

Kapitel 14

Udfordringer og løsninger for den offentlige velfærdsservice

14.1 Indledning

Velfærdskommissionen ønsker at bevare den lette og lige adgang til offentlige velfærdsydelser af høj kvalitet. Samtidig lægger Kommissionen vægt på at sikre finansieringen af sundhedsvæsenet i lyset af demografiske ændringer og stigende efterspørgsel efter sundhedsydelser. Dette kapitel beskriver udfordringerne og belyser fordele og ulemper ved en række forslag, der kan bidrage til at tilvejebringe finansiering uden at gå på kompromis med princippet om universelle velfærdstilbud.

Finansieringen af den offentlige velfærdsservice er udsat for et stigende pres. For det første forventes befolkningens sammensætning i de kommende år at skifte i retning af flere ældre og færre i de erhvervsaktive aldre. Da ældre gennemsnitligt bruger flere velfærdsydelser end yngre – for eksempel sundhed og ældreomsorg, mens uddannelse trækker i modsat retning – giver dette anledning til stigende offentlige udgifter og aftagende skatteindtægter.

For det andet stimulerer den almindelige velstandsstigning hos både yngre og ældre også efterspørgslen. Højere velstand skaber et pres for højere kvalitet i de offentlige tilbud, og dermed stiger udgifterne. Samtidig kan der blive pres på finansieringen, fordi øget velstand giver folk råd til at arbejde mindre, hvilket reducerer skatteindtægterne.

For det tredje kan den hastige innovation på sundhedsområdet fremover være med til at drive udgiftsniveauet op. Nye opdagelser af medicin og behandlingsmetoder sætter sundhedspersonalet i stand til at gennemføre en mere effektiv behandling. Eksempelvis kan flere og flere sygdomme i dag behandles ambulant eller medicinsk. Den teknologiske udvikling sætter således sundhedsvæsenet i stand til at tilbyde højere kvalitet til glæde for borgerne. Men de nye metoder kan også få udgifterne til at stige, dels fordi en mere effektiv behandling gør det muligt at kurere patienter, som ikke ville have fået tilbuddet med de gamle metoder, dels fordi de nye metoder ofte er mere kostbare end de gamle.

I Danmark har vi dog hidtil været langsommere og mere påholdende end andre lande til at tage ny teknologi i brug i sundhedsvæsenet. I de kommende år vil informationsudveksling på tværs af grænser formentlig stimulere efterspørgslen efter nye behandlingsformer, som indføres i andre lande. Det indebærer naturligvis en risiko for at øge sundhedsvæsenets udgifter, men på den anden side kan det måske være med til at forbedre sundhedstilstanden og løfte den danske middellevetid, som i en årrække er vokset langsommere end i de fleste andre udviklede lande.

Allerede i dag har det offentlige svært ved at tilfredsstille efterspørgslen på visse områder. Eksempelvis kan ventelister i hospitalsvæsenet og øget brug af sundhedsforsikringer være tegn på, at sundhedsvæsenet har svært ved at følge med. Givet de udfordringer, velfærdssamfundet i forvejen står overfor, kan en større efterspørgsel blive svær at imødekomme. Det kan føre til øget polarisering, hvor velstillede kan købe sig til private ydelser på områder, hvor den offentlige service ikke lever op til forventningerne.

Velfærdskommissionen ser derfor et behov for initiativer, der kan regulere og dæmpe efterspørgslen efter visse offentlige serviceområder. En større kobling mellem betaling og forbrug af velfærdsydelser kan måske også bringe en større ansvarlighed ind i brugen af velfærdsydelser.

Velfærdskommissionen anser det for naturligt at løse den største del af sundhedsvæsenets finansieringsklemme via kollektive finansieringskilder. Det skal først og fremmest ske i form af øget beskæftigelse, men samtidig foreslår vi indførelse af brugerbetaling i beskedent omfang, og er positive over for at opretholde et privat forsikringsmarked. Derudover er det nødvendigt at holde fokus på en stadig prioritering af ressourcerne, kvalitet og effektivitet i den offentlige sektor samt en øget forebyggelsesindsats.

I næste afsnit beskrives de foreliggende udfordringer for finansieringen af den offentlige velfærdsservice, og afsnit 14.3 handler om den potentielle betydning af nogle væsentlige antagelser.

I afsnit 14.4 diskuteres nogle forskellige finansieringskilder. Afsnit 14.5 diskuterer indretningen af det nye sundhedsbidrag, der er opstået i forbindelse med kommunalreformen. Endelig indeholder afsnit 14.6 en beskrivelse af indretningen af det danske sundhedsvæsen, da en stor del af udfordringen vedrører sundhedsvæsenet.

Dette kapitel skal ses som en overordnet indledning til udfordringerne inden for (hovedsageligt) den offentlige velfærdsservice, mens de næste kapitler indeholder nærmere beskrivelser af Velfærdskommissionens forslag på dette område. Kapitel 15 beskriver forslagene om brugerbetaling og forebyggelse, kapitel 16 handler om samspillet mellem offentlig og privat forsikring, og kapitel 17 beskæftiger sig med øget kvalitet og effektivitet i den offentlige sektor.

14.2 Udfordringerne for den offentlige velfærdsservice

Vi står over for tre udfordringer, der vil gøre det vanskeligere at finansiere den offentlige velfærdsservice i fremtiden. For det første ændres befolkningens sammensætning i de kommende årtier, så arbejdsstyrken bliver mindre, og dermed bliver der færre til at betale for den offentlige service til et stigende antal ældre. For det andet stiger vores efterspørgsel i takt med den almindelige velstandsudvikling. Og for det tredje udvikles til stadighed

ny teknologi, som især i sundhedsvæsenet muliggør mere effektive behandlinger til flere patienter, men som samtidig er dyrt og dermed med til at øge sundhedsvæsenets udgifter.

Dette afsnit belyser de tre udfordringer og giver afslutningsvis en vurdering af udfordringernes samlede størrelsesorden. Det er nødvendigt at kende udfordringernes størrelse for at kunne tage stilling til, hvilke forslag, der bør iværksættes for at dæmpe efterspørgslen efter offentlige ydelser og skabe yderligere finansiering.

Der fokuseres på fire dele af den offentlige velfærdsservice: Daginstitutioner, uddannelse, sundhedsvæsen og ældreomsorg, dvs. plejehjem og hjemmehjælp. Dermed berøres kun den individuelle offentlige service, og der ses således bort fra den kollektive service i denne sammenhæng.

14.2.1 Udfordring 1: Befolkningens sammensætning

Den demografiske udvikling forventes at føre til, at finansieringsgrundlaget for den offentlige velfærdsservice i de kommende år ikke kan følge med væksten i udgifterne. Det skyldes, at der på den ene side bliver færre i den erhvervsaktive alder til at betale for udgifterne samtidig med, at der på den anden side bliver et større træk på de offentlige serviceydelser, fordi andelen af ældre stiger.

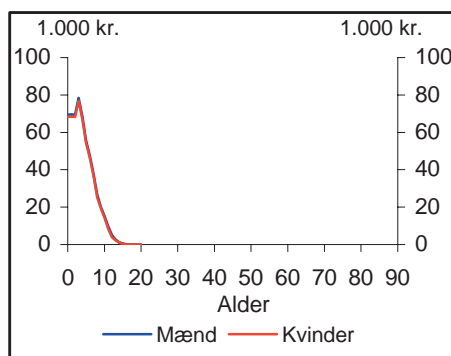
Forskellige dele af den offentlige service påvirkes forskelligt af den demografiske udvikling.

Udgifterne til daginstitutioner er typisk højest i de første ca. 13 leveår, jf. figur 14.1. Udgiften er størst i vuggestue- og børnehavealderen, hvor beløbet gennemsnitligt udgør omkring 70.000 kr. pr. barn. De gennemsnitlige udgifter for drenge henholdsvis piger adskiller sig ikke nævneværdigt fra hinanden.

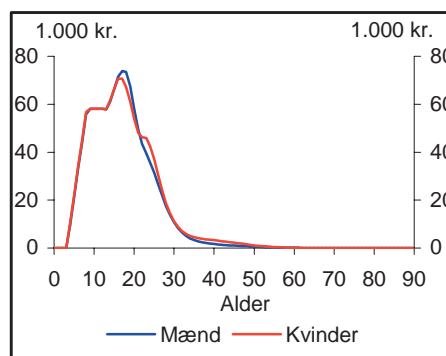
Udgifterne til uddannelse ligger fortrinsvis i aldersgruppen fra 5 til omkring 30 år, jf. figur 14.2. De gennemsnitlige udgifter er højest frem til omkring 18-årsalderen, og udgør på disse alderstrin omkring 70.000 kr. pr. person. Derefter falder andelen af personer i de uddannelsessøgende aldersgrupper, og gennemsnitsudgifterne bliver derfor lavere. Udgifterne er omtrent af samme omfang på tværs af køn, om end der er en svag tendens til, at pigerne benytter uddannelsessystemet lidt mere end drengene.

Det største træk på sundhedsvæsenet finder gennemsnitligt sted efter 70-årsalderen, hvor gennemsnitsudgiften udgør 30-40.000 kr. pr. år, jf. figur 14.3. Derudover er der sundhedsudgifter i forbindelse med fødsel og behandling af børn op til omkring 5 år, og for kvindernes vedkommende registreres også en stigning i udgifterne i den fødedygtige alder. Omvendt trækker mændene gennemsnitligt mere på sundhedsvæsenet i alderdommen end kvinderne.

Figur 14.1: Gennemsnitlige udgifter til daginstitutioner, 2003

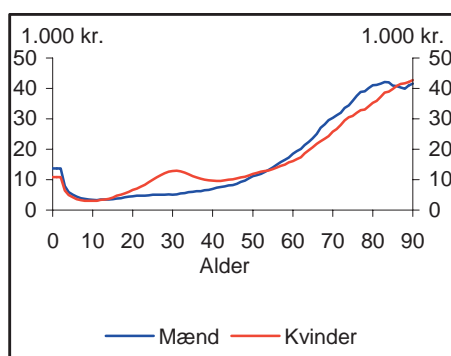


Figur 14.2: Gennemsnitlige udgifter til uddannelse, 2003

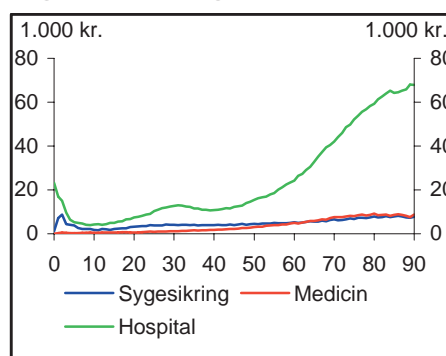


Anm.: Gennemsnitlige udgifter for personer af dansk oprindelse. Beregningerne bygger på registeroplysninger, herunder lovmodeludtræk, for 2002. De personfordelte udgifter er skaleret således, at udgiften, når der tages højde for antallet af personer i den demografiske gruppe, svarer til den samlede udgift til det pågældende serviceområde i 2003.
Kilde: DREAM.

Figur 14.3: Gennemsnitlige udgifter til sundhedsvæsen, 2003



Figur 14.4: Gennemsnitlige sundhedsudgifter opdelt på sygesikring, medicin og hospital, 2003



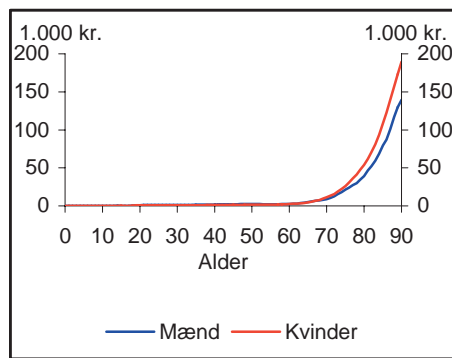
Anm.: Gennemsnitlige udgifter for personer af dansk oprindelse. Beregningerne bygger på registeroplysninger, herunder lovmodeludtræk, for 2002. De personfordelte udgifter er skaleret således at udgiften, når der tages højde for antallet af personer i den demografiske gruppe, svarer til den samlede udgift til det pågældende serviceområde i 2003.
Kilde: DREAM.

Hospitalsudgifterne er betydeligt mere aldersafhængige end udgifterne til medicin og sygesikring i øvrigt. Således udgør de årlige hospitalsudgifter ved 60-årsalderen omkring 25.000 kr., mens den tilsvarende udgift er knap 70.000 kr. for 90-årige, jf. figur 14.4. Sygesikringsudgifterne varierer markant mindre på tværs af alderstrin. Medicinudgifterne er således omkring 3.500 kr. højere for en gennemsnitlig 90-årig end for en 60-årig, mens den tilsvarende forskel for de øvrige sygesikringsudgifter udgør ca. 2.500 kr.

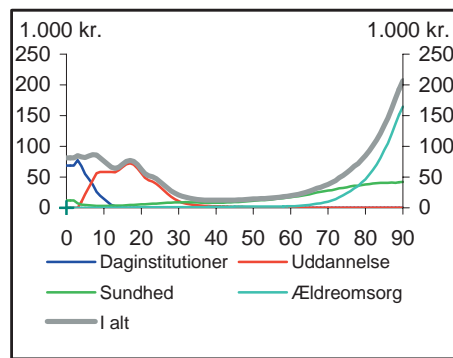
Udgifterne til ældreomsorg, for eksempel plejehjem, ældreboliger og hjemmehjælp, tager særligt fat omkring 75-årsalderen og stiger derefter kraftigt, jf. figur 14.5. Udgifterne til 80-årige er omkring 45.000 kr. og for 90-årige udgør gennemsnittet ca. 160.000. Udgifterne til ældreomsorg er gennemsnitligt lidt højere for kvinder end for mænd. Forklaringen er, at kvinder typisk er gift med mænd, der er ældre end dem selv, og at mænds forventede levetid er kortere end kvindernes. Kvinder vil derfor oftere end

mænd kunne passe deres partner under sygdom, hvilket holder de gennemsnitlige plejeudgifter til mænd nede. Omvendt vil kvinder ofte være enlige, når de bliver ældre, og derfor vil kvinderne i højere grad end mændene have behov for blandt andet hjemmehjælp og plejehjem.

Figur 14.5: Gennemsnitlige udgifter til ældreomsorg, 2003



Figur 14.6: Gennemsnitlige udgifter til individuel offentlig velfærdsservice, 2003



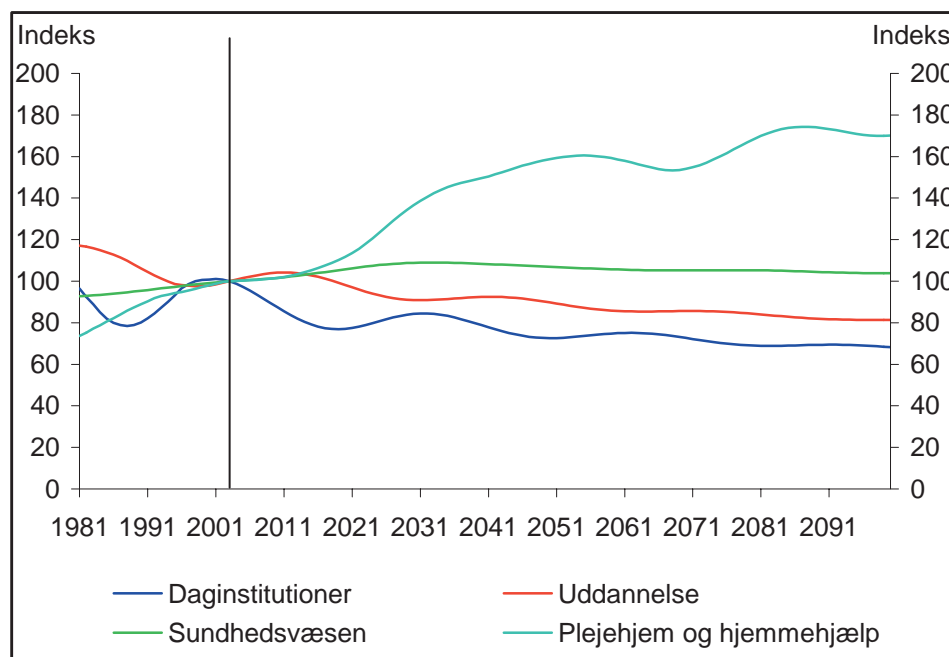
Anm.: Gennemsnitlige udgifter for personer af dansk oprindelse. Beregningerne bygger på registeroplysninger, herunder lovmodeludtræk, for 2002. De personfordelte udgifter er skaleret, således at udgiften, når der tages højde for antallet af personer i den demografiske gruppe, svarer til den samlede udgift til det pågældende serviceområde i 2003.

Kilde: DREAM.

De samlede gennemsnitlige udgifter til offentlig velfærdsservice er på omkring 80.000 kr. pr. år op til 20-årsalderen, hvorefter beløbet falder til ca. 12-15.000 kr. i løbet af de erhvervsaktive år, jf. figur 14.6. Efter 70-årsalderen stiger gennemsnitsudgiften atter, og for personer over 80 år er beløbet højere end 100.000 kr. pr. person.

Den forventede demografiske udvikling kommer til at påvirke de fremtidige udgifter til offentlig velfærdsservice. Således forventes især udgifterne til ældreomsorg at stige kraftigt, fordi der bliver flere ældre, og dermed flere brugere af serviceydelse på dette område. Demografien har påvirket denne udgiftspost i opadgående retning siden 1980, men frem mod 2040 forventes udgifterne at stige med yderligere 50 pct. i forhold til i dag, jf. figur 14.7. Demografien forventes ligeledes at føre til en stigning i sundhedsvæsenets udgifter på knap 10 pct. i tiden frem mod 2040. Den særligt kraftige udgiftsstigning for ældreomsorg skyldes, at denne udgiftspost som vist ovenfor har en særligt stejl aldersprofil. Dermed stiger udgifterne for sundhedsvæsen og ældreomsorg mere end daginstitutioner og uddannelse i takt med befolkningens aldring.

Daginstitutionerne og uddannelsesområdet har demografisk medvind i den forstand, at der er tendens til aftagende demografisk pres på udgifterne, fordi der forventes at blive færre unge i fremtiden. Hertil bør dog bemærkes, at denne analyse forudsætter en uændret fremtidig uddannelsesfrekvens.

Figur 14.7: Demografisk påvirkning af udgifter til velfærdsservice, indeks 2003=100, 1981-2100

Kilde: Egne beregninger.

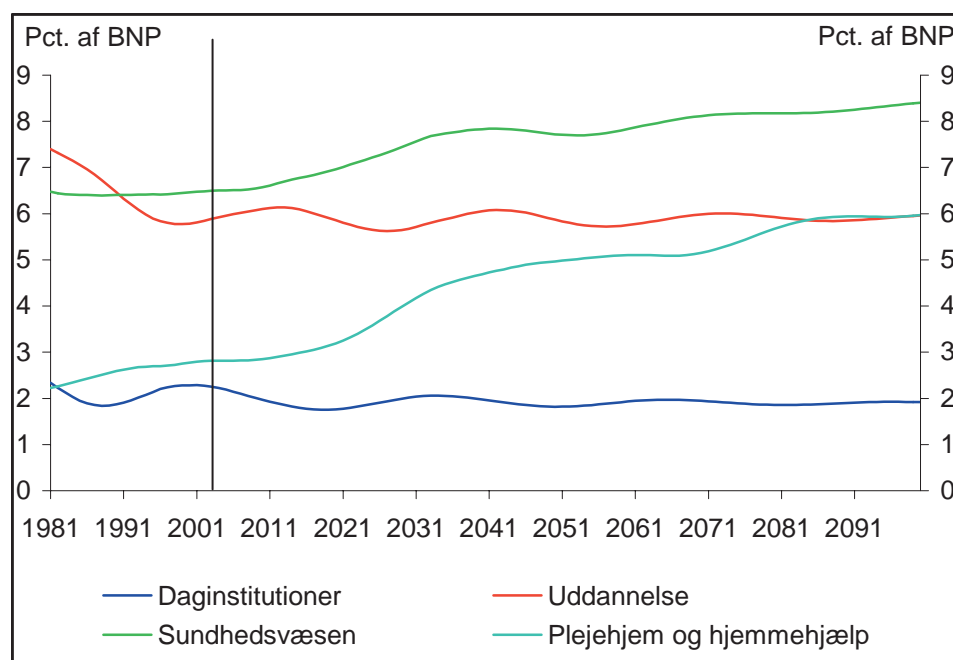
Udover påvirkningen af udgifterne til velfærdsservice spiller demografien også en rolle for samfundets samlede indkomst. Når arbejdsstyrken falder, fordi der bliver færre i den erhvervsaktive alder, vil den samlede indkomst stige mindre end produktivitetstigningerne ellers ville lægge op til, da der bliver færre til at producere. Dette vil isoleret set føre til, at den offentlige service kommer til at udgøre en stadig større del af den indkomst, der skabes i samfundet.

Den samlede demografiske virkning på både udgifter og indkomst betyder, at såvel sundhedsvæsenet som ældreomsorg i fremtiden forventes at komme til at udgøre en større andel af samfundets indkomst. Den kraftigste udvikling forudses for ældreomsorg, hvor demografien isoleret set fører til en stigning i udgifterne fra knap 3 til knap 5 pct. i 2040, jf. figur 14.8. Den demografiske påvirkning af sundhedsvæsenet er en stigning fra 6,5 pct. i 2003 til knap 8 pct. i 2040. Uddannelse og daginstitutioner forventes ikke at være udsat for et stigende demografisk pres i fremtiden. Det skyldes, at udgifterne på disse områder forventes at udvikle sig i takt med udviklingen i BNP, fordi der både bliver færre unge og færre erhvervsaktive.

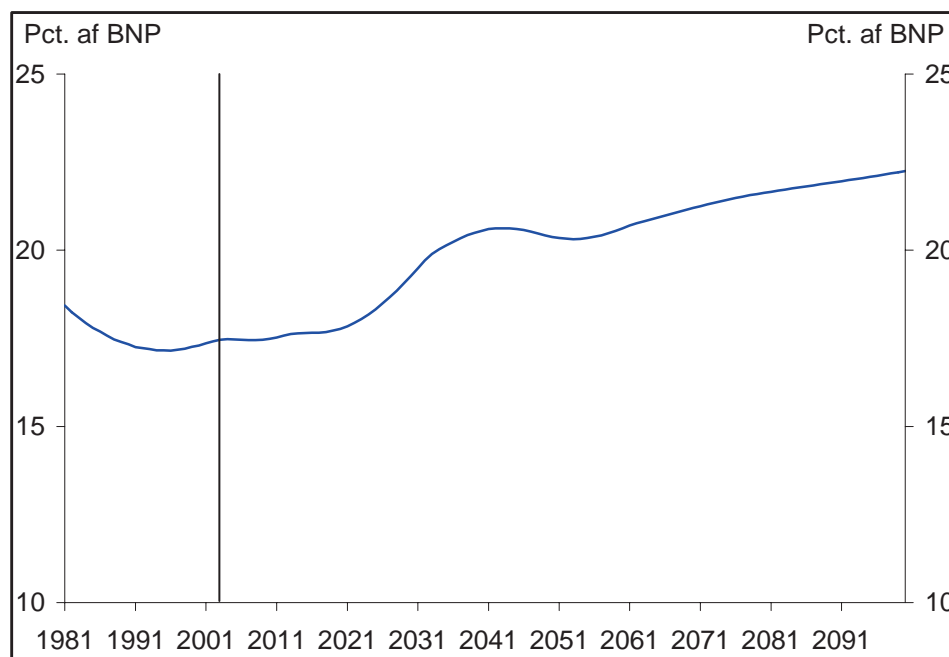
Samlet set forventes den demografiske udvikling isoleret set at medføre, at den personlige offentlige velfærdsservice stiger fra 17½ pct. af BNP i 2003 til 20½ pct. af BNP i 2040, jf. figur 14.9.

Beregningerne i dette afsnit er foretaget under antagelse af, at de viste aldersprofiler også gælder i fremtiden, men med regulering for udviklingen i løn og priser. I takt med den forventede stigning i middellevetiden kan det ikke afvises, at de aldersrelaterede udgifter til sundhedsvæsen og ældreomsorg vil blive udskudt, fordi befolkningens helbredstilstand forbedres. Omvendt har den teknologiske udvikling tendens til at øge udgifterne. Desuden tyder nogle undersøgelser på, at sundhedsudgifterne stiger betydeligt op til dødstidspunktet, hvilket gør det usikkert, om den stigende levetid fører til stigende eller aftagende sundhedsudgifter. I afsnit 14.3 belyses blandt andet den forventede virkning af bedre helbredstilstand under den (formentlig optimistiske) antagelse, at bedre helbredstilstand blot udskyder sundhedsudgifterne.

Figur 14.8: Demografisk påvirkning af individuel offentlig velfærdsservice som andel af BNP, 1981-2100



Kilde: Egne beregninger.

Figur 14.9: Demografisk påvirkning på samlet individuel velfærdsservice som andel af BNP, 1981-2100

Kilde: Egne beregninger.

14.2.2 Udfordring 2: Voksende efterspørgsel

Efterspørgslen efter offentlige serviceydelser stiger, når den almindelige velstand stiger, jf. bl.a. Velfærdskommissionen (2004). Det skyldes, at stigende velstand fører til stigende privatforbrug, hvilket også øger kravene til den offentlige service. Forventningerne til den offentlige service følger med op, når levestandarden i øvrigt stiger.

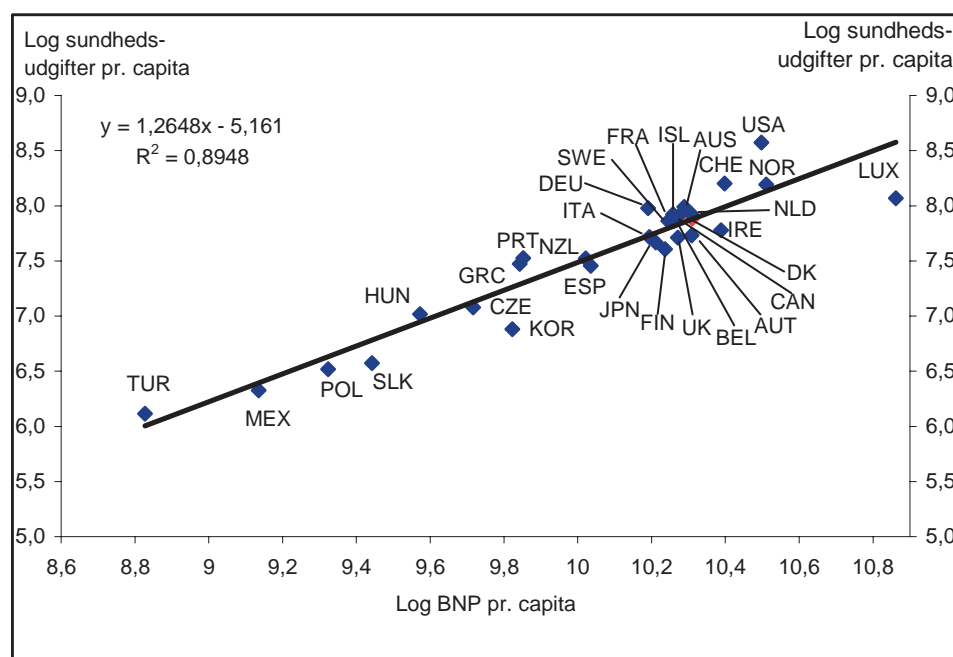
Velstandsdilemmaet for den offentlige velfærdsservice har yderligere den dimension, at skattegrundlaget eroderes af et stigende ønske om mere fritid i takt med velstandsudviklingen. Denne problemstilling ses der dog bort fra i denne sammenhæng, men emnet er omhandlet i Velfærdskommissionen (2004).

Velstandsdilemmaet vil vise sig gradvist på de offentlige finanser i takt med, at øget velstand skaber stigende krav til og behov for offentlig velfærdsservice og øget fritid.

Blandt OECD-landene er der en ganske stærk tendens til, at befolkningerne i de rigeste lande har højere forbrug af offentlige velfærdsydelser end befolkningerne i mindre rige lande. Således viser landetværsnittet, at forbruget af sundhedsvæsen og ældreomsorg pr. person stiger med omkring 1 ¼ pct., når BNP pr. person stiger med 1 pct., jf. figur 14.10. Dette tyder på, at sundheds- og plejeudgifterne udvikler sig hastigere end samfundsøkonomien.

Da BNP-udviklingen er et mål for udviklingen i samfundets indkomst, udgør den samtidig grundlaget for finansieringen af den offentlige service. Når sundhedsudgifterne løber hurtigere end BNP, betyder det altså, at de offentlige skatteindtægter og finansieringen af den offentlige service ikke kan følge med efterspørgslen. Det bør dog bemærkes, at forbruget af sundhedsydelser målt i mængder ikke nødvendigvis er højere i rige lande. Det skyldes, at den viste sammenhæng mellem BNP og sundhedsudgifter formentlig også afspejler en prisseffekt, fordi sundhedsydelser er relativt arbejdskraftintensive og dermed isoleret set dyrere i lande med høj indkomst.

Figur 14.10: Udgifter til sundhedsvæsen og ældreomsorg i forhold til indkomst i OECD-lande, 2002



Anm.: Tallene for Tyrkiet er for 2000. Sundhedsudgifter og BNP er målt i købekraftskorrigerede enheder.
Kilde: OECD Health Data.

Spørgsmålet om, hvorvidt de offentlige serviceudgifter udvikler sig hurtigere end indkomsten, er imidlertid ikke entydigt afklaret. I undersøgelser på makroøkonomisk niveau finder man ofte en elasticitet på 1 eller derover, dvs. at forbruget stiger i takt med eller hurtigere end indkomsten, jf. Fuchs (1972), Mushkin og Landefeld (1979) og Newhouse (1992). Omvendt konkluderer undersøgelser af enkeltindviders adfærd ofte, at elasticiteten er mindre end 1, dvs. at forbruget af offentlig service stiger mindre end indkomsten, jf. Manning m.fl. (1987) og Phelps (1992). Spredningen på de empiriske estimater skal blandt andet ses i lyset af, at det i mikrostudier er vanskeligt at korrigere for det forhold, at lav indkomst i mange tilfælde også er et resultat af sygdom og dermed høje sundhedsudgifter, det vil sige at kausaliteten kan vende i begge retninger.

Usikkerheden omkring elasticitetens størrelse skal desuden ses i lyset af, at det er vanskeligt at måle efterspørgslen præcist, idet forbruget af offentlige serviceydelser til en vis grad er bestemt af udbuddet.

Velfærdskommissionens fremskrivninger af de individuelle velfærdsydelser er lavet med en antagelse om, at udgifterne netop udvikler sig i takt med indkomsten, dvs. en elasticitet på 1. Dermed ligger antagelsen i underkanten af de ovennævnte makrostudier.

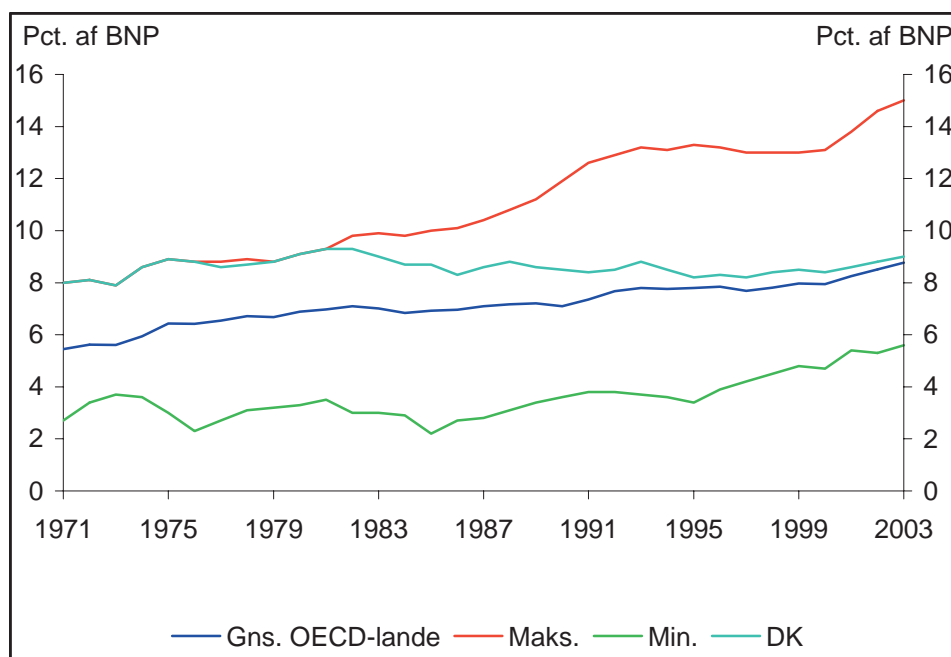
Væksten i efterspørgslen skaber et dilemma. Valget står mellem enten at styre udgifterne stramt, men til gengæld at acceptere et spænd mellem befolkningens ønsker og det offentlige serviceudbud, eller at lade udgifterne vokse for at imødekomme efterspørgslen, hvilket efterhånden fører til stigende offentlige underskud.

I Danmark lå udgifterne til sundhedsvæsenet og ældreomsorgen i top blandt OECD-landene i 1980, men siden da har Danmark nærmet sig gennemsnittet af OECD-landene. Sundhedsvæsenets og ældreomsorgens andel af samfundsøkonomien er således vokset betydeligt mindre i Danmark siden 1970 end i gennemsnittet af OECD-lande, jf. figur 14.11. Det har formentlig været en medvirkende årsag til den langsomme vækst i middelelivetiden i Danmark sammenlignet med andre lande. Forklaringen på den lave udgiftsvækst skal formentlig søges i det forhold, at vi har en stram og central styring af sundhedsvæsenets udgifter. Den højeste vækst i sundheds- og ældreomsorgsudgifterne har man i de senere år haft i USA, hvilket kan skyldes en mere decentral udgiftsstyring.

Det store salg af sundhedsforsikringer i de seneste år kan være et tegn på, at der er et misforhold mellem befolkningens ønsker og det offentlige udbud af sundhedsydelser. Gennem sundhedsforsikringerne kan borgeren sikre sig en højere kvalitet end der tilbydes af offentlige sygehuse for eksempel ved at undgå ventelister, jf. senere.

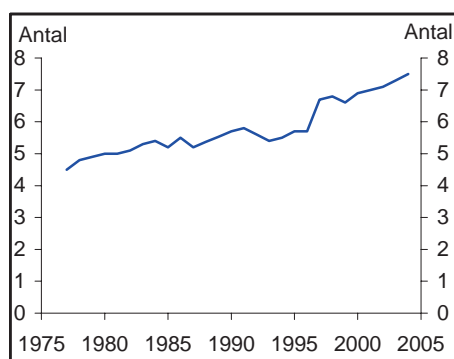
Det er vanskeligt at måle efterspørgslen efter sundhedsydelser, fordi forbruget af sundhedsydelser i høj grad er styret af det politisk fastlagte udbud. Der er dog sket en stigning i forbruget af forskellige sundhedsydelser, hvilket afspejler en større efterspørgsel, om end den fulde stigning i efterspørgslen ikke kan måles.

Antallet af lægekonsultationer er steget støt gennem de seneste knap 30 år. Således konsulterede en gennemsnitlig indbygger sin læge 4½ gange om året i 1977, mens dette tal er steget til 7½ gange i 2003, jf. figur 14.12. Sygesikringens inflationsrensede udgifter til medicin pr. borger er mere end fordoblet siden 1993, hvilket svarer til en realvækst på knap 9 pct. om året, jf. figur 14.13. Stigningen i medicinudgifterne pr. borger skal dog også ses i lyset af, at prisstigningen på medicin er højere end på andre varer.

Figur 14.11: Totale sundheds- og ældreomsorgsudgifter, 1971-2003

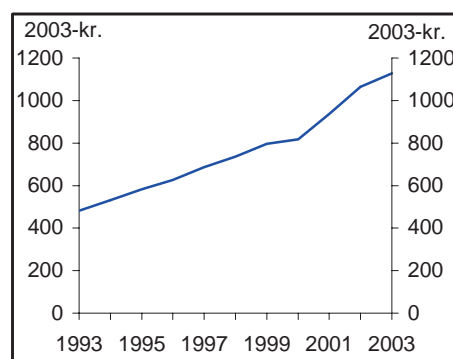
Anm.: OECD-gennemsnit indeholder på ethvert tidspunkt de lande, som databasen indeholder oplysninger om. I 1991 indgår Tyskland ikke i gennemsnittet på grund af manglende data. Før 1990 omfatter de tyske data kun Vesttyskland. For visse lande indgår foreløbige opgørelser for 2002 og 2003.

Kilde: OECD Health Data, oktober 2005.

Figur 14.12: Antal lægekonsultationer pr. indbygger, Danmark, 1977-2004

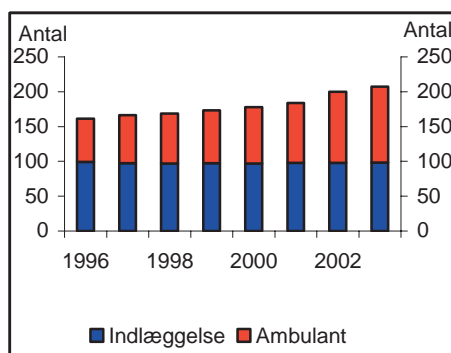
Anm.: I figur 14.12 er data for 1988-89 interpolerede, da der ikke findes data for disse år.

Kilde: OECD Health Data 2005.

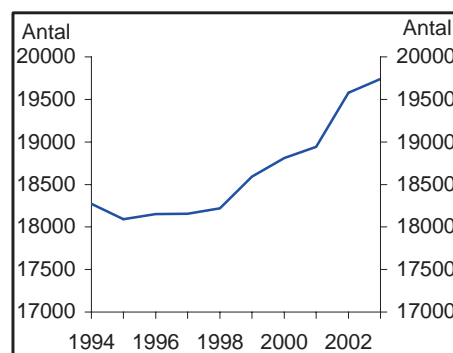
Figur 14.13: Medicinudgifter pr. indbygger via sygesikringen, 2003-priser, 1993-2003

Sygehusene udfører stadig flere operationer pr. indbygger. I 1996 udførtes således godt 160 operationer pr. 1.000 indbyggere, mens tallet i 2003 var steget til godt 200 operationer pr. 1.000 indbyggere, jf. figur 14.14. Stigningen er især sket for ambulante operationer, mens antallet af stationære operationer er næsten uændret. Dette skal ses i lyset af indførelsen af nye, mere skånsomme behandlingsformer og et ændret syn på behovet for indlæggelse i forbindelse med operation. Antallet af udskrivninger fra akut behandling på offentlige sygehuse er ligeledes steget fra godt 18.000 til knap 20.000 pr. 100.000 indbyggere i perioden fra 1994 til 2003, jf. figur 14.15.

Figur 14.14: Antal operationer pr. 1.000 indbyggere, Danmark, 1996-2003



Figur 14.15: Antal udskrivninger fra akut somatisk behandling på offentligt hospital pr. 100.000 indbyggere, Danmark, 1994-2003



Anm.: Figur 14.14 viser akutte og elektive operationer på somatiske og psykiatriske hospitaletsklusive skadestuer. Indlæggelse opfattes som behandling, hvor udskrivning sker på senere dato end indskrivning. Figur 14.15 viser udskrivning af indlagte patienter. Antallet af indlæggelser kan i begge figurer være underdrevet i tilfælde, hvor operation finder sted inden for én dag, men hvor indlæggelsen strækker sig længere.
Kilde: OECD Health Data 2005.

Velstandsdilemmaet afspejler stigende ønsker og krav, men det er ikke sikkert, at befolkningens betalingsvillighed stiger i samme takt. Det skyldes, at der ikke er sammenhæng mellem skattebetaling og rettigheder til velfærdsydelser. Hvis skatterne med tiden kommer til at stige for at finansiere den stigende efterspørgsel efter offentlige ydelser, vil folk reagere ved at vælge mere fritid, selvom man egentlig ønsker de offentlige ydelser. Problemet er, at der ikke i arbejdsudbudsbeslutningen foretages en kobling mellem de privatøkonomiske og samfundsøkonomiske interesser.

Velstandsdilemmaet er ikke et nyt fænomen, men det bliver mere tydeligt i fremtiden end det har været hidtil. Historisk har vi set en betydelig stigning i de offentlige servicetilbud, og samtidig er arbejdstiden blevet sat ned, jf. Velfærdskommissionen (2004). Det har vi kunnet finansiere ved at øge skattetrykket og arbejdsstyrken, sidstnævnte i kraft af stigende erhvervsdeltagelse for kvinderne. Fremover er det ikke muligt at øge hverken skattetryk eller kvindernes erhvervsdeltagelse lige så meget som det er sket historisk, og derfor bliver velstandsdilemmaet en tydeligere udfordring i fremtiden.

14.2.3 Udfordring 3: Udviklingen af ny teknologi

Sundhedsvæsenet har en særlig udfordring, der vedrører indførelsen af ny teknologi for blandt andet medicin og behandlingsformer. Ny teknologi medvirker til at forøge kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser, men bidrager samtidig til væksten i udgifterne, da ny teknologi ofte er kostbar. OECD skønner således, at en betydelig del af sundhedsvæsenets udgiftsvækst på tværs af OECD-landene kan tilskrives implementeringen af ny teknologi, for eksempel medicin, vaccine, udstyr, behandlingsformer, støt-tefunktioner og administrative procedurer.

Udfordringen vedrørende teknologi er større for sundhedsvæsenet end andre serviceområder, da teknologiindholdet er størst i sundhedsvæsenet.

Tabel 14.1 viser, hvor stor en del af udgiftsvæksten der for forskellige udgiftsområder kan forklares ved demografi og indkomstudvikling. Den første linie viser den historiske årlige realvækst for daginstitutioner, uddannelse, sundhedsvæsen og ældreomsorg. I de to næste linier vises bidraget fra den demografiske udvikling til udgiftsvæksten fordelt på bidraget fra antallet af personer og bidraget fra alderssammensætningen. Dernæst vises bidraget fra stigende velstand under antagelse af en indkomstelasticitet på 1. Når disse bidrag (linie 2 til 4) trækkes fra udgiftsvæksten i den første linie får man residualen i linie 5. Residualen udtrykker den del af udgiftsvæksten, der ikke kan forklares ved demografi og velstandsstigning. Endelig viser den sidste linie, at residualen for alle udgiftsområderne antages at være nul i fremskrivningen.

For sundhedsvæsenet viser tabellen, at implementeringen af ny teknologi sker langsommere og i mindre udstrækning i det danske sundhedsvæsen end i andre lande. Således kan udviklingen i demografi og indkomster forklare mere end væksten i sundhedsudgifterne siden 1971. Det vil sige, at når demografi og velstand fratrækkes væksten i sundhedsudgifterne, er resultatet en negativ residual, jf. tabel 14.1. Denne residual fortolkes ofte som et resultat af teknologisk udvikling, men kan også skyldes andre forhold, eksempelvis forandringer af institutionelle forhold. Det betyder, at man ifølge denne opgørelsesmetode må anse den teknologiske udvikling for at have bidraget til at reducere udgifterne i det danske sundhedsvæsen i denne periode, hvilket er i kontrast til stort set alle øvrige OECD-lande, hvor ny teknologi har været udgiftsdrivende, jf. OECD (2005). Dermed kan Danmark bedst sammenlignes med Storbritannien og andre skandinaviske lande, hvorimod forskellen til eksempelvis USA er meget stor. Dette skal formentlig ses i sammenhæng med, at udgifterne til sygehusene i Danmark reguleres stramt, hvorimod brugerindflydelsen er meget høj i USA i kraft af den betydelige andel af privat finansiering.

Tabel 14.1: Bidrag til vækst i velfærdsserviceudgifter, 1971-2003

	Daginst.	Udd.	Sundhed	Ældre
Årlig realvækst i udgifter	2,7	1,8	1,7	4,4
Bidrag fra befolkningstal	0,4	0,3	0,3	0,4
Bidrag fra alderssammensætning	1,2	-0,7	0,3	0,4
Bidrag fra stigende velstand	1,9	1,9	1,9	1,9
Residual	-0,8	0,4	-0,7	1,7
Forudsat residual i fremskrivning	0,0	0,0	0,0	0,0

Anm.: Residualen er beregnet ved at fratække de øvrige forklaringsbidrag fra den samlede vækst i udgifterne. Indkomstelasticiteten for efterspørgslen efter sundhedsydelser antages at være 1. For daginstitutioner og ældreomsorg er der kun data til rådighed for perioden 1990-2002.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

At Danmark som et af meget få lande i OECD tilsyneladende har været i stand til at bruge udviklingen af ny teknologi til at bringe sundhedsudgif-

terne ned, kan anskues ud fra to forskellige vinkler. På den ene side kan det tages som udtryk for, at amterne og sygehusene har foretaget fornuftige prioriteringer af knappe ressourcer uden at det er gået ud over patienternes tilfredshed. På den anden side kan det fremover blive vanskeligt at holde udgiftsvæksten nede, når man i andre lande har en kraftig vækst, og danske patienter (for eksempel via internet) har nem adgang til oplysninger om andre landes behandlingstilbud og efterhånden også via sundhedsforsikringerne adgang til behandling i andre lande. I sammenligningen mellem lande bør det dog også tages i betragtning, at Danmark kom fra et højt udgangspunkt i starten af perioden, hvilket måske kan indikere, at sundhedsvæsenet på det tidspunkt ikke var tilstrækkeligt omkostningseffektivt.

I fremskrivningen af sundhedsvæsenets udgifter antages det gennemsnitlige, årlige teknologiske vækstbidrag fremover at være nul, jf. tabel 14.1. Dermed bliver udgiftsvæksten i fremskrivningen isoleret set højere end i perioden fra 1971 til 2003, men dette skal ses i lyset af, at det vurderes at være usandsynligt at fastholde den meget beskedne historiske udgiftsvækst fremover. I afsnit 14.3 vises beregningernes følsomhed over for denne antagelse.

Residualerne for daginstitutioner og uddannelse kan formentlig begge forklares ved, at det i praksis er vanskeligt at tilpasse kapaciteten til udsving i demografien. For daginstitutionerne har der i perioden 1990-2002, som residualen vedrører, været en stigning i antallet af børn. Den negative residual kan derfor fortolkes således, at antallet af daginstitutioner ikke fuldt ud er blevet tilpasset den demografiske udvikling, og derfor er udgiftsvæksten ikke løbet så stærkt som udviklingen i demografi og velstand skulle tilsige. For uddannelsesområdet, hvor beregningsperioden er 1971-2003, har der i perioden været faldende elevtal, og den positive residual kan således være udtryk for, at kapaciteten ikke er blevet tilpasset nedad i samme takt som det demografiske grundlag.

Antagelsen i fremskrivningen er, at udgiftsvæksten for daginstitutioner og uddannelse følger udviklingen i demografi og velstand, det vil sige at residualen fremover er nul. Dette er en neutral antagelse for fremskrivningsformål, selvom det i praksis formentlig også fremover vil være vanskeligt at tilpasse udgifterne til udsving i demografien.

Ældreomsorgen adskiller sig fra de øvrige områder ved, at udgifterne historisk er vokset betydeligt hurtigere end der kan forklares ved demografi og velstandsudvikling. Således er der en uforklaret residual på 1,7 pct.enheder af den årlige udgiftsvækst, jf. tabel 14.1. Dette skyldes ikke en langsom justering af kapaciteten, da der i perioden er blevet flere ældre, hvilket burde give en langsommere udgiftsvækst, hvis kapacitetstilpasningen er træg. Derfor må den positive residual formentlig fortolkes således, at der historisk er sket en forøgelse af standarden i ældreomsorgen, det vil sige blandt andet plejehjem og hjemmehjælp. I fremskrivningen er der i

lighed med de øvrige udgiftsområder antaget en residual på nul. Antagelserne i fremskrivningen vedrørende residualerne er i øvrigt de samme som i Velfærdskommissionen (2005b).

De danske sundhedsudgifter steg ganske langsomt i løbet af 1980'erne. Således udgjorde stigningen årligt 0,6 pct. udover prisudviklingen i 1980'erne, mens væksten både i 1970'erne og 1990'erne var betydeligt højere end inflationen, jf. tabel 14.2. På uddannelsesområdet har der været et tilsvarende mønster, idet væksten i 1980'erne lå lavere end i de omkringliggende årtier.

Tabel 14.2: Årlig realvækst i velfærdsserviceudgifter, pct.

	Daginst.	Udd.	Sundhed	Ældrepleje
1971-2003		1,8	1,7	
1971-1979		2,7	2,7	
1980-1989		0,8	0,6	
1990-2003	2,7	1,7	2,0	4,4

Anm.: For daginstitutioner og ældreomsorg er der kun data for perioden 1990-2002.

Kilde: Danmarks Statistik.

14.2.4 Den demografiske udfordrings størrelse

De nævnte udfordringer for den offentlige velfærdsservice udgør en betydelig del af velfærdssamfundets samlede finansieringsudfordring i de kommende år. Velfærdskommissionen har med en fremskrivning af alle offentlige indtægter og udgifter beregnet det samlede holdbarhedsproblem for de offentlige finanser, jf. kapitel 3 for metode og resultater. Dette holdbarhedsproblem afspejler blandt andet, at de offentlige udgifters andel af BNP forventes at stige i fremtiden. Omvendt forventes også indtægterne at stige, blandt andet fordi der forventes et stigende fremtidigt skatteprovenu fra udskudte skatter på pensionsopsparing. Dette afsnit belyser, hvor stor en del af den forventede stigning frem til 2040 i udgifternes andel af BNP, der stammer fra den offentlige velfærdsservice. Det vil sige, at afsnittet omhandler den del af holdbarhedsproblemet, der vedrører udgiftsiden frem til 2040.

I fremskrivningen er der taget højde for den demografiske udvikling. Derudover er der som nævnt antaget en indkomstelasticitet på 1, hvilket indebærer, at efterspørgslen efter velfærdsservice udvikler sig i samme tempo som indkomsterne. Dermed er der ikke taget højde for det såkaldte velstandsdilemma, der går ud på, at efterspørgslen stiger hastigere end indkomsten. Endelig er det antaget, at residualerne for ny teknologi mv. er nul i fremskrivningen, idet dette antages at udgøre en neutral udvikling.

De offentlige udgifters andel af BNP forventes ifølge Velfærdskommissionens fremskrivning at stige fra 50,7 pct. i 2003 til 57,5 pct. i 2040, jf. kapitel 3. Udover fremskrivningen af selve udgifterne skyldes dette, at det vækst- og inflationskorrigerede BNP ventes at falde (ifølge fremskrivningen vil BNP stige både målt i løbende og faste priser, men faldet i ar-

bejdsstyrken er skyld i, at værdien af produktionen ikke kan følge med summen af inflation og realvækst). Dette kan også udtrykkes således, at udgifterne i 2040 ifølge fremskrivningen er 87 mia. kr. højere end, hvis de offentlige udgifters andel af BNP skulle have været den samme i 2040 som i 2003, jf. tabel 14.3. Udgiftspresset i forhold til uændret BNP-andel udgør altså 87 mia. kr. målt i 2003 pris- og lønniveau.

En del af udgiftspresset på 87 mia. kr. forventes som nævnt at blive finansieret ved stigende skatteprovenu. Således forventes en mervækst i de offentlige indtægter i forhold til BNP-udviklingen på omkring 36 mia. kr. frem til 2040.

En stor del af udgiftsstigningen på 87 mia. kr. frem mod 2040 skyldes den forventede udvikling i den personlige velfærdsservice. Bidraget fra velfærdsservice forventes således at udgøre 48 mia. kr. ud af den samlede mervækst på 87 mia. kr., hvilket svarer til godt halvdelen. Dette er altså den forventede størrelsesorden for den demografiske udfordring for velfærdsservice.

Finansieringsudfordringen for den offentlige velfærdsservice opstår især inden for sundhedsvæsenet og ældreomsorgen. Således forventes udgiftsstigningen for sundhedsvæsenet at ligge ca. 32 mia. kr. udover BNP-udviklingen, og for ældreomsorgen er det tilsvarende tal 11 mia. kr.

Daginstitutionerne og uddannelsesområdet bidrager kun i beskedent omfang til holdbarhedsproblemet, fordi et aftagende antal børn og unge medfører færre udgifter til disse områder, hvilket forventes at ske i takt med, at arbejdsstyrken bliver mindre.

Grunden til, at udfordringen er størst for sundhedsvæsenet og ældreomsorgen, er som nævnt, at netop disse to udgiftsområder har en aldersprofil, der gør udgifterne særligt følsomme over for stigningen i antallet af ældre. Virkningen er størst for sundhedsvæsenet, hvilket skal ses i lyset af, at sundhedsvæsenet i udgangspunktet udgør en andel af BNP, der er godt dobbelt så stor som for ældreomsorgen.

Tabel 14.3: Mervækst i offentlige udgifter i forhold til BNP-udvikling og bidrag fra velfærdsservice hertil i perioden 2003-2040

Mervækst i offentlige udgifter ift. BNP-udvikling	87	mia. kr.
Heraf individuel velfærdsservice	48	mia. kr.
Heraf:		
Daginstitutioner	0	mia. kr.
Uddannelse	5	mia. kr.
Sundhedsvæsen	32	mia. kr.
Plejhjem og hjemmehjælp	11	mia. kr.

Kilde: Egne beregninger på DREAM-modellen.

14.3 Udfordringernes følsomhed over for ændrede forudsætninger

Fremskrivningens grundforløb hviler på en række forudsætninger. I dette afsnit belyses fremskrivningens følsomhed over for ændringer i disse forudsætninger.

Fremskrivningen baserer sig på, at aldersprofilen for den offentlige velfærdsservice i fremtiden er som i dag, idet der dog reguleres med udviklingen i pris- og lønniveau. Den forventede fremtidige stigning i middellevetiden afspejler dog i et vist omfang bedre helbredstilstand, og derfor kan det ikke afvises, at de aldersrelaterede udgifter til sundhedsvæsen og ældreomsorg udskydes til senere alderstrin end i dag. Omvendt viser en række undersøgelser, at man i denne forbindelse også bør tage højde for, at sundhedsudgifterne stiger kraftigt frem mod dødstidspunktet, hvilket har en modsatrettet effekt. Det betyder, at man ikke kan regne med en udskydelse af de aldersbetingede udgifter, der fuldt ud står mål med stigningen i middellevetid, og derfor forudsætter beregningen halvt gennemslag af middellevetid. Endelig bør det bemærkes, at der overordnet er en positiv korrelation på tværs af lande mellem middellevetid og sundhedsudgifter. Det indebærer, at en sammenligning mellem lande ikke umiddelbart giver belæg for at tro, at forbedret helbredstilstand målt ved stigende levetid skulle kunne nedbringe sundhedsudgifterne. Disse forhold diskuteres mere indgående i Velfærdskommissionen (2005b).

Bedre helbredstilstand kan potentielt begrænse stigningen i de offentlige serviceudgifter, men vurderes maksimalt at kunne reducere udfordringen for velfærdsservice med 6 mia. kr., nemlig fra 48 til 42 mia. kr., jf. tabel 14.4. Dermed er der altså ikke tale om, at en mulig forbedring af helbredstilstanden i sig selv kan fjerne udfordringen for finansieringen. Det hænger sammen med, at den bedre helbredstilstand blot kan føre til en udskydelse af udgifterne, men det grundlæggende problem med flere ældre og færre erhvervsaktive ændres ikke. Det trækker til gengæld i den modsatte retning, at antallet af personer med kroniske lidelser synes at stige. Det drejer sig for eksempel om patienter med kræft, diabetes, KOL (rygerlunger), allergi etc. Det er sygdomme, der kræver livslang behandling, og derfor er omkostningsfyldte, om end patienternes behov for behandling og forebyggelse varierer.

Antagelsen vedrørende det velstandsdrivne efterspørgselspres har stor betydning for resultatet af fremskrivningen. Som nævnt er fremskrivningen baseret på, at efterspørgslen efter velfærdsydelser følger med udviklingen i indkomsten. Det vil sige, at en stigning i indkomsten på 1 pct. antages at give anledning til en stigning i efterspørgslen på ligeledes 1 pct.

Tabel 14.4: Bidrag til mervækst i offentlige udgifter fra velfærdsservice ved ændrede antagelser

Grundforløb	48	mia. kr.
Helbred:		
Bedre helbredstilstand	42	mia. kr.
Efterspørgsel:		
Mindre efterspørgselspres for velfærdsservice	33	mia. kr.
Større efterspørgselspres for velfærdsservice	63	mia. kr.
Mindre efterspørgselspres i sundhedsvæsen	43	mia. kr.
Større efterspørgselspres i sundhedsvæsen	54	mia. kr.
Teknologi:		
Lavere teknologibidrag, sundhed, historisk DK	29	mia. kr.
Højere teknologibidrag, sundhed, OECD gnst.	75	mia. kr.
Lavere teknologibidrag, hospitaler, historisk DK	34	mia. kr.
Højere teknologibidrag, hospitaler, OECD gnst.	72	mia. kr.

Anm.: Beregningen vedrørende helbred er foretaget ved at udskyde velfærdsserviceudgifterne til personer over 65 år med 50 pct. af stigningen i middellevetid. Mindre efterspørgselspres afspejler en ændring i efterspørgselselasticiteten fra 1 til 0,95, og større efterspørgselspres er en ændring til 1,05. Lavere teknologibidrag angiver en ændring af residualen fra 0 til -0,7 pct.point pr. år, svarende til det historiske gennemsnit for Danmark i perioden 1971-2003, og højere teknologibidrag er en ændring til 1 pct.point pr. år, svarende til OECD-landenes gennemsnit i perioden 1981-2002, jf. OECD (2005).

Kilde: Egne beregninger på DREAM-modellen.

En hastigere udvikling i efterspørgsel end i indkomst vil forøge finansieringsklemmen. Dette er det såkaldte velstandsdilemma. Hvis det eksempelvis antages, at efterspørgslen efter velfærdsservice stiger med 1,05 pct. når indkomsten stiger med 1 pct., stiger mervæksten i udgifterne til velfærdsservice i forhold til BNP-udviklingen fra 48 til 63 mia. kr. Selv en ganske beskeden ændring i den forudsatte antagelse afstedkommer altså en stigning i den samlede udfordring på omkring 30 pct. Dermed kan velstandsdilemmaet vise sig at bidrage betydeligt til finansieringsklemmen for fremtidens velfærdssamfund. Omvendt kan en tilsvarende reduktion i efterspørgselspresset reducere udfordringen til 33 mia. kr., hvilket dog ikke anses for særligt sandsynligt.

Hvis efterspørgselspresset kun ændrer sig i forhold til sundhedsvæsenet og ikke de øvrige velfærdsserviceområder bliver virkningen mindre. Hvis efterspørgslen ændrer sig med 1,05 pct. når indkomsten ændrer sig med 1 pct. øges udfordringen således fra 48 til 54 mia. kr., hvilket svarer til godt 10 pct. Omvendt kan et tilsvarende mindre efterspørgselspres i sundhedsvæsenet reducere udfordringen til 43 mia. kr.

Endelig skal det fremhæves, at fremskrivningen også er forholdsvis følsom over for antagelsen vedrørende den teknologiske udvikling i sundhedsvæsenet. Fremskrivningen bygger på, at teknologien fremover hverken bidrager til besparelser eller yderligere udgifter, men et bidrag til udgifterne på nul.

Hvis man antager, at det fremover vil være muligt at fastholde et bidrag fra teknologi på det historiske niveau, svarende til et årligt vækstbidrag på mi-

nus 0,7, reduceres finansieringsklemmen for velfærdsservice fra 48 til 29 mia. kr.

Det er imidlertid tvivlsomt, om Danmark i fremtiden vil være i stand til at fastholde den lave udgiftsvækst på sundhedsområdet, som har bragt os fra en placering blandt landene med de højeste sundhedsudgifter til en plads omkring gennemsnittet i OECD i de sidste 25 år. Udviklingen af nye behandlingsmuligheder vil øge kravene til sundhedsvæsenets tilbud. Og blandt andet i lyset af informationsudveksling over landegrænser om andre landes behandlingsformer, kan det være svært at forestille sig, at linien med lav udgiftsvækst i Danmark kan videreføres på længere sigt.

Sundhedsvæsenet kan blive betydeligt dyrere end fremskrivningen antyder, hvis ikke udgifterne fortsat styres stramt. Hvis Danmark fremover antages at følge med gennemsnittet i OECD med hensyn til implementering af ny teknologi i sundhedsvæsenet, kommer finansieringsudfordringen for velfærdsservice således til at stige fra 48 til 75 mia. kr.

Udsvingene er lidt mindre, hvis de ændrede forudsætninger om betydningen af ny teknologi alene vedrører hospitalsvæsenet. Et teknologisk bidrag på det historiske niveau i hospitalsvæsenet kan nedbringe udfordringen fra 48 til 34 mia. kr. Omvendt kan en teknologisk betinget vækst svarende til det historiske gennemsnit for OECD-landene øge udfordringen til 72 mia. kr.

Man bør være varsom med uden videre at lægge tallene i de forskellige følsomhedsberegninger sammen. Det skyldes, at den anvendte residualmetode indebærer, at hvis efterspørgselspresset antages at være højere, vil det isoleret set mindske det målte teknologiske udgiftspres og vice versa.

Vi står altså over for en række udfordringer i relation til at finansiere den offentlige velfærdsservice i de kommende år. Udfordringernes samlede størrelsesorden kan opgøres til et finansieringsbehov på omkring 48 mia. kr. Dette beløb er naturligvis usikkert. Under heldige omstændigheder er udfordringen måske det halve, men der er også en risiko for, at der i stedet kræves finansiering af et meget større beløb på 70-80 mia. kr. Dette kan blive tilfældet, hvis efterspørgselspresset bliver større end antaget eller hvis sundhedsvæsenet skal følge med de øvrige OECD-landes teknologiske udvikling.

Samlet set forventes det at være mere sandsynligt, at udgifterne bliver højere end de nævnte 48 mia. kr. frem for lavere. Det hænger sammen med to forhold. For det første hører den forudsatte efterspørgselselasticitet til i den lave ende af de empiriske estimater, og derfor er et større efterspørgselspres mere sandsynligt end et mindre. For det andet forekommer det usandsynligt, at den historisk lave udnyttelse af ny teknologi vil fortsætte,

og således er sandsynligheden for et større teknologipres på udgifterne formentlig større end det modsatte.

14.4 Forslag til løsninger

Dette afsnit indeholder en sammenfatning af Velfærdskommissionens forslag til, hvordan der kan skaffes finansiering nok til at imødegå de kommende års udfordringer for den offentlige velfærdsservice. Forslagene beskrives mere detaljeret i de følgende kapitler.

Som nævnt ovenfor forventes frem mod 2040 en mervækst i udgifterne til velfærdsservice på 48 mia. kr. ud over BNP-udviklingen. Den største udfordring forventes at vedrøre sundhedsvæsenet og ældreomsorgen, der henholdsvis bidrager med 32 og 11 mia. kr. Derfor er det naturligt at koncentrere forslagene om disse to udgiftsområder.

Velfærdskommissionen fastholder, at langt den største del af finansieringen også i fremtidens velfærdssamfund skal dækkes med kollektive midler. Det er naturligt at anvende en udstrakt grad af kollektiv finansiering til velfærdssamfundets kerneopgaver. Og hertil hører den offentlige velfærdsservice. Der skal være lige adgang til daginstitutioner, uddannelse, sundhedsvæsen og ældreomsorg, og derfor må alle bidrage til finansieringen.

Velfærdskommissionen anbefaler, at vi først og fremmest sikrer den fremtidige velfærd ved at bringe flere i beskæftigelse, jf. kapitel 3.

Men derudover kan en mindre del af finansieringen godt komme fra andre kilder. Alle finansieringsformer har sine fordele og ulemper, og derfor er det som regel hensigtsmæssigt at vælge en blanding af forskellige virkemidler. Generelle skatter er udgangspunktet for finansieringen af velfærdssamfundet, men rummer også ulemper, for eksempel ved at mindske tilskyndelsen til at arbejde og ved ikke at give borgeren tilskyndelse til at udvise ansvarlighed i forhold til brugen af de offentlige serviceydelser.

Velfærdskommissionen anbefaler at indføre brugerbetaling i beskedent omfang på flere områder. Det kan øge ansvarligheden, så vi alle tænker mere over, hvor meget vi bruger de offentlige tilbud. Og så kan det give et lille bidrag til finansiering af udfordringerne, vi står overfor.

Vi er allerede vant til brugerbetaling for en række ydelser. Eksempler er daginstitutioner, medicin og plejehjem. Og nu foreslår Velfærdskommissionen, at der indføres brugerbetaling for flere ydelser på de to områder, hvor de fremtidige udfordringer er størst, nemlig sundhedsvæsen og ældreomsorg. Formålet er for det første at sikre en beskeden finansiering. De konkrete forslag vurderes at kunne give i alt ca. 4-5 mia. kr., hvilket svarer til omkring 10 pct. af det samlede finansieringsbehov. Det andet formål er at gøre brugerne af sundhedsvæsenet og ældreomsorgen mere

bevidste om omkostningerne ved disse ydelser, hvilket måske kan dæmpe efterspørgselspresset i de kommende år.

Det er afgørende, at brugerbetalingen kommer til at bestå af små og overskuelige beløb, og at der bliver loft over den årlige betaling. Der foreslås brugerbetaling på to områder.

For det første vurderer Kommissionen, at der godt kan indføres betaling for en række sundhedsydelser, der er gratis i dag. Eksempelvis kan de fleste mennesker betale 75 kr. for at gå til lægen, og tilsvarende beløb for besøg hos special- og vagtlæge og skadestue samt for ambulans behandling og indlæggelse på sygehus. Den årlige betaling bør ikke kunne overstige 1 pct. af indkomsten.

For det andet foreslås det, at der indføres brugerbetaling på hjemmehjælp til praktiske opgaver, dvs. ikke på personlig pleje. Alle kommer ifølge forslaget til at betale for den første times praktisk hjemmehjælp pr. måned. Derudover skal folk, der har indkomst ud over folkepensionen, betale for flere end den første times praktisk hjemmehjælp, men ingen skal betale for mere end 5 timer om måneden, og betalingen bør desuden være lavere for personer med lav indkomst, jf. senere.

I begge tilfælde bør det være muligt for udsatte grupper at få dækket udgifterne til brugerbetaling ligesom det er muligt helt eller delvist at få finansieret egne udgifter til ydelser, der er tilskudsberettigede efter sygesikringsloven.

Baggrunden for forslagene om brugerbetaling er et ønske om dels at skabe finansiering til de kommende års udfordringer, dels at dæmpe væksten i efterspørgslen. Sundhedsområdet og ældreområdet er de to områder, hvor der fremover forventes et betydeligt udgiftspres som følge af demografiske ændringer og velstandsstigning.

For Velfærdskommissionen er det helt afgørende, at det offentlige sundhedsvæsen tilbyder den samme behandling til alle patienter, der har behov. Derfor foretrækker Kommissionen en generel brugerbetalingsmodel frem for en tilkøbsmodel, hvor patienterne kan købe sig til bedre behandling, kortere ventetid eller lignende. En sådan model ville i lyset af patienternes stigende betalingsvillighed og -evne efter Velfærdskommissionens opfattelse kunne føre til en undergravning af opbakningen til velfærdssamfundet.

Endelig er det vigtigt at finde en enkel model for administrationen af brugerbetalingen. Her opfordrer Velfærdskommissionen til at undersøge, om ikke det enkleste ville være at lade administrationen følge den registrering, der i forvejen finder sted via CPR-nummer og sygesikringskort. Faste takster medfører, at brugeren kender udgiften ved ydelsen, men selve op-

krævningen kunne ske ved at udsende en årlig opkrævning i forbindelse med selvangivelse/årsopgørelse. Stort set alle udbydere af sundhedsydelser afregner i forvejen elektronisk med Sygesikringen eller kommer til det i løbet af få år. En samlet opkrævning ville bidrage til at gøre omkostningerne ved sundhedsforbruget mere synlige for borgerne.

Velfærdskommissionen har undersøgt de fordelingsmæssige virkninger af forslaget om brugerbetaling på sundhedsydelser. Det viser sig, at det indtægtsafhængige loft over betalingen sikrer, at de højeste indkomster kommer til at betale mere i brugerbetaling end de laveste indkomster. Der vil dog være tendens til at udgiften til brugerbetaling kommer til at udgøre en større andel af budgettet for lavindkomstgrupperne, men beløbene er så små, at forslaget samlet set indebærer større fordele end ulemper.

En anden måde at dæmpe den fremtidige efterspørgsel efter sundhedsydelser er at forøge indsatsen for forebyggelse. Vi har i de senere år fået et fald i antallet af daglige rygere, hvilket er med til at reducere sundhedsvæsenets udgifter og forlænge middellevetiden. I de kommende år bliver der fokus på at dæmpe udviklingen i fedme, som allerede er et stort problem i andre lande, og kan blive det i Danmark, hvis ikke vore kost- og motionsvaner forbedres. Dertil kommer, at der er tendens til, at flere bliver kronisk syge. Det bliver en af fremtidens store udfordringer for sundhedsvæsenet og kommunerne at forebygge udbredelsen af disse sygdomme, samt at sikre en rimelig livskvalitet for de patienter, der alligevel rammes. I den forbindelse rejser sig også en økonomisk udfordring for sundhedsvæsenet og kommunerne.

Velfærdskommissionen anser det private forsikringsmarked som en mulig finansieringskilde for visse sundhedsydelser, om end det bliver som et beskedent supplement til den offentlige dækning. Den stigende udbredelse af sundhedsforsikringer har vist, at det er muligt at skabe privat finansiering af visse sundhedsydelser. Potentialet for private løsninger omfatter en begrænset del af de offentlige sygehuses aktiviteter. Private klinikker og sygehuse beskæftiger sig som hovedregel med behandlinger, der kan planlægges. Den største del af sygehusevæsenet, blandt andet de akutte behandlinger, må derimod fortsat forventes at skulle udbydes af det offentlige sundhedsvæsen. Velfærdskommissionen vurderer, at udbygningen af private forsikringer og behandlingstilbud vil fortsætte. Fordelene er, at dette vil kunne tage en mindre del af efterspørgselspresset fra de offentlige sundhedsydelser, og samtidig indebærer det en mulighed for at imødekomme det ønske om øget valgfrihed, som mange borgere ønsker sig i takt med velstandsudviklingen. Det er dog en vigtig forudsætning, at denne udvikling sker på privat basis, og at alle – forsikrede såvel som ikke-forsikrede – har lige adgang til et velfungerende offentligt sundhedsvæsen, der tilbyder et fuldt behandlingsprogram.

I forbindelse med forsikring opfordrer Velfærdskommissionen til, at man ser nærmere på samspillet mellem private forsikringer og pensionsordnin-

ger og offentlige ydelser, for eksempel private arbejdsskadeforsikringer i forhold til førtidspension og fleksjobordningen. Da den offentlige ydelse ikke afhænger af omfanget af privat forsikringsdækning, kompenseres arbejdsskaderamte fra flere sider for samme hændelse. Konsekvensen er, at modtagere af erstatninger for tabt erhvervsevne i nogle tilfælde opnår kompensationsgrader på over 100 procent. En bedre koordination mellem offentlige og private forsikringsudbetalinger kan bidrage til at løse en del af den offentlige finansieringsklemme. I forhold til pensionsopsparing er der behov for en lignende koordination, da der i dag er mulighed for at få udbetalt private pensionsordninger i løbet af en kort årrække for derefter at trække på offentlige ydelser. Derfor foreslås det, at der fastsættes regler om, at en vis minimumsandel af den private pensionsopsparing skal udbetales som livsvarige løbende ydelser.

Finansieringsudfordringen stiller krav om, at den offentlige sektor til staidighed udvikles og effektiviseres. I produktionen af offentlige ydelser kan der med fordel hentes inspiration fra den private sektor. Øget brug af udlicitering, frit valg, privatisering og konkurrenceudsættelse kan være med til at skærpe den offentlige indsats, hvilket både bidrager til finansieringen af velfærdsservice og til at sikre en tidssvarende og velfungerende offentlig sektor.

Velfærdskommissionen stiller desuden en række konkrete forslag, der har til formål at sikre kvalitet og effektivitet i den offentlige service. For det første bør de enkelte delsektorer for velfærdsservice regelmæssigt have et struktureftersyn, der skal sikre fornyelse og vedligeholdelse af lovregulering, styring, overenskomster, institutionsstruktur etc. For det andet skal de statslige, regionale og kommunale myndigheder udvikle kvantitative mål (nøgletal), der synliggør aktiviteter, resultater og forbrug af ressourcer hos alle leverandører af offentligt finansieret velfærdsservice. Disse mål skal danne udgangspunkt for den enkelte leverandørs årsrapport, der viser leverandørens målopfyldelse. For det tredje skal der stilles klare resultatkrav til lederne hos alle offentlige institutioner, der leverer velfærdsservice. Resultatkravene skal understøttes af ledernes aflønnings- og ansættelsesforhold. For det fjerde bør det kommunale tilskuds- og udligningssystem i højere grad fremme effektiviteten i kommunernes opgaveløsning. Det kan blandt andet ske ved, at det årlige statstilskud til kommunerne gradvist sættes ned, så kommunerne har en tilskyndelse til løbende at effektivisere opgaveløsningen og gennemføre udbud og udlicitering.

Endelig understreger finansieringsklemmen behovet for at sikre en fornuftig prioritering af de offentlige midler. Dette gælder måske især på sundhedsområdet, hvor der løbende tages vidtrækkende beslutninger vedrørende ibrugtagning af ny teknologi. Beslutninger af denne art kræver et stærkt fagligt miljø, der tilvejebringer grundige beslutningsgrundlag, og et politisk miljø, der er i stand til at balancere mellem kortsigtede hensyn til vælgernes interesser og langsigtede hensyn til en fornuftig disposition af sundhedsvæsenets ressourcer.

14.5 Finansiering af sundhedsvæsenet

De overordnede økonomiske rammer for sundhedsvæsenet fastlægges i de årlige økonomiaftaler mellem regering og amter/regioner. Her fastlægges bloktilskud og loftet for amternes gennemsnitlige skattestigninger.

Økonomiaftalerne har de senere år også indeholdt politiske aftaler om op-prioritering af særlige områder, f. eks. ventetidsgarantier, hjerte- og kræft-planer og senest den aktivitetsbestemte sygehuspulje på 1,5 mia. kr. i 2002.

I forbindelse med strukturreformen erstattes amtsskatten af et sundhedsbidrag, der opkræves af staten. Regionerne finansieres herefter primært af staten i form af dels et bloktilskud, der fastsættes efter demografiske og sociale kriterier, dels et aktivitetsbestemt tilskud, der blandt andet beregnes i forhold til antal behandlinger på sygehusene. Hertil kommer en mindre finansiering fra kommunerne, der skal yde medfinansiering af sundhedsvæsenets omkostninger til kommunens borgere.

Med indførelsen af det nye sundhedsbidrag tages et skridt i retning af at lade sundhedsvæsenet finansiere af en separat skat, der i princippet kunne indrettes således, at skatteprocenten automatisk skulle stige i takt med stigninger i udgifterne. Dermed kunne det sikres, at sundhedsvæsenets økonomi til enhver tid ville hvile i sig selv. Sådanne hvilen-i-sig-selv mekanismer har man indført i andre lande til at sikre finansieringen af pensions-systemer, for eksempel i Sverige med pensionsreformen fra 1990'erne, jf. Velfærdskommissionen (2005a).

Fordelen ved at erstatte det kommende sundhedsbidrag med en egentlig sundhedsskat, der fuldt ud finansierer sundhedsvæsenet, ville først og fremmest være, at sundhedsvæsenets økonomi dermed ville blive gjort robust over for demografiske ændringer. Hvis der i en periode – som vi forventer i de kommende år – eksempelvis bliver flere ældre og færre erhvervsaktive, ville skatten automatisk skulle stige for at sikre finansieringen. Og det omvendte ville være tilfældet i en situation med demografisk medvind. Derudover ville en egentlig sundhedsskat kunne synliggøre sundhedsvæsenets omkostninger, hvilket kan have den virkning, at brugernes ansvarlighed i forhold til at trække på ressourcerne øges.

Der er imidlertid også væsentlige ulemper ved at omdanne sundhedsbidraget til en sundhedsskat. For det første ville det undtage sundhedsvæsenet for tværgående prioriteringer i forhold til andre udgiftsområder, for eksempel uddannelse, ældreomsorg eller overførselsindkomster. Og en sådan løbende prioritering er en forudsætning for, at udviklingen i udgiftsområderne er balanceret i forhold til befolkningens ønsker. For det andet er det sandsynligt, at opbakningen til den generelle finansiering mindskes, fordi de tilbageværende udgiftsområder opfattes som mindre populære end sundhedsvæsenet.

I lyset af disse argumenter kan Velfærdskommissionen ikke anbefale, at man lader sundhedsvæsenet finansiere af en sundhedsskat uafhængigt af den øvrige finanspolitik.

Et andet aspekt ved det nye sundhedsbidrag er, at det er staten, der står for opkrævningen, mens regionerne har ansvar for at fastlægge udgifterne til sundhedsvæsenet. Dette bryder med et grundlæggende princip om, at ansvaret for finansiering og udgiftsniveau bør være samlet på samme sted. Ellers bliver det uklart for vælgerne, hvortil man skal rette en eventuel utilfredshed med sundhedsvæsenets standard. Hvis standarden eksempelvis anses for at være for lav, kan det jo enten skyldes, at finansieringen er for beskedent, eller at ressourcerne ikke anvendes optimalt. Og dermed bliver det vanskeligere for vælgerne at gøre de rette politikere ansvarlige.

Velfærdskommissionen opfordrer derfor til, at udskrivningen af sundhedsbidraget flyttes til regionerne, så ansvaret for finansiering og udgifter bliver samlet. Velfærdskommissionen foreslår:

Forslag 14.1 Udskrivningen af det nye sundhedsbidrag flyttes til regionerne, så ansvaret for finansiering og udgifter bliver samlet.

14.6 Det danske sundhedsvæsen

Sundhedsvæsenet i Danmark er overvejende ejet og finansieret af det offentlige. Den overordnede målsætning for sundhedsvæsenet er at fremme sundheden og at forebygge og behandle sygdom og lidelser.

Sundhedsloven slår fast, at adgangen til sundhedsvæsenet skal være let og lige, dvs. at der ikke gøres forskel på patienter. Derudover stræbes der efter at tilbyde behandling med høj kvalitet og sammenhæng mellem ydelserne fra eksempelvis praktiserende læger, speciallæger og sygehuse. Patienten har valgfrihed mellem forskellige læger og sygehuse, og skal have let adgang til information. Endelig konstaterer loven, at det er vigtigt for patienten, at ventetiden for behandling ikke er for lang.

De to vigtigste udgiftsposter i det offentlige sundhedsvæsen er driften af sygehuse og sygesikringen. Sygehusene udgør således 73 pct. af udgifterne og sygesikringen 20 pct., jf. tabel 14.5.

Udgifterne til den offentlige sygesikring er i de seneste år vokset omtrent i samme hast som udgifterne til sygehusene. Således udgør den årlige realvækst i sygesikringsudgifterne og sygehusudgifterne begge omkring 5 pct. i perioden fra 1993 til 2003, jf. figur 14.16.

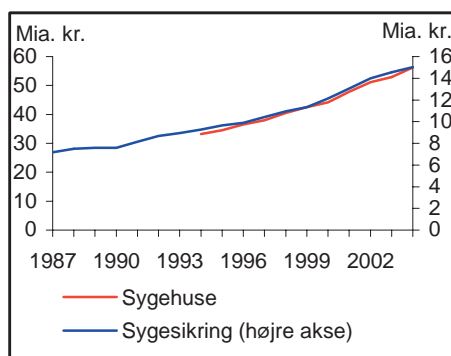
Forbruget af sygehusydelse i et givet år er koncentreret på et lille udsnit af befolkningen. Således bruger 70 pct. af befolkningen næsten ingen offentlige sygehusydelse, jf. figur 14.17.

Tabel 14.5: Fordeling af offentlige sundhedsudgifter, 2003

	Mia. kr.	Procent
Sygehuse	58,4	73
Sygesikring	15,8	20
Andet	5,5	7
I alt	79,7	100

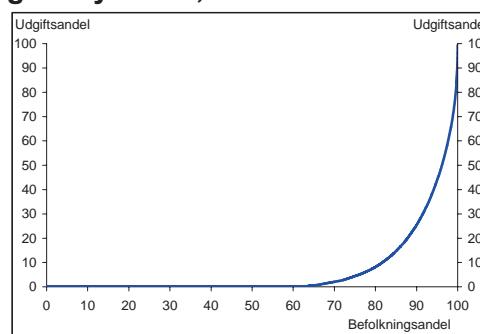
Anm.: Tallene i denne tabel er opgjort i overensstemmelse med nationalregnskabet.
Kilde: Sundhedssektoren i tal, september 2005, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danmarks Statistik.

Figur 14.16: Udgifter til offentlige sygehuse og sygesikring, 2004-priser



Anm.: Regnskabsoplysninger.
Kilde: Sundhedssektoren i tal, september 2005, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Figur 14.17: Befolkningens fordeling efter forbrug af offentlige sygehuse, 2003



Kilde: Sundhedssektoren i tal, april 2005, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

De offentlige kasser finansierer den største del af sundhedsvæsenet. Den offentlige andel af udgifterne udgør således 82 pct., mens den private finansiering udgør 18 pct., jf. tabel 14.6. Disse andele har ligget på dette niveau i en længere årrække. Den private finansiering skyldes først og fremmest brugerbetalingen på medicin, briller, høreapparater, besøg hos læge (sygesikringens gruppe 2) og tandlæge, der tilsammen tegner sig for 16 pct. af de samlede sundhedsudgifter. Endelig udgør udgifterne til de private sygehuse og sanatorier blot 2 pct. af udgifterne.

Tabel 14.6: Fordeling af sundhedsudgifter, 2003

	Mia. kr.	Procent
Offentlig	79,7	82
Privat	18	18
Heraf:		
Medicin	6,3	6
Briller, høreapp. mv.	2,8	3
Læge, tandlæge	6,9	7
Sygehuse, sanatorier	2	2
I alt	97,6	100

Anm.: Tallene i denne tabel er opgjort i overensstemmelse med nationalregnskabet.
Kilde: Sundhedssektoren i tal, september 2005, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
Privathospitaler

I 2002 var der 36 private sygehuse og klinikker i Danmark, jf. tabel 14.7. De råder over godt 300 sengepladser, hvilket udgør 1½ pct. af den samle-

de kapacitet. Belægningen er lavere på private end på offentlige sygehuse. Derfor tegner privathospitalerne sig for en lavere andel af udskrivinger og ambulante behandlinger end antallet af sengepladser giver mulighed for. Det bør dog bemærkes, at disse tal ikke inkluderer eventuel aktivitet, der ikke er omfattet af sygesikringen, samt at antallet af senge kan være et upræcist mål for den faktiske kapacitet.

Tabel 14.7: Aktivitet og kapacitet på offentlige og private sygehuse, 2002

	Offentlige	Private	Privat andel --- Pct. ---
Antal sygehuse/klinikker	58	36	38,3
Antal sengepladser	20278	312	1,5
Antal udskrivinger	1147224	5829	0,5
Antal ambulante besøg	5345535	63362	1,2
Gnst. belægningspct.	90	51	

Anm.: Tabellen viser somatiske offentlige sygehuse og almindelige private sygehuse og klinikker ekskl. gigt- og sclerosehospitaller. Der er kun medregnet klinikker med 40 eller flere kontakter i 2002. 38 af de 312 private sengepladser er 5-døgnspladser.

Kilde: Sygehusstatistik 2002, Sundhedsstyrelsen, 2005.

En sammenligning mellem privathospitalernes aktivitet og de ikke-akutte udskrivinger på offentlige sygehuse viser, at privathospitalerne står for omkring 1,9 pct. af de udførte planlagte behandlinger.

Med den nævnte belægningsprocent og antallet af senge udgør privathospitalernes samlede kapacitet godt 56.000 sengedage pr. år.

Privathospitalernes aktiviteter ligger fortrinsvis inden for fire hoveddiagnosegrupper: Ernærings- og stofskiftesygdomme, sygdomme i nervesystem og sanseorganer, kredsløbssygdomme samt sygdomme i knogler og bevægesystem, jf. tabel 14.8. Omvendt bruger privathospitalerne markant mindre ressourcer end de offentlige sygehuse på følgende sygdomme: Infektioner, svulster, blodsygdomme, psykiske lidelser, sygdomme i åndedrætsorganer, barsels- og fødselsrelaterede sygdomme, traumer og forgiftninger.

Privathospitalerne tilbyder næsten udelukkende deres ydelser på områder, hvor der er venteliste til behandling på offentlige sygehuse. Det vil sige, at der er tale om planlagte (elektive) behandlinger, da der ikke er ventetid på behandling af akutte og livstruende lidelser. De planlagte behandlinger udgør knap 1/4 af alle sengedagene på offentlige sygehuse (Sygehusstatistik 2002, Sundhedsstyrelsen, 2005).

Tabel 14.8: Sygdomsmønstret ved offentlige og private sygehuse, 2002

	Udskrivning		Sengedage		Amb. besøg	
	Off.	Priv.	Off.	Priv.	Off.	Priv.
	----- Pct. -----					
Infektions- og parasitære sygdomme	2,5	0,1	2,5	0,1	1,2	0,1
Svulster	9,3	1,1	11,7	0,3	11,0	0,7
Ernærings- og stofskiftesygdomme	2,2	5,3	2,8	1,6	5,9	31,1
Blodsygdomme	1,3	0,0	1,1	0,0	0,8	0,1
Psykiske lidelser	1,3	0,3	1,2	0,5	1,7	0,1
Sygdomme i nervesystem og sanser-organer	3,6	24,4	3,2	44,8	9,3	22,9
Kredsløbssygdomme	12,6	16,4	15,1	6,8	7,5	3,2
Sygdomme i åndedrætsorganer	7,8	1,0	8,0	0,2	3,0	0,5
Fordøjelsessygdomme	7,8	3,7	7,5	1,2	4,8	1,1
Sygdomme i urin- og kønsorganer	5,1	5,4	4,0	1,3	8,8	2,3
Svanger- og barselssygdomme	7,8	0,1	5,1	0,1	1,6	0,2
Hudsygdomme	1,4	1,4	1,6	0,6	2,6	3,8
Sygdomme i knogler og bevægelsesystem	5,1	28,2	6,1	27,2	9,4	18,8
Medfødte misdannelser	0,9	0,5	0,7	0,2	1,1	0,3
Årsager til sygdomme i perinatalperiode	0,9	0,0	2,0	0,0	0,1	0,0
Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande	12,3	3,5	7,2	3,7	14,8	9,4
Traumer, forgiftninger og voldelig legemsbeskadigelse	9,0	2,7	9,4	0,5	6,1	2,2
Undersøgelser og forebyggende foranstaltninger	9,1	6,1	10,8	11,0	10,3	3,3

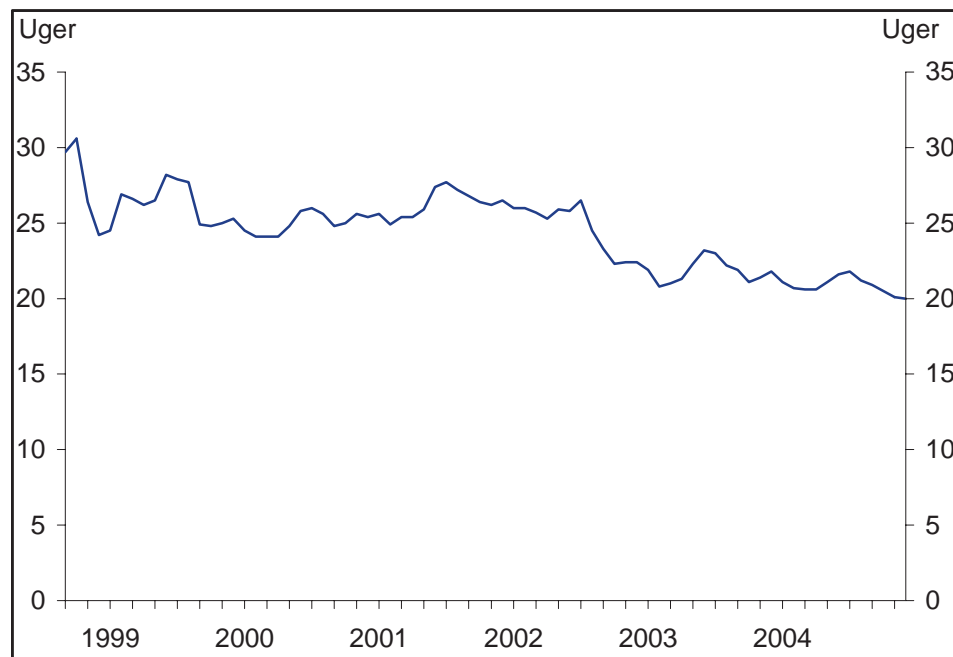
Kilde: Sygehusstatistik 2002, Sundhedsstyrelsen, 2005.

Ventetider

En venteliste består af de personer, der afventer en bestemt elektiv behandling på et sygehus. Og ventetiden er den tid, der forløber fra patienten får en henvisning fra sin læge til behandlingen påbegyndes på sygehuset.

Et meget overordnet mål for ventetiderne på de offentlige sygehuse er den gennemsnitlige ventetid på tværs af 18 udvalgte, elektive behandlinger og på tværs af landets offentlige sygehuse. Denne samlede ventetid har udvist en aftagende tendens siden slutningen af 1990'erne, jf. figur 14.18. Således var den gennemsnitlige ventetid for disse behandlinger på landets offentlige sygehuse omkring 25 uger i løbet af 1999, mens den mod slutningen af 2004 var faldet til ca. 20 uger. Det vil sige, at den gennemsnitlige ventetid samlet set er faldet med ca. 5 uger i de sidste 5 år. Ventetiden indberettes af sygehusene, og den udtrykker den maksimale forventede ventetid for en patient med et ukompliceret tilfælde af den pågældende lidelse.

Figur 14.18: Gennemsnitlig ventetid for 18 udvalgte, elektive behandlinger, sept. 1998 – dec. 2004



Kilde: Sundhedsdata.sst.dk, Sundhedsstyrelsen.

Den gennemsnitlige ventetid varierer betydeligt for de 18 behandlinger. Således ligger gennemsnittet for eksempelvis diskusprolaps og fjernelse af livmoder på omkring 12 uger, mens man gennemsnitligt må vente 40 uger på at få høreapparat, jf. tabel 14.9.

Faldet i den gennemsnitlige ventetid på 5 uger over de sidste 5 år fordeler sig meget forskelligt på de 18 behandlinger. For enkelte behandlinger er der således sket en lille stigning. Det gælder for nyrestensoperationer, sterilisation af mænd samt behandling af prostata og åreknuder, jf. tabel 14.9. Omvendt er de gennemsnitlige ventetider reduceret betydeligt for operationer af grå stær og menisken, og det går ligeledes væsentligt hurtigere at få høreapparat i dag end for 5 år siden.

For alle de 18 behandlinger er det muligt at blive behandlet væsentligt hurtigere end de gennemsnitlige ventetider giver indtryk af, hvis man er villig til at opsøge det sygehus, hvor ventetiden er kortest. Patienten har ret til dette i kraft af det frie sygehusvalg på tværs af amter. Forundersøgelse kan i 16 af de 18 tilfælde klares inden for 3 uger og i mange tilfælde endda hurtigere end 1 uge, jf. tabel 14.10. Selve behandlingen kan i 16 af tilfældene foregå inden for 4 uger. Sygehuse kan afvise udenamtslige patienter, hvis der ikke er tilstrækkelig kapacitet eller hvis væsentlige hensyn til amtets egne borgere gør det nødvendigt, men de i tabellen viste sygehuse modtager i alle tilfælde udenamtslige patienter til de pågældende behandlinger på opgørelsestidspunktet. Udenamtslig behandling kan tillige afvises af bopælsamtet, hvis de fastsatte årlige økonomiske rammer for frit valg overskrides. De to behandlinger med længst ventetid er ikke omfattet af behandlingsgarantien på 2 måneder, jf. senere.

Tabel 14.9: Gennemsnitlig ventetid på 18 udvalgte, elektive behandlinger, antal uger

	Ventetid	Ændring
	dec. 2004	2000-2004
Brok	16	-10
Diskusprolaps	12	0
Fjernelse af livmoder	12	-2
Fjernelse af mandler	17	-6
Galdesten	14	-10
Grå stær	13	-29
Kunstig hofte	17	-11
Kunstigt knæ	18	-9
Meniskoperation	15	-14
Nedsunken livmoder	16	-3
Nyresten - knusning	12	-6
Nyresten - operation	15	5
Prostata	24	12
Rekonstruktion af ledbånd i knæ	18	-2
Sterilisation, kvinder	24	-2
Sterilisation, mænd	31	11
Udlevering af høreapparat	40	-15
Åreknuder	37	14
Gennemsnit	20	-5

Anm.: Søjlen til højre angiver forskellen mellem den gennemsnitlige ventetid i de 12 måneder i 2004 og i 2000. Et minus angiver således et fald i den gennemsnitlige ventetid.

Kilde: Sundhedsdata.sst.dk, Sundhedsstyrelsen.

Tabel 14.10: Mindste ventetid på 18 elektive behandlinger, antal uger

	Sygehus	Forundersøgelse	Behandling
Brok	Helsingør	0	0
Diskusprolaps	Give	0	2
Fjernelse af livmoder	Grindsted	1	4
Fjernelse af mandler	Viborg	0	4
Galdesten	Svendborg	2	2
Grå stær	Frederiksberg	1	2
Kunstig hofte	Vejle	0	1
Kunstigt knæ	Vejle	0	1
Meniskoperation	Give	0	2
Nedsunken livmoder	Grindsted	1	2
Nyresten - knusning	Svendborg	2	2
Nyresten - operation	Svendborg	2	2
Prostata	Ærøskøbing	3	2
Rekonstruktion af ledbånd i knæ	Ringsted	2	7
Sterilisation, kvinder	Grindsted	1	2
Sterilisation, mænd	Thisted	12	12
Udlevering af høreapparat	Holstebro	10	4
Åreknuder	Ærøskøbing	3	3

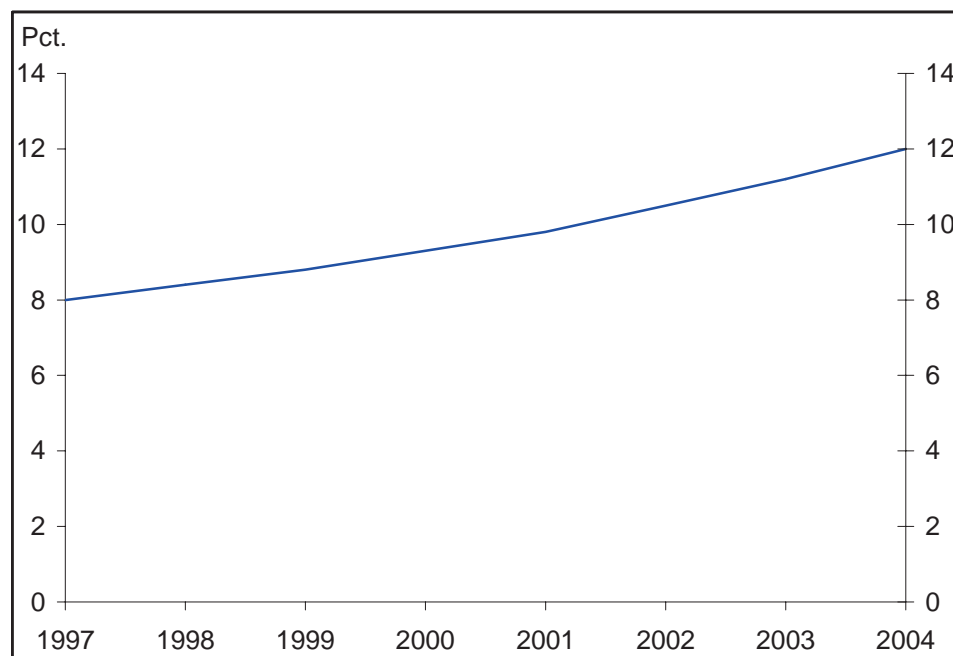
Anm.: Tabellen viser den korteste forventede ventetid på et sygehus med adgang forudenamtspatienter til den pågældende behandling. Pr. 29. september 2005.

Kilde: Patientinfo, Sundhedsstyrelsen.

Der er en stigende tendens til, at patienterne benytter muligheden for at lade sig behandle uden for eget amt. Dette kan være udtryk for, at flere søger hen til de sygehuse, hvor ventetiden er kort. Andelen af ikke-akutte udenamtspatienter er således steget fra 8 pct. i 1997 til 12 pct. i 2004, hvilket svarer til en stigning på 50 pct., jf. figur 14.19.

Hovedparten af patienterne oplever ventetiden som acceptabel. Således fandt 82 pct. af de indlagte patienter i Århus Amt i 2004 ifølge en spørgeskemaundersøgelse, at ventetiden havde været acceptabel (jf. Århus Amt 2005). Undersøgelsen medregner dog kun patienter, der er kommet ind på amtets sygehuse i perioden, dvs. der ses eksempelvis bort fra patienter, der har stået på venteliste, men undervejs har valgt at søge behandling hos et andet amt eller et privathospital. Dette forhold må formodes at stimulere den målte patienttilfredshed.

Figur 14.19: Andel af ikke-akutte udenamtspatienter



Anm.: Figuren vedrører patienter på basisniveau.

Kilde: Sundhedssektoren i tal, september 2005, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

De offentlige sygehuse er pålagt en behandlingsgaranti, der indebærer, at der højst må gå 2 måneder fra forundersøgelse til behandling. Visse behandlinger, f.eks. organtransplantation, sterilisation og fertilitetsbehandling, er dog undtaget behandlingsgarantien, og behandling for livstruende kræftsygdomme mv. har kortere frister end 2 måneder. Hvis patienten ikke bliver stillet behandling inden for denne tidsfrist i udsigt, kan patienten i stedet søge behandling på et andet sygehus eller ved en speciallæge inden for garantiperioden. Det alternative sygehus kan være et privat eller udenlandsk sygehus, som amtet har truffet aftale med, i hvilket tilfælde patientens bopælsamt er forpligtet til at betale ydelsen.

Ventelistepatienter er i de fleste tilfælde i stand til at passe deres arbejde i ventetiden. I en særlig interviewundersøgelse blandt de personer, der må vente længere end 2 måneder på behandling i 2003 i Århus Amt, viser det sig således, at 71 pct. af patienterne er sluppet for sygemelding i venteperioden (Århus Amt 2003). 16 pct. angiver, at de har måttet sygemelde sig i en del af perioden, mens de resterende 13 pct. har været sygemeldt i hele ventetiden.

De væsentligste forklaringer på, at nogle patienter vælger at stå på venteliste udover behandlingsgarantien i stedet for at søge hurtigere behandling på et andet sygehus, er, at patienten enten ønsker behandling på et lokalt sygehus eller blot accepterer ventetiden. Disse to forklaringer angives i mere end halvdelen af tilfældene i ovennævnte undersøgelse. Mindre hyppige forklaringer er, at kun det valgte sygehus kan tilbyde specialistbehandling, eller at ventetiden ikke vurderes at være kortere andre steder. Kun 5 pct. af ventelistepatienterne angiver som begrundelse, at alternative sygehuse ligger for langt borte.

Der er flere årsager til, at det er både nødvendigt og ønskeligt at have en vis ventetid på undersøgelse og behandling på et sygehus. Set fra sygehusets synspunkt er ventelisten nødvendig for at kunne tilrettelægge den højst mulige udnyttelse af kapaciteten. Ventelister gør det således muligt for de forskellige sygehusafdelinger at indkalde patienter, således at der sikres en jævn, høj belægning, og i tilfælde af, at patienter må aflyse aftaler, kan der indkaldes andre i stedet.

Omvendt kan en lang ventetid være smertefuld for patienten, og ved lang ventetid øges risikoen desuden for forværring af sygdommen.

Målsætningen må således ikke være at nedbringe ventetiden helt, men at sørge for at ventetiden ikke er uacceptabelt lang. Erfaringerne viser også, at selv en meget stor indsats for at reducere ventelister kun har en midlertidig virkning (DSI Institut for sundhedsvæsen, 2004). Det kan skyldes, at enten sundhedsvæsenet eller patienterne ændrer adfærd i lyset af kortere ventelister.

Privathospitalerne trækker i høj grad på personale, der samtidig har sin hovedbeskæftigelse ved et offentligt sygehus. Således oplyser 8,3 pct. af lægerne ved de offentlige sygehuse, at de har bibeskæftigelse ved et privathospital (Amtsrådsforeningen, 2003). Dette tal er steget svagt fra 7,9 pct. i 1998, men samtidig er andelen af læger, der udfører privatkonsultation, faldet markant. Lægerne er ifølge deres overenskomst forpligtede til at oplyse om relevant bibeskæftigelse.

Litteratur

Fuchs, V.R. (red.) (1972): *Essays in the economics of health and medical care*, National Bureau of Economic Research, New York.

Manning, W. m.fl. (1987): Health insurance and the demand for medical care: Evidence from a randomized experiment, *American Economic Review*, vol. 77, pp. 251-77.

Mushkin, S.J. og J.S. Landefeld (1979): *Biomedical research: Costs and benefits*, Ballinger Publishing Company, Cambridge, Massachusetts.

Newhouse, J.P. (1992): Medical care costs: How much welfare loss?, *Journal of Economic Perspectives*, vol. 6, nr. 3, pp. 3-21.

OECD (2005): Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?, forthcoming economics department working paper.

Phelps, C.E. (1992): *Health economics*, HarperCollins, New York.

Velfærdskommissionen (2005a), *Fremtidens velfærd – sådan gør andre lande*, analyserapport.

Velfærdskommissionen (2005b), *Befolkningsudvikling, velstandsdilemma og makroøkonomiske strategier*, Teknisk analyserapport.

