

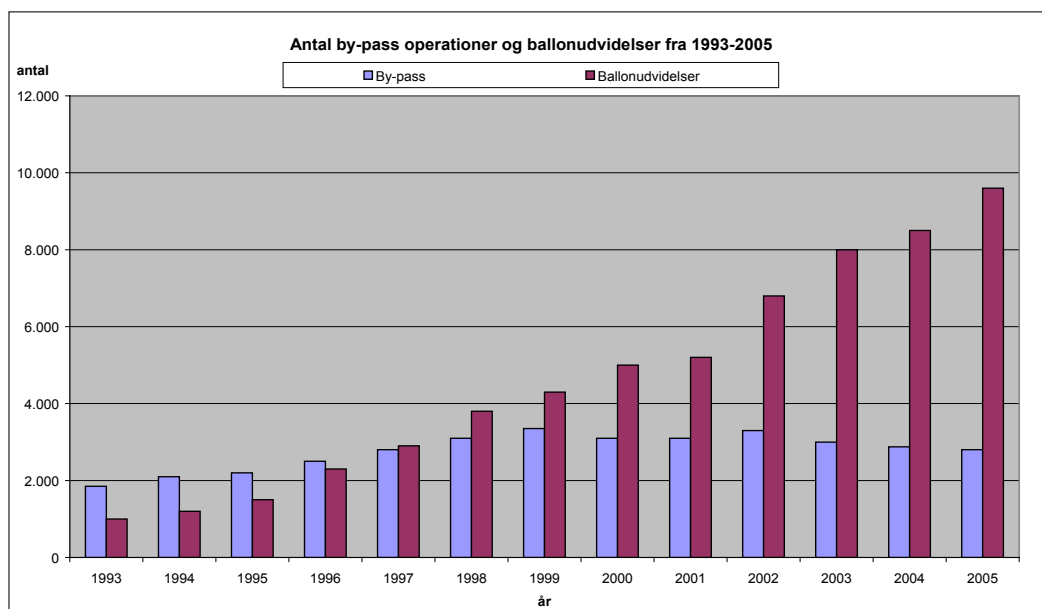


Til
Folketingets Sundhedsudvalg og Det Politisk-Økonomiske Udvalg

MINIANALYSE

Sundhedssektoren i Danmark

- Hvor stor er sundhedssektoren, og hvad får vi for pengene?



Opgaven:

På et møde i **Folketingets Sundhedsudvalg** (juni 2006) med økonomigruppen i Folketinget blev det besluttet, at økonomigruppen (kort) redegør for **udviklingen i sundhedsudgifterne** i Danmark. Økonomigruppen kunne endvidere supplerende belyse problematikken vedrørende **sammenhængen mellem sundhedsudgifternes størrelse og befolkningens middellevetid**. Kan man således sige, at den stærkt stigende levetid for danskerne siden 1995 er et udtryk for, at vi får ”mere for sundhedspengene” i Danmark?

Resume (se næste side) —————>

Resume:

- Minianalysen omfatter perioden **1971-2005** og behandler primært udviklingen i sundhedsudgifterne, befolkningens middellevetid og sammenhængen mellem sundhedsudgifterne og levetid. Det danske sundhedsvæsen har gennemgået en kraftig udvikling siden begyndelsen af 1990'erne, og det har, efter alt at dømme, sat sig mærkbare spor i form af faldende dødelighed og medvirket til længere levetid. Især de 60- og 65-årige lever betydeligt længere i dag.
- De samlede udgifter til sundhedsvæsenet i Danmark var på **126,0 mia. kr.** i 2005, fordelt mellem 106,8 mia. kr. i **offentlige udgifter** og 19,2 mia. kr. i **private udgifter**. I de offentlige udgifter medregnes **25-30 mia.kr. til ældrepleje og hjemmesygepleje**. I 1980'erne stagnerede de offentlige sundhedsudgifter, men fra 1993 og frem til i dag har der været en næsten **ubrudt stigning**.
- Gennemsnitligt bruges der årligt ca. 20.000 kr. pr. indbygger i Danmark i **offentlige sundhedsudgifter**. Fordelt på aldersgrupper er der naturligvis stor variation. Udgifterne pr. indbygger for aldersgruppen 0-24 år er ca. 6.100 kr. og for aldersgruppen over 65 år er gennemsnittet ca. 67.300 kr. (pr. år).
- Vi bruger i dag **ca. 8 procent** af bruttonationalproduktet (BNP) på sundhed m.v.. Det svarer nogenlunde til gennemsnittet for OECD-landene. Sundhedsudgifterne pr. indbygger er på ca. 23.000 kr. (**inklusive private udgifter**) og det svarer også nogenlunde til OECD-gennemsnittet.
- De danske sundhedsudgifter er i de sidste 20-30 år **steget** betydeligt **mindre** end OECD-gennemsnittet, men det kan (som det ofte fremføres fra forskerside) næppe forklare vores relative fald i levealder internationalt set. Sagen er, at vores sundhedsudgifter næsten hele tiden rent **niveaumæssigt** har ligget over OECD-gennemsnittet. Faldet i levealder relativt set kan måske forklares ved, at **Danmark historisk set har udnyttet de relativt høje sundhedsudgifter, dårligt**. Men fra 1993 er vi givetvis blevet bedre.
- **Nye beregninger** foretaget i minianalysen synes at indikere, at der fra **1995** og fremefter er sket en meget stærkere positiv kobling mellem middellevetiden (især for 60-årige) og sundhedsudgifterne. Fra 1995 og fremefter sakker vi således ikke længere bagud med vækstraterne i levetid målt internationalt, men der er stadig et gab i levetid. **Meget kan endnu gøres bedre i sundhedsvæsenet, men folks levevis spiller også en stor rolle.**
- I perioden 1993-2005 bliver der politisk besluttet og gennemført en "perlerække" af **effektivitetsfremmende og sundhedsfaglige foranstaltninger**. Hjerterplanen, frit sygehusvalg, kapacitetsfremmende bevillinger, aktivitetsafhængige bevillinger, behandlingsgaranti og kræftplan I og II for blot at nævne de vigtigste. Samtidig er der sket en stor rationalisering i antallet af sygehuse i den nævnte periode, hen imod større og mere specialiserede enheder.
- Man kan måske oveni købet sige, at sundhedsvæsenet før og efter 1993 er to forskellige "sundhedsvæsener" med hensyn til effektivitet, ældrepleje og helbredelse af patienter.
- **Hvordan virker den øgede effektivitet så for den enkelte patient?** Svaret findes formodentlig i de såkaldte aldersstandardiserede dødshyppigheder (pr. 100.000 indbyggere). I perioden **1985-1995** var der kun et ganske lille fald på 2½ procent. Derimod faldt dødshyppigheden brat i perioden **1995-2005** med næsten 20 procent. Størstedelen af faldet skete i perioden 1995-2000. Beregningsteknisk kan man sige, at ca. 12.800 flere danskere overlevede deres alvorlige sygdomme i 2005 i forhold til 1995.
- Får vi "**mere for sundhedspengene**" i dag? Svaret er efter alt at dømme: Ja! Men der er stadig behov for forbedringer. Det viser mange andre undersøgelser og aktuelle begivenheder.

	Indholdsfortegnelse	side
	Indledning	4
I	Sundhedsudgifterne for Danmark	5
	1. Udviklingen i de samlede sundhedsudgifter (perioden 1971-2005)	
	a. Hvad består udgifterne til sundhedsvæsenet af	
	2. Udviklingen i sundhedsudgifter pr. indbygger	
	3. Tre forskellige opgørelser af udgifter til sundhed og sygdom i Danmark	
	4. Hvordan fordeler sundhedsudgifterne sig mellem aldersgrupperne	
	5. Sundhedsudgifternes andel af bruttonationalproduktet (BNP) og af det offentlige forbrug (perioden 1971-2005)	
II	Internationale sammenligninger (middellevetid for nyfødte og sundhedsudgifterne)	13
	1. Sammenligning af middellevetid	
	2. Sammenligning af sundhedsudgifter (andel af BNP og pr. indbygger)	
III	Hænger den lave danske middellevetid sammen med udviklingen i de danske sundhedsudgifter?	15
	1. Middellevetid og vækstrater for nyfødte (et tilbageblik fra 1900-2005)	
	2. Middellevetid og vækstrater for 60-årige (perioden 1981-2005)	
	3. Sammenligning af sundhedsudgifter og middellevetid i Danmark (perioden 1971-2005)	
	a. Middellevetid for nyfødte og sundhedsudgifter pr. indbygger	
	b. Middellevetid for 60-årige og sundhedsudgifter pr. indbygger	
	c. Delkonklusion	
IV	Vigtige politiske beslutninger der har gjort sundhedsvæsenet mere effektivt (perioden 1993-2006)	19
V	Vigtige nøgletal for sundhedssektoren	21
VI	Klart faldende dødelighed og bedre overlevelse ved sygdom	23

Indledning – store udfordringer på vej !

Generelt set er der stor opmærksomhed omkring det danske sundhedsvæsen og ikke mindst hvor mange penge, der bruges hertil. Men det kan godt være svært at få et samlet overblik over sundhedsvæsenets størrelse og mindst et overblik over, hvilke hovedkategorier af sundhedsopgaver pengene er fordelt på. Opgaven bliver ikke nemmere af, at der er forskellige opgørelsesmetoder. I minianalysen til Folketingets Sundhedsudvalg redegøres derfor kort for sundhedsvæsenets størrelse og udvikling i perioden 1971-2005.

Et andet spørgsmål der interesserer Sundhedsudvalget i Folketinget, er danskernes middellevetid. Levetiden er heldigvis steget stærkt i de seneste ti år og især aldersgruppen over 60 år har nydt godt heraf. Men det er stadig et åbent spørgsmål, hvorfor Danmark i dag ligger så lavt placeret internationalt set, når vi i begyndelsen af 1970'erne lå i toppen med hensyn til levetid. Fra visse sider påpeges, at det blandt andet kan skyldes, at bevillingerne til sundhedsvæsenet er steget for langsomt. I minianalysen ser vi på det.

Der er ingen grund til at skjule, at sundhedsvæsenet befinder sig i en brydningstid. Minianalysen viser, at der i de sidste ti år er tilført mange nye bevillinger, og at sundhedsvæsenets effektivitet er steget betydeligt i denne periode. Men der er stadig mange udfordringer, og herunder ikke mindst den udfordring, at befolkningens aldersfordeling allerede i dag stiller betydeligt større krav til sundhedsvæsenet.

Hvis pleje- og behandlingssituationen allerede nu stiller store krav til vores sundhedsvæsen og vores politikere, så kan man kun sige, at kravene bliver endnu større – både på kort og lang sigt!

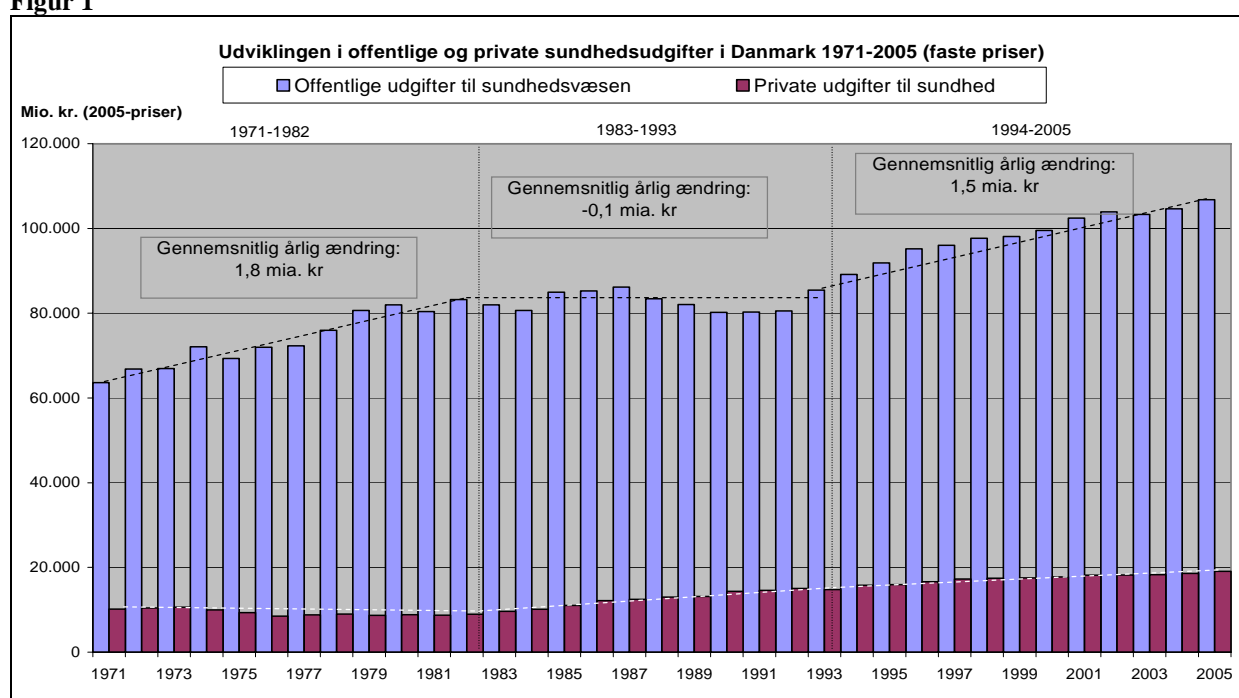
I. Sundhedsudgifterne for Danmark

1. Udviklingen i de samlede sundhedsudgifter (perioden 1971-2005)

I den nedenstående **figur 1** er vist udviklingen for perioden 1971-2005 dels i de **offentlige** sundhedsudgifter og dels i de **private** sundhedsudgifter.

Perioden 1971-2005 er opdelt i tre næsten lige store delperioder 1971-1982, 1983-1993 og 1994-2005 for bedre at få et overblik over udgiftsudviklingen. **Alle udgifter er vist i faste 2005-priser.**

Figur 1



Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Statistiks opgørelse over udgifter til sundhedsvæsenet. Der er anvendt en deflator for offentlige sundhedsudgifter til beregningerne af de faste priser.

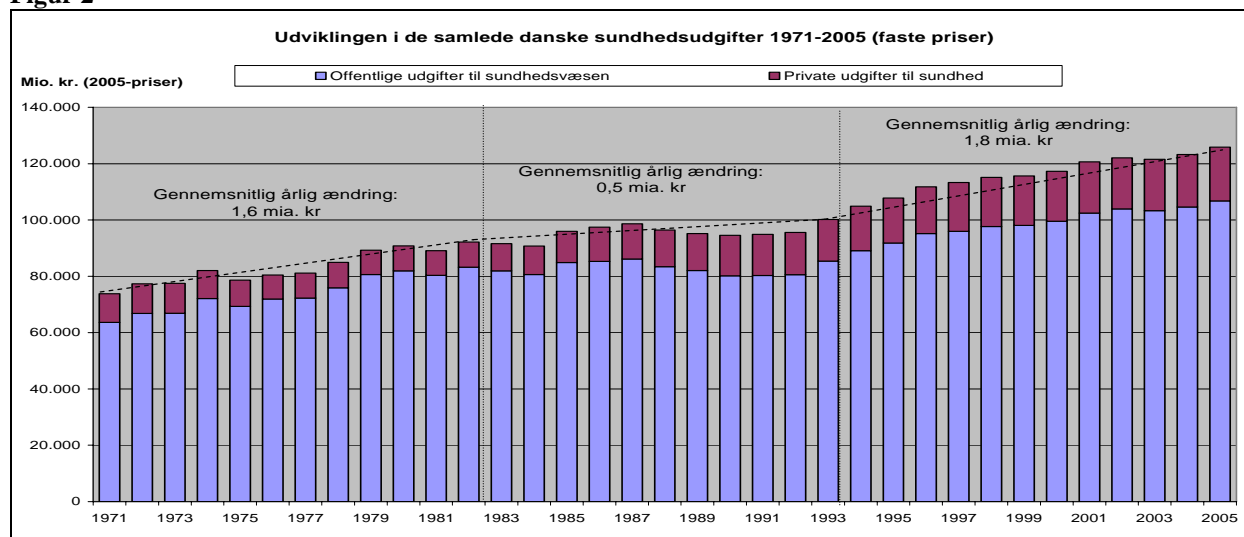
De **offentlige sundhedsudgifter** er i 2005 opgjort til **106,8 mia. kr.** I 1971 var sundhedsudgifterne på 63 mia. kr. I perioden 1971 til 1982 steg udgifterne ret meget med gennemsnitlig 1,8 mia. kr. om året. I hele perioden 1983-1993 stagnerede udgifterne. Fra 1994 og frem til i dag (2005) er de offentlige sundhedsudgifter imidlertid steget kraftigt igen med gennemsnitligt ca. 1,5 mia. kr. årligt.

De **private** sundhedsudgifter udgør i 2005 **19,2 mia.kr.** og udgjorde i 1971 9,8 mia.kr. De private sundhedsudgifter faldt lidt i 1970'erne, men er steget pænt op igennem 1980'erne og 1990'erne. Procentvis er de private sundhedsudgifter steget en del mere end de offentlige.

Mens de offentlige udgifter således er steget med 69 procent fra 1971-2005, er de private udgifter steget med 95 procent.

I **figur 2** nedenfor er vist det samlede billede af danskernes udgifter til sundhedsvæsenet (offentligt og privat).

Figur 2



Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Statistik.

Alt i alt bruger danskerne i dag 126 mia. kr. på sundhedsvæsenet. Beløbet er – i varierende grad- steget konstant siden 1971. De største udgiftsstigninger er i perioden 1994-2005 med **årlige** stigninger på gennemsnitligt 1,8 mia.kr.

a. Hvad består udgifterne til sundhedsvæsenet af?

De samlede offentlige og private udgifter på 126,0 mia. kr. i 2005 kan fordeles på følgende hovedposter:

Tabel 1 Fordeling på offentlige og private sundhedsudgifter for 2005 (i mia. kr.).

<i>Hospitalstjenester fordeles på:</i>		Mia. kr.
Sygehuse:	54,5	
Ældrepleje og invaliditet:	25-30	
1) Hospitalstjenester i alt:		81,1
<i>Ambulant behandling fordeles på:</i>		
Sygesikring :	12,5	
Hjemmesygepleje:	3,9	
2) Ambulant behandling i alt:		16,4
3) Medicinske produkter, apparatur og udstyr		6,8
4) Forskning og udvikling indenfor sundhedsvæsenet		1,0
5) Sundhedsvæsen m.v. (administration)		1,5
I alt (offentlige udgifter)		106,8
<i>Private udgifter fordeles på:</i>		
Medicin	5,5	
Briller og høreapparater	3,2	
Læge og tandlæge	8,2	
Sygehuse	2,3	
Private udgifter i alt:		19,2
Samlede udgifter		126,0

Det er vigtigt at pointere, at de samlede offentlige udgifter til sundhedsvæsenet medtager kommunale **udgifter til ældrepleje, invaliditetshjælp og hjemmesygepleje.** Det bruger vi ca. 25-30 mia. kr. på årligt. Tallet er noget usikkert. Det er desværre ikke muligt at få et nogenlunde sikkert tal for, hvor mange der er **beskæftiget** i sundhedssektoren.

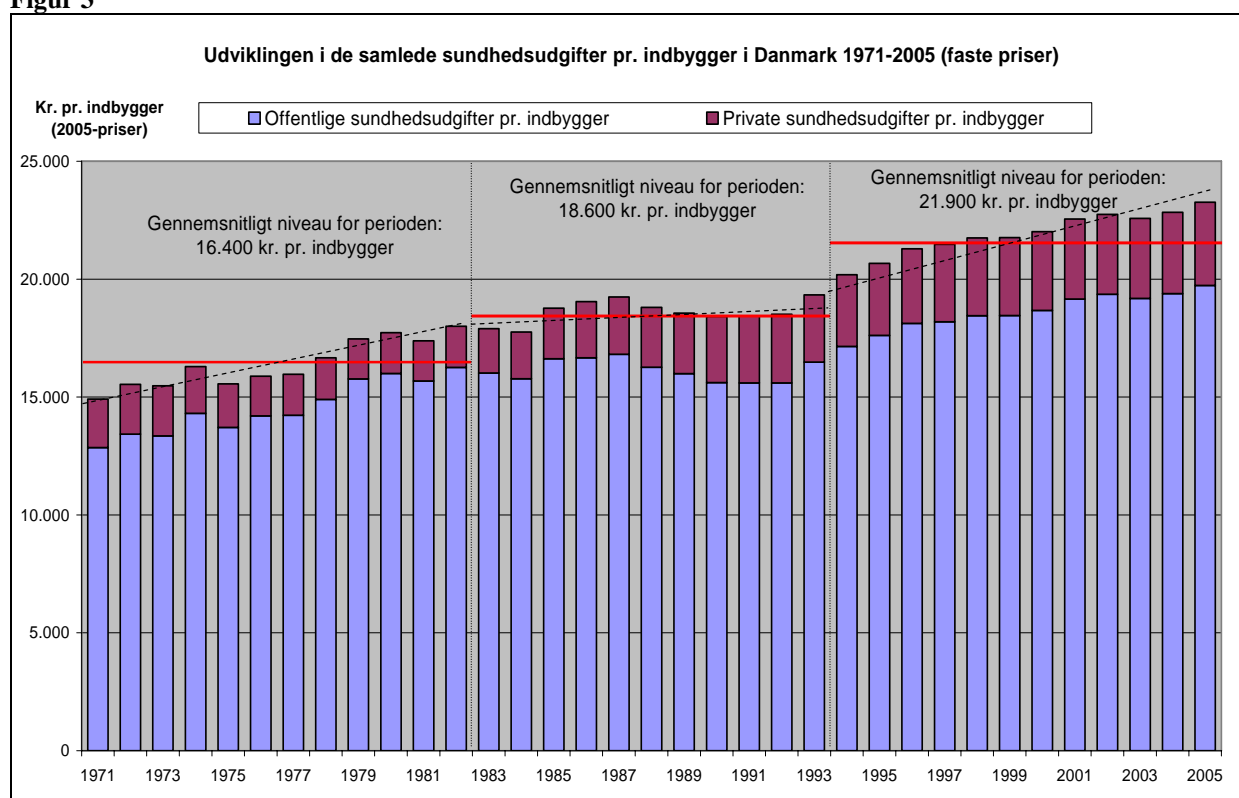
Kilde: Danmarks Statistik, Nationalregnskabet, offentlige finanser og Sundhedsministeriet)

2. Udviklingen i sundhedsudgifterne pr. indbygger

Et andet vigtigt mål for sundhedsvæsenets størrelse er udgifterne **pr. indbygger**. De samlede udgifter skal jo ses i forhold til befolkningens størrelse.

I **figur 3** nedenfor er vist udviklingen i de samlede sundhedsudgifter (**offentlige og private**) pr. indbygger for perioden 1971-2005.

Figur 3



Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Statistik.

Udgifterne er steget fra ca. 15.000 kr. **pr. indbygger** i 1971 til ca. 23.000 kr. i 2005 (faste priser). Det svarer til en stigning på 53 procent. Det er noget mindre end stigningen i de samlede udgifter, der steg fra 67 mia. kr. i 1971 til 126 mia. kr. i 2005 (stigning på 75 procent).

I 12-års perioden fra 1971-1982 brugte vi i gennemsnit 16.400 kr. pr. indbygger. I den næste periode var niveauet steget til 18.600 kr. pr. indbygger og i den sidste periode fra 1994-2005 var udgiftsniveauet 21.900 kr. pr. indbygger. Det er også i denne periode stigningen er størst.

3. Tre forskellige opgørelser af udgifter til sundhed og sygdom i Danmark.

Hele spørgsmålet om sundhedsudgifternes størrelse, bliver ikke nemmere af at der er tre forskellige opgørelsesmetoder. I minianalysen er det tallene i **søjle 1** der bruges (**de officielle tal**).

Tabel 2 Tre forskellige opgørelsesmetoder (tallene er for 2005 i mia. kr.):

Søjle 1 (Nationalregnskabstal, amt, kommune og private)		Søjle 2 (Sundhedsministeriet, amt og private)		Søjle 3 (Danmarks Statistik, sociale forhold m.v., amt og kommuner)	
Officiel betegnelse: Udgifter til sundhedsvæsenet		Officiel betegnelse: De samlede sundhedsudgifter		Officiel betegnelse: Sygdom og sundhedspleje m.v.	
Hospitalstjenester i alt:	81,1	Sygehusudgifter	53,6	Hospitalsvæsen o. lign.	54,5
<i>Hospitalstjenester fordeles på:</i>					
<i>Sygehuse:</i>	54,5				
<i>Ældrepleje, invaliditet:</i>	25-30				
Ambulant behandling i alt:	16,4	Sygesikring	11,5	Andre naturalieydelse og sygesikring (12,5 + 3,9)	16,4
<i>Ambulant behandling fordeles på:</i>					
<i>Sygesikring :</i>	12,5				
<i>Hjemmesygepleje:</i>	3,9				
Medicinske produkter, apparatur og udstyr	6,8	Medicin	6,5	Medicin og medicinsk sygebehandling	6,8
Forskning og udvikling indenfor sundhedsvæsenet	1,0		--		--
Sundhedsvæsen m.v. (administration)	1,5		--		--
Sygedagpenge	--		--		14,9
Samlede offentlige sundhedsudgifter	106,8		71,6		92,6
Private udgifter (Opgjort under det private forbrug i Nationalregnskabet)	19,2	Private udgifter i alt:	19,2	De private udgifter medtages ikke heri	--
		<i>Private udgifter fordeles på:</i>			
		<i>Medicin</i>	5,5		
		<i>Briller og høreapparater</i>	3,2		
		<i>Læge og tandlæge</i>	8,2		
		<i>Sygehuse</i>	2,3		
Samlede udgifter	126,0		90,8		92,6

Kilde: Danmarks Statistik 10-årsoversigt fra 2006 (revideret i statistikbanken november 2006). Indenrigs- og Sundhedsministeriets "sundhedssektoren i tal, juni 2006". Danmarks Statistiks "Sociale forhold, sundhed og retsvæsen" fra oktober 2006. Derudover underopdelinger udarbejdet af Danmarks Statistik til brug for økonomigruppen i Folketinget.

Hvis man ser på forskellige opgørelser over de **offentlige** sundhedsudgifter i 2005 varierer de fra **71,6** mia. kr. (Sundhedsministeriet), **92,6** mia. kr. (Danmarks Statistik, social opgørelse) og **106,8** mia. kr. (Danmarks Statistik, Nationalregnskabet).

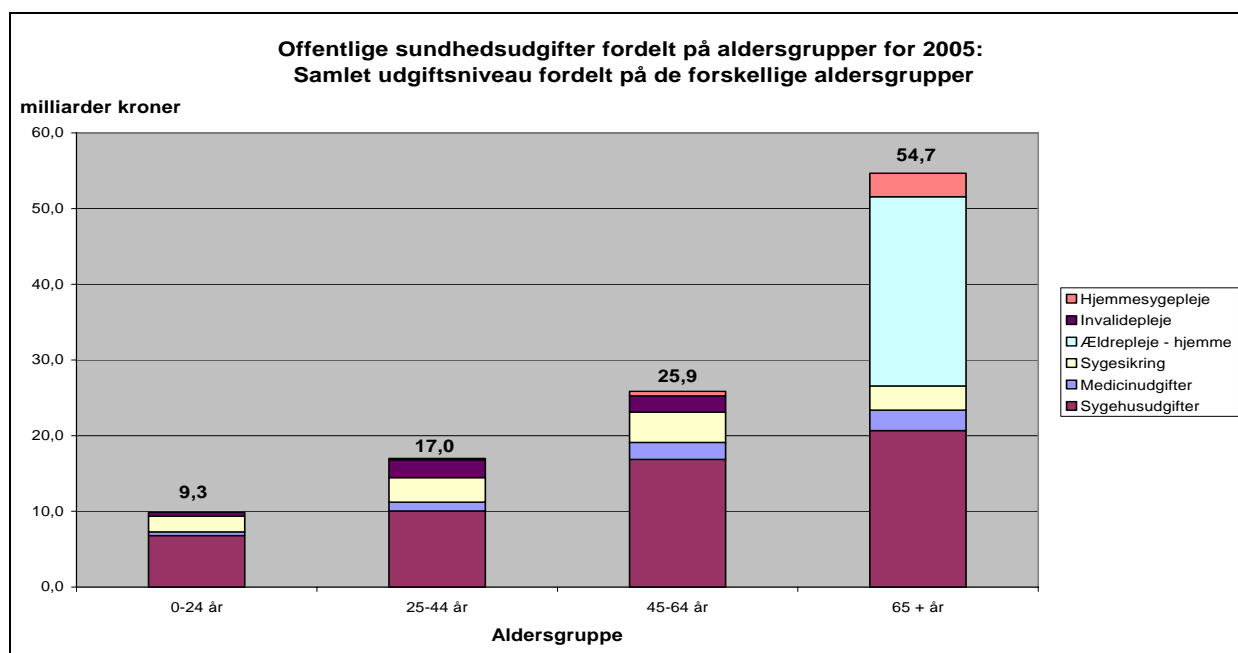
Hertil kan så lægges **19,2** mia. kr. i private udgifter, der opgøres og fordeles af Sundhedsministeriet og tillige findes i det private forbrug i nationalregnskabet.

Det giver samlede udgifter på **126,0** mia. kr. fra nationalregnskabet (der er det officielle tal) og **90,8** mia. kr. ifølge Sundhedsministeriets tal.

Det er desværre ikke muligt at opgøre det samlede antal offentligt beskæftigede i sundhedssektoren svarende til det officielle udgiftstal på 106,8 mia. kr. (offentlige udgifter).

4. Hvordan fordeler udgifterne sig mellem aldersgrupperne

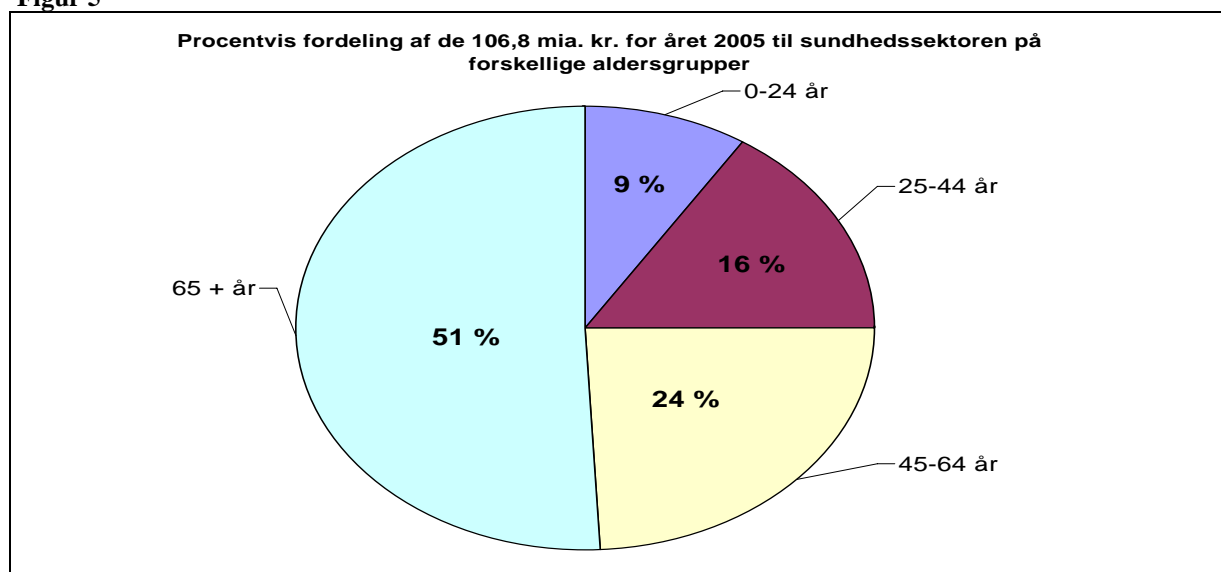
Figur 4



Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmark Statistisk og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Der er nogen usikkerhed om tallene til ældrepleje mv. for 65-årige.

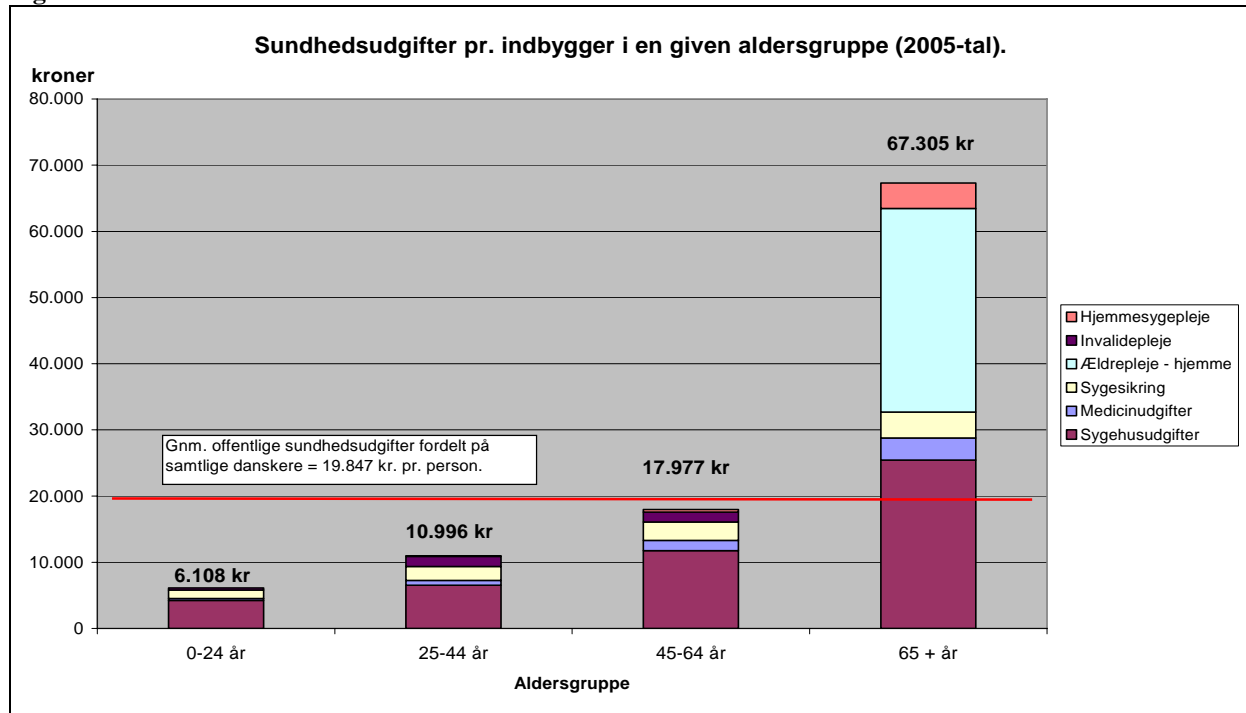
Hvis man fordeler de **offentlige sundhedsudgifter** på 106,8 mia. kr. i 2005 mellem de forskellige aldersgrupper ses det, at aldersgruppen fra 65 år modtager ca. 55 mia. kr. (i 2005). Det svarer til ca. 51 procent af de samlede offentlige sundhedsudgifter. Det skyldes naturligvis, at denne gruppe modtager ældrepleje og en stor del af udgifterne til hjemmesygepleje. De egentlige sygehusudgifter til denne gruppe udgør ”kun” ca. 21 mia. kr. hvilket er lidt mere end for aldersgruppen 45-64 år.

Figur 5



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmark Statistisk og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Figur 6

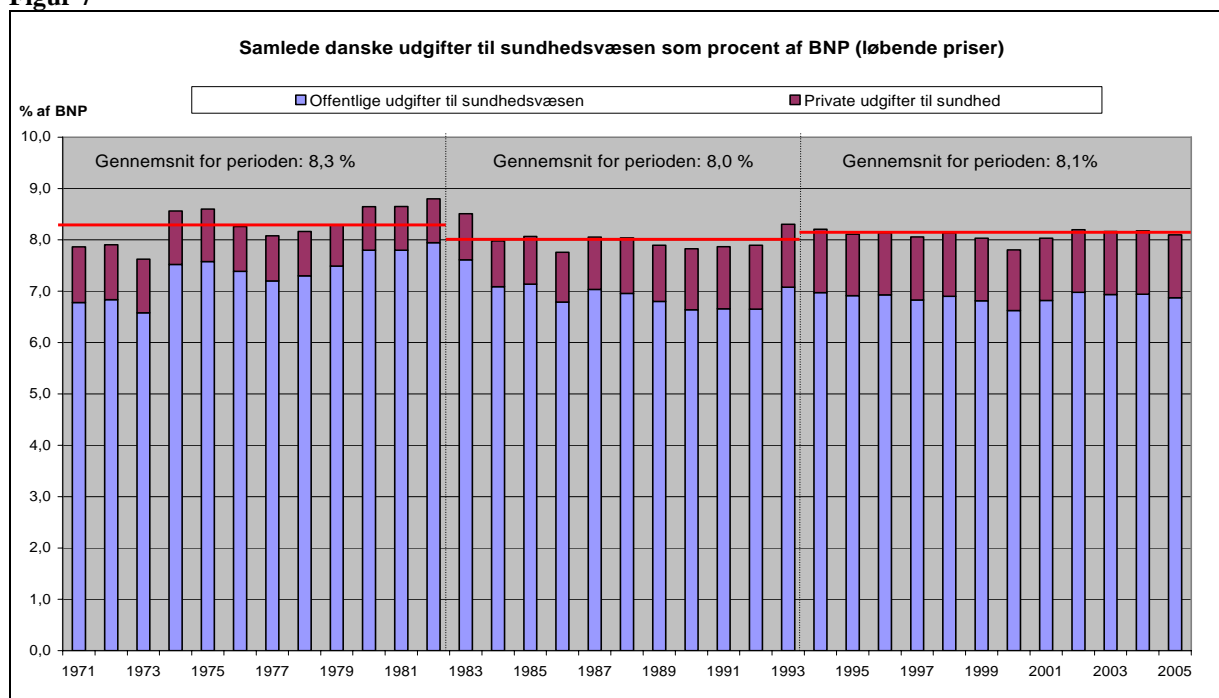


Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmark Statistisk og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

De gennemsnitlige **offentlige sundhedsudgifter** pr. indbygger i Danmark er knap **20.000 kr. om året**. Fordelt på aldersgrupper er der naturligvis en stor forskel. Udgifterne pr. indbygger i de forskellige aldersgrupper går fra ca. 6.100 kr. om året for aldersgruppen 0-24 år og op til 67.300 kr. i gennemsnit for aldersgruppen over 65 år (ekskl. private udgifter). Når beløbet er så relativt stort pr. indbygger i denne aldersgruppe, skyldes det to ting: For det første, er udgifterne til ældrepleje og hjemmesygepleje meget store for denne aldersgruppe, og for det andet, er aldersgruppen relativt lille.

5. Sundhedsudgifternes andel af Bruttonationalproduktet (BNP) og af det offentlige forbrug (perioden 1971-2005).

Figur 7



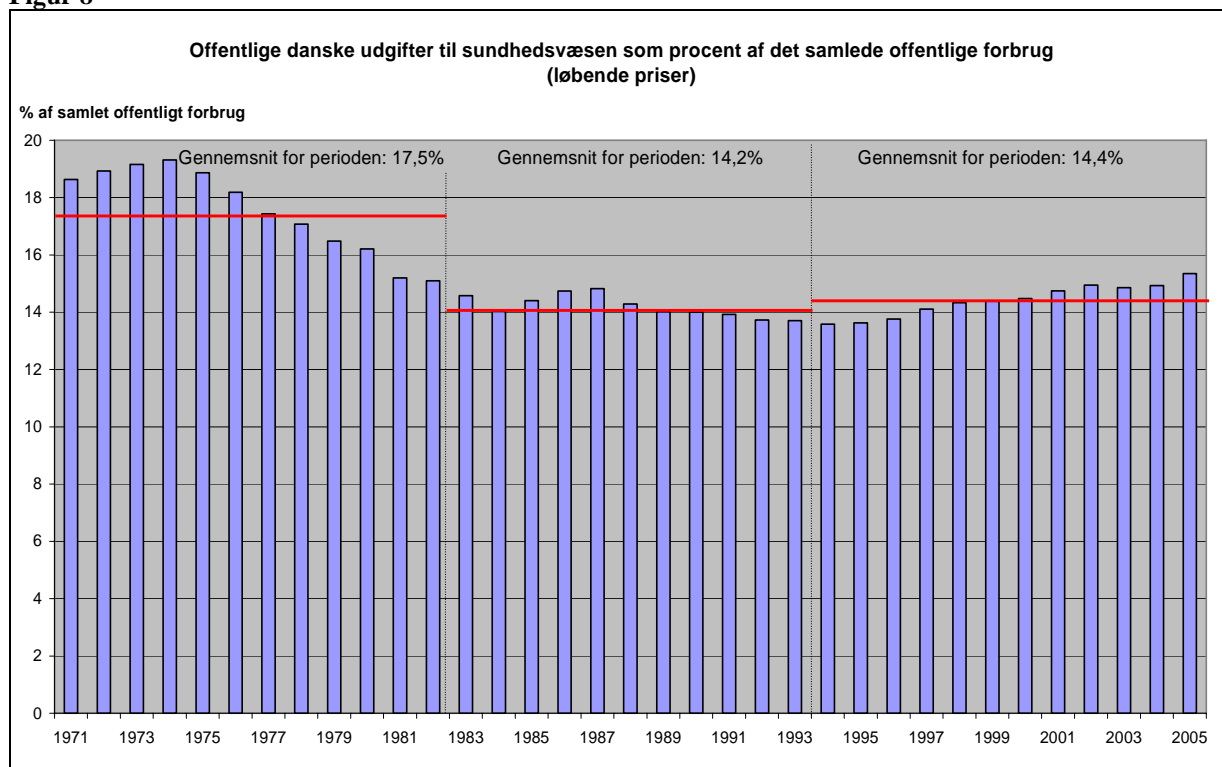
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Statistik.

Sundhedsudgifternes andel af bruttonationalproduktet bruges ofte som et mål for, **hvor stor en andel af landets produktion man politisk har besluttet sig for at anvende til sundhedssektoren**. Andelen kan svinge lidt afhængig af den økonomiske konjunkturudvikling. I Danmark har de **samlede sundhedsudgifter** (inkl. private udgifter) ligget nogenlunde konstant på lidt over 8 procent af BNP. I 2005 er tallet 8,1 procent af BNP¹. De **offentlige** sundhedsudgifters andel ligger på 6,8 procent af BNP i 2005.

De danske sundhedsudgifters andel af BNP svarer nogenlunde til gennemsnittet for OECD-landene.

¹ Det bemærkes, at OECD's tal for 2003 viser, at Danmarks udgifter udgør 8,9 procent af BNP. (jf. figur 10)

Figur 8



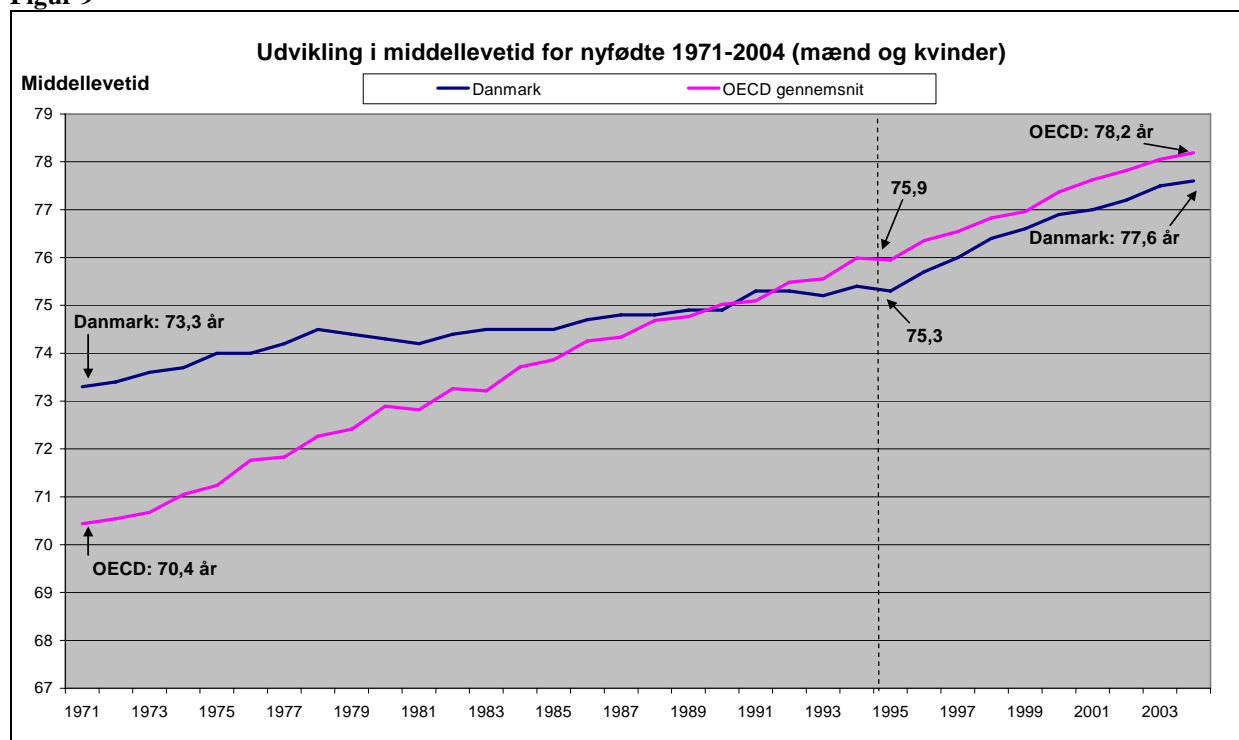
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Statistik.

En anden måde at anskue sundhedssektoren størrelse på er at beregne, hvor stor en andel af det samlede offentlige forbrug, der går til sundhedsvæsen. I perioden 1971-1983 blev 17 ½ procent af det **offentlige forbrug** anvendt til sundhedsvæsenet. Herefter er andelen faldet til ca. 14 ½ procent som gennemsnit fra de to efterfølgende perioder. Der ses dog, en stigende tendens fra 1993 og frem til i dag, hvor andelen er oppe på lidt over 15 procent (2005).

II. Internationale sammenligninger (middellevetid for nyfødte og sundhedsudgifterne).

1. Sammenligning af middellevetid.

Figur 9



Kilde: OECD data

Det ses klart af figuren, at Danmark i 1971 lå langt over gennemsnittet i middellevetid, med en middellevetid på næsten 73 ½ år mod et OECD-gennemsnit på 70 ½ år. I 2004/05 er billedet ændret totalt. Nu ligger vi **under** gennemsnittet og forklaringen er den enkle, at det danske vækst i levetiden frem til 1995 ligger en del under OECD-landene.

Den lave vækst **kan** være et tegn på, at vores sygehus- og sundhedsvæsen ikke har kunnet leve op til international standard i tiden efter 1971, selvom der selvfølgelig kan spille mange andre forklaringer ind såsom ændret/forringet levevis².

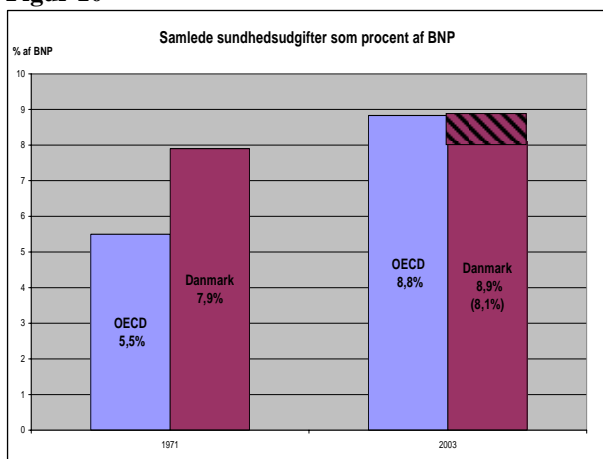
Der er dog tegn på en positiv udvikling, der klart fremgår af figuren. Fra **1995** og fremefter er **stigningen** i danskernes levetid på højde med OECD-gennemsnittet. Så vi falder **ikke** længere bagud, men er tværtimod langsomt ved at indhente noget af det tabte. Det kan være et tegn på øget effektivitet i sundhedsvæsenet i løbet af 1990'erne, som **en** af de positive faktorer.

² Direktør Jes Søgaard (Dansk Institut for Sundhedsvæsen) anfører således, at 45 procent af vores efterslæb i levetid kan skyldes lav udgiftsvækst i sundhedsvæsenet og resten af andre forhold som f.eks. levevis (se artikel af Jes Søgaard i Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen: "Den danske sundhedssektor har lav udgiftsvækst-sammenlignet med den øvrige vestlige verden", februar 2006).

2. Sammenligning af sundhedsudgifter (andel af BNP og udgifter pr. indbygger).

Indledningsvist skal det siges, at OECD **advarer** mod, at man drager alt for håndfaste konklusioner ved internationale sammenligninger af sundhedsudgifterne, idet sundhedsudgifterne opgøres på meget forskellig måde blandt OECD landene.

Figur 10

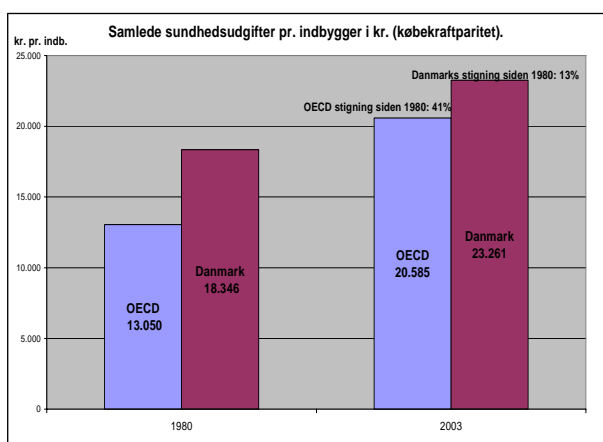


Kilde: OECD data

I **1971** udgjorde de danske udgifter til sundhedsvæsen ca. 8 procent af BNP. For OECD som gennemsnit var tallet nede på 5 ½ procent. I **2003** er OECD's tal for sundhedsudgifter steget helt op til ca. 8,8 procent af BNP og for Danmarks vedkommende er tallet mere beskedent steget til 8,9 procent³ af BNP.

Opgjort på denne måde kan man sige, at de danske udgifter i perioden 1971-2003 er **steget** en del mindre end andre OECD-lande.

Figur 11



Kilde: OECD data

En anden vigtig indikator er udviklingen i de samlede **sundhedsudgifter pr. indbygger**. I **1980** lå de danske udgifter på ca. 18.000 kr., medens OECD-tallet var helt ned på ca. 13.000 kr. I **2003** ligger Danmark stadig **lidt over gennemsnittet** for OECD. Men det korte og lange er, at de danske udgifter pr. indbygger er steget ca. 3 gange mindre end OECD's gennemsnit, som det fremgår af figuren.

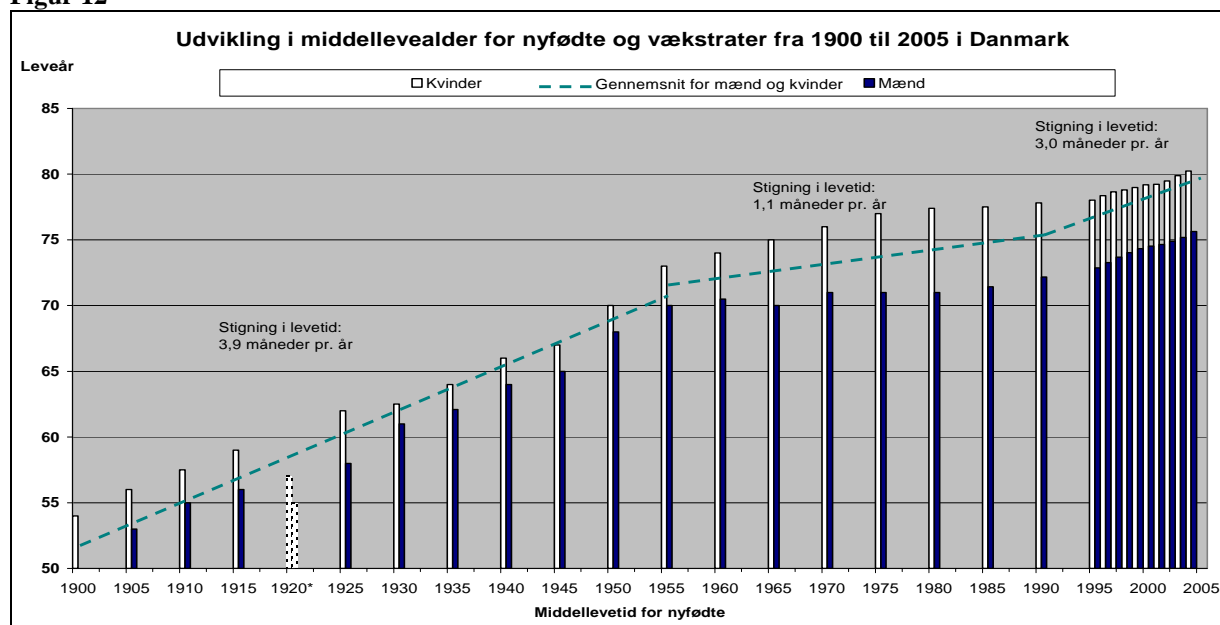
Konklusion: Selvom man helt klart kan sige, at de danske sundhedsudgifter nok er **steget mindre** i de anførte perioder, må det dog påpeges, at Danmarks sundhedsudgifter rent **niveaumæssigt** stadig er på højde med OECD-gennemsnittet. Spørgsmålet er derfor, om Danmark historisk og aktuelt får nok for "sundhedspengene", og at det er grunden til, at vi stadig ligger under med hensyn til levetid.

³ jf. figur 7 samt fodnote på side 11.

III. Hænger den lave danske middellevetid sammen med udviklingen i de danske sundhedsudgifter?

1. Middellevetid og vækstrater for nyfødte (et tilbageblik fra 1900-2005)

Figur 12



Kilde: Egne beregninger på baggrund af materiale fra Danmark Statistik. * I beregningerne er ikke medtaget 1920, idet der var særlige forhold som dårlig ernæring, som følge af den 1. Verdenskrig (1914-1918). Hertil kom den spanske syge.

I år **1900** var levealderen for mænd og kvinder i gennemsnit ca. 52 år. Levealderen steg herefter jævnt med 3,9 mdr. pr. år, så man i midten af 1950'erne blev i gennemsnit ca. 72 år. Denne periode betegnes, som en **højvækst** periode, hvor man bl.a. fik delvist bugt med tuberkulose og mange infektionssygdomme, hvilket har forlænget folks liv. Forbedringer i den generelle sundhedstilstand og politisk gennemførte velfærdsordninger spillede givetvis også en stor rolle.

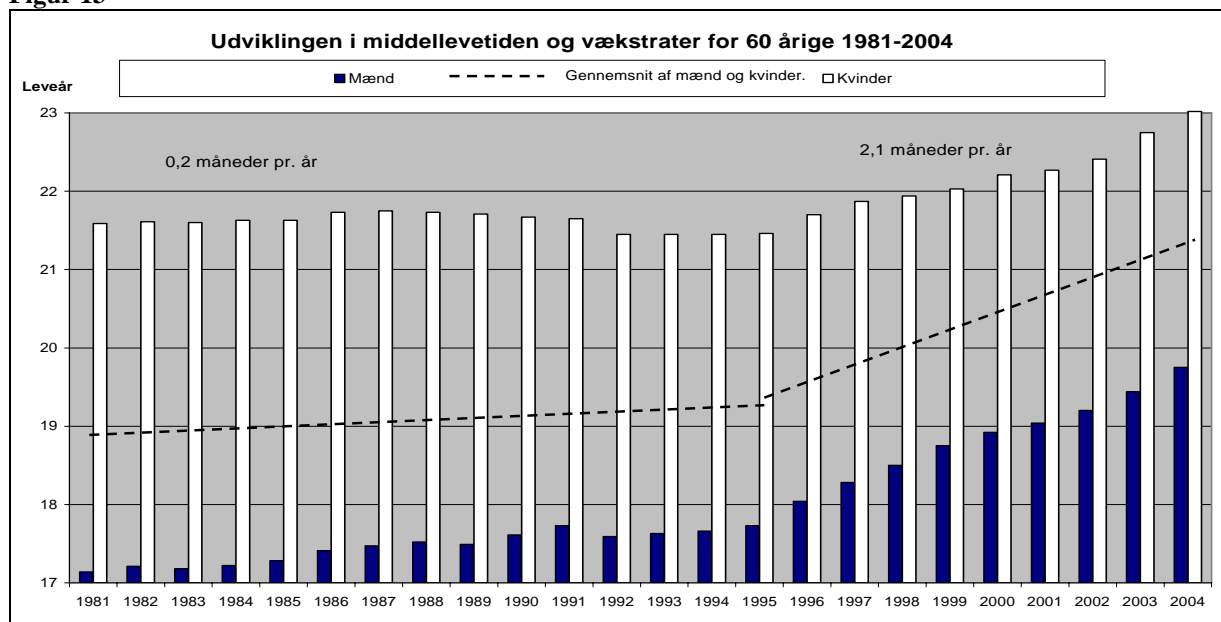
I perioden 1955 til 1995 er der derimod **lavvækst** i levealderen, da levetiden kun voksede ca. 1,1 mdr. pr. år. **Gennemsnitalderen steg kun fra ca. 72 år til ca. 75 år over den 40-årige periode.** Det bemærkes, at kvindernes levealder steg pænt, imens levealderen for mænd var stagnerende.

Herefter indtræder en ny højvækstperiode fra **1995** og fremefter, hvor væksten i levealderen er ikke mindre end 3,0 mdr. pr. år. Det betyder, at en gennemsnitsdanske nu bliver ca. 78 år. Væksten er næsten 3 gange højere end i den foregående lavvækst periode fra 1955-1995.

I den seneste periode siden 1995 er levetiden steget ca. 2 ½ år på bare 10 år. Det har stor betydning for forventningerne til den fremtidige levealder, **at Danmark efter 1995 nu er i en højvækstperiode, som faktisk kan sammenlignes med de meget store vækstrater fra perioden 1900-1955.**

2. Middellevetid og vækstrater for 60-årige (perioden 1981-2004)

Figur 13



Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Statistik.

Det nye i levetidsstigningerne efter 1995 er, at nu er **alle** aldersgrupper med i forbedringerne. Frem til 1995 var levetidsforbedringerne især forbeholdt aldersgrupperne **før** 60 år, og forbedringerne i levetiden for disse aldersgrupper var beskedne. Derfor steg den samlede levetid kun lidt i perioden 1955-1995.

Men **efter** 1995 er indtrådt et bemærkelsesværdigt skift. Nu er der sket en **stor** forbedring i levealderen for alle grupper under 60 år **samt** aldersgrupperne over 60 år. Derfor er den samlede levealder steget meget.

I **Figur 13** ses det, at den gennemsnitlige middellevetid for 60-årige mænd og kvinder er steget med 2,1 måneder pr. år. siden 1995. **Det er en 10-dobling i forhold til perioden fra 1981-95, hvor forbedringen kun var 0,2 mdr. pr. år.**

Det samme billede tegner sig også for de 65-årige. Også for denne aldersgruppe indtræffer en markant forbedring i levetiden fra 1995 og fremefter. Væksten for de 65-årige i Danmark er oven i købet så stor, at væksten overgår de tilsvarende vækstrater for 65-årige i Sverige.

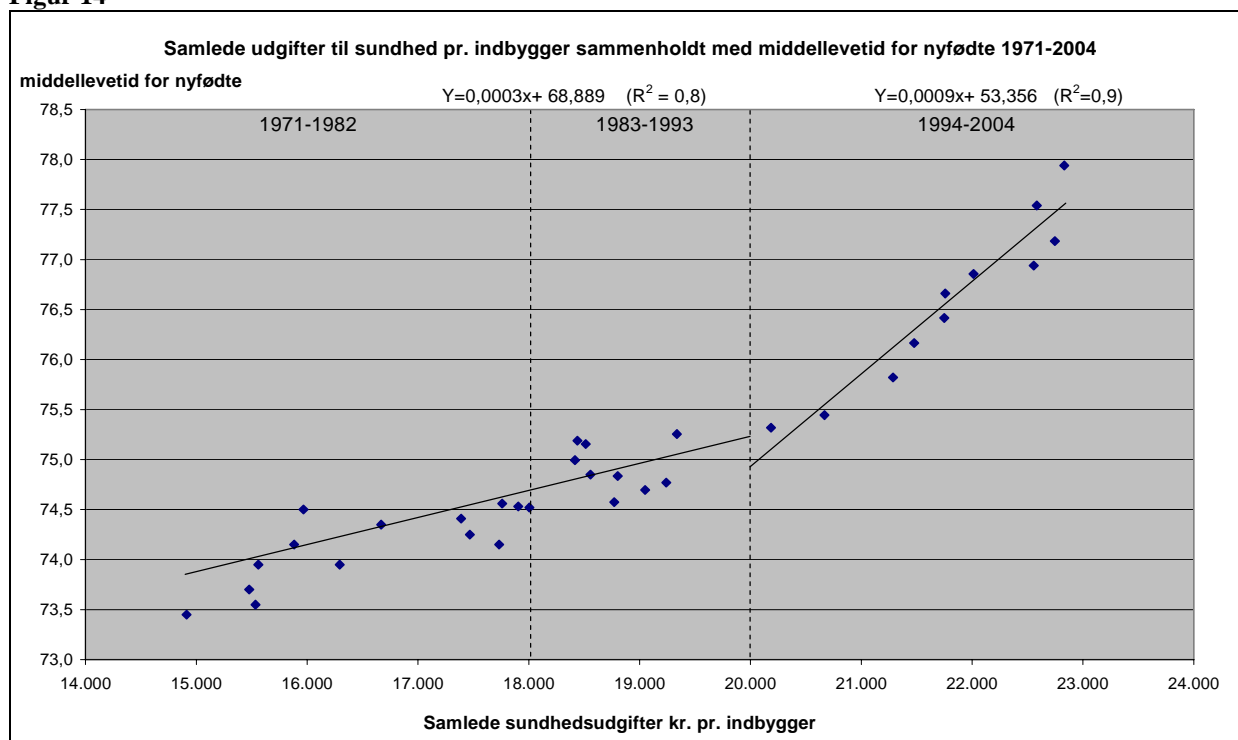
Hvis man går tilbage til år 1990 var middellevetiden for 60-årige mænd og kvinder i gennemsnit ca. 15 år. Frem til 1995, altså i næsten 100 år, steg middellevetiden absolut set kun med ca. 5 år i gennemsnit for mænd og kvinder. Så levetiden for 60-årige steg fra ca. 75 år i 1900 til ca. 80 år i 1995. Altså en meget begrænset vækst.

Men alene i seneste tiårsperiode 1995-2005 er levealderen absolut set steget med ca. 2 år for de 60-årige, så det er noget af en acceleration i levetidstilvækst pr. år. Og alt tyder på at levetiden fortsat stiger.

3. Sammenligning af sundhedsudgifter og middellevetid i Danmark (perioden 1971-2005)

a. Middellevetid for nyfødte og sundhedsudgifter pr. indbygger.

Figur 14



Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Statistik.

Hvis man rent talmæssigt sammenholder udviklingen i levetiden for nyfødte med udviklingen i sundhedsudgifterne pr. indbygger (jf. Figur 14), får man et interessant billede, der **antyder en vis sammenhæng** mellem sundhedsudgifter og befolkningens levetid⁴.

I udgiftsintervallet 15-20.000 kr. pr. indbygger, **der svarer til udgiftsniveauet for perioden 1971-1993**, kan man rent skematisk sige, at 1.000 kr. ekstra pr. indbygger til sundhedsudgifter svarer til 0,3 leveår ekstra, uden at der dog heraf kan udledes, at det er sundhedsudgifterne alene, der afgør stigningen i levealderen.

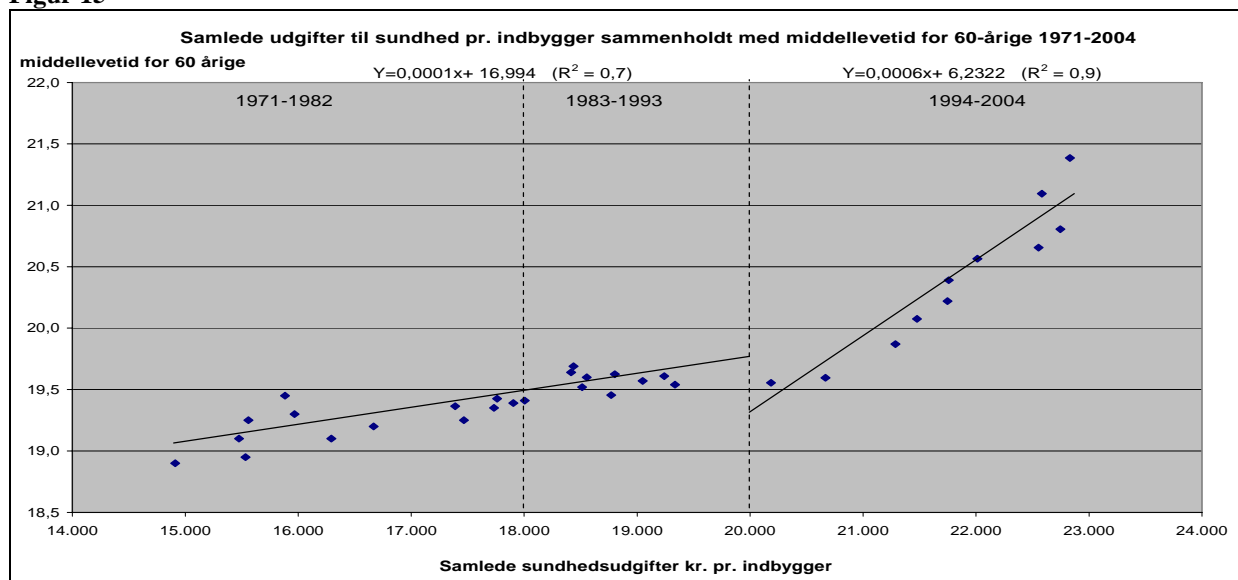
Men det mest interessante er, at i perioden 1994-2004 sker der tilsyneladende et **radikalt skift i koblingen mellem udgifterne og levealderen**. Middellevetiden stiger stejlt og sundhedsudgifterne viser også en ret stor stigning. I denne periode svarer 1.000 kr. ekstra pr. indbygger til 0,9 leveår mere, altså tre gange så meget som i de foregående to perioder.

Det kunne indikere, at det danske sundhedsvæsen er blevet noget mere effektivt dels til at udnytte de **eksisterende** ressourcer og dels til at bruge de **nye** ressourcer mere effektivt og målrettet i løbet af de seneste 10-12 år. Sammenhængen bliver endnu mere udtalt for de 60-årige (jf. Figur 15 næste side). I den øgede effektivitet indgår også medicinske fremskridt.

⁴ Det kan til enhver tid diskuteres, hvor stor en rolle sygehus- og sundhedsvæsenet spiller for befolkningens gennemsnitlige levetid. Den almindelige sundhedstilstand, der bl.a. består af godt arbejdsmiljø, sund kost, fornuftig levevis, gode og sunde boligforhold og ikke mindst motion spiller helt givet også en afgørende rolle for levetiden.

b. Middellevetid for 60-årige og sundhedsudgifterne pr. indbygger.

Figur 15



Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Statistik.

Hvis man laver det tilsvarende regnestykke for **middellevetiden for de 60-årige** (jf. Figur 15) som for de nyfødte, er der tilsyneladende et endnu større skift i koblingen mellem sundhedsudgifter og levealder fra perioden 1971-1993 til perioden 1994-2004.

Også her ses, at der er en vis kobling mellem levetid og sundhedsudgifter i den første periode 1971-1993. Her svarer 1.000 kr. ekstra pr. indbygger til en levetidsforlængelse på 0,1 leveår for over 60-årige. Men i den efterfølgende periode 1994-2004 nærmest "eksploderer" koblingen. Nu svarer 1.000 kr. i ekstraudgifter pr. indbygger til 0,6 leveår, altså 6 gange mere end tidligere.

Det er nærliggende også her at antage at **en** af forklaringerne kan være, at sundhedsvæsenet op igennem 1990'erne og frem til i dag er blevet mere effektivt til at udnytte de mange milliarder, der årligt tilfalder sundhedsvæsenet.

c. Delkonklusion

Ud fra de statistiske målinger der kan laves vedrørende koblingen mellem sundhedsudgifterne og middellevetiden både for nyfødte og for 60-årige kunne meget tyde på, at sundhedsvæsenet og herunder sygehusene er blevet en del mere effektive til at udnytte ressourcerne i perioden 1994 og fremefter⁵. Man kan måske oven i købet sige, at sygehusvæsenet før og efter begyndelsen af 1990'erne er to forskellige "væsener" med hensyn til effektivitet. Det forekommer, at vi får meget mere for pengene efter 1994 end før.

Lad os derfor undersøge nærmere, om der kan påvises dels nogle konkrete foranstaltninger der forbedrer sygehusvæsenets effektivitet, og dels nogle konkrete måltal for sundhedssektorens effektivitet.

⁵ Det er klart, at andre faktorer (generel sundhedstilstand, bedre arbejdsmiljø og mindre fysisk belastende arbejde, mv.) spiller en rolle. Men det er svært at kvantificere.

IV. Vigtige politiske beslutninger der har gjort sundhedsvæsenet mere effektivt (perioden 1993-2005).

I **tabel 4** nedenfor er udarbejdet et skema, der ganske kortfattet og kronologisk forsøger at sammenfatte de vigtigste beslutninger, der må siges at medføre et mere effektivt sundhedsvæsen.

Det startede med **hjerterplanen** i 1993, der virkelig har haft stor effekt (som vi senere skal se). Herefter følger en række effektivitetsfremmende foranstaltninger, der grundlæggende går ud på at flere patienter skal kunne behandles på sygehusene. Det drejer sig om **frit sygehusvalg**, målrettede bevillinger til at **øge kapaciteten** og ikke mindst indførslen af **effektivitetsbestemte bevillinger**, der knytter sig til behandlingsaktiviteten. Endelig kommer også en **behandlingsgaranti** med ventetidsmål, selvom virkningen af sidstnævnte aktuelt debatteres meget på kræftområdet.

Endelig skal også nævnes, at der i lighed med hjerterplanen fra 1993 senere i perioden er iværksat to **kræftplaner**, med henblik på at forbedre kræftbehandlingen i Danmark.

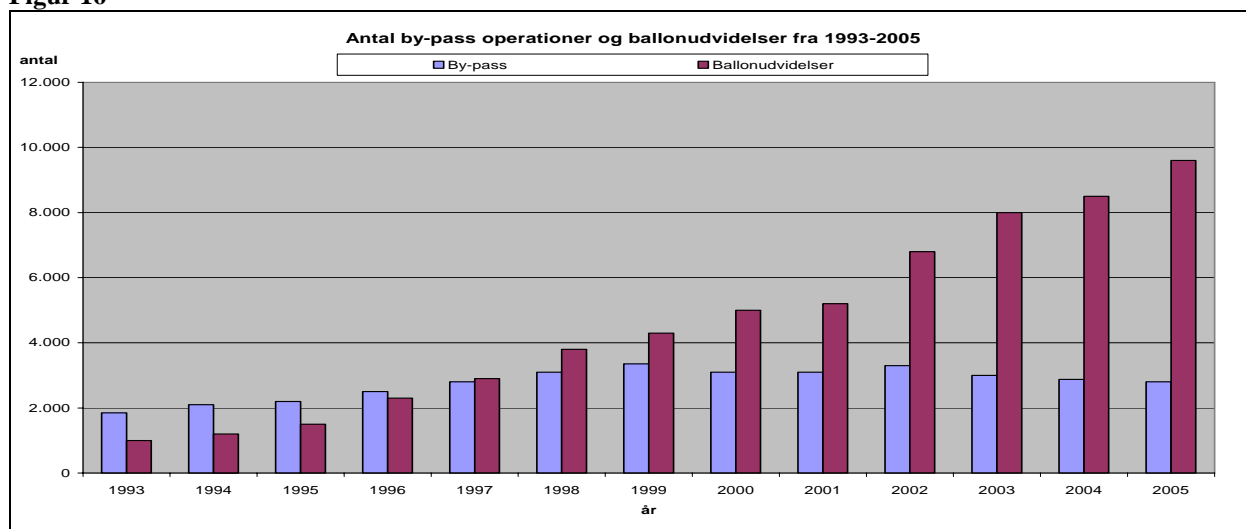
Tabel 3 **Vigtige politiske beslutninger indenfor sundhedsvæsenet**

Tidspunkt:	Aftale:	Indhold:	Resultat/Kommentar:
1993	Hjerteplanen	1993-1995. Fordobling af hjertekirurgiske kapacitet , således at højrisikopatienter skal behandles inden for 1-2 uger efter medicinsk undersøgelse.	Antallet af ballon-udvidelser og by-pass-operationer er steget fra under 1.000 i 1990 til omkring 12.000 i 2004. Danmark er dermed kommet op på et internationalt niveau.
1993	Frit sygehusvalg	Frit sygehusvalg indføres. Såfremt eget amt ikke kan behandle patienter indenfor en given frist, kan man tage til et andet amt og blive behandlet.	Da ventetiden varierer meget fra sygehus til sygehus, vil brug af ordningen formindske ventetiden , og dermed øge effektiviteten.
1996	Omstilling og incitamentpulje	Tilskynde til ekstra indsats. Bedre udnyttelse af den eksisterende kapacitet på sygehuse og derigennem reduktion af ventetiderne. 250 mio. kr. tilføres på Finansloven for 1997.	Puljen får sat fokus på, at incitamenter i sygehussektoren kan medføre nytænkning i arbejdsprocesser og deraf flere patientbehandlinger med samme ressourceindsats.
1998	Styrkelse af incitamenterne til at øge produktiviteten	Indførelse af bevilling der afhænger af aktiviteten på det pågældende sygehus. Grundbevillingen udgør 90 procent og 10 procent af sygehusenes bevillinger er afhængig af aktiviteten .	Princippet om at der følger penge med øget aktivitet er hermed indført. Den konkrete udmøntning aftales med amterne og gennemføres fra år 2000.
1998	Aktivitetsbestemte bevillinger til sygehuse: Aktivitetsbestemt afregningssystem indføres	Rammestyningen er fortsat det bærende princip, men suppleres dog med aktivitetsbestemte bevillinger til sygehusvæsenet. Aktivitetsbestemt afregning bygger på DRG-standard (diagnose relaterede grupper), som er en fastsat pris på forskellige hospitalsydelse.	Incitamenter til at øge produktiviteten, da der gives aktivitetsbestemte bevillinger . Ordningen træder i kraft fra år 2000, når DRG-systemet forventes at være fuldt gennemarbejdet på de væsentligste områder.
1998-99 (Finanslov)	Behandlingsgaranti (ventetidsmål)	Aftale om behandlingsgaranti vedr. livstruende sygdomme.	Ventetidsmålene fastsættes af Sundhedsstyrelsen som en overgrænse for den fagligt acceptable ventetid for de mest alvorlige sygdomme.
2000-2001 (Finanslove)	Kræftplan 1	I 1998 nedsatte Sundhedsministeriet en Kræftstyregruppe på baggrund af kræftbehandlingens kvalitet. På finanslovene blev der afsat 495 mio. kr. til at styrke indsatsen på kræftområdet for perioden 2000-2002. Derudover er der afsat penge til apparatur.	Formålet med merbevillingen er både at øge aktiviteten med henblik på at reducere ventetiderne og at forbedre behandlingskvaliteten .
2001	Årlig meraktivitetspulje til sygehuse	På Finansloven blev der afsat en pulje på 1½ mia. kr. for 2002 til finansiering af de udgifter, der er forbundet med at øge behandlingskapaciteten med henblik på nedbringelse af ventetider mv.	Der opereres i dag (2005) ca. 100.000 flere om året end i 2001. Stigningen fra 2001 til 2005 er ca. 20 procent i antallet af opererede.
Juli 2002	Udvidede frie sygehusvalg	Giver den enkelte ret til at modtage behandling på det offentlige regning på et privat eller udenlandsk sygehus , hvis ventetiden overstiger 2 måneder. (fra 2007 vil det gælde efter 1 mdr.)	Ca. 31.000 anvendte det udvidede frie sygehusvalg i 2005. Samlet set har knap 80.000 anvendt ordningen siden 1. juli 2002 til udgangen af 2005.
2004	Aktivitetsbestemte bevillinger udgør 20 procent af sygehusenes budgetter	Minimum 20 procent af aktiviteterne på sygehuse skal takstafregnes.	En øget andel af sygehusenes penge afhænger nu af aktivitetsniveauet.
2005 2005-2006 (Finanslove)	Kræftplan II	Den nye kræftplan, som i vid udstrækning bygger på kræftplan I, tager afsæt i det samlede patientforløb med henblik på anbefalinger til, hvilke indsatser, der er nødvendige for at sikre høj kvalitet i patientforløbene . Ca. 550 mio. kr. bliver øremærket til kræftområdet over flere år. Derudover afsættes en låneramme på i alt ca. 0,9 mia. kr. til investeringer i apparatur.	Formålet er blandt andet at få øget fokus på tobaksforebyggelse, en bedre organisering af patientforløbet og styrkelse af kræftkirurgien.
2005	VK-regeringen II : Nye mål	Andelen af aktivitetsbestemte bevillinger til de enkelte sygehuse og sygehusafdelinger skal over en årrække øges fra de nuværende 20 procent til 50 procent	Hermed bliver bevillingerne i endnu større grad afhængige af aktivitetsniveauet.

Kilde: Hovedsageligt Finanslovsaftaler gennem årene samt evt. kommentarer om resultatet ved hjælp af Sundhedsministeriets publikationer.

V. Vigtige nøgletal for sundhedssektoren

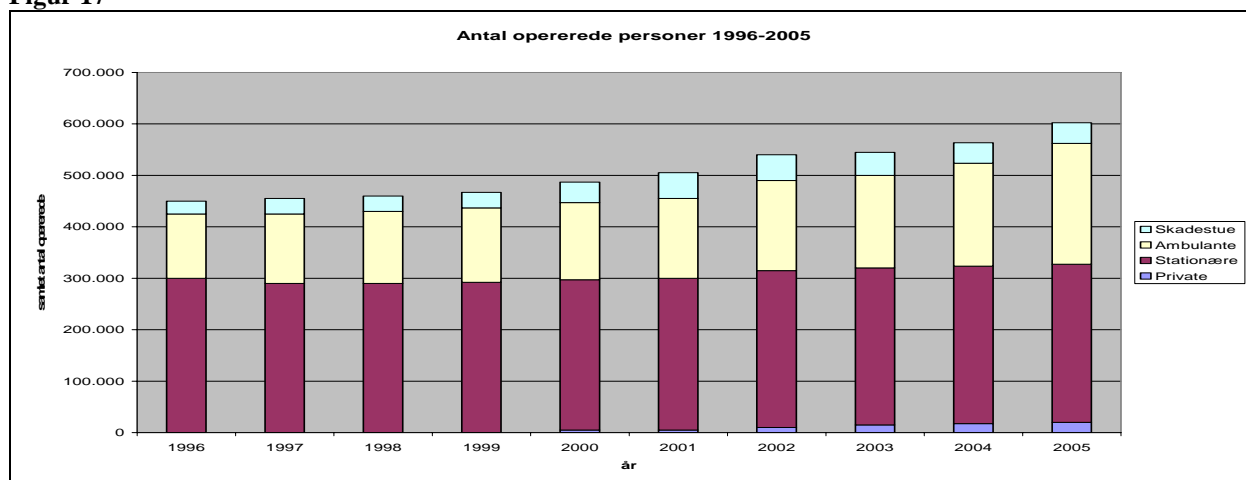
Figur 16



Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriets ”Sundhedssektoren i tal, juni 2006” og ”Sundhedssektoren i tal – 2000/2001”.

En af de helt store **succeshistorier** indenfor dansk sygehusvæsen er hjerteplanen fra 1993. Den har givetvis reddet mange liv – også ved indførelsen af den nye teknik kaldet ballonudvidelse (af hjertekransårer). I 1993 blev der kun udført ca. 3.000 by-pass operationer og ballonudvidelser. Siden er tallet steget voldsomt til over 12.000 operationer i 2005. **Det har sat sine tydelige spor i overlevelsestallene** (jf. figur 21 på side 24).

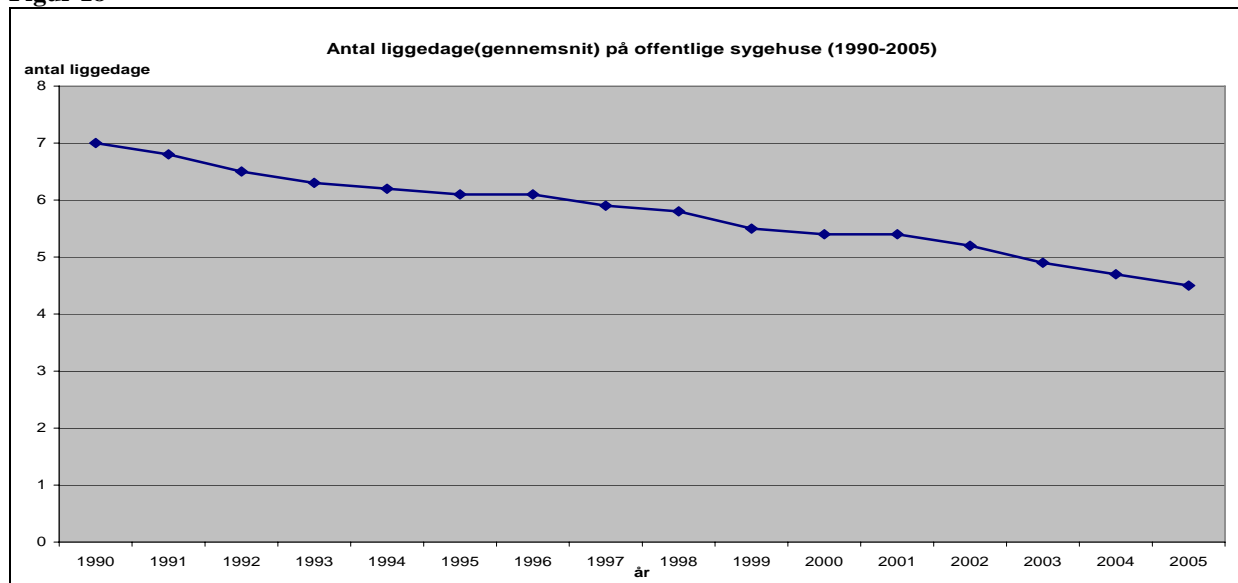
Figur 17



Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriets ”Sundhedssektoren i tal, juni 2006”. (Aflæst)

I alt opereres ca. 600.000 personer om året (2005). Det er ca. 150.000 mere end for 10 år siden. Men en vigtig del af udviklingen er antallet af **ambulante operationer**, der står for en meget stor del af stigningen. Det betyder jo, at man kan behandle patienterne både hurtigere og mere effektivt (mindre ressourcekrævende). Det kræver samtidig en betydelig lægefaglig ekspertise at behandle så mange patienter ambulant.

Figur 18

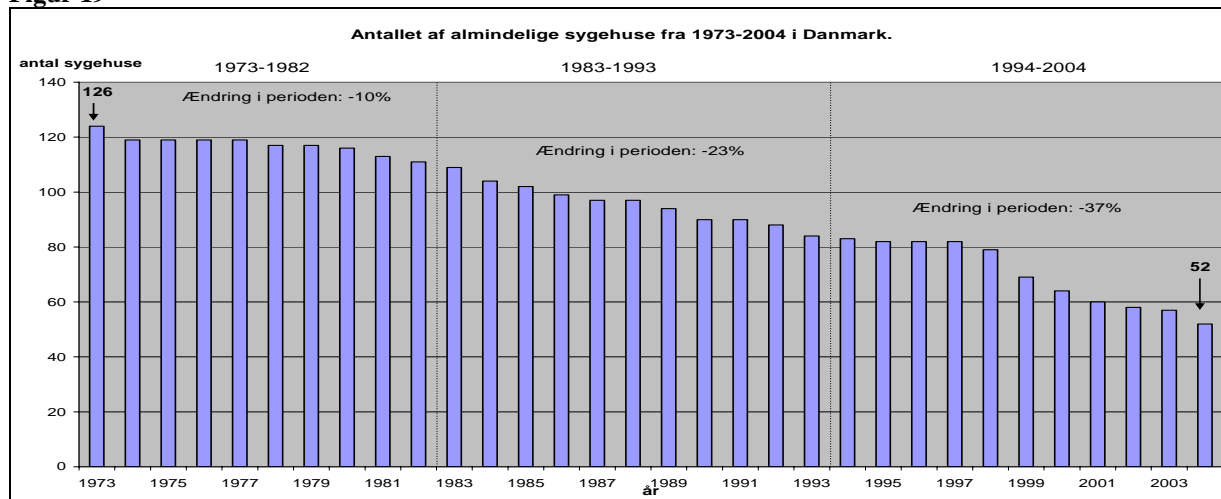


Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriets "Sundhedssektoren i tal, juni 2006"

Note: Der er tale om stationær somatisk aktivitet.

Det er en meget vigtig indikator for sygehusvæsenets effektivitet, at man kan behandle patienterne på den kortest mulige indlæggelsestid (selvfølgelig på tilfredsstillende vis). Og indlæggelsestiderne er i løbet af 1990'erne og frem til i dag faldet konstant fra gennemsnitligt syv dage i 1990 til 4½ dage i 2005. Følger vi udviklingstendenserne vil vi i 2008 være helt nede på 4 liggedage i gennemsnit.

Figur 19



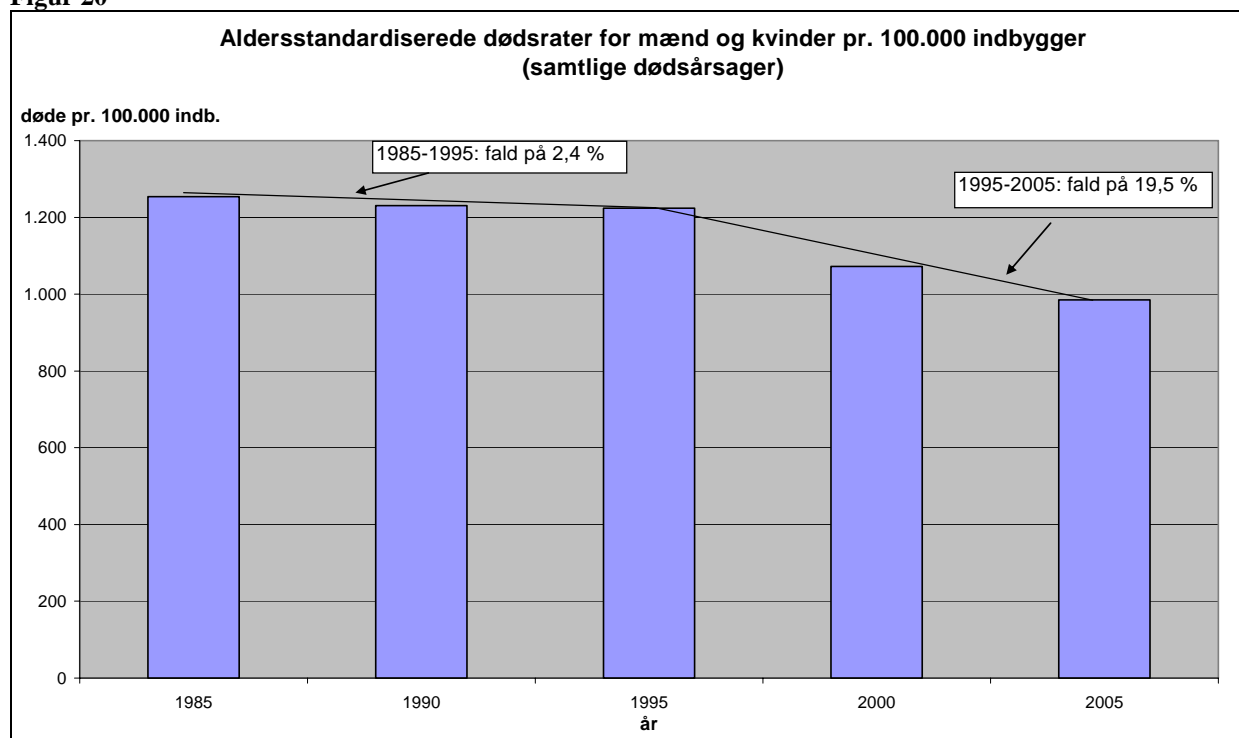
Kilde: Danmarks Statistik 10-årsoversigter 1985, 1995 og 2006.

Der er sket en **kraftig rationalisering** i antallet af sygehuse siden 1973, svarende til mere end en halvering i antallet. Det er gået stærkest i den seneste periode fra 1995-2004 (jf. figur 19). En effektiv patientbehandling kræver i høj grad **specialisering** (på alle tider af døgnet oven i købet), og derfor er rationaliseringen et vigtigt element i forbedringen af sygehusvæsenet.

VI. Klart faldende dødelighed og bedre overlevelse ved sygdom

Ud fra Sundhedsstyrelsens seneste statistik over dødsårsager i 2005, tegner der sig et billede af, at det danske sundhedsvæsen er blevet en del bedre i de seneste ti år (jf. nedenstående figur 20).

Figur 20



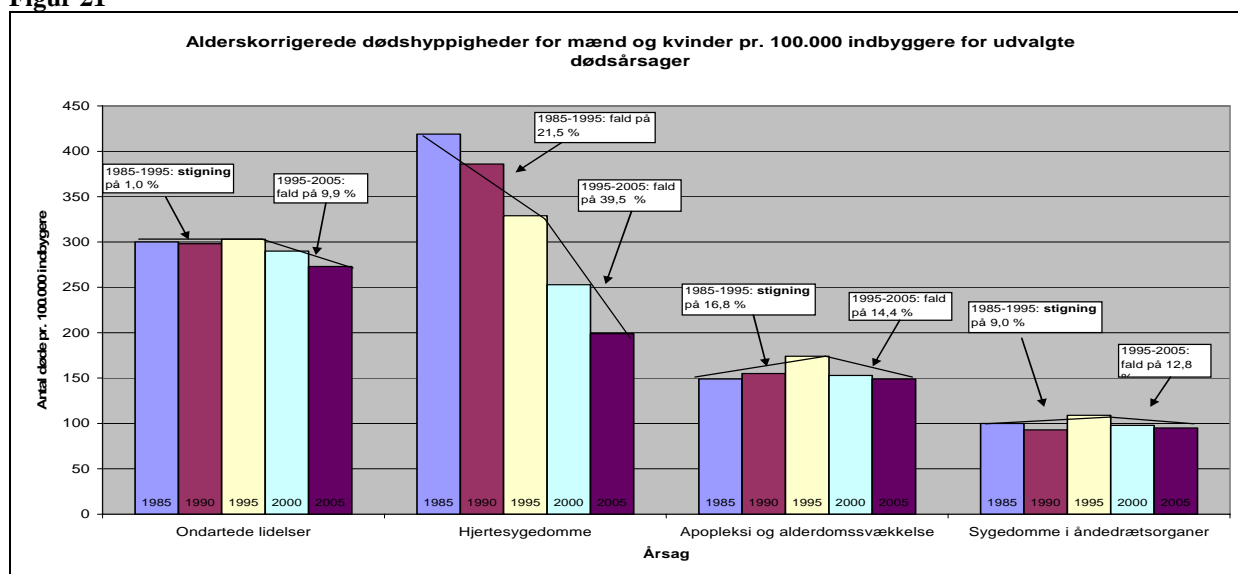
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sundhedsstyrelsens "Dødsårsagsregistre 2005" (foreløbige tal fra september 2006).

I perioden **1985-1995** faldt de aldersstandardiserede dødshyppigheder⁶ kun med 2,4 procent. I den næste femårs periode (1995-2000) faldt dødshyppighederne brat, således at der for hele perioden **1995-2005** blev tale om et markant fald på ikke mindre end 19½ procent. Det er en forbedring på ikke mindre end 8 gange i forhold til den foregående periode. **Beregningsteknisk svarer det til, at ca. 12.000-13.000 flere patienter har overlevet deres sygdomme i 2005 i forhold til 1995. Det svarer til et gennemsnit på 1.200-1.300 flere danskere pr. år, der overlever.**

Fordelt på sygdomsgrupperne ser det således ud (jf. Figur 21 næste side)

⁶ Ved en aldersstandardiseret dødshyppighed har man beregningsteknisk fastholdt befolkningen på samme aldersniveau. Men har med andre ord korrigeret for dødsfald som følge af **ændret aldersfordeling**.

Figur 21



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sundhedsstyrelsens "Dødsårsagsregistre 2005" (foreløbige tal fra september 2006).

Det første man bemærker, er den store – nærmest dramatiske – forbedring i behandlingen af **hjertesygdomme**. Her var man allerede på sporet i perioden 1985-1995 med et fald i dødeligheden på 21½ procent. Men de næste ti år lykkedes det at nedbringe dødeligheden yderligere 39½ procent. For hjertesygdomme betyder det, at næsten 7.000 flere patienter overlever deres sygdom i 2005 i forhold til 1995.

For de **ondartede lidelser** (cancer) er der også forbedringer i perioden 1995-2005. Der er faktisk sket et fald i dødeligheden på små 10 procent i perioden. 1.600 flere patienter overlever i dag i forhold til 1995. I den foregående periode 1985-1995 skete derimod en (lille) forværring af kræftpatienternes situation.

Den store forbedring i behandlingen af hjertesygdomme har medført, at den hyppigste dødsårsag beregningsteknisk nu er cancer. I 1995 var den hyppigste dødsårsag hjertesygdomme.

Både inden for sygdomsgrupperne **apopleksi (slagtilfælde)** og **alderdomssvækkelse** samt sygdomme i **åndedrætsorganerne** skete en meget stor forværring i dødshyppigheden i perioden 1985-1995. I den næste periode 1995-2005 er der derimod tale om en forbedring af næsten samme størrelse som den tidligere forværring. Så her er vi for så vidt kommet lige langt (desværre!). Danmark er kendt for at være bagefter med behandling af blodpropper i hjernen, men der ser ud til at være nye foranstaltninger på vej indenfor trombolysbehandling. **Så mon ikke de eksisterende forbedringer i 2005 vil blive yderligere forstærket.**

Sygdomme i **åndedrætsorganerne** er et rygerproblem og kan kort beskrives som en sygdom der primært opstår fordi især kvinder (stadig) ryger for meget. Forbedringerne går dog den rigtige vej.