



Folketingets Finansudvalg
Christiansborg

21. december 2018

Svar på Finansudvalgets spørgsmål nr. 161 (Alm. del) af 16. november 2018 stillet efter ønske fra Lisbeth Bech Poulsen (SF)

Spørgsmål

Vil ministeren opgøre det demografiske træk for det samlede offentlige forbrug på sundhedsvæsenet ekskl. udgifter til plejehjem i hvert af årene frem til og med 2025 opgjort i mia. kr. med 1 decimal og i forhold til 2018?

Svar

Væksten i det demografiske træk er et beregningsteknisk mål, der opgør hvor meget ressourceanvendelsen til offentligt forbrug rent mekanisk vil ændre sig, hvis befolkningen ændrer sig, og det forudsættes at den reale udgift pr. bruger er fastholdt uændret.

Overordnet beregnes væksten i det demografiske træk på det offentlige forbrug således ved mekanisk at sammenholde den forventede befolkningsudvikling med senest tilgængelige oplysninger for det samlede offentlige forbrug i nationalregnskabet, dog med en korrektion for delvis sund aldring.

Beregningen af det demografiske træk skal generelt fortolkes varsomt. Det demografiske træk anvendes primært som et element i en langsigtet holdbarhedsberegning. Opgørelsen af det demografiske træk er således ikke tiltænkt til beregninger af fx det konkrete udgiftstræk i de enkelte år, navnlig ikke på særskilte udgiftsområder eller sektorer, og er heller ikke udtryk for udgifter, der skal findes konkret finansiering til.

Opgørelsen af det demografiske træk tager bl.a. ikke højde for mulige produktivtetsforbedringer i den offentlige sektor, og at der i praksis vil være forskellige ønsker til politiske prioriteringer ud fra lokale ønsker og behov. Det er et politisk valg, hvordan der prioriteres mellem tilførsel af flere ressourcer til offentlige forbrugsudgifter og fx lavere skat. Således kan de historiske udgiftsniveauer, som ligger til grund for beregningen af det demografiske træk, være udtryk for en politisk prioritering, god såvel som mindre god styring, lokale behov og ønsker mv.

Desuden tager opgørelsen ikke højde for, at omkostningen ved en ekstra bruger kan adskille sig fra de gennemsnitlige omkostninger pr. bruger. Eksempelvis vil en stigning i befolkningen ikke automatisk afstedkomme en proportional stigning i udgifterne til forsvar, politi, administration mv.

Det er vigtigt at holde sig for øje, at der allerede i dag er prioriteret et betydeligt beløb til offentligt forbrug, herunder på sundhedsområdet. Der er ligeledes et potentiale for at frigøre midler via afbureaukratisering og effektiviseringer. Det demografiske træk kan derfor ikke mekanisk tages som udtryk for et behov for tilsvarende øget offentligt forbrug.

Eksempelvis frigøres effektiviseringsgevinsterne fra de nye sygehusbyggerier fra 2017 og frem, *jf. økonomiaftalerne for 2017, 2018 og 2019 med Danske Regioner*, hvor det er aftalt med regionerne, at de frigjorte midler anvendes til ny sygehusaktivitet. Med Aftale om regionernes økonomi for 2017 er gevinsterne opgjort til 266 mio. kr. årligt i årene 2017-2025, *jf. også besvarelsen af Finansudvalgets spørgsmål 534 af 29. august 2018*.

Samlet tilføres sygehusene ekstra midler år for år. Den aftalte driftsramme for det regionale sundhedsområde er løftet med ca. 4 mia. kr. i 2019 sammenlignet med 2015. Løftet stammer bl.a. fra prioriteringer i forbindelse med økonomiaftalerne samt finanslovaftalerne. Hertil kommer midler til regionerne, der er afsat i forbindelse med Aftale om finansloven for 2019, men som endnu ikke er udmøntet til regionerne.

Det offentlige forbrug kan overordnet opdeles i individuelt og kollektivt offentligt forbrug, hvor det individuelle forbrug dækker over sundhedsvæsenet (medicin, hospitaler, plejehjem), social beskyttelse (daginstitutioner og hjemmehjælp) samt fritid og kultur. Størstedelen af disse udgifter kan individualiseres på alder, køn og herkomstgrupper. Visse udgifter kan dog ikke individualiseres, fx udgifter til fritid og kultur, der ligesom det kollektive offentlige forbrug fordeles ligeligt blandt alle borgere.

Det demografiske træk er som udgangspunkt ikke sektorfordelt på kommuner, regioner og stat. Finansministeriet foretager imidlertid med usikkerhed en grov fordeling af udgiftsområderne på det individuelle offentlige forbrug:

- **Kommuner:** Folkeskole, dagpleje, hjemmehjælp, plejehjem og beskæftigelsesindsats.
- **Regioner:** Hospitaler, sygesikring og medicin.
- **Stat:** Undervisning (bl.a. gymnasier og videregående uddannelse, men ekskl. folkeskole) og kultur, fritid mv.

Det kollektive offentlige forbrug fordeles med 2/3 til staten og 1/3 til kommunerne. Der indregnes således ikke kollektivt offentligt forbrug til den regionale sektor. Endeligt er øvrige sociale udgifter og øvrige sundhedsudgifter beregnings-teknisk fordelt mellem sektorerne.

Det bemærkes, at de ovenstående forbehold ved opgørelsen af det demografiske træk bevirker, at væksten ikke opgøres så detaljeret, som det efterspørges i dette samt Finansudvalgets spørgsmål 162 og 163 (alm. del). Derfor er væksten i det

demografiske træk for det samlede sundhedsområde samt det samlede regionale område opgjort i tabel 1, og er efter vanlig praksis afrundet til halve mia. kr.

Tabel 1

Vækst i det demografiske træk på sundhedsvæsenet og i regionerne, målt akkumuleret i forhold til 2018

Mia. kr. (2019-priser)	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Vækst i det demografiske træk på det samlede sundhedsområde ¹⁾	1½	3½	5	7	9	10	12½
Vækst i det demografiske træk for regionerne ²⁾	1	2½	3½	4½	5½	6½	7½

Anm.: 1) Individuelt offentligt forbrug vedrørende sundhed i kommuner og regioner (medicin, hospitaler, plejehjem), 2) Det demografiske træk er som udgangspunkt ikke sektorfordelt på kommuner, regioner og stat. Finansministeriet foretager imidlertid med usikkerhed en grov fordeling af udgiftsområderne på det individuelle offentlige forbrug (hospitaler, sygesikring og medicin) samt en fordeling af kollektivt offentligt forbrug.

Kilde: Danmarks Statistik, Opdateret 2025-forløb, august 2018 og egne beregninger.

Med venlig hilsen

Kristian Jensen