

Folketingets Finansudvalg
Christiansborg

16. november 2015

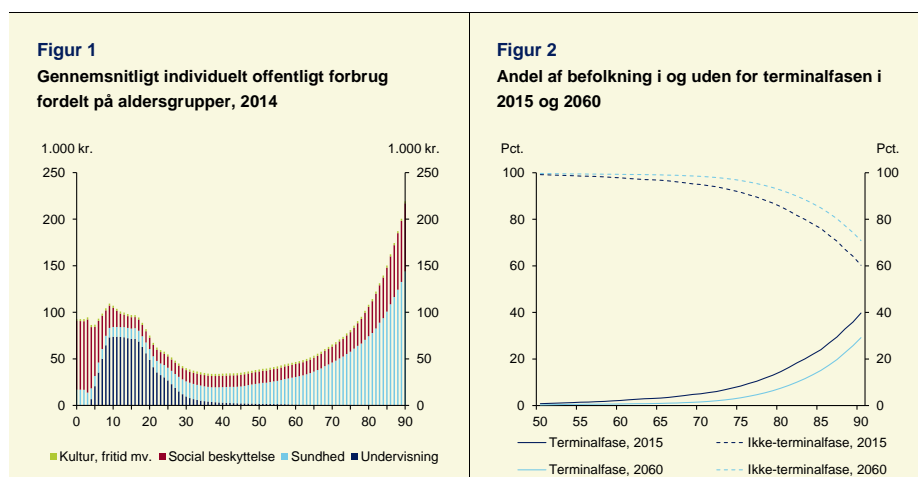
Svar på Finansudvalgets spørgsmål nr. 128 (L 1) af 10. november stillet efter ønske fra Pelle Dragsted (EL)

Spørgsmål

Vil ministeren i forlængelse af svaret på spørgsmål 86 redegøre for den korrektion af det demografiske udgiftstræk, som ministeren foretager som følge af ”delvis sund aldring”?

Svar

De individuelle offentlige udgifter til sundhed er stigende henover alder. Set på tværs af aldersgrupper modtager ældre især sundhedsydelse og hjemmehjælp (delpost af social beskyttelse), mens børn og unge især modtager serviceydelser, som undervisning og pasning i daginstitution (delpost af socialbeskyttelse), jf. figur 1.



Anm.: I figur 1 indeholder undervisning især udgifter til folkeskole, ungdomsuddannelse og videregående uddannelser. Sundhed inkluderer hovedsageligt udgifter til hospital, plejehjem, sygesikring og medicin. Socialbeskyttelse indebærer især udgifter til daginstitution og hjemmehjælp. Kultur, fritid mv. indeholder bl.a. udgifter til drift eller støtte til kulturel virksomhed (biblioteker, museer, historiske bygninger mv.) samt tjenester i forbindelse med sport og fritid. Figur 1 er opgjort i 2014-priser.

Kilde: Danmarks Statistik, DREAM og egne beregninger.

En række studier har vist, at en stor del af udgifterne til sundhedsvæsenet og ældrepleje er koncentreret i de sidste tre leveår (hvilket teknisk kaldes for terminalfa-

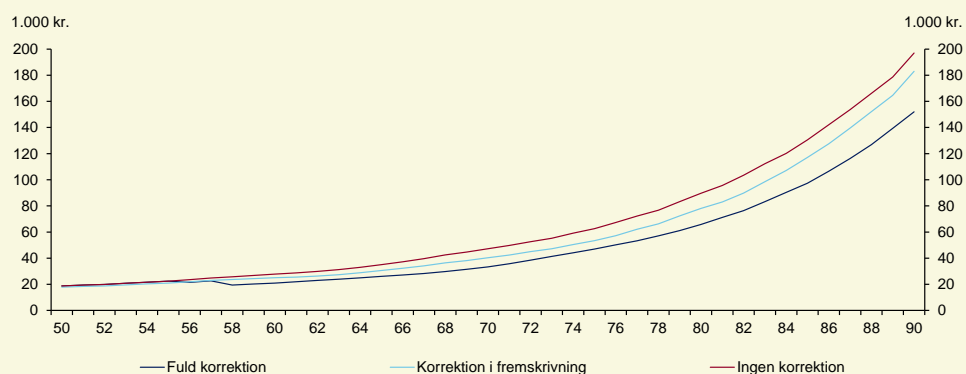
sen), *jf. Mod nye mål – Danmark 2015 Teknisk baggrundsrapport*. Fx er hospitalsudgifterne for de 70-79-årige, der dør i løbet af ét år i gennemsnit syv gange højere end for de 70-79-årige, der har en restlevetid på mere end 3 år. Tilsvarende tendens ses for samtlige aldersgrupper og for andre helbredsrelaterede udgiftsområder som plejehjem, sygesikring og medicintilskud.

I takt med middellevetiden øges, reduceres andelen af befolkningen, som har mindre end 3 leveår tilbage i en given aldersgruppe. Danmarks Statistik vurderer, at middellevetiden øges med ca. 6 år fra 2015 til 2060, og det vil reducere andelen af befolkningen i de enkelte aldersgrupper, som har under 3 leveår tilbage. Fx er der i 2015 ca. 5 pct. af de 70 årige, der statistisk set forventes være i terminalfasen, mens denne andel udgør ca. 1½ pct. i 2060, *jf. figur 2*.

En forbedret sundhedstilstand – afspejlet i en forlænget levetid – for en given aldersgruppe mindsker derfor isoleret set det demografisk betingede pres på de offentlige udgifter. Denne observerede effekt indregnes i det demografiske træk og kaldes for sund aldring. Korrektionen af sund aldring foretages for helbredsrelaterede udgifter, som fx udgifter til hospitaler, medicin, plejehjem og hjemmehjælp. Tilsvarende indarbejder blandt andet De Økonomiske Råd (DØR) og det uafhængige analyseinstitut DREAM sund aldring i deres langsigtede fremskrivning.

I et hypotetisk scenarie, hvor der ikke korrigeres for sund aldring, vil sundhedsudgifterne til en given aldersgruppe fastholdes over tid – også selvom deres restlevetid er stigende. I dette scenarie vil de helbredsrelaterede udgifter stige i forhold til ovenstående metode, *jf. figur 3*. Under disse beregningstekniske antagelser vil finanspolitikken ikke være holdbar. Det ville derfor kræve finanspolitiske stramminger for ikke at efterlade en regning til kommende generationer.

Figur 3
Helbredsrelaterede udgifter fordelt på aldersgrupper i 2060



Anm.: Udgifterne er opgjort i 2014-priser.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Et andet beregningsteknisk scenarie er, hvis stigningen i restlevetiden får fuldt gennemslag i udgifterne. Dvs. hvis restlevetiden for en 70 årig stiger med fem år fra 2015 til 2060, vil de helbredsrelaterede udgifter i 2060 svare til udgifterne for en 65 årig i udgangsåret.

Metoden, der anvendes i Finansministeriets fremskrivning, ligger mellem disse to hypotetiske scenarier, og omtales derfor som, at der *delvist* korrigeres for sund aldring.

Med venlig hilsen

Finansministeren