, rehabilitering og reintegrasjon

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2002).

omfatter (15 medlemsstater og Norge), og ut fra de begrensede data som er tilgjengelig (tabell 6), ble det i EU i 1999 brukt til sammen (minimum) 2,3 milliarder euro på narkotikaforebyggende tiltak og pleie/omsorg for narkotikaavhengige. Dette innebærer at denne politikken koster hver EU-borger mellom 5 og 10 euro. Beløpet er nok sannsynligvis mye høyere.

Endelig, som det er blitt understreket av flere deltakere i forskningen, en felles metode er avgjørende når forskningen skjer i flere land, under forutsetning av at denne typen informasjon, og påfølgende analyse, viser seg å være relevant for beslutningstakerne.

Utgiftsfordeling

Med dagens datainnsamlingssystemer er det svært vanskelig å gjøre en pålitelig kostnadsfordeling på forskjelling kategorier. På nasjonalt plan kan områder som behandling, skadereduksjon og forebygging ofte gripe inn i hverandre, og ikke alle land legger samme system til grunn for klassifiseringen av utgifter. Internasjonale sammenligninger svekkes derfor av at det er benyttet forskjellige metoder for datainnsamling og klassifisering, noe som gjør det vanskelig å sammenligne utgifter på bestemte områder.

Ser vi bort fra de metodologiske begrensningene, kan vi likevel trekke én hovedkonklusjon på bakgrunn av de beste dataene i denne rapporten: området helse/omsorg og behandling synes å representere størsteparten av utgiftene og utgjør 50–80 % av alle direkte offentlige utgifter til etterspørselsreduksjon.

I Østerrike stod 'rådgivning, pleie/omsorg og behandling' for narkotikaavhengige i 1999 for 78 % av de føderale utgiftene til etterspørselsreduksjon. For Hellas viser dataene at nærmere 73 % av kjente utgifter gikk til behandling (og indirekte utgifter), mens utgiftene til behandling i kommunene og de selvstyrte byene utgjorde 74 % av Spanias totale utgifter i 1999. I Portugal gikk 49 % av totale utgifter på narkotikaområdet til behandling, men samtidig brukte Portugal 25 % av de totale utgiftene til forebygging, noe som er en av de høyeste andelenene (av de kjente dataene) på dette området i Europa.

Direkte utgifter til 'forebygging' er faktisk ganske vanskelige å identifisere, og følgelig er dataene svært usikre. Hvis vi bare ser på de tallene som er kjent, varierer andelen fra 4 % i Østerrike, som bare har tatt hensyn til primærforebygging, til 20 % i Hellas (igjen bare primærforebygging) samt 15 % i kommuner og selvstyrte byer i Spania og 10 % i Luxembourg.

Andelen av de totale utgiftene til etterspørselsreducerende tiltak som er brukt til rehabilitering og reintegrasjon, samt til oppsøkende arbeid og skadereducerende tiltak, synes å være lavere, sannsynligvis fordi utgiftene her er av et annet omfang enn utgiftene til behandling, eller fordi de delvis inngår i disse.

Sluttbetraktninger

I en analyse av narkotikarelaterte utgifter må det skilles mellom undersøkelser av utgifter på nasjonalt plan og sammenligninger landene imellom.

Nyere studier fra en del land ⁽²⁰⁶⁾ har vist at det er mulig å oppnå tilfredsstillende resultater også uten å anvende 'internasjonalt omforente metoder'. Selvfølgelig vil dette begrense sammenlignbarheten landene imellom, men også her kan dette øke kunnskapsnivået på nasjonalt plan om tiltakene mot narkotikafenomenet, samt at det kan være et nyttig verktøy for beslutningstakere som gir dem mulighet til å vurdere utgiftsnivået i eget land over tid (forutsatt at øvelsen gjentas) og mellom sektorer (dersom den er detaljert nok). Når kostnadsestimater sammenlignes med andre indikatorer, vil det, som vi tidligere har sett, være mulig å anslå hvor mye som brukes pr. narkotikaavhengig person, eller hvor mye den etterspørselsreducerende politikken koster sammenlignet med andre politikker, eller hvor mye den enkelte borger må bidra med for å redusere etterspørselen etter narkotika.

Disse forholdstallene og sammenligningene reiser svært relevante spørsmål og hypoteser, og svarene på disse kan finnes ved mer dyptgående studier.

Sammenligninger 'mellom land' (som er denne studiens formål) er en annen dimensjon av forskningen på estimer over narkotikarelaterte kostnader. Som vi har vist i denne rapporten, avhenger slike studier svært meget av de forskjellige datakildene og hemmes derfor av mangelen på ensartet metodikk, statistikk og tall fra et land til et annet. For å overvinne disse (og andre) problemer bør det innføres en felles standard for datainnsamling. Dette er imidlertid noe som forutsetter investeringer uten at man på det nåværende tidspunkt kan si noe om kvaliteten og nytten av sluttresultatet. Før slike investeringer gjøres, trengs det mer forskning, pluss en grundigere gjennomgang av relevansen og nytten av slike studier på europeisk nivå.

I mellomtiden, og mens de europeiske samarbeidspartnerne vurderer hva som bør gjøres videre, er det EONNs oppgave å videreføre arbeidet med å forbedre statistikkssystemene på narkotikaområdet og sikre spredning av informasjon om metodene som brukes og forskningsinnsatsen som gjøres.

⁽²⁰⁶⁾ Uhl (2001), ONDCP (2001), Godfrey *et al.* (2002), Origer (2002) samt Kopp og Fenoglio (2003). Se også de nasjonale kontaktpunktene i Østerrike, Portugal, Spania og Hellas i forbindelse med de nasjonale Reitox-rapportene for 2002.