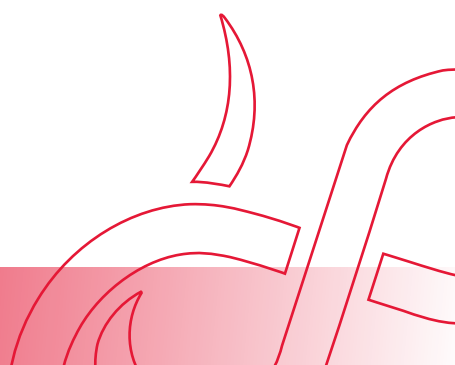


# Investér i sundhed



# Investér i sundhed

Sundhedsvæsenet står overfor udfordringer, hvis lige ikke er set før. For det første er der områder i sundhedsvæsenet, hvor patienterne ikke får den behandling, befolkningen forventer og patienterne fortjener. Psykiatrien og de medicinske afdelinger er velkendte eksempler.

For det andet er der år for år frem til 2050 udsigt til flere ældre og mere behandlingskrævende patienter. For det tredje kigger vi ind i en fremtid med teknologiske fremskridt og nye dyre behandlinger, og dermed mulighed for at redde og forbedre flere liv.

Behandlingsbehovet og forventningerne til sundhedsvæsenet stiger i en grad, så det ikke kan imødegås ved omstruktureringer eller ved at øge effektiviseringspresset.

Hvis sundhedsvæsenet om 5, 10 og 15 år skal have ressourcer til at behandle fremtidens ældre mindst lige så godt som i dag og samtidig tilbyde de nyeste og bedste behandlinger, så kræver det, at økonomien følger med det demografiske pres og velstandsudviklingen.

Derfor står sundhedsvæsenet ved en skillevej. Befolkningen er ikke i tvivl. De peger på sundhedsområdet som det vigtigste politikområde<sup>1</sup>.



Foto: Colourbox. Foto på forside: Lars Just

Politikerne er ikke uenige, hvis man skal dømme ud fra prioriteringerne mellem velfærdsområder i de senere år<sup>2</sup>.

Men tilbage står et centralt spørgsmål: Er der sammenhæng mellem ambitionen om et "sundhedsvæsen i verdensklasse", som mange ønsker, og det sundhedsvæsen vi får, hvis vi fortsætter ad den eksisterende kurs?

Lægeforeningens udspil 'Investér i Sundhed' beskæftiger sig med sundhedsvæsenets økonomi og indeholder en anbefaling til, hvor meget budgetterne skal løftes for, at befolkningen ikke vil opleve en relativ forringelse af sundhedsvæsenet over de kommende år.

Når talen falder på bevillinger til velfærdsområdet, hører man ofte, at flere penge ikke gør det alene. Det er fuldstændig rigtigt. Der er også andre vigtige parametre, som har betydning for, om sundhedsvæsenet kan møde fremtidens forventninger.

Der skal ske løbende effektiviseringer og forbedringer i sundhedsvæsenet – også ved at ibrugtage ny teknologi, selvom det er velbeskrevet, at ny teknologi og medicin i sundhedsvæsenet ikke nødvendigvis resulterer i billigere behandlinger<sup>3</sup>.

Sundhedsvæsenet skal fortsat arbejde med prioritering som er igangsat i Medicinrådet, og dyr medicin med svag sundhedseffekt skal vælges fra. Det har Lægeforeningen om nogen støttet. Men selv hvis der var politisk opbakning til at følge efter lande som Norge eller England, der har arbejdet med prioritering i årevis, vil det alene afbøde en mindre del af den ventede efterspørgsel.

Endelig skal sundhedsvæsenet selvfølgelig løse opgaverne på det laveste effektive omkostningsniveau. Det betyder, at der også skal investeres i det nære sundhedsvæsen, så der bliver plads til patienter med behov for behandling og pleje på de højt specialiserede sygehuse.

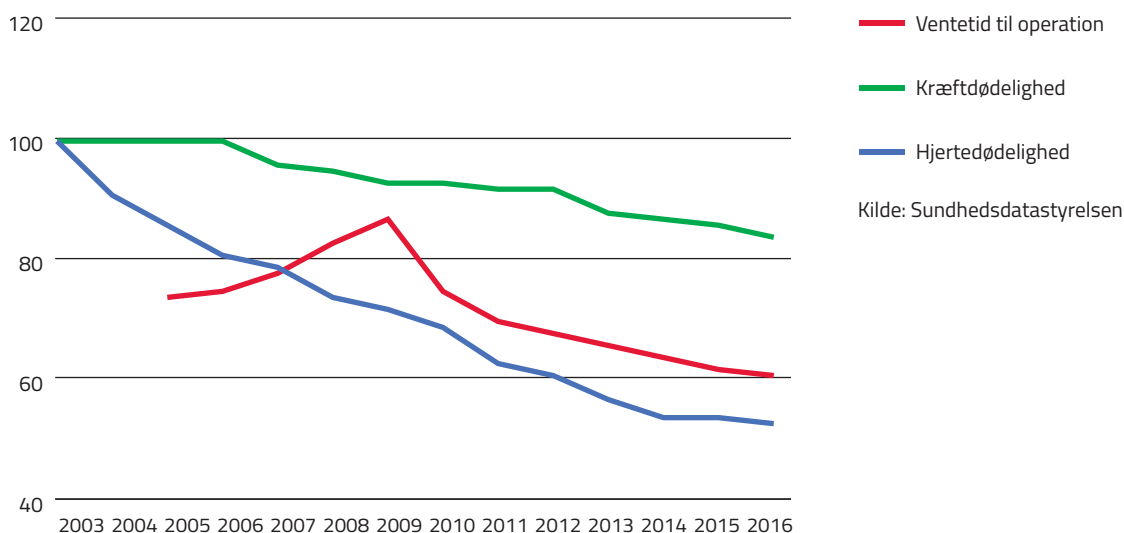
# Sundhedsvæsenet – før og efter finanskrisen

Med en årlig realvækst på cirka 2,5 procent og 12.000 flere ansatte, blev der investeret massivt i sundhed på hospitalerne fra 2000 til 2010. Investeringerne var tiltrængt, da ventelisterne i slut 90'erne var lange, og dansk kræft- og hjertebehandling sakkede bagud.

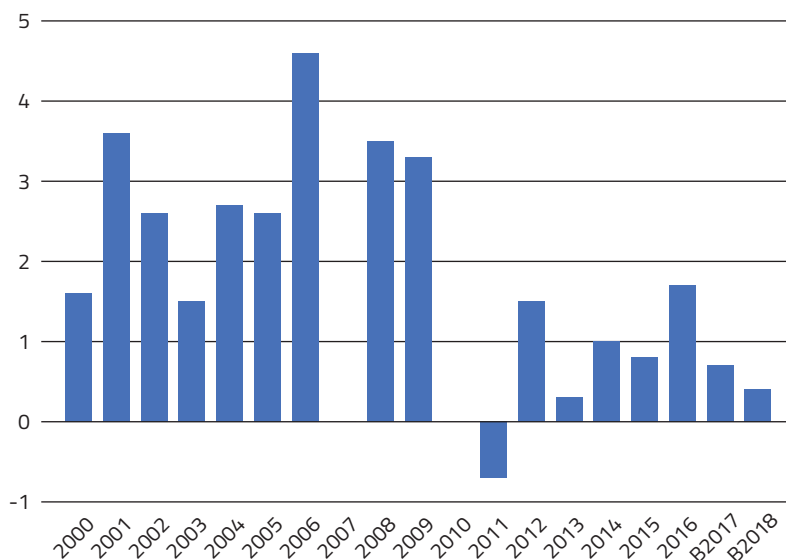
Resultaterne udeblev ikke: Ventetiderne faldt markant, og kræft- og hjerteområdet fik markante løft til både flere hænder, mere medicin og mere og bedre apparatur, så behandlingen er kommet op på et internationalt niveau<sup>4</sup>.

Siden 2010 er realvæksten i sundhedsvæsenet faldet til omkring 1 procent årligt. Det er medvirkende til, at selvom der fortsat – omend i et langsommere tempo – bliver ansat flere læger på sygehusene, så er antallet af sygeplejersker stagneret, mens antallet af lægesekretærer, social- og sundhedsassistenter samt andet plejepersonale styrtdykker. I praksissektoren er antallet af praktiserende læger faldet med cirka 5 procent siden 2010. Således er den samlede beskæftigelse fra 2010 til 2017 nogenlunde konstant<sup>5</sup>.

Figur 1. Udvikling i hjertedødelighed, kræftdødelighed og ventetid til operation, indeks



Figur 2. Årlig realvækst i amternes og regionernes sundhedsbevillinger



Note 1: I 2007 overgik sundhedsvæsenet fra amter til regioner, og på grund af forskellige opgørelsespraksis beregnes der ikke vækst mellem år 2006 og 2007. Før 2007 er væksten beregnet på baggrund af amternes samlede bevillinger, da det med rimelighed kan antages, at den andel af amternes samlede bevillinger som gik til sundhedsvæsenet var konstant over perioden 1998 til 2006.

Note 2: Det bemærkes, at tallene for 2017 og 2018 er budgettal.

Kilde: VIVE (2018)

Opgaverne i sundhedsvæsenet er til gengæld fortsat med at stige. Fra 2010 til 2017 er antallet af kontakter steget med 28 procent i det somatiske sygehusvæsen og med 42 procent i det psykiatriske sundhedsvæsen<sup>6</sup>. Stigningen i kontakter afspejler blandt andet en stigning i patienter på hhv. 10 procent og 30 procent i samme periode. Udviklingen er på sygehusene muliggjort af kortere indlæggelser, mere ambulant behandling og højere arbejdstempo. Samtidig er der lagt en større opgave over på kommuner og praksissektoren.

Sundhedsvæsenet står – som det vil blive udfoldet på de kommende sider – overfor et samlet udgiftspres, som langt overgår realvæksten. For at få enderne til at mødes sker der løbende tilpasninger eller nedskæringer rundt om i sundhedsvæsenet. Det kom senest til udtryk ved regionernes budgetlægning for 2019, hvor budgetforslagene indeholdt spareforslag på mere end 700 mio. kr.<sup>a</sup>

I bedste fald fører besparelserne til innovative løsninger, som ikke påvirker kvaliteten af pleje eller

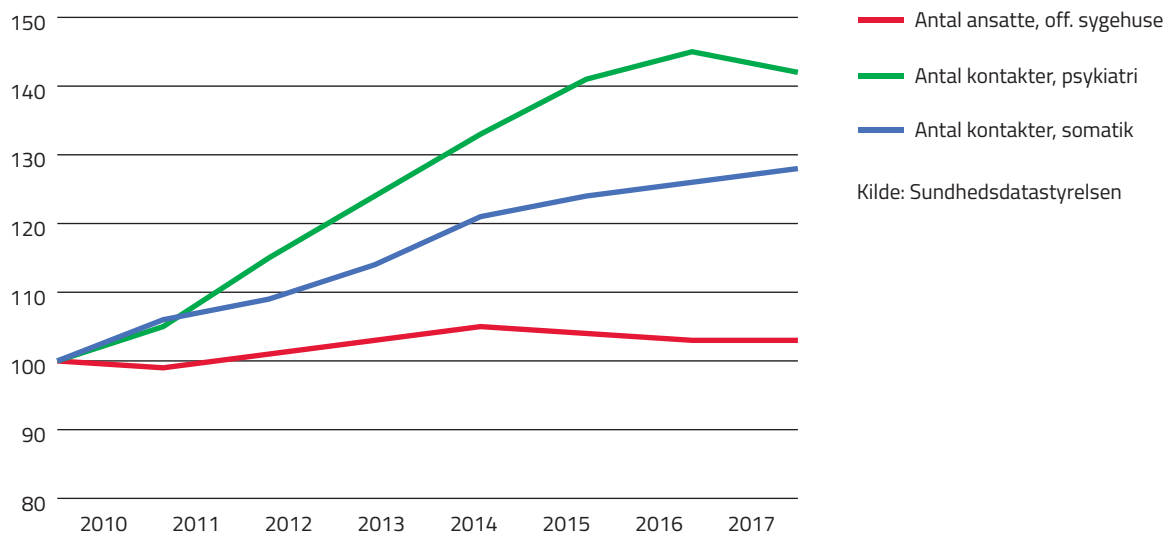
behandling negativt, men når tilpasningsøvelserne har kørt år efter år på den enkelte afdeling, er der ikke længere produktivitetstjenester at hente. Derfor er det ikke overraskende, at 8 ud af 10 læger nu oplever, at de har arbejdsdage, der er så hektiske og travle, at det påvirker kvaliteten af behandlingen og plejen<sup>8</sup>.

Misforholdet mellem opgavepresset og merbevillingerne er fuldt synligt i dag. Der er områder i sundhedsvæsenet, som enten ikke følger med de stigende forventninger eller bliver mere udsultede, når opgaverne vokser.

### Kapaciteten i det nære sundhedsvæsen skal udbygges

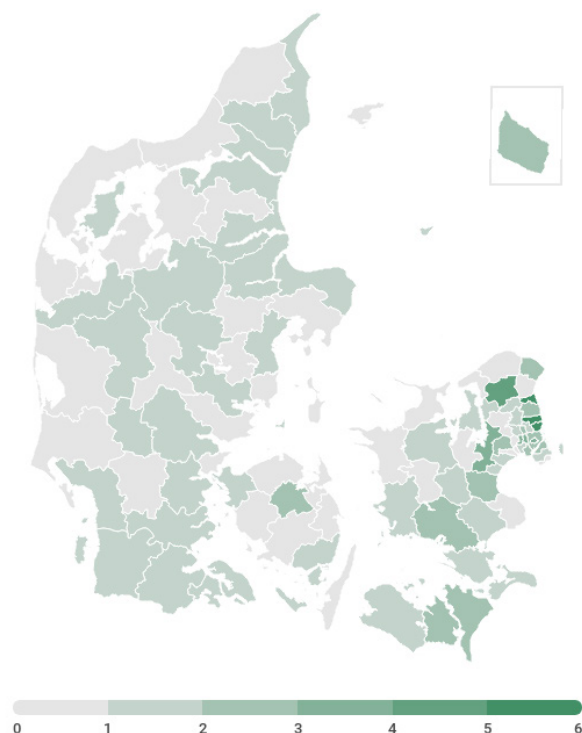
Flere patienter som følge af den demografiske udvikling udfordrer kapaciteten i sundhedsvæsenet. Svaret er blevet, at det nære sundhedsvæsen skal løse en større andel af opgaverne i fremtiden. Det betyder konkret, at almen praksis og speciallægepraksis skal have behandlingsansvaret for flere patienter.

Figur 3. Udvikling i antal ansatte og kontakter på offentlige sygehuse 2010-2017



<sup>a</sup> Egne beregninger på baggrund af gennemgang af regionale budgetforslag for 2019

Figur 4. Speciallægepraksis pr. 10.000 borgere, juni 2018



Kilde: Yderregisteret.

Note: Hovedspecialer inkluderet er Anæstesiologi, Diagnostisk radiologi, Dermatovenerologi, Reumatologi (fysiurgi), gynækologi-obstetrik, intern medicin, kirurgi, neurokirurgi, øjenlægehjælp, ortopædisk kirurgi, ørelægehjælp, plastikkirurgi, psykiatri, pædiatri og børnespykiatri.

Derfor er det bekymrende, at det i dag er mindre end hver tiende læge i almen praksis, der indenfor de kendte rammer mener, at de har ledig kapacitet til at tage flere patienter eller opgaver i den aktuelle situation<sup>9</sup>. Ligeledes er antallet af praktiserende læger, som har lukket for nye patienter næsten fordoblet på bare fire år, så det i dag gælder for 7 ud af 10 praksis på landsplan.

Sideløbende med at antallet af patienter stiger, stiger forventningerne fra borgerne om stadig øget serviceniveau, som fx aften, weekend og videokonsultationer. Det udfordrer kapaciteten i almen praksis.

Det er desuden en udfordring, at regionerne ikke alle

<sup>b</sup> Forebyggelige indlæggelser er et omdiskuteret begreb, idet betegnelsen kan give det misvisende indtryk, at indlæggelserne er unødvendige eller undgåelige. Det er ikke nødvendigvis tilfældet. Når betegnelsen alligevel anvendes i denne sammenhæng er det for at illustrere forskellene mellem kommuner. Forebyggelige indlæggelser er i den refererede rapport defineret ved indlæggelser blandt modtagere af hjemmepleje med en af følgende aktionsdiagnoser: Væskemangel, gastroenteritis (tarminfektion), blærebetændelse, knoglebrud, lungebetændelse inkl. akut bronchitis, tryksår, ernæringsbetinget anæmi, forstoppelse, kronisk nedre luftvejssygdom (heriblandt KOL) og sociale og plejemæssige forhold.

steder har etableret et tilstrækkeligt net af speciallægepraksis, som almen praksis kan henvise til, når der er behov for ambulans specialtistbehandling.

I dag er det – selv om kommunerne har styrket sundhedsindsatsen<sup>10</sup> – langt fra alle steder i landet, at borgerne kan være sikre på, at deres kommune har de sundhedsfaglige tilbud, som de har brug for. For eksempel har borgerne i den kommune med flest såkaldt forebyggelige indlæggelser<sup>b</sup> godt tre gange så stor risiko for at blive indlagt som borgerne i den kommune, som har færrest<sup>11</sup>.

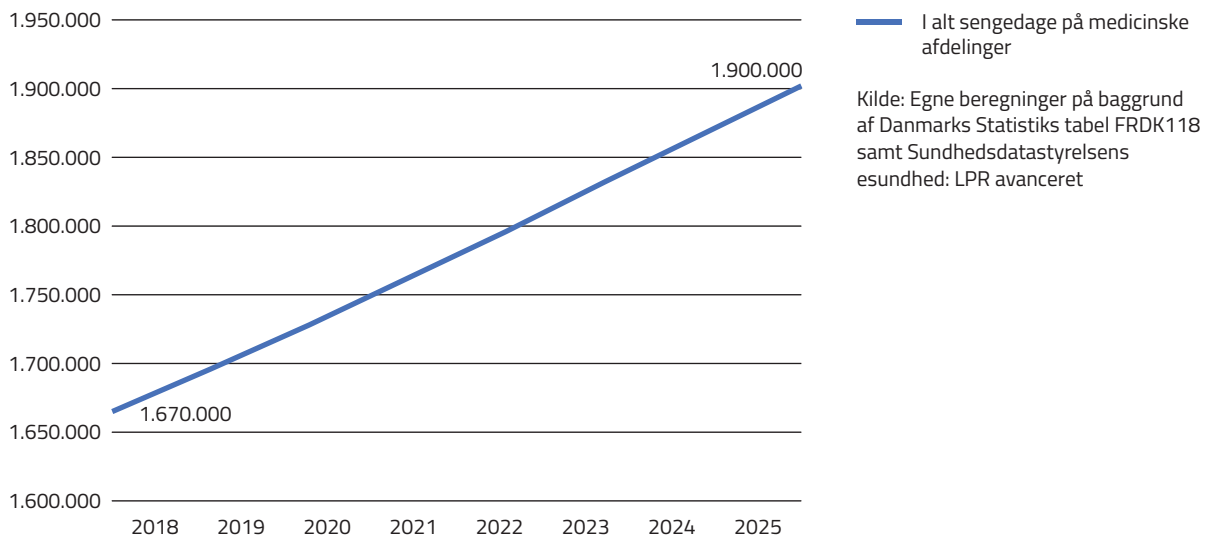
Derfor er der behov for betydelige investeringer i det nære sundhedsvæsen – ikke mindst praksissektoren – hvis det skal være muligt at løfte flere opgaver på et højt kvalitetsniveau.

### Underprioriterede patientgrupper

Det danske sundhedsvæsen er effektivt og leverer høj kvalitet til patienterne sammenlignet med mange andre lande. Men der er også områder i sundhedsvæsenet, hvor der ikke er ressourcer nok til at tilbyde patienterne det bedst mulige tilbud. Psykiatrien og de medicinske afdelinger er velkendte eksempler.

De senere år er det blevet muligt at tilbyde flere mennesker, der er ramt af angst, belastningsreaktion



**Figur 5.** Fremskrivning af sengedage på medicinske afdelinger

eller depression effektiv behandling. Men langt fra alle, og navnlig ikke de svært syge, får den bedst mulige behandling i psykiatrien. Eksempelvis oplever 58 procent af lægerne i voksenpsykiatrien dagligt eller ugentligt at udskrive patienter, som ikke er færdigbehandlede. Den samme situation ville man næppe acceptere for hjerte- eller kræftpatienter.

Hvis man møder op på en tilfældig medicinsk afdeling, er der ca. 50 procent risiko for, at de har overbelægning den pågældende dag<sup>12</sup>. Overbelægning

er ikke ufarligt for patienterne, hvilket understreges af, at mere end halvdelen af lægerne på medicinske afdelinger oplever, at de mindst ugentligt er bekymrede for patientsikkerheden på grund af travlhed<sup>13</sup>.

Knap halvdelen af patienterne på de medicinske afdelinger er over 65 år<sup>14</sup>, hvilket betyder, at udsigten til flere ældre vil øge presset på afdelingerne. Konkret bliver der behov for 14 procent flere sengedage allerede i 2025, hvis forbruget i en given aldersgruppe antages at være uændret. Det svarer til ikke mindre end 700 nye medicinske sengepladser<sup>15</sup>.



Foto: Lars Just

### Ulighed i sundhed

I Danmark hyldes princippet om fri og lige adgang i sundhedsvæsenet. Det er der også i den forstand, at alle formelt set har adgang til det samme tilbud, men kikker man på eksempelvis lungekræftpatienters overlevelseshastigheder, viser der sig en stor social ulighed. Her har patienter med høj indkomst nemlig næsten dobbelt så stor sandsynlighed for at være i live efter 5 år som patienter med lav indkomst<sup>16</sup>.

Lavede man tilsvarende undersøgelser på andre områder, ville resultaterne formentlig pege i samme retning. Således tilkendegiver 59 procent af sygehuslægerne, at der er patienter med lav sundhedskompetence, som ville få mere nytte af behandlingen, hvis tilbuddene blev tilrettelagt på en anden måde. Tilsvarende oplever cirka halvdelen af lægerne i almen praksis, at overenskomsten udgør en barriere for at tage højde for patienternes individuelle behov<sup>17</sup>.

Det gælder også på forebyggelsesområdet, hvor især lavindkomstgrupper ikke har fået gavn af den forebyggende indsats imod ryg og tobak. Til trods for at 60 procent af alle der ryger dagligt ønsker at stoppe, er der navnlig i gruppen med relativt lave indkomster alt for få, som lykkes med det<sup>18</sup>.

Tallene er udtryk for, at hvis man vil give alle patienter reelt lige muligheder for at overvinde sygdom, så er det ikke nok formelt set at give alle det samme

tilbud. Sundhedsvæsenet skal blive bedre til at sikre sig, der er et godt match mellem den enkelte borgers behov og sundhedsvæsenets tilbud. Det kræver tæt koordinering på tværs af sektorer og ressourcer nok til at tilbyde differentierede tilbud.

### Der er rum til at investere i sundhed i Danmark

I den politiske debat fremhæves sundhed ofte som et område, hvor der er tilført mange nye penge. Der er ikke noget enkelt svar på, hvad der er det rigtige leje for sundhedsudgifterne, men sammenligner man sundhedsudgifterne med andre lande, er der ikke grundlag for at konkludere, at der bruges for mange penge på sundhedsvæsenet i Danmark. Tværtimod.

I 2016 ligger Danmark enten på en 11. eller en 17. plads ud af 22 OECD-lande, når man sammenligner sundhedsudgifternes andel af BNP, hvilket er den mest gængse metode. Den præcise placering afhænger af, om man medregner udgifter til pleje og omsorg. Men uanset opgørelsesmetoden så ligger Danmark ikke i den høje ende.<sup>19</sup>

Zoomer man ind på vores nærmeste nabolande, Tyskland, Norge og Sverige, så investerer de mellem 6 og 23 procent mere per indbygger i sundhedsvæsenet, end tilfældet er i Danmark<sup>20</sup>. Dertil kommer, at Danmark skiller sig ud ved – sammen med Holland – at være det eneste blandt sammenlignelige lande, som i 2016 ikke brugte en større andel af BNP på sundhed end før krisen<sup>21</sup>.

**Tabel 1.** Nøgleparametre på tværs af lande, 2016 (VIVE)

	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Tyskland	Holland	Schweiz	Storbritannien
Sundhedsudgifter i pct. af BNP	10,4	10,9	10,5	9,5	11,1	10,4	12,2	9,8
Sundhedsudgifter ekskl. pleje- og omsorg i pct. af BNP <sup>1</sup>	7,8	8,0	7,6	7,6	9,3	7,7	9,8	8,0
Sundhedsudgifter pr. indbygger (US dollar)	5.074,5	5.347,6	6.175,3	4.129,9	5.451,9	5.235,5	7.824,0	4.164,2
Sundhedsudgifter pr. indbygger ekskl. udgifter til pleje- og omsorg (US dollar)	3.819,8	3.942,6	4.441,8	3.324,9	4.554,0	3.896,1	6.307,2	3.392,0

Kilde: VIVE (2018)

# Nye rammer for økonomisk styring af sundhedsvæsenet

Lægeforeningen foreslår 4 nye principper for, hvordan man fastlægger og styrer sundhedsvæsenets økonomi:

## 1. Råd til flere

Sundhedsvæsenets økonomiske ramme skal løbende justeres for demografiudviklingen, så der er mulighed for at opretholde kvaliteten af sundhedsydelse.

## 2. Råd til mere

Sundhedsvæsenets økonomiske rammer skal herudover følge med teknologi- og velstandsudviklingen i samfundet, så det er muligt at indføre nye behandlinger og møde stigende forventninger.

## 3. Realistiske regnemetoder

Fremskrivninger, produktivitetskrav og gevinstrealisering ved større investeringer skal basere sig på et forsigtighedsprincip, så patienterne beskyttes imod konsekvenserne af over-optimistisk gevinstrealisering i sundhedsvæsenet.

## 4. Helhedsblik på sundhedsvæsenet

Den økonomiske planlægning og styring skal omfatte hele sundhedsindsatsen, så opgaverne kan løses på lavest mulige effektive omsorgs- og omkostningsniveau, og det kan betale sig at forebygge (forværring af) sygdom.

De økonomiske rammer har naturligvis betydning for kvaliteten af den behandling, som sundhedsvæsenet tilbyder<sup>22</sup>. Derfor har det også stor betydning, hvordan man fastsætter den økonomiske ramme, og hvordan pengene bliver fordelt mellem såkaldt frie og øremærkede midler.

De senere års diskussioner om blandt andet produktivitetskravet og udfordringer med travlhed i sundhedsvæsenet viser et voksende misforhold i opfattelsen af sundhedsvæsenets økonomiske tilstand. På den ene side peger skiftende regeringer på, at man prioriterer sundhed højt. På den anden side oplever de ansatte i sundhedsvæsenet, at ressourcerne i stigende grad har svært ved at stå mål med de mange nye opgaver<sup>23</sup>.

For eksempel svarer ni ud af ti læger på sygehusene i en rundspørge gennemført af Lægeforeningen, at der inden for de sidste fem år er blevet sparet eller tilført flere opgaver, så der nu er mere travlt. Og i almen praksis er det mindre end hver tiende, som oplever, at de har kapacitet til at tage flere patienter eller opgaver<sup>24</sup>.

Lægeforeningen foreslår derfor at knæsatte fire nye principper for, hvordan man fastlægger og styrer sundhedsvæsenets økonomi.

Principperne skal bl.a. sikre:

- At der er afsat midler til at videreføre behandling på et uændret niveau, når der som følge af aldringen kommer flere behandlingskrævende patienter.
- At der er afsat midler til at finansiere nye behandlinger og nye politiske målsætninger, så pengene ikke skal findes ved forringelser på andre områder.
- At der er behørig forsigtighed fx omkring gevinstrealisering på store IT-projekter eller fremskrivning af behandlingsbehov, så resultatet ikke bliver ringere kvalitet pga. besparelser.
- At sygehusene ikke løser opgaver, som med den rette indsats kunne enten forebygges eller løses på et lavere effektivt omsorgs- og omkostningsniveau.

### Der skal være råd til at behandle flere patienter

I sundhedsvæsenet har det demografiske pres sat dagsordenen siden 2012<sup>25</sup>. År for år kommer der flere ældre borgere, som hver for sig har behov for relativt meget behandling og pleje i sundhedsvæsenet. For eksempel oplever 73 procent af lægerne i almen praksis, at en større andel af patienterne har mere komplicerede sygdomsforløb end for 10-15 år siden. Kun 3 procent oplever, at udviklingen er gået den modsatte vej<sup>26</sup>.



Den ændrede befolkningssammensætning skyldes, at de store efterkrigsårgange er kommet i en alder, hvor de i stigende grad får brug for mere behandling i sundhedsvæsenet<sup>27</sup>. Ifølge Finansministeriet svarer behovet for mere behandling til en årlig stigning i sundhedsudgifterne på 0,9 procent eller en rund milliard årligt på regionernes område<sup>28</sup>.

For at sundhedsvæsenet kan tilbyde behandling på et uændret højt niveau i takt med, at der kommer flere ældre, anbefaler Lægeforeningen, at sundhedsvæsenets økonomiramme løbende justeres med et beløb, som modsvarer det demografiske pres. Midlerne hertil skal ikke være bundet op på nye politiske målsætninger. Andre forbedringer i sundhedsvæsenet, herunder udgifter til fordyrende behandlinger eller målrettede kvalitetsløft, skal finansieres særskilt.

#### Patienter forventer adgang til nye og dyre behandlinger

Det er ikke kun flere ældre, som øger presset på sundhedsvæsenet. Der udvikles løbende nye behandlinger, som gør det muligt at hjælpe patienter både tidligere, senere og mere målrettet i deres sygdomsforløb, end man kan i dag. De behandlinger er der et bredt ønske om, at sundhedsvæsenet tager i brug, når de bliver tilgængelige – også selv om de ikke sjældent er dyre.

Derudover betyder den almindelige velstands- og teknologiudvikling i samfundet, at befolkningens forhåbninger og forventninger løbende justeres i opadgående retning. Blot et par eksempler: Hvor det før var normalt med ventetider på ikke-livstruende behandling, er der nu ret til udredning på 30 dage for alle patienter og adgang til behandling indenfor 1 måned. Og hvor megen psykisk sygdom tidligere ikke udløste mulighed for behandling i sundhedsvæsenet, er lidelser som angst, stress og depression nu et samfundsanliggende på linje med andre alvorlige sygdomme.

De stigende forventninger kommer også til udtryk ved, at der jævnlige sættes nye politiske målsætninger for bedre kvalitet. Indenfor de seneste fem år kan man blandt andet tælle kræftplan 4, genindførelse af udvidet frit valg inden for en måned, den første og snart også den anden nationale psykiatrisbehandlingsplan, handleplan for den ældre medicinske patient samt en demens- og diabeteshandleplan. Politiske tiltag, som rummer målsætninger om forbedringer, der i hovedreglen kun kan realiseres ved, at sundhedsvæsenet prioriterer ekstra ressourcer hertil.

For at sundhedsvæsenet kan følge med de stigende forventninger, anbefaler Lægeforeningen, at sundhedsvæsenets økonomiramme – foruden demografiudviklingen – afspejler velstandsudviklingen i samfundet og den merprioritet som befolkningen og politikerne giver sundhedsområdet.

#### Der er brug for realistiske regnemetoder

Sundhedsvæsenet kan naturligvis ikke fungere andet end ved langsigtede investeringer og budgetlægning. Samtidig er sundhedsvæsenet særdeles sensitivt overfor fejlsløen og fejleregninger i relation til behovet for pleje og behandling. Det skyldes for det første, at der pga. en lang periode med lavvækst og stigende aktivitet er en meget lille bufferkapacitet, og for det andet at eksempelvis udrednings- og behandlingsretten lægger betydelige begrænsninger på sygehusenes mulighed for at tilrettelægge opgaverne fleksibelt.

Nedenstående to eksempler, som udspiller sig på henholdsvis nationalt og regionalt niveau, illustrerer, hvordan beregninger med urealistisk gevinstrealisering kan medvirke til at øge presset på personale og kvalitet i sundhedsvæsenet:

1. Finansministeriets fremskrivninger af det demografiske pres indregner såkaldt sund aldring med den konsekvens, at udgiftspreset nedjusteres. Kort fortalt er der tale om en antagelse om, at længere levetid også vil føre til en udskydelse af alvorlig sygdom og høje sundhedsudgifter, som typisk er forbundet med de sidste leveår<sup>29</sup>.

I løbet af de senere år har forskningen imidlertid belyst andre og potentielt modsatrettede aldringseffekter. Det vedrører dels udviklingen i befolkningens generelle sundhedstilstand, hvor spørgsmålet er, om fremtidens ældre er mere eller mindre sunde i en given alder og dels den faktiske udvikling i forbruget af sundhedsydelse i en meget høj alder<sup>30</sup>. Den samlede effekt af aldring på sundhedsudgifterne er derfor usikker, og Lægeforeningen er bekymret over, at Finansministeriet indregner effekten.

2. Region Hovedstaden og Region Sjællands investering i Sundhedsplatformen er ifølge Rigsrevisionen den hidtil største it-investering i sundhedsvæsenet. Sundhedsplatformen blev taget i brug i Region Hovedstaden maj 2016 med en meget stor og vedvarende nedgang i aktiviteten til følge. Dette i kontrast

til regionens forventning om, at aktiviteten kun ville være påvirket negativt i 3 uger<sup>31</sup>.

Introduktionen af sundhedsplatformen gik ikke som forventet, hvorfor Statsrevisorerne i 2018 påpeger, at Sundhedsplatformen blev taget i brug med "for optimistiske forventninger til, hvor længe hospitalerne ville have et fald i aktiviteten" og med "alt for optimistiske forventninger til gevinster ved systemet"<sup>32</sup>. Særlig problematisk synes det at være, at regionen ikke har udviklet en baseline, som den faktiske effekt af Sundhedsplatformen kan holdes op imod, inden man beslutter at realisere gevinster.

For at undgå en udhuling af sundhedsvæsenets økonomi anbefaler Lægeforeningen at indføre et forsigtighedsprincip for hele sundhedsvæsenet, som omfatter både fremskrivning af sundhedsudgifter, løbende produktivitetskrav og forudsatte produktivetsgevinster af større investeringer.

#### Helhedsblik på sundhedsvæsenet

Ressourcepresset på sundhedsvæsenet understreger behovet for at behandle patienter på det

lavest mulige effektive omsorgs- og omkostningsniveau. Flere skal modtage behandling i det nære sundhedsvæsen, og der skal være kompetencer og økonomisk ræson i at sætte ind med forebyggende eller tidlige indsatser, som aflaster sygehusene.

Kommunernes sundhedspleje, hjemme(syge)pleje og Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) spiller sammen med kommunernes øvrige sundhedsindsatser en vigtig rolle i forhold til den samlede sundhedsindsats, men alligevel er både kvalitetskrav til og data fra disse indsatser en udbredt mangelvare.

For at opnå omkostningseffektivitet og bedre sammenhæng foreslår Lægeforeningen, at der via kvalitetsstandarder og klare opgavebeskrivelser opnås en større ensartethed på tværs af kommunegrænser, ligesom den økonomiske planlægning for sundhedsområdet udstrækkes til at omfatte kommunerne.

## Et sundhedsvæsen som er klædt på til opgaven

*Lægeforeningen anbefaler, at sundhedsvæsenets økonomiske ramme vokser med ca. 2 procent årligt frem imod 2025. Det vil gøre det realistisk at behandle flere ældre på et uændret eller bedre niveau og indføre nye behandlinger og kvalitetsforbedringer i takt med velstandsudviklingen i samfundet.*

Lægeforeningens anbefaling om en årlig realvækst på knap 3 milliarder kroner i begyndelsen af perioden og 4 milliarder kroner imod slutningen er en rettesnor for, hvordan sundhedsudgifterne samlet set<sup>c</sup> skal udvikle sig.

Sundhedsvæsenet er en bærende pille i velfærdssamfundet. Derfor er det bekymrende, at kun 42 procent af danskerne nærer høj eller meget høj grad af tillid til, at de altid vil få tilbudt den rigtige behandling i sundhedsvæsenet, hvis de får brug for det.

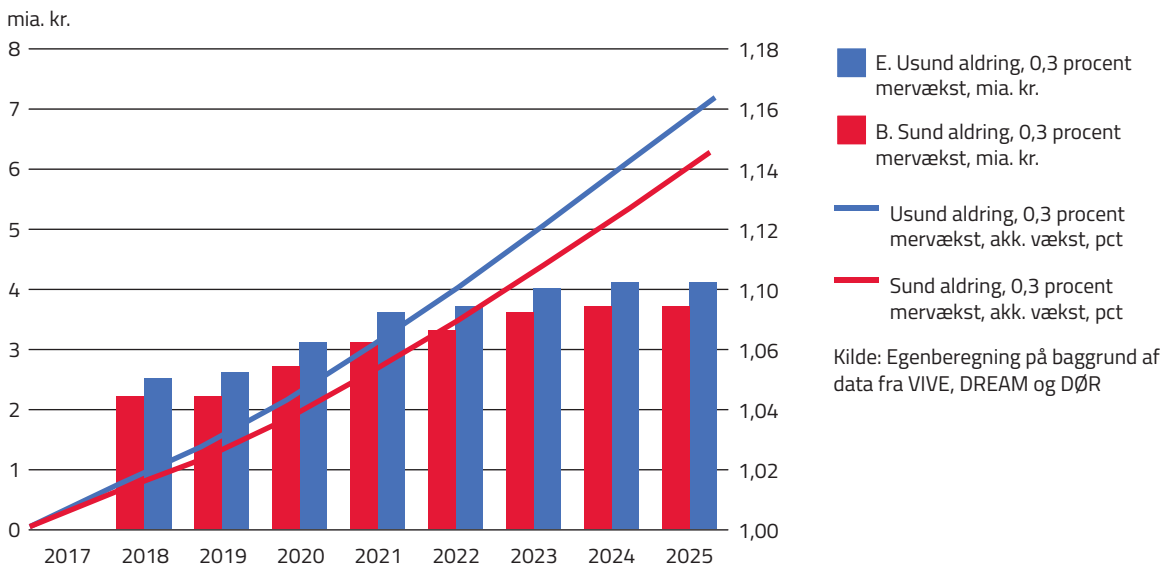
Undersøgelsen sætter en streg under, at sundhedsvæsenet har behov for økonomiske rammer, som gør det muligt at følge med samfundsudviklingen. Selv om der også i de senere år er tilført midler til sundhedsområdet, så er det ikke tilstrækkeligt med den realvækst omkring 1 procent, som har været gældende siden finanskrisen – også set i lyset af den demografiske udvikling, velstandsudviklingen og den teknologiske udvikling.

Derfor anbefaler Lægeforeningen, at den økonomiske planlægning frem imod 2025 afspejler en realvækst på sundhedsområdet på knap 2 procent eller ca. 3 milliarder kroner årligt i starten af perioden stigende til godt 4 milliarder kroner i 2025<sup>d</sup>.

<sup>c</sup> Basen for sundhedsudgifter svarer til Danmarks Statistik definition af sundhedsudgifter, som indeholder regionernes sundhedsudgifter, statens sundhedsudgifter og dele af kommunernes sundhedsudgifter. Fx er udgifter til hjemmesygeplejen og plejehjem ikke medregnet og derfor vil de 3-4 milliarder ikke dække hele sundhedsområdet.

<sup>d</sup> Tallene er opgjort i 2017-priser

**Figur 6.** Årligt udgiftsbehov i milliarder og akkumuleret procent 2018-2025 i sundhedsvæsenet



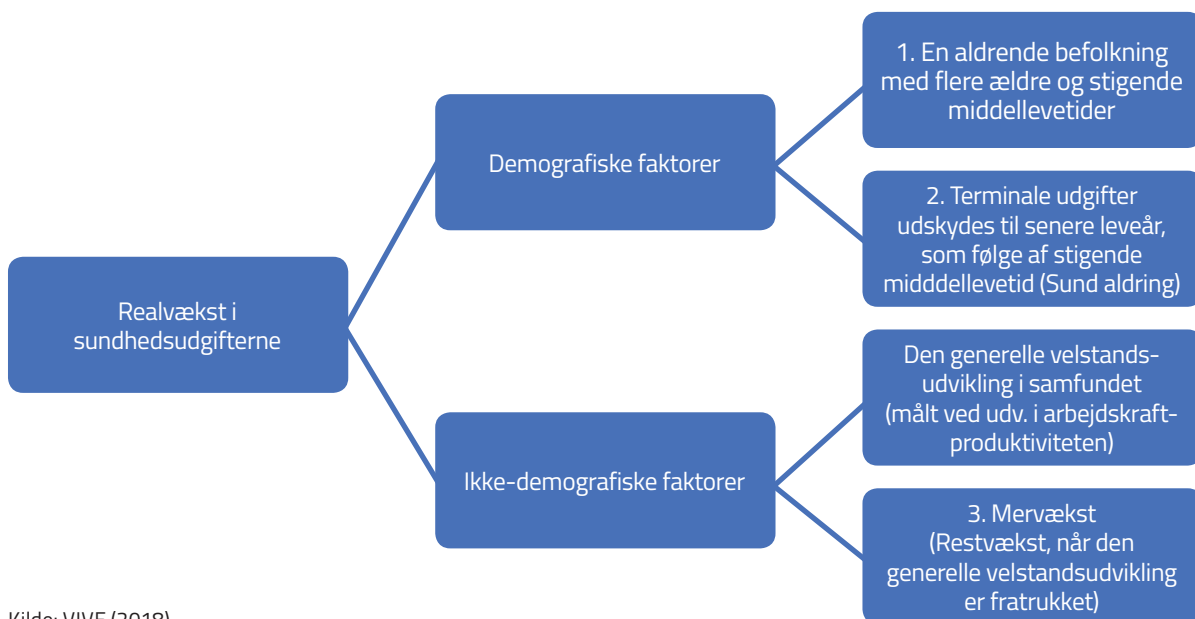
Den anvendte afgrænsning af sundhedsudgifterne indebærer, at en mervækst på 3 mia. kr. i starten af perioden svarer til godt 2 mia.kr. på regionernes område.

Lægeforeningens anbefaling om en årlig vækst på 2 procent er en rettesnor for det gennemsnitlige ressourcebehov – ikke et eksakt måltal. Som det fremgår af figur 7 beror anbefalingen på en fremskrivning af både demografiske (flere ældre) og ikke-demografiske faktorer (velstandseffekt og

mervækst). Som med alle fremskrivninger er der betydelige usikkerheder. I dette tilfælde både vedrørende den faktiske velstandsudvikling, såkaldt sund aldring og størrelsen af mervæksten.

Samlet set er en årlig realvækst på 2 procent dog et relativt konservativt skøn for, hvad det vil kræve for, at sundhedsvæsenet følger med samfundsudviklingen, og sammenligner man fx med udviklingen fra 2000-2010 er der i denne beregning antaget en mervækst, som er fire gange lavere<sup>34</sup>.

**Figur 7.** Komponenter til beregning af realvæksten i sundhedsudgifterne (VIVE)



Kilde: VIVE (2018).

### Demografiske faktorer: Flere ældre med større behandlingsbehov

Sundhedsvæsenets økonomi skal sikre, der er råd til at behandle flere i takt med, der bliver flere ældre mennesker. Der er to grunde til, at andelen af ældre vil vokse de næste årtier. Først og fremmest er efterkrigstidens meget store generationer på vej mod pensionsalderen. Dernæst betyder den stigende middellevetid, at flere lever til en høj alder.

VIVE har for Lægeforeningen regnet på, hvad den demografiske udvikling vil betyde for efterspørgslen på sundhedsydelser.

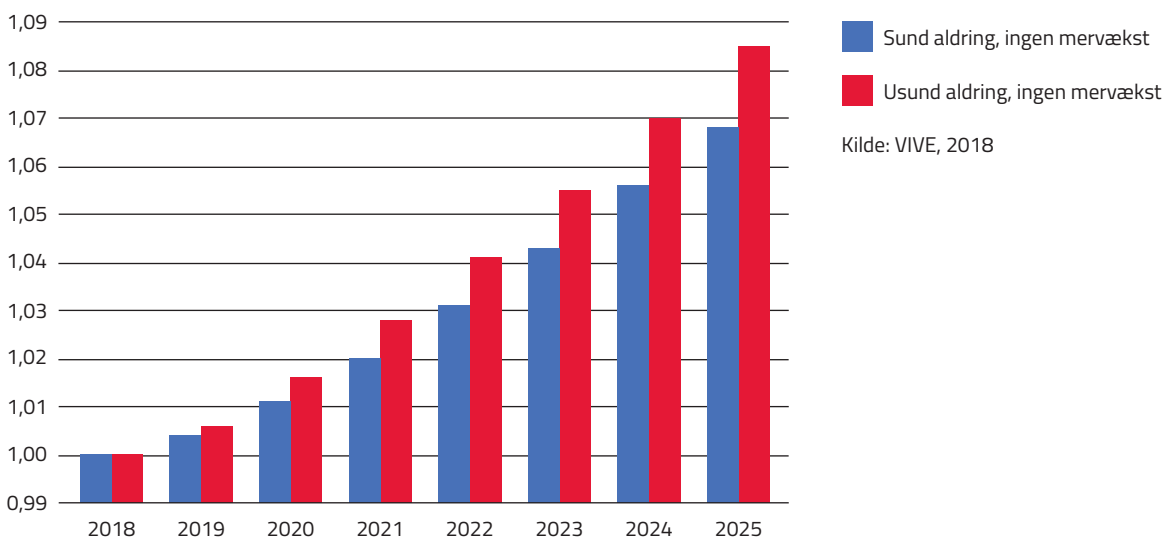
Figur 8 viser, at hvis man antager et uændret resourceforbrug per borger i de forskellige aldersgrupper, så vil alene den demografiske udvikling kalde på, at sundhedsudgifterne skal øges med 8,5

procent frem til 2025 svarende til en realvækst på cirka 1,5 milliard kroner årligt fordelt på kommuner og regioner.

Der er også beregnet et scenarie, hvor demografi-effekten modereres af såkaldt sund aldring. Her indregnes den effekt, at længere levetid også er ledsaget af en udskydelse af alvorlig sygdom og høje sundhedsudgifter, som typisk er forbundet med de sidste leveår. Konsekvensen er en afbødning af udgiftsvæksten svarende til knap 2 procentpoint i 2025.

Den demografiske udvikling har stor betydning for presset på sundhedsvæsenet, og selv under forudsætning af sund aldring vil alene aldringen af befolkningen betyde et realvækstbehov på 7 procent eller 11 milliarder kroner i 2025 sammenlignet med 2018<sup>35</sup>.

Figur 8. Demografiens betydning for sundhedsudgifterne



#### Fremskrivning af behovet for realvækstbehov i sundhedsvæsenet

Væksten i sundhedsudgifterne forklares med henholdsvis ikke-demografiske og demografiske faktorer.

##### 1. Demografiske faktorer:

- + Demografisk træk: Sundhedsudgifter stiger, idet flere ældre indebærer flere behandlinger.
- + Sund aldring: Sundhedsudgifter afbødes idet længere levealder indebærer, at såkaldte terminaludgifterne udskydes.

##### 2. Ikke demografiske faktorer:

- + Velstandsudvikling: Sundhedsudgifter stiger i takt med velstanden, idet der efterspørges nye og dyrere behandlinger. Uden velstandseffekten vil der ske en relativ forringelse af sundhedsvæsenet år for år.
- + Mervækst: Sundhedsudgifter har historisk haft en vækst, der ligger ud over det, der kan forklares ved demografi og velstandsudvikling. Udviklingen kan forklares ved præferencer for at merprioritere sundhed i takt med velstands fremgang samt hastig og fordyrende teknologiuudvikling på sundhedsområdet.



'Sund aldring' er forbundet med betydelig usikkerhed. Det er velbelyst med en effekt i form af udskydelse af såkaldte terminalomkostninger, men til gengæld er der andre og potentielt modsatte aldringseffekter, som ikke medregnes. Lægeforeningen er derfor skeptisk overfor antagelsen om sund aldring, som indgår i blandt andet Finansministeriets fremskrivninger.

Usikkerhederne vedrører for det første udviklingen i befolkningens generelle sundhedstilstand, hvor spørgsmålet er om fremtidens 65-årige viser sig at være mere eller mindre raske end nutidens. Og for det andet udviklingen i forbruget af sundhedsudgifter i en høj alder. Der er således indikationer på, at vi oplever en uforholdsmæssig høj stigning i sundhedsudgifter blandt den ældre del af befolkningen<sup>36</sup>.

#### **Ikke-demografiske faktorer: Stigende forventninger og nye muligheder**

Sundhedsvæsenets økonomiske ramme skal sikre, at der bliver råd til mere i fremtidens sundhedsvæsen. På tværs af landegrænser i OECD er det tydeligt, at sundhedsudgifterne set over en periode vokser hurtigere end velstandsudviklingen. Det kommer også til udtryk ved, at rigere lande generelt bruger en større andel af deres samlede velstand på sundhed end mindre rige lande.<sup>37</sup>

Men hvad er årsagen til denne mervækst? En vigtig forklaring er den teknologiske udvikling, som indebærer, at der hele tiden bliver mulighed for at behandle flere, bedre. På sygehusene forventer mere end 60 procent af de ledende overlæger nye og innovative behandlinger indenfor deres virkefelt i løbet af kun fem år. 12 procent forventer det vil føre til besparelser for en gennemsnitlig patient, mens mere end halvdelen forudsiger, at deres patienters behandlinger bliver dyrere<sup>38</sup>. En anden forklaring er tendensen til i højere grad at prioritere sundhedsområdet i takt med velstandsudviklingen.

Fra 2000 til 2010 gennemgik sundhedsvæsenet store forandringer med indførelse af behandlingsrettigheder, specialeplanlægning og kvalitetsløft på især hjerte- og kræftområdet. Her lå mervæksten på sundhedsområdet omkring 1,2 procent årligt<sup>e</sup>. Inddrager man også de forudgående ti år i perioden, er mervæksten omkring 0,3-0,4 procent.<sup>39</sup>

#### **Scenarier for realvækst**

VIVE har for Lægeforeningen indekseret de fremtidige sundhedsudgifter med udgangspunkt

i DREAM-modellens seks scenarier. Der er tre scenarier for mervæksten (0,0, 0,3 og 0,6), som beregnes hhv. med og uden sund aldring.

I beregningen af Lægeforeningens scenarier for realvækst (figur 9) er tilføjet en velstandseffekt på 0,5 procentpoint svarende til DØR's skøn for perioden<sup>40</sup> samt taget udgangspunkt i det faktiske udgiftsniveau for 2017.

I nedenstående figur 9 suppleres de seks scenarier endvidere med yderligere tre scenarier, som er beregnet af Lægeforeningen på baggrund af demografitrækket på sundhedsområdet<sup>41</sup>, velstandsudviklingen<sup>42</sup> og de tre mervækstscenarier fra DREAM-modellen på henholdsvis 0, 0,3 eller 0,6 procent.

Det giver i alt ni skøn for udgiftsbehovet, hvis resultater for væksten i sundhedsudgifter fra 2017 til 2025 varierer fra 10 til 19 procent svarende til hhv. 19 og 31 milliarder kroner<sup>f</sup>.

Scenarie E uden sund aldring og en mervækst på 0,3 medfører et behov for realvækst på 1,9 procent årligt. Regnes i stedet med sund aldring (scenarie B) er realvækstbehovet 1,7 procent.

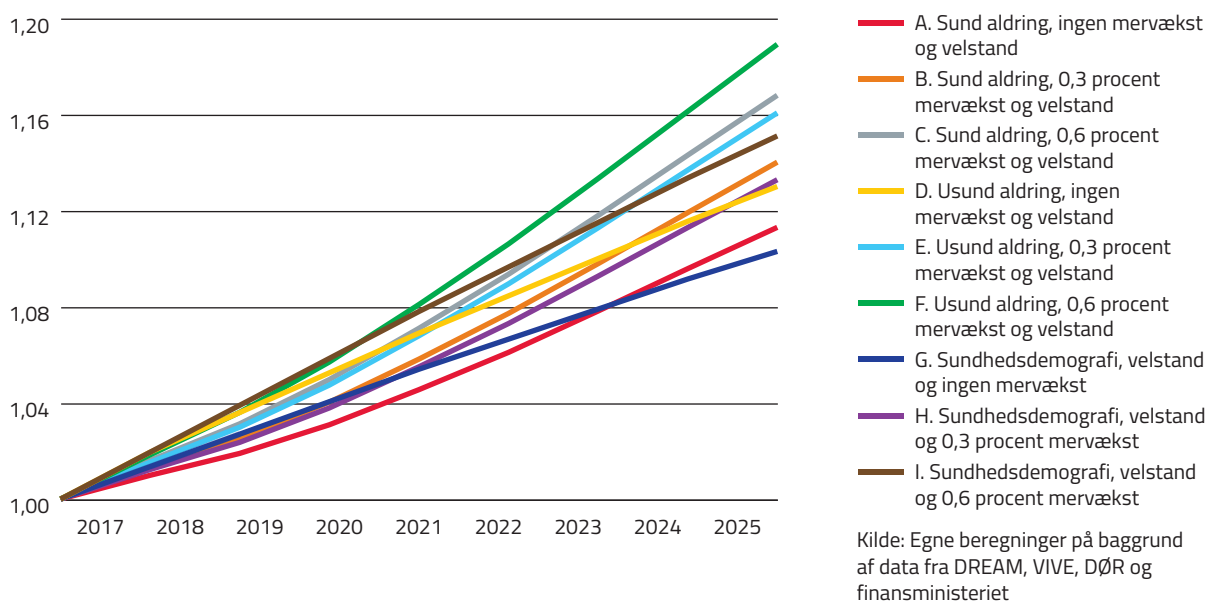
Scenarierne med 0,3 procent mervækst, som altså ligger i underkanten af den faktiske mervækst i perioden 1990-2010, fremstår som de mest realistiske<sup>43</sup>. Det gælder endvidere, at der er usikkerhed om antagelsen om sund aldring, som diskuteret tidligere i papiret.

Lægeforeningen anbefaler derfor, at sundhedsvæsenets økonomiske ramme vokser med ca. 2 procent årligt frem mod 2025.

<sup>e</sup> Mervækst er lig væksten i sundhedsudgifter fraregnet demografi- samt velstandsudviklingen

<sup>f</sup> Lægeforeningens beregning af realvækstbehovet tager udgangspunkt i det seneste kendte udgiftsniveau i sundhedsvæsenet (2017) og i de første seks beregninger:

Figur 9. Ni scenarier for udgiftsbehovet i sundhedsvæsenet



Tabel 2: Årlig realvækstsbehov 2017-2025 i de ni scenarier

	Årligt realvækstsbehov
A. Sund aldring, ingen mervækst og velstand	1,3%
B. Sund aldring, 0,3 procent mervækst og velstand	1,7%
C. Sund aldring, 0,6 procent mervækst og velstand	2,0%
D. Usund aldring, ingen mervækst og velstand	1,6%
E. Usund aldring, 0,3 procent mervækst og velstand	1,9%
F. Usund aldring, 0,6 procent mervækst og velstand	2,2%
G. Sundhedsdemografi, velstand og ingen mervækst	1,2%
H. Sundhedsdemografi, velstand og 0,3 procent mervækst	1,5%
I. Sundhedsdemografi, velstand og 0,6 procent mervækst	1,8%

1) tillægger DREAM modellens fremskrivninger. Her skal bemærkes, at der startes på et nyt 2017-niveau, da DREAM modellen starter i 2010 og ikke er opdateret. I den faktiske fremskrivning vil scenariernes niveau være forskellige, da de udvikler sig forskelligt fra 2010 og frem

2) tillægger DØRs velstandseffekt, procentpoint

I de tre andre beregninger er der taget udgangspunkt i det seneste kendte udgiftsniveau i sundhedsvæsenet (2017)

1) tillagt sundhedsdemografi

2) tillagt DØRs velstandseffekt, procentpoint

3) tillagt et mervæksts-scenarie, procentpoint

I beregningerne er der taget udgangspunkt i de tilgængelige data, der er for området, og desværre findes der ikke allerede beregnede tal med udgangspunkt i 2017 eller 2018-niveau, der både tager højde for demografi, velstands og forskellige mervækstscenarier.

## Efterskrift: Har Lægeforeningen et pengetræ i baghaven?

Det korte svar er nej. Men det er til gengæld ikke svært at forudsige andre kritiske og relevante spørgsmål, som Lægeforeningens anbefalinger vil blive mødt af.

Kan det overhovedet lade sig gøre at beregne udgiftspresset frem i tiden? Hvad er konsekvensen af at fortsætte med de nuværende vækstrater i sundhedsvæsenet? Og hvor skal pengene egentlig komme fra?

Vigtige spørgsmål. Spørgsmål, som fortjener mere end et simpelt ja eller nej svar. Spørgsmål, som forhåbentlig vil optage mange aktører med en større eller mindre aktie i et stærkt og offentligt finansieret sundhedsvæsen.

### Er det muligt at forudsige fremtiden?

Lægeforeningens anbefaling til en årlig vækst i budgetterne på knap 2 procent er et relativt konservativt skøn. Men det er også en fremskrivning og derfor forbundet med betydelig usikkerhed. Fx er den fremtidige velstandsudvikling notorisk ustabil, mens vurderingen af demografiudviklingen er mere håndfast.

Fremskrivningen bygger på DREAM-data suppleret med de nyeste konsoliderede tal for og ny viden om sundhedsudgifterne. Den kan fungere som et pejlemærke og ikke et måltal. Det skyldes ikke mindst, at DREAM-modellen, som også staten baserer sine beregninger på, står på data fra forrige årti. Modellen burde opdateres blandt andet i forhold til nye scenarier for spørgsmålet om sund aldring.

### Hvad er konsekvenserne af fortsat lavvækst?

Lægeforeningen har lavet et skøn over hvor mange penge, som skal frigøres til sundhedsvæsenet, hvis befolkningen ikke skal opleve en gradvis og relativ forringelse af sundhedsvæsenet over de kommende år. Den nuværende realvækst svarer groft sagt til, at man kan håndtere de flere ældre patienter på et uændret kvalitetsniveau, men så til gengæld må opgives at indføre nye og fordyrende behandlinger eller løfte kvaliteten på udvalgte områder.

Det er nok urealistisk på den måde at sætte udviklingen i stå, så hvordan får man enderne til at

mødes? På kort sigt er det – som man gør i dag – muligt at tilpasse serviceniveauet og sammenlægge funktioner, men på længere sigt vil konsekvenserne være mere skelsættende. Et scenarium er at det offentligt finansierede sundhedsvæsen ikke længere tilbyder alle de nye og dyreste behandlinger fx indenfor kræftområdet, og at der i stedet vokser et supplerende forsikringsbaseret tilbud frem, som nogen vil benytte sig af. Et andet scenarium er, at der vil ske en gradvis, men stor skævvridning indenfor sundhedsvæsenet med den konsekvens, at nogle patientgrupper bliver forfordelt frem for andre.

### Hvor skal pengene komme fra?

Det er ikke overraskende, at sundhedsvæsenet er i en situation, hvor opgaverne tårner sig op hurtigere end ressourcerne følger med. I 2009 indledte De Økonomiske Råds formandskab en kronik med følgende budskab:

*”Vi kommer til at bruge flere penge til sundhed i de kommende årtier. Sundhedsudgifterne er den enkelt-post på det offentlige budget, som vil give de største finansieringsproblemer. Der er desværre ingen lette snuptagsløsninger.”*

I kronikken argumenterede formandskabet for De Økonomiske Råd for, at en del af løsningen kunne være indførelsen af et øremærket sundhedsbidrag, som skulle svare nøjagtigt til de offentlige sundhedsudgifter<sup>44</sup>.

Lægeforeningen har desværre ikke svaret på, hvor pengene skal komme fra, ligesom det naturligvis er et politisk ansvar at fastsætte både ambitionerne og de økonomiske rammer for, hvad der skal være muligt i det offentligt finansierede sundhedsvæsen. Dette papir er et indspark til den beslutningsproces.

Det er vigtigt at anerkende, at på den ene side lægger sundhedsvæsenet beslag på en stor andel af væksten i velfærdsudgifter<sup>45</sup>, men på den anden side er det fulde demografiske pres på sundhedsvæsenet endnu større. Hvis det gab ikke bliver lukket, så er det vigtigt, at beslutningen tages med åbne øjne og tydelig stillingtagen til, hvor og hvordan den ventede stigning i efterspørgslen på sundhedsydelser skal og ikke skal håndteres.

## Noter:

- 1 Norstat-måling (2018) foretaget for Altinget og Jyllands-Posten
- 2 Finansministeriet 2018. Udvikling i de offentlige udgifter 2000-2017
- 3 OECD 2013. A PROJECTION METHOD FOR PUBLIC HEALTH AND LONG-TERM CARE EXPENDITURES ECONOMICS DEPARTMENT WORKING PAPERS No. 1048
- 4 Regionernes resultater 2018, regioner.dk
- 5 VIVE (2018) Flere ældre og nye behandlinger – hvad kommer det til at koste? Udviklingen i ressourcer, opgaver og økonomi
- 6 VIVE (2018) Flere ældre og nye behandlinger – hvad kommer det til at koste? Udviklingen i ressourcer, opgaver og økonomi
- 7 Sundhedsdatastyrelsen. Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2017, og Sundhedsdatastyrelsen: Antal ansatte på hospitalerne er fundet på sundhedsdatastyrelsen. Antal beskæftigede på offentlige sygehuse i Danmark i perioden 2001-2017, opgjort i fuldtidsbeskæftigede.
- 8 Lægeforeningen (2018) Survey vedr. sundhedsvæsenets økonomi, september 2018 (ikke udgivet)
- 9 Lægeforeningen (2018) Survey vedr. sundhedsvæsenets økonomi, september 2018 (ikke udgivet)
- 10 KL (2017) Fakta ark: Styrk det nære sundhedsvæsen
- 11 Økonomi og Indenrigsministeriets benchmarkingenhed (2018) Forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere
- 12 Sundhedsdatastyrelsen, udtræk november 2018 vedr. sengepladser og belægningsgrad, december 2017, e-sundhed
- 13 Lægeforeningen (2018) Survey vedr. sundhedsvæsenets økonomi, september 2018 (ikke udgivet)
- 14 SUM (2016) Styrket indsats for den ældre medicinske patient, national handlingsplan
- 15 Lægeforeningen (2018) Fremskrivning af træk på indlæggelser og sengedage på medicinske afdelinger og i alt 2017 til 2025 (ikke udgivet)
- 16 DMCG (2017) Uddybende rapport om canceroverlevelse i Danmark 1995-2014, Benchmarking II rapport
- 17 Lægeforeningen (2018) Survey vedr. sundhedsvæsenets økonomi, september 2018 (ikke udgivet)
- 18 Sundhedsstyrelsen m.fl. (2017) Danskernes Rygevaner 2016
- 19 VIVE (2018) Flere ældre og nye behandlinger – hvad kommer det til at koste? Udviklingen i ressourcer, opgaver og økonomi
- 20 VIVE (2018) Flere ældre og nye behandlinger – hvad kommer det til at koste? Udviklingen i ressourcer, opgaver og økonomi
- 21 VIVE (2018) Flere ældre og nye behandlinger – hvad kommer det til at koste? Udviklingen i ressourcer, opgaver og økonomi, figur 5
- 22 Health Consumer Powerhouse (2018) Euro Health Consumer Index 2017
- 23 DSR (2018) NOTAT Underbemanding blandt sygeplejersker i regionerne, juni 2018; DSR (2018) NOTAT Aktivitetsvæksten på sygehuse 4 gange større end stigningen i sundhedspersonale siden 2001; Lægeforeningen (2018) Survey vedr. sundhedsvæsenets økonomi, september 2018 (ikke udgivet); Udtalelse fra klinikledelserne på Rigshospitalet, august 2017 <https://www.dr.dk/nyheder/indland/opraab-fra-rigshospitalet-vi-kan-ikke-spare-mere>; Åbent brev til Sundhedsminister Ellen Trane Nørby fra afdelingsledelserne på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital 19. august 2017 [http://www.dasaim.dk/wp-content/uploads/2017/08/Udtalelse-BBH\\_Frb\\_hospitaler-afdelingsledelser-19-aug-2017.pdf](http://www.dasaim.dk/wp-content/uploads/2017/08/Udtalelse-BBH_Frb_hospitaler-afdelingsledelser-19-aug-2017.pdf); åbent brev att. Sundhedsminister Ellen Trane Nørby fra de ledende overlæger, Overlægerådet Rådet for afsnitsledende sygeplejersker m.fl. på Aalborg Universitetshospitalet, august 2017 <https://www.docdroid.net/oYkoP1y/abent-brev-sundhedsministeren-240817.pdf>
- 24 Lægeforeningen (2018) Survey vedr. sundhedsvæsenets økonomi, september 2018 (ikke udgivet)
- 25 Danmarks Statistik 2018, Befolkningsfremskrivning, FRDK118
- 26 Lægeforeningen (2018) Survey vedr. sundhedsvæsenets økonomi, september 2018 (ikke udgivet)
- 27 Ulrik Gerdes (2018) En demografisk tsunami fra 1945-1950, version 4.2, udgivet 04.08.2018
- 28 Finansministeriet (2018) svar på Finansudvalgets spørgsmål nr. 5 (aktstykke nr. 148) af 14. juni 2018
- 29 Finansministeriet (2018) Svar på Finansudvalgets spørgsmål nr. 580 (alm. del) af 18. september 2017 stillet efter ønske fra Joachim B. Olsen (LA)
- 30 VIVE (2018) Flere ældre og nye behandlinger – hvad kommer det til at koste? Udviklingen i ressourcer, opgaver og økonomi
- 31 Statsrevisorerne, Rigsrevisionen (2017) Rigsrevisionens beretning om sundhedsplatformen afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger 17/2017
- 32 Statsrevisorerne, Rigsrevisionen (2017) Rigsrevisionens beretning om sundhedsplatformen afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger 17/2017
- 33 Mandag Morgen og Trygfonden (2016) Sundhedsvæsenet – ifølge danskerne
- 34 Whitta-Jacobsen, Hans Jørgen m.fl. (2013) Den fremtidige udvikling i sundhedsudgifterne – behov for samfundsmæssige og etiske valg i Det Etske Råds publicering: Etik og prioritering i sundhedsvæsenet – hvorfor er det så svært, 2013
- 35 VIVE (2018) Flere ældre og nye behandlinger – hvad kommer det til at koste? Udviklingen i ressourcer, opgaver og økonomi
- 36 VIVE (2018) Flere ældre og nye behandlinger – hvad kommer det til at koste? Udviklingen i ressourcer, opgaver og økonomi
- 37 Whitta-Jacobsen, Hans Jørgen m.fl. (2013) Den fremtidige udvikling i sundhedsudgifterne – behov for samfundsmæssige og etiske valg i Det Etske Råds publicering: Etik og prioritering i sundhedsvæsenet – hvorfor er det så svært, 2013
- 38 VIVE (2018) Flere ældre og nye behandlinger – hvad kommer det til at koste? Udviklingen i ressourcer, opgaver og økonomi
- 39 Whitta-Jacobsen, Hans Jørgen m.fl. (2013) Den fremtidige udvikling i sundhedsudgifterne – behov for samfundsmæssige og etiske valg i Det Etske Råds publicering: Etik og prioritering i sundhedsvæsenet – hvorfor er det så svært, 2013
- 40 DØR', Dansk Økonomi, forår 2018, Boks I.8 RÅDRUM FREM MOD 2025
- 41 Finansministeriet (2017) Svar på Finansudvalgets spørgsmål nr. 404 (Alm. del) af 20. juni 2017 stillet efter ønske fra Joachim B. Olsen
- 42 DØR', Dansk Økonomi, forår 2018, Boks I.8 RÅDRUM FREM MOD 2025
- 43 Whitta-Jacobsen, Hans Jørgen m.fl. (2013) Den fremtidige udvikling i sundhedsudgifterne – behov for samfundsmæssige og etiske valg i Det Etske Råds publicering: Etik og prioritering i sundhedsvæsenet – hvorfor er det så svært, 2013
- 44 Sørensen, Peter Birch, m.fl. (2009) Indfør sundhedsbidrag, kronik i Berlingske, 10. november 2009
- 45 Finansministeriet (2018) Økonomisk analyse: Udviklingen i de offentlige udgifter fra 2000 til 2017