

*“Efterlønnen er et dyrt velfærdsgode. Efterlønnen er ca. dobbelt så høj som folkepensionen og har i høj grad medvirket til at sænke den gennemsnitlige tilbagetrækningsalder. Tendensen går i retning af fortsat øget træk på ordningen. Med mindre man politisk ønsker en lav effektiv pensionsalder og en høj kompensationsgrad ved tidlig tilbagetrækning, bør man derfor overveje væsentlige begrænsninger i efterlønnen.”*

Fra kapitlet “Flere ældre - en udfordring for velfærdsstaten”,  
Dansk Økonomi, efterår 1998



# Sundhedsøkonomien og samfundsøkonomien

Af Kjeld Møller Pedersen<sup>1</sup>

*Størrelsen og væksten i sundhedsudgifterne har været i fokus siden den første Perspektivplan i 1971. I dag er sundhedsudgifterne en væsentlig samfundsøkonomisk faktor, hvor omkring 9-10 pct. af bruttonationalproduktet går til sundhedsområdet. Prognoser for den fremtidige udvikling skal ses i lyset af aldringen af befolkningen og den øgede middellevetid. Disse to forhold udgør isoleret set en betydelig udfordring – noget som Det Økonomiske Råds rapporter tydeligt har illustreret i 2000 og 2009. Finansieringen af sundhedsudgifterne er en kæmpeudfordring, som i betydelig grad hæmmes af politisk uvilje mod at adressere spørgsmålet. Forslaget om særlig sundhedsskat (“øremærket sundhedsbidrag”), som foreslået af formandskabet i Det økonomiske Råd, diskuteres ligesom en række økonomiserings-muligheder gennemgås summarisk. Behovet for uvildige økonomiske vurderinger er stort. Her er Det Økonomiske Råd en klar mulighed, men OECD spiller også en stigende rolle.*

“En stigningstakt som den fra 1960 til 1968 [...18 pct. per år i løbende priser mod 16 pct. i den øvrige offentlige sektor] kan ikke fortsætte. En simpel fremregning ... vil vise, at hele NNI om ca. 40 år vil gå til sygehusudgifter”<sup>1</sup>, jf. Studiegruppe ved Københavns Universitet og J. Lotz (1972). Citatet er sigende for bekymringen for udviklingen i sundhedsudgifterne i kølvandet på den første Perspektivplan, PP I, fra 1971<sup>2</sup>, jf. Schmidt (1971). Det er blevet til en permanent bekymring, men med skiftende begrundelser.

I PP I hed det, at sundhedsvæsenets fremtidige træk på de samlede ressourcer ville blive endog meget stort, og at der var et iøjnefaldende behov for planlægning og styring af sundhedsvæsenet ud fra økonomiske kriterier. Mindst fire punkter skulle ifølge PP I's forfattere indgå i

---

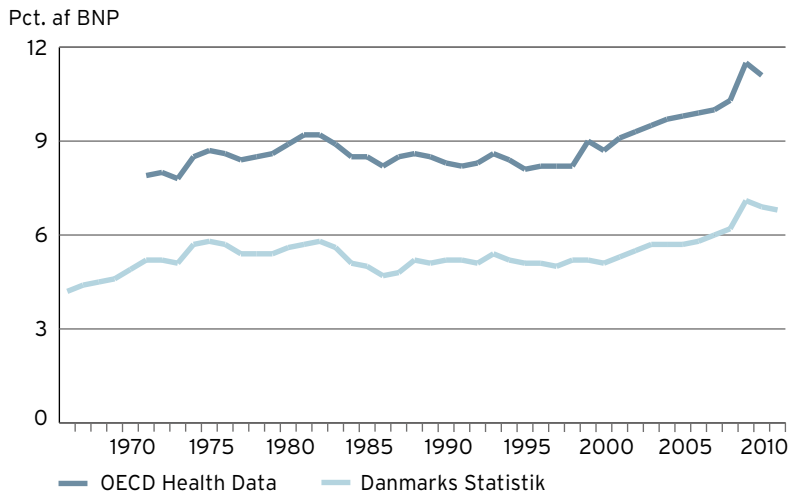
<sup>1</sup> Professor, sundhedsøkonomi, Syddansk og Aalborg Universitet.



planlægningsovervejelserne. Det er for det første en øget forebyggende indsats og for det andet en flytning af behandlingsopgaver fra sygehuse til den primære sundhedstjeneste. Endelig skulle man have en bedre opgavedeling mellem sygehuse og rationalisere arbejdsgangene. Dybest set har det været centrale sundhedspolitiske problemstillinger lige siden.

Springer vi 40 år frem, er der fortsat bekymring, nu blot drevet af den demografiske udvikling, medens det tidligere var den generelle ekspansion af den offentlige sektor, der var i fokus. I den seneste DREAM-fremskrivning fra 2011 hedder det, at fra 2015 og frem mod 2050 stiger de offentlige udgifter med et beløb svarende til cirka 1,9 procent af BNP, en vækst, der stort set kan forklares af højere sundhedsudgifter, jf. DREAM (2011). "Resultatet er en holdbarhedsindikator på -1,1 procent, dvs. et offentligt

Figur 1. Sundhedsudgifternes procentvise andel af BNP, 1966-2011



Anm: Forskellen mellem OECD og Danmarks Statistik skyldes højest uheldige forskelle i definition af sundhedsudgifter.

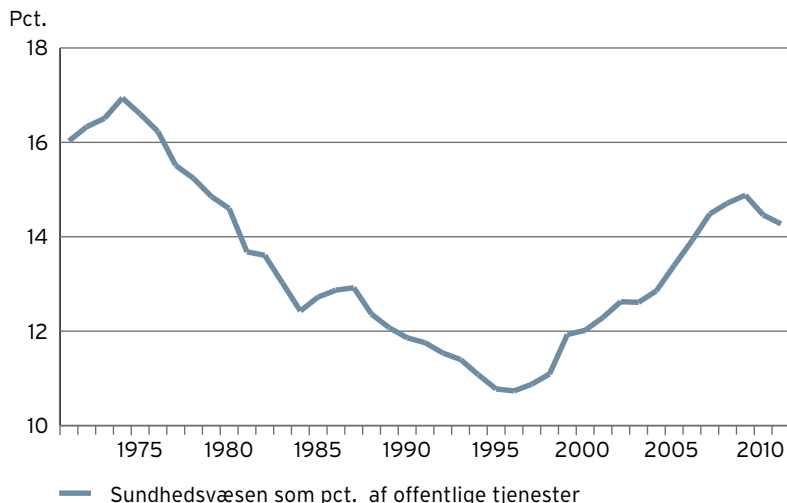
Kilde: OECD Health Data 2012.

finansieringsbehov svarende til 1,1 procent af BNP hvert eneste år i al fremtid”.

Den relative størrelsesorden af udgifterne til sundhedsvæsenet målt som den procentvis andel af BNP er steget støt i de sidste knap 50 år, jf. figur 1. Årsagerne er mange, men især behandlingsmæssige fremskridt, der sjældent er besparende, men oftere udvider kredsen, der kan behandles, og stigende indkomst spiller en markant rolle.

Målt som den procentvise andel af udgifterne til offentlige tjenester har billedet været mere svingende som resultat af perioder med lavere vækst i sundhedsudgifterne end på andre områder, figur 2.

Figur 2. Sundhedsudgifternes procentvise andel af de samlede udgifter til offentlige tjenester, 1971-2011



Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken tabel off23.

Begge figurer understreger den betydelige vægt, hvormed sundhedsvæsenet indgår i samfundsøkonomien og dermed også, at den i sagens natur skal optage økonomer.

## Det Økonomiske Råd og sundhedsudgifterne

Sundhedsvæsenet har kun været behandlet eksplicit og mere omfattende to gange i rådets levetid, henholdsvis i 2000 og 2009, jf. Det Økonomiske Råd (2000, 2009). Kapiteloverskriften i 2000 lød manende “Sundhed – en opgave for velfærdsstaten” med omkring 90 sider. I 2009 var formuleringen mere prosaisk “Sundhed – udgifter og finansiering”, ligeledes på omkring 90 sider.

Begge analyserne har taget væsentlige emner op – naturligvis på sædvanlig kvalificeret vis. Formidlingsmæssigt blev grundsynspunkterne præsenteret i kronikform, jf. Mortensen (2000) og Sørensen m.fl. (2009). Hertil kommer, at man i forskellig sammenhæng har berørt sundhedsvæsenet, fx i forbindelse med forsøgene på at effektivisere tilvejebringelsen af de offentlige serviceydelser, bl.a. ved udlicitering og forskellige måder at inddrage private aktører på, jf. Det Økonomiske Råds Formandskab (2004).

I 2000 var hovedemnerne, uanset den lidt bombastiske kapiteloverskrift, fordelingsaspekter i relation til sygdom og sundhed samt finansieringen og organiseringen af det samlede sundhedssystem. I 2009 var der også fokus på den fremtidige finansiering kombineret med bl.a. om fremvæksten af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer for de ansatte (i den private sektor) og det udvidede frie sygehusvalg (1 månedes ventetid ved offentlig sygehus før man fik ret til behandling på et kommercielt privat sygehus for offentlig regning) pegede på, at man var på vej væk fra et skattefinansieret sundhedsvæsen.

Hovedsigtet i det følgende er ikke at polemisere mod analyserne og synspunkterne deri, men at sætte bidragene i perspektiv.

Det fælles afsæt for analyserne er spørgsmålet om, hvorfor sundhedsydelser afviger fra andre forbrugsydelser og i forlængelse heraf, hvorfor som konsekvens heraf så stor en procentdel af sundhedsudgifterne er



skattefinansierede – eller mere generelt tredjepartsfinansierede – svarende i gennemsnit til omkring 75-80 pct. af sundhedsudgifterne i OECD-landene. Hertil kommer det velkendte mantra, at det er nødvendigt at styre de samlede udgifter til sundhedsvæsenet, fordi det er offentligt finansieret, og udgifterne ikke betales direkte af patienten. Der er derfor risiko for et samfundsmæssigt u hensigtsmæssigt overforbrug, hvis ikke der er en styring af de samlede udgifter.

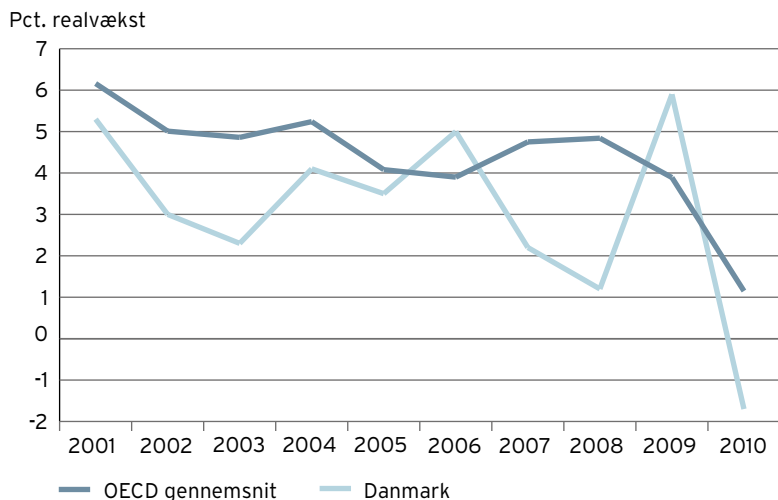
Det er interessant at bemærke, at “overforbrug” forudsætter en målestok hentet fra markedstænkningen og måske endda fata morganaet det perfekte marked. Det interessante kontrafaktiske spørgsmål er, om udgiftsniveau- og stigningstakt ikke var et problem, hvis der var tale om et markedsmæssigt arrangement? Spørgsmålet er så kontrafaktisk, at man ikke kan finde svaret noget sted i verden, heller ikke i USA. I stedet burde man utvivlsomt rette opmærksomheden mod en bedre forståelse af mekanismerne bag politisk ressourceallokering, fx inspireret af public choice. Det Økonomiske Råds Formandskab skal dog ikke dadles for, at dette område fortsat er forsømt – det er en kollektiv forsyndelse hos økonomstanden.

Man kunne også interessere sig for, hvad der “bremser” en uhæmmet ekspansion af sundhedsvæsenet i en politisk styret verden. Her synes to forhold at tiltrække sig opmærksomhed, dels den økonomiske vækst målt ved BNP, dels den intertemporale budgetrestriktion udtrykt ved holdbarhedsindikatoren, som spiller en større og større rolle, ikke blot i DREAM-modellen, men også indgår eksplicit som en restriktion i regeringens 2020-plan med et krav om, at den skal være positiv, jf. Regeringen (2020). Begge synes at virke disciplinerende. Med hensyn til det første er det værd at notere, at i perioder med økonomiske problemer aftager væksten i sundhedsudgifterne, jf. figur 1 og 2. Udviklingen i 1980erne er en sigende illustration med lavvækst og dernæst stigende vækst fra først i 1990erne til 2008, da den økonomiske krise slog igennem. Opbremsningen i sundhedsudgifterne i kølvandet på den økonomiske krise er markant, ikke blot i Danmark men også i OECD-landene, figur 3.

I 2000-analysen hedder det dog i i forlængelse af omtalen af behovet for udgiftsstyring, at “Modsat er det dog også sådan, at meget ensidig



246 *Figur 3. Realvæksten i sundhedsudgifterne i OECD og Danmark*



Kilde: OECD Health Data 2012.

fokusering på styringen af de samlede udgifter kan betyde, at sundhedsudgifter bliver for lave i forhold til det samfundsmæssigt ønskelige niveau”. Der svares dog ikke på, hvad det samfundsmæssigt ønskelige niveau er. Det simple svar er utvivlsomt, at det kendes ikke. Logisk set er der en øvre grænse, men hvor den ligger som procentdel af BNP er uklart. Her behøver man blot at tænke på, at USA bruger over 17 pct. af BNP på sundhedsvæsenet.

### Fremtidens sundhedsudgifter

Både i 2000 og i 2009 så man på den forventede udvikling i sundhedsudgifterne og har her gjort et fortjenestefuldt arbejde ved at udvikle prognosemetoder, mest avanceret i 2009-analysen, jf. Arnberg & Bjørner (2006, 2010) og Pedersen og Hansen (2006). Trenden i den demografiske udvikling med en aldrende befolkning og et faldende antal personer

i den erhvervsaktive alder havde selvsagt været kendt før 2000, men næsten ingen havde inddraget den i den økonomiske politik. Sådant et emne bør et ansvarligt formandskab selvsagt tage op. Betydningen af den demografiske udvikling kom for alvor i fokus få år senere med Velfærdskommissionens arbejder, jf. Velfærdskommissionen (2004, 2005).

Analysen i 2000 var baseret på, at man ved fremskrivningen af sundhedsudgifterne antog, at de aldersfordelte udgifter var uændret fremover, og udviklingen i presset på sundhedsudgifterne derfor alene skyldtes befolkningens størrelse og alderssammensætning. Man tog ikke højde for, at sygehusudgifterne er særligt høje årene før, man dør – det der senere er blevet kendt som “sund aldring” og som to specialestuderende ved SDU tog op i dansk sammenhæng samme år, jf. Madsen m.fl. (2002a) og Madsen m.fl. (2002b). Og som først dukker op i den internationale litteratur i 1999, jf. Zweifel (1999). Med andre ord: Formandskabet – og nok især sekretariatet – er velopdateret.

Beregningerne viste, at sygehusudgifterne ville stige med 20 pct. og sygesikringsudgifterne knap 8 pct. de næste 40 år, hvis presset på sundhedsudgifterne alene påvirkes af den demografiske udvikling, dvs. man så væk fra den vækst, som skyldes øget velfærd m.m.

Beregningerne i 2009 inddrog “sund aldring” i beregningerne. “Sund aldring” drejer sig som nævnt om, at en betydelig del af sundhedsudgifterne i de sidste leveår ikke afhænger af alderen, men af restlevetiden, tabel 2. Disse sundhedsudgifter betegnes “terminaludgifter” og terminaludgifterne udskydes til en højere alder, når levetiden stiger, dvs. “sund aldring”, som er blevet den dominerende terminologi.

Der har været stor metodisk debat om sund aldring, bl.a. fordi den delvist tog luften ud af dommedagsagtige profetier om markant stigende sundhedsudgifter på grund af en aldrende befolkning. Kernen er spørgsmålet om, hvor meget sund aldring med rimelighed kan antages at mildne de økonomiske konsekvenser af aldringen. De empiriske estimater heraf varierer meget. I dansk sammenhæng har det været anført, at presset reduceres med op til 50 pct., jf. Arnberg og Bjørner (2010, 2012) og Finansministeriet (2007). Dette må dog ikke betragtes som definitivt, og den internationale debat er fortsat levende.



Det Økonomiske Råds beregning i 2009-rapporten viste, at frem mod 2050 bliver den samlede vækst i sundhedsudgifterne på i alt 42 pct., når der tages højde for såvel mervækst, dvs. "velfærdseffekten", som levetidsforøgelses og årgangseffekter. Mervæksten er sat til 0,3 pct. per år, noget i underkanten af den historiske vækst, især i perioden 1999-2008.

Som nævnt tidligere viser DREAM-beregningerne for 2011, at det især er sundhedsvæsenet, der er smertebarnet, når man beregner holdbarhedsindikatoren. Spørgsmålet er, hvordan de økonomiske udfordringer kan håndteres.

### Fremtidens finansiering

Det er åbenbart, at fortsat stigende offentlige sundhedsudgifter kan skabe et finansieringsproblem for velfærdsstaten. Øgede udgifter på sundhedsområdet gør det nødvendigt enten at begrænse forbruget af andre offentlige udgifter, dvs. sundhedsvæsenet som en slags gøgeunge (som det reelt har været tilfældet i de seneste 10 år), øge skatterne eller finde alternative kilder til finansiering for de øgede sundhedsudgifter.

Spørgsmålet om finansieringen af de øgede sundhedsudgifter forsvinder ikke med politiske besværgelser – og ingen politikere har forsøgt at formulere blot rudimentære strategier for, hvordan denne udfordring håndteres. I regeringens 2020-plan, jf. Regeringen (2012), adresseres det kun indirekte ved, at man må regne med en lav vækstrate – også for sundhedsvæsenet. Den skal holdes inden for de prognosticerede 0,8 pct. samlede årlige vækst i offentlige udgifter – forudsat at reformstrategier gennemføres fuldt ud. Dette er væsentligt under, hvad blot imødekomelse af effekten af aldring og stigende levealder vil kræve – og væsentligt lavere end, hvad man har været vant til frem til 2009.

Ingen af de nævnte løsninger er lette, endsige politisk spiselige eller populære i befolkningen. Den sidste mulighed i forrige afsnit ville bl.a. betyde øget brugerbetaling. I forbindelse med den forrige regerings genopretningsplan "privatiserede" man kunstig befrugtning og aflastede de offentlige budgetter med godt 200 mio. Dette ophævede den nuværende regering dog som én af de første handlinger. Det illustrerer således, hvor svært det kan være at gå denne vej.



Retorikken omkring brugerbetaling er betydelig, og selv om såvel Velfærdskommissionen som Det Økonomiske Råds formandskab i 2009-analysen så mere generelt og meget socialt afbalanceret på spørgsmålet, fik forslagene kort levetid, ja Velfærdskommissionens forslag var skudt ned at statsministeren næsten før det blev publiceret.

Hvad angår skattevejen foreslog formandskabet i 2009 et øremærket sundhedsbidrag<sup>7</sup> – uanset de velkendte finanspolitiske indvendinger mod øremærkede skatter, inkl. at man på andre områder, fx store dele af socialektoren, kunne anvende den samme argumentation.

Tænkningen var, at når stigningen i sundhedsudgifterne kommer gradvist, er det naturligt at betragte en finansiering, som også indebærer en gradvis stigning i indtægterne, efterhånden som de større udgifter viser sig.

Derfor var det ifølge formandskabet naturligt at betragte et øremærket sundhedsbidrag, dvs. en “sundhedsskat”. Som led i den skattereform, der trådte i kraft fra 2010, ville det nuværende sundhedsbidrag på 8 pct. baseret på det kommunale udskrivningsgrundlag gradvist blive udfaset og erstattet af en stigning i den statslige bundskat. Man foreslog en modifikation til skattereformen, nemlig udskrivning af et øremærket statsligt sundhedsbidrag med samme grundlag som den statslige bundskat, og som skulle fastsættes således, at det forventede provenu nøjagtigt modsvarede de offentlige sundhedsudgifter. En sådan tilgang ville dog forde, uden at det nævnes, at stigningstakten ikke måtte blive højere, end hvad demografien ville kræve og (måske) en beskedent mervækst, men med klare krav om effektivisering og forøgelse af produktiviteten. I modsat fald kunne det let føre til store stigningstakter i sundhedsudgifterne.

Tanken var, at satsen for sundhedsbidraget skulle justeres årligt, således at den hvert år dækkede de budgetterede offentlige sundhedsudgifter for det kommende finansår. Grundideen og formålet med et øremærket sundhedsbidrag er at sikre, at den forventede fremtidige stigning i sundhedsudgifterne ikke underminerer den finanspolitiske holdbarhed, og at det sker på en måde, der indebærer en fordelingsmæssig balance på tværs af generationer. Et sundhedsbidrag, der løbende justeres i takt med udviklingen i sundhedsudgifterne, vil i princippet sikre, at en eventuel



Tabel 1. Nogle økonomiserings-strategier

Øget produktivitet	Sygehusenes produktivitet øges yderligere. Er p.t. på 5-6 pct. årligt. Produktivitetskrav til det øvrige sundhedsvæsen.
Kvalitetsstrategi	Meget kvalitetsarbejde, fx reduktion af infektioner og medicineringsfejl, medfører betydelige besparelser. Meget tyder på at god kvalitet forstået som evidensbaserede retningslinjer medfører mindre ressourceforbrug.
Hårdere prioritering: indikationsprioritering	Fravalg af dyr medicin med beskedent effekt samt kritisk gennemgang af indikationer for væsentlige behandlingsområder
Kommune-region arbejdsfordelingen	Kan kommunerne – med sigte mod nettobesparelser – aflaste det regionale sundhedsvæsen yderligere
Øget egenomsorg, forebyggelse og telemedicin	Kronikergruppen vil vokse eksplosivt. Øget egenomsorg og telemedicin kan være en del af en omkostningsbesparende strategi, men fordrer omhu med hensyn til evidens for effekt og substitutions-effekt.
Øget privatisering	Dette er ikke per definition omkostningsbesparende løsninger, men en åben og afprøvende holdning til ændret arbejdsdeling og bedre samarbejde bør undersøges
Forventningsstyring: Færre løfter og garantier	Dette er en politisk opgave. Politikere – især på Christiansborg - skal afgive færre løfter/garantier og skabe forståelse for de historisk stramme økonomiske rammer.

fremtidig stigning i sundhedssektorens serviceniveau finansieres af de generationer, der potentielt vil nyde godt af serviceforbedringerne.

Med det nuværende finansieringssystem uden sammenhæng mellem bevillinger og indtægter fra et sundhedsbidrag er der en risiko for, at den forventede stigning i sundhedsudgifternes andel af BNP vil føre til en opbygning af en større statsgæld. Fremtidige generationer vil så komme til at betale for en del af de serviceforbedringer, der kommer nulevende generationer til gode.

Det er en interessant ide, der fortjener at blive genoplivet, om end nærmere analyse også ville rejse en lang række mere principielle problemer.

## Andre strategier

Som supplement eller delvis erstatning for øget finansiering kan man se på en række "effektiviserings-strategier", der er rudimentær beskrevet i tabel 1, jf. Pedersen (2012). En del af dem er allerede igangsat som reaktion på den lavvækst, der har været gældende siden 2009 og vil fortsætte mindst frem til 2020.

## OECD og sundhedsområdet

Der er ikke tvivl om, at der er behov for uvildige analyser af sundhedsvæsenet. Her spiller rapporterne fra Det økonomiske Råds Formandskab en central rolle. Fra omkring midten af 70'erne begyndte de første publikationer fra OECD om sundhedsområdet at dukke op, fx en rapport fra 1977 om udviklingen i sundhedsudgifterne. Siden er der kommet en noget ujævn, men stigende strøm af publikationer og i dag årligt tilbagevendende publikationer, undertiden med store afsnit i de økonomiske surveys af medlemslandene. Det var således tilfældet for Danmark i 2008. Der er løbende blevet taget aktuelle emner op, senest om kvalitet, udfordringerne med at skaffe arbejdskraft nok og medicinmarkederne.

Sundhedsafdelingen i OECD er veletableret og velfungerende. Der er 40-50 akademiske analytikere beskæftiget med sundhedsområdet forstået bredt, fx også bioteknologi. Det er én af de største samlede analysestabe

af sin art i verden kun overgået af Verdenssundhedsorganisationen, WHO, som der både samarbejdes og rivaliseres med. Spørgsmålet er, på hvilke måder OECDs indsats har påvirket sundhedsvæsenet? Er det med forslag om økonomisk liberale reformer, eller er det snarere med faktuelle og analytiske bidrag vedrørende en bred vifte af spørgsmål? Det er utvivlsomt mest det sidste.

I 1990 begyndte OECD at gå fra det ukontroversielle, dataindsamling og simple sammenligninger, til mere varme sundhedspolitiske emner som at diskutere, hvad amerikanerne kunne lære af europæerne og vice versa. Hermed trådte man ind på reform-arenaen. Ikke med en klart defineret dagsorden, snarere formidlende og opsamlende i forhold til de reformer, der i Europa startede omkring 1990 med Thatcher-John Major-reformerne i England og indførelse af køber-sælger-modellen organiseret i interne markeder. Denne position har OECD forsøgt at opretholde siden – om end økonomernes markedsfascination ikke fornægter sig.

Der er udgivet nyttige publikationer om konkrete reformer, men ikke selvstændige OECD-bud på, hvad der er ønskværdige reformer, altså en "OECD reform-strategi". Det er utvivlsomt udtryk for, at medlemslandene har vidt forskellige sundhedsvæsener. Derfor er det politisk svært at fremhæve ét system frem for et andet: USA som én yderposition og de nordeuropæiske lande som den næsten diametrale modsætning og Japan som et specialtilfælde. Hertil kommer, at der heller ikke er fagprofessionel enighed blandt sundhedsøkonomerne.

1992 markerede en mere aktiv involvering i og vurdering af nationale sundhedsvæsener og dermed en potentiel mere central rolle i sundhedspolitikken. Det startede med USA og Clitons forslag til sundhedsreform. Der er ingen tvivl om, at noget sådant sker efter aftale med de pågældende regeringer. Der er næppe heller tvivl om, at de emner, der bliver taget op – og måske endnu vigtigere, emner, der ikke tages op - er nøje afstemt med de pågældende landes regeringer. Rapportudkast cirkuleres sandsynligvis forud for offentliggørelse – samtidig med, at OECD selvsagt forsøger at værne om sin selvstændighed. Det er en dans på en knivsæg. Det er ikke det samme som, at OECD tager parti, men er udtryk for, at OECD let kan komme til at være mere end en nogenlunde neutral og objektiv udenforstående part.



## Litteratur

253

- Arnberg S. og T.B. Bjørner (2010): Sundhedsudgifter og levetid. *National Økonomisk Tidsskrift*, 148 (1), s. 43-66.
- Arnberg S. og T.B. Bjørner (2012): Terminal costs, improved life expectancy and future public health expenditure. *Int. Health Care Finance Econ*, 12(2), s. 129-143.
- Det Økonomiske Råd (2000): Dansk Økonomi, forår 2000. Det Økonomiske Råd.
- Det Økonomiske Råd (2009): Dansk Økonomi, efterår 2009. Det Økonomiske Råd.
- Det Økonomiske Råds Formandskab (2004): Effektivitet og kvalitet i den offentlige sektor. Dansk Økonomi 2004, s. 215-283.
- DREAM (2011): *Langsigtet økonomisk fremskrivning 2011*.
- Finansministeriet (2007): Mod nye mål - Danmark 2015. Teknisk baggrundsrapport.
- Madsen J., N. Serup-Hansen og I.S. Kristiansen (2002a): Future health care costs – do health care costs during the last year of life matter? *Health Policy* 62 (2), s. 161-172.
- Madsen J., N. Serup-Hansen, J. Kragstrup og I.S. Kristiansen (2002b): Ageing may have limited impact on future costs of primary care providers. *Scand. Prim Health Care* 20 (3), s. 169-173.
- Mortensen J. (2000): Sygdom og prioriteringer. *Berlingske Tidende*. 10. september.
- Pedersen K. (ultimo 2012): Demografien, den økonomiske krise og sundhedsvæsenet. *Politik* 15 (4).
- Pedersen L.H. og M. Hansen (2006): Stigende sundhedsudgifter, et aldrings- eller et velstandsphænomen? *Nationaløkonomisk Tidsskrift*, 144, s. 304-325.
- Regeringen (2012): *Danmark i arbejde. Udfordringer for dansk økonomi mod 2020*. Finansministeriet.
- Schmidt E., m.fl. (1971): *Perspektivplanlægning 1970-1985* (PP I). Finansministeriet.
- Studiegruppe ved Københavns Universitet og J. Lotz (1972): Væksten i udvalgte offentlige udgifter 1960-1970. *Nationaløkonomisk Tidsskrift* 110 (3-4), s. 135-160.
- Sørensen P., M. Rosholm, H.J. Whitta-Jacobsen og E.S. Amundsen (2009): Indfør øremærket sundhedsbidrag. *Berlingske Tidende*, 10. november.
- Velfærdskommissionen (2004): *Fremtidens velfærd kommer ikke af sig selv*.
- Velfærdskommissionen (2005): *Befolkningsudvikling, velstandsdilemma og makroøkonomiske strategier*.
- Zweifel P., S. Felder og M. Meiers (1999): Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health Econ* 8 (6), s. 485-496.