



Folketingets Finansudvalg  
Christiansborg

2. november 2020

## Svar på Finansudvalgets spørgsmål nr. 4 (Alm. del) af 7. oktober 2020 stillet efter ønske fra Lisbeth Bech-Nielsen (SF)

### Spørgsmål

Det fremgår af svaret på FIU alm del - spørgsmål 391 (2016-17), at indregning af dynamiske effekter forudsætter et empirisk grundlag herfor, og at der for offentlige udgifter vil være behov for at kende den præcise udmøntning. Desuden fremgår, at der for tiltag på sundhedsområdet generelt også er to yderligere udfordringer ved at indregne dynamiske effekter. Navnlige en indkomsteffekt, idet forsikringsværdien øges ved øgede offentlige sundhedsudgifter, og en substitutionseffekt til mere fritid.

Vil ministeren vurdere, hvorvidt disse udfordringer gælder bredt for tiltag på sundhedsområdet eller kun for visse tiltag? Herunder ønskes der en konkret vurdering af, hvorvidt disse udfordringer gør sig gældende ved indregning af de dynamiske effekter, der påvises i studiet ”Years of life gained by multifactorial intervention in patients with type 2 diabetes... Peter Gæde et al, 2016”, som Novo Nordisk har støttet. Der er her tale om intensiv diabetesbehandling af en særligt udsat gruppe af type 2 diabetespatienter, der har ændret markant på forekomsten af følgesygdomme i et 4-8 årigt perspektiv, herunder øjenskader, nyreskader og blodprop i hjertet.

Vil ministeren endvidere oplyse, om der for denne intensive diabetesbehandling et udbredt/velfungerende privat forsikringsmarked, der giver adgang til behandlingen, og er en væsentlig del af danskerne i så fald omfattet af en sådan forsikring? Er det i modsat fald korrekt forstået, at indkomsteffekten ikke gælder i væsentlig grad?

For denne type af diabetesbehandling ønskes desuden en vurdering af, hvorvidt værdien af fritid øges i samme grad som værdien af arbejde. Hvis tiltaget muliggør, at en gruppe mennesker kan arbejde og dermed øger værdien af deres arbejdsudbud væsentligt mere end værdien af deres fritid, er det så korrekt forstået, at substitutionseffekten ikke gælder i væsentlig grad? Vil ministeren endelig tage initiativ

til at igangsætte et arbejde, hvor det afdækkes for hvilke tiltag på sundhedsområdet, der findes god empirisk viden om de positive dynamiske effekter i form af øget arbejdsudbud og besparelser til fremtidige sundhedsydelser?

### Svar

De i spørgsmålet nævnte udfordringer er generelt relevante at forholde sig til, når der skal tages stilling til eventuel indregning af dynamiske effekter i forbindelse med konkrete tiltag på sundhedsområdet. Omfanget, hvormed de enkelte forhold er relevante, vil naturligvis kunne variere fra tiltag til tiltag. Behovet for at forholde sig til disse forhold betyder ikke, at de er lige relevante i alle tilfælde, eller at de nødvendigvis forhindrer indregning af effekter.

Forskning som den omtalte artikel er drivende for udviklingen af behandling på sundhedsområdet, hvor påvisningen af evidens for god effekt slår igennem i behandlingen. Det sker typisk gennem udviklingen af kliniske retningslinjer på de enkelte behandlingsområder, der forestås af enten Sundhedsstyrelsen eller relevante faglige selskaber. Retningslinjerne er retningsgivende og dermed ikke bindende, da det altid vil være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Da retningslinjerne typisk fastsættes på et meget konkret område udarbejdes der løbende et stort antal retningslinjer, alene på kræftområdet er der fx langt over 100 eksisterende og kommende retningslinjer.

Udviklingen af sådanne retningslinjer repræsenterer typisk ikke politiske tiltag af den type, for hvilke det normalt er relevant fra Finansministeriets side at foretage vurderinger af eventuelle dynamiske effekter.

I det omfang eventuelle ændringer i behandlingen på sundhedsområdet såsom dem, der omtales i artiklen, repræsenterer en løbende tilpasning af behandlingsindsatsen til ændrede behandlingsbehov i befolkningen, så giver det ikke anledning til indregning af effekter set i forhold til grundforløbet for de mellemfristede fremskrivninger.

For så vidt angår isolerede effekter af den konkrete behandling for den enkelte bemærkes, at den omtalte artikel fokuserer på effekten på levetiden og antal år uden konkrete følgesygdomme. Mens en forbedring af sundhedstilstanden naturligvis kan påvirke arbejdsevnen, giver artiklen ikke direkte grundlag for at vurdere omfanget af en sådan eventuel effekt i det konkrete tilfælde – ud over hvad der måtte følge direkte af flere leveår.

Generelt i forhold til eventuelle dynamiske effekter på levetiden bemærkes for det første, at der i de mellemfristede fremskrivninger allerede er forudsat en stigende levetid i de kommende årtier, hvilket blandt andet (implicit) forudsætter en løbende forbedring af sundhedstilstanden blandt andet via løbende forbedring af behandlingen i sundhedssystemet. I det lys kan løbende konkrete forbedringer af behandlingen ses som en udmøntning af allerede forudsatte forbedringer, som

derfor ikke vil give anledning til indregning af effekter ud over, hvad der i forvejen ligger i de mellemfristede fremskrivninger.

For det andet bemærkes, at stigende levetid ikke i sig selv kan forventes at styrke holdbarheden af de offentlige finanser. Det afhænger i høj grad af for hvilke aldersgrupper den pågældende reduktion i dødeligheden forekommer. De seneste 25 års levetidsstigninger er især fremkommet ved forøget levetid (reduceret dødelighed) blandt personer over 60 år. Denne type levetidsstigninger vil isoleret reducere holdbarheden. Levetidsindekseringen af folkepensionsalderen, som følger af Velfærdsaftalen fra 2006, sikrer, at den offentlige økonomi i Danmark er forholdsvis neutral over for denne type levetidsstigninger.

Beregninger foretaget for Forebyggelseskommissionen i 2009 pegede på, at en øget levetid – i dette tilfælde relateret til en forbedring af sundhedstilstanden via de primære faktorer kost, rygning, alkohol og motion (KRAM-faktorerne) – isoleret set svækker holdbarheden af de offentlige finanser, *jf. Regneprincipper og modelanvendelse – dynamiske effekter af offentligt forbrug og offentlige investeringer, maj 2018*. Eventuelle arbejdsudbudseffekter – ud over hvad der måtte være knyttet direkte til flere leveår – vil dermed ikke umiddelbart give forventning om en samlet set positiv effekt, men i første omgang om en mindre negativ effekt.<sup>1</sup>

Endelig bemærkes, at en forlænget levetid ikke i sig selv reducerer det samlede træk på sundhedssystemet set over et livsforløb, men først og fremmest udsætter tidspunktet, hvor trækket er størst (i årene op til død). Eventuelle direkte afledte effekter på behovet for eller trækket på øvrige behandlinger vil ikke umiddelbart have en effekt på de offentlige finanser – med mindre en sådan aktivt realiseres via en besparelse på sundhedsområdet.

I forhold til spørgsmålet om en afdækning af empirisk viden, har VIVE for nyligt offentliggjort en litteraturgennemgang af empiriske studier vedrørende dynamiske effekter af offentligt forbrug – herunder på sundhedsområdet, *jf. VIVE (2020): Dynamiske effekter af offentligt forbrug – en litteraturoversigt*. Her blev overordnet set ikke fundet empiriske estimater, som kunne danne grundlag for skøn over dynamiske effekter af marginale ændringer.

Regeringen har generelt fokus på at styrke muligheden for at indregne dynamiske effekter af offentligt forbrug på tværs af områder. Derfor er der dels afsat forskningsmidler med henblik på at sikre, at der kan opdyrkes ny viden, dels etableret et uafhængigt og løbende eftersyn af ministeriernes regneprincipper med henblik på at sikre, at de løbende er opdateret og afspejler den nyeste viden.

---

<sup>1</sup> Beregningerne til forebyggelseskommissionen viste også, at resultatet var følsomt over for de nærmere forudsætninger, herunder angående arbejdsudbudseffekter ud over hvad der direkte kan tilskrives flere leveår, *jf. Regneprincipper og modelanvendelse – dynamiske effekter af offentligt forbrug og offentlige investeringer, maj 2018*. Derudover vil de nærmere effekter i konkrete tilfælde også afhænge af, hvilke alderstrin de ekstra leveår falder på (hvor gamle personerne bliver i udgangspunktet), samt i hvilket omfang personkredsen, som oplever længere levetid, har beskæftigelsesfrekvenser, der afviger fra gennemsnittet i befolkningen.

Med *Aftale om fordeling af forskningsreserven i 2018* blev der under den tidligere regering afsat 12 mio. kr. til forskning i samfundsøkonomiske effekter af velfærdsinvesteringer. Disse midler er blandt andet gået til et flerårigt projekt, hvor VIVE i samarbejde med forskere fra Aarhus Universitet og Københavns Universitet undersøger dynamiske effekter på flere velfærdsområder.

I efteråret 2019 indgik regeringen en bred aftale om fordelingen af forskningsreserven i 2020. Konkret er der derfor i 2020 afsat 51 mio. kr. på finansloven til forskning i effekter af tidlige indsatser og til arbejdet med udvikling af de økonomiske regnemodeller – heraf 15 mio. kr. alene til forskning i effekter af velfærdsinvesteringer.

Det løbende og uafhængige eftersyn af ministeriernes regneprincipper skal varetages af Formandskabet for De Økonomiske Råd. Der sker via en lovændring for De Økonomiske Råd, som jeg fremsætter forventeligt i december dette år.

Sundhedsområdet er ét af de områder, som formandskabet for De Økonomiske Råd kan tage op i forbindelse med eftersynet af regneprincipperne. Det er op til formandskabet for De Økonomiske Råd at prioritere, hvilke områder der er vigtigst eller størst afkast forbundet med at behandle først.

Både forskningsmidlerne og eftersynet skal understøtte, at regnemodellerne står på det bedst mulige faglige grundlag.

Med venlig hilsen

Nicolai Wammen  
Finansminister