

KAPITEL II

SUNDHED – UDGIFTER OG FINANSIERING

II.1 Indledning

Sundhedssystemet er vigtigt for velfærden

Sundhedssystemet er en central del af velfærdsstaten, hvor et vigtigt formål er, at der skal være “let og lige adgang til ydelser fra sundhedsvæsenet”, som det hedder i Sundhedsloven. Et godt sundhedsvæsen er vigtigt både for patienter og deres pårørende, men også for resten af befolkningen, der har glæde af at vide, at nuværende patienter kan blive behandlet, og at de selv kan blive behandlet, hvis de bliver syge. Et godt sundhedssystem øger herudover arbejdskraftens effektivitet, fordi syge bliver helbredt eller lindret for sygdom og derfor kan være i beskæftigelse. Sundhedssystemet har også andre velfærdsfremmende effekter, da det f.eks. er med til at forebygge smitte.

Sundhedsydelser er særlige

Det er alment accepteret i Danmark, at der skal være let og lige adgang til sundhedsvæsenet, hvor der skal leveres ydelser af høj kvalitet. Dermed betragtes sundhedsydelser som en forbrugsydelse, der har en anden karakter end andet forbrug, jf. Tobin (1970). Forbruget af sundhedsydelser skal således ikke være afhængigt af den enkeltes indkomst, men af det medicinske behov. Derfor finansieres hovedparten af udgifterne på sundhedsområdet via skatterne i Danmark.

**Regimeskift har
ført til stigende
sundhedsudgifter**

Sundhedsområdet har fået markant øget fokus i de senere år:

- De samlede sundhedsudgifter er steget fra godt 8 pct. til over 9 pct. af BNP siden 2000
- Private arbejdsgiverfinansierede sundhedsforsikringer er vokset fra stort set ingen til over 1 mio. siden 2000
- Der er indført udvidet frit sygehusvalg, hvilket indebærer, at personer med en diagnose har ret til behandling inden for én måned, om nødvendigt på et privat hospital. Dette betyder, at sundhedssystemet er gået fra at være rammestyret til i langt højere grad at være efterspørgselsstyret

Hvor skal vi hen?

Dette regimeskift rejser en række vigtige spørgsmål. Hvor meget vokser sundhedsudgifterne fremover? Er det muligt at mindske stigningen i sundhedsudgifterne gennem effektivisering? Hvad betyder udbredelsen af sundhedsforsikringer og fremkomsten af privathospitaler for målsætningen om let og lige adgang til sundhedsydelser? Er Danmark på vej væk fra et skattefinansieret sundhedsvæsen?

**Det udvidede frie
sygehusvalg har
betydet større
udgifter**

Det udvidede frie sygehusvalg indebærer, at patienter har ret til at blive behandlet på et privat hospital eller en klinik, der har en aftale med det offentlige, hvis patienten ikke kan blive behandlet på et offentligt sygehus inden for en måned. Det kan på den ene side gøre det vanskeligt at styre de samlede sundhedsudgifter, men på den anden side kan det også være med til at øge effektiviteten i sundhedssektoren, i det omfang det øger konkurrencen. På kort sigt kan det dog indebære knaphed på sundhedspersonale i det offentlige, fordi de privatfinansierede behandlinger lægger beslag på ressourcerne. Det kan imidlertid også føre til en højere planlagt arbejdstid og dermed højere kapacitetsudnyttelse i sundhedssektoren.

**Øget privat
forsikring**

Væksten i private sundhedsforsikringer er stimuleret af, at kollektive sundhedsforsikringer tegnet af arbejdsgiveren er blevet fritaget fra beskatning hos arbejdstageren. Udbredelsen af private sundhedsforsikringer betyder på den ene side, at de, der ønsker en mere omfattende dækning, end det

offentlige tilbyder, kan få det opfyldt. På den anden side kan private forsikringer have fordelingsmæssige konsekvenser, hvis personer med sundhedsforsikringer kommer foran i køen til operationer på offentlige sygehuse.

Er øgede sundhedsudgifter godt eller skidt?

Stigende sundhedsudgifter som andel af BNP skal ikke nødvendigvis ses som et problem. De stigende sundhedsudgifter kan afspejle, at befolkningen lægger mere vægt på et godt sundhedsvæsen i takt med, at velstanden stiger. Når der alligevel kan være grund til at sætte fokus på det samlede udgiftspres på sundhedsområdet, skyldes det, at fortsat stigende offentlige sundhedsudgifter kan skabe et finansieringsproblem for velfærdsstaten. En høj vækst i sundhedsudgifterne kan også afspejle en uhensigtsmæssig organisering og uheldige økonomiske incitamenter i sundhedsvæsenet.

Udgiftspres pga. flere ældre og ønske om bedre behandlinger

I de kommende år vil der blive relativt flere ældre i befolkningen i takt med, at de store årgange født efter 2. verdenskrig når pensionsalderen, og levetiden øges. Det kan derfor alene af den årsag forventes, at sundhedsudgifternes andel af BNP vil stige yderligere. Derudover er det også muligt, at indførelsen af bedre og hurtigere behandlinger vil lægge et yderligere opadgående pres på udgifterne. Øgede udgifter på sundhedsområdet gør det nødvendigt enten at begrænse forbruget af andre offentlige udgifter, øge skatterne eller finde alternative kilder til finansiering for de øgede sundhedsudgifter.

Er vægtningen i finansieringen den rigtige?

Både de forventede øgede sundhedsudgifter og ændringen i sundhedspolitikken i retning af mere valgfrihed og flere private forsikringer gør det naturligt at diskutere den fremtidige finansiering af sundhedssektoren. Den øgede brug af private hospitaler og klinikker til behandling af offentligt finansierede sundhedsydelser gør det aktuelt at diskutere, hvordan det sikres, at produktionen af sundhedsydelser sker billigst og mest effektivt.

Afgrænsning af kapitlet

Fokus i kapitlet er udviklingen i sundhedsudgifterne og finansieringen af disse. De økonomiske aspekter af forebyggelse og sundhedsadfærd er ikke behandlet her, da denne problematik for nyligt er behandlet af

Forebyggelseskommissionen (2009). Det er heller ikke diskuteret, hvilken betydning sundhed har for arbejdsmarkedets funktionsmåde. Formandskabet har tidligere analyseret spørgsmålet om indkomstfordeling og sundhed, jf. Det Økonomiske Råd (2000). Det behandles derfor ikke i dette kapitel.

Indholdet i kapitlet

I afsnit II.2 beskrives udviklingen og sammensætningen af de offentlige og private udgifter til sundhed. Derefter beskrives en række faktorer, der har betydning for den fremtidige udvikling i sundhedsudgifterne.

Hvor meget vil flere ældre betyde for udgifterne?

Antallet af ældre stiger betragteligt i de næste årtier. Det er væsentligt at belyse sammenhængen mellem sundhedsudgifter og alder, samt hvilken betydning forlængelse af levetiden har for sundhedsudgifterne. Dette sker i afsnit II.3. Med udgangspunkt i disse analyser præsenteres i afsnit II.4 beregninger af, hvor meget de offentlige finanser bliver påvirket af den forøgede levetid og den afledte stigning i sundhedsudgifterne.

Andre finansieringsmuligheder og konkurrenceudsættelse

De voksende sundhedsudgifter gør det relevant at se på alternative finansieringsmuligheder for sundhedsudgifterne. I afsnit II.5 diskuteres fordele og ulemper ved skatte-, brugerbetalings- og forsikringsbaserede sundhedssystemer, og i afsnit II.6 er der en kort gennemgang af principperne bag finansieringen af sundhedssystemerne i andre lande. I afsnit II.7 beskrives finansieringen af det danske sundhedssystem, og i afsnit II.8 diskuteres muligheden for at konkurrenceudsætte produktionen af sundhedsydelser. Endeligt afsluttes i afsnit II.9 med en sammenfatning og politik-anbefalinger.

II.2 Faktorer af betydning for udviklingen i udgifter til sundhed

Udgifter til sundhed vokser

Knap $\frac{1}{10}$ af det danske samfunds produktion bruges til at forebygge, behandle eller afhjælpe sygdom, og denne andel har været stigende de senere år. Udgifter til sundhed udgør også en voksende del af de samlede offentlige udgifter.

**Betales
hovedsageligt via
skatter og afgifter**

I dette afsnit beskrives udviklingen i og sammensætningen af de offentlige og private udgifter til sundhed. Derefter beskrives en række faktorer, der har betydning for den fremtidige udvikling i sundhedsudgifterne. Væksten i udgifterne til sundhed er et vigtigt samfundsmæssigt anliggende, fordi hovedparten af sundhedsudgifterne betales af det offentlige og finansieres ved opkrævning af skatter og afgifter. Øget pres på offentlige sundhedsudgifter vil derfor gøre det nødvendigt enten at mindske andre offentlige udgifter eller at øge beskatningen. Øget beskatning af arbejdsindkomst vil have forvridende effekter i form af mindre arbejdsudbud.

**Stor stigning i
sundhedsudgifterne
i OECD**

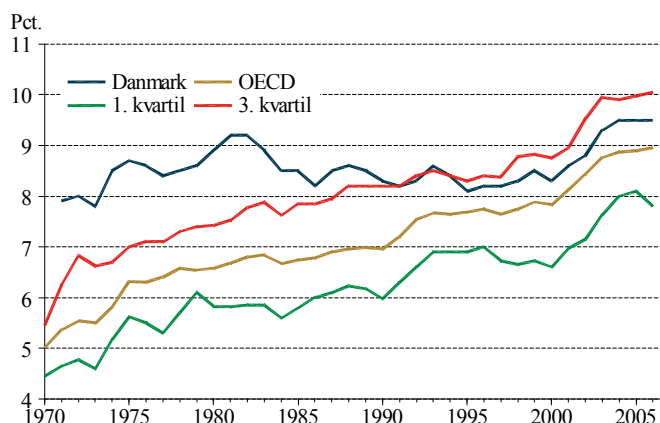
I OECD-landene er sundhedsudgifterne som andel af BNP generelt vokset over en længere periode, jf. figur II.1. I 1970 udgjorde sundhedsudgifterne i gennemsnit 5 pct. af BNP. I 2006 var dette tal vokset til 9 pct. Sundhedsudgifterne i Danmark har udviklet sig noget anderledes end i de øvrige OECD-lande som helhed. De samlede sundhedsudgifter har i en række årtier ligget på 8-9 pct. af BNP. Sundhedsudgifternes andel af BNP steg i 70'erne og aftog herefter frem til midten af 90'erne. I indeværende årti har der dog været en relativt kraftig stigning i udgifterne, og i 2006 udgjorde de samlede danske sundhedsudgifter 9,6 pct. af BNP.

**Lavere stigning i
Danmark**

I starten af 1970'erne var Danmark et af de lande, der havde de allerhøjeste sundhedsudgifter målt som andel af BNP. De kraftigt stigende sundhedsudgifter i de andre OECD-lande siden 1970 har betydet, at Danmark ikke længere er blandt den fjerdedel af lande, der bruger mest på sundhed i forhold til BNP. Sundhedsudgifterne i Danmark ligger dog stadig over gennemsnittet i OECD.

Sundhedsudgifterne har været stigende over en endnu længere periode end det, der fremgår af figur II.1. Eksempelvis udgjorde sundhedsudgifterne i USA i 1875 blot 1 pct. af det samlede forbrug, jf. Fogel (2008).

Figur II.1 Sundhedsudgifter som andel af BNP



Anm.: Offentlige og private sundhedsudgifter som andel af BNP. OECD gennemsnittet er udregnet som uvægtet gennemsnit. 3. kvartil angiver grænsen for den fjerdedel af lande med højst sundhedsudgift i forhold til BNP, mens 1. kvartil er grænsen for den laveste fjerdedel af OECD-landene. En væsentlig del af stigningen i de danske sundhedsudgifter fra 2002 til 2003 skyldes en ændring i opgørelsesmetode.

Kilde: OECD Health Data.

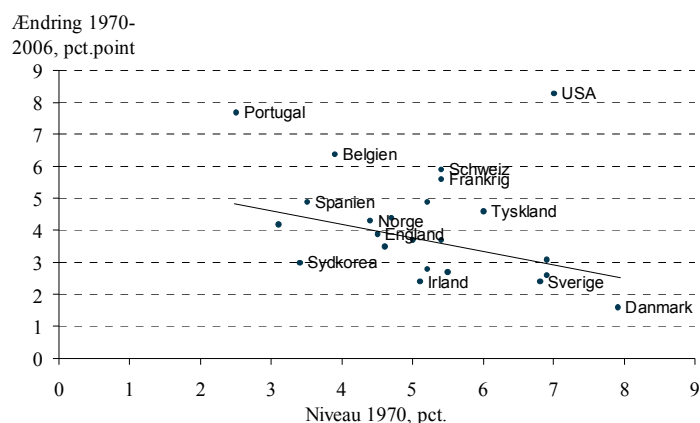
Særlig stor vækst i USA

Væksten i sundhedsudgifterne har været endnu mere markant i f.eks. USA, hvor sundhedsudgifterne i 2006 svarede til over 15 pct. af BNP. I europæiske lande som Schweiz, Frankrig og Tyskland ligger udgiftsandelen også højere end i Danmark (omkring 11 pct. af BNP), mens udgiftsandelen i lande som Sverige og Holland svarer nogenlunde til niveauet i Danmark.

Lavere vækst i lande, som tidligere lå højt

Den lavere vækst i sundhedsudgifterne i Danmark sammenholdt med de øvrige OECD-lande kan være udtryk for, at det danske niveau er blevet tilpasset niveauet i andre lande. Der har i perioden været en tendens til, at OECD-lande, som i 1970 havde et højt niveau for sundhedsudgifter, har haft en lavere vækstrate. USA er dog en undtagelse, idet sundhedsudgifterne allerede var høje i 1970 samtidig med, at der også fra 1970 til 2006 har været en stor stigning i sundhedsudgifterne i forhold til BNP, jf. figur II.2.

Figur II.2 Vækst i sundhedsudgifternes andel af BNP sat i forhold til niveauet i 1970



Anm.: Landenavne kun angivet for udvalgte lande.

Kilde: OECD Health Data.

85 pct. betales over skatter og afgifter

Det samlede forbrug af sundhedsydelser i Danmark var i 2008 på godt 146 mia. kr., hvoraf omkring 85 pct. afholdes i regi af det offentlige, jf. tabel II.1. Blandt de offentlige sundhedsudgifter tegner regionerne sig med knap 96 mia. kr. for hovedparten, hvor især hospitalssektoren med en udgift på 72 mia. kr. vejer tungt. Andre sundhedsudgifter afholdt af regionerne er udgifter til sygesikring, som består af udgifter til praktiserende læger, speciallæger mv. Endelig udbetaler regionerne tilskud til lægeordineret medicin. For kommunerne udgør udgifter til plejehjem og andre ældreplejeudgifter hovedparten af sundhedsudgifterne. Udgifter til plejehjem regnes som en sundhedsudgift sammen med en del andre ældreplejeudgifter, f.eks. noget af udgiften til hjemmehjælp. Øvrige ældreplejeudgifter henregnes under sociale udgifter. Den private sektors sundhedsudgifter består især af udgifter til læger og tandlæger samt medicin.

Tabel II.1 Forbrug af sundhedsydelser 1999-2008

	1999	2008	2008	Årlig real vækst
	Mia. kr. (2008-priser)		----- Pct. -----	-----
Regioner, i alt	69,0	95,5	65,3	3,7
Heraf: Sygehusudgifter	53,5	71,7	49,0	3,3
Sygesikring (ekskl. medicin)	9,3	13,3	9,1	4,1
Medicin	5,1	8,0	5,5	5,1
Kommuner, i alt	27,8	28,9	19,8	0,4
Heraf: Plejehjem og ældrepleje ^{a)}	20,4	20,5	14,0	0,1
Ambulant behandling	6,2	7,5	5,1	2,1
Off. forbrug af sundhedsydelser, i alt	96,8	124,5	85,1	2,8
Privat forbrug af sundhedsydelser, i alt	17,5	21,8	14,9	2,5
Heraf: Medicin	4,5	6,2	4,2	3,6
Briller, høreapparater mv.	2,6	3,5	2,4	3,4
Læge, tandlæge mv.	8,3	8,7	6,0	0,5
Forbrug af sundhedsydelser, i alt	114,3	146,2	100,0	2,8

a) Dele af de kommunale udgifter til ældrepleje regnes af Danmarks Statistik for sundhedsudgift, mens andre regnes for udgift til social omsorg.

Anm.: Offentlige sundhedsudgifter er her opgjort som udgifter til individuelt og offentligt forbrug. Heri indgår ikke udgifter til investeringer mv. Medtages udgifter til investeringer mv. var de samlede offentlige udgifter til sundhed i 2008 på 131,7 mia. kr.

Kilde: Ministeriet for sundhed og forebyggelse (2009).

Sygedagpenge indgår ikke

I opgørelsen af sundhedsudgifter fokuseres på de direkte udgifter i sundheds- og ældreplejesektoren. Udgifter til f.eks. sygedagpenge og overførsler, som skyldes helbredsrelateret tidlig tilbagetrækning, indgår således ikke.

Flere udgifter til ældrepleje i OECD's opgørelse

Det skal bemærkes, at der er forskel i OECD's og Danmarks Statistiks afgrænsning af sundhedsudgifterne. De samlede danske sundhedsudgifter i henhold til OECD's opgørelse, som er anvendt i figur II.1, er således noget højere end de udgifter, der fremgår af tabel II.1. I 2006 var forskellen på ca. 25 mia. kr. Hovedparten af denne forskel skyldes, at OECD medtager flere ældreplejeudgifter, som i danske opgørelser henregnes til sociale udgifter. Væksten i

de danske sundhedsudgifter, som de er opgjort af OECD, er højere end væksten i udgifterne som opgjort af Danmarks Statistik. Dele af denne forskel skal dog tilskrives et databrud i OECD's dataserie i 2003, som giver en stigning i sundhedsudgiften i forhold til BNP fra 2002 til 2003, som ikke kan genfindes i tal fra Danmarks Statistik. En stor del af stigningen i de danske sundhedsudgifter i forhold til BNP fra 2002 til 2003 i figur II.1 kan formentlig tilskrives dette databrud.¹

**Bør udgifter til
ældrepleje indgå?**

Hvis udgifter til ældrepleje ikke medtages, vil de resterende danske sundhedsudgifter formentlige være mindre end gennemsnittet for OECD. Niveauet for den type ældrepleje-udgifter, som OECD henregner til sundhed, er således højt i Danmark sammenlignet med andre OECD-lande, jf. OECD (2006) og OECD (2008). Afgrænsningen mellem sundheds-ydelser og sociale ydelser relateret til ældrepleje er arbitrær. Man skal dog være opmærksom på, at et højt niveau for udgifter til ældrepleje kan være udtryk for en hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem sundhedssektor og plejesektor. En udbygget ældreplejesektor kan således være en forudsætning for, at ældre patienter kan have få dyre liggedage på hospitalet efter afsluttet behandling. Der er således argumenter for at inkludere udgifter til ældrepleje, når man foretager internationale sammenligninger.

**Vækst på
knap 3 pct.**

Ud fra den danske opgørelse af sundhedsudgifterne har der fra 1999 til 2008 været en årlig vækst i de reale sundhedsudgifter på 2,8 pct. i de samlede sundhedsudgifter, jf. tabel II.1.

**Højere vækst i
regionernes
sundhedsudgifter**

Ses nærmere på de offentlige sundhedsudgifter, har der kun været en beskeden real vækst på 0,4 pct. pr. år i kommunerne, mens der har været en real vækst i de regionale udgifter

1) Databruddet er relateret til de offentlige sundhedsudgifter. I OECD's opgørelse af de offentlige sundhedsudgifter målt som andel af BNP er der en stigning på 0,5 pct.point fra 2002 til 2003. Ud fra Danmarks Statistiks opgørelse af de offentlige sundhedsudgifter er stigningen fra 2002 til 2003 kun op mod 0,1 pct.point. Hvis denne forskel alene skyldes databruddet, betyder det, at sundhedsudgifternes andel af BNP ud fra OECD opgørelsen i 2006 ville være på 9,2 pct. i fravær af databrud.

på 3,7 pct. pr. år. Specielt har der været en høj real vækst i udgiften til medicintilskud. Også i den private sektor har der været en relativt høj real vækst i udgiften til medicin.

Højere vækst fra 2004

I de seneste år har der været en noget højere vækst i de offentlige sundhedsudgifter. Fra 2004 til 2008 var den gennemsnitlige årlige vækstrate i de reale offentlige sundhedsudgifter således på 3,8 pct. pr. år. Den høje vækst i de seneste år kan dels ses i sammenhæng med et skifte fra et sygehusvæsen, som var udpræget rammestyrer, over mod et sygehusvæsen, som i højere grad fokuserer på at mindske ventetiden til behandling, og dels som en konsekvens af øget offentligt fokus på sundhedsydelserne. I et sådant system er sundhedsudgifterne i højere grad drevet af efterspørgslen eller behovet for behandling.

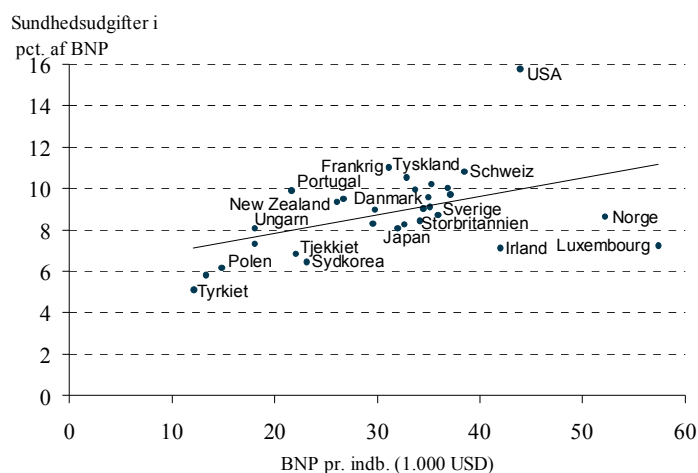
Hvad bestemmer udviklingen i sundhedsudgifterne?

Sundhedsudgifter vokset i forhold til BNP

Der er en bemærkelsesværdigt klar tendens til, at sundhedsudgifternes andel af BNP vokser i takt med, at BNP vokser. Sammenlignes forskellige lande på samme tidspunkt er sundhedsudgifternes andel af BNP således højest for de mest velstående lande, jf. figur II.3.

Sammenlignes væksten i sundhedsudgifter pr. indbygger med væksten i BNP pr. indbygger, fremgår det, at der også over tid for alle OECD-lande har været en højere vækstrate i sundhedsudgifterne pr. indbygger sammenlignet med vækstraten i BNP pr. indbygger, jf. figur II.4.

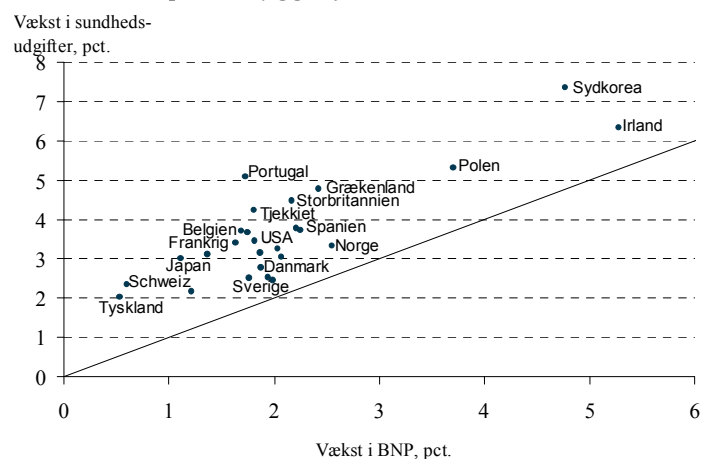
Figur II.3 Sundhedsudgifter i forhold til BNP



Anm.: 2006 data. BNP opgjort i købekraftspariteter i dollar. Landenavne er ikke angivet for alle lande.

Kilde: OECD Health Data.

Figur II.4 Årlig real vækst i sundhedsudgifter og BNP pr. indbygger fra 1970 til 2006



Anm.: Gns. årlig real vækst pr. indbygger fra 1970 til 2006. Landenavne ikke angivet for alle lande. Den optrukne linje er 45 graders linjen, som svarer til ens vækstrate i sundhedsudgifter og BNP.

Kilde: OECD Health Data.

Bedre helbred og længere levetid efterspørges ved øget velstand	En mulig forklaring på denne sammenhæng er, at velfærdsgevinsten ved at forøge antallet af gode leveår er højere, jo mere velstående et givet samfund er, jf. Hall og Jones (2007). Dette trækker i retning af, at det kan være velfærdsforbedrende for samfundet at anvende en større del af den samlede indkomst på sundhedsudgifter, når indkomsten vokser.
Kan vi investere i længere levetid?	For at der vedvarende kan være velfærdsgevinster ved at øge andelen af de samlede ressourcer, som bruges på sundhed, er det nødvendigt, at de ekstra ressourcer løbende bidrager til at forbedre sundhedstilstanden og antallet af gode leveår. Over tid er det derfor nødvendigt, at der løbende kommer nye behandlinger og tekniske muligheder inden for lægevidenskaben. I fravær af nye behandlingsmuligheder ville det ikke være muligt på lang sigt at have en vækst i sundhedsudgifternes andel af BNP, jf. Pedersen og Hansen (2006).
Længere levetid	Udviklingen i levetiden gennem sidste halvdel af det 19. og hele det 20. århundrede er bemærkelsesværdig. Levetiden i det land, hvor levetiden er steget mest, er vokset med 0,25 år pr. år for kvinder i de sidste 160 år og med 0,22 år for mænd, jf. Oeppen og Vaupel (2002). Der er endda ikke tegn på, at potentialet for vækst i levetiden er aftagende. For Danmark svarer væksten i levetid nogenlunde til væksten i det land, hvor levetiden er længst. Således voksede middellevetiden for danske kvinder med 25,1 år gennem det 20. århundrede og med 24,1 år for danske mænd. I de senere år har væksten i middellevetiden også ligget på omkring $\frac{1}{4}$ år pr. år.
Fortsat stigning i sundhedsudgifterne i USA?	Baseret på analyser af velstandsudviklingen og den teknologiske udvikling inden for lægevidenskaben og en antagelse om en tilsvarende fremtidig udvikling vurderer Hall og Jones (2007), at der kan være en velfærds-mæssig begrundelse for en fortsat stigning i de amerikanske sundhedsudgifter fra de nuværende omkring 16 pct. af BNP til omkring 30 pct. af BNP i 2050.
Oversigt over faktorer	Ud over sammenhængen mellem øget forbrug af sundheds-ydelser på den ene side og øget velstand, forbedrede

behandlingsmuligheder og andre lægevidenskabelige fremskridt på den anden side, er der også en række andre primært demografiske faktorer, der har haft betydning for den historiske udvikling i sundhedsudgifterne. Disse faktorer vurderes også at være væsentlige for den fremtidige udvikling i sundhedsudgifterne. I det følgende gives en samlet oversigt over de demografiske og ikke-demografiske faktorer, der har været fremhævet i den sundhedsøkonomiske litteratur.

Demografiske effekter:

- Ændret aldersfordeling
- Forlænget levetid
- Ændret sygelighed

Ikke-demografiske effekter:

- Øget efterspørgsel som følge af øget indkomst og velstand
- Flere behandlingsmuligheder som følge af lægevidenskabelige fremskridt
- Produktivitetsudvikling i sundhedssektoren i forhold til andre sektorer

Aldring

De demografiske effekter vedrører især ændringer i aldersfordelingen og tendensen til længere levetid. Sundhedsudgifterne for ældre er betydeligt højere end for yngre. Derfor forventes det, at aldringen af samfundet vil lede til en væsentlig stigning i sundhedsudgifterne.²

Forlængelser af levetiden

I forhold til aldring er det væsentligt at skelne mellem demografiske effekter, som alene skyldes ændringer i

- 2) Der findes også mere politisk-økonomiske forklaringer på en kobling mellem antallet af ældre og væksten i sundhedsudgifterne. En øget andel af ældre i samfundet kan lede til, at de ældre får større politisk indflydelse. Flere ældre kan således igennem den politiske beslutningsproces lede til et øget pres for, at flere af de offentlige udgifter allokere til serviceydelser, der overvejende tilfalder ældre. Dette er en supplerende mekanisme til at forklare, at aldring leder til flere (offentlige) sundhedsudgifter.

alderssammensætningen (dvs. årgangssammensætnings-effekter), og de demografiske effekter, som skyldes en generel forlængelse af levetiden. Et eksempel på årgangseffekter er den høje andel af personer i starten af 60'erne (efterkrigsårgangene), som må forventes at trække mere på sundhedsvæsenet i de kommende år.

**“Usund” aldring:
Flere leveår med
dårligt helbred**

Forlænget restlevetid for ældre vil løbende bidrage til, at der kommer flere ældre i samfundet. I nogle undersøgelser af sundhedsudgifter antages, at det nuværende niveau for de aldersfordelte sundhedsudgifter pr. person også vil gælde i fremtiden. Det svarer til en antagelse om, at forlænget restlevetid for ældre vil lede til flere år med dårlig helbredstilstand og høje sundhedsudgifter. Dette betegnes som “usund” aldring.

**“Sund” aldring:
Flere leveår med
godt helbred**

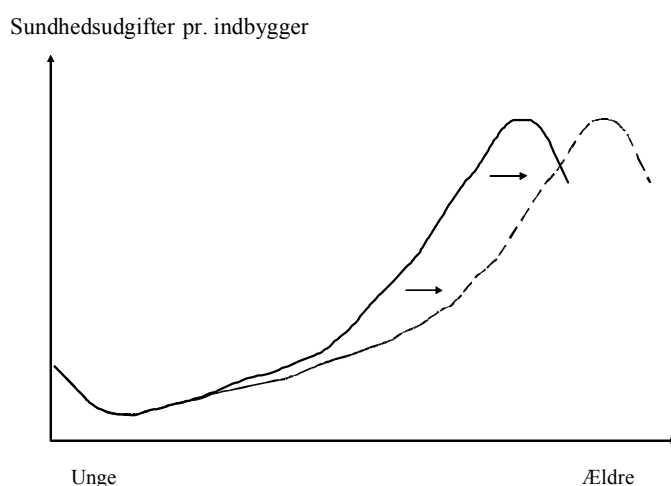
Det er dog ikke oplagt, at forlænget restlevetid for ældre vil lede til flere leveår med dårlig helbredstilstand og høje sundhedsudgifter. At ældre lever længere, kan netop være resultatet af en forbedret sundhedstilstand. En række undersøgelser baseret på individdata har påvist, at sundhedsudgifterne op til døden (“terminaludgifter”) er meget høje, jf. f.eks. Felder mfl. (2000), Hoover mfl. (2002) og Zweifel mfl. (1999). Terminaludgifter har karakter af en engangsudgift uafhængig af levetiden. En forøget levetid kan således afspejle sig i, at der er flere “raske” (ikke behandlingskrævende) leveår, og at de aldersfordelte sundhedsudgifter pr. person pr. år for ældre falder i takt med forlængelse af levetiden. Dette betegnes som “sund” aldring, jf. boks II.1. I afsnit II.3 vurderes det på baggrund af empiriske undersøgelser, om stigningen i levetiden i Danmark vil føre til “sund” eller “usund” aldring.

Nedenstående figurer viser, hvordan forskellige mekanismer påvirker de gennemsnitlige aldersfordelte sundhedsudgifter pr. person pr. år, jf. OECD (2006).

Ren (usund) aldringseffekt: Her antages det, at de gennemsnitlige aldersfordelte sundhedsudgifter for forskellige aldersklasser ikke ændres i takt med, at levetiden forlænges. Dette svarer til, at den optrukne linje i figur A ikke flyttes. Ved forlængelser af levetiden, som resulterer i flere ældre, vil der ved usund aldring ske en væsentlig stigning i de samlede sundhedsudgifter.

Sund aldring: Her antages det, at leveår med høje sundhedsudgifter udskydes, når levetiden forlænges. Dette er konsistent med, at en væsentlig del af sundhedsudgifterne forekommer i de sidste leveår og har karakter af at være en terminaludgift. Sund aldring er udtryk for, at sygeligheden udskydes i takt med, at levetiden forlænges. Epidemiologiske undersøgelser tyder for eksempel på, at forekomsten af kroniske sygdomme udskydes i takt med den forlængede levetid, jf. Fogel (2008).

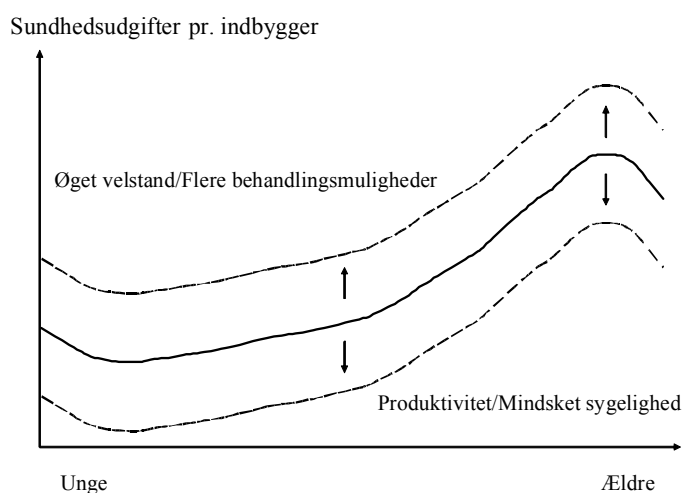
Figur A Betydningen af sund aldring for de gennemsnitlige aldersbetingede sundhedsudgifter



Fortsættes

Ikke-demografiske effekter: Øget velstand og muligheden for at behandle flere sygdomme kan lede til ønsker om et højere niveau for sundhedsudgifterne. I figuren er dette illustreret ved, at den aldersfordelte sundhedsudgift forskydes jævnt opad. Effekten af højere velstand og flere behandlingsmuligheder kan være skævt fordelt for forskellige aldersgrupper. Produktivitetsforbedringer, som ligger over den gennemsnitlige produktivitetsvækst i resten af økonomien, eller mindsket sygelighed kan isoleret set lede til, at de aldersfordelte sundhedsudgifterne forskydes nedad.

Figur B Betydningen af ikke-demografiske effekter på de gennemsnitlige sundhedsudgifter



Udviklingen i helbredstilstand

Udviklingen i befolkningens sygelighed vil også have betydning for de fremtidige sundhedsudgifter. Udviklingen i den generelle helbredstilstand vil bl.a. være påvirket af udviklingen i sundhedsadfærd i relation til kost, rygning, alkohol og motion.

Produktivitets- forbedringer kan mindske udgiften

Lægevidenskabelige og teknologiske fremskridt betyder, at nye behandlingsformer kan tages i brug og dermed øge antallet af aktiviteter, som sundhedssektoren udbyder.

Isoleret set vil dette bidrage til at øge sundhedsudgifterne, fordi det øger efterspørgslen, og fordi nye behandlinger er dyrere. Imidlertid bidrager den teknologiske udvikling også til at mindske omkostningerne ved eksisterende behandlinger. Hvis produktivetsforbedringen i sundhedssektoren er højere end i andre sektorer, vil den relative omkostning ved at producere sundhedsydelser falde.

Baumol effekten

Det vurderes dog sædvanligvis, at produktivetsvæksten er lavere i den offentlige sektor end i den private sektor. Dette skyldes, at det ofte vil være vanskeligere at høste produktivetsgevinster i en produktion, der både er meget arbejdskraftintensiv, og hvor arbejdskraft samtidig ikke nemt kan erstattes af mere kapital og bedre teknologi. Et eksempel er ældreplejeområdet, hvor selve ydelsen er nært forbundet med den anvendte arbejdstid ("varme hænder"). Udviklingen i lønomkostningen i den offentlige sektor vil imidlertid afspejle den generelle produktivetsstigning i hele økonomien. Hvis produktivetsvæksten er lavere i den offentlige sektor sammenholdt med den private sektor, og hvis der ønskes samme vækst i den offentlige og private produktion, betyder dette, at beskæftigelsen i den offentlige sektor gradvist vil vokse relativt til den private sektor. Lavere produktivetsstigninger inden for f.eks. ældrepleje medfører, at den relative omkostning ved at producere ældrepleje over tid vil stige. Det samme kan være tilfældet for andre arbejdskraftintensive sundhedsydelser. Dette betegnes som Baumol effekten, jf. boks II.2. Baumol effekten er formentlig mest relevant for meget arbejdskraftintensive typer af sundhedsrelaterede ydelser, som f.eks. ældrepleje.

Det er en udbredt opfattelse, at produktivitetsvæksten i den offentlige sektor er lavere end i den private sektor. Det skyldes, at det er vanskeligt at opnå produktivtetsgevinster i en produktion, som både er meget arbejdskraftintensiv, og hvor arbejdskraft ikke så nemt kan erstattes af mere kapital og bedre teknologi.

Givet lavere produktivitetsudvikling i den offentlige sektor vil dette gradvist lede til stigende omkostninger ved offentlig produktion, som betyder, at en stigende del af arbejdskraften skal anvendes i den offentlige sektor, hvis den offentlige produktion skal vokse i samme takt som den private produktion. Dette betegnes som Baumol's syge (Baumol's cost disease), jf. Baumol (1967).

Som illustration kan man forestille sig, at økonomien er opdelt i to sektorer, en offentlig sektor (O) og en privat sektor (P), der producerer offentlig og privat produktion Q_O og Q_P med arbejdskraft (L) som eneste input. Produktivitetsvæksten g er konstant og er antaget at være størst i den private sektor, dvs. $g_P > g_O$. Produktionen i de to sektorer er på et givet tidspunkt givet ved $Q_O = e_O \cdot L_O$ og $Q_P = e_P \cdot L_P$, hvor e er produktiviteten på et givet tidspunkt (t) givet ved $e = \exp(g \cdot t)$. Alle variabler afhænger af tidspunktet t , men dette er ikke angivet eksplicit i notationen. Lønnen (W) i de to sektorer antages at være ens og bestemt af produktivitetsvæksten i den private sektor.

De offentlige udgifter er lønomkostningen $W \cdot L_O$, og de offentlige indtægter er skat på samlet lønindkomst. Et balanceret offentligt budget kræver, at skattesatsen (s) er givet ved den offentlige beskæftigelsesandel af den samlede beskæftigelse, hvilket kan omskrives til en funktion af forholdet mellem offentlig og privat produktion og den relative produktivitet mellem de to sektorer:

$$s = \frac{L_O}{L_O + L_P} = \frac{1}{1 + \frac{Q_P}{Q_O} \cdot \frac{e_O}{e_P}} \quad (1)$$

Af ligning (1) fremgår, at hvis realvæksten i privat og offentligt forbrug skal være den samme, dvs. Q_P/Q_O konstant, da skal skattesatsen være stigende over tid, da e_O/e_P er faldende på grund af den lavere produktivitetsvækst i den offentlige sektor. Da den offentlige produktivitetsvækst er lavere, vil en stadigt større del af den samlede arbejdsstyrke over tid skulle være offentligt ansat. Den modelmæssige fremstilling af Baumol's syge er baseret på Lindbeck (2005).

Indkomst og sundhedsudgifter

Efterspørgslen efter sundhedsydelser og indkomsten

En række empiriske undersøgelser viser, at der er en sammenhæng mellem sundhedsudgifter på den ene side og BNP pr. capita eller den enkeltes indkomst på den anden side. Oversigter over internationale undersøgelser finder, at den relative stigning i sundhedsudgiften i forhold til en stigning i indkomsten (indkomstelasticiteten) er lille i tværsnitsundersøgelser baseret på individdata, mens indkomstelasticiteten er på én eller lidt over én i undersøgelser baseret på makrodata, jf. Getzen (2000) og OECD (2006).³ I afsnit II.4 præsenteres en fremskrivning af de aggregerede sundhedsudgifter i Danmark. Her er det mest relevant at tage udgangspunkt i en indkomstelasticitet baseret på makrodata. Alt andet lige vil en elasticitet over én medføre, at sundhedsudgifterne udgør en stigende andel af BNP.

Dårligt helbred giver lav indkomst ...

Forskellige metodemæssige og tolkningsmæssige problemer gør det også vanskeligt at anvende indkomstelasticiteter baseret på mikro tværsnitsdata i forbindelse med fremskrivninger på makro niveau. F.eks. vil personer med alvorlige helbredsproblemer og høje sundhedsudgifter ofte have mindre tilknytning til arbejdsmarkedet og dermed have lavere indkomst. Dette vil lede til en negativ sammenhæng mellem sundhedsudgifter og indkomst, som kan være vanskelig at adskille fra den øgede efterspørgsel som følge af højere indkomst. De lave indkomstelasticiteter for sundhedsudgifter i nogle individbaserede undersøgelser kan derfor skyldes, at der ikke i tilstrækkeligt omfang er taget højde for, at dårligt helbred kan føre til lavere indkomst.

... medfører for lav beregnet indkomstelasticitet

3) I en oversigt over tidligere undersøgelser findes indkomstelasticiteter på mellem 0,5 og 0,9 i 6 regionale studier og elasticiteter på mellem 1,2 og 1,6 i 10 makro undersøgelser, jf. Getzen (2000). Et simpelt gennemsnit af de 16 studier giver en gennemsnits elasticitet på 1,1, mens gennemsnittet af de 10 makro studier er 1,3. I makro analyser kan det dog være vanskeligt at tage højde for effekten af andre faktorer, såsom priser og teknologiske forandringer. Beregninger på et panel af lande viser, at indkomstelasticiteten kan være højere end 1, hvis der ikke kontrolleres for alders-effekter og ikke forklarede tidseffekter (trend-variabe), jf. OECD (2006).

Lav elasticitet, når man ikke selv betaler

Inden for gruppen af individrelaterede studier er der stor variation i indkomstelasticiteten. Indkomstelasticiteten er meget lav for ydelser dækket af sundhedsforsikringer. For personer eller ydelser, som ikke er omfattet af sundhedsforsikringer, afhænger efterspørgslen i højere grad af indkomsten.⁴ Der kan argumenteres for, at undersøgelser baseret på sammenhængen mellem den enkeltes indkomst og forbrug af sundhedsydelser ikke giver mening, hvis pågældende individ er underlagt en forsikringsordning, således at forbrug af sundhedsydelsen ikke har nogen direkte effekt på den enkeltes øvrige forbrugsmuligheder. Dette skyldes grundlæggende, at en forsikringsordning giver en afkobling mellem forbruget af ydelsen og den enkeltes indkomst. Det er i den sammenhæng underordnet, om forsikringen er en privat forsikring eller en "forsikring" i form af et skattebetalt offentligt sundhedsvæsen.

Makro elasticiteter kan afspejle afvejning

For at få et mere retvisende billede af sammenhængen mellem indkomst og sundhedsudgifter kan man i stedet sammenligne sundhedsudgifter og indkomstniveauer for grupper med forskellige forsikringsordninger. Sammenligningen bør således foretages, hvor der er et trade-off mellem valg af sundhedsniveau og forbrug af andre ydelser, jf. Getzen (2000). Dette kan f.eks. være ved at sammenligne sundhedsudgifter og indkomstniveauer på tværs af lande.

Tolkning af makro elasticitet

Alt i alt vil det ved fremskrivning af aggregerede sundhedsudgifter være mest relevant at tage udgangspunkt i en indkomstelasticitet baseret på makrodata. Indkomstelasticiteter kan normalt tolkes som resultatet af summen af en række beslutningsprocesser på individniveau. I forhold til aggregerede sundhedsudgifter, hvor hovedparten udgøres af offentligt finansierede udgifter, skal indkomstelasticiteten have en anden tolkning. Her afspejler sammenhængen mellem samfundets samlede indkomst og sundhedsudgifterne i højere grad velfærdssamfundets prioritering.

4) For nogen typer private sundhedsudgifter som f.eks. tandlægeydelser og plastikkirurgi er indkomstelasticiteten ofte større end én.

Produktivitet

Årlig vækst på 2 pct. i sygehusenes produktivitet

Generelt er det vanskeligt at foretage målinger af den offentlige sektors produktion og produktivitet. Det gælder også for sundhedsområdet. Målinger af produktiviteten på sygehusområdet finder imidlertid, at produktiviteten i gennemsnit er steget med 2 pct. pr. år i perioden 2000 til 2006, jf. Ministeriet for sundhed og forebyggelse (2009). Vækstraterne har endda været en smule større efter 2003 end før.

Beregningen af produktivitet

Målingerne af produktiviteten på sygehusområdet tager udgangspunkt i de såkaldte DRG-opgørelser (Diagnose Relaterede Grupper) af produktionsværdi og omkostninger for sygehusene. DRG-systemet er en form for takstsystem, administreret af Sundhedsstyrelsen, for produktionen af behandlinger på sygehusene. DRG-taksten beregnes som de gennemsnitlige driftsomkostninger for en behandling for en given DRG-gruppe, jf. boks II.8 i afsnit II.7. Dette kan benyttes til at beregne produktionsværdi og produktivitet for sygehusområdet og anvendes også til benchmark-analyser af sygehusenes effektivitet. Det er dog vanskeligt at beregne produktivitet over en længere periode, da opdelingen i DRG-grupper ikke er sammenlignelig over en længere årrække. Det skyldes bl.a., at nye behandlinger løbende tages i brug, hvilket løbende ændrer DRG-grupperingen.

Kvalitet indgår ikke

Produktivitetsstigninger kan medføre større omkostnings-effektivitet, men også bedre kvalitet af sygehusydelserne. Et eksempel er, at man før i tiden indopererede fodled, der kun kunne bøjes frem og tilbage. I dag bruger man fodled, der også kan bøjes til siden, men de nye fodled er dyrere. En naiv beregning af produktiviteten af fodledsoperationerne vil derfor vise et fald i produktiviteten over tid. DRG-systemet tager ikke automatisk højde for kvalitetsforbedringer. Der er således en risiko for, at produktivitetsforbedringer undervurderes. Kvalitetsforbedringer medfører også, at flere typer lidelser kan behandles. Dette kan der ikke tages højde for ved DRG-produktivitetsberegninger over tid. Det kan også være vanskeligt at tage højde for, om der sker ændringer i helbredstilstanden for patienterne. Hvis den grundlæggende helbredstilstand bliver dårligere, kan det

føre til dyrere behandling, hvilket kan give sig udslag i lavere registreret produktivitet. Dette kan f.eks. være tilfældet, hvis de "lette" patienter i højere grad bliver behandlet på privathospitalerne. Omvendt kan højere registreret produktivitet også skyldes, at behandlinger udføres hurtigt og med dårligere kvalitet til følge. Dette kan være et potentielt problem, hvis bevillingerne til hospitaler i øget grad bliver aktivitetsbaseret. Problemerne med at korrigere for kvaliteten i behandlingen kan således også lede til, at produktivitetstigningen i hospitalssektoren fremstår højere, end den egentlig er.

Højere produktivitet i sygehusene sammenlignet med den private sektor?

I den private sektor har der i en årrække været en produktivitetstigning på ca. 2 pct. pr. år. I dette årti har produktivitetstigningen i den private sektor ikke været helt så høj. Målingerne af sygehusenes produktivitet viste som nævnt en stigning i den årlige produktivitet på 2 pct. fra 2000 til 2006. Hvis målingen af stigningen i sygehusenes produktivitet på 2 pct. giver et korrekt billede – på trods af de metodologiske problemer – betyder det, at der i den offentlige sygehussektor har været en højere produktivitetstigning end i den private sektor.

Hvad har størst betydning for sundhedsudgifterne?

Stigende sundhedsudgifter skyldes ikke demografi

En række internationale undersøgelser vurderer betydningen af demografiske effekter i forhold til ikke-demografiske effekter. Den gennemgående konklusion er, at aldring kun kan forklare en lille del af væksten i sundhedsudgifterne, jf. f.eks. Fogel (2008), OECD (2006), Pedersen og Hansen (2006), Hagist og Kotlikoff (2005), Newhouse (1992) og Getzen (1992).

Indkomsteffekt, alderseffekt og mervækst

En undersøgelse for OECD-landene søger at dekomponere årsagen til den historiske vækst i de offentlige sundhedsudgifter i de enkelte lande, jf. OECD (2006). Væksten i sundhedsudgifterne dekomponeres i alderseffekter, indkomsteffekter og en residualt bestemt "mervækst", jf. tabel

II.2.⁵ Mervæksten kan tolkes som et udtryk for andre ikke-demografiske effekter, som f.eks. flere behandlingsmuligheder.

Tabel II.2 Dekomponering af årlig vækst i offentlige sundhedsudgifter

	I alt	Alder	Indkomst	Mervækst
	----- Pct. -----			
1981-2002				
Danmark	1,3	0,1	1,7	-0,5
OECD	3,6	0,3	2,3	1,0
1970-2002				
Danmark	1,9	0,2	1,6	0,1
OECD	4,3	0,4	2,5	1,5

Anm.: Indkomsteffekten er beregnet under en antagelse om en indkomstelasticitet på en.

Kilde: OECD (2006).

Mervækst på 1 pct. i OECD

Kun omkring $\frac{1}{10}$ af væksten i sundhedsudgifterne kan forklares ved aldring. Hertil skal dog bemærkes, at der i den analyserede periode kun har været begrænsede stigninger i andelen af ældre i befolkningerne. I de kommende år ventes en større stigning i antallet af ældre. Som tidligere beskrevet har væksten i sundhedsudgifterne været lavere i Danmark end i øvrige OECD-lande. I perioden fra 1981 til 2002 faldt sundhedsudgifternes andel af BNP i Danmark. Det giver sig i dekomponeringen udslag i en negativ mervækst for Danmark, mens der i OECD-landene samlet set er en positiv mervækst på 1,0 pct. pr. år. Sammenlignes med resultater for en længere periode, fremgår det, at mervæksten for Danmark er svagt positiv. Mervæksten er således følsom over for valg af periodelængen. Forskellen i mervæksten mellem Danmark og OECD som helhed er udtryk for, at

- 5) Indkomsteffekten er beregnet givet en antagelse om, at indkomstelasticiteten er på én. En positiv mervækst kan således være udtryk for, at indkomstelasticiteten er højere end én.

sundhedsudgifterne ikke er vokset i samme takt i Danmark som i resten af OECD, som det også fremgår af figur II.1

**¹/10 af OECD vækst
tilskrives aldring**

Hagist og Kotlikoff (2005) præsenterer en anden undersøgelse, hvor væksten i sundhedsudgifterne er opdelt på demografiske aldringseffekter og ikke-demografiske effekter. Der er tale om en anden metodologisk tilgang, men også i dette tilfælde findes det, at langt størstedelen af væksten i sundhedsudgifterne (89 pct.) skal tilskrives ikke-demografiske faktorer.

**Demografi også
kun lille betydning
i Danmark**

Danmark indgår ikke i undersøgelsen, men anvendes samme metode på OECD-tal for Danmark for perioden 1993-2002, er resultatet, at ud af en samlet stigning i de reale sundhedsudgifter på 3,2 pct. pr. år kunne 2,4 pct.point forklares ved ikke-demografiske effekter. For perioden er det således $\frac{3}{4}$ af den samlede stigning i sundhedsudgifterne, som kan tilskrives velstandseffekter mv., mens demografiske effekter forklarer den resterende $\frac{1}{4}$, jf. Pedersen og Hansen (2006). Andre årsager end aldring har således været afgørende for udviklingen i sundhedsudgifterne.⁶

Opsummering

**Udgifterne til
sundhed er vokset –
men ikke så meget i
Danmark**

Sundhedsudgifterne er vokset betydeligt i de fleste OECD-lande set i forhold til BNP. I modsætning hertil har sundhedsudgifterne i Danmark i lange perioder haft samme vækst som BNP. Først i de senere år har der været en højere vækst i sundhedsudgifterne. Undersøgelser af den historiske udvikling i sundhedsudgifterne tyder på, at det meste af væksten skal tilskrives ikke-demografiske faktorer, som

- 6) Opdelingen af væksten i sundhedsudgifterne i en demografisk del og en ikke-demografisk del er baseret på oplysninger om aldersfordelingen i sundhedsudgifterne og ændringer i befolkningens aldersfordeling. I beregningen antages, at aldersfordelingen i sundhedsudgifterne er konstant over tid, jf. Hagist og Kotlikoff (2005); Pedersen og Hansen (2006). Dette betyder, at der ikke tages højde for muligheden af sund aldring i beregningen. Hvis der er sund aldring, vil metoden således give et overkantsskøn for effekten af aldring og et underkantsskøn for effekten af ikke-demografiske effekter.

f.eks. øget efterspørgsel som følge af højere velstand. Demografiske ændringer i form af flere ældre har bidraget, men i mindre grad.

Højt udgangsniveau i 1970

Den lavere vækst i sundhedsudgifterne i Danmark sammenlignet med andre lande kan være udtryk for, at der var et meget højt udgangsniveau i Danmark i 1970. I de seneste år har der dog været en stigning i væksten i de offentlige sundhedsudgifter, ligesom der også synes at være ønsker om, at sundhedsvæsenet forbedres.

II.3 Sundhedsudgifter, alder og de sidste leveår

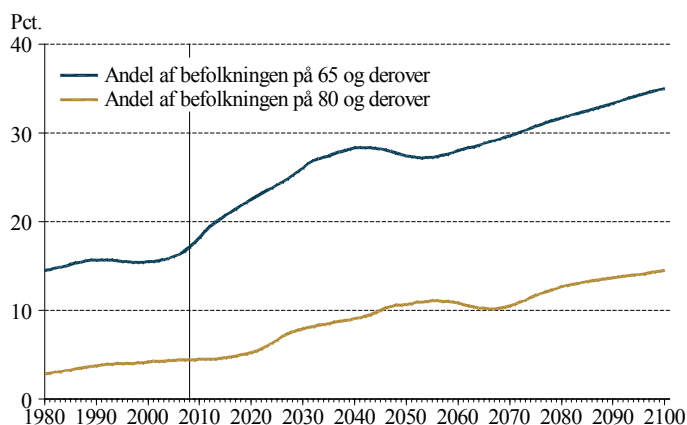
Flere ældre

Udgifterne til sundhed vil stige, fordi antallet af ældre stiger væsentligt i de næste årtier. For at kunne vurdere det fremtidige demografiske pres for øgede sundhedsudgifter er det derfor væsentligt at undersøge sammenhængen mellem sundhedsudgifter og alder, samt i hvor høj grad en længere levetid leder til "sund" eller "usund" aldring. Vi ønsker med andre ord at vurdere, i hvilket omfang en stigning i antallet af ældre giver sig udslag i øgede sundhedsudgifter, og i hvilket omfang stigningen modvirkes af et fald i sundhedsudgifterne pr. person i en given aldersgruppe som følge af forbedret sundhedstilstand.

Stor stigning i antallet af de ældste ældre

Der er i dag godt 0,8 mio. personer over 65 år. Dette tal ventes at stige til ca. 1,4 mio. i 2040 ifølge DREAM's befolkningsfremskrivning, jf. Hansen og Barington (2009). Der er en hidtil uset vækst i antallet af de ældste ældre. Således ventes antallet af personer på 80 år eller derover at blive fordoblet frem mod 2040 fra 227.000 personer til 457.000 personer. Disse stigninger betyder, at de ældres og de ældstes andel af den samlede befolkning stiger, jf. figur II.5.

Figur II.5 Udviklingen i andelen af ældre



Anm.: Den lodrette streg angiver overgangen til prognose.

Kilde: DREAM's befolkningsfremskrivning jf. Hansen og Barington (2009).

7 pct. af BNP til offentlige individuelle sundhedsudgifter

I det følgende foretages en analyse af de offentlige sundhedsudgifter til individuelt offentligt konsum (herefter blot "offentlige sundhedsudgifter").⁷ Disse udgjorde i alt knap 121 mia. kr. i 2008 svarende til 7 pct. af BNP. Som beskrevet i afsnit II.2 indgår også udgifter til plejehjem og dele af de øvrige ældreplejeudgifter under sundhedsudgifter. Ældreplejeudgifter, der kategoriseres som sundhedsudgifter, udgør skønsmæssigt ca. $\frac{1}{5}$ af sundhedsudgifterne.

Analyser omfatter 80 pct. af offentlige sundhedsudgifter

Til brug for analyserne er indhentet oplysninger fra en række registre om udgifterne ved hospitalsbehandling, psykiatrisk behandling, medicintilskud og andre sygesikringsydelser for årene 2000 til 2007, jf. boks II.3. Kommunale sundhedsudgifter til f.eks. plejehjem og ældrepleje indgår ikke. Alt i alt omfatter registrene udgifter svarende til knap 80 pct. af de offentlige sundhedsudgifter ekskl. den del af sundhedsudgifterne, som har karakter af ældrepleje.

7) Det offentlige konsum kan opdeles på individuelt og kollektivt konsum. Forsvaret er eksempel på et område, hvor konsumet udelukkende er kollektivt. For sundhedsudgifter er hovedparten af de offentlige sundhedsudgifter til individuelt offentligt konsum, mens kun et par procent er til kollektivt offentligt konsum.

Til brug for analyserne i dette kapitel er udarbejdet en database, som kobler individers brug af offentlige sundhedsydelser med deres alder og andre socioøkonomiske karakteristika. Databasen dækker hele befolkningen i perioden 2000 til 2007. Databasen er baseret på oplysninger fra følgende registre:

- *Landspatientregisteret*: Oplysninger om indlæggelser og ambulante behandlinger på somatiske (dvs. ikke psykiatiske) hospitalsafdelinger. Omkostningen ved forskellige behandlinger er beregnet ud fra de såkaldte DRG- og DAGS-takster, som er mål for driftsomkostningen ved en række forskellige indlæggelser og ambulante behandlinger. I disse takster indgår ikke udgifter til f.eks. hospitalsbygninger og medicinsk udstyr. Taksterne vil således være mindre end de langsigtede omkostninger, jf. afsnit II.7 for en nærmere beskrivelse af DRG- og DAGS-taksterne
- *Det psykiatriske centrale forskningsregister*: Oplysninger om behandling på psykiatiske hospitalsafdelinger bl.a. antal indlæggelsesdage samt ambulante behandlinger. For at beregne udgiften anvendes sengedagstaksten og taksten for ambulant behandling i forbindelse med psykiatiske behandlinger
- *Lægemiddeldatabasen*: Indeholder oplysninger om salgspriser og offentligt medicintilskud for receptpligtig medicin. I analyserne præsenteret her indgår kun det offentlige medicintilskud (ikke patienters egenbetaling)
- *Sygesikringsstatistikregisteret*: Oplysninger om udgiften ved besøg hos læge, speciallæge og andre ambulante sygesikringsydelser
- *Dødsårsagsregisteret*: Indeholder oplysninger om dødstidspunkt og dødsårsager for personer, der er døde inden 2009

I databasen indgår der ikke oplysninger om individuelle ældreplejeudgifter, som f.eks. plejehjem og hjemmehjælp. Databasen indeholder individuelt fordelte sundhedsudgifter svarende til knap 80 pct. af det samlede offentlige forbrug på individuelle sundhedsydelser (fraregnet et skøn for de sundhedsudgifter, som har karakter af ældrepleje). De manglende godt 20 pct. (svarende til omkring 18-19 mia. kr.) skyldes for en stor dels vedkommende, at de individuelt fordelte hospitalsudgifter er mindre end de samlede offentlige hospitalsudgifter, bl.a. fordi DRG- og DAGS-taksterne ikke medregner udgifter til bygninger og medicinsk udstyr. Endvidere har der ikke været tilgængelige registeroplysninger for en række sundhedsydelser som f.eks. kommunal børnetandpleje. I afsnit II.4, som analyserer udviklingen i sundhedsudgifterne i en makroøkonomisk model, foretages en proportional opregning af sundhedsudgifterne fordelt på alder, således at disse udgifter er på niveau med de samlede nationale sundhedsudgifter. Ved opgørelse af sundhedsudgifterne i faste priser er anvendt deflatoren for offentligt forbrug.

Alder og afstand til døden

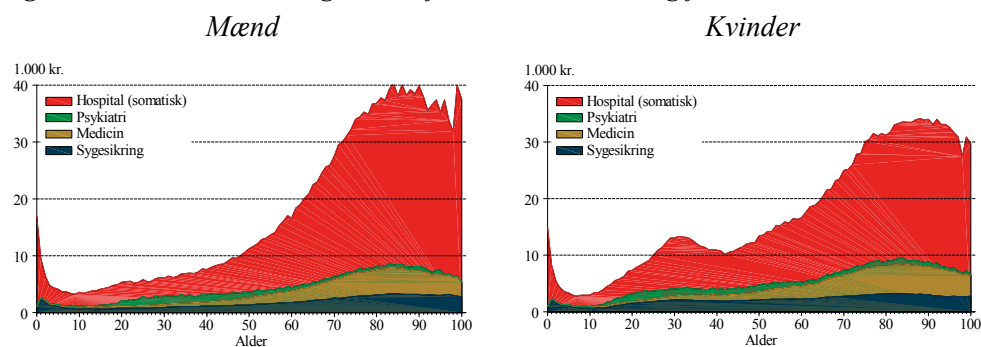
Sundhedsudgifter og alder

Der er stor variation i de gennemsnitlige aldersbetingede sundhedsudgifter pr. person over livsforløbet. I de første leveår er der et forholdsvist højt forbrug af offentlige sundhedsydelser, jf. figur II.6. Sundhedsudgifterne er lavest i 5-10 års alderen. Fra ca. 50 års alderen er der en betydelig vækst i sundhedsudgifterne frem til ca. 85 års alderen. Herefter aftager de gennemsnitlige sundhedsudgifter pr. person. Et tilsvarende mønster for sundhedsudgifterne kan genfindes i andre lande, jf. OECD (2006).

Sundhedsudgifter og køn

Sundhedsudgifterne udvikler sig lidt forskelligt for mænd og kvinder over livsforløbet. Således er sundhedsudgifterne relativt høje for kvinder i de år, hvor de får børn, og deres sundhedsudgifter er også generelt højere end mænds i de øvrige erhvervsaktive aldersklasser. Herefter har mændene højere sundhedsudgifter.

Figur II.6 Gennemsnitlige aldersfordelte sundhedsudgifter i 2007



Anm.: I beregningen af de gennemsnitlige aldersfordelte sundhedsudgifter deles med antallet af personer i den relevante aldersklasse ultimo året tillagt halvdelen af antal afdøde i den pågældende aldersklasse i løbet af året.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata, jf. boks II.3.

Hospitalsudgifter vokser med alderen

Det er især stigende udgifter til hospitalsbehandling, som er årsag til, at sundhedsudgifterne vokser med alderen. Udgiften til sygesikring og medicin vokser også i et vist omfang med alderen, mens udgifter til psykiatrisk behandling er højest for personer mellem 20 år og 50 år.

Større vækst i sundhedsudgiften for mænd

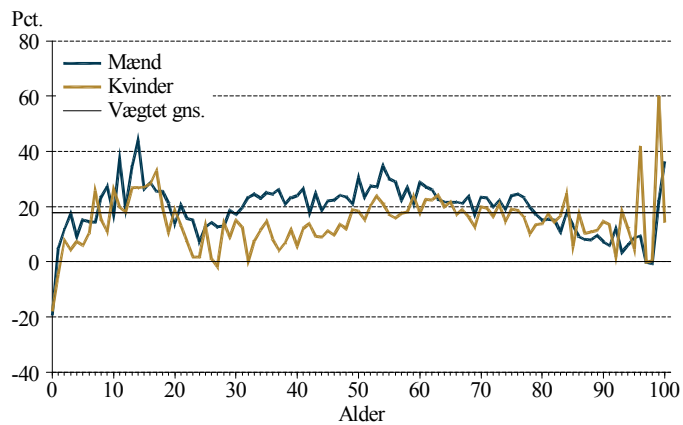
Der har fra 2000 til 2007 været en vækst i de gennemsnitlige aldersfordelte reale sundhedsudgifter for alle aldersgrupper med undtagelse af de mindste børn, jf. figur II.7. Den gennemsnitlige vækst er på i alt 18 pct. svarende til en gennemsnitlig real vækst på 2,4 pct. pr. år. Væksten i sundhedsudgifterne har været relativt stor for større børn. Selve niveauet for udgifterne til børn er dog lavt. Specielt har der været en større vækst i sundhedsudgifterne for mænd i alderen 30 til 60 år sammenlignet med væksten for kvinder. Endelig synes væksten i sundhedsudgifterne at have været aftagende med alderen for de 80-95 årige.⁸ Lavere vækst i sundhedsudgifterne for de ældste kan være udtryk for, at sund aldring over tid mindsker behovet for sundhedsydelser i givne aldersgrupper blandt de ældste.

Fordeling af samlede udgifter afhænger af de store årgange

Selvom de aldersafhængige sundhedsudgifter pr. person er højest for en person omkring de 80-90 år, så er de samlede sundhedsudgifter højere for de 60-80 årige, jf. figur II.8. Dette afspejler, at der er færre personer i alderen 80-90 år end i alderen 60-70 år og 70-80 år. Aldersfordelingen af de samlede sundhedsudgifter pr. kohorte er kraftigt påvirket af årgangssammensætninger, som f.eks. de store efterkrigsårgange, der i 2000 er omkring 54 år og i 2007 omkring 61 år. Dette er en væsentlig årsag til forskellene i 2000 og 2007 i figur II.8.

8) I USA er sundhedsudgifterne for de ældste ældre vokset betydeligt mere end for de yngre ældre, jf. Cutler og Meara (1999). Stigningen skyldes hovedsageligt væksten i de dele af sundhedsudgifterne, der er sammenlignelige med ældreplejeudgifter i Danmark. Ældreplejeudgifter indgår imidlertid ikke i de her illustrerede data for Danmark.

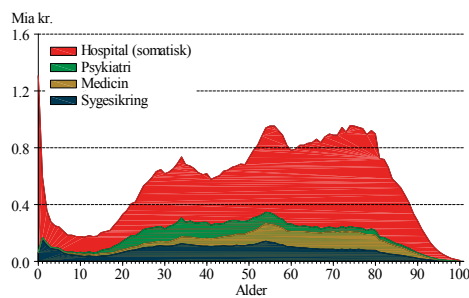
Figur II.7 Vækst i sundhedsudgifter fra 2000 til 2007



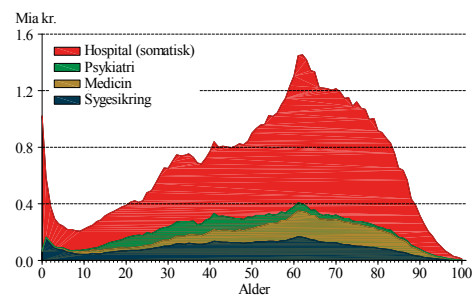
Anm.: Real vækst i gennemsnitlige aldersfordelte sundhedsudgifter. Vægtet gennemsnitlig vækst på 18 pct. er beregnet ud fra fordelingen af befolkningen på aldersklasser i 2007.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

Figur II.8 Samlede aldersfordelte sundhedsudgifter
2000



2007



Anm.: 2007-priser.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

Sundhedsudgifter og afstand til død

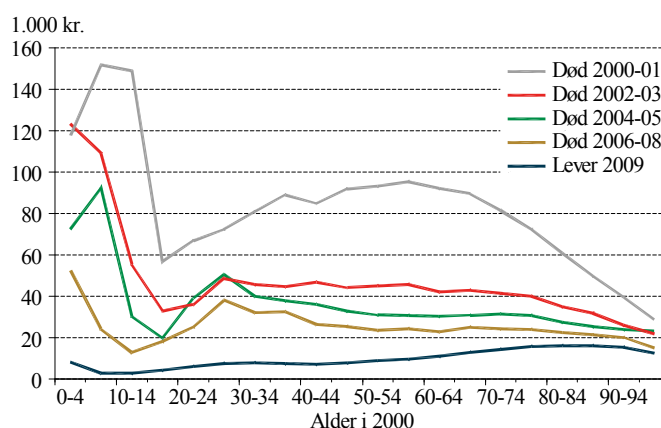
Terminaludgifter

En række undersøgelser har påpeget, at sundhedsudgifterne er særligt høje i de sidste leveår, hvor helbredstilstanden er dårlig. Høje sundhedsudgifter op til døden – såkaldte terminaludgifter – kombineret med stigende dødelighed for ældre er ifølge disse undersøgelser den væsentligste forklaring på, at sundhedsudgifterne vokser med alderen, jf. boks II.4.

Afstand til døden har stor betydning

De gennemsnitlige aldersfordelte sundhedsudgifter afhænger i høj grad af afstand til dødstidspunktet, jf. figur II.9. Figuren viser de gennemsnitlige aldersfordelte sundhedsudgifter i 2000 opdelt på personer med forskellig afstand til død. Den øverste grå kurve angiver således de aldersfordelte sundhedsudgifter for personer, der dør i samme år eller året efter (dvs. i 2000 og 2001). Den røde kurve er udgiften for personer, der dør 2-3 år efter (i 2002 og 2003). Den blå kurve er sundhedsudgiften i 2000 for personer, som endnu levede primo 2009. Som det fremgår, er sundhedsudgifterne betydeligt højere for dem, der er tæt på at dø sammenlignet med personer, som ikke var døde primo 2009.

Figur II.9 Gennemsnitlige sundhedsudgifter i 2000 for personer med forskellig afstand til død



Anm.: Sundhedsudgifter i 2007-priser. Angivet for 5 års aldersintervaller.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

Sundhedsudgifterne for ældre er væsentligt højere end for yngre, og længere levetid betyder, at der kommer flere ældre. Umiddelbart leder dette til en forventning om, at der kommer en drastisk stigning i sundhedsudgifterne. I forbindelse med hypotesen om "sund" aldring er der imidlertid sat spørgsmålstejn ved, om forlængelser af levetiden leder til en så drastisk stigning i sundhedsudgifterne, som uændrede gennemsnitlige aldersfordelte udgifter ville føre til. Dette skal ses i lyset af, at sundhedsudgifterne op til døden (terminaludgifter) er meget høje, jf. f.eks. Felder mfl. (2000); Hoover mfl. (2002).

I et af de første mere formaliserede forsøg på at adskille effekterne af alder og terminaludgifter argumenteres der for, at de høje sundhedsudgifter for ældre skyldes, at en høj andel af de ældre er ved at blive behandlet for en livstruende sygdom, jf. Zweifel mfl. (1999). For at adskille alderseffekter fra terminaludgifter medtager Zweifel mfl. variabler for senere afdødes afstand til død i estimationer af individers sundhedsudgifter. Når variabler for afstand til død blev medtaget, blev aldersvariablen i pågældende undersøgelse insignifikant. På den baggrund konkluderedes, at alder overhovedet ikke har nogen direkte effekt på sundhedsudgifterne (ud over den indirekte effekt af alder i forhold til forhøjet mortalitet).

Et grundlæggende problem er spørgsmålet om kausaliteten mellem sundhedsudgifter og alder. I analyser baseret på ovenstående tilgang betragtes sundhedsudgifterne som en funktion af afstand til død. Behandling i sundhedsvæsenet har imidlertid til formål at forbedre helbredstilstanden og i sidste ende forlænge livet. Afstand til død kan således være en endogen variabel i forhold til sundhedsudgifterne, jf. Salas og Raftery (2001) og Felder mfl. (2000).

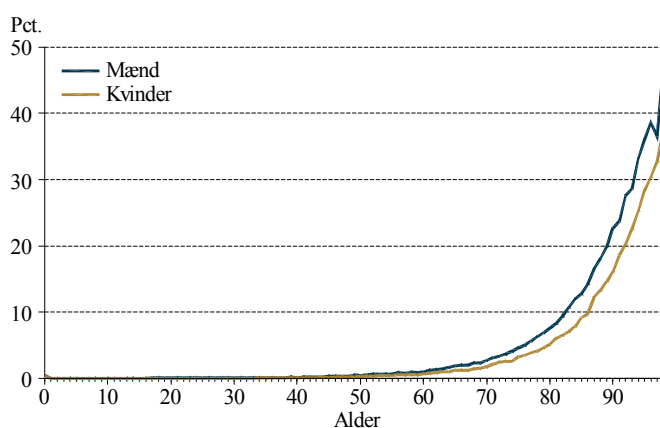
Der har været kritik af den konkrete økonometriske specifikation anvendt i Zweifel mfl. (1999), fordi denne kan undervurdere betydningen af aldring. Senere bidrag tyder da også på, at selvom afstand til død er en væsentlig faktor i beskrivelsen af sundhedsudgifterne, så spiller alder også en rolle i sig selv, jf. f.eks. Häkkinen (2007), Zweifel mfl. (2004) samt Seshamani og Gray (2004b).

Flere undersøgelser finder effekter på sundhedsudgifterne op til 2-5 år før dødstidspunktet, men der er også eksempler på, at afstand til død har betydning helt op til 15 år før døden indtræder, jf. Seshamani og Gray (2004a). Der har også været danske undersøgelser på området, men disse tager kun højde for afstand til død lige op til død, således at den samlede effekt af afstand til død formentlig undervurderes, jf. Madsen mfl. (2002) og Serup-Hansen mfl. (2002).

Alder har mindre betydning

Det fremgår også af figuren, at de kraftigt stigende gennemsnitlige sundhedsudgifter i figur II.6 i høj grad kan tilskrives indflydelsen fra terminaludgifter. Den nederste (blå) kurve i figur II.9 viser, hvordan sundhedsudgifterne udvikler sig med alderen for personer, som lever i mindst otte år mere. Her er den aldersbetingede vækst i sundhedsudgifterne beskeden i forhold til de gennemsnitlige aldersbetingede sundhedsudgifter i figur II.6. Her er stigningen i høj grad udtryk for, at mortaliteten vokser med alderen, således at der for ældre kommer flere personer med tæt afstand til døden og færre med lang afstand til døden, jf. figur II.10. Udviklingen vist i figur II.6 udtrykker således en sammenblanding af alderseffekter og terminaleffekter.

Figur II.10 Aldersfordelte dødshyppigheder



Anm.: Baseret på data fra 2007 og 2008.

Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken.

Effekt af afstand til død op til 9 år

Afstand til døden har indflydelse på sundhedsudgifterne selv 6-9 år inden dødstidspunktet. Således ligger sundhedsudgifterne i 2000 for personer, der dør i 2006-08, over sundhedsudgifterne for personer, som endnu ikke er døde ved indgangen til 2009, jf. figur II.9.

Terminaludgifter aftager med alderen

Endelig fremgår det, at terminaludgiften falder ganske væsentligt fra 60-70 års alderen. Aftagende terminaludgifter for de ældste er også fundet på amerikanske og europæiske

undersøgelser, jf. Cutler og Sheiner (1998), Cutler og Meara (1999) og OECD (2006). I modsætning hertil er terminaludgifterne for børn meget høje. Der kan være forskellige forklaringer på de aftagende terminaludgifter. En mulig forklaring er, at sundhedsvæsenet prioriterer unges liv højt i forhold til de ældstes liv. De faldende terminaludgifter for de ældste kan også skyldes, at det er vanskeligt at behandle ældre svækkede mennesker med succes, eller at det er andre sygdomme, som rammer de ældre. Endelig kan de faldende terminaludgifter skyldes, at en del af de ældre "sover stille ind" uden at blive behandlet i nævneværdig grad.

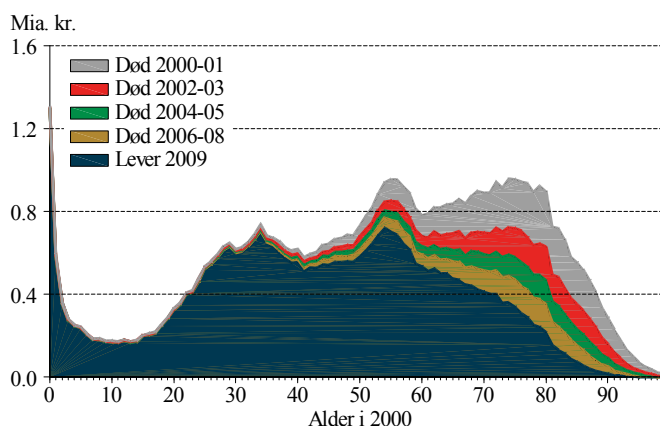
**Terminaludgifter
når levetiden
forlænges**

I forbindelse med fremskrivning af sundhedsudgifterne bør det overvejes, om terminaludgifterne også fremover vil aftage ved 60-70 års alderen, eller om "knækket" i terminaludgifterne forskydes i takt med, at levetiden forlænges. Dette kan kun belyses empirisk med aldersfordelte sundhedsudgifter over en meget lang periode. Det forekommer dog mest plausibelt, at forlængelser i levetiden også udskyder faldet i terminaludgifterne. Hvis levetiden forlænges med f.eks. ti år, vil det formentlig afspejle, at en fremtidig 80-årig har en bedre helbredstilstand. Dette må formodes at øge mulighederne for med succes at behandle den fremtidige 80-årige, som rammes af sygdom.

**Samlede
terminaludgifter
størst for de ældste**

Selv om terminalomkostningerne er høje for børn, så udgør terminaludgifter meget lidt i forhold til de samlede sundhedsudgifter for børn, da dødeligheden for børn er lav. Terminaludgifterne får primært betydning for de gennemsnitlige aldersbetingede sundhedsudgifter for personer over 50 år. Det fremgår af figur II.11, som viser de samlede aldersfordelte sundhedsudgifter opdelt i forhold til, hvor store udgifterne i 2000 var til behandling af personer, som fortsat er i live ved indgangen til 2009, eller som døde efter henholdsvis 0-2 år, 2-4 år, 4-6 år eller 6-9 år.

Figur II.11 Samlede sundhedsudgifter i 2000 opdelt efter personers afstand til død



Anm.: 2007-priser.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

14 pct. til personer der dør inden for 0-2 år

I 2000 blev 14 pct. af de samlede sundhedsudgifter anvendt til personer, der døde inden for de følgende to år og 34 pct. til personer, der døde inden for ni år. Ses alene på sundhedsudgifterne for de 65+ årige, så er de tilsvarende tal 28 pct. (inden for to år) og 68 pct. (inden for ni år).

Sundhedsudgifter ved forlængelse af levetiden

Som beskrevet ovenfor stiger sundhedsudgifterne i årene op til dødstidspunktet. Ved forlængelser af levetiden vil de gennemsnitlige sundhedsudgifter inden for givne aldersgrupper falde, fordi afstanden til døden vokser. Dette vil være konsekvensen ved såkaldt "sund" aldring.

Økonometrisk analyse

Der er udført en økonometrisk analyse for at belyse størrelsen af denne effekt. Analysen er udført på baggrund af data for offentlige udgifter til hospitalsbehandling (somatisk og psykiatrisk), sygesikring og medicin, jf. boks II.3. Analysen er gennemført på oplysninger om sundhedsudgifterne i 2000-03, hvilket gør det muligt at medtage effekter af afstand til døden op til seks år før dødstidspunktet. En nærmere beskrivelse af den økonometriske analyse kan findes i boks II.5.

Der er udført en økonometrisk analyse af sammenhængen mellem offentlige sundhedsudgifter, alder og afstand til døden. Den estimerede model er efterfølgende anvendt til at forudsige de fremtidige sundhedsudgifter, som er en funktion af den fremtidige alders- og kønsfordeling i befolkningen og udviklingen i de alders- og kønsfordelte dødeligheder. De forventede fremtidige sundhedsudgifter vil således afspejle, at levetiden forventes at stige, jf. figur II.12. Metodemæssigt svarer analysen til den type af analyser, der er beskrevet i boks II.4. Modellen estimeres på et 10 pct. udtræk af befolkningen for perioden 2000 til 2003. Med denne periode er det muligt at observere afstand til døden i op til seks år.

Model

Lad E_{it} være offentlige sundhedsudgifter i år t for person i , mens A_{it} angiver alder, S_i køn og $D01_{it}$ er en dummyvariabel, som angiver om individ i dør i løbet af år t . Tilsvarende angiver $D12_{it}$ om individ i dør i løbet af det følgende år (afstand til døden 1 til 2 år) osv. Den estimerede model har følgende form (for at forenkle fremstillingen er den viste model noget simplere end den faktisk estimerede model):

$$\begin{aligned} \text{Log}(E_{it}) = & \beta_0 + \beta_1 A_{it} + \beta_2 A_{it}^2 + \beta_3 S_i + \beta_4 S_i A_{it} + \beta_5 S_i A_{it}^2 + \\ & \beta_6 D01_{it} + \beta_7 D12_{it} + \beta_8 D23_{it} + \beta_9 D34_{it} + \beta_{10} D45_{it} + \\ & \beta_{11} D56_{it} + u_{it} \end{aligned} \quad (1)$$

Ligning (1) estimeres for personer med positive sundhedsudgifter. I et givet år er der en del af befolkningen – ca. 7 pct. – som ikke har modtaget nogen offentlige sundhedsydelser. Derfor er estimeret en tilsvarende model, som belyser sandsynligheden for, at sundhedsudgifterne er positive:

$$\begin{aligned} P(E_{it} > 0) = & \gamma_0 + \gamma_1 A_{it} + \gamma_2 A_{it}^2 + \gamma_3 S_i + \gamma_4 S_i A_{it} + \gamma_5 S_i A_{it}^2 + \\ & \gamma_6 D01_{it} + \gamma_7 D12_{it} + \gamma_8 D23_{it} + \gamma_9 D34_{it} + \gamma_{10} D45_{it} + \\ & \gamma_{11} D56_{it} + v_{it} \end{aligned} \quad (2)$$

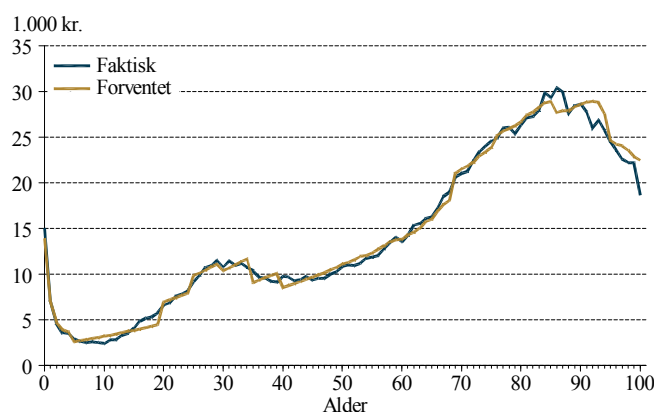
Dummyvariablene for afstand til døden tager højde for, at sundhedsudgifterne er højere for personer, som er tæt på at dø. I den forenklede specifikation vist i (1) og (2) er effekten af afstand til døden konstant for alle individer uafhængig af alder. I den estimerede specifikation er der imidlertid taget højde for, at der er et "knæk" i betydningen af afstand til døden, idet der er et fald i terminaludgifterne for de ældre, jf. figur II.9. I den estimerede model er dette gjort på en måde, så knækket i terminaludgifterne udskydes i takt med, at den forventede restlevetid for de ældre vokser.

Forudsigelse af sundhedsudgifter

Det antages, at residualerne u_{it} og v_{it} er uafhængige, og ligning (1) og (2) kan derfor estimeres separat (en såkaldt two-part model). I two-part modellen kan de forudsagte sundhedsudgifter beregnes som produktet af de forventede sundhedsudgifter beregnet ved brug af de estimerede parametre fra (1) multipliceret med sandsynligheden for positive sundhedsudgifter beregnet ud fra ligning (2).

Model (1) angiver sundhedsudgifterne i logaritmer. For at beregne de retransformerede sundhedsudgifter (dvs. E_{it} i stedet for $\log(E_{it})$) er det ikke nok blot at foretage en simpel eksponentiel retransformation, da dette vil give et underkantsskøn for den forventede værdi af E_{it} . Der findes en gængs metode til retransformation, jf. Duan (1983), men denne forudsætter, at residualerne er homoscedastiske. Dette er ikke opfyldt i disse estimationer. For at løse dette problem er ligning (1) estimeret som en GLM model med et loglink, jf. Manning og Mullahy (2001) og Seshamani og Gray (2004a); Seshamani og Gray (2004b). Det fremgår af figur A, at der fås et godt fit mellem de faktiske gennemsnitlige aldersfordelte sundhedsudgifter i forhold til de forudsagte sundhedsudgifter. Til beregning af de fremtidige sundhedsudgifter erstattes dummyvariableerne for afstand til død med beregnede sandsynligheder for at dø ud fra DREAM's befolkningsfremskrivning. Dette giver de sundhedsudgifter, der er angivet i figur II.12.

Figur A Forventet og faktisk sundhedsudgifter for kvinder fordelt på alder



En nøjere beskrivelse af estimation og beregninger af de fremtidige sundhedsudgifter kan fås ved henvendelse til De Økonomiske Råds Sekretariat.

**Fald i
aldersbetingede
dødeligheder**

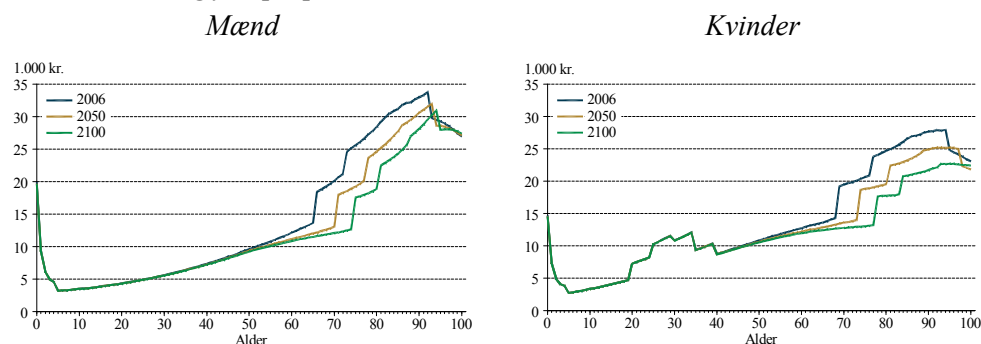
Der ventes et fortsat fald i de aldersbetingede dødeligheder, jf. Hansen og Barington (2009). For eksempel havde en 85-årig kvinde i 2006 en dødsrisiko på 8,3 pct. inden for ét år. I 2050 er den forventede dødsrisiko reduceret til 5,3 pct. for denne aldersgruppe, mens den er 3,2 pct. i 2100. De tilsvarende tal for en mand er henholdsvis 11,5 pct., 7,7 pct. og 4,6 pct. I det følgende illustreres resultaterne af den økonometriske undersøgelse ved dens implikationer for de aldersfordelte sundhedsudgifter af et fald i de aldersbetingede dødeligheder.

**Beregning af sund
aldring**

Den økonometriske undersøgelse viser, at ud over alderen i sig selv er den tidsmæssige afstand til død en hovedfaktor til forklaring af sundhedsudgiften inden for en bestemt aldersgruppe. Dette indebærer, at efterhånden som restlevetiden for ældre øges, vil terminaldelen af sundhedsudgifterne forskydes, hvorfor den resterende sundhedsudgift inden for en given aldersgruppe falder. Anvendelse af undersøgelsesresultaterne fører til de fremskrevne aldersprofiler for sundhedsudgifter, som fremgår af figur II.12. Det ses, at sund aldring især har betydning for de gennemsnitlige aldersfordelte sundhedsudgifter for personer over 65 år. Dette skyldes, at det er fra 65-årsalderen, dødshyppigheden bevæger sig markant over nul. Som eksempel falder de forventede årlige sundhedsudgifter for en 85-årig kvinde med 13 pct. fra 2006 til 2050. Frem til 2100 ventes faldet at være på i alt 21 pct.⁹

9) Bemærk at denne beregning er foretaget på baggrund af sundhedsudgifterne for perioden 2000 til 2003. De faktiske sundhedsudgifter i 2006 vil derfor være højere end det, der er gengivet i figur II.12, fordi der har været en stigning i de samlede sundhedsudgifter fra 2003 til 2006. I de senere beregninger af betydningen af aldring for de fremtidige sundhedsudgifter i afsnit II.4 korrigeres for denne forskel.

Figur II.12 Effekten af længere levetid på fremtidige aldersbetingede sundhedsudgifter pr. person



Anm.: I 2006-priser (baseret på udgiftsniveau i 2000 til 2003).

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata og DREAM's befolkningsfremskrivning.

Effekt af sund aldring undervurderes

I beregningen af sund aldring er der på grund af begrænsninger i datamaterialet kun taget højde for højere sundhedsudgifter op til seks år før døden. Det fremgik imidlertid tidligere af figur II.9, at der er effekter af afstand til døden endnu længere tilbage. Dette tyder på, at der burde tages højde for afstand til døden for en længere periode. Beregningen af de fremtidige sundhedsudgifter ventes derfor at undervurdere betydningen af sund aldring og dermed i nogen grad at overvurdere udviklingen i de demografisk betingede sundhedsudgifter.

Afstand til død også vigtig for udgifter til ældrepleje

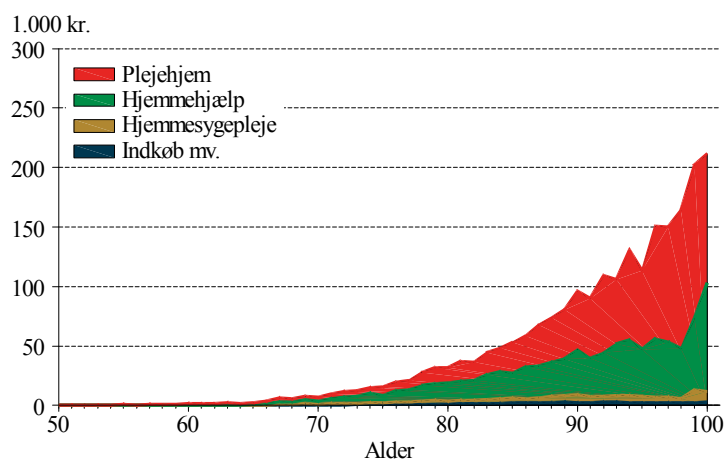
Der indgår ikke udgifter til ældrepleje i de individuelt fordelte sundhedsudgifter, men på baggrund af oplysninger om ældreplejeudgifter for beboere i Københavns Kommune for 2007 er det muligt at vurdere betydningen af afstand til døden for denne type udgifter, jf. boks II.6. Ikke overraskende stiger de gennemsnitlige udgifter til ældrepleje med alderen. Afstand til død har dog også stor betydning i forhold til udgifter til ældrepleje. Dette betyder, at sund aldring også for ældreplejeudgifterne vil bidrage til, at dele af ældreplejeudgifterne vil blive udskudt i takt med forlængelser af levetiden.

Københavns Kommune har stillet oplysninger til rådighed om udgifterne til ældrepleje til borgere i København for årene 2007 og 2008. Dette gør det muligt at få et indtryk af fordelingen af udgifterne til ældrepleje og betydningen af afstand til døden for personer, der dør i 2007 og 2008, dvs. for en relativ kort afstand til døden.

Data omfatter individuelle ældreplejeudgifter, som plejeudgifter for beboere på plejehjem, hjemmehjælp, hjemmesygepleje samt hjælp til indkøb og tøjvask. Med hensyn til beboere på plejehjem indgår kun knap halvdelen af de samlede udgifter til plejehjem (eksklusive egenbetaling).

De gennemsnitlige aldersfordelte udgifter til både plejehjem og hjemmehjælp stiger kraftigt med alderen. Stigningen synes i særlig grad at hidrøre fra udgifter til plejhjemsbeboere, jf. figur A.

Figur A Aldersfordelte ældreplejeudgifter i Københavns Kommune, 2007



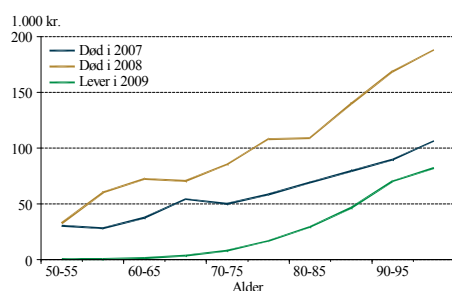
Anm: Udgifter til plejehjem omfatter kun knap halvdelen af de samlede udgifter til plejehjem, idet selve udgiften ved at stille boligen til rådighed (kapital og driftsomkostninger ud over plejen af beboerne) ikke indgår.

Afstand til døden har også betydning for udgifterne til ældrepleje. Således er udgifterne til ældrepleje væsentligt højere for personer, som dør inden for to år sammenholdt med overlevende efter to år, dvs. terminaludgiften spiller en betydelig rolle på samme måde, som det er tilfældet i forhold til andre sundhedsudgifter, jf. figur B og C.

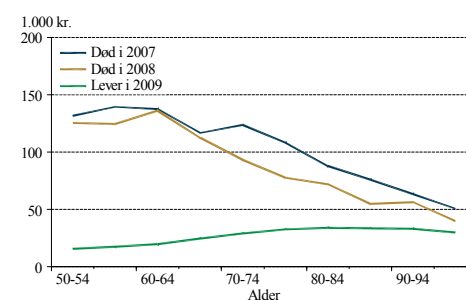
Der er imidlertid forskel i betydningen af aldring og terminaleffekter, når man sammenligner sundhedsudgifter og ældreplejeudgifter. Sammenlignes de overlevende (de grønne kurver), synes der ikke at være en selvstændig alderseffekt i sundhedsudgifterne, mens der er en klar alderseffekt for ældreplejeudgifterne, idet ældreplejeudgifter stiger med alderen for overlevende. Potentielt kan dette dog skyldes, at man med de pågældende data kun kan kontrollere for afstand til døden op til to år.

For sundhedsudgifter aftager terminaludgifterne med alderen, men dette synes ikke at være tilfældet for udgifter til ældrepleje. Endelig vejer sundhedsudgifterne særlig tungt i selve dødsåret (blå kurve højest), selv om personer, der dør i starten af 2007, ikke har så lang tid til at modtage sundhedsydelse. Dette er ikke så ud-talt for ældreplejeudgifterne, idet udgiften her er højere for personer, der dør året efter (lysebrun kurve højest). Forklaringen på dette er formentlig, at sundhedsudgifterne er særlig høje i månederne op til døden, mens ældreplejeudgifterne kommer tidligere i forhold til dødstidspunktet.

Figur B Ældreplejeudgifter og afstand til død, 2007



Figur C Sundhedsudgifter og afstand til død, 2007



Anm: Gennemsnitlige udgifter i 2007 for beboere i Københavns Kommune fordelt på alder i 2007.

Af de medtagne ældreplejeudgifter i 2007 blev godt 36 pct. brugt på personer, som døde i løbet af 2007 og 2008. Det tilsvarende tal for sundhedsudgifterne for beboere i København er på 13 pct. og på 28 pct., når man blot ser på de 65+ årige i kommunen. Dette tyder på, at terminaludgifter har større betydning i forhold til ældreplejeudgifter end sundhedsudgifter.

**Anden metode til
beregning af sund
aldring**

Finansministeriet bruger en anden metode til beregning af sund aldring baseret på gennemsnitlige udgifter for forskellige aldersklasser opdelt i forhold til afstand til døden og "overlevende". Der tages højde for højere sundheds- og ældreplejeudgifter i op til tre år før dødstidspunktet, jf. Finansministeriet (2007). Beregningen af de fremtidige sundheds- og ældreplejeudgifter baseres på den fremtidige udvikling i de aldersfordelte dødeligheder på samme måde som skitseret ovenfor.

**Fremtidige
ældreplejeudgifter**

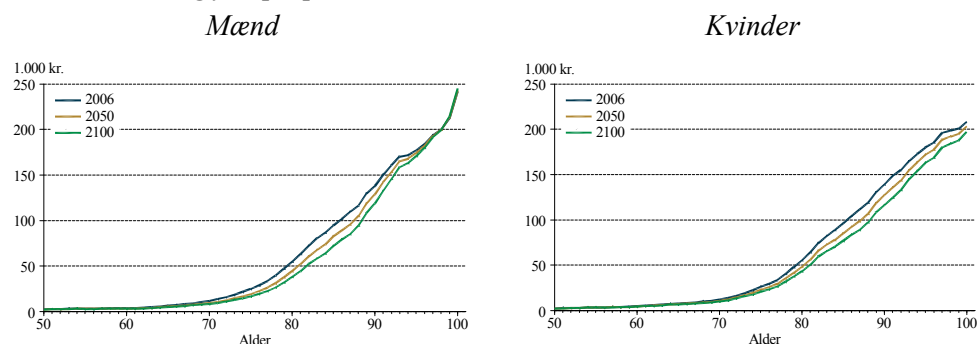
DREAM har til brug for analyserne i følgende afsnit foretaget en beregning af konsekvenserne af længere levetid for de fremtidige ældreplejeudgifter ud fra Finansministeriets metode. Dette giver et fald i de aldersfordelte ældreplejeudgifter, som gengivet i figur II.13. Sammenholdt med de fremtidige udgifter til sundhed i figur II.12 indtræder effekten af sund aldring lidt senere for ældreplejeudgifterne.¹⁰

**Fald på 13 pct. i
2050 for 85-årig
kvinde**

Sund aldring leder til et fald i de gennemsnitlige udgifter til ældrepleje, som for en 85-årig kvinde svarer til en reduktion i den gennemsnitlige udgift på 13 pct. fra 2006 til 2050 og en samlet reduktion på 24 pct. frem til 2100. Disse fald har nogenlunde samme størrelsesorden som faldet i sundhedsudgifterne for en 85-årig kvinde.

10) Bemærk at niveauerne for sundhedsudgifter i figur II.12 og ældreplejeudgifterne i figur II.13 ikke direkte kan sammenlignes. Ældreplejeudgifterne er således "opregnet", så de harmoniserer med makro udgiften i 2006.

Figur II.13 Effekten af længere levetid på fremtidige aldersbetingede ældreplejeudgifter pr. person



Anm.: Aldersfordelte ældreplejeudgifter i 2006-priser. Niveauet for de aldersfordelte ældreplejeudgifter er opregnet, så det svarer til et skøn for de samlede aggregerede ældreplejeudgifter (både under sundhed og social service) i 2006.

Kilde: Beregninger foretaget af DREAM-gruppen.

Opsummering

Fokus på demografiske effekter

Dette afsnit har fokuseret på de demografiske effekters betydning for udviklingen i de gennemsnitlige aldersfordelte sundhedsudgifter. Sundhedsudgifterne stiger med alderen, men langt den største del af denne stigning kan tilskrives højere terminaludgifter kombineret med stigende dødelighed for ældre. Dette er i overensstemmelse med tilstedeværelsen af sund aldring, som leder til, at de gennemsnitlige aldersfordelte sundhedsudgifter for de ældre falder i takt med, at levetiden forlænges. Som eksempel vurderes det, at behovet for sundhedsydelser i 2050 for en 85-årig kvinde vil være 13 pct. lavere end i 2006. Sund aldring forventes også at mindske de fremtidige aldersafhængige udgifter pr. person til ældrepleje i nogenlunde samme størrelsesorden.

II.4 De fremtidige sundhedsudgifter

Effekt på finanspolitisk holdbarhed

I dette afsnit analyseres den langsigtede udvikling i de offentlige sundhedsudgifter. Formålet er at vurdere den fremtidige udvikling i udgifterne til sundhed, og hvordan

denne vil påvirke de offentlige udgifter og indtægter på lang sigt, dvs. den finanspolitiske holdbarhed. Beregningerne foretages ud fra DREAM's befolkningsfremskrivning kombineret med effekterne af sund aldring, der medfører, at de fremtidige årlige sundheds- og ældreplejeudgifter pr. person i en given aldersgruppe reduceres i takt med, at levetiden forlænges, jf. afsnit II.3. Sund aldring vil delvist modvirke stigningen i udgifterne som følge af længere levetid.

Det skal bemærkes, at "sundhedsudgifter" i det følgende refererer til sundhedsudgifter, som de er defineret af Danmarks Statistik. I det ovenstående afsnit blev betegnelsen "sundhedsudgifter" brugt i forhold til de analyserede data på individniveau, som ikke indeholdt oplysninger om bl.a. ældrepleje.

Indhold i afsnit

Afsnittet er struktureret som følger. Først beskrives antagelser vedrørende væksten i sundhedsudgifterne. Dernæst beregnes udviklingen i de fremtidige sundhedsudgifter og betydningen af forskellige faktorer vurderes på baggrund af en række følsomhedsanalyser. Endelig beskrives det, hvordan udviklingen i sundhedsudgifterne vil påvirke de offentlige udgifter på lang sigt.

Demografiske og ikke-demografiske faktorer

Udviklingen i sundhedsudgifterne er påvirket både af demografiske og ikke-demografiske faktorer, hvor sidstnævnte f.eks. er øget efterspørgsel efter sundhedsydelser som følge af øget velstand og flere behandlingsmuligheder. I forhold til effekten af øget velstand på lang sigt er det afgørende, om sundhedsudgifterne vokser mere end produktiviteten, som er bestemmende for vækstraten i økonomien.

Stigende sundhedsudgifter

Sundhedsudgifterne udgør en stigende andel af BNP i OECD-landene. I modsætning hertil har sundhedsudgifterne i Danmark frem til dette årti udgjort en nogenlunde konstant andel af BNP siden 1970. I de senere år har der også i Danmark været en stigning i sundhedsudgifterne i forhold til BNP, som bl.a. skal ses i lyset af et gradvist skift fra et udpræget ramkestyret hospitalsvæsen til et system, der i højere grad fokuserer på at undgå ventetid i behandlingen,

dvs. et system, som i højere grad er drevet af efterspørgslen eller behovet for behandling.

**Beregning af
ikke-demografisk
vækstbidrag**

For at belyse mervæksten i sundhedsudgifterne i forhold til den generelle produktivitetsstigning er udført en analyse af væksten i sundhedsudgifterne i Danmark fra 1993 til 2008. Hensigten er at dekomponere væksten i demografiske og ikke-demografiske faktorer, samt bestemme hvordan det ikke-demografiske vækstbidrag relaterer sig til udviklingen i produktiviteten i samme periode.

Metode

Analysen er baseret på en metode beskrevet i Hagist og Kotlikoff (2005), som også tidligere har været anvendt til at belyse udviklingen i sundhedsudgifterne i Danmark frem til 2002, jf. Pedersen og Hansen (2006). Udgangspunktet for analysen er en opdeling af den samlede vækst i de offentlige sundhedsudgifter i en demografisk del og en del, der vedrører udviklingen i det reale ydelsesniveau pr. person. Metoden er baseret på en aldersfordeling for sundhedsudgifterne i et givet år. Formålet er at beregne, hvor stor en del af væksten, som kan tilskrives forskydninger mellem aldersgrupperne, og hvor meget der kan tilskrives en gennemsnitlig vækst i sundhedsudgifterne for de forskellige aldersklasser.

**Ikke-demografisk
vækstbidrag på
knap 2 pct. pr. år
...**

Analysen viser, at ud af den samlede årlige reale vækst på 2,4 pct. i perioden 1993 til 2008 kan omkring 0,6 pct.point tilskrives demografiske effekter, mens 1,8 pct.point kan tilskrives ikke-demografiske forhold. I beregningen af det demografiske vækstbidrag er der imidlertid ikke taget højde for sund aldring, idet der er anvendt konstante aldersprofiler for sundhedsudgifterne. Derved er vækstbidraget fra de demografiske effekter overvurderet, mens bidraget fra de ikke-demografiske faktorer er undervurderet. Der er derfor til brug for dette kapitel foretaget en fornyet analyse, hvor der netop tages højde for sund aldring. Dette gøres ved en beregning af de aldersfordelte sundhedsudgifter (givet sund aldring) bagud i tid, som er analog til den beregning, der ligger til grund for figur II.12. Resultatet indikerer, at det ikke-demografiske vækstbidrag med sund aldring er omkring 1,9-2,0 pct. pr. år. Sammenholdes dette tal med den faktiske udvikling i arbejdsproduktiviteten på 1,6 pct. pr. år,

**... mervækst på
godt 0,3 pct. pr. år**

er mervæksten i sundhedsudgiften på 0,3 til 0,4 pct. pr. person pr. år i forhold til stigningen i produktiviteten.¹¹

**Højere mervækst i
de seneste ti år**

Der kan imidlertid også argumenteres for, at mervæksten skal være højere end de 0,3 til 0,4 pct. pr. år ved en fremskrivning af sundhedsudgifterne. Ses på udviklingen i sundhedsudgifterne i tiåret 1999-2008, har der været en større stigning i sundhedsudgifterne. For denne periode fås et ikke-demografisk vækstbidrag på 2,8 pct. pr. år, når der er korrigeret for demografiske effekter og sund aldring. Givet en stigning i arbejdskraftproduktiviteten på 1,6 pct. pr. år svarer dette til en mervækst på 1,2 pct. pr. år.¹² Selv om udviklingstendenser over en relativt kort årrække bør tolkes med forsigtighed, så bekræfter dette, at der har været en særlig stor vækst i de senere år, som er sammenfaldende med overgangen til et mere efterspørgselsorienteret hospitalsvæsen.

**Højere mervækst
fremover?**

I OECD-landene som helhed har der været en mervækst i sundhedsudgifterne på omkring 1 pct. pr. år i perioden 1981 til 2002. Der er her taget højde for den stigning, der kan tilskrives demografiske ændringer og stigende indkomst, jf. afsnit II.2. Det er dog ikke givet, at der også i de kommende årtier vil være en så høj mervækst i sundhedsudgifterne i Danmark og de andre OECD-lande.

**Antagelser i
fremskrivninger**

I fremskrivningen af de offentlige sundhedsudgifter tages udgangspunkt i en mervækst i de ikke-demografisk betingede sundhedsudgifter på 0,3 pct. pr. år i forhold til væksten i produktiviteten. Dette svarer til den faktiske mervækst i de seneste 15 år, efter der er taget højde for bidraget fra demografiske effekter. Det er dog klart, at der er betydelig usikkerhed om den fremtidige mervækst i de offentlige sundhedsudgifter. Der er derfor også udført beregninger af

11) De 1,6 pct. er den gennemsnitlige årlige vækstrate i timeproduktiviteten fra 1993 til 2006. Årene 2007 og 2008 er ikke medtaget, dels fordi der i disse år var et atypisk fald i produktiviteten, og dels fordi tallene er foreløbige.

12) Der er regnet med stigningen i arbejdsproduktiviteten for perioden 1993 til 2006. Ses alene på perioden 1998 til 2006 har stigningen i arbejdsproduktiviteten været noget mindre (1,2 pct. pr. år).

udviklingen i de offentlige sundhedsudgifter, givet at der ikke er nogen mervækst og med en mervækst på 0,6 pct. pr. år. Det skal bemærkes, at selv den høje mervækst på 0,6 pct. pr. år forudsætter en lavere stigning i sundhedsudgifterne end udviklingen de seneste ti år.

Sund aldring i fremskrivningen

I tidligere analyser fra De Økonomiske Råd blev det antaget, at aldersprofilerne i udgifterne ikke påvirkes af levetiden (usund aldring), mens der samtidigt blev set bort fra mervækst i sundhedsudgifterne, jf. De Økonomiske Råd (2007). I modsætning hertil anvender Finansministeriet en korrektion for sund aldring, som tager højde for højere sundhedsudgifter i op til tre år før dødstidspunktet, jf. Finansministeriet (2007). Finansministeriet antager samtidig en mervækst på nul, hvilket undervurderer stigningen i sundhedsudgifterne i forhold til det historiske forløb. Analyserne i afsnit II.3 bekræfter, at der bør korrigeres for sund aldring, således at de fremtidige aldersfordelte sundhedsudgifter pr. person pr. år reduceres i takt med, at restlevetiden forlænges. Analyserne viser dog også, at der bør tages højde for afstand til død i mere end tre år. I beregningerne af de fremtidige sundhedsudgifter tages højde for, at sundhedsudgifterne er højere op til seks år før dødstidspunktet, jf. figur II.12.¹³

DREAM modellen

Beregningsen af de fremtidige offentlige sundhedsudgifter og effekten på den finanspolitiske holdbarhed udføres ved hjælp af en foreløbig udgave af DREAM modellen fra oktober 2009, jf. DREAM (2009). Denne model belyser de langsigtede effekter på den offentlige sektors indtægter og udgifter betinget af forhold som befolkningsudviklingen, tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet, fremtidigt uddannelsesniveau og effekten af vedtagen økonomisk politik. I beregningerne tages udgangspunkt i generelle antagelser i DREAM, men for de offentlige sundhedsudgifter gøres en

13) Dette er formentlig et underkantsskøn for effekten af sund aldring, fordi sundhedsudgifterne formentlig er påvirket i mere end seks år før dødstidspunktet. Det datamateriale, der er til rådighed til beregning af effekten af sund aldring i foregående afsnit, tillader imidlertid kun hensyntagen til terminaludgifter de sidste seks år af livet.

række andre antagelser.¹⁴ En nærmere beskrivelse af forudsætningerne for beregningerne er gengivet i boks II.7.

**Nyttig information
om fremtidige
udfordringer**

Det er givet, at der er betydelige usikkerheder ved fremskrivninger, der går mange årtier frem. Usikkerheden er formentlig størst i forhold til størrelsen af mervæksten i sundhedseffekterne, mens der f.eks. er mindre usikkerhed i forhold til udviklingen i befolkningens aldersfordeling. På trods af usikkerheden ved langsigtede fremskrivninger vil sådanne beregninger kunne give væsentlig information om de samfundsøkonomiske udfordringer som konsekvens af udviklingstræk i de offentlige sundhedsudgifter.

Resultater af fremskrivning

**Demografiske
effekter**

I første omgang vurderes alene betydningen for de offentlige sundhedsudgifter af demografiske effekter, dvs. der inddrages ikke nogen vækst eller mervækst i de gennemsnitlige aldersfordelte sundhedsudgifter pr. person i forhold til niveauet i 2006.¹⁵

**Årgangseffekt,
forlænget levetid og
sund aldring**

Der kan skelnes mellem tre forskellige demografiske effekter, som påvirker sundhedsudgifterne fremover. Dels er der en årgangseffekt, som skyldes, at de store efterkrigsårgange er ved at nærme sig pensionsalderen. Dels forventes fremtidige generationer at leve længere, således at de ældre trækker på sundhedssystemet i flere år. Endelig vil effekten af længere levetid delvist blive modvirket af sund aldring.

14) I DREAM's standard fremskrivning antages, at aldersprofilen i sundhedsudgifterne er konstante over tid (usund aldring), og at der ikke er nogen mervækst i sundhedsudgifterne i forhold til den langsigtede produktivitetsstigning i hele økonomien.

15) Dette er gjort ved at fraregne den del af stigningen i sundhedsudgifterne, som kan tilskrives produktivitetsstigningen og den hertil hørende vækst på 2 pct. pr. år. (dvs. såkaldte produktivits-korrigerede udgifter). Dette kan tolkes som stigningen i sundhedsudgifterne opgjort i fast lønniveau.

Beregningerne er baseret på en foreløbig version af DREAM fra oktober 2009, jf. DREAM (2009). Denne version er kalibreret på 2006 makrodata. Fremskrivningen er baseret på de generelle antagelser i DREAM modellen, når der ses bort fra de offentlige sundhedsudgifter og sociale udgifter. For disse udgifter er gjort følgende antagelser:

Sundhedsudgifter

Det antages, at de aldersfordelte sundhedsudgifter fra 2008 vokser med 2,3 pct. pr. år svarende til den langsigtede produktivitetsstigning i DREAM på 2,0 pct. pr. år tillagt en mervækst på 0,3 pct. pr. år. Mervæksten svarer til den faktiske mervækst de seneste 15 år efter korrektion for demografiske effekter. Endvidere udføres følsomhedsberegninger, hvor der fra 2011 er antaget en mervækst på henholdsvis 0 pct. og 0,6 pct. pr. år. Beregningsteknisk stopper mervæksten i 2100, hvorefter udgifterne følger produktivitetsstigningen. For årene 2006-07 og 2007-08 er indlagt den faktiske real vækst i de offentlige individuelle sundhedsudgifter svarende til henholdsvis 4,6 pct. og 3,4 pct.

Beregninger viser, at afstand til død har stor betydning for sundhedsudgifterne. Dette medfører, at de fremtidige årlige aldersfordelte sundhedsudgifter pr. person vil mindskes i takt med, at levetiden forlænges. Denne effekt – svarende til sund aldring – er medtaget i DREAM beregningerne, og størrelsen er fastlagt ud fra de økonometriske analyser beskrevet i afsnit II.3.

Aldersfordelingen i de offentlige sundhedsudgifter er baseret på beregninger af data på individniveau, jf. afsnit II.3. De individuelle aldersfordelte sundhedsudgifter medtager ikke alle sundhedsudgifterne. Der er i forbindelse med DREAM beregningen foretaget en proportional opregning, således at sundhedsudgifterne modsvare makrotallet i DREAM i 2006.

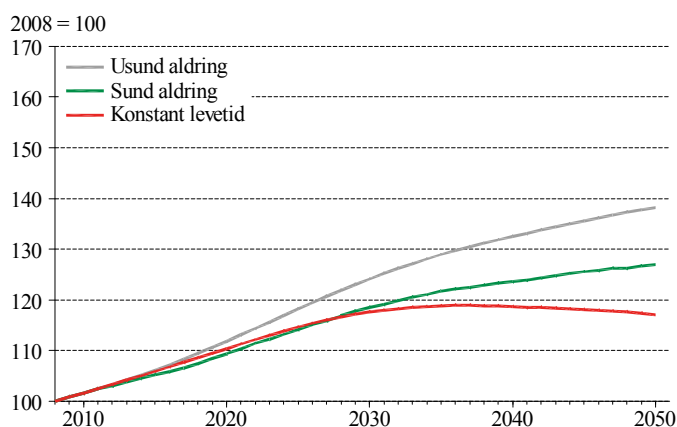
Ældreplejeudgifter

For ældreplejeudgifter – både den del, der rubriceres under sundhedsudgifter, og den del, der henregnes til social service – er antaget samme mervækst som for sundhedsudgifterne i øvrigt. Endvidere er antaget en korrektion for sund aldring, som er analog til den korrektionsmetode, som Finansministeriet anvender, jf. Finansministeriet (2007). Dvs. der tages højde for variationen i de aldersfordelte udgifter inden for de sidste tre leveår. Korrektionen er baseret på udgifter til plejehjem op til tre år før død og er overført til også at gælde for andre ældreplejeudgifter.

**Sund aldring
halverer udgift ved
forlænget levetid**

Størrelsen af disse tre effekter er illustreret i figur II.14. Hvis det hypotetisk antages, at levetiden er uændret efter 2011, følger de offentlige sundhedsudgifter den nederste (røde) kurve. Væksten i sundhedsudgifterne for den røde kurve er således alene bestemt af årgangseffekter. Fra 2008 til 2050 stiger sundhedsudgifterne i dette hypotetiske tilfælde med 17 pct. i forhold til 2008 niveau. Ud over årgangseffekter vil den forlængede levetid bidrage til, at der kommer flere ældre. Den samlede effekt af dette på sundhedsudgifterne er vist ved den øverste (grå) kurve under antagelse af, at de gennemsnitlige aldersfordelte sundhedsudgifter pr. person pr. år ikke ændres som følge af den forlængede levetid (usund aldring). I dette tilfælde stiger sundhedsudgifterne i 2050 yderligere med 21 pct.point. Når der tages højde for sund aldring, bliver stigningen frem til 2050 imidlertid ikke på 21 pct.point, men blot på 10 pct.point. Sund aldring halverer således stigningen i sundhedsudgifterne ved forlænget levetid i forhold til en situation med usund aldring.

Figur II.14 Demografiske effekters betydning for sundhedsudgifterne



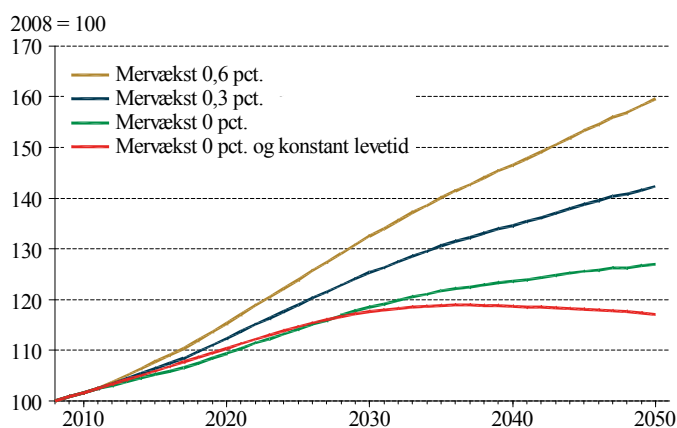
Anm.: Figuren viser alene de demografiske effekters betydning for udviklingen i de offentlige sundhedsudgifter til individuelt konsum. Fast lønniveau (opgjort ved de pris- og produktivets-korrigerede sundhedsudgifter i DREAM modellen).

Kilde: DREAM model og egne beregninger.

**Mervæksten har
lidt større
betydning end
stigningen i
levetiden**

Størrelsen af mervæksten har også betydning for stigningen i sundhedsudgifterne. Med en mervækst på 0,3 pct. pr. år stiger sundhedsudgifterne med 42 pct. frem til 2050, når der tages udgangspunkt i forløbet med sund aldring, jf. figur II.15. Med en mervækst på 0,6 pct. stiger sundhedsudgifterne med 60 pct. frem til 2050. Som nævnt kan stigningerne tilskrives henholdsvis årgangseffekter, forlængelser af levetiden og mervæksten. Årgangseffekterne er illustreret ved den røde kurve med konstant levetid. Den grønne kurve uden mervækst indeholder herudover også effekten af forlænget levetid, når der er taget højde for sund aldring. Forskellen i væksten i sundhedsudgifterne i scenariet med mervæksten på 0,3 pct. og det hypotetiske scenario med konstant levetid, som måler årgangseffekterne, er på 25 pct.point. Lidt under halvdelen af denne forskel kan tilskrives forlænget levetid, mens lidt over halvdelen kan tilskrives mervæksten på 0,3 pct.

Figur II.15 Sundhedsudgifter og mervækst



Anm.: Figuren viser effekten af mervæksten (givet sund aldring) for udviklingen i de offentlige sundhedsudgifter til individuelt konsum. Fast lønniveau (opgjort ved de pris- og produktivets-korrigerede sundhedsudgifter i DREAM modellen).

Kilde: DREAM model og egne beregninger.

**Sociale udgifter
stiger også**

De demografiske effekter har også betydning for udviklingen i de sociale udgifter, som indeholder de dele af ældre-

plejeudgifterne, der ikke er kategoriseret under sundhed. Med en mervækst på 0,3 pct. og sund aldring stiger de sociale udgifter med i alt 26 pct. fra 2008 til 2050. Væksten i de sociale udgifter er ikke lige så markant, som det var tilfældet for sundhedsudgifterne. Dette afspejler, at ældreplejeudgifterne kun udgør omkring en $\frac{1}{5}$ af de samlede sociale udgifter.

**Tre årsager til
vækst i
sundhedsudgifter
...**

Opsummerende kan vækst i sundhedsudgifter og ældreplejeudgifter således henføres til tre forskellige faktorer:

- En delvis midlertidig stigning, der hidrører fra, at det er meget store generationer, som i de kommende år når en alder, hvor sundhedsudgifterne er høje
- En gradvis og permanent stigning som følger af, at sundhedsudgifterne stiger ved forlænget levetid, selv når der tages højde for sund aldring
- En gradvis og permanent stigning som følge af, at sundhedsudgifterne pr. person i en given aldersgruppe over en længere periode forventes at vokse hurtigere end den generelle indkomstudvikling enten pga. serviceforbedringer ud over den almindelige produktivitetsstigning eller pga. en højere omkostningsstigning end i den øvrige økonomi

**... men BNP stiger
også**

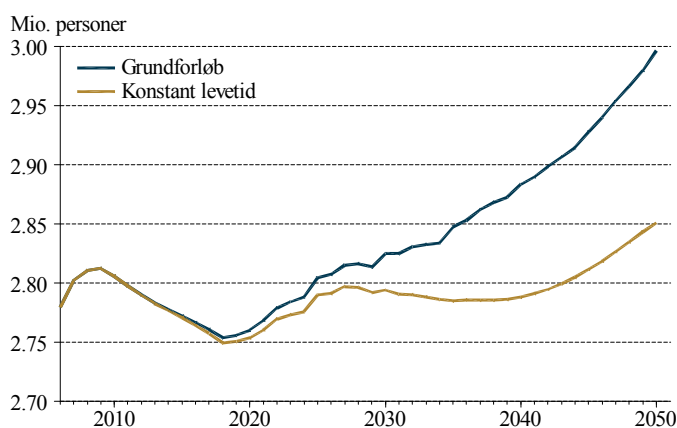
De tre typer af udgiftsstigninger fører tilsammen til, at sundhedsudgifterne stiger hurtigere end produktivitetsudviklingen i økonomien. Det kan derfor være relevant at måle udviklingen i udgifternes andel af BNP og således få et udtryk for, hvor meget hver af de tre elementer bidrager til stigningen i udgiftstrykket, målt som sundhedsudgifternes andel af BNP.

**Arbejdsstyrken
vokser som følge af
øget levetid og
velfærdsreform**

Udviklingen i BNP afhænger ligeledes af befolkningsudviklingen i det omfang, at denne fører til en ændring i arbejdsstyrken og dermed beskæftigelsen. Arbejdsstyrken vokser i takt med stigningen i levetiden af to grunde. For det første betyder den generelle tendens til lavere dødelighed sammen med en antagelse om uændret aldersbetinget erhvervsdeltagelse, at antallet af personer i arbejdsstyrken stiger. Hertil kommer, at stigningen i restlevetiden for 60-årige fører til stigninger i efterløns- og folkepensionsalderen fra 2025 og

frem som en følge af velfærdsreformen. Disse reguleringer forventes at medføre stigninger i tilbagetrækningsalderen og dermed også stigninger i arbejdsstyrken. Frem til 2025 giver levetidsudviklingen anledning til, at arbejdsstyrken er godt 14.000 personer større i fremskrivningen, end tilfældet ville være under en antagelse om uændret levetid. På grund af reguleringerne i efterløns- og folkepensionsalderen stiger denne forskel meget hurtigere i den efterfølgende periode, således at forskellen i arbejdsstyrken er på knap 31.000 personer i 2030 og hele 145.000 personer mere i 2050, jf. figur II.16.¹⁶

Figur II.16 *Udvikling i arbejdsstyrken med og uden forlængelse af levetiden*



Anm.: Grundforløbet under forudsætning af en befolkningsvækst som beskrevet i Hansen og Barington (2009).

Kilde: DREAM modelberegninger.

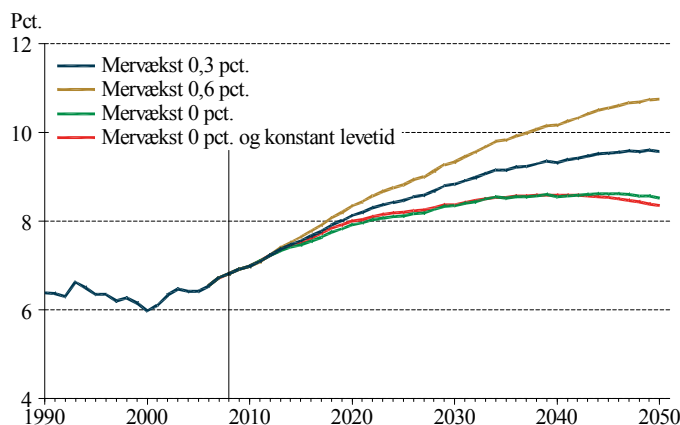
Sundhedsudgifters andel af BNP vokser ...

Den hurtigere vækst i arbejdsstyrken i forløbet med stigninger i levetiden indebærer, at produktionen målt ved BNP også vokser hurtigere end i alternativet med uændret leve-

16) På grund af udformningen af velfærdsreformen sker der også en regulering af efterlønsalderen i 2025 i forløbet med konstant levetid fra 2011, fordi reguleringen er baseret på væksten i restlevetiden fra 2005, og der er en betydelig stigning i perioden fra 2005 til 2011.

tid. Det betyder, at stigningen i sundhedsudgifterne i forløbene med voksende restlevetid i mindre grad giver anledning til et stigende udgiftstryk målt som udgifternes andel af BNP, jf. figur II.17.

Figur II.17 Offentlige sundhedsudgifter i pct. af BNP



Anm.: Den lodrette streg angiver overgangen til fremskrivning. Graferne angiver de offentlige sundhedsudgifter til individuelt konsum.

Kilde: DREAM modelberegninger.

... selv med konstant levetid og uden mervækst

Udviklingen i de offentlige sundhedsudgifters andel af BNP i alternativet uden mervækst og uden vækst i restlevetiden fra 2011 (rød kurve) indebærer, at sundhedsudgifternes andel af BNP vokser fra 6,8 pct. i 2008 til 8,0 pct. i 2020 og til et toppunkt på 8,6 pct. i 2040. Denne udvikling forklares af ændringer i befolkningens alderssammensætning, der medfører, at andelen af ældre vokser. I de førstkomende år skyldes det, at de store efterkrigsårgange går på pension samtidig med, at små årgange fra 1980'erne kommer ind på arbejdsmarkedet. Dette betyder på den ene side, at sundhedsudgifterne stiger, fordi befolkningen i aldersgruppen med høje sundhedsudgifter vokser, og på den anden side, at arbejdsstyrken reduceres. Begge dele leder til en stigning i sundhedsudgifternes andel af BNP. I takt med at de store årgange uddør frem mod 2040 og herefter erstattes af mindre generationer af pensionister, falder sundhedsudgifternes andel af BNP gradvist. Faldet er dog begrænset i forhold til

den forudgående stigning. Det afspejler, at ældreandelen i befolkningen var lav igennem 1990'erne, og at dette lave niveau ikke nås i den fremtidige udvikling. Det hænger bl.a. sammen med, at der har været en markant vækst i restlevetiden for 60-årige fra 1995, som betyder, at restlevetiden i 2011 ventes at være ca. 3 år højere for mænd og ca. 2½ år højere for kvinder end i 1995.

Den permanente del af stigningen er på 1 pct.

Stigningen i ældreandelen fører til et stigende udgiftstryk for sundhedsudgifterne. Målt i forhold til udgiftstrykket i 2008 er der således en langsigtet stigning i sundhedsudgifternes andel af BNP på godt 1 pct. og en yderligere midlertidig stigning på omkring ½ pct. af BNP, som er redresseret omkring 2050.

Vækst i levetid trækker både sundhedsudgifter og BNP op

Væksten i levetiden – og herunder særligt væksten i restlevetiden for 60-årige – forøger de offentlige sundhedsudgifter, selvom der korrigeres for sund aldring. Imidlertid betyder den stigende levetid samtidig en tendens til stigende arbejdsudbud. Stigningen i arbejdsudbuddet er netop tilstrækkelig til at kompensere for den stigning i sundhedsudgifterne, der følger af stigningen i levetiden. Udgiftstrykket for sundhedsudgifterne med stigende restlevetid og en mervækst på 0 pct. pr. person i en given alder (grøn kurve) udvikler sig derfor omtrent på samme måde som udgiftstrykket uden vækst i restlevetiden.

Velfærdsreformen og sund aldring finansierer levetidsstigning fra 2011

Med andre ord er velfærdsreformen i kombination med sund aldring tilstrækkeligt til at sikre en finansiering af den del af de offentlige sundhedsudgifter, som skyldes stigende levetid efter 2011. Reformen er imidlertid ikke tilstrækkelig til at forhindre den stigning i udgiftstrykket fra sundhedsudgifter, som bl.a. følger af de seneste års stigning i restlevetiden frem til 2011.

Stigning i sundhedsudgifternes andel af BNP på 2,8 pct.point ved mervækst på 0,3 pct.

Hvis udviklingen i de fremtidige offentlige sundhedsudgifter indebærer en forlængelse af den historiske tendens til, at sundhedsudgifterne pr. person i en given alder vokser, vil dette føre til en vækst i sundhedsudgifternes andel af BNP, som ligger ud over den demografisk betingede vækst. I scenariet med 0,3 pct. mervækst i sundhedsudgifterne pr. person pr. år (blå kurve) vokser sundhedsudgifternes andel

af BNP fra 6,8 pct. i 2008 til 9,6 pct. i 2050. Det svarer til en ekstra vækst i udgiftstrykket på 1,1 pct.point i forhold til situationen uden mervækst i sundhedsudgifterne.

Mervækst på 0,6 pct. øger sundhedsudgifternes andel af BNP med 4 pct.point i 2050

Hvis mervæksten i sundhedsudgifterne i de kommende år i højere grad afspejler de seneste års mervækst, er en mervækst på 0,3 pct. langt fra en realistisk vurdering. Derfor betragtes en mervækst på 0,6 pct. som udtryk for den noget højere tendens til mervækst i de senere år. I scenariet, hvor mervæksten er på 0,6 pct. pr. år, udgør sundhedsudgifterne 10,8 pct. af BNP i 2050, jf. figur II.17.

Sundhedsudgifter, finanspolitisk holdbarhed og finansieringsbehov

Stigning i sundhedsudgifternes andel af BNP er et offentligt finansieringsproblem

Den forventede gradvise stigning i sundhedsudgifternes andel af BNP fører til et tilsvarende gradvist stigende offentligt finansieringsproblem, hvis sundhedsudgifterne også i fremtiden primært skal finansieres ved de generelle skattebetalinger. For at sikre finansieringen af de stigende sundhedsudgifter er der kun tre muligheder (eller kombinationer af disse). Enten skal andre offentlige udgiftsposter vokse langsommere end produktionen målt ved BNP, eller alternativt skal skatteindtægterne vokse hurtigere end produktionen. Den tredje mulighed er, at stigningen i sundhedsudgifterne finansieres ved brugerbetaling eller en form for privatisering af f.eks. visse typer af behandlinger. Den tredje mulighed diskuteres i de efterfølgende afsnit, mens der i den resterende del af dette afsnit fokuseres på finansiering af sundhedsudgifterne under den antagelse, at hele væksten finansieres ved stigende skatter.

Finanspolitisk holdbarhedsberegning

For at vurdere sundhedsudgifternes betydning for den langsigtede finansiering af de offentlige udgifter tages udgangspunkt i DREAM's seneste langsigtede fremskrivning, jf. DREAM (2009).¹⁷ I forhold til denne fremskrivning er der alene ændret på antagelserne om udviklingen i sundhedsudgifterne i analyserne i dette kapitel. Det betyder, at

17) I beregninger med mervækst forudsættes det, at mervæksten fortsætter indtil år 2100, hvorefter det beregningsteknisk antages, at mervæksten er nul.

der ikke er taget stilling til øvrige antagelser i DREAM's fremskrivning. Det er således først og fremmest sundhedsudgifternes betydning for det langsigtede finansieringsproblem, der fokuseres på.¹⁸

**Holdbarheds-
problemet skyldes
udviklingen i
sundhedsudgifterne**

Hovedresultatet af de langsigtede beregninger er, at væksten i de offentlige udgifters andel af BNP stort set udelukkende kan tilskrives væksten i sundhedsudgifternes andel af BNP givet DREAM's øvrige forudsætninger. Tilsvarende indebærer DREAM's forudsætninger, at de offentlige indtægters andel af BNP er stort set uændret. Derfor vil en permanent stigning af en bestemt størrelse i sundhedsudgifternes andel af BNP i forhold til 2008 give anledning til et holdbarhedsproblem af samme størrelse. Det overordnede resultat er således, at holdbarhedsproblemet i høj grad kan tilskrives stigningen i sundhedsudgifterne i fremtiden og tilsvarende, at en finansiering af stigningen i sundhedsudgifterne vil være afgørende for løsningen af holdbarhedsproblemet.

**Holdbarheds-
problem selv med
konstant levetid og
0 pct. mervækst**

Fremskrivningen af sundhedsudgifterne med konstant levetid og uden en mervækst i sundhedsudgifterne pr. person i en given alder indebærer et finanspolitisk holdbarhedsproblem på 1 pct. af BNP. For at finansiere de fremtidige offentlige udgifter, uden at det senere bliver nødvendigt at øge beskatningen, er det således nødvendigt at opnå en permanent forbedring af de offentlige nettoindtægter på 1,0 pct. af BNP. I 2009 svarer det til en nettoforbedring på ca. 18 mia. kr. Dette svarer stort set til den permanente stigning i sundhedsudgifternes andel af BNP.

**Stigning i levetid
forværrer ikke
holdbarheds-
problemet**

Det finanspolitiske holdbarhedsproblem bliver 0,9 pct. af BNP (svarende til ca. 16 mia. kr. i 2009 niveau) under antagelse af sund aldring, og uden mervækst i sundhedsudgifterne pr. person i en given alder. Også i dette tilfælde gælder, at holdbarhedsproblemet modsvarer stigningen i sundhedsudgifternes andel af BNP. Antagelserne om sundhedsudgifterne i dette scenario svarer nogenlunde til anta-

18) Det bemærkes således, at DREAM's fremskrivning ikke indebærer samme tilpasning mod det strukturelle niveau, som den der ville følge af en forlængelse af prognosen i kapitel I.

gelserne i beregningerne bag Danmarks konvergensprogram, jf. Finansministeriet (2008).

Antagelserne afviger markant fra den seneste periodes udvikling

Antagelsen om, at der ikke vil være en mervækst i sundhedsudgifterne pr. person i en given alder, afviger markant fra erfaringer i den historiske periode. Antagelsen giver derfor en markant undervurdering af de offentlige prioriterings- eller finansieringsproblemer.

Finanspolitisk holdbarhed forværres markant med mervækst i sundhedsudgifter

Med en mervækst i sundhedsudgifterne på 0,3 pct. pr. år bliver holdbarhedsproblemet forøget til et permanent finansieringsbehov på 3,0 pct. af BNP svarende til ca. 54 mia. kr. i år 2009, mens en mervækst på 0,6 pct.point giver anledning til et holdbarhedsproblem på ikke mindre end 5,7 pct. af BNP, svarende til et permanent finansieringsbehov på ca. 102 mia. kr. i år 2009. Der er således i begge tilfælde tale om meget betydelige holdbarhedsproblemer.

Stor omfordeling mellem generationer

Beregningen af holdbarhedsproblemet, hvor der beregningsmæssigt opgøres et permanent nettofinansieringsbehov fra "start til slut", skal betragtes som en illustration af, hvor betydningsfuld selv en mindre, men længerevarende merstigning i sundhedsudgifterne er for den langsigtede finansiering: En merstigning i sundhedsudgifterne på 0,3 pct. om året kræver en varig reduktion af de offentlige nettoudgifter på $(3,0 - 0,9) = 2,1$ pct. af BNP (svarende til 37 mia. kr. i 2009 niveau) for at sikre finansieringen af de ekstra sundhedsudgifter, der følger af mervæksten. Hvis man gennemfører en politik, som indebærer, at de offentlige nettoudgifter permanent reduceres med 2,1 pct. af BNP, vil det føre til en markant intergenerationel omfordeling til ugunst for nuværende generationer og til fordel for kommende generationer.

Permanent stigning i bundskatter på 7 pct.point sikrer holdbarhed med 0,3 pct. mervækst i sundhedsudgifter

Som eksempel på en holdbar finanspolitik er der gennemført en beregning, der finansierer den samlede stigning i sundhedsudgifterne med en permanent stigning i bundskattesatsen fra 2011. Den nødvendige permanente stigning i bundskattesatsen er på 7 pct.point. Finansieringen dækker således både den manglende finansiering uden mervækst og den stigning, der følger af en begrænset mervækst på 0,3 pct. i sundhedsudgifterne pr. person i en given alder.

... og medfører offentlig opsparring frem til 2085

Imidlertid får de første generationer kun i begrænset omfang stigende sundhedsudgifter pr. person, fordi stigningen kommer gradvist. Forskellen mellem stigningen i de offentlige indtægter som følge af den højere skattebetaling og stigningen i sundhedsudgifterne fører til en gradvis stigning i den offentlige formue. Først i 2085 er sundhedsudgifterne steget med 2,1 pct.point af BNP, og merudgiften til sundhed er dermed lige så høj som merindtægten fra skattestigningen. I perioden op til 2085 er der opbygget en ekstra offentlig formue, og renteafløst af denne anvendes til at finansiere de varige ekstra sundhedsudgifter, der følger af den fortsatte merstigning i sundhedsudgifterne fra 2085 og frem til år 2100. Det er næppe hverken hensigtsmæssigt eller realistisk at basere den offentlige udgiftsplanlægning på et sådant opsparingsforløb.

Ikke effektivitetsgevinster ved at udglatte permanente stigninger

Dette er en illustration af et generelt fænomen, idet midlertidige stigninger i offentlige udgifter med fordel kan udjævnes via kapitalmarkederne, mens permanente stigninger ikke kan udglattes via kapitalmarkederne. Der er således ikke effektivitetsargumenter for at søge at udjævne stigningen i sundhedsudgifterne over alle generationer.

Pay-as-you-go finansiering af stigning i sundhedsudgifter

Den gradvise stigning i sundhedsudgifternes andel af BNP gør det således oplagt, at finansieringen også bliver gradvis. Det svarer til velfærdsreformens gradvise finansiering af den stigende andel af ældre, som følger af den stigende restlevetid for ældre. For at illustrere hvor stor denne gradvise tilpasning i finansieringen skal være, betragtes to eksempler.

Finansiering af mervækst

I det første eksempel antages udelukkende den merudgift, som følger af mervæksten i sundhedsudgifterne, at blive finansieret i takt med, at udgifterne opstår. Finansieringen antages at ske ved en forøgelse af den statslige bundskat, fordi skattereformen indebærer, at sundhedsskattesatsen afskaffes og erstattes af en forøgelse af den statslige bundskattesats med samme procentsats. Dette eksempel er af beregningsteknisk karakter, fordi den ikke-demografiske mervækstrate i sundhedsudgifterne ikke kan observeres.

Finansiering af hele stigningen

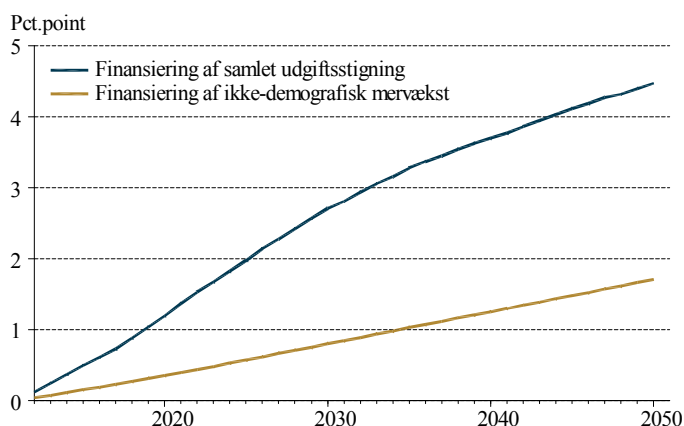
Det andet eksempel tager derfor et mere praktisk udgangspunkt, idet det antages, at enhver merstigning i sundhedsudgifterne – demografisk såvel som ikke-demografisk betinget – finansieres ved en stigning i bundskatten. Reglen sikrer derfor, at enhver forøgelse af sundhedsudgifterne, som ligger ud over den generelle vækst i økonomien, finansieres med en stigning i skattesatsen samme år, som stigningen indtræder. Det er således de generationer, der potentielt har glæde af de øgede sundhedsudgifter, som også finansierer forøgelsen. Bortset fra fordelingen af skattestigningen over tid er eksemplet direkte sammenligneligt med ovenstående eksempel, hvor stigningen i sundhedsudgifterne finansieres med en permanent stigning i bundskatten.

Bundskat skal stige ¼ pct.point hvert femte år for at dække mervækst

I det første eksempel stiger bundskatten gradvist med stort set samme absolutte årlige vækst på omkring 0,04 pct.point. Med andre ord skal bundskattesatsen stige med knap ¼ pct.point hvert femte år for at finansiere den ikke-demografiske mervækst på 0,3 pct. om året i sundhedsudgifterne, jf. figur II.18. Den gradvist forøgede skattesats bidrager til at reducere det finanspolitiske holdbarhedsproblem, således at dette reduceres fra 3,0 pct. af BNP uden skattestigningen til 1,7 pct. med skattestigningen.¹⁹⁾

19) Det bemærkes, at selvom skattestigningen finansierer mervæksten fuldt ud, bliver holdbarhedsproblemet større end i tilfældet med en mervækst på nul. Dette skyldes, at også udgifterne til den del af ældreplejen, der i nationalregnskabet henregnes til sociale udgifter, antages at stige med mervæksten. Denne mervækst finansieres ikke af bundskatten. Hertil kommer, at den forøgede marginalskat reducerer arbejdsudbuddet og dermed skattegrundlaget. Samtidig betyder det lavere arbejdsudbud, at reallønnen og dermed også de offentlige udgifter vokser hurtigere. Disse effekter forklarer tilsammen forskellen i holdbarhedsproblemets størrelse.

Figur II.18 Stigning i bundskattesats til finansiering af sundhedsudgifter



Anm.: Beregnet ved en mervækst på 0,3 pct.

Kilde: DREAM modelberegninger.

Bundskat skal stige godt 0,1 pct.point om året for at dække samlet mervækst

I det andet eksempel afhænger skattestigningen både af den ikke-demografiske mervækst og den demografiske udvikling. Der er derfor en højere vækst i skattesatsen især fra 2015 til 2030, hvor de store efterkrigsgenerationer trækker markant på sundhedsvæsenet. Frem til 2030 stiger bundskattesatsen således med knap 3 pct.point, mens der de efterfølgende 20 år lægges yderligere 1,5 pct.point til satsen. Denne stigning skal sammenlignes med den permanente stigning i bundskatten på 7 pct.point, som er nødvendig for at finansiere udgifterne, hvis alle generationer skal have samme skattestigning. Selv i 2050 er stigningen 2,5 pct.point lavere end den generelle stigning.

Dækning af den samlede mervækst sikrer finanspolitisk holdbarhed

Den noget hurtigere stigning i den gradvise finansiering via øgede skatter i dette eksempel betyder naturligvis en forbedring af holdbarhedsproblemet i forhold til det første eksempel. Resultatet er, at den gradvise stigning i skatten i dette eksempel netop er nok til at løse holdbarhedsproblemet fuldt ud. Det er blot endnu en påpegning af, at velfærdsreformens ikrafttræden kommer for sent til at sikre finansiering af den stigning i sundhedsudgifterne, der skyldes de store generationers træk på sundhedsvæsenet i perioden op til 2030.

**Fortsat et stort
prioriterings-
problem**

Størrelsen af den skattestigning, der kræves for at finansiere den gradvise stigning i sundhedsudgifterne, illustrerer det politiske dilemma, der udspringer af mulighederne for at finansiere de fremtidige sundhedsudgifter inden for de eksisterende offentlige rammer. Det ene yderpunkt udgøres af en stram udgiftsstyring, der holder de samlede sundhedsudgifters andel af BNP på det nuværende niveau. Dette indebærer en lavere vækst i sundhedsudgifterne pr. person i en given alder end den generelle indkomstudvikling, fordi den demografiske betingede vækst i sundhedsudgifterne finansieres ved lavere udgifter til den enkelte. Dette vil kunne opnå finanspolitisk holdbarhed uden skattestigninger eller strukturreformer. Det må imidlertid betragtes som helt urealistisk, at der gennemføres en så markant ændring i sundhedspolitikken.

**Næppe muligt med
tilstrækkelig stram
udgiftsstyring
samtidig med
udvidet frit valg**

En mindre ekstrem udgave af den stramme udgiftsstyring tillader, at sundhedsudgifterne vokser som følge af de demografiske effekter korrigeret for sund aldring og herudover vokser med samme rate som den generelle indkomstudvikling. Denne stigning i sundhedsudgifterne vil indebære, at der er behov for enten en permanent stigning i beskattningen eller strukturreformer til at finansiere stigningen i de offentlige sundhedsudgifter. Den stramning af udgiftsstyringen, som er nødvendig for at opnå dette, er markant og ikke i overensstemmelse med de senere års politiske fokus på sundhedsområdet. Den nødvendige stramning i reduktion i væksten i sundhedsudgifterne for at opnå dette fremtidige forløb er næppe heller forenelig med den forøgede tendens til efterspørgselsstyring af sundhedsproduktionen, som følger af det udvidede frie sundhedsvalg.

**Realistisk udvikling
i sundheds-
udgifterne giver
behov for gradvis
forøget finansiering**

Hvis den fremtidige udvikling i sundhedsudgifterne afspejler de seneste 15 års tendens til, at udgifterne pr. person vokser hurtigere end den generelle vækst i indkomsterne, og der samtidigt tages højde for de demografiske effekter korrigeret for sund aldring, vil der gradvist opstå et meget betydeligt offentligt finansieringsbehov. Dette vil indebære, at der er behov for enten gradvise besparelser på andre udgiftsposter, gradvist øgede skattestigninger eller gradvist mere omfattende reformer, som over tid øger arbejdsudbuddet og dermed skattegrundlaget. Hvis de seneste års betyde-

ligt større stigninger i sundhedsudgifterne forlænges over en længere fremtidig periode, vil det kunne forøge det i forvejen store finansieringsproblem markant.

Opsummering

Sundhedsudgifter stiger hurtigere end BNP

Sundhedsudgifterne forventes at stige hurtigere end indkomsten i økonomien af to årsager. For det første som følge af den demografiske udvikling med en stigende ældreandel og derfor også en stigende andel af befolkningen med forholdsvis kort afstand til død. For det andet fordi sundhedsudgifterne pr. person i en given aldersgruppe forventes at vokse hurtigere end indkomsten i takt med, at velstanden stiger. Den forventede gradvise stigning i sundhedsudgifternes andel af BNP som følge af den ikke-demografiske mervækst leder til et betydeligt finansieringsproblem.

Øget forvridningstab

En regel, der sikrer, at merudgifter til sundhed ud over den generelle indkomstudvikling skal finansieres ved en stigning i den aktuelle bundskattesats vil betyde, at stigningen i sundhedsudgifternes andel af BNP kan finansieres uden store omfordelinger mellem generationerne. Dette sikrer samtidig den finanspolitiske holdbarhed. Den krævede stigning i bundskatten er imidlertid betydelig og indebærer derfor alvorlige forvridningstab. Såfremt man ønsker at reducere dette forvridningstab er det påkrævet at udvide skattebasen.

II.5 Forsikring, skatter og brugerbetaling

Stigende sundhedsudgifter og mange sundhedsforsikringer

Sundhedsudgifterne som andel af BNP er steget i de senere år, og de forventes at stige i de kommende år, jf. afsnit II.4. Derudover har der været en kraftig stigning i antallet af personer, der er dækket af en privat sundhedsforsikring. Disse forhold gør, at det er aktuelt at overveje, om finansieringen af sundhedsudgifterne i Danmark kan ændres fra hovedsageligt at være skattebaseret. I dette afsnit redegøres for fordele og ulemper ved forskellige modeller til finansiering af sundhedsudgifterne. I de efterfølgende afsnit II.6-II.8 er en beskrivelse af, hvordan andre lande finansierer sundhedsudgifterne, en mere detaljeret gennemgang af finansie-

ringen af de danske sundhedsudgifter samt en diskussion af konkurrenceudsættelse af produktionen af sundhedsydelser.

Privat eller offentlig finansiering?

Sundhedsudgifter kan finansieres via private forsikringer, skatter eller brugerbetaling. I Danmark finansieres sundhedsudgifterne primært over skatterne, men en mindre del af udgifterne finansieres af brugerbetaling og en lille del af private forsikringer. Andre lande har valgt at lade en større del af sundhedsudgifterne finansiere af private forsikringer, der enten er tvungne eller frivillige at tegne. I dette afsnit vurderes fordele og ulemper ved at finansiere sundhedsudgifter via henholdsvis forsikringer, skatter og brugerbetaling.

Afsnittets opbygning

I det følgende diskuteres først, hvilke fordele og ulemper der er ved helt private forsikringer. Dernæst redegøres for, hvordan forsikringsordninger betyder, at den forsikrede øger sin efterspørgsel efter sundhedsydelser, hvilket gælder uanset, om det er private eller offentlige forsikringer. Det er dog ikke den øgede efterspørgsel i sig selv, men samspillet mellem patienten og lægen, der betyder, at det kan være vanskeligt at styre de samlede udgifter.

Private forsikringsbaserede sundhedssystemer

Forsikring, spare op eller tage chancen

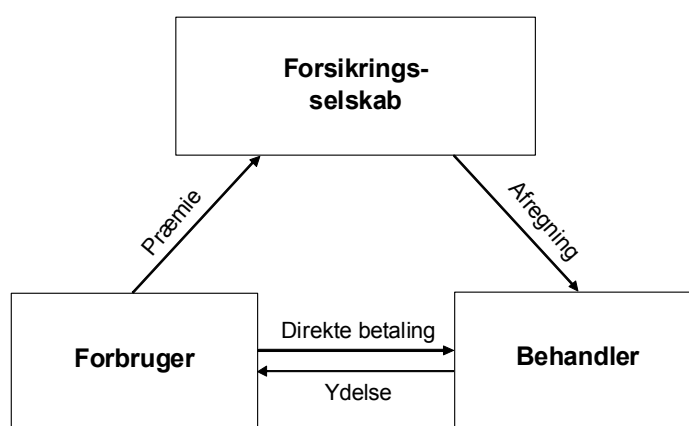
Den enkelte har forskellige muligheder for at imødegå de finansielle omkostninger, der er en følge af usikre hændelser som at blive ramt af sygdom, hvis der ikke er et offentligt finansieret sundhedsvæsen. En mulighed er at vente og se tiden an og bruge af sin løbende indkomst, hvis uheldet er ude. Hvis udgifterne er for store, må man optage et lån. En række personer kan dog have svært ved at låne, når de først er blevet syge. En anden mulighed er at spare op og anvende formuen. Disse muligheder er mest relevante, hvis udgifterne i forbindelse med et uheld eller sygdom er små. Hvis udgifterne er meget store, kan de nævnte strategier betyde, at man enten ikke kan dække udgifterne, eller at man sparer for meget op.

Forsikring for at dele risikoen

Alternativet til “vente og se” eller opsparingsstrategien er at tegne en forsikring. Formålet med at tegne en privat forsikring er at dele den finansielle risiko, ved at en bestemt

hændelse indtræffer, f.eks. udgifter i forbindelse med opstået sygdom, med et stort antal andre personer. Ved forsikringer er der en adskillelse mellem ydelsesmodtageren og betaleren, og derfor vil betalingsviljen ikke direkte afspejle sig i den efterspurgte mængde, jf. figur II.19. Når sundhedsydelser leveres på et konkurrencemarked uden forsikringsordninger, så betaler patienten direkte til behandleren, hvorved betalingsvilligheden direkte afspejler sig i størrelsen af den forbrugte ydelse. En række af de problemstillinger, der er ved en forsikringsordning, skyldes adskillelsen af forbrugeren og betaleren. Det er dog ikke nødvendigvis alle, der vil have mulighed for at tegne en forsikring i et privat forsikringsbaseret system, hvilket kan have fordelingsmæssige konsekvenser.

Figur II.19 *Simpelt sundhedsforsikringssystem*



Hvornår kan man tegne forsikring?

For det første er det nærmest umuligt at tegne en sygeforsikring, når man først er blevet syg. Sandsynligheden for hændelsen skal være mindre end én for, at forsikringsmarkedet fungerer. For det andet er det meget vanskeligt at forestille sig et forsikringsmarked, hvor man kan forsikre sig mod epidemiske udbrud af alvorlige sygdomme. Der må ikke være stærk afhængighed mellem forsikringstagernes risiko for, at de rammes af sygdom. Det skyldes, at private sygeforsikringsselskaber ville gå konkurs, hvis der f.eks. indtraf epidemiske udbrud af alvorlige sygdomme. Der skal

derudover være mange, der tegner en forsikring, for at risikodeling reelt fungerer.

I et system baseret på privat forsikring vil nogle vælge ikke at tegne forsikringer, f.eks. fordi de finder "ikke at have råd til" en forsikring. Dette sker så og sige efter eget valg, men vil alligevel stride imod en værdimæssig præmis om, at alle i tilfælde af sygdom skal have let og lige adgang til behandling.

**Asymmetrisk
information
indebærer også
manglende
dækning**

Der er nogle videre forhold, der gør, at markedet ikke af sig selv vil finde den mest effektive løsning for forsikringsordninger. Forsikringsselskabet kan ikke nemt afgøre, hvilken risiko den enkelte har for at få en sygdom. Den enkelte ved mere om risikoen for egen sygdom end forsikringsselskabet, dels fordi man kender sin egen levevis, og dels fordi man formodentlig kender eventuelle arveligt disponerede sygdomme i sin familie. Når forsikringsselskabet ikke kender forsikringstagernes risiko, må det tilbyde den samme kontrakt til alle. Der vil være en tendens til, at en sådan standardkontrakt især vil blive accepteret af dem, der har en sygdomsrisiko, som ligger over gennemsnittet. Dette fænomen betegnes "adverse selection" og skyldes den asymmetriske information mellem forsikringstagere og forsikringsselskabet, jf. Andersen (2004). Denne asymmetriske information resulterer i, at forsikringsselskabet må sætte præmien relativt højt eller erstatningerne relativt lavt. Derfor vil nogle ende med ikke at have en forsikring, fordi den forventede værdi af udbetalingen vurderes at være for lav i forhold til præmiebetalingen, og andre, fordi præmien simpelt hen vurderes at ligge uden for den økonomiske formåen. Et sundhedssystem baseret alene på eller overvejende på et privat forsikringssystem vurderes derfor ikke at kunne leve op til præmissen om let og lige adgang til sundhedsydelser af høj kvalitet.

**Differentierede
præmier**

Forsikringsselskaberne kan selvfølgelig også vælge at tilbyde forskellige forsikringer alt efter risiko. Det indebærer, at de skal undersøge, hvilken risiko den enkelte har for at blive syg, og derefter differentiere forsikringsordningen efter forskelle i sygdomsrisikoen. En sådan undersøgelse er dyr og kan i sagens natur ikke fuldstændig afdække den

enkeltes risiko. En nærliggende måde at differentiere præmiestørrelsen er aldersafhængighed, da risikoen for sygdom er stigende med alderen, jf. afsnit II.3.

**Forskellige
forsikringsniveauer**

Private forsikringer har den fordel, at forsikringsselskaber kan udbyde forsikringskontrakter med dækning afhængig af den enkeltes ønske til dækning. Ulempen ved private forsikringer er dog, at forsikringsniveauet kan blive for lavt for nogle, da de ikke får afdækket deres risiko. Det er dem, der tror, de har et relativt godt helbred. Andre kan slet ikke blive forsikret, fordi de i forvejen har et dårligt helbred eller er gamle, og de derfor kan forventes at have høje udgifter i deres kommende leveår.

**Skatte- eller
forsikrings-
finansieret**

Et offentlig skattefinansieret sundhedssystem kan modsat et sundhedssystem, der er baseret på private forsikringer, sikre, at alle er dækket ved sygdom, uanset hvor meget man har bidraget til finansieringen. Et skattefinansieret system er også det mest omfordelende som følge af, at skattesystemet sædvanligvis er progressivt, men også under et proportionalt skattesystem er skattebetalt sundhed mere omfordelende end forsikringssystemer. En ulempe ved et rent offentligt forsikringssystem er bl.a., at alle får den samme dækning uanset deres præferencer.

**Sociale
sikringsordninger
minder om
skattefinansiering**

Forsikringsordningen kan også være en social sikringsordning, der dækker personer på arbejdsmarkedet, hvor præmien er proportional med indkomsten med et loft over betalingerne. Dertil kan komme en offentlig medfinansiering. Disse ordninger minder meget om skattefinansierede ordninger, da de er tvungne for dem, der er på arbejdsmarkedet, og de forsikrede ikke selv vælger forsikringsomfanget. Finansieringen er mindre omfordelende end skattefinansierede ordninger, da der almindeligvis er et loft over betalingen.

Forsikringsordninger og udgiftsstyring

**Ved forsikringer
er der en
mellemmand**

Et fundamentalt aspekt af et sundhedsforsikringssystem er, at forsikringsselskabet eller det offentlige er mellemmand mellem patienten og behandleren, f.eks. lægen. Betalingerne i sundhedssystemet går ikke direkte fra forbruger til udby-

der, som ved de fleste forbrugsydelser. Det betyder, at den enkeltes betalingsvillighed for en ydelse ikke direkte afspejles i efterspørgslen. Denne adskillelse skaber en række udfordringer som f.eks. øget efterspørgsel. I det følgende vil disse problemstillinger blive diskuteret.

Beslutning under usikkerhed

Problemstillingen er mere kompliceret for sundhedsforsikringer end for f.eks. bilforsikringer, fordi det i mange tilfælde er vanskeligt at vurdere, hvilken behandling der er nødvendig og tilstrækkelig for den enkelte. Selv om forskellige personer lider af den samme lidelse, vil nogle have gavn af en behandling, nogle blive helbredt uden behandling, og andre igen vil ikke blive raske på trods af behandling.²⁰ Lægen har mulighed for at vurdere, om en patient vil kunne have gavn af en behandling. Men selv lægen må træffe beslutning om behandling, hvor det er usikkert, i hvilket omfang behandlingen vil gavne den enkelte.

Udgifterne stiger, når der er forsikringsordninger

Når der er forsikringsordninger, kan det betyde, at udgifter til sygebehandling bliver større end ved direkte betaling for behandling, jf. Stiglitz (2000) og Barr (2004). En årsag er, at den enkelte med en sygeforsikring gør mindre for at undgå at blive syg eller at undgå uheld, hvilket vil fordyre forsikringen for alle, der har tegnet en forsikring. Dette benævnes "ex ante moral hazard" og er næppe særlig dominerende i forbindelse med sygdom og forebyggelse heraf. Det skyldes, at den enkeltes ubehag ved at blive syg næppe kan opvejes af, at vedkommende ikke selv skal betale for behandlingen. Der er heller ikke empirisk belæg for ex ante moral hazard for sygeforsikringer.

Patienter får bedre behandling

Den anden form for utilsigtet handling ved forsikring er "ex post moral hazard", der både kan bestå i, at patienter efterspørger behandling, som de ikke ville efterspørge, hvis de selv skulle betale, og at patienter ikke gør tilstrækkeligt for at finde det billigste tilbud. Et eksempel på sidstnævnte er, når patienten ikke sørger for at få udleveret et kopipræparat på apoteket, selvom virkningen er den samme som for

20) Dette gælder i meget mindre omfang f.eks. en bil. En bil, der ikke kan køre, kommer ikke til at køre, fordi man ser tiden an, og den derved har "helbredt" sig selv.

originalpræparatet. Der er empirisk belæg for, at “ex post moral hazard” øger forbruget af sundhedsydelser, jf. Pedersen (2005).

**Medfinansiering
kan dæmpe
problemet**

Der er en række instrumenter, der kan tages i brug for at dæmpe udgiftsstigningen, som er en følge af ex post moral hazard problemer. Disse instrumenter indebærer, at forsikringstageren pålægges en hel eller delvis medfinansiering, når en forsikringsbegivenhed indtræffer. Den enkelte kan f.eks. bidrage med en vis egenbetaling ved en forsikringshændelse, eller der ydes kun bidrag til den billigste behandling.

**Læger og
hospitalet også
interesserede i et
højt forbrug**

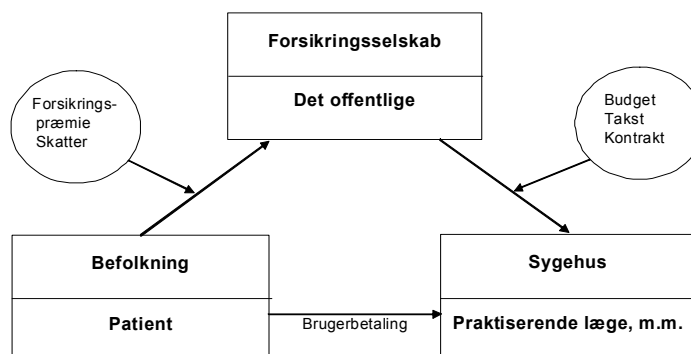
Moral hazard problemet (ex post) kan også bestå i et højere forbrug af sundhedsydelser, fordi producenten (lægen/hospitalet) kan have en økonomisk interesse i at levere flere ydelser. Samtidig er det lægen, der under usikkerhed om virkningen, har ekspertisen til at vurdere, om behandlingen er nødvendig, jf. Cutler og Zeckhauser (2000). Dette er en typisk “principal agent problemstilling”. Det er således ikke nok, at de syge efterspørger flere ydelser, når de ikke selv skal betale. Samspillet mellem patientens og producentens interesser resulterer også i et højere forbrug under forsikringssystemer.

**Samme
betalingsstrømme
i offentlige og
private
sundhedssystemer**

Betalingsstrømmene i sundhedssystemet er principielt de samme i et offentligt og et privat forsikringsbaseret sundhedssystem som illustreret i figur II.20. Ved et privat forsikringssystem indbetaler borgeren en præmie til forsikrings-selskabet. Ved et skattefinansieret system indbetaler borgeren til skattevæsnet. Omkostningerne i forbindelse med opkrævningen er højere ved et forsikringssystem, fordi det indebærer en decentral opkrævning, mens det skattefinansierede system er en del af den generelle skatteopkrævning. Forsikringsselskabet eller det offentlige betaler herefter f.eks. den praktiserende læge for sundhedsydelser. Dette illustreres ved pilen fra kassen til venstre til den øverste kasse og pilen fra den øverste kasse til kassen til højre. En række problemstillinger er ens i de to systemer, og de skyldes moral hazard og principal agent problemer. De overvejelser, der er i forbindelse med afregningsformen, er de samme, uanset om det er et forsikringsselskab eller det

offentlige, der finansierer udgifterne. Det skyldes, at begge systemer adskiller behandler og betaler. Derfor anvendes både takstafregning, faste budgetter og kontrakter i de to systemer for at styre de samlede udgifter, som angivet ved cirklen til højre.

Figur II.20 Sundhedssystemet



Forskellige afregningsprincipper:

Den offentlige myndighed og private forsikringsselskaber kan afregne sundhedsydelser med læger og sygehuse efter forskellige principper. De forskellige afregningsprincipper tager i varierende omfang højde for, at der er en adskillelse mellem efterspørgeren og betaleren, hvilket gør det vanskeligt at styre de samlede udgifter. Det skyldes, at hverken patienten eller lægen nødvendigvis inddrager størrelsen af de direkte omkostninger i deres overvejelser, når behandlingen fastlægges.

Takst, budget eller kontrakt

Ved takstafregning er der ikke umiddelbart fastlagt et niveau for de samlede udgifter, hvilket kan gøre det vanskeligt at styre disse. Ved et fastlagt budget til sygehusene eller fast løn til lægen er der ikke problemer med at styre de samlede udgifter, men til gengæld kan det i et vist omfang være arbitrært, hvordan det begrænsede budget påvirker niveauet for og kvaliteten af behandlingen af den enkelte patient. Endelig er der den mulighed at indgå en kontrakt, hvor det er aftalt, f.eks. hvor mange behandlinger/patienter, med hvilken kvalitet, og til hvilken pris en læge eller et sygehus skal gennemføre. Kontrakter fjerner dog ikke

informationsproblemet, der indebærer, at producenterne bedst ved, hvordan produktionen bedst effektiviseres. De nævnte afregningsformer kan kombineres på forskellige måder, og der kan anvendes forskellige metoder til at kontrollere kvaliteten, f.eks. ved at sammenligne frekvensen for genindlæggelser eller patienttilfredshed mellem forskellige sygehuse. Der er administrationsomkostninger forbundet med afregningssystemerne. Modellen med et fast budget indebærer lavere administrationsomkostninger end både takstafregning og kontraktmodellen, hvor der dels skal fremsendes regninger, dels skal udarbejdes kontrakter og ske kontrol af, om kontrakten er opfyldt.

Brugerbetaling og offentlig indgriben

Brugerbetaling til regulering af efterspørgslen

Et bidrag til styring af efterspørgslen er en hel eller delvis brugerbetaling, hvilket både indgår i forsikringsbaserede og skattefinansierede sundhedssystemer (i figur II.20 angivet ved pilen fra den venstre til den højre firkantede kasse). Ved direkte brugerbetaling medfinansierer patienten en del af den efterspurgte ydelse. En fordel ved brugerbetaling er, at patientens præferencer for en ydelse afspejles i betalingsvilligheden, hvis patienten er fuldt informeret af en uvildig rådgiver om gevinsten ved sundhedsydelsen. Det sidstnævnte er i praksis meget vanskeligt. En ulempe ved brugerbetaling er, at efterspørgslen bliver afhængig af patientens indkomst og ikke kun af behovet. De fordelingsmæssige konsekvenser af brugerbetaling afhænger dog af den konkrete udformning. Hvis der f.eks. lægges et loft over den enkeltes betaling, kan de fordelingsmæssige konsekvenser af brugerbetaling afdæmpes, hvilket dog også svækker incitamenterne.

Offentlig indgriben

Der er en række problemer, som det fremgår af det foregående, der gør, at et privat forsikringsmarked ikke af sig selv fungerer hensigtsmæssigt. Det offentlige kan derfor gribe ind for at korrigere nogle af de markedsproblemer, der opstår på et privat forsikringsmarked.²¹ En måde at gøre det

21) Der er også andre forklaringer på, at det offentlige griber ind på sundhedsområdet. En vigtig grund i relation til sundhedsforsikringer er fordelingshensyn.

på er som i Danmark, at det offentlige overtager finansieringen af hovedparten af udgifterne ved sundhedsvæsenet. Det sikrer, at alle bliver dækket af en forsikring, men det sikrer ikke nødvendigvis, at de, der har præferencer for et højt niveau for forsikringsdækning, får den dækning, de ønsker, jf. Hansen og Keiding (2002). Der kan derfor være en velfærdsgevinst ved at give mulighed for at tegne til-lægsforsikringer til de skattefinansierede ordninger. Det er dog en betingelse herfor, at der ikke er begrænsninger i antallet af f.eks. læger, der betyder, at patienter uden en forsikring ikke kan blive behandlet, når andre ønsker og kan betale for mere behandling.²² Når sundhedsforsikringer finansieres via skatterne løser det ikke problemet med ex post moral hazard, der indebærer, at efterspørgslen efter sundhedsydelser vil stige, når man ikke selv skal betale for ydelsen. Hvis det offentlige vælger selv at producere sundhedsydelserne, kan produktionsniveauet imidlertid fastlægges via faste bevillinger. Til gengæld vil skattefinansierede sundhedssystemer så være karakteriseret ved ventelister.

Obligatorisk forsikring

Det offentlige kan gøre det obligatorisk at tegne en privat forsikring og samtidigt sikre, at alle får mulighed for at tegne en forsikring, hvilket kan opfattes som en mellem-form. Gevinsten ved private forsikringer er, at der kan skabes konkurrence mellem forsikringsselskaberne. Det skal dog sikres, at det ikke sker ved at udelukke personer med store sygdomsrisici. Konkurrence mellem forsikringsselskaber har en risiko for at blive begrænset, fordi der er stordriftsfordele ved at samle risiko, og derfor er monopoler et potentielt problem, jf. Appleby (1998).

Offentlig betaling for pensionister

I de OECD-lande, hvor private forsikringer anvendes i stort omfang, finansieres sundhedsydelserne for pensionister og personer med kroniske sygdomme typisk via skatterne. Det er således den del af befolkningen med de mindste helbredsproblemer, der selv står for finansieringen.

22) Mangel på kvalificerede læger kan dog ikke være et langsigtet problem, da en øget efterspørgsel må kunne imødekommes ved at uddanne flere læger.

Sygeforsikring og arbejdsmarkedet

I mange lande, herunder Danmark, tegnes mange private sygeforsikringer kollektivt gennem arbejdspladsen. Forsikringer, der tegnes gennem arbejdspladsen, kan enten dække den enkelte arbejdstager eller inkludere ægtefælle og børn. Det sidste gælder i de lande, hvor private forsikringer dominerer sundhedssystemet. Forsikringerne tegnes via arbejdsgiveren, bl.a. fordi der er stordriftsfordele ved at tegne en fælles forsikring, men også fordi der i mange lande er skattefritagelse for sygeforsikringer, hvis de betales af arbejdsgiveren. Systemer med skattefrie sygeforsikringer via arbejdspladsen kan dog have nogle samfundsøkonomiske ulemper. Den ene er, at det kan hæmme mobiliteten på arbejdsmarkedet, jf. Gruber (2000).²³ Det skyldes, at det kan være svært at blive forsikret på en ny arbejdsplads, hvis f.eks. man selv eller ens børn har fået helbredsproblemer. Skattefritagelse betyder også, at det forvrider efterspørgslen i forhold til andet forbrug, fordi sundhedssydeler bliver relativt billigere, hvilket kan betyde, at det samlede forsikringsniveau bliver for højt.

Er der fordele ved skattesubsidiering?

Skattefritagelse af sygeforsikringer har også et fordelingsmæssigt aspekt, idet det kun er personer i beskæftigelse, der umiddelbart har en fordel af den. Der skal være en fiskal effekt ved sygeforsikringer til beskæftigede for at berettigg skattefritagelse. Hvis der ikke er en fiskal effekt, så indebærer skattefritagelsen alene en omfordeling mellem personer inden for og uden for arbejdsmarkedet. En fiskal effekt kan være, at behandlinger finansieret af sygeforsikringer erstatter tilsvarende offentligt finansierede tilbud. En anden fiskal effekt kan være, at den samlede produktionen i samfundet bliver lavere, når de beskæftigede er syge. Hvis private sygeforsikringer sikrer, at de beskæftigede bliver hurtigere behandlet, vil det øge virksomhedens og medarbejdernes indkomst. De højere indkomster vil øge skattegrundlaget og dermed forbedre de offentlige finanser. Skattefritagelse af sygeforsikringer svarer principielt til statsstøtte. En ulempe ved at yde statsstøtten som skattelempelse frem for at yde direkte tilskud er, at det gør gennemsigtigheden mindre. En

23) Forsikringsdækningen ved de arbejdsgiverfinansierede sundhedsforsikringer i Danmark er ret begrænset, og de har derfor næppe særlig stor betydning for mobiliteten.

mere direkte måde at sikre en hurtig behandling af personer i beskæftigelse er at give denne gruppe fortrinsret til behandling eller at øge de offentlige sundhedsudgifter til behandling af denne gruppe. Det er dog imod præmissen om, at alle i tilfælde af sygdom skal have lige adgang til behandling.

Opsamling

Tre centrale problemstillinger

De tre centrale problemstillinger ved forsikringer er: incitamenter, risikospredning og asymmetrisk information.

Risikospredning og incitamenter

Der er en grundlæggende afvejning mellem risikospredning og passende incitamenter i forbindelse med sundhedsforsikring, uanset om de er offentlige eller private. Hvis forsikringsdækningen er meget omfattende, hvilket svarer til, at spredning af risici er vidtrækkende, vil det resultere i et mindre effektivt sundhedssystem. Det skyldes, at den enkelte vil vælge et højt niveau for sundhedsydelser (ex post moral hazard), og producenterne tilbyde større omfang af sundhedsydelser (principal-agent problemer)

Integration af forsikringer og producent

En af måderne til at imødegå problemerne med moral hazard og principal-agent er, at finansieringsparten er involveret i både finansieringen og produktionen af sundhedsydelserne. Under et sådan system har lægerne en dobbelt loyalitet – både over for forsikringstageren og patienten.

Konkurrence og adverse selection

Private forsikringsordninger kan betyde øget konkurrence, hvilket kan være en gevinst. Konkurrence kan dog føre til, at nogle bliver underforsikret, fordi den enkeltes helbredsrisiko har betydning for omkostningerne. Det kan betyde, at forsikringsniveauet bliver for lavt. På den ene side kan den enkelte vælge mellem konkurrerende sundhedsforsikringsordninger, hvilket kan allokere den enkelte til den foretrukne ordning og kan skabe grundlag for effektiv forsyning af forsikringsordninger. På den anden side betyder forsikringsordninger også, at de med det ringeste helbred foretrækker de mest generøse ordninger.

Følgende forhold er vigtige, når den overordnede finansiering af sundhedssystemet skal overvejes:

- Frivillige private forsikringer indebærer, at der kan tages højde for, at præferencerne for sundhedsforsikring kan være forskellig
- Frivillige private forsikringer gør dog også, at nogle bliver underforsikret, og andre slet ikke kan tegne forsikringer eller vælger dem fra
- Sygeforsikringer, der er knyttet til ansættelsesforholdet, kan begrænse mobiliteten på arbejdsmarkedet
- Skattesubsidiering af sygeforsikringer kræver eksterne effekter
- Et offentligt finansieret sundhedssystem eller tvungne private forsikringer sikrer, at alle bliver dækket uanset indkomst. Til gengæld kan nogle føle, at forsikringsniveauet bliver for lavt
- Begge systemer kan have vanskeligheder med at styre udgifterne, fordi patienten ikke selv skal betale, og lægen har en interesse i et højt niveau for sundhedsydelser
- En række overvejelser i forbindelse med styringen af omkostningerne er fælles for de to systemer

II.6 Hvordan gør de i andre lande?

Tre modeller for sundhedssystemer i OECD-landene

OECD-landene har organiseret deres sundhedssystemer ret forskelligt. Den offentlige styring og kontrol af både produktionen og finansieringen af sundhedsydelser har betydning dels for mulighederne for udgiftskontrol og dels for graden af tilskyndelse til omkostningseffektivitet. Finansiering og produktion af sundhedsydelser kan grupperes i tre hovedmodeller: Den integrerede offentlige model, den offentlige kontraktmodel og den private forsikrings- og udbydermodel.

Den integrerede offentlige model

I den integrerede offentlige model finansieres og produceres sundhedsydelserne altovervejende af den offentlige sektor. Den integrerede offentlige model kombinerer budgetfinansiering af sundhedsydelser med hospitalsudbydere,

som er en integreret del af den offentlige sektor. Denne model anvendes bl.a. i de nordiske lande, Italien, Grækenland, Portugal samt i Storbritannien indtil 1990'erne. Dette kaldes også Beveridge-modellen. I denne tilgang er forsikringsdelen og leveringsdelen en sammenlagt enhed, der ofte er organiseret og styret som en offentlig styrelse, og personalet aflønnes med en offentlig sikret fast løn. I Danmark er der dog en opdeling på det administrative plan for hospitalsydelser, idet hospitalerne finansieres af staten primært gennem bloktilskud, mens regionerne organiserer leveringen af hospitalsydelserne, jf. afsnit II.7. Fordelene ved den integrerede offentlige model er dels, at det er relativt enkelt at dække hele befolkningen i forhold til sundhedsydelser, dels at niveauet for de samlede sundhedsudgifter relativt nemt kan styres gennem rammestyring. Ulemperne er, at systemet giver hospitalerne ringe tilskyndelse til at øge produktionen og sikre omkostningseffektivitet. Ligeledes giver systemet i sig selv ikke tilskyndelse til at forbedre de leverede ydelsers kvalitet.

Den offentlige kontrakt model

Den anden model, også kaldet Bismarck-modellen, indebærer, at finansieringen sker ved indbetaling af arbejdstagerbidrag til sociale sikringsfonde, og disse indgår kontrakter om levering af sundhedsydelser med private udbydere. De private hospitalsudbydere er ofte organiseret som nonprofit organisationer, mens private uafhængige udbydere, der gerne må tjene profit, ofte leverer ambulante ydelser. Denne model anvendes især i Canada og Japan. Det vil ofte øge effektiviteten, hvis den offentlige efterspørger af sundhedsydelser (forsikringsinstansen) består af en enkelt kontrakt-enhed, idet den offentlige myndighed står stærkere over for udbydere af sundhedsydelser, hvis den ikke skal konkurrere om ydelserne med andre offentlige enheder. Ligeledes vil de administrative omkostninger være mindre end ved flere offentlige kontraktmyndigheder. Det er vurderingen, at dette system er mere lydhørt over for patienternes behov end den integrerede offentlige model, men mindre velegnet til at kontrollere stigninger i sundhedsomkostningerne, jf. Docteur og Oxley (2003). Det medfører et behov for supplerende offentlig regulering og kontrol.

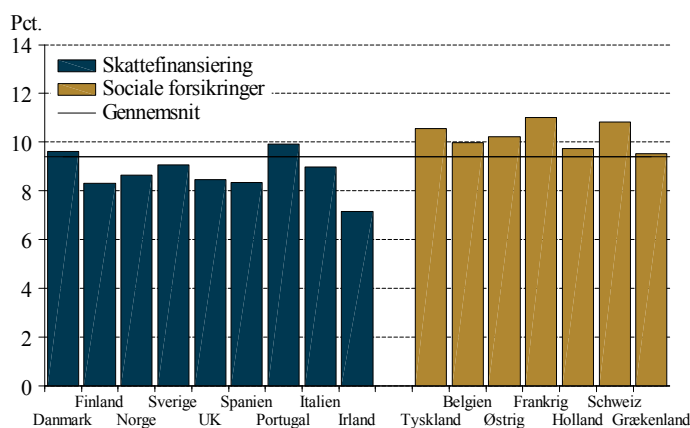
Køber-sælger modellen

Det er også muligt at have et skattefinansieret sundhedssystem, hvor produktionen af sundhedsydelser herunder hospitalsydelser produceres af private. Storbritannien eksperimenterede således i 1990'erne med den såkaldte "køber-sælger model", hvor det offentlige købte ydelser fra hospitalerne, der var organiseret som selvejende institutioner.

Skattefinansierede systemer har lavere udgifter

Finansiering og organisering af sundhedssystemer kan have betydning for sundhedsudgifternes niveau. En gruppering af OECD i lande, der primært har et skattefinansieret sundhedssystem, og i lande, der primært finansierer sundhedsudgifterne ved sociale bidrag, tyder på, at sundhedsudgifterne som andel af BNP er lavere i lande, hvor sundhedsudgifterne primært finansieres via skatterne, jf. figur II.21.

Figur II.21 Sundhedsudgifter i pct. af BNP, 2006



Kilde: OECD Health Data 2009.

Højere samlede sundhedsudgifter ved sociale bidrag

En økonometrisk undersøgelse tyder også på, at de samlede sundhedsudgifter er højere i sundhedssystemer, der finansieres via sociale bidrag snarere end skattefinansierede sundhedssystemer, uden at det indebærer et bedre sundhedsresultat (sundheds-outcome), jf. Wagstaff (2009). I undersøgelsen er sundhedsresultatet målt ved potentielle tabte leveår for ni dødsårsager, hvor behandlinger må forventes at

mindske risikoen for at dø.²⁴ En forklaring på, at sundhedsudgifterne er højere i sundhedssystemer finansieret med sociale bidrag end i skattefinansierede systemer, er, at en del af de opgjorte sundhedsudgifter er omkostninger i forbindelse med opkrævningen og administrationen af sundhedssystemerne, der sandsynligvis er høje i førstnævnte system. En anden forklaring er, at de skattefinansierede sundhedssystemer anvender praktiserende læger som “ledvogtere”, hvilket er med til at begrænse udgifterne, jf. Gerdtham og Jönsson (2000).

Den private forsikrings- og udbydermodel

En tredje model for organisering af sundhedssystemet er, at private forsikringsselskaber udbyder sundhedsforsikringer og køber behandling hos private hospitalsudbydere, som ofte er organiseret som nonprofit organisationer. Denne model anvendes i f.eks. USA og Schweiz, samt i en tillempt stærkt offentligt reguleret og subsidieret form i Holland. I Schweiz er sundhedsforsikringerne tvungne, mens de er frivillige i USA. I USA behandles pensionister og fattige gratis af det offentlige sundhedsvæsen, men en relativt stor gruppe er hverken dækket af det offentlige sundhedssystem eller af private forsikringer. Det er primært ansatte i lavtlønsjob, der ikke er omfattet af en sundhedsordning. Udbydere betales typisk på baggrund af aktivitetsniveauet. Systemet har en høj grad af imødekommenhed over for patienternes efterspørgsel, men kontrollen med omkostninger og priser på ydelserne er svag.

Konkurrence for udbydere af sundhedsydelser i USA

På grund af stigende sundhedsomkostninger har det amerikanske marked for sundhedsydelser bevæget sig fra en model med frit forbrugervalg og afregning med en takst pr. leveret ydelse over mod forsikringsordninger, der begrænser patienternes valg. Ved hjælp af såkaldte “managed care” planer forsøger forsikringsselskaberne at kontrollere udbudet af og priserne på sundhedsydelser.

Patienternes valg begrænses

Managed care ordningen går ud på, at forsikringsselskaberne køber adgang til sundhedsydelser gennem aftaler med udbydere med udgangspunkt i pris og kvalitet. Patientens

24) Der er ikke konsensus om, hvordan sundheds-outcome skal måles, og resultatet kan være påvirket af de valgte indikatorer.

valg af udbyder begrænses til dem, som forsikringsselskabet har indgået aftaler med. Samtidig kontrolleres og begrænses mængden og kvaliteten af de sundhedsydelser, der tilbydes patienten. Hvis patienten vælger en anden udbyder, skal vedkommende selv betale en del af udgifterne. Eksempler på værktøjer i managed care-planer er:

- Ledvogter-/visitationsfunktioner, der indebærer, at forsikringsselskabets læger visiterer patienterne til videre hospitalsbehandling. Dette bidrager til at sikre, at patienten ikke overbehandles
- Præ-autorisationer, der betyder, at lægen skal have forsikringsselskabets godkendelse, før en given behandling kan iværksættes
- Overvågning af om den enkelte læges praktiseringsadfærd skiller sig ud fra gennemsnittet

Stort marked for at sikre konkurrence

Der findes også eksempler i USA på, at nogle forsikringsselskaber selv er udbydere af sundhedsydelser, men den mest anvendte model er, at forsikringsselskabet indgår kontrakter med udbydere. Således er 95 pct. af de private sundhedsforsikrede dækket på denne måde. En forudsætning for, at der er konkurrence mellem udbyderne, er, at markedet er tilstrækkelig stort. Det vurderes at være tilfældet i USA. Forsikringsselskaberne er også tilstrækkelig store og har markedsmagt til at kunne indsamle kompleks viden om priser og serviceforbrug og dermed imødegå asymmetriske informationsproblemer og begrænse priserne på sundhedsservices, jf. Docteur og Oxley (2003). De vurderer ligeledes, at sundhedsomkostningerne i USA er blevet 10-15 pct. lavere uden tab af kvalitet som følge af den ændrede tilrettelæggelse af forsikringsordningerne. Ikke desto mindre er det amerikanske sundhedssystem blandt verdens dyreste.

Det hollandske sundhedssystem

Private forsikringer og private udbydere

Det hollandske sundhedssystem er i vid udstrækning finansieret via private forsikringer, og sundhedsydelserne leveres også i vid udstrækning af private udbydere, ligesom i det amerikanske system, men det er på en række punkter tilrettelagt meget anderledes, jf. van de Ven og Schut (2008).

**Tvungen
basisforsikring**

Alle, der bor eller arbejder lovligt i Holland, er forpligtiget til at købe en basissygeforsikring hos en privat forsikringsudbyder. Forsikringsudbydere er forpligtet til at acceptere alle ansøgere til en præmie, som er fastsat af myndighederne uanset forsikringstagerens eksisterende lidelser. I 2006 var der kun 1½ pct., der ikke havde tegnet en forsikring i overensstemmelse med den nye lovgivning, jf. Leu mfl. (2009). Hvis man ikke har en sygeforsikring, kan man få en bøde. En stor del af de, der ikke har en forsikring, er unge, enlige mødre og andre med en lav indkomst. De fleste uden en sygeforsikring er økonomisk udsatte personer, og derfor anvendes bødesystemet i praksis ikke for at få personer til at tegne en sygeforsikring.

**Basisforsikring
dækker 50 pct. af
udgifterne**

Basisforsikringen dækker udgifter til praktiserende læger og hospitalsindlæggelser. De dækker ikke udgifter til tandlæge, fysioterapi mv., men 80 pct. har tegnet en tillægsforsikring til at dække disse udgifter. Udgifter i forbindelse med kronisk sygdom og længerevarende hospitalsophold finansieres heller ikke via basisforsikringen, men finansieres over de generelle skatter. Præmierne til basisdækningen for sundhedsforsikringer omfatter ca. 50 pct. af de samlede sundhedsudgifter i Holland.

**Fast plus variabel
præmie**

Den enkeltes bidrag til basisforsikringen er indkomstafhængigt med et loft på 2.160 euro pr. år, jf. Okma (2008). Arbejdsgiverne er forpligtet til at kompensere de ansatte for udgifterne til sundhedsforsikringer. Denne kompensation indgår dog som en del af den skattepligtige indkomst. Udover det indkomstafhængige sundhedsbidrag, hvor præmien er fastsat af myndighederne, indbetaler forsikringstagerne en præmie direkte til den valgte forsikringsudbyder, der fastsætter sin egen præmie, som er ens for alle i det pågældende forsikringsselskab. Imidlertid modtager to tredjedele af alle husholdninger et tilskud til betalingen af forsikringen fra staten. Tilskuddet kan maksimalt være på 1.464 euro årligt (2008). Børn under 18 år er også omfattet af forsikringsordningen, men der betales ikke præmie for dem.

Risikoudligning

De indkomstbaserede tilskud, som er indbetalt til skattevæsnet, bliver overført til en "Risiko Udligningsfond".

Denne fond betaler tilskud til de enkelte forsikringsselskaber. Disse tilskud til forsikringsselskaberne skal udligne forskelle i risici mellem medlemmerne i de forskellige forsikringsselskaber. Ved udligningen tages der højde for forskelle i medlemmernes aldersfordeling, antallet af kronisk syge og geografi.

**Betydelig
omfordeling**

I det hollandske sygeforsikringssystem er der således også en omfattende omfordeling både mellem indkomstgrupper og personer med forskellige helbredsrisici. Omfordelingen er dog mindre end ved et indkomstskattefinansieret sundhedssystem som det danske.

**Styring af
udgifterne**

Sundhedsydelserne udbydes af privatpraktiserende læger og non-profit sygehuse. Forsikringsselskaberne indgår kontrakter med sygehuse på baggrund af DRG-takster og kvalitetsindikatorer, men det er hensigten, at forsikringsudbydere i stigende udstrækning skal have tilladelse til at forhandle pris, service og kvalitet i behandlingen. Forsikringsudbydere kan påvirke omkostningerne ved forbruget af sundhedsydelser ved at bestemme, hvor den enkelte skal behandles. De har også mulighed for selv at udbyde behandlingen.

**Konkurrencen er
begrænset**

Forsikringsselskaberne kan også udbyde andre produkter end basisforsikringen, som supplerende sundhedsforsikringer, men også f.eks. bilforsikringer. Forsikringsudbyder skal som nævnt acceptere alle forsikringstagere til en basisforsikring, men de kan godt afslå at tegne tillægsforsikringer. Den enkelte kan vælge mellem 14 private forsikringsselskaber, men fire selskaber står for omkring 80 pct. af forsikringerne. De hollandske myndigheder har oprettet en hjemmeside, hvor forbrugerne kan sammenligne alle forsikringsudbydere, hvad angår priser, services, forbrugertilfredshed og supplerende forsikringsydelser, og sammenligne hospitaler på en række kvalitetsindikatorer.

**Grupperabatter
begrænser det frie
valg**

Der er mulighed for at opnå grupperabat, hvis forsikringen tegnes for en gruppe, f.eks. af en arbejdsgiver, patientorganisation, fagforening eller andre tilladte grupper. I 2007 modtog omtrent halvdelen af befolkningen et nedslag i præmien på i gennemsnit 7 pct. Disse grupperabatter gør, at

**Forskelle mellem
det hollandske og
det danske
sundhedssystem**

det frie valg er begrænset, da en betydelig del af forsikringerne tegnes af grupper.

Sammenlignet med finansieringen af det danske sundhedssystem er omfordelingen mindre ved finansieringen af det hollandske sundhedssystem. I Holland er finansieringen af sundhedsudgifterne degressiv, da der er et loft over betalingen, mens finansieringen er progressiv i Danmark. I Danmark er det primært den offentlige sektor, der står for sygehusbehandlingen, mens det i Holland er selvejende sygehuse. I Holland er det forsikringsselskabet, hvor man har valgt at tegne sin forsikring, der bestemmer behandlingsstedet, mens det i Danmark som udgangspunkt er bopælen, der afgør, hvor borgeren bliver behandlet, bortset fra de patienter, der benytter sig af det frie og det udvidede frie sygehusvalg, jf. afsnit II.7.

Opsummering

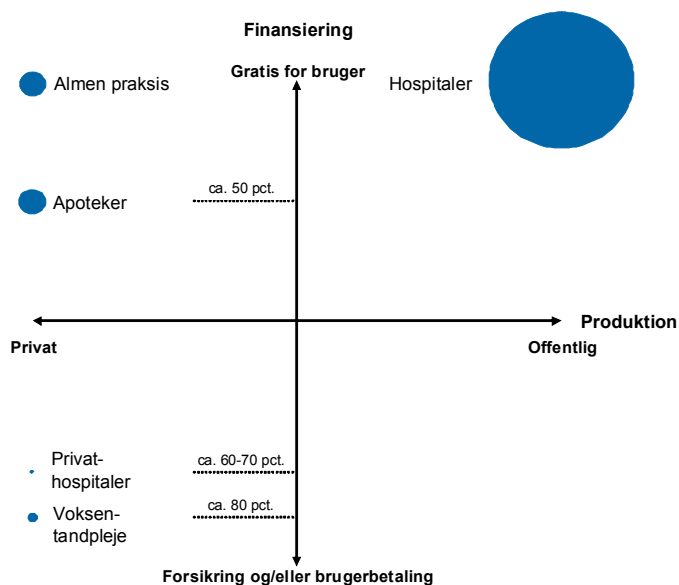
- Skattefinansierede sundhedssystemer og tvungne private sygeforsikringer sikrer alle en dækning af sundhedsydelser
- Sundhedsudgifterne er højere i lande, der finansierer sundhedsudgifterne med sociale bidrag, end i lande, hvor de er skattefinansieret, uden at det giver bedre sundhedsresultater
- Ved private tvungne forsikringer kan udligningsordninger indebære en udjævning blandt forskellige risiko- og indkomstgrupper. Grupper, der har relativt høje sundhedsudgifter, som personer med kroniske lidelser og pensionister, sikres via det offentlige system
- Private forsikringer kan øge valgfriheden, men de særlige problemstillinger med hensyn til moral hazard for sundhedsydelser gør, at forsikringsselskaberne begrænser patienternes muligheder
- Stordriftsfordele ved forsikringer resulterer i grupperabatter, der begrænser konkurrencen, fordi der bliver færre udbydere

II.7 Indretning af det danske sundhedssystem

Primært offentlig finansiering og produktion

Det danske sundhedssystem kan overvejende karakteriseres som en integreret offentlig model, hvor det primært er den offentlige sektor, der finansierer og producerer sundhedsydelserne. Der er dog nogle sundhedsydelser, hvor der er privat medfinansiering, som f.eks. voksentandpleje og medicinudgifter, og sundhedsydelser der produceres af private udbydere, som f.eks. praktiserende læger, jf. figur II.22. I dette afsnit er en uddybende beskrivelse af finansieringen af det danske sundhedssystem.

Figur II.22 Finansiering og produktion af sundhedsydelser



Anm.: Den lodrette akse angiver, i hvilket omfang udbyderens indtægter stammer fra brugerne. Den vandrette akse angiver, om det er en offentlig eller privat producent. Cirklernes forholds-mæssige størrelse angiver, hvor stor en andel af de offentlige sundhedsudgifter, der går til det pågældende område.

Private og offentlige sundhedsudgifter

Det danske sundhedssystem finansieres primært via de generelle skatter, men 15 pct. af udgifterne finansieres dog direkte af private i form af brugerbetaling og offentligt

subsidierede sundhedsforsikringer mv. I det følgende uddybes, hvordan afregningen i de forskellige dele af sundhedssystemet er tilrettelagt. Først gennemgås finansieringen af de forskellige typer af offentlige sundhedsydelser. Dernæst følger en beskrivelse af de private sundhedsudgifter, der omfatter brugerbetaling og sundhedsforsikringer.

Ansvarsdeling

Det danske offentligt finansierede sundhedssystem varetages af regionerne og kommunerne. Regionerne har ansvaret for driften af sygehusene og administration af sygesikringsområdet, der omfatter tilskud til ydelser fra praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter og psykologer samt medicin. Kommunerne har ansvaret for genoptræning, forebyggelse og sundhedspleje, som de finansierer via kommuneskatten og statslige bloktilskud.²⁵ Der opkræves et statsligt sundhedsbidrag på 8 pct. af den skattepligtige indkomst til finansiering af hovedparten af regionernes udgifter til sundhedsydelser, men indtægterne fra det statslige sundhedsbidrag på 8 pct. er dog ikke en fast ramme for størrelsen af sundhedsudgifterne.²⁶

Tilskuddene til regionerne

De enkelte regioners sundhedsudgifter finansieres af fire former for tilskud:

- Statslige bloktilskud
- Statslige aktivitetsafhængige tilskud
- Kommunale grundbidrag
- Kommunale aktivitetsbestemte bidrag

Bloktilskuddet udgør 80 pct. af indtægterne

Regionerne får dækket omkring 80 pct. af deres udgifter til sundhedsvæsenet via det statslige bloktilskud, der fordeles til den enkelte region ud fra demografiske forhold, som f.eks. aldersfordeling og den sociale struktur. Et element i at fjerne retten til skatteudskrivning og i stedet finansiere

25) Sundhedspleje omfatter hjemmepleje og hjemmehjælp, plejehjem, børnesundhedspleje og børnetandlæge.

26) I forbindelse med den seneste skattereform er det vedtaget gradvist at udfase sundhedsbidraget i perioden 2012 til 2019, og erstatte det med tilsvarende forhøjelser af bundskatten. Implikationen af denne ændring er, at fradragsværdien af renteudgifter og ligningsmæssige fradrag falder med 8 pct.point.

sundhedsudgifterne med bloktilskud er at gøre patienternes mulighed for behandling uafhængig af indkomsten i det geografiske område, de bor i, jf. Ankjær-Jensen og Kilsmark (2007). Regionernes primære opgave er ansvaret for sundhedsområdet, men de har også opgaver, der omfatter regionsplanlægning og driften af institutioner for udsatte grupper og personer med særlige behov inden for det sociale område samt specialundervisning. Disse opgaver finansieres også via det statslige bloktilskud, men regionerne kan ikke flytte midler mellem de forskellige områder, da statens og kommunernes tilskud er øremærkede de enkelte områder.

**Små
aktivitetsbestemte
tilskud fra staten**

Udover bloktilskuddet yder staten et aktivitetsbestemt tilskud til regionerne i forhold til den meraktivitet, som regionernes hospitaler har gennemført. Det er ca. 2 pct. af regionernes samlede indtægter, der er aktivitetsbestemte. Meraktiviteten opgøres i forhold til et basisniveau for antallet af behandlinger, som er aftalt i forbindelse med de årlige budgetforhandlinger mellem regeringen og regionerne. Tilskuddet bliver beregnet på baggrund af den realiserede aktivitet. Op til et såkaldt "knæk-punkt" afregnes til de fulde DRG-takster. DRG-taksterne er de beregnede gennemsnitlige udgifter for behandlingerne, jf. boks II.8. Når aktiviteten kommer over knæpunktet, bliver afregningen nedsat til 70 pct. af DRG-taksten. Det statslige aktivitetstilskud er ikke en nyskabelse i forbindelse med kommunalreformen, men blev indført, da VK-regeringen trådte til i 2001. Den gang indebar aftalen, at hvis produktionen på udvalgte områder lå højere end det aftalte niveau, udløste det et statsligt tilskud til det enkelte amt.

**En del af
sygehusenes
finansiering er
aktivitetsbestemt**

Et yderligere bidrag til at gøre bevillingerne afhængige af aktiviteterne på sygehusområdet er, at de enkelte regioner skal fordele 10 pct. af bevillingerne til de enkelte sygehuse i forhold til deres aktivitet. Det er op til den enkelte region, hvordan dette konkret gøres. Hovedparten af sygehusenes bevillinger gives dog i form af rammebevillinger på baggrund af den aftalte aktivitet.

DRG-systemet blev oprindeligt konstrueret som et informations- og benchmark-system til sammenligning af sygehusenes aktiviteter og omkostninger, men nu anvendes det også som grundlag for sygehusvæsenets finansiering. Det drejer sig om de aktivitetsafhængige dele af de statslige og de kommunale tilskud. Endelig bliver DRG-systemet også anvendt ved afregning mellem regionerne for behandling af patienter uden for deres bopælsregion. DRG-systemet har også været anvendt som udgangspunkt for forhandlingerne mellem regionerne og de private sygehuse for takster for patienter, regionerne betaler behandlingen for. Psykiatriske patienter afregnes med en ensartet takst for henholdsvis pr. liggedag og ambulante besøg.

I DRG-systemet grupperes somatiske patienter (personer med fysiske sygdomme) i **Diagnose Relaterede Grupper**. Patienterne opdeles bl.a. efter diagnose, behandling, alder, køn og udskrivningsstatus. Grupperingen af patienter med forskellige diagnoser skal opfylde følgende tre krav: Den skal være klinisk meningsfuld, ressourcehomogen og antallet af grupper må ikke være for stort. Der er på nuværende tidspunkt ca. 600 stationære grupper (overnattende patienter), hvoraf ca. 100 er gråzonepatienter, hvor behandlingen kan gives både med overnatning og ambulant. Taksten for gråzonepatienter er et gennemsnit af taksterne for hhv. en ambulant behandling og en stationær behandling. Derudover er der ca. 140 DAGS-grupper (**D**ansk **A**mbulant **G**rupeerings **S**ystem) for behandlingen af ambulante patienter.

DRG- og DAGS-taksterne er udtryk for sygehusenes gennemsnitlige driftsudgifter til behandling af somatiske patienter med forskellige diagnoser. Udgifter til psykiatriske patienter, husleje og leasing, røntgenundersøgelser bestilt af praktiserende læger og intern finansieret forskning er dog fratrukket. Derudover indgår udgifterne til investeringer i bygninger og udstyr heller ikke. Taksterne er beregnet ved at koble aktiviteter og omkostninger til de enkelte grupper, hvorved der kan beregnes en gennemsnitlig behandlingsomkostning. Aktiviteterne er opgjort bl.a. ved hjælp af observationer foretaget ude på de enkelte afdelinger af, hvilke processer patienten har været igennem ved behandling af en given diagnose. DRG-systemet anvendes fortsat som et informations- og benchmarksystem til sammenligning af sygehusenes aktiviteter og omkostninger.

Afregning mellem regionerne sker til DRG- og DAGS-taksterne, der svarer til de gennemsnitlige omkostninger ved behandlingen. Der tages således hensyn til, at der er betydelig forskel på omkostningerne ved behandlingen af forskellige diagnoser. Udgifterne på nogle hospitaler ligger over, mens andre ligger under de beregnede takster. Beregningen omfatter kun somatiske diagnoser.

**Kommunerne
bidrager til
finansieringen**

Som led i strukturreformen blev der indført en kommunal medfinansiering af regionernes sundhedsudgifter. Kommunerne betaler dels et grundbidrag pr. indbygger, dels aktivitetsbestemte bidrag, der afhænger af, hvor mange og hvilke sundhedsydelser den enkelte borger benytter sig af.

Fast grundbidrag

Det kommunale grundbidrag er i gennemsnit på ca. 1.100 kr. pr. person. Tilskuddets størrelse aftales mellem regionen og kommunerne, jf. Ankjær-Jensen og Kilsmark (2007). For at få vedtaget et forslag om at forhøje bidraget skal $\frac{2}{3}$ af kommunerne i en region støtte forslaget. Grundbidraget kan dog maksimalt udgøre 1.500 kr. pr. indbygger (2004 pris- og lønniveau).

**Kommunale
aktivitetsbestemte
tilskud**

Kommunerne betaler ud over det faste beløb pr. indbygger også aktivitetsbestemte bidrag til finansieringen. Kommunerne betaler således et tilskud, når borgerne indlægges på et hospital, modtager ambulant behandling eller modtager sygesikringsydelser. Bidragsprocenten varierer afhængigt af typen af ydelse fra 10 pct. på sygesikringsydelser til 60 pct. for indlagte psykiatriske patienter, jf. tabel II.3. Der er dog samtidig et forholdsvist lavt loft over bidraget til betalingen for de enkelte behandlinger. Det betyder, at bidraget er relativt størst for de mindst omkostningsfyldte behandlinger. De aktivitetsbestemte tilskud fra kommunerne var i gennemsnit på ca. 1.600 kr. pr. indbygger i 2007. Størrelsen af de aktivitetsbestemte tilskud for hospitalsbehandling beregnes ud fra DRG- og DAGS-taksterne, hvor DRG-taksterne er de gennemsnitlige omkostninger ved indlæggelser, og DAGS-taksterne er de gennemsnitlige omkostninger ved ambulant behandling. Taksterne varierer alt efter, hvor omkostningstunge behandlingerne er. I boks II.8 er en uddybning af principperne bag opgørelsen af DRG- og DAGS-taksterne. Kommunerne finansierer deres udgifter via kommuneskatter og bloktilskud fra staten.

Tabel II.3 Takster for kommunal betaling til regionerne

	Sats	Maksimalt beløb
Somatisk indlæggelse	30 pct. af DRG-taksten	4.615 kr. pr. indlæggelse
Psykiatrisk indlæggelse	60 pct. af sengedagstaksten	7.381 kr. pr. indlæggelse
Færdigbehandlede patienter	1.522 kr. pr. dag for patienter > 66 år 761 kr. pr. dag for patienter < 67 år	
Somatisk ambulant	30 pct. af DRG-taksten	307 kr. pr. besøg, dog 4.615 kr. for gråzone-patienter
Psykiatrisk ambulant	30 pct. af besøgstaksten	307 kr. pr. besøg
Praktiserende læger, fysioterapeuter m.m.	10 pct. af grundhonoraret	Ikke angivet
Praktiserende speciallæger	30 pct. af taksten	307 kr. pr. besøg

Anm.: Beløbene er angivet i 2008 pris- og lønniveau.

Kilde: Cirkulære nr. 74 af 1. december 2008.

Betaler også for færdigbehandlede patienter

Kommunerne betaler derudover også en fast takst til regionen, hvis de ikke hjemtager patienter, der er færdigbehandlet på hospitalet, men har behov for et pleje- og optrænings-tilbud fra bopælskommunen. Beløbet udgør ca. 1.500 kr. pr. dag for patienter over 66 år og det halve for personer derunder.

Kommunerne finansierer 15 pct. af regionernes udgifter

Samlet set indebærer reglerne for finansiering af sundheds-ydelser, at 82,3 pct. af regionernes indtægter på sundheds-området stammer fra det statslige bloktilskud og 2,4 pct. fra aktivitetsbestemte statslige tilskud. Kommunerne bidrager med 15,3 pct. af finansieringen af regionernes udgifter på sundhedsområdet, hvilket er fordelt med 6 pct.point i grundbidrag og 9,3 pct.point i aktivitetsbestemte bidrag, jf. KL mfl. (2008). Der er blevet argumenteret for, at det relativt lave niveau for medfinansiering også skal ses i lyset af kommunernes behov for budgetsikkerhed. Hvis kommunerne skulle bidrage med store tilskud til meget omkost-

ningstunge behandlinger, kunne det betyde store sving fra år til år i deres udgifter.

Incitamenter til forebyggelse

Formålet med at lade kommunerne bidrage til finansieringen af sundhedsudgifterne er at øge kommunernes incitamenter til at iværksætte forebyggelse og genoptræningsforanstaltninger, hvilket er deres opgave inden for sundhedsområdet. Betalingen mellem kommunerne og regionerne er forbundet med omkostninger til administration. Hvis systemet ikke indebærer en forbedring af de økonomiske incitamenter, indebærer det en unødvendig omkostning.

Men tvivlsomt om det virker

Der er tvivlsomt, om og i hvilket omfang kommunernes medfinansiering generelt øger deres incitament til at styrke aktiviteterne på forebyggelsesområdet. Det skyldes for det første, at den ene del af bidraget ikke afhænger af borgernes brug af sundhedssystemet og dermed af deres sundhedstilstand. Det faste bidrag, der udgør godt $\frac{1}{3}$ af det kommunale bidrag, afhænger således blot af antallet af indbyggere. For det andet bidrager kommunen til finansiering af alle behandlingsformer, uanset om sygdommen kan forebygges eller ej. Bidragene beregnes således som en fast procentsats af alle sygesikringsudgifterne samt DRG- og DAGS-taksterne for den enkelte borgers behandling. Mange sygdomme kan enten ikke forebygges, eller forebyggelsesindsatsen skal for mange sygdomme ligge mange år, før lidelsen kommer i udbrud. Mange borgere flytter også i løbet af livet til andre kommuner. For det tredje bidrager kommunerne også til finansiering af f.eks. praktiserende læger og fysioterapeuter. Der er behandlinger fra disse grupper, som kan forbygge livsstilssygdomme og afværge genindlæggelser af ældre medicinske patienter, hvis de medicineres korrekt og får genoptrænet deres førlighed. Hvis kommunal medfinansiering af disse ydelser indebærer, at praktiserende læger og fysioterapeuter opfordres til at begrænse de nævnte behandlinger, kan det betyde, at der kommer flere indlæggelser, hvilket er stik imod hensigten med den kommunale medfinansiering. Det kan derfor alt i alt være vanskeligt at koble incitamenter til forebyggelse sammen med finansiering af behandling.

**Manglende
mulighed for
substitution**

Der er reelt heller ikke mulighed for at erstatte ret mange af sygehusenes behandlingstilbud med kommunale tilbud, jf. Pedersen (2006). Der kan dog være en substitution mellem hospitalsbehandling på langtidsmedicinske afdelinger og hjemmepleje samt plejehjemstilbud. Det kan derfor være relevant at have kommunal medfinansiering for en del af de medicinske patienter. En undersøgelse af sammenhængen mellem på den ene side kommunale udbud af plejehjemspladser og hjemmehjælpstimer på kommuneniveau og på den anden side omfanget af hospitalsindlæggelser, tyder dog ikke på, at der er en sådan sammenhæng, jf. Bech og Lauridsen (2009). I undersøgelsen er der taget højde for forskelle i erhvervsmæssige og demografiske forhold samt borgerens afstand til sygehuset og en række andre forhold. Undersøgelserne er på data fra før kommunalreformen, så de ændrede økonomiske incitamenter indgår ikke i analysen, men reglen om at kommunerne skal betale for patienter, der er færdigbehandlet, var gældende i den analyserede periode.

**Praktiserende
læger bestemmer
behandlingsstedet**

Den praktiserende læge har funktion som ledvogter i sundhedsvæsenet. Det er den praktiserende læge, der enten selv behandler patienten eller sender vedkommende videre til enten en privatpraktiserende speciallæge eller til sygehusbehandling. Den praktiserende læge får dels et grundhonorar pr. tilmeldt patient, dels aflønning pr. kontakt eller behandling. Den privatpraktiserende speciallæge aflønnes pr. ydelse via den offentlige sygesikring. En yderligere begrænsning i kommunernes mulighed for at bestemme behandlingsstedet er derfor, at det er den praktiserende læge, der sammen med patienten afgør, om en borger skal behandles på stedet, indlægges eller f.eks. kan behandles af en privatpraktiserende speciallæge. Behandling hos en privatpraktiserende speciallæge kan i nogle tilfælde være et alternativ til behandling på et sygehus. Kommunen kan kun påvirke dette valg ved at opfordre lægerne til at vælge den billigste behandling, der samtidig er medicinsk forsvarlig. Den praktiserende læges henvisningspraksis har således stor betydning for udgifts- og aktivitetsniveauet på sygehusene. Samtidig står den praktiserende læge for en del af den forebyggende behandling.

Forskel mellem kommunal medfinansiering

Der er stor forskel mellem kommunernes betaling til regionerne for borgernes forbrug af sundhedsydelser, jf. KL mfl. (2008). Den landsgennemsnitlige kommunale udgift til aktivitetsafhængig medfinansiering udgjorde ca. 1.684 kr. pr. indbyggere i 2007. Dette gennemsnit dækker imidlertid over variation mellem kommuners udgifter. 16 kommuner har således udgifter, der er mindst 10 pct. lavere og 12 kommuner har udgifter, der er 8 pct. højere. En del af forskellen skyldes forskelle i alderssammensætningen og de sociale forhold i kommunerne. Disse forhold kan dog kun forklare knap halvdelen af forskellen i kommunernes udgifter.

Takstfastsættelse for sygesikringsydelser

Sundhedsydelser, der finansieres via sygesikringen, udføres af selvstændige erhvervsdrivende med en tilladelse til at udføre behandling, hvortil der ydes offentlige tilskud. Denne tilladelse kaldes et ydernummer. Det er regionerne, der tildeler og dermed også fastlægger antallet af ydernumre. Regionerne indgår overenskomster med udbydere om, hvilke ydelser og til hvilken sats der ydes offentligt tilskud. I overenskomsterne er størrelsen af egenbetalingen også fastlagt for en del ydelser. Det offentlige har dermed i et betydeligt omfang indflydelse på omkostningsudviklingen på området. Det skyldes, at det offentlige både er med til at fastsætte priserne og også i et vist omfang produktionen af ydelser, hvilket sker via begrænsninger i antallet af udbydere.

Det frie sygehusvalg

Patienter kan vælge behandlingssted

Patienter, der er blevet henvist til et offentligt sygehus, har mulighed for at vælge blandt de offentlige sygehuse. Hvis de offentlige sygehuse ikke kan foretage behandlingen inden for fastlagte tidsfrister, kan borgerne vælge at blive behandlet på et privat sygehus eller klinik, hvis regionen har en aftale med en privat behandler. Disse muligheder betegnes også det udvidede frie sygehusvalg.

Det frie sygehusvalg ...

... og det udvidede frie sygehusvalg

Der er to former for frit sygehusvalg. Den ene form er, at borgerne har ret til at vælge at blive behandlet på et sygehus uden for deres egen region. Sygehuse skal behandle borgere fra andre regioner, men hvis ventelisten til behandlingen af en specifik lidelse er længere end en måned, er sygehuset ikke forpligtet til at skrive patienter fra andre regioner på ventelisten. Afregningen mellem regionerne sker efter DRG-taksterne. Den anden form er det udvidede frie sygehusvalg, der indebærer, at patienter, som ikke kan blive behandlet på et offentligt sygehus inden for en måned, har ret til at blive behandlet på et privat hospital eller klinik, der har en aftale med det offentlige.²⁷ Afregning af betalingen for behandlingen i den private sektor sker til priser, der er forhandlet mellem regionerne og foreningen af privathospitaler. I de tilfælde, hvor de ikke er blevet enige, har sundhedsministeren fastsat prisen. Han fastsatte dem i 2006 til DRG-taksten minus 10 pct. Der har været en del diskussion af, om taksterne har været for høje, jf. Rigsrevisionen (2009). I forbindelse med suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg har de enkelte regioner haft en række behandlinger i udbud, hvilket har resulteret i væsentligt lavere priser. Forhandlingerne af takster for behandling på privathospitaler for andet halvår af 2009 mandede ud i en aftale mellem Danske Regioner og Brancheorganisationen for Privathospitaler og Klinikker, om nye takster der i gennemsnit er nedsat 17 pct. i forhold til de tidligere anvendte.

Prisfastsættelse for behandling fastsættes ud fra forhandlinger

Der er indgået aftale mellem regeringen og Danske Regioner om at ændre principperne for prisfastsættelse. Fra 2010 skal afregningen for patienter, der benytter sig af det udvidede frie sygehusvalg, ske med udgangspunkt i såkaldte referencetakster. Referencetaksterne fastsættes ud fra omkostningsniveauet i den del af de offentlige sygehuse, der udfører de forskellige behandlinger mest omkostnings-effektivt. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse udarbejder referencetaksterne. Det er også hensigten, at der skal etableres en uafhængig voldgiftsinstitution, der skal afgøre

27) Det udvidede frie sygehusvalg var suspenderet fra sommeren 2008 til udgangen af juni 2009 som følge af plejepersonalets strejke foråret 2008.

uenighed i konkrete sager mellem regionerne og de private sygehuse/klinikker.

Øget brug af private udbydere finansieret af det offentlige

Det er desuden aftalt, at der som grundlag for de årlige økonomiforhandlinger skal forudsættes et forventet niveau for det offentliges samlede køb af aktivitet på de private sygehuse i det kommende budgetår, herunder gennem det udvidede frie sygehusvalg og strategiske udbud af sygehuseydelse generelt. Når der i større omfang anvendes udbud af sundhedsydelser, kan det øge effektiviteten. I hvilket omfang det vil øge effektiviteten i sundhedssektoren, vil dog afhænge af, hvordan dette udbud tilrettelægges, og hvordan det påvirker effektiviteten på de offentlige sygehuse, jf. afsnit II.8. Det øger ikke effektiviteten i sig selv, at pengene følger patienten.

Undersøgelse af faktiske ventetider

Det udvidede frie sygehusvalg blev anvendt af ca. 41.000 personer i 2007, hvilket svarer til ca. 13 pct. af de patienter, der venter længere end den fastsatte grænse for ventetid. Reglerne for det udvidede frie sygehusvalg indebærer, at når den forventede ventetid for behandling overstiger den fastsatte grænse, kan borgerne vælge at blive behandlet på et privat sygehus. Undersøgelsen i det følgende er imidlertid foretaget for patienter med en faktisk ventetid, der er længere end grænsen, da der ikke foretages registrering af den forventede ventetid.²⁸

Hvem benytter sig af det frie udvidede sygehusvalg?

Det udvidede frie sygehusvalg anvendes især til behandling af sygdomme i knogler, muskler og bindevæv, der tegnede sig for 33 pct. af behandlingerne, og sygdomme i øjne, der stod for 11,5 pct. i 2007. De resterende behandlinger er spredt ud over øvrige sygdomme. I det følgende undersøges, hvem der anvendte ordningen i 2007.²⁹ Analysen er udført for sygdomme under ét og derudover separat for sygdomme i knogler, muskler og bindevæv samt sygdomme i øjne.

28) Det er kun muligt at opgøre ventetiderne for omtrent $\frac{2}{3}$ af kontakter for planlagte behandlinger.

29) Analysen er ligeledes gennemført for 2005 og 2006, hvilket bekræfter hovedresultaterne.

**Ikke alle patienter
kan benytte
ordningen**

Når en patient vælger ikke at blive behandlet på et privat-hospital eller klinik, kan det skyldes, at patienten foretrækker behandling på et offentligt sygehus, eller at den givne behandling ikke bliver udført på private sygehuse og klinikker. Patienter med sygdomme i knogler, muskler og bindevæv samt sygdomme i øjne anvendte i større omfang end andre sygdomsgrupper det udvidede frie sygehusvalg, idet omkring 20 pct. af disse patienter anvendte ordningen. En forklaring på forskellen kan være, at behandlinger for disse sygdomme i stor udstrækning udbydes på de private sygehuse.

**Højere alder
reducerer
sandsynligheden**

Analysen angiver, hvordan sandsynligheden for at benytte det udvidede frie sygehusvalg påvirkes af personlige og andre karakteristika. Resultaterne måles i forhold til en referenceperson. Sandsynligheden for at anvende det udvidede frie sygehusvalg aftager med alderen, særligt for personer over 75 år, jf. tabel II.4. Det kan skyldes en kombination af, at de ældre patienter finder det mere trygt at blive behandlet på et offentligt sygehus, og at ældre har mere komplicerede diagnoser, som kun kan behandles på de offentlige sygehuse.

**Beskæftigelse,
uddannelse,
indkomst og
herkomst er vigtige**

Der er større sandsynlighed for, at personer i beskæftigelse, af dansk oprindelse, med en erhvervskompetencegivende uddannelse og høj indkomst anvender ordningen. Resultaterne kan afspejle, at personer med disse karakteristika oplever en større omkostning i form af tabt arbejdsfortjeneste ved den længere ventetid i den offentlige sygesektor.

Tabel II.4 Påvirkningen af sandsynligheden for at anvende det udvidede frie sygehusvalg, 2007

	Knogler, muskler og bindevæv	Øjne	Alle
	----- Sandsynlighed -----		
30-55 år	-0,02**	-0,07**	-0,01**
55-65 år	-0,05**	-0,13**	-0,02**
65-75 år	-0,05**	-0,11**	-0,02**
75 år og derover	-0,07**	-0,14**	-0,05**
Kvinde	0,00	0,02**	0,00
Enlig	-0,01**	-0,01	-0,01**
Børn u. 18	0,00	0,06**	0,01**
Arbejdsløs	-0,02	-0,07**	-0,01**
Uden for arbejdsstyrken	-0,02**	-0,04**	-0,01**
Faglært	0,01**	0,01*	0,01**
Videregående uddannelse	0,02**	0,02**	0,00*
Indvan. el. eftkm. fra mindre udv. lande	-0,04**	-0,08**	-0,03**
Indvan. el. eftkm. fra mere udv. lande	-0,02*	-0,03*	-0,02**
Under 100.000 kr.	-0,01	-0,01	0,00*
150.000-200.000 kr.	0,01**	0,02**	0,01**
200.000-250.000 kr.	0,02**	0,01	0,01**
250.000-300.000 kr.	0,01*	0,04**	0,01**
Over 300.000 kr.	0,04**	0,02*	0,03**
Referenceperson	0,21	0,45	0,22
Andel som har anvendt ordningen	0,18	0,20	0,13
	----- Antal -----		
Observationer	75.572	25.444	315.247

Anm.: Referencepersonen er en mand af dansk oprindelse mellem 19-30 år. Vedkommende er samboende, har ingen børn, er i beskæftigelse og ufaglært og har en ækvivaleret disponibel indkomst i 2006-priser på mellem 100.000 kr. og 150.000 kr. I estimationerne er der korrigeret for, at der mangler oplysninger om uddannelse og oprindelse for en mindre del af personerne samt regionsbopæl. * angiver signifikans på et 5 pct.niveau, ** angiver signifikans på et 1 pct.niveau.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

**Husstandens
sammensætning
har også betydning**

Enlige og personer uden børn er mindre tilbøjelige til at vælge behandling på privathospital og klinik. Det kan skyldes, at de offentlige sygehuse er bedre til at varetage pleje af patienten efter endt behandling, og at patienter, der anvender det udvidede frie sygehusvalg, er mere afhængige af, at de pårørende efterfølgende tager hånd om pasning og pleje. For samboende er denne hjælp umiddelbart tilgængelig inden for husstanden, hvilket ikke er tilfældet for de enlige. For personer med børn kan det være en større gene at vente på behandling, så forældre vælger at forkorte ventetiden ved at blive behandlet på et privathospital.

**Skævhed kan
skyldes manglende
information**

Analysen viser samlet set, at der er social skævhed i, hvem der anvender det udvidede frie sygehusvalg. Derimod tyder undersøgelsen ikke på, at der er kønsforskelle. En del af forklaringen på resultatet kan være, at de grupper, der har større sandsynlighed for at anvende det udvidede frie sygehusvalg, er bedre til at finde frem til og forstå oplysningerne om ordningen.

Brugerbetaling

**Brugerbetaling for
at påvirke
efterspørgslen**

Ud over finansieringen af sundhedsydelser via de generelle skatter betaler borgerne selv ca. 15 pct. af sundhedsudgifterne. Hovedparten af disse udgifter er brugerbetaling for voksne på ydelser fra tandlæge og fysioterapeuter, psykolog og egen betaling på medicin. Den enkelte kan eventuelt finansiere dele af egenbetalingen via en privat forsikring. Det er i Danmark valgt at koncentrere egenbetalingen på få ydelser. Brugerbetaling indebærer, at der er en direkte sammenhæng mellem den enkeltes forbrug og betaling. Når en ydelse er pålagt brugerbetaling, vil den enkelte kunne undgå at betale, hvis ydelsen ikke benyttes, i modsætning til skattefinansiering, hvor der ikke er en sammenhæng mellem forbrug og betaling. Brugerbetaling anvendes derfor også til at begrænse efterspørgslen. Når brugerbetalingen er koncentreret på relativt få sundhedsydelser, betyder det, at det kun er inden for disse kategorier, at efterspørgslen bliver begrænset. Forvridningen i forbruget af sundhedsydelser vil blive mindre, hvis den samlede brugerbetaling bliver fordelt på flere sundhedsydelser.

Brugerbetaling til delvis finansiering er koncentreret om offentlige ydelser, der ikke leveres af læger.

Samme niveau som andre lande, men anden fordeling

Danmark har samme niveau for brugerbetaling som andre nordiske lande, men Danmark adskiller sig ved at koncentrere betalingen på enkelte ydelser, jf. Velfærdskommissionen (2005). Andre nordiske lande spreder generelt i større omfang brugerbetaling og anvender brugerbetaling til adfærdsregulering.

Brugerbetalingen stiger med indkomsten

Brugerbetalingen er størst på tandlægeydelser, hvor den stiger markant med indkomsten. Det resulterer i, at personer med en ækvivaleret disponibel indkomst over 250.000 kr. har udgifter til tandlæge, der er ca. 2½ gang større end personer med en ækvivaleret disponibel indkomst under 150.000 kr., jf. tabel II.5. Reglerne for betaling af tandlægeydelser indebærer ikke i sig selv, at brugerbetalingen for tandlægeydelser er højere for personer med høje indkomster. Derfor afspejler den højere brugerbetaling, at forbruget af tandlægeydelser stiger med indkomsten. Brugerbetaling til fysioterapeut m.m. stiger i mere begrænset omfang med indkomsten.

Brugerbetaling stiger med alderen

Brugerbetalingen for sundhedsydelser stiger med alderen, hvilket er i tråd med, at forbruget af sundhedsydelser stiger med alderen. Men hvor udgifterne til brugerbetaling er jævnt stigende med alderen for f.eks. udgifter til fysioterapeuter, så er niveauet for brugerbetaling for tandlæge stort set uændret for aldersgrupperne over 55 år.

Tabel II.5 Brugerbetaling: Udgift pr. person, 2005

	Tandlæge	Fysio- terapeut, m.m.	Læge, privat hospital	Andel i befolkning
	-----	2006-kr.	-----	- Pct. -
Ækvivaleret disponibel indkomst				
Under 100.000 kr.	507	269	92	18,2
100-150.000 kr.	1.101	438	196	32,8
150-200.000 kr.	1.513	414	166	25,7
200-250.000 kr.	1.907	468	202	14,0
250-300.000 kr.	2.440	645	266	5,4
300.000 kr. og over	2.573	505	348	3,9
Ældste person i husholdningen				
Under 30 år	340	326	80	19,3
30 - 55 år	1.139	336	146	42,0
56 - 65 år	2.027	496	192	16,2
66 - 75 år	2.040	565	307	10,9
76 år og derover	2.125	630	334	11,5
Gennemsnit	1.342	419	180	100,0

Anm.: Husstandens ækvivalerede disponible indkomst er indkomsten korrigeret for antallet af voksne og børn i husstanden. Den ækvivalerede indkomst tager dermed højde for, at indkomster og udgifter kan udjævnes inden for husholdninger med mere end en person. Beregningerne er foretaget på grundlag af forbrugsundersøgelsen. I forbrugsundersøgelsen er der et frafald, som gør, at stikprøven ikke er repræsentativ. Dette korrigeres der for ved at beregne de forventede værdier for brugerbetaling på hele befolkningen vha. regressionsanalyser. Tallene er derfor forbundet med usikkerhed. Metoden, der bruges til at korrigere for skævheden, er ikke helt identisk med Danmark Statistiks metode, og derfor fås ikke samme resultater, jf. Danmarks Statistik(2009).

I tabellen er der udelukket 1,2 pct. af husstandene, da brugerbetalingen er højere end husstandens samlede disponible indkomst.

Kilde: Egne beregninger på grundlag af registerdata.

Brugerbetaling på receptpligtig medicin

Apotekernes udsalgspriser på receptpligtig medicin er under betydelig offentlig regulering. Producenter/importører fastsætter frit deres priser til apotekerne, men i praksis er prisdannelsen på de lægemidler, der er i indbyrdes konkurrence (substituerbare), væsentligt påvirket af den detaljerede regulering, der er på området, herunder reguleringen af

apotekernes udsalgspris, tilskudsregler, bagatelregler, forsyningspligt mv.

Der ydes som udgangspunkt tilskud til patienter til en betydelig del af den lægeordnede medicin. For generisk ens produkter ydes der tilskud i forhold til det billigste produkt på markedet. Tilskuddet til den enkelte udregnes i forhold til medicinforbruget de 12 foregående måneder.

**Regler for
medicintilskud:
højest tilskud til
stort forbrug**

Medicintilskuddets størrelse til voksne over 18 år afhænger af den samlede årlige udgift til medicin. Hvis medicinudgifterne er under 820 kr., er der intet tilskud:

- 820 - 1.340 kr. = 50 pct. i tilskud
- 1.341 - 2.885 kr. = 75 pct. i tilskud
- Over 2.885 kr. = 85 pct. i tilskud

Pensionister, personer med begrænsede indtægter og kronisk syge kan få tildelt yderligere tilskud, hvis egenudgiften overstiger 3.270 kr.

**Egenbetaling for
medicin varierer
kun i begrænset
omfang med
indkomsten**

Egenbetalingen til medicin varierer kun i meget begrænset omfang med indkomsten, jf. tabel II.6. De største tilskud gives til personer, der har ækvivalerede disponible indkomster mellem 100.000 kr. og 200.000 kr. En vigtig medvirkende forklaring på dette er, at indkomsten for pensionister typisk ligger i dette interval, og at medicinudgifterne stiger med alderen. Samtidigt indebærer reglerne, at andelen af egenbetalingen falder ved stigende forbrug.

Tabel II.6 Medicinudgifter: Udgift pr. person, 2006

	Ekspedi- tionspris	Tilskud	Egen- betaling	Andel i befolkning
	-----	Kr. -----	-----	--- Pct. ---
Ækvivaleret disponibel indkomst				
Under 100.000 kr.	1.529	1.005	524	18,2
100-150.000 kr.	3.433	2.567	867	31,3
150-200.000 kr.	2.378	1.632	746	25,3
200-250.000 kr.	1.773	1.088	685	14,4
250-300.000 kr.	1.815	1.100	716	5,9
300.000 kr. og over	2.034	1.212	822	5,0
Ældste person i husholdningen				
Under 30 år	818	409	409	19,6
30 - 55 år	1.494	995	500	41,8
56 – 65 år	2.985	2.057	928	16,2
66 – 75 år	4.329	3.190	1.138	11,1
76 år og derover	5.867	4.363	1.505	11,4
Gennemsnit	2.416	1.679	737	100,0

Anm.: Husstandens ækvivalerede disponible indkomst er indkomsten korrigeret for antallet af voksne og børn i husstanden. Den ækvivalerede indkomst tager dermed højde for, at indkomster og udgifter kan udjævnes inden for husholdninger med mere end en person. Beregningerne er foretaget på grundlag af medicinregistret. I tabellen er 0,6 pct. af husstandene ikke medtaget, da brugerbetalingen er højere end husstandens samlede disponible indkomst.

Kilde: Egne beregninger på grundlag af registerdata.

Forsikringer

Private forsikringer

En del af brugerbetalingen finansieres via private sygeforsikringer, men derudover findes også andre sygeforsikringer. Der kan skelnes mellem tre typer af sygeforsikringer i Danmark:

- Brugerbetalingsforsikringer
- Behandlingsforsikring
- Forsikring mod visse kritiske sygdomme

Præmien for brugerbetalingsforsikring afhænger kun af dækningen

Brugerbetalingsforsikringer dækker primært dele af brugerbetaling på f.eks. medicin, tandpleje og fysioterapi, men de kan også omfatte operationer på privathospitaler og klinikker. Den type forsikring udbydes kun af "danmark". Der er fire hovedgrupper af forsikringer (gruppe 1, 2, 5, 8). De adskiller sig ved, hvor meget de dækker. Gruppe 1 og 2 er de mest omfattende, og gruppe 8 indebærer blot, at man til en lav præmie er sikret et medlemskab, hvis man på et senere tidspunkt ønsker det. Præmien betales af den forsikrede selv og er ikke fradragsberettiget. Præmiestørrelsen er kun afhængig af, hvilken forsikringsgruppe der er valgt. For at blive optaget skal man være under 60 år og ikke lide af en kronisk sygdom. Præmien afhænger alene af dækningen og er derfor uafhængig af alder, køn, anciennitet i forsikringsgruppen og sundheds-tilstand. Man kan således også være forsikret, når man er alderspensionist. "danmark" er ejet af medlemmerne og er en non-profit virksomhed. Det er en fortsættelse af de almindelige sygekasser, der blev afskaffet i 1973.

Tidobling af antallet af medlemmer

Ved oprettelsen af "danmark" var der ca. 218.000 medlemmer, hvilket er vokset til nu omkring 2 mio. medlemmer. Siden 1990 har der været en årlig vækst på godt 3,5 pct. Medlemmerne af "danmark" afviger lidt fra gennemsnitsbefolkningen, jf. Pedersen (2005). Lidt færre af de unge og af de ældre er medlemmer, mens de midaldrende er overrepræsenterede. Der er lidt flere funktionærer end arbejdere og ufaglærte, der er medlemmer.

Forsikringsordninger øger efterspørgslen

Brugerbetalning kan forventes at mindske efterspørgslen efter en ydelse. Når der tegnes forsikringer til dækning af brugerbetalingen, må det forventes, at det øger efterspørgslen på grund af pris- og indkomsteffekten for personer, der har en forsikringsdækning. For den enkelte bliver prisen lavere, fordi forsikringsselskabet betaler en del af udgiften, og samtidig øger betalingen den enkeltes indkomst. Det påvirker de offentlige udgifter, i det omfang der kun er privat finansiering af en andel af den samlede omkostning ved ydelsen. En repræsentativ spørgeskemaundersøgelse, der blev foretaget i 2000-01 blandt personer over 17 år, viser, at når der korrigeres for baggrundsuplysninger, så efterspørger medlemmer af "danmark" flere af de ydelser,

der er dækket af forsikringen, end de der ikke er medlemmer, jf. Pedersen (2005). Undersøgelsen viser også, at der ikke er forskel i helbredsstatus for medlemmer og ikke-medlemmer.

Behandlings- og hospitals-forsikringer

Den anden type af sygeforsikring er behandlings- og hospitalsforsikring, som også kaldes sundhedsforsikringer. Denne type af forsikring udbydes af kommercielle forsikrings-selskaber. Forsikringerne er ofte knyttet sammen med pensionsforsikringer, men der findes også selskaber, der sælger sygeforsikringer særskilt. Hvis forsikringen tilbydes af arbejdsgiveren, skal alle ansatte være omfattet, for at forsikringen er skattefritaget hos arbejdstageren.

Skattesubsidiering af sundheds-forsikringer

Forsikringen dækker specifikke typer af planlagt kirurgi, men også f.eks. fysioterapi, behandling og diagnostiske undersøgelser hos speciallæge og periodiske sundhedscheck. De typer af kirurgiske indgreb, forsikringen typisk dækker, er hofte-, knæ- og rygkirurgi. Det er operationer, som især personer over 70 år får foretaget. Den gruppe er normalt ikke dækket af sundhedsforsikringer, fordi de har forladt arbejdsmarkedet, så deres behandling bliver finansieret af det offentlige sundhedssystem. Forsikringen dækker dog også sundhedsydelser, som det offentlige normalt ikke yder tilskud til, som zoneterapi, massage og periodiske sundhedscheck. Forsikringspræmien er et personalegode og en driftsudgift for virksomheden. Forsikringen er skatte-subsidieret, fordi udgiften til sundhedsforsikring ikke indgår i den personlige skattepligtige indkomst. Forsikringen følger normalt ansættelsesforholdet, og man er almindeligvis ikke forsikret som pensionist. Man kan godt tegne en forsikring som privatperson, men så er præmien fastsat ud fra aktuarmæssige principper og ikke fradragsberettiget, hvilket betyder, at præmiestørrelsen stiger kraftigt med alderen, og at forsikringen skal være tegnet, inden man fylder 60 år.

Patienter med sundhedsforsikring kan forkorte ventetiden

Når de private forsikringer anvendes til finansiering af diagnostiske undersøgelser, kan forsikringerne reelt bruges til at forkorte ventetiden til offentlig finansieret behandling, fordi perioder med ventetid for undersøgelser på under 14 dage normalt ikke indgår i beregningen af den samlede

ventetid. Hvis sygehuset f.eks. modtager en henvisning fra lægen 1. marts, og hvis diagnosen kan stilles uden yderligere undersøgelser, skal patienten have tilbudt behandling senest 1. april. Hvis det er nødvendigt at foretages en røntgenundersøgelse, hvortil der er en ventetid på to uger, skal patienten have tilbudt en behandling 15. april. Hvis patienten kan få foretaget røntgenundersøgelsen på en privat klinik uden ventetid finansieret af forsikringen, kan han få forkortet den faktiske ventetid med to uger.

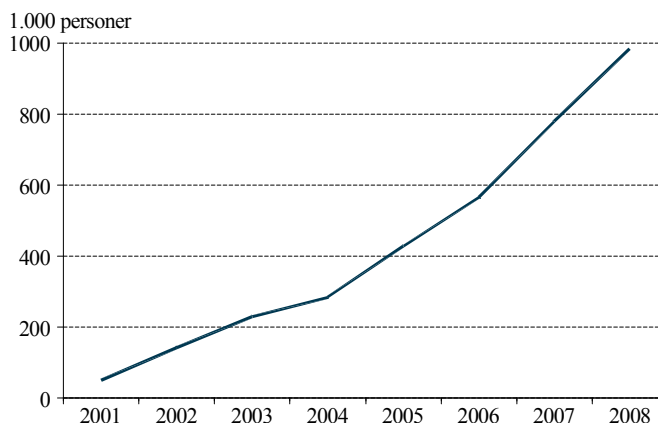
Kraftig stigning i sundhedsforsikringer

Antallet af personer, der er dækket af en sundhedsforsikring er steget fra ca. 50.000 personer i 2001 til knap 1 mio. personer i 2008, jf. figur II.23. En medvirkende forklaring på den kraftige stigning i antallet af personer, der er dækket af en sundhedsforsikring, er uden tvivl, at ligningsloven blev ændret i 2002. Ændringen betyder, at sundhedsforsikringer kan betragtes som et skattefrit personalegode for ansatte i en virksomhed, hvis en række betingelser er opfyldt. Betingelserne for skattefritagelse er bl.a., at alle medarbejdere i virksomheden skal tilbydes ordningen, og at evt. behandling skal være lægefagligt begrundet eller beregnet til forebyggelse af en arbejdsbetinget skade. Før ændringen i 2002 var det hovedsagligt behandling med alkoholafvænning, der var skattefri for modtageren.

Privatansatte dækket af en sundhedsforsikring

Det er først og fremmest personer, som er ansat på private virksomheder, der er dækket af en sundhedsforsikring. Det er kun få offentligt ansatte og ingen uden for arbejdsmarkedet, der er dækket af en skattesubsidieret sundhedsforsikring. Blandt de privatansatte er der lidt flere med en videregående uddannelse, og lidt færre, hvor grundskolen er højeste fuldførte uddannelse, der har en sundhedsforsikring, jf. Forsikring & Pension (2008).

Figur II.23 Sundhedsforsikrede



Kilde: www.forsikringogpension.dk.

Forsikringer mod visse kritiske sygdomme

I forbindelse med mange pensionsforsikringer, sundhedsforsikringer og overenskomster er der tegnet en forsikring mod visse kritiske sygdomme. Der kan dog også tegnes individuelle forsikringer på dette område. Forsikringen indebærer, at der udbetales et beløb typisk mellem 100.000-200.000 kr., når en speciallæge har dokumenteret, at forsikringstageren er blevet diagnosticeret med f.eks. en ondartet kræftsygdom, total blindhed eller blodprop i hjerne eller hjerte. Erstatningsbeløbet nedtrappes normalt fra 58 års alderen og bortfalder helt ved pensionering. Forsikringstageren bestemmer selv, hvad beløbet skal anvendes til. Forsikring mod visse kritiske sygdomme kan derfor i højere grad betragtes som en ulykkesforsikring end som en sygeforsikring, da det udbetalte beløb ikke er øremærket til behandling af den konstaterede sygdom. Det vurderes, at ca. 2 mio. personer har en forsikring, der dækker kritisk sygdom. Dette skal sammenholdes med, at der er ca. 2,8 mio. erhvervsaktive i Danmark.

Opsummering

- 82 pct. af regionernes indtægter til sundhedsområdet stammer fra det statslige bloktilskud og 2½ pct. fra aktivitetsbestemte statslige tilskud. Kommunerne bidrager med ca. 15 pct. fordelt med 6 pct.point i grundbidrag og 9 pct.point i aktivitetsbestemte bidrag
- Den nuværende kommunale medfinansiering øger kun i meget begrænset omfang kommunernes incitamenter til initiativer på forebyggelsesområdet
- Omkring 13 pct. af de berettigede anvender det udvidede frie sygehusvalg
- Sandsynligheden for at benytte det udvidede frie sygehusvalg stiger med indkomsten og falder med alderen. Sandsynligheden er mindre for enlige, personer uden for arbejdsmarkedet, ufaglærte og indvandrere og efterkommere
- Brugerbetalingen på sundhedsydelser er koncentreret på relativt få ydelser
- Brugerbetalingen stiger med indkomsten især for tandlægeydelser, idet forbruget stiger med indkomsten. Brugerbetaling for receptpligtig medicin er tilnærmelsesvis uafhængig af indkomsten
- Der har været en kraftig stigning i privatansatte, der er dækket af en skattesubsidieret sundhedsforsikring
- Skattesubsidierede forsikringer kan anvendes til at begrænse ventetiden til offentlige behandlinger

II.8 Markedsfejl, konkurrence og ventelister

Konkurrence som vej til effektivitet

Konkurrence nævnes ofte som et virkemiddel til at effektivisere sundhedssektoren, så kvaliteten af sundhedsydelserne øges, og omkostningerne reduceres. Dette fremføres ud fra den generelle betragtning, at et velfungerende marked med mange udbydere, forbrugere og en god konkurrence er kendetegnet ved, at udbyderne minimerer omkostningerne, og at markedspriserne konkurreres ned på niveau med de langsigtede marginalomkostninger. I sundhedssektoren er der dog en række faktorer, der virker som barrierer for konkurrencen. Der er risiko for, at antallet af udbydere af

sundhedsydelser ikke bliver tilstrækkeligt til at sikre konkurrence om efterspørgslen og dermed priser, der afspejler de marginale omkostninger. Dette problem hænger sammen med, at dele af sundhedsproduktionen er karakteriseret ved stordriftsfordele. Samtidig gælder det for sundhedsydelser, at det sjældent er forbrugeren selv, der direkte betaler for ydelsen, jf. afsnit II.5. Det betyder, at der kan være tilskyndelser til overforbrug af sundhedsydelser hos både forbrugeren (patienten) og producenten (som ofte er lægen).

Konsekvenser af konkurrenceudsættelse

Formålet med dette afsnit er at diskutere konsekvenserne af at udsætte den offentlige produktion af sundhedsydelser for konkurrence. Det diskuteres, hvilke virkemidler der kan bruges til at skabe en passende konkurrence, når der er stordriftsfordele. Ligeledes diskuteres det, hvad der kan gøres for at begrænse de mulige tilskyndelser til overforbrug i sundhedssektoren. Afsnittet fokuserer især på hospitalsydelser.

Afsnittet består af to dele

Afsnittet er opdelt i to dele. Den første del er overvejende en principiel diskussion af stordriftsfordele og tilskyndelse til overforbrug. Her diskuteres stordriftsfordele, konkurrence og udbud i licitation. Dernæst diskuteres tilskyndelser til overforbrug og virkemidler til at begrænse overforbrug. Afsnittets anden del har et empirisk udgangspunkt i den danske hospitalssektor. Denne del forholder sig især til det frie og det udvidede frie sygehusvalg set i lyset af omkostninger og konkurrenceudsættelse.

Stordriftsfordele og konkurrenceudsættelse

Stordriftsfordele forhindrer effektiv konkurrence

Stordriftsfordele er udtryk for, at det teknisk er billigere at producere i en stor end i en lille skala, således at omkostningerne pr. produceret enhed falder med produktionens størrelse. Dette gælder f.eks., hvis produktionen kræver meget eller dyrt teknisk udstyr, således at der er store faste omkostninger, mens de variable omkostninger er relativt små. Under disse omstændigheder kan en producent med en stor markedsandel – f.eks. et stort offentligt hospital – holde andre producenter ude af markedet ved at sætte en pris, som er højere end producentens gennemsnitlige omkostninger, men som ikke er tilstrækkelig høj til, at en ny producent kan

forvente at få dækket sine gennemsnitlige omkostninger. På et marked af denne type vil der ikke af sig selv opstå konkurrence, ligesom en offentligt styret konkurrenceudsættelse ikke er hensigtsmæssig.

**Akutte
behandlinger
kræver et fast og
dyrt beredskab**

Sundhedsydelser er teknologisk meget forskellige. Nogle behandlinger har en akut karakter, hvor et hurtigt indgreb er en forudsætning for behandlingens succes. Dette kræver et beredskab hele døgnet – også selv om der er tidspunkter, hvor ingen behøver behandling. Nogle akutte behandlinger kræver desuden en meget specialiseret lægefaglig kunnen. Der er fordele ved at samle de akutte behandlinger på få sygehuse, fordi de meget store faste omkostninger til beredskabet implicerer stordriftsfordele. De høje faste omkostninger udnyttes mest effektivt, hvis de fordeles på mange behandlinger. Omvendt gælder for planlagte behandlinger det, at der ikke er behov for et stort akut beredskab. Alligevel er nogle planlagte behandlinger forbundet med stordriftsfordele, mens andre ikke er. Dette diskuteres nedenfor.

**Stordriftsfordele
for kapitaltunge
ydelser**

For nogle planlagte hospitalsydelser er der stordriftsfordele ved produktionen, f.eks. som følge af meget høje faste omkostninger til dyrt hospitalsudstyr. Hertil kommer, at en række behandlinger er specialiserede og kræver specifik erfaring, som kun et mindre antal personer kan opnå i Danmark. For en række af de fagligt specialiserede og komplicerede behandlinger gælder det endvidere, at koncentration på få enheder er den bedste måde at sikre kvaliteten af behandlingerne. Det er således billigere pr. ydelse at producere i en stor end i en lille skala.

**Ikke
stordriftsfordele
for en række
planlagte basis-
kirurgiske indgreb**

Der eksisterer også en række sundhedsydelser, som er standardiserede og karakteriseret ved forholdsvis begrænset kapitaludstyr og ved, at den pleje- og lægefaglige kompetence, der er nødvendig for at udføre ydelserne, er meget udbredt. Dette gælder for eksempel operationer for grå stær og knæoperationer. Det medfører, at der ikke er specielle fordele ved at samle disse behandlinger på store sygehuse, men at de lige så godt kan gennemføres på mindre sygehuse eller klinikker. Vilklarene for en sund udbudskonkurrence med mange potentielle leverandører er gode for denne del af

produktionen.³⁰ I 2003 er 13 pct. af de totale sygehusudgifter planlagt kirurgi, jf. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2003). De planlagte basiskirurgiske indgreb er en delmængde heraf.

Eksempler på planlagte basiskirurgiske ydelser

Eksempler på behandlinger og undersøgelser, hvor der ikke er stordriftsfordele, og som er egnede til konkurrenceudsættelse er: Nogle rygoperationer, knæoperationer, undersøgelser og behandlinger af lænderyg, MR-scanninger, skulderoperationer, kirurgisk behandling af svær overvægt samt udskiftning af hofter. Der er allerede erfaringer med at have disse operationer i udbud, jf. Rigsrevisionen (2009).

Ikke stordriftsfordele for en række plejeintensive forløb

For en række plejeintensive forløb gælder det tilsvarende, at de ikke er forbundet med stordriftsfordele. En vigtig præmis for plejeintensive behandlinger er, at mange patienter efterspørger ydelser i deres nærrområde af hensyn til rejseafstand og tidsforbrug, men også tryghedsfølelsen ved generelt at have adgang til hospitalsydelser i nærområdet. I en række udkantsområder er der kun plads til én leverandør, mens områder med høj befolkningskoncentration kan have flere leverandører af disse ydelser.

Teknologisk udvikling ændrer produktionsvilkår

Den teknologiske udvikling betyder på den ene side, at en række eksisterende behandlinger kan gennemføres med mindre/billigere udstyr og ved generelt simplere indgreb. Samtidig fører udviklingen til, at flere sygdomme kan behandles, men ofte med specialiseret (og dyrt) teknologisk udstyr. Grå stær og nogle hjerteoperationer er eksempler på operationer, som er tilføjet "listen" af operationer, der er egnede til konkurrenceudsættelse, jf. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2003). På disse to områder har den teknologiske udvikling givet grundlag for behandling af flere patienter og dermed for flere leverandører. For grå stær er der blevet udviklet nye, billigere behandlingsmetoder, og samtidig er kapitalomkostningerne reduceret, hvilket også bidrager til at skabe gode rammer for mange leverandører.

30) Udvalget om Vilkår for den Udvidede Fritvalgsordning på Sygehusområdet vurderer ligeledes, at en række hospitalsydelser er egnede til konkurrenceudsættelse, mens et begrænset antal udbydere betyder, at andre ydelser ikke er egnede, jf. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2008).

Konkurrence mellem udbydere af en given produktion	En række ydelser med begrænsede stordriftsfordele er egnede til konkurrenceudsættelse, som kan være med til at øge effektiviteten. En mulighed er at udbyde bestemte typer af sundhedsydelser i licitation. Ideen med dette er, at udbuddet øger omkostningseffektiviteten ved en given produktion. Udbud i licitation foregår ved, at køberen af hospitalsydelser (regionen) forbereder et udbudsmateriale og annoncerer udbuddet, hvorefter potentielle leverandører kan afgive tilbud. Regionen vælger herefter den leverandør, der har afgivet det eller de bedste og billigste tilbud. Udbudsmaterialet specificerer typen af behandlinger, længden af kontrakten i år eller måneder og evt. antallet af behandlinger.
Udbud forudsætter egnede leverandører	Imidlertid kræver udbud i licitation, at der på forhånd eksisterer adskillige producenter, som kan påtage sig opgaven, dvs. en situation hvor offentlige hospitalsenheder kan byde på opgaven i konkurrence med hinanden, og/eller at der eksisterer privathospitaler, som er kapitalstærke nok til at opbygge den fornødne produktionskapacitet.
Konkurrence på kort og lang sigt	At stordriftsfordele begrænser antallet af egnede udbydere, kan søges imødegået ved at lade udbuddet gælde en længere periode. Hvis vinderen af udbuddet kan sikres produktionen i en længere periode, kan det evt. tiltrække yderligere producenter til at deltage i udbuddet, fordi vinderen af udbuddet derved får mulighed for at opbygge den nødvendige kompetence gennem den periode, hvor producenten har licitationen. På den anden side vil lange licitationsperioder betyde, at konkurrencen begrænses markant i licitationsperioden, og det kan betyde, at det er svært at holde andre producenter inde i markedet til kommende udbud. Hvis antallet af udbydere skal være tilstrækkeligt højt, er der således grænser for, hvor omfattende stordriftsfordele der må være forbundet med den udbudte opgave. Det indebærer, at det er svært at kombinere omfattende stordriftsfordele med konkurrence.
Udbud af driften af omkostningsfuldt teknisk udstyr til behandlinger	Hvis stordriftsfordelene alene er begrundet i omkostningsfuldt teknisk udstyr, kan begrænsningen i konkurrencen imødegås ved, at udbyderen af opgaven stiller kapitaludstyret til rådighed. Den private producent skal således kun

stille kvalificeret personale til rådighed. Udbud af denne type kan have til formål at sikre en høj og effektiv udnyttelse af meget kostbart udstyr. Der vil imidlertid ofte kunne være begrænsninger knyttet til udbuddet af specialister, der kan betjene det pågældende udstyr.

Udbud af en funktion eller en hel afdeling

Tilsvarende kan det overvejes at udbyde driften af en hospitalsafdeling inklusive udstyr i licitation. Det offentlige hospital stiller udstyret eller en afdeling til rådighed, men driften sættes i udbud. Formålet er at sikre omkostnings-effektiv udnyttelse af det offentlige kapitalapparat. En nødvendig forudsætning for dette er, at der eksisterer private aktører, der kan påtage sig den pågældende opgave, og/eller at der kan opbygges et system, hvor de enkelte hospitaler får incitamenter til og mulighed for at byde på driften af afdelinger på andre hospitaler.³¹

Køber-sælger modellen

En alternativ metode er at indføre forøget konkurrence mellem offentlige hospitaler ved at adskille regioners funktion som efterspørger af sundhedsydelser fra deres ansvar for hospitalernes drift. Leverandørerne (hospitalerne) gives større selvstændighed og udskilles som selvejende institutioner, der til en vis grad konkurrerer om at levere hospitalsydelser til regionerne. Dette kaldes ofte for køber-sælger modellen. Det er en forudsætning, at køberne (regionerne) har lægefaglig indsigt og er orienterede om de bedste og billigste behandlingsmetoder. Køberne gives tilskyndelse til at købe billigst muligt ind, f.eks. ved at budgetterne skal overholdes. Regionerne kan da sende flere sygehusydelser i udbud, hvor det enkelte sygehus kun får kontrakten, hvis det tilbyder bedst ydelse og pris. Også i dette tilfælde lægger stordriftsfordele imidlertid begrænsninger på, hvad der kan opnås ved konkurrenceudsættelse.³²

31) Et eksempel, der minder om dette er, at Åbenrå Sygehus har udliciteret MR-scanninger til en privat operatør, jf. Konkurrencestyrelsen (2003). Operatøren ejer MR-scanneren og sørger for personale til at drive scanneren, men "bor" i lejede lokaler på Åbenrå Sygehus.

32) Køber-sælger modeller for sundhedsydelser er forsøgt i England, New Zealand samt dele af Sverige i 1990'erne. Erfaringerne viser forskellige resultater, og det er svært at vurdere, om en generel

**Frit brugervalg
indebærer ikke
priskonkurrence**

Det frie sygehusvalg og det udvidede frie sygehusvalg giver patienten mulighed for under visse begrænsninger selv at vælge behandlingssted. Da princippet i det frie sygehusvalg er, at producenten af behandlinger modtager en på forhånd fastlagt takst, er der ikke tale om priskonkurrence mellem producenterne. Ligeledes har alle producenter, der ønsker at levere til taksten, adgang til at behandle. Det frie sygehusvalg giver derfor ikke et direkte økonomisk incitament til at minimere omkostningerne for de offentlige sundhedsproducenter, men det medfører, at regionerne har incitamenter til at have høj kapacitet og levere ydelser af høj kvalitet, jf. senere i afsnittet.

**Målestoks-
konkurrence**

I fravær af muligheder for at lave egentlig priskonkurrence kan man søge mere direkte at måle hospitalernes præstationer op mod fælles målestok. Det kan være en kvalitetsindikator, enhedsomkostninger eller produktivitet. I Danmark bruges DRG-systemet til at sammenligne hospitalernes enhedsomkostninger for behandlingsforløb. Ideen er, at denne sammenligning i sig selv kan føre til en omkostningseffektivisering, f.eks. ved at taksten for en bestemt ydelse sammenlignes for forskellige hospitaler. Alternativt kan sammenligningen blive suppleret med forskellige belønninger for de, der klarer sig godt. En forudsætning for at skabe målestokskonkurrence er, at man kan finde relevante parametre at sammenligne hospitalerne på. Kvalitets-sammenligninger kræver en fælles standard som udgangspunkt. Det gælder også her, at de standardiserede behandlinger er nemmest at sammenligne. En mulig barriere for målestokskonkurrence kan være, at der i specialiserede faglige miljøer også konkurreres på andre parametre, som ikke nødvendigvis fremmer omkostningseffektiviteten. Andre parametre er f.eks. videnskabelig meritering og lægefaglig prestige, som bl.a. opnås ved at kunne gennemføre nye komplicerede indgreb. Samlet vurderes det, at målestokskonkurrence kun har begrænset effekt med hensyn til at skabe reel konkurrence, jf. Konkurrencestyrelsen (2003).

konkurrenceudsætning gennem køber-sælger markeder er en succes, jf. Herbild mfl. (2003).

Opsamling på konkurrenceegnede ydelser

Der er således problemer med at etablere udbudskonkurrence på den del af den offentlige hospitalsproduktion, hvor et stort beredskab, dyrt udstyr eller høj lægefaglig specialisering medfører stordriftsfordele. Omvendt er der som nævnt en række plejeintensive forløb og planlagte basiskirurgiske indgreb, hvor vilkårene for en god udbudskonkurrence med mange potentielle leverandører er til stede. I 2003 er 13 pct. af den samlede sygehusaktivitet planlagt kirurgi. Det er primært inden for dette område, at der findes behandlinger, der er egnede til konkurrenceudsættelse. Udover de konkurrenceegnede planlagte kirurgiske indgreb er der som nævnt også plejeintensive forløb, der er egnede til konkurrenceudsættelse.

Asymmetrisk information, overbehandling og overforbrug

Overbehandling kan øge indtjening

Ud over stordriftsfordele kan der også være andre problemer med konkurrenceudsættelse af sundhedssektoren. Disse stammer i første omgang fra, at patienten og lægen/hospitalet ikke har samme information om effekten af forskellige behandlinger, jf. afsnit II.5. Patientens sandsynlighed for at blive rask afhænger af lægens/hospitalets aktivitet, men der er usikkerhed om sammenhængen mellem aktiviteten og den helbredende effekt. Problemet er, at lægen/hospitalet ud over hensynet til patientens helbredelse også har et hensyn til egen indtjening, hvis produktionen foregår på kommercielle præmisser. Dette kan resultere i udbudsinduceret overefterspørgsel efter behandling, selv i det tilfælde hvor patienten selv betaler for behandlingen.

Større tilskyndelse til overforbrug i privat hospitalssektor

Umiddelbart vurderes incitamenterne til udbudsinduceret overefterspørgsel at være større i en privat hospitalssektor end på offentlige hospitaler. Denne vurdering underbygges af, at der over for den private hospitalssektor i USA iværksættes mange initiativer for at begrænse incitamenterne til overforbrug, jf. Docteur og Oxley (2003). En privatisering af produktionen af sundhedsydelser kan således øge incitamenterne til overforbrug, hvis flere ydelser leveres af private leverandører. Der findes dog en række virkemidler, der kan begrænse både hospitalers og patienters tilskyndelse til overforbrug, hvilket diskuteres nedenfor.

Uafhængige læger som "ledvogtere"	<p>"Ledvogtning" er en visitationsfunktion, hvor en uafhængig læge visiterer patienterne til videre hospitalsbehandling. Med "uafhængig" menes, at den visiterende læge ikke har anden tilskyndelse til valg af behandling, end hvad der er billigst og bedst for patienten. De praktiserende læger behandler eller visiterer i dag patienterne til videre behandling på en klinik eller et hospital. Generel brug af uafhængige læger i visitationsfunktioner kan begrænse tilskyndelsen til at lave udbudsinduceret overefterspørgsel. Således er det et effektivt redskab til at begrænse privathospitals incitamenter til overforbrug at lade de offentlige hospitaler stå for visitering af alle patienter.</p>
Præ-autorisationer for behandling	<p>Præ-autorisationer betyder, at lægen skal have køberens godkendelse (dvs. regionens), før en given behandling kan iværksættes. Det giver i princippet køberen mulighed for at bremse overflødige behandlinger, men det er administrativt dyrt. Der er begrænset mulighed for at anvende præ-autorisationer ved akutte indgreb.</p>
Overvågning af adfærd	<p>Overvågning går især ud på at overvåge de enkelte lægers eller hospitalsafdelingers praktiseringsadfærd og vurdere, om den adskiller sig fra gennemsnittet. I princippet kan det afsløre overbehandling, hvis det er ekstremt. Det kan imidlertid ikke afsløre, hvis gennemsnittet er højt.</p>
Kontrol-omkostninger	<p>Hvis en hospitalsydelse er egnet til konkurrenceudsættelse, vil konkurrence bidrage til en effektiv produktion og dermed lavere omkostninger. Det vil dog ofte medføre øgede administrative omkostninger at konkurrenceudsætte en sundhedsydelse, idet det er forbundet med omkostninger at kontrollere, at de leverede ydelser lever op til det aftalte med hensyn til kvalitet etc. De ovenfor nævnte virkemidler: Visitering, overvågning og præ-autorisationer til begrænsning af incitamenterne til overbehandling indebærer ligeledes kontrolomkostninger.</p>
Tredjeparts-finansiering og moral hazard	<p>For de fleste hospitalsydelser gælder også, at patienten ikke selv betaler direkte for de modtagne behandlinger og således ikke behøver at tage hensyn til omkostningerne. Dette forstærker problemet med lægens/hospitalets dobbeltrolle, men i tillæg kommer et yderligere pres i retning af overbe-</p>

handling, idet en ikke-betalende patient vil ønske sig den bedste behandling under de bedste forhold uden hensyn til prisen. Det er en form for moral hazard problem, fordi patientens adfærd har betydning for, hvor stor en udgift regionen har til behandling af patienten. Hvis patienten selv vælger, vil dette lede til et overforbrug. Overforbrug er her defineret som forbrug udover punktet, hvor patientens marginale betalingsvilje er lig prisen, hvis patienten selv skulle betale. Overforbruget er ikke nødvendigvis givet ved for mange behandlinger, men snarere at patienten og lægen har tilskyndelse til at ønske den bedste behandling med hensyn til kvalitet og måske nogle ekstra undersøgelser “for en sikkerheds skyld”.

Kan brugerbetaling tilskynde til mindre overforbrug?

Direkte brugerbetaling betyder, at patienten helt eller delvist betaler for den modtagne behandling. Dette kan bidrage til, at patienten tager omkostningerne i betragtning, når han er med til at vælge behandling. En ulempe ved brugerbetaling er, at efterspørgslen bliver afhængig af patientens indkomst og ikke kun behovet, jf. afsnit II.5. Udover uønskede fordelingsmæssige konsekvenser kan det bidrage til, at patienten ikke søger behandling i tide og får yderligere komplikationer, som øger omkostningerne til behandling. Begrænset brugerbetaling kan imidlertid anvendes som supplement til den visitering, som finder sted til sundhedsydelserne og dermed bidrage til at begrænse efterspørgslen.

Lang ventetid begrænser overefterspørgsel

Lang ventetid og ventelister kan hjælpe med at begrænse efterspørgslen efter en behandling og afsløre det reelle behov for behandling. Dette argument bygger på erfaringer med, at nogle personer vælger at udtræde af ventelisten, hvis de skal vente længe på en operation. Det sker f.eks. ved, at nogle vælger at betale for en operation på et privat-hospital. Omvendt er der for nogle sygdomme en risiko for komplikationer, hvis ventetiden på behandling er lang.

Hvordan håndteres stordriftsfordele og konkurrence i Danmark?

Stram udgiftsstyring har haft høj prioritet

Hospitalssystemet er i de sidste 30 år hovedsagelig blevet styret med rammestyring, fordi en effektiv udgiftsstyring har haft høj prioritet. Det er muligt med rammestyring at

styre størrelsen af de samlede sundhedsomkostninger, således at disse får det politisk fastsatte niveau. Alt andet lige vil stram udgiftsstyring medføre ventetid på behandling, hvis et hospital ikke har kapacitet til at imødekomme efterspørgslen. Et af formålene med øget konkurrence er at opnå en mere omkostningseffektiv produktion. At udbuddet i højere grad tilpasses efterspørgslen, kan dog medføre, at det er sværere at styre udgifterne og budgetterne. Inden for de seneste ti år har styringen af de danske sundhedsudgifter bevæget sig fra stram udgiftsstyring mod efterspørgselsstyring. Dette er sket med indførelsen af kræft- og hjertepakkerne samt det frie sygehusvalg og det udvidede frie sygehusvalg.

Det frie og det udvidede frie sygehusvalg er en fordel for patienten

Fritvalgsordningerne er centrale i reguleringen af sundhedsområdet i dag, jf. afsnit II.7. De er til fordel for ventelistepatienten på to måder. De medfører et krav om hurtig behandling, når behovet for behandling er fastlagt. Desuden giver de patienten mulighed for at vælge blandt flere hospitaler, hvis flere hospitaler tilbyder den pågældende behandling.

Dyrere for region, hvis fritvalgsordninger benyttes ...

Hvis en patient udnytter det frie sygehusvalg og vælger et offentligt hospital uden for regionen, skal regionen betale den offentlige DRG-takst, som er en fast takst, der omtrent er udregnet som de gennemsnitlige omkostninger for den type behandling på alle offentlige sygehuse, jf. tabel II.7. Dette er den dyreste løsning for regionen. Hvis månedsfristen overskrides, og patienten vælger et privat hospital under det udvidede frie sygehusvalg, så skal regionen betale den private DRG-takst, som også er en fast takst. De private DRG-takster for andet halvår af 2009 var omkring 75 pct. af de offentlige DRG-takster for de fleste behandlinger, jf. afsnit II.7. Hvis patienten derimod behandles på et af regionens egne hospitaler gøres det ofte til en lavere pris via de aktivitetsbaserede aftaler mellem regionen og dens hospitaler. Således implicerer regionernes takststyringsmodeller for deres egne sygehuse en betaling på mellem 0 og 70 pct. af den offentlige DRG-takst for meraktivitet, jf. Danske Regioner (2009). Alternativt kan regionen have indgået en udbudskontrakt med et privat hospital om at levere behandling til en lavere pris, inden det udvidede frie sygehusvalg træder i kraft for patienterne. Dette foregår dog sjældent.

Tabel II.7 Regionale takster for behandling

Patienten behandles på:	Regionen skal betale:
Regionens eget hospital	0-70 pct. af DRG-takst ^{a)}
Udbudskontrakt	Laveste udbudspris
Offentligt hospital uden for Regionen	DRG-takst
Privat hospital under udvidede frit sygehusvalgsordning	75 pct. af DRG-takst ^{b)}

a) Taksterne varierer mellem regioner og mellem typer af behandling, jf. Danske Regioner (2009).

b) Dette er den gennemsnitlige takst, jf. afsnit II.7.

Anm.: Egen tilvirkning.

... og dermed presses regionerne ...

Det frie og det udvidede frie sygehusvalg lægger pres på regionerne, fordi regionen risikerer at skulle betale en højere pris, end den regionen selv kan levere til, hvis patienten vælger et andet hospital end regionens eget. Det frie sygehusvalg giver regionen et incitament til at tilbyde sygehusydelser af høj kvalitet for at undgå, at patienten vælger at blive behandlet på et offentligt hospital uden for regionen. Det udvidede frie sygehusvalg giver regionen et incitament til at sikre høj udnyttelse af kapaciteten på egne hospitaler og eventuelt at udvide kapaciteten for at kunne tilbyde behandling inden for en måned og dermed undgå, at patienten får krav på også at kunne vælge behandling på private hospitaler. Presset fra fritvalgsordningerne kan tænkes at tilskynde regionerne til at indgå aktivitetsbaserede aftaler med egne hospitaler eller udbyde behandlinger i licitation uden for rammerne af det udvidede frie sygehusvalg for at maksimere behandlingskapaciteten givet regionens budget.

... men giver ikke incitamenter til effektive sygehuse

Det frie og det udvidede frie sygehusvalg medfører dog ikke direkte incitamenter på de offentlige og private sygehuse til at øge omkostningseffektiviteten og minimere priserne på behandlingerne, fordi priserne ikke konkurrenceudsættes. Konkurrenceudsættelse kan kun ske, hvis regionerne beslutter sig for det, inden det udvidede frie sygehusvalg træder i kraft for patienterne.

Takststyring giver ineffektive sygehuse adgang til at behandle

Såvel DRG-taksterne som de private DRG-takster vurderes at være højere end den efficiente pris, netop fordi de ikke er konkurrencebestemt. Det medfører igen, at såvel effektive som ineffektive hospitaler får adgang til at behandle patienter.

Begrænsning af sygehusvalg til effektive sygehuse

Hvis ineffektive hospitaler afskæres fra at levere sundhedsydelser, begrænses også patienternes valgmuligheder under det frie og det udvidede frie sygehusvalg til de mere omkostningseffektive sygehuse. Udskillelse af de ineffektive sygehuse kan ske gennem konkurrenceudsættelse via udbud på de områder, der vurderes egnede til konkurrenceudsættelse.

Mulighed for udbud i licitation uden for fritvalgsordninger

Regionerne har mulighed for at sende opgaver i licitation f.eks. et antal af en bestemt type operationer. Udbud i licitation anvendes ikke hyppigt herhjemme til at skaffe leverandører af sundhedsydelser. Det kan skyldes, at lovgivningen ikke giver mulighed for at lave udbud inden for rammerne af det udvidede frie sygehusvalg, idet alle private sygehuse har ret til at behandle patienter under det udvidede frie sygehusvalg. Et eventuelt udbud vil medføre, at nogle ineffektive sygehuse ikke får ret til at behandle patienter.

Kontroludbud

Lovgivningen giver regionerne mulighed for at bede et eller flere af sine egne hospitaler om at lave et kontroludbud. Hospitalet vil da give et bud på, hvad det vil koste hospitalet at gennemføre opgaven og de nærmere vilkår herfor. Formålet er at efterprøve, om opgaven kan løses ligeså billigt af regionens egne hospitaler. Det overordnede sigte hermed er at sikre, at regionen ikke pådrager sig meromkostninger i forhold til at gennemføre opgaven selv. Kontroludbuddet er fiktivt. Det vil sige, at hospitalet ikke er forpligtet til at tage opgaven, hvis det skulle vise sig, at kontroltilbuddet er det billigste og bedste. Der er faste regler for, hvordan et kontroludbud skal specificeres og for beregning af prisen, herunder, at medarbejdere, der udarbejder et kontroludbud, ikke må inddrages i beslutningen om, hvem der skal løse opgaven. En del forhold vil dog bero på hospitalets skøn – herunder hvor meget hospitalet forventer at øge produktiviteten i fremtiden.

Rammeudbud er ikke tilladt under det udvidede frie sygehusvalg

Det er blevet foreslået at anvende en rammeudbudsmodel i forbindelse med det udvidede frie sygehusvalg, jf. Konkurrencestyrelsen (2006). Rammeudbud anvendes på andre områder i den offentlige sektor – f.eks. de såkaldte SKI-aftaler, der bl.a. bruges ved indkøb af computere, jf. Statens og Kommunernes Indkøbsservice (2009). I et rammeudbud giver en leverandør tilbud på pligten, men ikke retten, til at udføre et antal af en given behandling. På baggrund af de afgivne tilbud vælger regionen at tilbyde en rammeaftale til de bedste og billigste leverandører, mens ineffektive leverandører bortvælges. Rammeaftalen giver regionen ret, men ikke pligt, til at få udført et aftalt antal behandlinger på aftalesygehusene til tilbudsprisen i aftaleperioden. Rammeudbudsmodellen er ikke tilladt under det udvidede frie sygehusvalg i dag, jf. Rigsrevisionen (2009).

Rammeudbud tillader frit sygehusvalg ...

Rammeaftaler indebærer, at der ikke bliver indgået aftale om et fast antal behandlinger eller et bestemt tidspunkt for behandlingerne. I stedet fastlægges en maksimumsramme for mængden og for tidsperioden. Kun de producenter, der har budt udbudsprisen eller mindre, får ret til at levere. Det betyder, at det vil være lettere at skønne over produktionen for den enkelte leverandør. Udgangspunktet er, at mere end én leverandør får en rammeaftale. Dette betyder, at rammeudbud er så fleksibelt med hensyn til antallet af behandlinger, at det er muligt at opretholde et frit og et udvidet frit sygehusvalg, til trods for at antallet af patienter er usikkert. Ligeledes er tidspunktet for behandlingerne usikkert.

... men begrænser valgmulighederne

En konsekvens af konkurrenceudsættelsen via rammeudbud er, at de bedste og billigste leverandører udvælges – eventuelt under hensyntagen til, at regionen skal afdækkes geografisk. Det betyder, at ineffektive leverandører fratages muligheden for at behandle ventelistepatienter i den gældende udbudsperiode. Det medfører en begrænsning i antallet af valgmuligheder for ventelistepatienter. Et minimumskrav til antallet af leverandører kan eventuelt bruges til at sikre et reelt frit valg. Om rammeudbud medfører færre valgmuligheder for ventelistepatienter end den eksisterende aftalemodel, afhænger dog også af, i hvilket omfang de private DRG-takster begrænser antallet af leverandører i dag.

Leverandører afholder omkostninger ved usikkert behandlingsomfang	Rammeudbud indebærer, at leverandører, der har en rammeaftale, bærer omkostningerne ved det usikre behandlingsomfang. Det må forventes at indebære højere udbudspriser i forhold til et udbud, hvor behandlingsomfanget er garanteret. Udbud med garanteret behandlingsomfang er omvendt problematiske, fordi det er vanskeligt at forudsige mængden af behandlinger både for regionen og potentielle leverandører.
Kombination af rammeudbud og udbud med garanteret mængde	En mulighed er at afholde et udbud, hvor leverandøren garanteres et fast antal behandlinger inden for en aftalt periode. Hvis dette antal ikke opnås, betaler regionen en afgift til leverandøren. Dette forventes at medføre en lavere pris end rammeudbud, netop fordi behandlingsmængden garanteres. Udover udbudene med garanteret mængde afholdes rammeudbud, hvor antallet af behandlinger ikke er garanteret. Her forventes prisen at blive højere. Kombinationen af udbud med garanteret behandlingsomfang og rammeudbud giver regionen rimelig mulighed for at leve op til det garanterede behandlingsomfang og samtidig opfylde det frie og udvidede frie sygehusvalg.
Regionens henvisning benyttes ofte	De færreste ventelistepatienter vælger at udnytte det frie eller det udvidede frie sygehusvalg, men bliver i stedet behandlet på det sygehus, regionen i første omgang har tilbudt. Med denne viden i baghånden kan regionen således i første omgang foreslå behandling på det sygehus, der har fået garanteret et fast antal behandlinger, men samtidig gøre patienten opmærksom på de øvrige sygehuse, der kan vælges under det frie sygehusvalg og – i tilfælde af at månedsfristen overskrides – det udvidede frie sygehusvalg. Fordelen ved kombinationen af udbud er, at udbudspriserne minimeres. Det forudsætter dog, at antallet af garanterede behandlinger ved det åbne udbud samt antallet af behandlinger i rammeudbud er tilstrækkeligt til at tiltrække mange leverandører til begge udbud.
Prisen på behandlinger ved kombinerede udbud	Rammeudbud i kombination med et udbud med et garanteret antal behandlinger giver mulighed for at tilbyde en kontrakt til flere af de omkostningseffektive leverandører og dermed give ventelistepatienten et reelt valg mellem sygehuse. Priserne på behandling er den pris, som det enkelte

kontraktsygehus har tilbudt i udbuddene. Det indebærer, at prisen på behandling afhænger af patientens valg af sygehus.

**Regioners
virkemidler til
styring af egne
hospitaler**

Som nævnt begrænser fritvalgsordningerne i dag regionernes mulighed for at sætte behandlinger i udbud. I stedet bruges andre virkemidler til styring af regionernes hospitaler og begrænsning af omkostningerne pr. behandling. Det drejer sig om aktivitetsbaserede aftaler, knæktakster og etablering af såkaldte friklinikker omtalt nedenfor.

**Aktivitetsbaserede
aftaler med
offentlige
hospitaler**

I aftalegrundlaget for regionernes finansiering af deres hospitaler skal indgå krav til den årlige aktivitet, og en del af finansieringen skal være aktivitetsbaseret. De aktivitetsbaserede priser er som nævnt lavere end både de offentlige og private DRG-takster.

**Knæktakster
udnytter
stordriftsfordele**

I nogle tilfælde fungerer den aktivitetsbaserede finansiering som en enkeltbetaling, der aftager med den samlede mængde af behandlinger. Dette kan ses som et forsøg på at få prisen til at følge de faldende gennemsnitsomkostninger, der følger af stordriftsfordele.

**Etablering af
friklinikker**

Nogle regioner har etableret friklinikker – muligvis som følge af presset fra fritvalgsordningerne, jf f.eks. Astman (2009). Friklinikker er offentligt ejede klinikker, som er udskilt fra de store offentlige hospitaler, og som er specialiserede i at lave planlagte basis-kirurgiske indgreb til lave omkostninger. Friklinikkerne er således specialiserede i de samme typer behandlinger, som mange private hospitaler og klinikker tilbyder.

Begrænsede tilskyndelser til overbehandling og overforbrug i den danske hospitalssektor

Der er ikke i hospitalssektoren en systematisk regulering, der er målrettet mod at begrænse tilskyndelser til overbehandling og overforbrug, men en del regulering bidrager indirekte til at begrænse overforbruget. Det skal ses i lyset af, at de offentlige hospitaler står for næsten al hospitalsproduktion, og her er incitamenterne til overbehandling og

overforbrug begrænsede. Øget konkurrenceudsættelse kan dog tænkes at øge incitamenterne.

**Visitering til
behandling på
private hospitaler**

Patienter, der behandles på private hospitaler for regionens regning, er forinden blevet visiteret til den bestemte behandling af et offentligt hospital eller lignende. Det private hospital har således meget begrænset mulighed for at overbehandle henviste patienter.

Overvågning

Nogle regioner overvåger de praktiserende lægers praktiseringsmønstre og påtaler, hvis den praktiserende læge overbehandler i forhold til gennemsnittet, jf. Praktiserende Lægers Organisation (2009).

II.9 Sammenfatning og anbefalinger

Let og lige adgang

Ifølge den danske sundhedslov skal der være let og lige adgang til sundhedsydelser for alle, og der synes at være bred accept af dette i det danske samfund. Et velfungerende sundhedssystem er derfor en central del af velfærdssamfundet.

**Sundheds-
udgifternes andel af
BNP steget**

Knap $\frac{1}{10}$ af det danske samfunds produktion bruges til at forebygge, behandle eller afhjælpe sygdom. Sundhedsudgifterne har udgjort en nogenlunde konstant andel af BNP siden 1970'erne, men fra 2000 har udgifternes andel af BNP udvist en mærkbar stigning. I de fleste andre lande er sundhedsudgifterne vokset betydeligt i forhold til BNP siden 1970. Denne forskel i udviklingen har ført til, at de danske sundhedsudgifter nu udgør omtrent samme andel af BNP som i gennemsnit for OECD-landene, mens de danske sundhedsudgifters andel tidligere lå meget højt.

**Mindre
rammestyring**

Stigningen i sundhedsudgifterne i Danmark siden 2000 skal ses i sammenhæng med et gradvist skifte fra et udpræget rammestyret hospitalsvæsen til et system, der i højere grad fokuserer på at undgå ventetid til behandling. Et sådant system er i større udstrækning drevet af efterspørgsel efter sundhedsydelser. Dette har sammen med øget politisk fokus på området været med til at drive sundhedsudgifterne i vejret. De øgede udgifter i dette årti skyldes således både et

ønske om at øge tilbuddet af sundhedsydelser, og at det udvidede frie sygehusvalg har gjort sundhedsområdet mere efterspørgselsstyret.

**Stigende udgifter
udtryk for velstand**

Stigende sundhedsudgifter skal ikke nødvendigvis ses som et problem. Det kan afspejle, at befolkningen lægger mere vægt på et godt sundhedsvæsen i takt med, at velstanden stiger. Når der alligevel er grund til at fokusere på udviklingen i udgifterne på sundhedsområdet, skyldes det, at størstedelen i Danmark er betalt via skatter og afgifter. Fortsat stigende offentlige sundhedsudgifter i forhold til BNP vil derfor udgøre et problem i forhold til finansieringen af de samlede offentlige udgifter og dermed den finanspolitiske holdbarhed.

**Demografien
tilsiger øgede
udgifter**

Første del af analysen i dette kapitel har fokus på udviklingen i de fremtidige sundhedsudgifter. En af forklaringerne på den forventede fremtidige stigning i de offentlige sundhedsudgifter er det demografiske pres som følge af den aldrende befolkning. De store årgange, der er født i årene efter 2. verdenskrig, når snart pensionsalderen, og en større andel af befolkningen vil dermed nå en alder, hvor helbredet svækkes, og hvor sundhedsudgifterne pr. person bliver høje. Forlængelser af levetiden vil også betyde, at der bliver flere ældre i de kommende årtier. Således vurderes det, at antallet af personer over 64 år vil stige fra 0,8 mio. i 2009 til 1,4 mio. i 2040, og der forventes i samme periode at ske en fordobling i antallet af personer på 80 år eller derover.

**Sund aldring
dæmper væksten i
sundhedsudgifterne**

Beregninger af sundhedsudgifterne på individniveau foretaget i kapitlet viser dog, at stigningen i sundhedsudgifterne som følge af aldring ikke bliver så stor, som stigningen i antallet af ældre umiddelbart tilsiger. En stor del af sundhedsudgifterne ligger i de sidste leveår, hvor helbredet svækkes. For den enkelte stiger sundhedsudgifterne således op til dødstidspunktet. Denne del af sundhedsudgifterne kaldes ofte terminaludgifter. Når levetiden stiger, betyder det, at færre personer i en given alder har få leveår tilbage. Derfor vil der være færre personer i en given alder, som modtager terminalbehandling. Dette får de gennemsnitlige sundhedsudgifter for en given aldersgruppe til at falde i takt med væksten i restlevetiden. En sådan "sund aldring" bety-

der, at stigningen i sundhedsudgifterne, som følge af flere leveår, delvist bliver modvirket af fald i den gennemsnitlige årlige sundhedsudgift for de ældre. Analyseresultaterne indebærer, at sund aldring halverer stigningen i sundhedsomkostningerne som følge af længere levetid i forhold til en situation med konstante aldersbetingede sundhedsudgifter (såkaldt "usund aldring").

**Øget velstand
omsættes til flere
sundhedsydelse**

Væksten i sundhedsudgifterne er også drevet af et ønske om at anvende en større andel af den fremtidige velstand på sundhedsydelse. Dette billede tegner sig klart på tværs af lande og over tid. Analyser i kapitlet peger på, at der i løbet af de seneste 15 år har været en vækst i sundhedsudgifterne i Danmark, som er 0,3-0,4 pct.point højere pr. år end den generelle indkomstvækst, når der tages højde for befolkningsudviklingen og sund aldring. Ses kun på de seneste ti år har mervæksten været over 1 pct. pr. år, hvilket kan ses i sammenhæng med skiftet fra et rammetystret til et efterspørgselsdrevet hospitalsvæsen.

**Fra 7 pct. af BNP i
2009 til 10 pct. i
2050**

I de kommende årtier forventes derfor en fortsat kraftig vækst i de offentlige sundhedsudgifter. Denne vækst skyldes både, at velstanden vokser, og at der bliver flere ældre. Hvis mervæksten i sundhedsudgifterne kan holdes nede på 0,3 pct. pr. år, vil de offentlige sundhedsudgifter stige fra knap 7 pct. af BNP i 2009 til knap 10 pct. af BNP i 2050. Det er en mervækst, som er væsentlig lavere end væksten i sundhedsudgifterne efter overgangen til et efterspørgselsdrevet hospitalsvæsen. Den samlede stigning i sundhedsudgifternes andel af BNP på 3 pct.point frem til 2050 fordeler sig med ca. 2 pct.point, som skyldes demografiske faktorer inkl. effekten af sund aldring, og ca. 1 pct.point, som skyldes mervæksten i sundhedsudgifterne til den enkelte. Hvis mervæksten i sundhedsudgifterne kun kan holdes nede på 0,6 pct. pr. år, vil de offentlige sundhedsudgifter vokse til at udgøre 11 pct. af BNP i 2050, således at mervæksten i dette tilfælde forklarer 2 pct.point eller ca. halvdelen af væksten i sundhedsudgifternes andel af BNP frem mod 2050.

**Stor økonomisk
udfordring fra
mervækst i
sundhedsudgifter**

Efter 2050 er den samlede effekt af sund aldring og velfærdsreformens indeksering af efterløns- og folkepensionsalder, at de offentlige sundhedsudgifters andel af BNP ikke påvirkes af stigninger i restlevetiden for ældre. Fortsat mervækst i sundhedsudgifterne fører på den anden side til, at sundhedsudgifternes andel af BNP vil være fortsat stigende. Derfor vil en forlængelse af den hidtidige udvikling i mervæksten betyde, at sundhedsudgifterne vil udgøre en meget stor udfordring i forhold til finansieringen af de offentlige udgifter, hvis sundhedsudgifterne skal vedblive at være skattefinansieret.

**Forsikringer vil
ikke give et mere
effektivt
sundhedsvæsen ...**

Et alternativ til skattefinansiering er tvungne private forsikringer. En omlægning af finansieringen vil dog ikke begrænse udgiftsstigningen, og samtidig indebærer det en risiko for forøgede administrationsomkostninger til opkrævning af præmier for sundhedsforsikringer i tillæg til den allerede eksisterende skatteopkrævning. Finansieringsomlægningen kan heller ikke forventes at føre til en større effektivitet i sundhedssektoren. Det giver således ikke et mere effektivt marked at have (tvungne) private sundhedsforsikringer frem for et skattefinansieret sundhedssystem. Det skyldes, at såvel patienter som læger har samme incitamentsproblemer under de to systemer. Patienter vil i begge systemer efterspørge flere ydelser, end hvis de selv skal betale direkte, og lægen vil ikke i nogen af systemerne have tilstrækkelige incitamenters til at begrænse behandlingsomfanget.

**... men kan påvirke
fordelingen af
finansierings-
byrden**

Der kan dog være en forskel med hensyn til forvridnings- og fordelings effekter. I lande, hvor finansieringen af sundhedsudgifterne er baseret på tvungne forsikringsordninger, er præmien typisk afhængig af indkomsten, idet der dog er en maksimal betaling. Med en skattefinansiering vil den fordelingsmæssige virkning af finansieringen sandsynligvis være anderledes som følge af progressionselementerne i skattesystemet og fraværet af en maksimal betaling. Da der næppe er forskel på incitamentsvirkningen af en proportional skat og et indkomstafhængigt tvungent forsikringsbidrag, er der således en traditionel afvejning af progressionens fordelingsvirkninger over for dens effektivitetseffekter.

Forsikringer som supplement til skattefinansiering

Et politisk ønske om at holde skattetrykket nede kan dog resultere i, at nogle finder, at omfanget og kvaliteten af sundhedsydelser er for lavt i et skattefinansieret sundhedssystem. Det kan derfor være velfærdsforbedrende for nogle borgere, at de har mulighed for at tegne en frivillig privat sundhedsforsikring som supplement til det offentlige sundhedssystem.

**Forslag:
Skattesubsidiering bør afskaffes**

På den anden side kan der argumenteres for, at omfattende brug af private sundhedsforsikringer kan stride mod den danske sundhedslovs målsætning om lige adgang til sundhedsvæsenet. I det omfang de private forsikringer anvendes til finansiering af diagnostiske undersøgelser, kan de reelt bruges til at forkorte ventetiden til offentligt finansieret behandling, dvs. forsikringstagerne bliver "rykket frem i køen" i det offentlige sundhedssystem. Det vil herudover betyde, at der ikke er lige adgang til offentligt finansierede sundhedsydelser, da den offentlige subsidiering kun tilfalder personer i beskæftigelse. Den nuværende skattefritagelse for arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer svarer til statsstøtte, da det generelle princip i skattelovgivningen er, at alle former for aflønning af arbejdskraften er skattepligtig hos lønmodtageren. Skattesubsidieringen af sundhedsforsikringerne kunne eventuelt forsvares, hvis forsikringerne finansierer sundhedsydelser, der alternativt ville blive stillet gratis til rådighed af det offentlige. Det er vanskeligt at afgøre, i hvilket omfang det offentlige evt. sparer penge i kraft af de private sundhedsforsikringer. Det står imidlertid klart, at sundhedsforsikringerne dækker en række ydelser, som ikke er en del af det offentlige tilbud, og hvor der ikke er en offentlig besparelse. På denne baggrund foreslås det at afskaffe skattefritagelsen for private sundhedsforsikringer.

Kan forøget effektivitet bidrage?

En mulighed for at imødegå de stigende sundhedsudgifter er at øge effektiviteten i sundhedssektoren f.eks. gennem konkurrenceudsættelse af hospitalsydelser.

Kun nogle områder er egnede til konkurrence

Sundhedsydelser er meget forskellige, og det medfører forskellige vilkår for etablering af konkurrence for de enkelte ydelser. Etablering af markedsvilkår er lettest, hvor ydelsen ikke er specialiseret eller ekstraordinært kapitalintensiv, samt hvor ydelsen er veldefineret. Det peger i første

omgang på plejeintensive forløb og planlagte basiskirurgiske indgreb. Konkurrencestyrelsen har vurderet, at planlagte basis og komplicerede kirurgiske indgreb i alt udgjorde 13 pct. af de samlede hospitalsudgifter i 2003. Det er således umiddelbart en begrænset del af de samlede sundhedsudgifter, som er egnede til konkurrenceudsættelse. For de øvrige sundhedsudgifter kan en barriere for konkurrenceudsættelse være nødvendigheden af et stort beredskab, dyrt udstyr eller høj lægefaglig specialisering, som hver for sig kan medføre stordriftsfordele. Områder, som er karakteriseret ved disse forhold, vurderes ikke at være egnet til konkurrenceudsættelse.

13 pct. af de berettigede benytter det udvidede frie sygehusvalg

Et tiltag, der bl.a. har haft til formål at øge effektiviteten, er indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg. Det udvidede frie sygehusvalg anvendtes i 2007 af ca. 43.000 personer, svarende til ca. 13 pct. af de berettigede. Udvidet frit sygehusvalg blev især anvendt i forbindelse med behandlinger af sygdomme i knogler, muskler og bindevæv samt øjensygdomme. Blandt de berettigede er det især de yngre, de uddannede og personer med relativt høje disponibel indkomster, der gør brug af tilbuddet. Erfaringen med det frie og det udvidede frie sygehusvalg er også, at patienterne kun sjældent transporterer sig langt væk fra bopælen for at blive behandlet.

Det frie og udvidede frie sygehusvalg er en fordel for patienten ...

Det frie og det udvidede frie sygehusvalg er til fordel for ventelistepatienten på to måder. De bidrager til at sikre patienten en hurtig behandling. Desuden giver de umiddelbart patienten mulighed for at vælge blandt flere offentlige hospitaler, og hvis ventetiden overstiger en måned, kan patienten også vælge blandt private sygehuse, som har en aftale med regionerne.

... og presser regionerne

Det frie og udvidede frie sygehusvalg lægger pres på regionernes tilrettelæggelse af sygehusdriften, fordi regionen ofte skal betale en højere pris for behandling, hvis patienten vælger et andet hospital end regionens egne. Fritvalgsordningerne giver regionen incitamentet til at tilbyde sygehusydelser af høj kvalitet og til at sikre en høj udnyttelse af kapaciteten på egne hospitaler samt eventuelt at udvide kapaciteten for at kunne tilbyde behandling inden for en

måned. Presset fra fritvalgsordningerne kan tænkes at tilskynde regionerne til at øge omfanget af aktivitetsbaserede aftaler med egne hospitaler eller udbyde behandlinger i licitation inden det udvidede frie sygehusvalg træder i kraft for patienten.

Men incitamentet til øget effektivitet er begrænset

Det frie og det udvidede frie sygehusvalg medfører imidlertid ikke direkte incitamenter på de offentlige og private sygehuse til at øge omkostningseffektiviteten og minimere priserne på behandlingerne, fordi priserne ikke konkurrenceudsættes. En egentlig konkurrenceudsættelse sker kun, hvis regionerne beslutter sig for at udbyde behandlinger i licitation, inden det udvidede frie sygehusvalg træder i kraft for patienten.

Takststyring giver ineffektive sygehuse adgang til at behandle

Fritvalgsordningerne medfører, at offentlige hospitaler uden for regionen kan behandle patienter til DRG-taksten, mens de private hospitaler har ret til at behandle venteliste-patienter til den private takst. Det medfører igen, at såvel effektive som ineffektive hospitaler får adgang til at behandle patienter, idet taksterne ikke er bestemt ved konkurrenceudsættelse.

Frit valg og gratisprincip kan reducere effektiv konkurrence

Effektiviteten i sygehusvæsenet kan fremmes gennem konkurrenceudsættelse på de områder, der vurderes egnede til konkurrenceudsættelse. Konkurrenceudsættelsen indebærer en afvejning i forhold til patientens frie valg. Jo mere vægt, der lægges på, at patienterne skal have et stort antal behandlingssteder at vælge i mellem, jo svagere effekt fås af konkurrenceudsættelsen. Som det ene yderpunkt kan man forestille sig, at alle godkendte behandlingssteder får ret til at udføre produktionen, hvis de kan levere til den pris, som vinderen af udbuddet har tilbudt. I denne situation vil der normalt være et begrænset incitament for behandlingssteder til at give et lavt tilbud, fordi der ikke følger nogen fortrinsret med at vinde udbuddet. Konkurrencen virker i dette tilfælde ved, at en lav pris kan holde mindre effektive konkurrenter ude af markedet og give en større omsætning, hvilket dog skal holdes op mod muligheden for en større indtjening pr. behandling ved et højere bud. Det andet yderpunkt er, at kun den, som giver det laveste bud, får ret til at udføre behandlingen. Dette giver den mest effektive

konkurrence på kort sigt, men ikke noget frit valg for patienterne. For at sikre tilstrækkelig konkurrence kan der således være behov for en lovændring, der giver regionerne mulighed for at begrænse det udvidede frie sygehusvalg.

**Forslag:
Rammeudbud kan
være et kompromis
mellem
konkurrence og frit
valg**

En mulighed for bedre at afveje hensynet til frit valg mod hensynet til konkurrence er at gennemføre såkaldte rammeudbud. I et rammeudbud giver potentielle leverandører tilbud på pligten, men ikke retten, til at udføre et antal af en given behandling. Det giver regionerne mulighed for at vælge et større antal udbydere, fordi man ikke er forpligtet til at efterspørge et givet antal behandlinger. Regionen kan således vælge at tilbyde en rammeaftale til en række af de bedste og billigste leverandører, mens ineffektive leverandører vælges fra, eventuelt under hensyntagen til at regionen skal afdækkes geografisk. Det betyder, at ineffektive leverandører fratages muligheden for at behandle ventelistepatienter i den gældende udbudsperiode.

**Leverandører
afholder
omkostninger ved
usikkert
behandlingsomfang**

Rammeudbud indebærer, at leverandører, der har en rammeaftale, bærer omkostningerne ved det usikre behandlingsomfang. Det må forventes at indebære højere udbudspriser i forhold til et udbud, hvor behandlingsomfanget er garanteret. Udbud med garanteret behandlingsomfang er derfor billigere, men indebærer, at regionen bærer den fulde risiko ved udsving i mængden af behandlinger.

**Forslag:
Udbud med
garanteret mængde
kan suppleres med
rammeudbud**

Man kan med fordel søge at kombinere de forventeligt billigere udbud, hvor leverandøren garanteres et fast antal behandlinger inden for en aftalt periode, med de ovenstående rammeudbud, som forventes at være dyrere, fordi producenten ikke kender produktionsomfanget. Kombinationen af udbud med garanteret behandlingsomfang til givne leverandører og rammeudbud giver regionerne rimelig mulighed for at leve op til det garanterede behandlingsomfang og samtidig i et vist omfang etablere et frit og et udvidet frit sygehusvalg.

**Offentlige
hospitaller bør
kunne byde med**

De offentligt ejede hospitaler og andre institutioner bør deltage i udbuddet for at øge deres tilskyndelse til at effektivisere behandlingen. Det vil kunne øge mængden af poten-

tielle leverandører. Det kan betyde, at nogle offentligt ejede institutioner ophører med at udføre visse behandlinger.

**Forslag:
Kommunal
medfinansiering
bør ændres**

De eksisterende regler indebærer, at kommunerne medfinansierer regionernes udgifter til sundhed. Hensigten er at give kommunerne incitament til forebyggelse og dermed til at begrænse anvendelsen af hospitalerne. Ved den nuværende tilrettelæggelse er takststrukturen dog ikke i tilstrækkelig grad målrettet mod at øge incitamenterne til at forebygge behandlinger i sundhedsvæsenet. Det kommunale grundbidrag giver ingen incitament til at iværksætte forebyggende foranstaltninger og bør afskaffes. Den aktivitetsbestemte medfinansiering er ikke i sin nuværende form tilstrækkeligt målrettet. Eksempelvis er det ulogisk, at der er medfinansiering af ydelser fra de alment praktiserende læger og fysioterapeuter. Behandlinger fra disse grupper kan f.eks. forebygge livsstilssygdomme og afværge genindlæggelser af ældre medicinske patienter gennem korrekt medicinering og genoptræning. Hvis kommunal medfinansiering af disse ydelser betyder, at praktiserende læger og fysioterapeuter opfordres til at begrænse de nævnte behandlinger, kan det føre til flere indlæggelser. Det er stik imod hensigten med den kommunale medfinansiering. Mere generelt er det forbundet med administrative omkostninger at have en kommunal medfinansiering. Der bør således kun være en kommunal medfinansiering af sundhedsydelser, hvor kommunerne reelt har mulighed for at påvirke de samlede udgifter. Selv ved en mere hensigtsmæssig tilrettelæggelse af den kommunale medfinansiering kan der dog kun forventes ret begrænsede besparelser på sundhedsudgifterne.

**Forslag:
Brugerbetalning bør
spredes ud på flere
sundhedsydelser**

I Danmark finansieres ca. 15 pct. af sundhedsudgifterne af brugerbetalning. Brugerbetalningen ligger først og fremmest på ydelser fra tandlæger og fysioterapeuter samt køb af medicin, mens der ikke er brugerbetalning på f.eks. skadestuebesøg og hospitalsmad, som det er tilfældet i de andre nordiske lande. Beregninger i rapporten viser, at brugerbetalning stiger med indkomsten for benyttelsen af tandlæge, fysioterapi og læge. Det tyder på, at personer med lavere indkomster er begrænset i deres forbrug af disse ydelser. Forbruget af medicin stiger ikke på samme måde med indkomsten. Personer med en indkomst i intervallet

100.000-150.000 kr., hvilket svarer til indkomstintervallet for mange pensionister, har de højeste udgifter til medicin. Inden for den nuværende ramme for den samlede brugerbetaling på sundhedsydelser bør brugerbetalingen spredes ud på flere sundhedsydelser for at mindske den forvridende virkning på forbruget af udvalgte sundhedsydelser. Det vil sige, at brugerbetalingen bør reduceres på nogle områder og øges eller indføres på andre. Ved at sprede brugerbetalingen ud på flere sundhedsydelser kan brugerbetaling også anvendes til at regulere efterspørgslen efter andre typer af sundhedsydelser end medicin, tandlæge og fysioterapi.

**Ikke stor
aflastning af skatte-
finansiering af
sundhedsudgifter**

Alt i alt vil effektivisering i produktionen af sundhedsydelser og mulighederne for alternativ finansiering ved øgede private forsikringer og/eller brugerbetaling formentlig kun kunne bidrage i begrænset omfang til finansieringen af de samlede sundhedsydelser, hvis den nuværende målsætning om let og lige adgang for alle til sundhedsydelser af høj kvalitet fastholdes. Den forventede stigning i sundhedsudgifterne vil derfor altovervejende skulle finansieres som en del af de samlede offentlige udgifter. Det giver et betydeligt fremtidigt finansieringsproblem.

**Lav årlig mervækst
giver et
holdbarheds-
problem på 3,0 pct.
af BNP**

Udgangspunktet for vurderingen af sundhedsudgifternes betydning for holdbarhedsproblemet er en realistisk fremskrivning af sundhedsudgifterne på basis af den seneste historiske udvikling på den ene side og de estimerede effekter på sundhedsudgifterne af sund aldring på den anden side. Forudsættes de seneste 15 års mervækst på 0,3 pct. om året fastholdt i resten af dette århundrede, vil det give anledning til et finanspolitisk holdbarhedsproblem på 3,0 pct. af BNP. Dvs. for at finansiere de fremtidige offentlige udgifter, uden at det senere bliver nødvendigt at øge beskatningen, er det nødvendigt at opnå en permanent forbedring af de offentlige nettoindtægter på 3,0 pct. af BNP, hvilket svarer til 54 mia. kr. i 2009-niveau. Hvis sundhedsudgifternes andel af BNP blev fastholdt på det nuværende niveau, ville der ikke være et finanspolitisk holdbarhedsproblem. I denne forstand kan man sige, at holdbarhedsproblemet hidrører fra væksten i sundhedsudgifterne.

Selv lille ekstra mervækst giver stort holdbarhedsproblem	Hvis man i stedet betragter en fremtidig mervækst på 0,6 pct. om året, hvilket er væsentligt under de seneste års høje mervækst, fås et holdbarhedsproblem på 5,7 pct. af BNP svarende til ca. 102 mia. kr. pr. år.
Behov for særlige budgetmekanismer	Der er derfor ikke tvivl om, at sundhedsudgifterne er den enkeltpost på det offentlige budget, som potentielt kan give anledning til det største finansieringsproblem og derved sætte den finanspolitiske holdbarhed under pres. Der er derfor behov for særlige budgetmekanismer på dette område.
Kan en strukturreform finansiere fremtidige sundhedsudgifter?	En løsning, hvor strukturreformer, der sikrer permanente forbedringer i de årlige offentlige nettoindtægter, gennemføres inden for de nærmeste kommende år og anvendes til finansieringen af de gradvist stigende sundhedsudgifter, er næppe hensigtsmæssig eller realistisk. Reformerne skal være meget markante og indebære en forbedring af holdbarheden, der er ca. ti gange så stor som den netop gennemførte skattereform selv med en mervækst på 0,3 pct. om året. Herudover vil en sådan reform indebære en meget stor omfordeling fra nuværende generationer til fremtidige, fordi det vil tage omkring 75 år, før stigningen i sundhedsudgifterne bliver af samme omfang, som den nødvendige årlige forbedring af det offentlige budget. Strategien vil derfor indebære en meget betydelig offentlig opsparing.
Forslag: Løbende finansiering af sundhedsudgifter gennem særligt sundhedsbidrag ...	Da 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 er det naturligt at betragte et sundhedsbidrag. Som led i den skattereform, der træder i kraft fra 2010, vil det nuværende sundhedsbidrag gradvist blive udfaset og erstattet af en stigning i den statslige bundskat. Som en modifikation af denne del af skattereformen foreslås i stedet, at der udskrives et øremærket statsligt sundhedsbidrag, der har samme grundlag som den statslige bundskat, og som fastsættes således, at det forventede provenu nøjagtigt modsvarer de offentlige sundhedsudgifter. Satsen for sundhedsbidraget justeres årligt, således at

den hvert år dækker de budgetterede offentlige sundhedsudgifter for det kommende finansår.³³

... sikrer at udgifter ikke overvæltes på fremtidige generationer

Formålet med et sådant øremærket sundhedsbidrag er at sikre, at den forventede fremtidige stigning i sundhedsudgifterne ikke underminerer den finanspolitiske holdbarhed, og at sikringen 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 således sikre, at en eventuel 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 sundhedsbidraget 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.

Sundhedsbidrag løser holdbarhedsproblemet ...

Indføres et sundhedsbidrag, hvor stigninger i satsen finansierer alle merudgiftsstigninger i sundhedssektoren, uanset om disse er demografisk eller ikke-demografisk bestemt, vil sundhedsbidraget føre til en løsning af den del af det finanspolitiske holdbarhedsproblem, som hidrører fra sundhedsudgifterne. Med de anvendte beregningsforudsætninger indebærer dette også en løsning af det samlede finanspolitiske holdbarhedsproblem.

... men giver store skattestigninger i starten

På grund af velfærdsreformens langsomme indfasning stiger sundhedsudgifternes andel af BNP betydeligt frem til 2030. Det betyder, at sundhedsbidraget skal stige gradvist med i alt knap 2,75 pct.point frem til 2030. Herefter aftager væksten i den nødvendige skattestigning således, at den samlede nødvendige stigning i sundhedsbidraget bliver knap 4,5 pct.point i 2050. Efter 2050 kræves yderligere stigninger i stort set samme takt som i perioden op til 2050.

33) I det omfang sundhedsbidraget finansierer udgifter som i dag finansieres ved den kommunale skatteopkrævning, forudsættes en tilsvarende reduktion i kommuneskatten.

**Stort prioriterings-
problem som følge
af stigende
sundhedsudgifter**

Den betydelige stigning i sundhedsbidraget illustrerer det politiske dilemma, som finansieringen af de fremtidige sundhedsudgifter giver anledning til. En (ekstrem) mulighed er, at politikerne sikrer en stram udgiftsstyring, der holder sundhedsudgifternes andel af BNP på det nuværende niveau. Dette indebærer en lavere vækst i sundhedsudgifterne pr. person i en given alder end den generelle indkomstudvikling. Hermed kan der opnås finanspolitisk holdbarhed uden skattestigninger eller strukturreformer.

**Stram
udgiftsstyring
næppe forenelig
med hurtig
behandling**

En mindre radikal mulighed er at lade sundhedsudgifterne stige i takt med den almindelige indkomstudvikling og det demografiske træk givet ved årgangseffekter og effekten af stigende levetid (korrigeret for sund aldring). Dette svarer nogenlunde til de indlagte forudsætninger i Danmarks konvergensprogram. Et sådant forløb forudsætter imidlertid en markant stramning af udgiftsstyringen. Denne stramning er næppe realistisk med det nuværende fokus på kort ventetid. Selv hvis stramningen kan gennemføres, vil der være behov for enten en permanent stigning i beskatningen eller strukturreformer til at finansiere stigningen i udgiftstrykket som følge af de store ældreårgange og stigningen i restlevetiden.

**Nuværende
sundhedspolitik
kræver øget
finansiering**

En forsættelse af de seneste års sundhedspolitiske linie indebærer, at det prioriteres, at sundhedsudgifterne pr. person stiger mere end indkomsten i økonomien. I dette tilfælde er der behov for enten gradvise besparelser på andre udgiftsposter, gradvise skattestigninger eller gradvist mere omfattende reformer, som øger arbejdsudbuddet og dermed skattegrundlaget.

**Stadig behov
for struktur-
reformer**

Selvom en gradvis stigning af bundskatten til dækning af merstigningen i sundhedsudgifterne principielt er tilstrækkelig til at løse holdbarhedsproblemet, er der fortsat behov for strukturreformer. Strukturreformer, der gradvist øger arbejdsudbuddet, vil betyde, at der bliver mulighed for at imødegå stigningerne i skattetrykket og derved reducere de forvridningstab, som de høje marginalsatter, der følger af sundhedsbidraget, giver anledning til.

Litteratur

Andersen, T.M. (2004): Velfærdssamfund - Økonomiske aspekter. Velfærdskommissionen Arbejdsrapporter 2.

Ankjær-Jensen, A. og J. Kilsmark (2007): *Kommunal medfinansiering af sundhedsydelser: Udfordringer og muligheder for kommuner og regioner, DSI rapport*. Dansk Sundhedsinstitut.

Appleby, J. (1998): Economic Perspectives on Markets and Health Care. I: Ranade, W. (red): *Markets and Health Care - A Comparativ Analysis*. Longman.

Astman, Ulla (2009): <http://www.sygehusvendsyssel.rm.dk>

Barr, N. (2004): *The Economics of the Welfare State*. Oxford University Press.

Baumol, W.J. (1967): Macroeconomics of Unbalanced Growth. *American Economic Review*, 57 (3), s. 415-426.

Bech, M. og J.T. Lauridsen (2009): Variationsmønster i hospitalsindlæggelser - har kommunerne kontrol over hospitalsindlæggelserne? I: Lauridsen, J.T. og K.M. Pedersen (red.): *Sundhedsøkonomi - fra teori til praksis*. Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Cutler, D.M. og E. Meara (1999): The Concentration of Medical Spending: An updata. NBER Working Paper NBER Working paper 7279.

Cutler, D.M. og L. Sheiner (1998): Demographics and Medical Care Spending: Standard and Non-Standard Effects. NBER Working Paper No. 6866.

Cutler, D.M. og R.J. Zeckhauser (2000): The Anatomy of Health Insurance. I: Culyer, A.J. og J. Newhouse (red.): *Handbook of Health Economics*.

Danmarks Statistik (2009): *Statistiske Efterretninger, Indkomster, forbrug og priser, 2009:2*.

- Danske Regioner (2009): Styr på regionerne - regionernes økonomi 2009.
- De Økonomiske Råd (2007): *Dansk Økonomi, efterår 2007*.
- Det Økonomiske Råd (2000): *Dansk Økonomi, forår 2000*.
- Docteur, E. og H. Oxley (2003): Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience. OECD Health Working Papers.
- DREAM (2009): *Langsigtet økonomisk fremskrivning 2009*. DREAM.
- Felder, S., M. Meiers og H. Schmitt (2000): Health care expenditure in the last months of life. *Journal of Health Economics*, 19 (5), s. 679-695.
- Finansministeriet (2007): *Mod nye mål - Danmark 2015: Teknisk baggrundsrapport*. Finansministeriet.
- Fogel, R.W. (2008): Forecasting the Cost of U.S. Health Care in 2040. NBER Working Paper 14361.
- Forebyggelseskommissionen (2009): *Vi kan leve længere og sundere - Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats*.
- Forsikring & Pension (2008): *Sundhedsforsikringer - En løsning på fremtidens velfærd?* Forsikring & Pension.
- Gerdtham, U.G. og B. Jönsson (2000): International Comparisons of Health Expenditures: Theory, Data and Econometric Analysis. I: Culyer, A.J. og J. Newhouse (red.): *Handbook of Health Economics*. North Holland.
- Getzen, T.E. (1992): Population Aging and the Growth of Health Expenditures. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 47 (3), s. 98-104.
- Getzen, T.E. (2000): Health care is an individual necessity and a national luxury: applying multilevel decision models

to the analysis of health care expenditures. *Journal of Health Economics*, 19 , s. 259-270.

Gruber, J. (2000): Health Insurance and the Labor Market. I: Culyer, A.J. og J. Newhouse (red): *Handbook of Health Economics*. Elsevier.

Hagist, C. og L.J. Kotlikoff (2005): Who's Going Broke? Comparing Healthcare Costs in Ten OECD Countries. NBER Working Paper 11833.

Häkkinen, U. (2007): Aging, Health Expenditure, Proximity of Death and Income in Finland. Stakes Discussion Papers 1/2007.

Hall, R.E. og C.I. Jones (2007): The Value of Life and the Rise in Health Spending. *Quarterly Journal of Economics*, 122 (1), s. 39-72.

Hansen, B.O. og H. Keiding (2002): Alternative Health Insurance: A Welfare Comparison. *Journal of Health Economics*, 21 , s. 544-566.

Hansen, M.F. og M.L. Barington (2009): Danmarks fremtidige befolkning - Befolkningsfremskrivning 2009. DREAM.

Herbild, L., H. keiding, J. Kjellberg og J. Søgaard (2003): Konkurrenceudsætning i sundhedssektoren. Teori og empiri fra udvalgte lande. Københavns Universitet og DSI Institut for Sundhedsvæsen.

Hoover, D.R., S. Crystal, R. Kumar, U. Sambomorthi og J.C. Cantor (2002): Medical Expenditures during the Last Year of Life: Findings from the 1992-1996 Medicare Current Beneficiary Survey. *Health Services Research*, 37 (6), s. 1625-1642.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2003): Sundhedsvæsenets organisering - sygehuse, incitament, amter og alternativer.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2008): Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet.

KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for sundhed og forebyggelse (2008): *Rapport vedrørende bedre grundlag for forebyggelsesindsatsen i kommunerne*. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Konkurrencestyrelsen (2003): Konkurrenceredegørelse 2003.

Konkurrencestyrelsen (2006): Rammeaftale som udbudsmodel ved frit valg på sygehusområdet.

Leu, R.E., F.F.H. Rutten, W. Brouwer og P.R. Matter (2009): The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets. The Commonwealth Fund.

Lindbeck, A. (2005): Sustainable Social Spending. CESifo Working Paper No. 1594.

Madsen, J., N. Serup-Hansen, J. Kragstrup og I. Sønbo Kristiansen (2002): Ageing may have limited impact on future costs of primary care providers. *Scandinavian journal of primary health care*, 20 (3), s. 169-173.

Manning, W.G. og J. Mullahy (2001): Estimating log models: to transform or not to transform? *Journal of Health Economics*, 20 (4), s. 461-494.

Ministeriet for sundhed og forebyggelse (2009): *Det danske sundhedsvæsen i nationalt perspektiv*.

Newhouse, J. (1992): Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? *The Journal of Economic Perspectives*, 6 (3), s. 3-21.

OECD (2006): Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: What are the main Drivers. Economics Department Working Paper 477.

OECD (2008): *OECD Economic Surveys - Denmark*, 2008/2.

Oeppen, J. og J.W. Vaupel (2002): Broken Limits to Life Expectancy. *Science*, 296 (5570), s. 1029-1031.

Okma, K.G.H. (2008): Learning and Mislearning across Borders: What Can We (Not) Learn from the 2006 Health Care Reform in the Netherlands? Commentary on Rosenau and Lako. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 33 (6), s. 1057-1071.

Pedersen, K.M. (2005): Voluntary Supplementary Health Insurance in Denmark. *Public Finance and Management*, 5, s. 544-566.

Pedersen, K.M. (2006): Kommunal medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen: Columbusæg eller misfoster? *Samfundsøkonomen*, 6, s. 20-25.

Pedersen, L.H. og M.F. Hansen (2006): Stigende sundhedsudgifter - et aldrings- eller et velstandsfænomen? *National-økonomisk Tidsskrift*, 144 (3), s. 304-325.

Praktiserende Lægers Organisation (2009): <http://www.laeger.dk>

Rigsrevisionen (2009): Beretning til Statsrevisorerne om pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse. Folketinget.

Salas, C. og J.P. Raftery (2001): Econometric issues in testing the age neutrality of health care expenditure. *Health Economics*, 10, s. 669-671.

Serup-Hansen, N., J. Wickstrøm og I. Sønbo Kristiansen (2002): Future health care costs - do health care costs during the last year of life matter? *Health Policy*, 62, s. 161-172.

Seshamani, M. og A. Gray (2004a): A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs. *Health Economics*, 23 (2), s. 217-235.

Seshamani, M. og A. Gray (2004b): Ageing and health-care expenditure: The red herring argument revisited. *Health Economics*, 13 (4), s. 303-314.

Statens og Kommunernes Indkøbsservice (2009):
<http://www.ski.dk>

Stiglitz, J.E. (2000): *Economics of the Public Sektor*. W.W. Norton & Company.

Tobin, J. (1970): On Limiting the Domain of Inequality. *Journal of Law and Economics*, 13 (2), s. 263-277.

van de Ven, W. og F. Schut (2008): Universal Mandatory Health Insurance In The Netherlands: A Model For The United States? *Health Affairs*, 27 (3), s. 771-781.

Wagstaff, A. (2009): Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems - Evidence from OECD. The World Bank.

Zweifel, P., S. Felder og M. Meiers (1999): Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring? *Health Economics*, 8 (6), s. 485-496.

Zweifel, P., S. Felder og A. Werblow (2004): Population Ageing and Health Care Expenditure: New Evidence on the "Red Herring". *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, 29 (4), s. 652-666.