

Følsomhedsanalyse af udviklingen i sundheds- og hjemmeplejeudgifterne¹.

Januar, 2016

1. Indledning

Notatet opsummerer resultaterne af en række marginaleksperimenter udført på DREAM-modellen. Eksperimenterne undersøger de samfundsøkonomiske konsekvenser af mervæksten i sundheds og hjemmeplejeudgifterne for tre forskellige antagelser omkring det demografiske udgiftstræk²:

- Sund aldring: Det gennemsnitlige træk per person i sundheds- og hjemmeplejeudgifterne korrigeres for stigningen i restlevetid.
- Usund aldring: Ingen restlevetidskorrektur af udgifterne til sundhed og hjemmepleje, hvilket svarer til konstante standarder.
- Konstant levetid, Døds sandsynlighederne holdes konstante fra og med 2015, hvilket giver anledning til konstante standarder for udgiftstrækket.

Der er i alt udført 9 marginaleksperimenter til modellen. Eksperimenterne er benævnt og defineret i bilag 1. Tabel 1 opsummerer eksperimenterne i matrix-form.

Tabel 1. Marginaleksperimentoversigt.

		Sundheds- og hjemmeplejeudgiftsantagelser		
		Ingen mervækst	0.3 %-point mervækst	0.6 %-point mervækst
Demografiske udgiftstræk	Sund aldring	Eksperiment 1	Eksperiment 2	Eksperiment 3
	Usund aldring	Eksperiment 4	Eksperiment 5	Eksperiment 6
	Konstant levetid	Eksperiment 7	Eksperiment 8	Eksperiment 9

Den samlede virkning af eksperimenterne på de offentlige finanser er opsummeret i holdbarhedsindikatoren (HBI). Holdbarhedsindikatoren for referenceforløbene i forhold til DREAMs grundforløb findes i Tabel 2. Konsekvenserne for holdbarheden af mervækst i sundheds- og hjemmeplejeudgifterne under henholdsvis antagelse af sund aldring, usund aldring og konstant levetid findes i Tabel 3, Tabel 4 og Tabel 5

Hvis holdbarhedsindikatoren er nul, betyder det, at den langsigtede finanspolitik er holdbar. DREAMs grundforløb og referenceforløbene (eksperiment 1, 4 og 7) har alle en positiv holdbarhedsindikator, hvorfor der er et finansielt råderum, som den offentlige sektor har mulighed for at bruge årligt uden at være insolvent.

¹ Beregningen er rekvireret af Dansk Regioner

² Terminologien svarer til betegnelserne brugt i Dansk Økonomi, efterår 2009.

For at vurdere effekten af sund og usund aldring sammenlignes eksperiment 1 og 4, mens eksperiment 4 og 7 sammenlignes for at vurdere effekten af konstant og forlænget levetid. Fra Tabel 2 ses det, at den direkte effekt af, at gå fra én antagelse omkring konstant levetid til forlænget levetid forværrer den finanspolitiske holdbarhed med 0.05 procentpoint af BNP. (Eksperiment 7 versus eksperiment 4). Det ses også, at antagelsen omkring sund aldring i stedet for usund aldring forbedrer holdbarheden med 0.8 procentpoint af BNP (eksperiment 1 versus eksperiment 4).

Tabel 2. Holdbarhedsindikatoren eksperiment 1, 4 og 7 ift. DREAMs grundforløb

	DREAM	Eks 1	Eks 4	Eks 7
Holdbarhedsindikatoren, procent af BNP	0.31	0.90	0.10	0.15
Ændring ift. DREAMs grundforløb, procent af BNP		0.59	-0.20	-0.16
Ændring ift. DREAMs grundforløb, mia. kr. (2014-niveau)		11.3	-3.9	-3.0

Kilde: Egne beregninger på DREAM og Danmarks Statistik, NAT01.

Kronebeløbene angiver holdbarhedsindikatoren omregnet til en permanent årlig ændring i den primære saldo opgjort i 2014-niveau. Foreløbigt BNP for 2014 er 1.921,50 mia. kr. (løbende priser)

Når der antages mervækst i sundheds- og hjemmeplejeudgifterne bliver holdbarhedsindikatoren forværret i forhold til referenceforløbene og i alle tilfælde negativ. Det vil sige, at sundheds- og hjemmeplejeudgifterne overstiger det finansielle råderum i referenceforløbene. Under antagelse af sund aldring forværrer mervæksten på 0.3 og 0.6 procentpoint holdbarheden med henholdsvis 1.71 og 3.86 procentpoint i forhold til eksperiment 1. Det svarer til, at den offentlige primære saldo årligt bliver mindsket med henholdsvis 32 og 74 mia. kr. 2014-niveau. Jf. Tabel 3

Tabel 3. Holdbarhedsindikatoren eksperiment 2 og 3 ift. eksperiment 1.

	Eks 1	Eks 2	Eks 3
Holdbarhedsindikatoren, procent af BNP	0.90	-0.81	-2.96
Ændring ift. Eksperiment 1, procent af BNP		-1.71	-3.86
Ændring ift. Eksperiment 1, mia Kr. (2014-niveau)		-32.8	-74.0

Kilde: Egne beregninger på DREAM og Danmarks Statistik, NAT01.

Kronebeløbene angiver holdbarhedsindikatoren omregnet til en permanent årlig ændring i den primære saldo opgjort i 2014-niveau. Foreløbigt BNP for 2014 er 1.921,50 mia. kr. (løbende priser)

Under antagelse af usund aldring er den marginale effekt af 0.3 og 0.6 procentpoint mervækst indtil 2100 henholdsvis 1.91 og 4.31 procentpoint i forhold til referenceforløb 4. Det svarer til, at det offentlige den primære saldo årligt bliver forværret med henholdsvis 37 og 82 mia. kr. (2014-niveau). jf. Tabel 4.

Tabel 4. Holdbarhedsindikatoren eksperiment 5 og 6 ift. eksperiment 4.

	Eks 4	Eks 5	Eks 6
Holdbarhedsindikatoren, procent af BNP	0.10	-1.80	-4.21
Ændring ift. Eksperiment 4, procent af BNP		-1.91	-4.31
Ændring ift. Eksperiment 4, mia Kr. (2014-niveau)		-36.6	-82.8

Kilde: Egne beregninger på DREAM og Danmarks Statistik, NAT01.

Kronebeløbene angiver holdbarhedsindikatoren omregnet til en permanent årlig ændring i den primære saldo opgjort i 2014-niveau. Foreløbigt BNP for 2014 er

1.921,50 mia. kr. (løbende priser)

Antages det at levetiden er konstant forværrer mervæksten på 0.3 og 0.6 procentpoint holdbarhedsindikatoren med henholdsvis 1.38 og 3.09 procentpoint i forhold til referenceforløb 7. Det svarer til, at den offentlige primære saldo årligt bliver forværret med henholdsvis 26 og 59 mia. kr. (2014-niveau). Jf. Tabel 5

Tabel 5 . Holdbarhedsindikatoren eksperiment 8 og 9 ift. eksperiment 7

	Eks 7	Eks 8	Eks 9
Holdbarhedsindikatoren, procent af BNP	0.15	-1.23	-3.25
Ændring ift. Eksperiment 7, procent af BNP		-1.38	-3.09
Ændring ift. Eksperiment 7, mia Kr. (2014-niveau)		-26.4	-59.4

Kilde: Egne beregninger på DREAM og Danmarks Statistik, NAT01.

Kronebeløbene angiver holdbarhedsindikatoren omregnet til en permanent årlig ændring i den primære saldo opgjort i 2014-niveau. Foreløbigt BNP for 2014 er 1.921,50 mia. kr. (løbende priser)

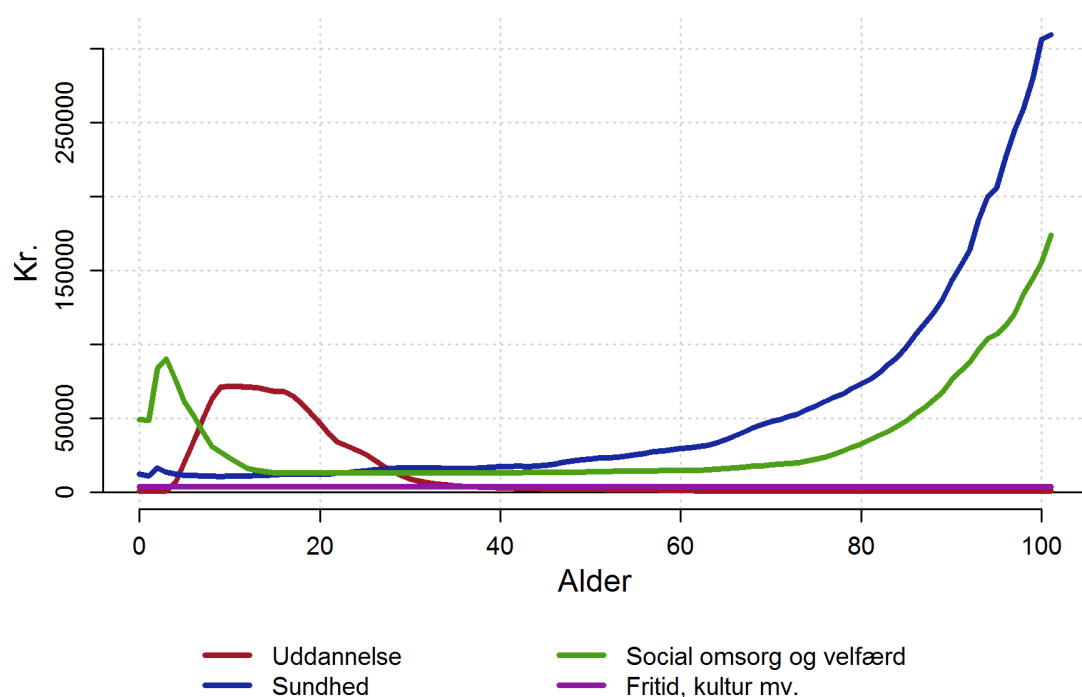
2. Tekniske forudsætninger for beregningerne.

Individuelt offentligt forbrug.

Dette afsnit er i vidt omfang en gengivelse af kapitel 4.4 i Langsigtet økonomisk fremskrivning 2015, men tjener herudover som en uddybning af antagelserne vedrørende korrektion af udvalgte udgiftskategorier for den forventede stigning i restlevetiden.

I henhold til Nationalregnskabet opdeles individuelt offentligt forbrug overordnet på kategorierne sundhed, social omsorg, undervisning samt fritid, kultur mv. Såfremt registerdata for de pågældende udgiftsposter er tilgængeligt, anvendes dette til fordeling af makroudgifterne på køn, alder og oprindelse. Såfremt en given makroudgift ikke kan individualiseres med udgangspunkt i registerdata, fordeles den pågældende post ligeligt på køn, alder og oprindelse³. Som det fremgår af Figur 1 nedenfor varierer de gennemsnitlige udgifter til individuelt offentligt forbrug betydeligt på tværs af alder. Således dominerer trækket for ældre, børn og unge, trækket fra personer i den erhvervsaktive alder. Udgifterne til social omsorg omfatter for aldersgruppen 0-15 år primært udgifter til daginstitutioner. Herefter vil stigningen i posten repræsentere det med alderen øgede behov for hjemmepleje.

Figur 1. Gennemsnitlige aldersfordelte udgifter til individuelt offentligt forbrug, 2011.



Kilde: Egne beregninger på registerdata 2012 og Nationalregnskabet 2011..

³ Til DREAMs 2015-fremskrivning er anvendt mikrodata for år 2012, som skaleres til makroudgifterne for 2011. Mikrodata tætnes indledende ved at gennemføre en udglatning over alder, antage samme gennemsnitlige træk for personer over 70 år samt samme gennemsnitlige træk for efterkommere og personer af dansk oprindelse i alle aldersgrupper. Korrektionen af udvalgte udgifter for stigningen i restlevetiden sker med afsæt i mikrodata for 2010, der ligeledes udglattes og skaleres til makroudgifterne for 2011.

Udgifter til sundhedsområdet omfatter eksempelvis delområderne medicin, hospital, sygesikring og udgifter til plejehjem. De gennemsnitlige sundhedsudgifter ligger på ca. 12.000 kr. frem til 20-års alderen, hvorefter de stiger monotont med alderen. Den gennemsnitlige udgift per person passerer 50.000 kr. ved 72-års alderen for herefter at stige kraftigt. Gennemsnitsudgiften for personer omkring 90 år er godt 140.000 kr.

Uddannelsesudgifterne ligger på et niveau omkring 70.000 kr. pr. barn fra 8 til 16-års alderen. For aldersgrupperne herover reduceres den gennemsnitlige uddannelsesudgift pr. person i takt med, at en stadig større andel af årgangen forlader uddannelsessystemet. Uddannelsesudgifterne afhænger udelukkende af den demografiske udvikling. Da uddannelsesintensiteten i henhold til uddannelsesfremskrivningen forventes at stige i fremtiden, kan den anvendte fremgangsmåde potentielt undervurdere det fremtidige træk på individuel offentlig service til uddannelse.

Under de samlede udgifter til sundhed, social omsorg og uddannelse optræder ud over de ovenfor nævnte kategorier også et residual, der ikke er individualiserbart og derfor blot er fordelt ligeligt over alder. For udgifter til fritid, kultur mv. er der anvendt samme princip.⁴

DREAMs langsigtede økonomiske fremskrivning er grundlæggende baseret på en antagelse om, at de gennemsnitlige køns-, alders- og oprindelsesfordelte udgifter til individuelt offentligt forbrug er konstante gennem fremskrivningen. For udvalgte udgifter relateret til sundhed og social omsorg er dette dog en diskutabel forudsætning, hvorfor modelleringen for disse to udgiftsområder afviger fra princippet om konstante standarder. De gennemsnitlige udgifter korrigeres dels for den forventede stigning i restlevetiden og dels indlægges et mervækstbidrag, som udtryk for højere udgifter som følge af den teknologiske udvikling og øget efterspørgsel efter sundhedsrelaterede ydelser⁵.

Korrektion for stigning i restlevetiden

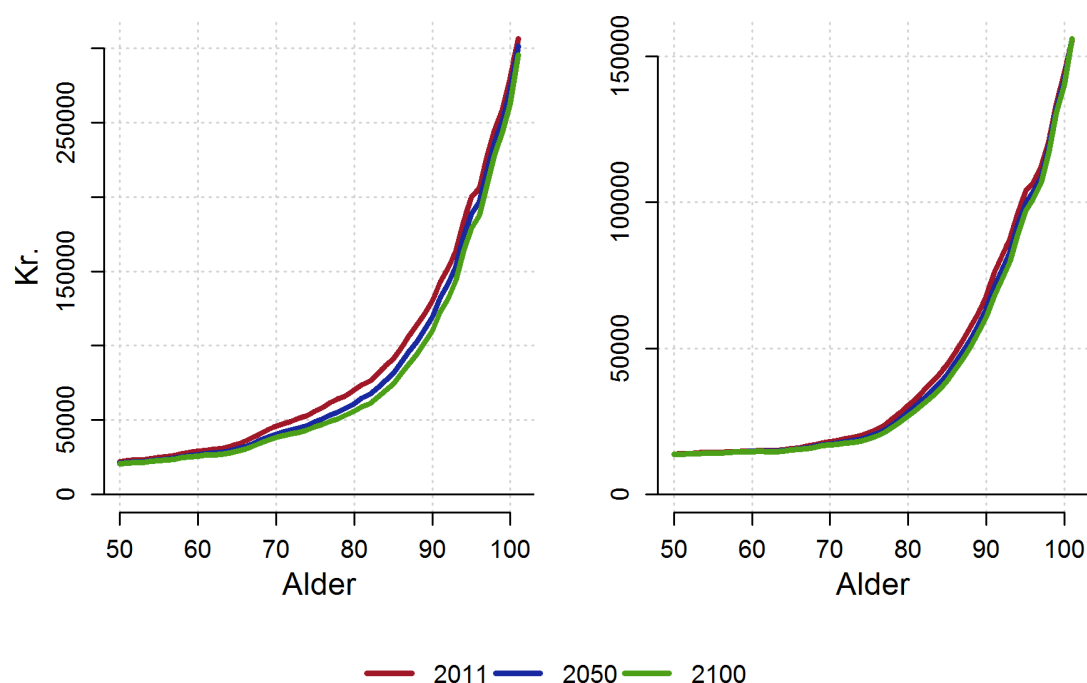
Korrektionen for stigningen i restlevetiden motiveres af en tendens til såkaldt sund aldring, der indebærer, at stigningen i udgifterne til sundhed og social omsorg over alder ikke blot er et aldersfænomen, men også er knyttet til den forventede restlevetid. Når de gennemsnitlige udgifter til sundhed i Figur 1 således stiger markant fra og med 70 års alderen, beror dette delvist på det forventede tilbageværende antal leveår for en typisk 70-årig. Efterhånden som restlevetiden forventes øget i fremtiden, vil sund aldring udmønte sig i, at dette også afspejler sig i den fremtidige sundhedsudgift for en typisk 70-årig. Eftersom en typisk 70-årig fremadrettet har en højere restlevetid end en 70-årig i dag, vil dette således give anledning til,

⁴ De ligefordelte residualer indgår i de samlede udgifter til hhv. sundhed, uddannelse, social omsorg og kultur afbilledet i Figur 1. Den gennemsnitlige ikke-individualiserbare udgift til kultur udgør på tværs af køn og oprindelse ca. 4.000 kr. pr. person i 2011-niveau. For social omsorg, sundhed og uddannelse beløber den gennemsnitlige ikke-individualiserbare udgift pr. person sig til hhv. ca. 12.800 kr., 4.600 kr. og 900 kr.. Dette repræsenterer ca. 60 pct., 18 pct. og 5 pct. af de samlede udgifter til hhv. social omsorg, sundhed og uddannelse.

⁵ Lægevidenskabens teknologiske udvikling vil som nævnt have tendens til at øge det samlede udgiftstræk. Der er dog her tale om en nettoeffekt. Den teknologiske udvikling vil på den ene side betyde, at der løbende kommer et gradvist større udbud af behandlinger for sygdomme, der ikke tidligere kunne behandles. Når sådanne behandlinger eksisterer, vil der være et betydeligt pres for, at de tages i brug. Samtidig vil nye og bedre, men også dyrere behandlingsformer erstatte kendte og typisk billigere behandlinger. På den anden side vil den teknologiske udvikling foranledige, at kendte teknologier har tilbøjelighed til at blive billigere. Sidstnævnte tendens er dog ikke dominerende i historisk data, hvorfor nettoeffekten af den teknologiske udvikling også i fremskrivningen forventes at være en tendens til højere sundhedsudgifter per borger.

at en 70-årig i fremtiden må forventes at have et lavere træk på udgifter knyttet til sundhed og ældreomsorg, end det er tilfældet i dag.

Figur 2. Fremskrivning af gennemsnitlige aldersfordelte udgifter til sundhed (venstre) og socialomsorg (højre) korrigeret for det forventede antal år til død, 2011-niveau.



Amn.: Det gennemsnitlige træk pr. person er udelukkende afbilledet fra og med 50 års alderen, eftersom den forventede ændring i restlevetiden er størst for disse aldersgrupper. For udgifter til social omsorg er det udelukkende udgifter relateret til hjemmeplejeområdet, der er korrigeret med befolkningens ændrede sammensætning på restlevetid.

Kilde: Egne beregninger på registerdata fra 2010 og 2012 samt Nationalregnskabet 2011.

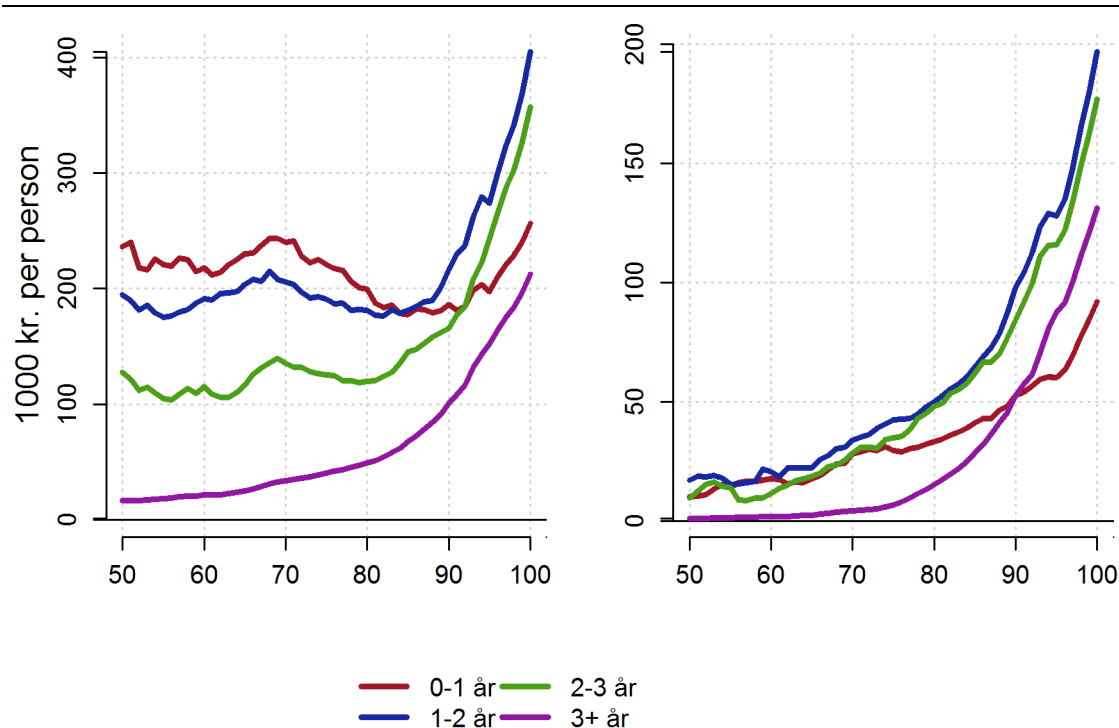
Der findes forskellige tilgange til korrektion af det gennemsnitlige udgiftstræk for stigningen i restlevetiden. En fuld restlevetidskorrektion benytter alene stigningen i restlevetiden til at fastlægge korrektionen. Således vil det gennemsnitlige træk for en person, der i dag har 10 år tilbage at leve i, overføres til de aldersgrupper, der fremadrettet har en forventet restlevetid på netop 10 år. En korrektion af denne type indebærer en parallelforskydning af aldersprofilerne i Figur 1 DREAMs korrektion af udvalgte udgifter til sundhed og social omsorg for den forventede stigning i restlevetiden, er baseret på samme tilgang som anvendes af Finansministeriet. Fremgangsmåden er funderet i, at det gennemsnitlige træk pr. person for en given aldersgruppe afhænger af antallet af år til dødstidspunktet. Denne opdeling tydeliggør, at personer, der befinder sig i den såkaldte terminale fase, typisk har et større gennemsnitligt træk på de individuelle offentlige udgifter til sundhed end den øvrige befolkning⁶. Stigningen i restlevetiden foranlediger, at den andel af befolkningen, der for en given alder befinder sig i den terminale fase alt andet lige vil aftage over tid. Således vil også

⁶ Som det ses senere er dette dog ikke tilfældet for personer, der i de ældste aldersgrupper dør inden for det igangværende år. De pågældende har således en lavere gennemsnitlig udgift end personer med længere levetid. Fænomenet formodes at skulle tilskrives, at behandlingsudgifter for de allerældste aldersgrupper finder sted i årene umiddelbart op til det sidste leveår.

det gennemsnitlige træk for en given aldersgruppe på tværs af antallet af år til dødstidspunktet mindskes med stigende restlevetid. Den gennemsnitlige udgift pr. person til sundhed og social omsorg vil således aftage gennem fremskrivningen, jf. Figur 2, hvilket svarer til, at sundhedsudgifterne inden for en aldersgruppe vokser mindre end proportionalt med befolkningen.

I basisåret 2011 udgør den andel af sundhedsudgifterne, der i fremskrivningen korrigeres for stigningen i restlevetiden godt 80 pct. af de samlede udgifter. Samme år udgør de udgifter til social omsorg, der fremadrettet er genstand for korrektion omkring 15 pct. af de samlede udgifter til området. For den andel af de samlede udgifter til henholdsvis sundhed og social omsorg, der i fremskrivningen målrettes korrektion for stigningen i restlevetid, ses i Figur 3 det gennemsnitlige træk pr. person fordelt på alder og antal år til dødstidspunktet.

Figur 3. Gennemsnitlige udgifter til sundhed (venstre) og social omsorg (højre) fordelt på alder og antal år til dødstidspunktet, 2011-kr.



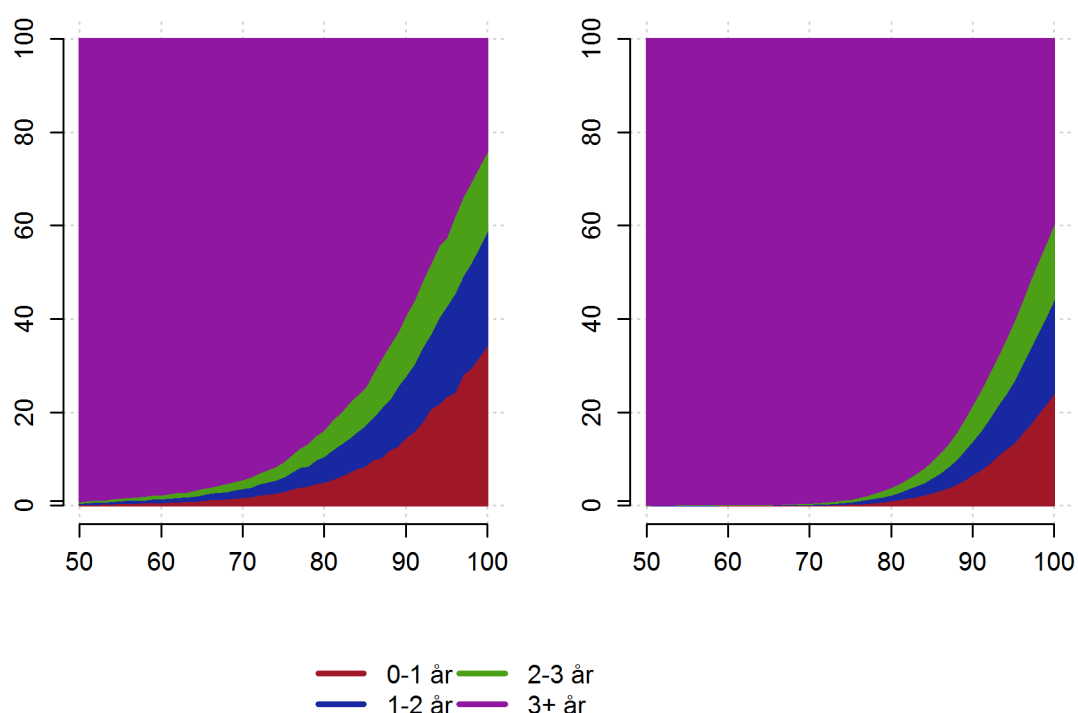
Anm: Idet det ikke er samtlige udgifter til sundhed og social omsorg, der korrigeres for ændringen i restlevetiden, udgør gennemsnitsudgifterne fordelt på år-til-død en delmængde af de samlede gennemsnitlige udgifter til hhv. sundhed og social omsorg i Figur 1. For social omsorg korrigeres blot udgifterne til hjemmepleje. Kilde: Egne beregninger på registerdata fra 2010 og 2012 samt Nationalregnskabet 2011.

Det gennemsnitlige træk antages her at variere mellem de personer, der dør inden for det kommende år (0-1 år), de der overlever i indeværende år, men dør i løbet af det næste (1-2 år), de der dør inden for de kommende 2-3 år samt de, der lever 3 år eller længere. For sundhedsudgifterne gælder, at de gennemsnitlige udgifter til omkring 85-års alderen øges i takt med, at dødstidspunktet nærmer sig. Dette er således konsistent med, at udgifterne i et behandlingsforløb er højest i den terminale fase. Bortset fra den gennemsnitlige udgift til personer, der dør inden for året, er dette mønster også gældende for aldersgrupperne over 85 år. Udgifterne målrettede de, der dør inden for det kommende år er lavere end for de, der overlever i op til tre år. Fænomenet kan evt. forklares af, at intensiteten af et

behandlingsforløb nedjusteres, således at udgifterne for de allerældste faktisk ligger i årene umiddelbart op til det sidste leveår frem for i selve året. Tendensen ses også gengivet for omsorgsudgifterne.

Idet de gennemsnitlige udgifter pr. person fordelt på alder og antal år til dødstidspunktet antages konstante i fremskrivningen, er faldet i den gennemsnitlige udgift for en given aldersgruppe over tid, jf. Figur 2, alene genereret af, at befolkningens sammensætning på antallet af tilbageværende leveår ændres i fremskrivningen. I Figur 4 ses, hvorledes den forventede stigning i restlevetiden giver anledning til, at befolkningens sammensætning på tilbageværende leveår ændres gennem fremskrivningen. Eksempelvis havde næsten 84 pct. af den 80-årige befolkning i år 2011 tre år eller mere tilbage at leve i, men det i år 2100 var tilfældet for hele 96 pct. af aldersgruppen. Udviklingen betyder således, at en større andel af befolkningen over tid tildeles det relativt lave gennemsnitlige træk, der er knyttet til personer, der forventes at overleve 3 år eller mere, jf. Figur 3.

Figur 4. Befolkningen fordelt på alder og antal år til dødstidspunktet, 2011 (venstre) og 2100 (højre)



Kilde: Egne beregninger på Befolkningsfremskrivning 2015.

Mervækst

Fra 2016 og 25 år frem tillægges de ovenfor korrigerede udgiftstyper i DREAMs grundforløb et årligt mervækstbidrag på 0,3 procentpoint udover den generelle produktivtetsvækst på 1,5 procent. Dette er udtryk for en videreførelse af den gennemsnitlige historiske tendens siden 1995 for de pågældende udgiftstyper. Længden af perioden er arbitrært valgt ud fra en antagelse om, at fænomenet set fra et udgiftsstyringsmæssigt synspunkt næppe tillades at fortsætte i al fremtid. Omvendt er det valgt at inddrage et mervækstbidrag, da det ud over det historiske perspektiv er tendensen i de lande, vi typisk sammenligner os med. Efterspørgslen

efter sundhedsydelse må alt andet lige formodes ikke at være robust over for vedvarende afvigelser fra internationale standarder.

Da det for øvrige individuelle offentlige forbrugskategorier antages, at det gennemsnitlige træk pr. person er konstant i fremskrivningsperioden, er det her alene befolkningens størrelse og sammensætning på køn, alder og oprindelse, der bestemmer det samlede demografiske træk.

DREAM-modellen

DREAM-modellen er en langsigtet ligevægts-strukturmodel, der har som hovedformål at analysere den langsigtede finanspolitiske holdbarhed og politikændringers konsekvenser for denne. Når DREAM-modellen bruges til at analysere effekter af ændringer i den økonomiske politik, er det dermed de langsigtede strukturelle ændringer, der analyseres, hvorimod kortsigtede og konjunkturafhængige effekter ikke medtages i analysen.

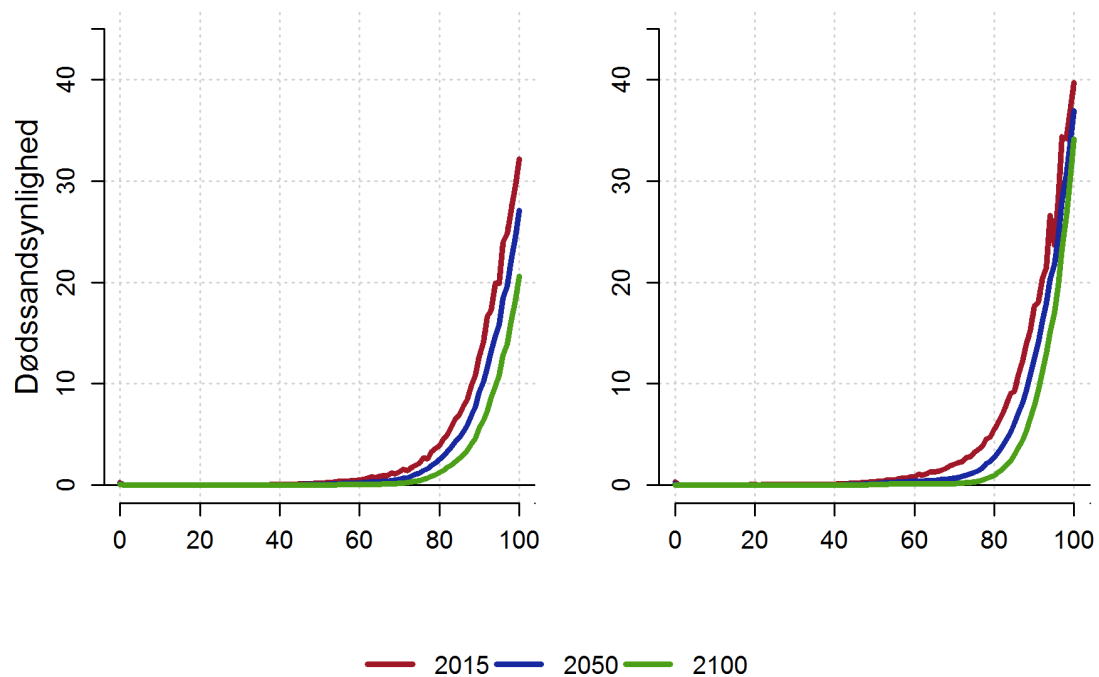
Den nærværende DREAM-model er kalibreret via nationalregnskabet fra 2011, hvor nationalregnskabet inden kalibreringen er blevet rensset for konjunkturafhængige effekter. Den økonomiske krise er indarbejdet i modellen via Finansministeriets fremskrivning til 2020 ved at tillade, at en række af modellens parametre, der beskriver modellens økonomiske struktur og agenternes adfærd, må afvige fra deres strukturelle niveau. Fra 2020 tilpasses parametrene gradvist til DREAMs strukturelle niveauer. DREAMs grundforløb bygger på den nyeste udgave af DREAM-modellen, se DREAM (2015)⁷, og medtager al politik, der var vedtaget i august 2015. DREAMs grundforløb er tilpasset til FM's seneste fremskrivning frem til 2020.

Referenceforløb

Marginaleksperimenterne afvikles som stød til økonomien fra og med år 2016, hvor udgangspunktet er tre korrigerede versioner af DREAMs grundforløb (benævnt eksperiment 1, 4 og 7). De 3 referenceforløb afviger fra DREAMs grundforløb ved, at der ingen mervækst er i sundheds- og hjemmeplejeudgifterne, hvor det i DREAMs grundforløb som nævnt er mervækst i disse udgifter poster på 0.3 procentpoint fra 2016 og 25 år frem. Eksperiment 4 afviger herudover også ved antagelsen omkring usund aldring. I DREAMs grundforløb og i eksperiment 1 antages det, at der er sund aldring. Eksperiment 7 afviger fra DREAMs grundforløb udover antagelsen omkring mervækst ved, at dødelighedsraten holdes konstant fra 2015 således at levetiden holdes konstant. Figur 5 viser dødssandsynlighederne i 2015, 2050 og 2100 for mænd og kvinder over alder. Det ses, at dødssandsynligheden er faldet i 2050 og 2100 i forhold til 2015.

⁷ DREAM (2015): Langsigtet økonomisk fremskrivning 2015. København

Figur 5. Døds sandsynlighederne i 2015, 2050 og 2100 for kvinder (venstre) og mænd (højre) over alder.



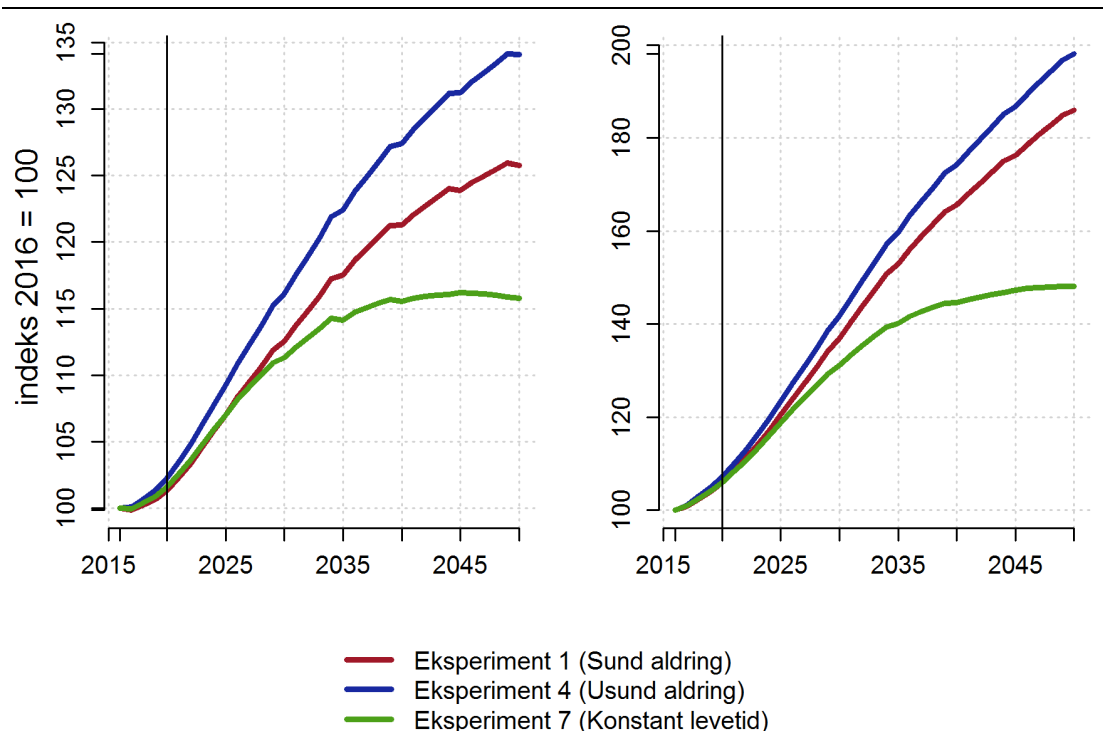
Kilde: Egne beregninger på DREAM.

I marginaleksperimenter antages, at det kollektive offentlige forbrug er uændret relativt til DREAMs grundforløb, hvorfor ændringer relativt til BNP udelukkende skal tilskrives en BNP effekt. Det individuelle offentlige forbrug antages, at følge den demografiske udvikling hvor det gennemsnitlige træk pr. person for sundhed- og ældreplejegyldigheder varierer ift. antagelserne i referenceforløbet.

3. Udviklingen for sundheds- og hjemmeplejeudgifterne i referenceforløbene.

Følgende afsnit beskriver referenceforløbenes betydning for de offentlige sundheds- og hjemmeplejeudgifter⁸ og de makroøkonomiske konsekvenser heraf. Der skelnes som nævnt mellem 3 demografiske udgiftstræk: sund og usund aldring og konstant levetid (Eksperiment 1, 4 og 7). For at vurdere effekten af sund og usund aldring sammenlignes eksperiment 1 og 4, mens eksperiment 4 og 7 sammenlignes for at vurdere effekten af konstant og forlænget levetid. Udviklingen i udgifterne der er knyttet til disse tre effekter er vist i Figur 6, i Bilag 2 findes de offentlige sundheds- og hjemmeplejeudgifter i procent af BNP.

Figur 6. Demografisk effektens betydning for sundheds (venstre) og hjemmeplejeudgifterne (højre), eksperiment 1,4 og 7.



Kilde: Egne beregninger på DREAM.

Fra Figur 6 ses det, at sundheds- og hjemmeplejeudgifterne er stigende over tid. Antages det, at levetiden er uændret efter 2015, eksperiment 7, stiger sundheds- og hjemmeplejeudgifterne ca. med henholdsvis 15 og 50 procent i 2050 i forhold til udgifterne i 2016. Denne udvikling i udgifterne er alene bestemt af årgangseffekten, det vil sige størrelsen af de enkelte generationer fastlægger trækket. Det ses, at udgifterne stiger når levetiden forlænges, eksperiment 1 og 4, i det der kommer flere ældre. Når usund aldring antages stiger sundhedsudgifterne med næsten 35 procent og udgifterne til hjemmepleje bliver næsten fordoblet i 2050 i forhold til udgifterne i 2016. Konsekvenserne af den længere levetid ses at øge udgifterne til sundhed og hjemmepleje med henholdsvis 20 og 50 procentpoint i 2050 (eksperiment 7 ift. eksperiment 4). Antages sund aldring derimod, stiger sundheds- og

⁸ Det antages her, at der ingen mervækst er i udgifterne til sundhed og hjemmepleje.

hjemmeplejeudgifterne kun med henholdsvis 25 og 85 procent i 2050 i forhold til udgifterne i 2016. Det vil sige at sund aldring mindsker udgifterne til sundhed og ældrepleje med henholdsvis 8 procentpoint og 12 procentpoint ift. usund aldring.

Tabel 6 viser befolkningssammensætningen fordelt på alder og arbejdsmarkstilknytning for eksperiment 1, 4 og 7 i 2050.

Tabel 6. Befolkningen fordelt på arbejdsmarkedet og alder, 2050.

	Eks 1	Eks 4	Δ Eks 4 ¹	Eks 7	Δ Eks 7 ²
Befolkning, personer	100.00	100.00	0.00	100.00	-316.04
Arbejdsmarkedet					
- Udenfor arbejdsstyrken	50.66	50.66	0.00	50.42	-174.50
- I arbejdsstyrken	49.34	49.34	0.00	49.58	-141.54
- Beskæftigede	47.95	47.95	-0.01	48.20	-136.90
- Offentlige	14.52	14.78	16.18	14.67	-53.22
- Private	33.43	33.17	-16.19	33.52	-83.68
- Arbejdsløse	1.38	1.38	0.01	1.38	-4.64
Alder					
- Børn	18.43	18.43	0.00	19.35	-3.47
- Voksne	63.39	63.39	0.00	62.81	-235.21
- Ældre	18.17	18.17	0.00	17.84	-77.36

Kilde: Egne beregninger på DREAM

¹ Absolut ændring ift. eksperiment 1 (1000 personer)

² Absolut ændring ift. eksperiment 4 (1000 personer)

Anm: Børn er befolkning i alderen 0-16 år.

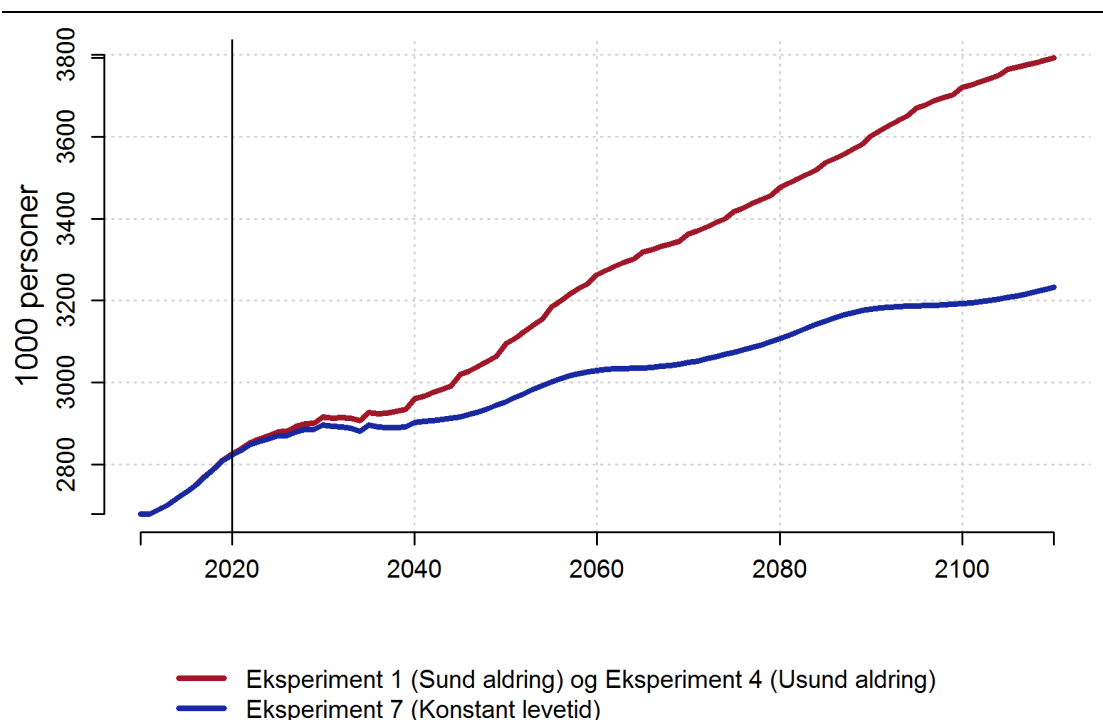
Voksne er befolkning i alderen 17 til folkepensionsalder (variabel over tid).

Ældre er befolkning fra og med folkepensionsalder.

Sammenligner man eksperiment 1 og 4, ses det, at befolkningens størrelse og alderssammensætning er ens i de to eksperimenter. Usund og sund aldring refererer kun til hvorledes sundheds og hjemmeplejeudgifterne reagerer på den forventede udvikling i levetiden. Således er dødeligheden den samme, hvorfor befolkningen også er det. Den eneste forskel i befolkningen mellem de to eksperimenter er, et lille skifte fra privat til offentlig beskæftigelse på 0.26 procentpoint af befolkningen i 2050, dette svarer til ca. 16000 personer. Denne ændring er forklaret af de øgede sundheds og hjemmeplejeudgifter usund aldring forårsager i forhold til sund aldring, hvilket alt andet lige betyder en større offentlig sektor.

Anderledes har antagelsen omkring forlængelse af levetiden en stor effekt på befolkningens størrelse, arbejdsmarkedstilknytning og alderssammensætning. (eksperiment 7 sammenholdt med eksperiment 4) I 2050 er befolkningen faldet med 316.000 personer når levetiden ikke forlænges. Figur 7 viser arbejdsstyrken med og uden forlængelse af levetiden. Fra Figur 7 og Tabel 6 ses det, at arbejdsstyrken vokser i eksperiment 1 og 4. i forhold til eksperiment 7 som følge af den øgede levetid. Dette forklares af den lavere dødelighed, og af, at en stigning i restlevetiden sammen med den stigende efterløns- og folkepensionsalder (velfærdsreformen) øger arbejdsstyrken. I 2050 er arbejdsstyrken ca. 174500 personer mindre hvis konstant levetid antages.

Figur 7. Arbejdsstyrken med og uden forlængelse af levetiden.



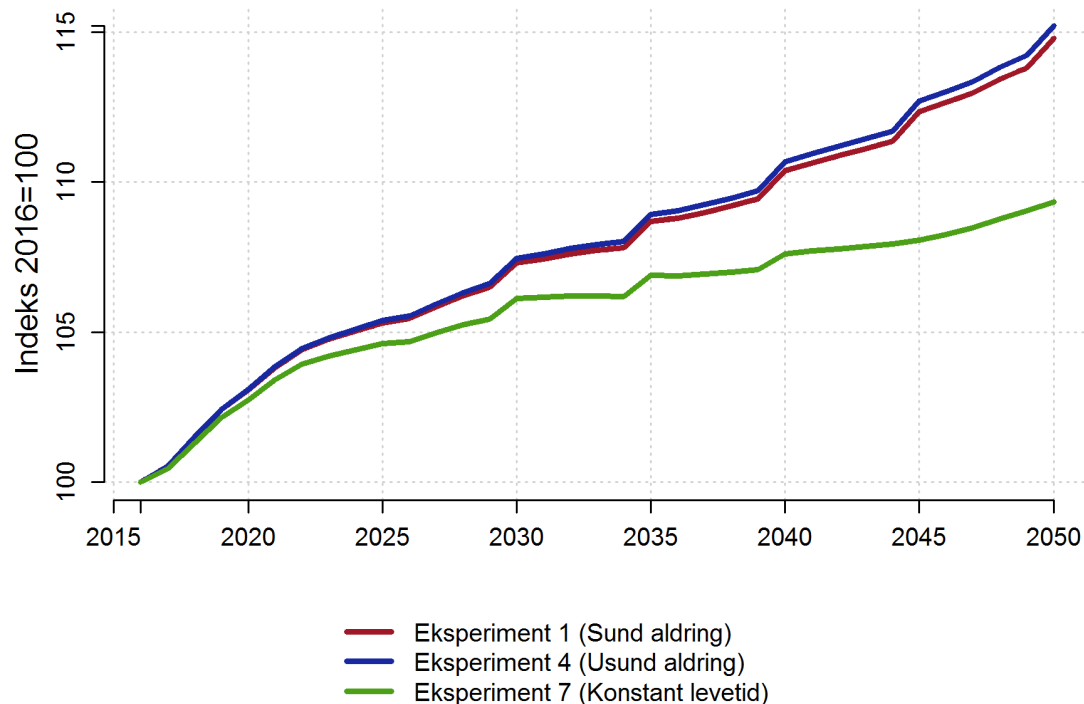
Kilde: Egne beregninger på DREAM.

Anm: Trods antagelserne om konstant dødelighed fra og med år 2015 tilsiger indekseringsreglen i Tilbagetrækningsreformen, at efterløns- og folkepension alderen øges frem til henholdsvis 2037 og 240, hvorefter de fastholdes på henholdsvis 66,5 og 69,5 år.

Generelt vil produktionen, i en lukket økonomi, på lang sigt ændres proportionalt med arbejdsudbuddet (målt i produktive enheder) og alle reale priser vil være upåvirkede. DREAM er imidlertid konstrueret som en lille åben økonomi, i hvilken der efterspørges udenlandsk producerede varer til investeringer og materialeforbrug i produktionen og til endeligt privat forbrug, samtidig med at en stor del af produktionen i den private sektor eksporteres. Eksportefterspørgslen afhænger negativt af produktprisen, således at hvis produktionen stiger, vil outputprisen samtidig reduceres for at øge efterspørgslen. Derved opnår de danske virksomheder en forringet rentabilitet, der også vil sætte sig i lønniveauet. Da prisen på importerede investeringsgoder og materialer er uafhængig af efterspørgslen, vil lønningerne falde relativt mere end outputprisen, således at reallønnen (defineret ud fra forbrugerprisindekset) falder.

Figur 8 viser udviklingen i BNP i løbende priser for eksperiment 1, 4 og 7. Herfra ses det, at eksperiment 1 og 4 stort set har samme udvikling frem til 2050, mens udviklingen i BNP for eksperiment 7 er lavere. I 2050 er eksperiment 1, 4 og 7 henholdsvis 14, 15 og 9 procent i forhold til BNP i 2016.

Figur 8. Udviklingen i BNP for eksperiment 1, 4 og 7.



Kilde: Egne beregninger på DREAM.

Tabel 7 er en dekomponering af BNP for eksperiment 1, 4 og 7 i forsyningsbalance komponenterne i 2050.

Sammenligner man eksperiment 1 og 4, ses en forholdsvis lille forskel mellem BNP i løbende priser på 0.47 procent i 2050. Når sundheds- og hjemmeplejeudgifterne stiger betyder det, at den offentlige produktion og det offentlige forbrug er steget⁹. Fra Tabel 7 ses at det offentlige forbrug i 2050 er steget med 2.79 procent når usund aldring antages i stedet for sund aldring.

I DREAM antages det at der er et konstant forhold imellem det offentlige kapitalapparat og den offentlige produktion, hvorfor det offentlige kapitalapparat er stigende i sundheds- og hjemmeplejeudgifterne. For at oprette og vedligeholde det øgede kapitalapparat stiger de offentlige investeringer. Fra Tabel 7 ses det, at de offentlige investeringer stiger med 2.12 procent i forhold til eksperiment 1.

Det øgede kapitalapparat medfører en ubalance imellem arbejdskraft og kapital i den optimerede offentlige produktion. For at udligne denne ubalance stiger antallet af offentligt ansatte. Tabel 6 viste som nævnt, et skifte fra privat til offentlig beskæftigelse. Det ses fra Tabel 6, at der næsten er perfekt substitution fra den private beskæftigelse til den offentlige. Den private sektor oplever herved et fald i arbejdskraften, hvilket alt andet lige mindsker den private sektors produktion. Den mindre produktion betyder, at reallønnen og outputprisen i den private sektor stiger i forhold til eksperiment 1. Efterspørgslen fra udlandet falder pga. prisstigningen, i 2050 er eksporten faldet med 1.36 procent i forhold til eksperiment 1.

⁹ Den offentlige sektor producerer næsten udelukkende til offentligt forbrug.

Reallønsstigningen medfører et øget privat forbrug, i 2050 er det private forbrug steget med 0.53 procent i forhold til eksperiment1.

Tabel 7. Forsyningsbalancen for eksperiment 1, 4 og 7 i 2050.

	Eks 1	Eks 4	Δ Eks 4 ¹	Eks 7	Δ Eks 7 ²
BNP, Mia. kr.	1994.48	2003.85	0.47	1932.60	-3.56
- Mængdeeffekt			0.06		-3.24
- Priseffekt			0.41		-0.33
Privat forbrug	1007.41	1012.71	0.53	999.46	-1.31
- Mængdeeffekt			0.29		-0.39
- Priseffekt			0.24		-0.92
Offentligt forbrug	522.40	536.98	2.79	507.63	-5.46
- Mængdeeffekt			2.34		-5.87
- Priseffekt			0.44		0.43
Eksport	817.08	806.01	-1.36	782.86	-2.87
- Mængdeeffekt			-1.66		-3.03
- Priseffekt			0.31		0.17
Import	804.79	804.77	0.00	777.36	-3.41
- Mængdeeffekt			0.00		-3.41
- Priseffekt			0.00		0.00
Private investeringer	377.06	375.99	-0.28	350.55	-6.77
- Mængdeeffekt			-0.60		-6.70
- Priseffekt			0.32		-0.07
Offentlige investeringer	76.16	77.78	2.12	70.21	-9.73
- Mængdeeffekt			1.88		-9.66
- Priseffekt			0.24		-0.07

Kilde: Egne beregninger på DREAM

¹ Procentvis ændring ift. eksperiment 1

² Procentvis ændring ift. eksperiment 4

Sammenligner man eksperiment 4 og 7, ses at BNP i løbende priser falder med 3.56 procent i 2050. Dette forklares af det lavere arbejdsudbud jf. Tabel 6 og Figur 7, samt faldet i udgifterne til sundhed og hjemmepleje, jf. Figur 6.

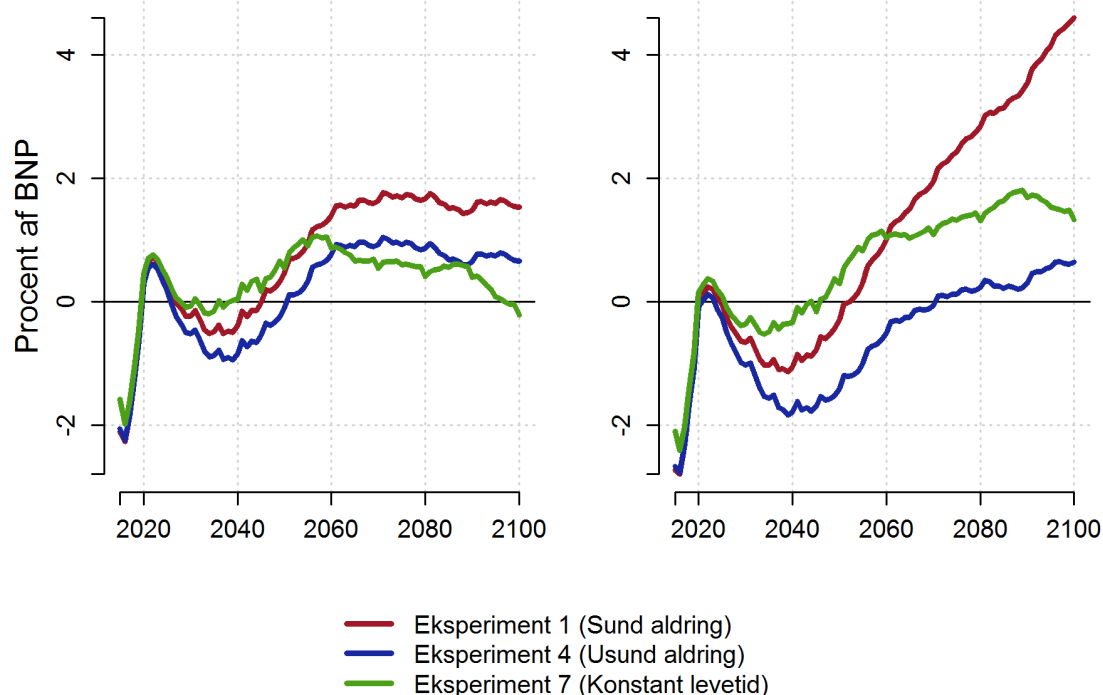
Arbejdskraft er direkte et input i den private produktion, virksomhederne vil følgelig producere mindre for et lavere arbejdsudbud. Den mindre mængde arbejdskraft giver en ubalance i forhold til kapitalapparatet i produktionen, hvilket udlignes gennem lavere investeringer. I 2050 er de private investeringer steget med 6.77 procent ift. eksperiment 4. For at imødekomme den mindre produktion hæver virksomhederne outputprisen. Det højere prisniveau betyder at eksporten falder med 2.87 procent i 2050 i løbende priser. Reallønnen og produktreallønnen (i den private sektor), er henholdsvis steget med ca. 1 og 0,8 procent i forhold til eksperiment 4 i 2050. Trods reallønsstigningen giver den mindre beskæftigelse anledning til et lavere privatforbrug, der i 2050 er faldet med 1.31 procent i forhold til eksperiment 4. For den offentlige sektor betyder de lavere udgifter en mindre offentlig produktion og et mindre forbrug. Dette betyder, at den offentlige beskæftigelse og kapitalapparat falder i forhold eksperiment 4. Det mindre kapitalapparat betyder, at de offentlige investeringer falder, i 2050 er de offentlige investeringer faldet med 9.73 procent i forhold til eksperiment 4.

Udviklingen i de offentlige saldi som andel af BNP for eksperimenterne 1,4 og 7 kan ses i Figur 9. Det ses fra Figur 9 og **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.**, at konsekvenserne for

sundheds- og hjemmeplejeudgifterne afspejles i udviklingen af de offentlige saldi. Når udgifterne falder forbedres de offentlige saldi og vice versa.

De offentlige saldi i alle perioder er forbedret når sund aldring antages ift. usund aldring. Den konstante levetid ses, at forbedre de offentlige saldi på kort sigt ift. den forlængede levetid (eksperiment 4), men efter ca. 2060 forværres den primære saldo dog ift. eksperiment 4.

Figur 9. Den strukturelle offentlige saldo, (højre), og den strukturelle primære offentlige saldo, (venstre), for Eksperiment 1, 4 og 7 i BNP andele.



Kilde: Egne beregninger på DREAM.

Tabel 8 dekomponerer den faktiske saldo for eksperiment 1, 4 og 7 i offentlige indtægter og udgifter i 2050. Herfra ses det, at den primære offentlige saldo i procent af BNP falder med 0.57 procentpoint i 2050 hvis usund aldring antages i stedet for sund aldring. Forklaringen findes som forventet i, at sundsudgifterne og udgifterne til social omsorg er højere for eksperiment 4 end for eksperiment 1.

Hvis konstant levetid antages i stedet for forlænget levetid, forbedres den primære saldo i procent af BNP med 0.67 procentpoint i 2050. Både udgifter og indtægter falder for eksperiment 7 ift. eksperiment 4, hvilket hovedsageligt skyldes den mindre befolkning. Udgifterne er i 2050 faldet mere end indtægterne hvorfor de offentlige saldi forbedres. Udgifterne falder som en konsekvens af lavere sundhedsudgifter og lavere udgifter til indkomstoverførsler. Som før nævnt, bliver den primære offentlige saldo forværret efter ca. 2060 for eksperiment 7 i for til eksperiment 4, jf. Figur 9. Dette forklares af faldet i indtægterne overstiger faldet i udgifterne blandt andet som følge af lavere indtægter fra kildeskat, jf. den mindre arbejdsstyrke.

Tabel 8. De offentlige finanser, eksperiment 1,4 og 7, 2050

	Eks 1	Eks 4	Δ Eks 4 ¹	Eks 7	Δ Eks 7 ²
Budget overskud	-0.29	-1.40	-1.12	0.30	1.70
- Primære budget overskud	0.46	-0.11	-0.57	0.55	0.67
- Indtægter	49.33	49.42	0.08	48.48	-0.94
- Direkte skatter	28.16	28.18	0.02	27.46	-0.73
- Indirekte skatter	16.83	16.85	0.02	16.65	-0.19
- Anden indkomst	4.34	4.39	0.04	4.37	-0.02
- Udgifter	48.87	49.53	0.66	47.93	-1.60
- Kollektivt forbrug	7.28	7.28	0.00	7.65	0.37
- Individuelt forbrug	18.92	19.52	0.60	18.62	-0.90
- Udgifter til uddannelse	3.94	3.94	0.00	4.11	0.18
- Sundhedsudgifter	7.85	8.36	0.51	7.56	-0.80
- Socialomsorg	6.07	6.17	0.10	5.89	-0.28
- Andet individuelt forbrug	1.06	1.06	0.00	1.06	0.00
- Indkomstoverførsler	14.19	14.21	0.02	13.46	-0.75
- Investeringer	3.82	3.88	0.06	3.63	-0.25
- Andre udgifter	3.01	2.98	-0.03	2.94	-0.04
- Nettorenteudgifter	0.75	1.29	0.54	0.26	-1.03

Kilde: Egne beregninger på DREAM

¹ Absolut ændring i procent af BNP ift. eksperiment 1

² Absolut ændring i procent af BNP ift. eksperiment 4

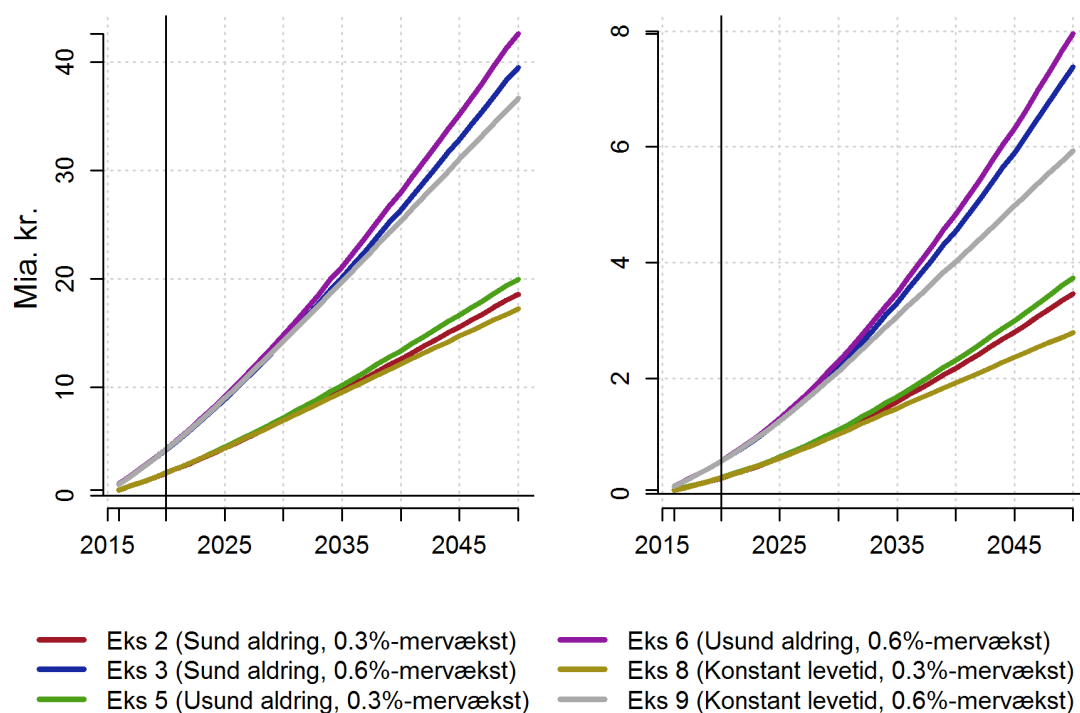
† 2011 baseline niveau i procent af BNP

4. Mervækst i sundheds og hjemmeplejeudgifterne.

Følgende afsnit beskriver de makroøkonomiske konsekvenser af mervækst i udgifterne til sundhed og hjemmepleje. Det antages, at der er 0,3 eller 0,6 procentpoint mervækst i sundheds og hjemmeplejeudgifterne under de tre forskellige demografiske antagelser; sund, usund aldring og konstant levetid.

Figur 10 viser den absolutte ændring i sundheds og hjemmeplejeudgifterne for mervækst eksperimenterne i forhold til de relevante referenceforløb. Det ses, at sundhedsudgifterne med 0,3 og 0,6 procentpoint mervækst stiger henholdsvis med omkring 18 og 38 mia. kr. (løbende priser) i 2050 i forhold til referenceforløbene, og at, hjemmeplejeudgifterne stiger med omkring 3 og 7 mia. kr. (løbende priser). I Bilag 2 findes de offentlige sundheds- og hjemmeplejeudgifter i procent af BNP

Figur 10. Sundheds (venstre) og hjemmeplejeudgifterne (højre), eksperiment 2, 3, 5, 6, 8 og 9 i forhold til referenceforløbene, absolut ændring.



Kilde: Egne beregninger på DREAM.

Tabel 9 viser ændringen i befolkningens arbejdsmarkedstilknytning for mervækstek eksperimenterne i 2050. Det ses, at befolkningens størrelse er uændret i forhold til referenceforløbene. Den eneste forskel på arbejdsmarkedet mellem mervækstek eksperimenterne og referenceforløbene er, et skifte fra privat til offentlig beskæftigelse. Denne ændring er forklaret af de øgede sundheds og hjemmeplejeudgifter, som mervæksten forårsager i forhold til referenceforløbene, hvilket alt andet lige betyder en større offentlig sektor.

Tabel 9. Arbejdsmarkedet for mervækst eksperimenterne ift. referenceforløbene, 2050

	Δ Eks 2 ¹	Δ Eks 3 ¹	Δ Eks 5 ²	Δ Eks 6 ²	Δ Eks 8 ³	Δ Eks 9 ³
Befolkning, personer	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
- Udenfor arbejdsstyrken	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
- I arbejdsstyrken	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
- Beskæftigede	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
- Offentlige	27.3	57.3	29.0	60.7	24.6	51.6
- Private	-27.3	-57.3	-28.9	-60.7	-24.6	-51.6
- Arbejdsløse	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Kilde: Egne beregninger på DREAM

¹ Absolut ændring ift. eksperiment 1, (1000 personer)

² Absolut ændring ift. eksperiment 4, (1000 personer)

³ Absolut ændring ift. eksperiment 7, (1000 personer)

Tabel 10 er en dekomponering af BNP for mervækst eksperimenterne i forsyningsbalance komponenterne i 2050. Det ses at eksperimenterne er kvalitativt ens hvorfor de her er beskrevet under et.

Når sundheds- og hjemmeplejeudgifterne stiger betyder det, at den offentlige produktion og det offentlige forbrug er steget¹⁰. I DREAM antages det, som tidligere nævnt, at der er et konstant forhold imellem det offentlige kapitalapparat og den offentlige produktion. Hvorfor det offentlige kapitalapparat er stigende i sundheds- og hjemmeplejeudgifterne. For at oprette og vedligeholde det øgede kapitalapparat stiger de offentlige investeringer. Det øgede kapitalapparat medfører en ubalance imellem arbejdskraft og kapital i den optimerede offentlige produktion. For at udligne denne ubalance stiger antallet af offentligt ansatte, jf. Tabel 10. Det ses fra Tabel 10 at der næsten er perfekt substitution fra den private beskæftigelse til den offentlige. Den private sektor oplever herved et fald i arbejdskraften, hvilket alt andet lige mindsker den private sektors produktion. Den mindre produktion betyder, at reallønnen og outputpris i den private sektor stiger i forhold til referenceforløbene. Efterspørgslen fra udlandet falder pga. prisstigningen. Reallønsstigningen medfører et øget privat forbrug.

¹⁰ Den offentlige sektor producere næsten udelukkende til offentligt forbrug.

Tabel 10. Forsyningsbalancen for mervækst eksperimenterne.

	Δ Eks 2 ¹	Δ Eks 3 ¹	Δ Eks 5 ²	Δ Eks 6 ²	Δ Eks 8 ³	Δ Eks 9 ³
BNP, Mia. kr.	0.85	0.47	1.41	2.53	0.79	1.73
- Mængdeeffekt	0.01	0.06	0.21	0.41	0.11	0.25
- Priseffekt	0.83	0.41	1.20	2.11	0.68	1.48
Privat forbrug	1.00	0.53	1.63	3.00	0.90	1.99
- Mængdeeffekt	0.48	0.29	0.95	1.81	0.51	1.15
- Priseffekt	0.51	0.24	0.67	1.18	0.39	0.83
Offentligt forbrug	4.77	2.79	7.94	13.81	4.49	9.57
- Mængdeeffekt	3.87	2.34	6.56	11.26	3.72	7.85
- Priseffekt	0.87	0.44	1.29	2.29	0.74	1.59
Eksport	-2.34	-1.36	-3.86	-6.68	-2.20	-4.68
- Mængdeeffekt	-2.91	-1.66	-4.71	-8.13	-2.70	-5.71
- Priseffekt	0.59	0.31	0.90	1.58	0.51	1.09
Import	0.04	0.00	0.06	0.19	0.03	0.11
- Mængdeeffekt	0.04	0.00	0.06	0.19	0.03	0.11
- Priseffekt	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Private investeringer	-0.47	-0.28	-0.76	-1.21	-0.46	-0.91
- Mængdeeffekt	-1.12	-0.60	-1.69	-2.85	-0.99	-2.07
- Priseffekt	0.66	0.32	0.94	1.68	0.54	1.18
Offentlige investeringer	4.11	2.12	6.57	11.68	3.79	8.15
- Mængdeeffekt	3.60	1.88	5.83	10.33	3.38	7.23
- Priseffekt	0.50	0.24	0.70	1.23	0.40	0.86

Kilde: Egne beregninger på DREAM

¹ Relativ ændring ift. eksperiment 1

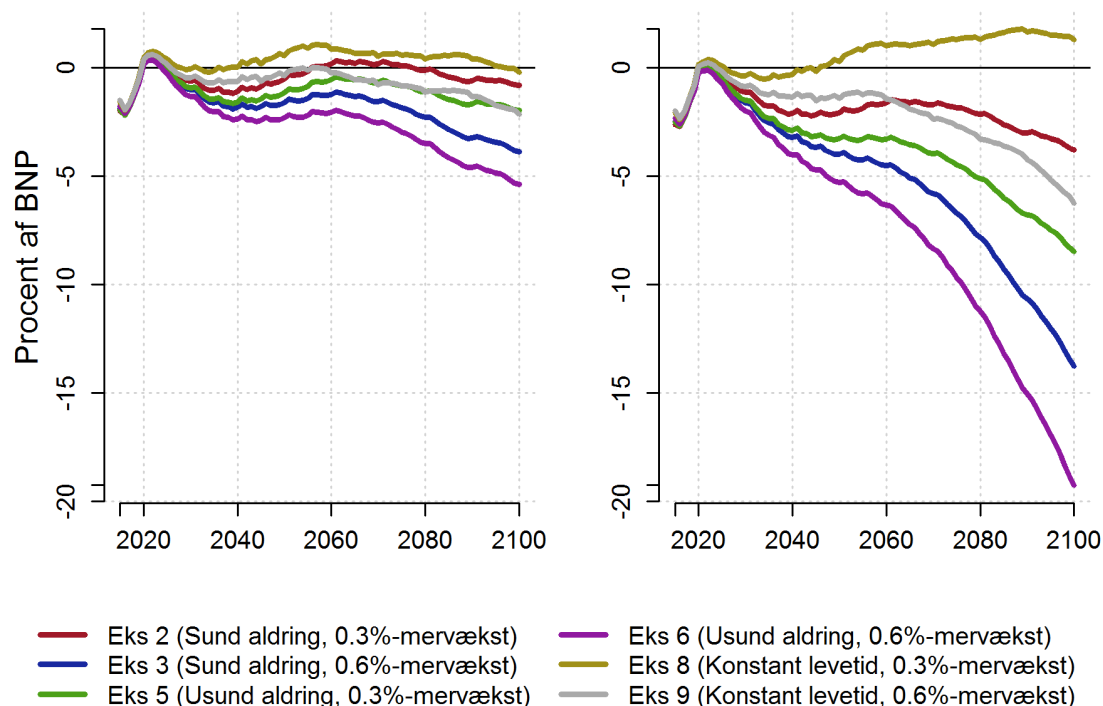
² Relativ ændring ift. eksperiment 4

³ Relativ ændring ift. eksperiment 7

Udviklingen i de offentlige saldi som andel af BNP for mervæksteksperimenterne kan ses i Figur 11. Det ses, at de offentlige saldi for mervæksteksperimenterne er forværret ift. referenceforløbene, jf. Figur 9.

Tabel 11 dekomponerer den faktiske saldo for mervæksteksperimenterne i offentlige indtægter og udgifter i 2050. Herfra ses det, at den primære offentlige saldo i procent af BNP falder med omkring 1 procentpoint ift. reference forløbene i 2050 når 0,3 procentpoint mervækst antages, og omkring 2 procentpoint når 0,6 procentpoint mervækst antages. Forklaring findes som forventet i, at sundsudgifterne og udgifterne til socialforsorg er højere for mervækst eksperimenterne end referenceforløbene.

Figur 11. Den strukturelle offentlige saldo, (højre), og den strukturelle primære offentlige saldo, (venstre), for mervækstekspesimerterne i BNP andele.



Kilde: Egne beregninger på DREAM.

Tabel 11. De offentlige finanser, mervækstekspesimerter, 2050

	Δ Eks 2 ¹	Δ Eks 3 ¹	Δ Eks 5 ²	Δ Eks 6 ²	Δ Eks 8 ³	Δ Eks 9 ³
Budget overskud	-1.78	-3.70	-1.87	-3.88	-1.73	-3.59
- Primære budget overskud	-0.99	-2.08	-1.05	-2.21	-0.93	-1.95
- Indtægter	0.14	0.28	0.14	0.29	0.13	0.26
- Direkte skatter	0.01	0.00	0.00	-0.02	0.02	0.03
- Indirekte skatter	0.05	0.12	0.06	0.14	0.04	0.08
- Anden indkomst	0.08	0.16	0.08	0.17	0.07	0.15
- Udgifter	1.12	2.36	1.19	2.50	1.05	2.21
- Kollektivt forbrug	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
- Individuelt forbrug	1.02	2.14	1.08	2.27	0.96	2.02
- Udgifter til uddannelse	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
- Sundhedsudgifter	0.86	1.80	0.91	1.91	0.82	1.73
- Socialomsorg	0.16	0.34	0.17	0.36	0.13	0.28
- Andet individuelt forbrug	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
- Indkomstoverførsler	0.03	0.06	0.03	0.06	0.03	0.05
- Investeringer	0.12	0.26	0.13	0.28	0.11	0.23
- Andre udgifter	-0.04	-0.09	-0.04	-0.09	-0.04	-0.08
- Nettorenteudgifter	0.79	1.62	0.82	1.66	0.80	1.64

Kilde: Egne beregninger på DREAM

¹ Relativ ændring i procent af BNP ift. eksperiment 1

² Relativ ændring i procent af BNP ift. eksperiment 4

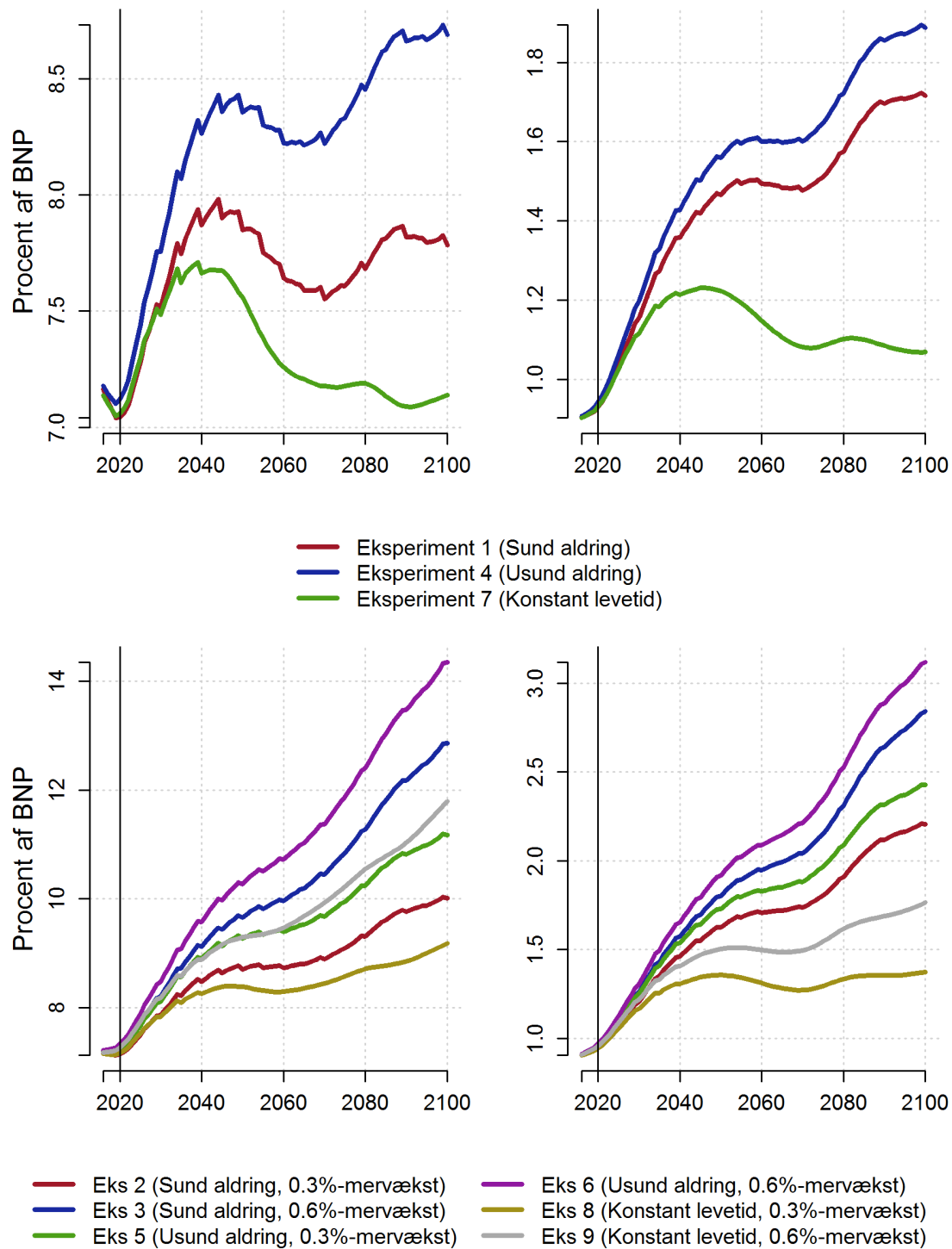
³ Relativ ændring i procent af BNP ift. eksperiment 7

Bilag 1, marginaleksperimenter

- Eksperiment 1, (Referenceforløb for sund aldring):
Sund aldring. Ingen mervækst i sundheds- og hjemmeplejeudgifterne.
- Eksperiment 2:
Sund aldring. 0.3 procentpoint mervækst i sundheds- og hjemmeplejeudgifterne fra 2016 til og med 2100.
- Eksperiment 3:
Sund aldring. 0.6 procentpoint mervækst i sundheds- og hjemmeplejeudgifterne fra 2016 til og med 2100.
- Eksperiment 4, (Referenceforløb usund aldring):
Usund aldring. Ingen mervækst i sundheds- og hjemmeplejeudgifterne
- Eksperiment 5:
Usund aldring. 0.3 procentpoint mervækst i sundheds- og hjemmeplejeudgifterne fra 2016 til og med 2100.
- Eksperiment 6:
Usund aldring. 0.6 procentpoint mervækst i sundheds- og hjemmeplejeudgifterne fra 2016 til og med 2100
- Eksperiment 7 (Referenceforløb konstant levetid):
Konstante dødeligheder fra og med år 2015. Ingen mervækst i sundheds- og hjemmeplejeudgifterne.
- Eksperiment 8:
Konstant levetid. 0.3 procentpoint mervækst i sundheds- og hjemmeplejeudgifterne fra 2016 til og med 2100.
- Eksperiment 9:
Konstant levetid. 0.6 procentpoint mervækst i sundheds- og hjemmeplejeudgifterne fra 2016 til og med 2100

Bilag 2, Offentlige sundheds- og hjemmeplejeudgifter i pct. af BNP.

Figur 12. Offentlige sundheds- (venstre) og hjemmeplejeudgifter (højre) i pct. af BNP.



Kilde: Egne beregninger på DREAM.