

Utviklingen i offentlige utgifter til velferdstjenester mot 2060

Vibeke Oestreich Nielsen

Det er velkjent at befolkningen i Norge vil eldes i årene som kommer. Om dagens velferdsordninger opprettholdes, vil det føre til et økt press på de offentlige budsjettene gjennom økte pensjonsutgifter og høyere konsum av tjenester knyttet til eldreomsorg. Vi vil i denne artikkelen rendyrke betydningen av aldringen for offentlige utgifter. Vi gjør det ved å simulere den fremtidige utviklingen i ressursbruk og offentlige utgifter til ulike typer tjenesteproduksjon når dagens standard og dekningsgrader for tjenestetilbudene holdes uendret. Vi vil også se på konsekvensene av endrede omsorgsbehov blant annet gjennom bedret helsetilstand og på alternative finansieringsmuligheter.

Problemstilling

Det er en sterk aldersavhengighet i etterspørselen etter tjenester som i dag i hovedsak produseres i offentlig sektor. Det gjelder særlig de store sektorene utdanning, helse og omsorg. Endringer i befolkningens størrelse og alderssammensetning påvirker derfor etterspørselen og dermed også produksjon og ressursbruk i tjenestesektorene på sikt. Levealderen har økt over mange tiår, og demografene forventer at dette vil fortsette. De store etterkrigskullene begynner dessuten å nærme seg pensjonsalder. Begge endringer bidrar til å øke den demografiske forsørgerraten, definert som antall personer under 20 og over 65 år delt på antall yrkesaktive. Dette kan i alle fall på kort sikt motvirkes gjennom økt innvandring. Over tid vil også økte fødselsrater spille en rolle.

En annen viktig komponent i tjenesteetterspørselen er andelen personer som benytter tjenestetilbudet på de ulike alderstrinnene. Det kan blant annet tenkes at vi blir friskere over tid, slik at færre vil etterspørre sykehustjenester i fremtiden. Motsatt kan det også tenkes at utvidet bruk av helsetjenester fører til at gamle og pleietrengende lever lengre uten at det har noen effekt på helsetilstanden. Utbygging av barnehagene mot full barnehagedekning, samt et mål om lave barnehagepriser, tar eksplisitt sikte på å øke andelen barn som går i barnehage.

Hvor mye tid som kreves per bruker av tjenesten vil også ha betydning for sysselsettingen. Kvaliteten på tjenestene (standard) og produktivitet er avgjørende for hvor mye tid som brukes på den enkelte pasient. Stadige forbedringer i levekårene gjør at befolkningen krever mer av de offentlige tjenestene. Et eksempel kan være mer oppfølging av pleietrengende eldre. Det er en utbredt oppfatning at det er vanskelig å øke produktiviteten innenfor en del typer tjenesteyting, spesielt menneskelig omsorg, både absolutt og særlig i

forhold til andre vareproduserende næringer. Derimot gir utviklingen innenfor medisinsk forskning grunnlag for betydelig produktivitetsvekst. For ressursbruken er det avgjørende om produktivitetsvekst høstes i form av lavere ressursinnsats eller økt produksjon (av flere typer produkter/tjenester).

Denne korte listen kan lett tolkes som en dekomponering av veksten i ressursbruk og kostnader. Komponentene kan tallfestes. MAKKO er en modell som SSB har utviklet nettopp for å tallfeste slike dekomponeringer innenfor de tjenestesektorene hvor det offentlige spiller en hovedrolle på produksjons- og finansieringssiden. Den gir holdepunkter for å kunne si noe kvantitativt om det fremtidige sysselsettingsbehovet i offentlig sektor, både på sektornivå og totalt. De offentlige utgiftene beregnes så på grunnlag av dette og offentlige finansieringsandeler for tjenestene. Dette er viktig for dagens politiske prioriteringer av samfunnets ressurser da standarder og dekningsgrader for velferdstjenestene i praksis kan være meget vanskelige å reversere. Modellen har nylig blitt utvidet med fremskrivninger av de offentlige utgiftene knyttet til tjenestesektorene i modellen. Boks 1 gir noen flere detaljer om MAKKO.

Etter å ha trukket frem noen relevante fakta for problemstillingen i avsnitt 2, rendyrkes betydningen av befolkningsutviklingen. I avsnitt 4 viser vi noen effekter av endrede dekningsgrader og standarder, mens vi i avsnitt 5 viser betydningen av noen alternative former for finansiering av velferdstjenestene.

Noen relevante fakta

Tabell 1 viser de totale utgiftene av produksjon under "sum kostnader" både for offentlige og private tilbydere. De totale kostnadene knyttet til tjenestene inkludert i MAKKO utgjorde i 2004 487 milliarder kroner for offentlig og privat sektor sett under ett. Derav ble 111 milliarder brukt på barne- og utdanningsrelaterte tjenester, 71 på spesialisthelsetjenesten og 53 milliarder på pleie og omsorgstjenester.

Vibeke Oestreich Nielsen er førstekonsulent ved Gruppe for offentlig økonomi (von@ssb.no).

Tabell 1. Finansiering av velferdstjenestene i 2004. Millioner kroner og prosent

	Offentlige tjenester			Private tjenester			Offentliges utgifter 2004
	Sum kostnader	Offentlig finansiert Prosent	Kroner	Sum kostnader	Offentlig finansiert Prosent	Kroner	
Utdanning							
Barnehager	12 175	0,78	9 448	6 229	0,61	3 806	13 254
Grunnskolen	41 628	1,00	41 544	710	0,21	147	41 691
Skolefritidsordningen	2 672	0,47	1 245	-	-	-	1 245
Videregående skole	16 700	0,97	16 216	1 076	0,08	84	16 216
Høyere utdanning	24 027	0,88	21 144	5 704	0,00	-	21 144
Spesialisthelsetjenesten							
Sykehus	45 984	0,96	44 052	14 803	0,51	7 533	51 585
Psykatri	10 542	0,97	10 268	-	-	-	10 268
Pleie og omsorg							
Hjemmebasert pleie	23 463	0,96	22 595	-	-	-	22 595
Pleie på institusjon	26 461	0,83	22 015	3 331	0,28	943	22 958
Sum individuelt konsum	203 651		188 527	31 855			200 956
Kollektivt konsum	148 621	0,79	116 964	103 254	0,06	6 319	123 284
(unntatt forsvar)							
Konsum totalt	352 272			135 109			324 240

Kilde: Statistisk sentralbyrå, datagrunnlag for modellen MAKKO.

Boks 1. MAKKO – fremskrivingsmodell for offentlig tjenestesektor

I MAKKO tas det utgangspunkt i tjenestesektorer som i hovedsak tilbys av det offentlige. Tjenestene som produseres kan deles inn i individrettede og kollektive. Blant det individrettede er:

- Undervisning og omsorg rettet mot barn og unge: barnehage, grunnskole, skolefritidsordning, videregående skole og høyere utdanning
- Pleie og omsorg: Tjenester på institusjon og hjemmebasert pleie.
- Helse: Sykehus og psykiatri.
- Den ikke-individrettede tjenesteytingen rommer blant annet administrasjon, kultur og sport, vann- og avløp og transporttjenester.

Med basis i informasjon om arbeidede timeverk, befolkning (FM) og antall brukere, dekomponeres de individrettede tjenestene i standard (s), varighet (v) og dekningsgrad (d). Nasjonalregnskapet leverer tall for arbeidede timeverk (TV) og normalårsverk. Brukerdataene får vi fra de ulike fagseksjonene.. Likningen som benyttes:

$$TV_{x,t} = s_x \sum_{c=1}^C v_x^c d_x^c FM_t^c$$

Standard (s) er antallet timeverk per mottaker av en tjeneste. Hvor mange timer en gjennomsnittsperson på sykehjem mottar av hjelp i løpet av året er et eksempel på dette. Standarden er lik for alle alderskohorter.

Dekningsgrad (d) er andelen personer innenfor en aldersgruppe som mottar en tjeneste, for eksempel andel 5-årige barn med barnehageplass. For spesialisthelsetjenesten måles antall innleggelses per person i løpet av et år.

Varighet (v) er lengden på oppholdet. For eksempel antallet heldøgnsopphold på sykehus. Her har vi ikke informasjon for pleie og omsorgssektoren, og heller ikke for videregående skole og høyere utdanning.

Befolkning (FM) er antallet personer i hver enkelt kohort (c). Vi benytter befolkningsframskrivninger fra 2005 fra BEFREG. Middelalternativet (MMMM) vil være standardalternativet og står for middels fertilitet, levealder, innenlands flytting og netto innvandring.

Den ikke individrettede tjenesteytingen dekomponeres ikke og fremskrives med den totale befolkningsveksten.

Modellens basisår er 2004. Forholdet mellom produksjonen av hver tjeneste i henholdsvis kommuner, stat og privat sektor holdes konstant på 2004-nivå i fremskrivingene. Den ubetalte familieomsorgen forutsettes å følge utviklingen i det betalte tjenestetilbudet.

Nytt i denne versjonen av MAKKO er at modellen også kan benyttes til å si noe om kostnadsutviklingen i de ulike tjenestesektorene. Antallet arbeidede timeverk multipliseres med lønnskostnader, og produktinnsats og kapitalslit legges til. Både produktinnsats og kapitalslit følger veksten i timeverksutviklingen. Det vil altså være et en til en forhold mellom timeverksvekst og utgiftsvekst i de forskjellige sektorene.

Ved hjelp av finansieringsandeler gjøres det også anslag på den offentlige utgiftsveksten i perioden frem til 2060. Finansieringsandelene er beregnet ved hjelp av data fra gruppe for nasjonalregnskap og er delt inn i kommunal, statlig og privat finansiering. Mens kommunale barnehager til dels er finansiert gjennom private brukerbetaling, får de private barnehagene offentlig tilskudd til drift. Det offentlige totale utgifter knyttet til barnehager er derfor summen av utgifter til henholdsvis kommunale og private barnehager.

De totale produksjonskostnadene og beregnede finansieringsandeler bestemmer de offentlige utgiftene. I 2004 lå disse totalt på 324 milliarder kroner. Kommunale og statlige tjenester finansieres i hovedsak gjennom offentlige midler. Det er kun skolefritidsordningen som har en offentlig finansieringsandel på under 75 prosent. Grunnskolen finansieres nesten utelukkende gjennom offentlige budsjetter. I tillegg er det offentlige aktiv bidragsyter til enkelte private tjenester. Bidragene er her størst for barnehage- og sykehustjenester.

For det ikke-individfordelte konsumet, der vi finner bl.a. administrasjon, transporttjenester og vann og avløp, varierer den offentlige finansieringen med type tjeneste. Vann- og avløp finansieres for eksempel hovedsakelig av husholdningene mens kollektive sosiale tjenester finansieres med godt over 90 prosent gjennom offentlige midler.

Lønnsvekst er ikke lagt inn i modellen. Veksten i modellen tilsvarer altså det realøkonomiske ressursbehovet og utgiftsøkningene gjengitt her kan dermed ikke dekkes med økonomisk vekst. Videre er alle tall oppgitt i 2004-kroner uten diskontering. Verdier for fremtidige år kan derfor også sees på som et tankeeksperiment for hvordan offentlige finanser ville ha sett ut i 2004 med en annen befolknings sammensetning og alternative forutsetninger for omsorgsbehov.

Betydningen av befolkningsutviklingen

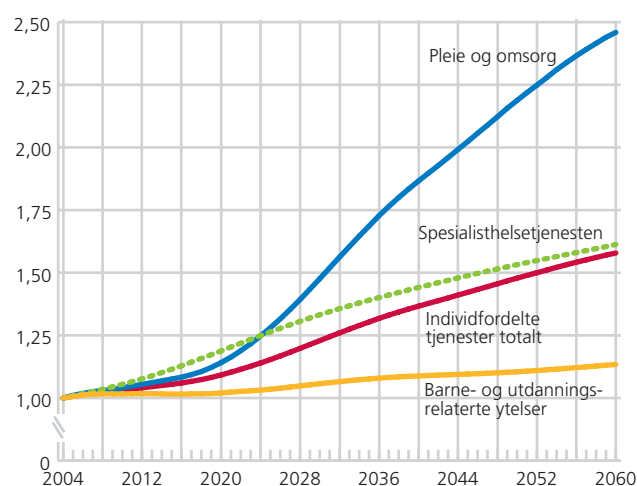
En referansebane

Som et hovedalternativ som senere brukes som sammenligningsgrunnlag, antas befolkningen å vokse som i middelalternativet (MMMM) fra SSBs befolkningsfremskrivinger fra 2005, se Brunborg og Texmon (2005). Det betyr en økning i gjennomsnittlig levealder for menn på 8,1 år og 7,9 år for kvinner fra 2004 til 2060. Fertilitetsraten ligger på 1,8 barn per kvinne mens gjennomsnittlig innvandring fra 2010 er forventet å være på 16 000 personer i året.

Med denne utviklingen i befolkningen, vil behovet for arbeidskraft øke for alle sektorer, men behovsveksten vil være størst innen pleie- og omsorgssektoren (se figur 1). Veksten i antall eldre fra 2020 og frem til 2060 vil kreve mer enn en dobling av sysselsettingen i institusjoner og i hjemmebasert pleie. Også innen spesialisthelsetjenesten vil aldringen øke behovet. Barne- og utdanningsrelaterte tjenester er ikke forventet å øke med mer enn omtrent 13 prosent.

Om vi i dag hypotetisk plutselig fikk en befolkningsstruktur tilsvarende det middelalternativet gir i 2060, ville de totale utgiftene øke fra dagens nivå på 487 milliarder til 707 milliarder 2004-kroner, dvs. 45 prosent. Offentlige utgifter til disse tjenestene ville økt fra 324 milliarder til 481 milliarder, dvs. 48 prosent. Bak disse tallene ligger forutsetninger om at forholdet mellom arbeidsinnsats og andre innsatsfaktorer, samt det offentlige finansieringsandel, holder seg som i

Figur 1. Vekst i sysselsettingsbehov for individfordelte tjenester

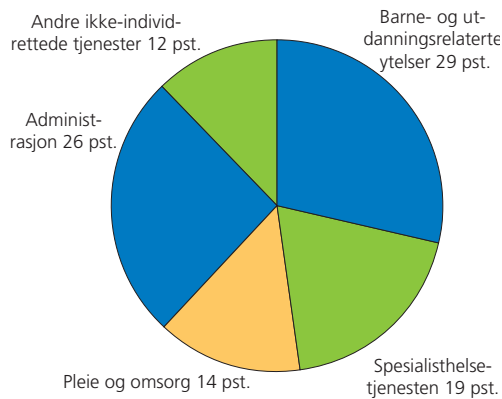


2004. Når beløpene måles i 2004-kroner, betyr det, som også tidligere nevnt, at timelønn og prisene på hver enkelt av de andre innsatsfaktorene holdes konstant. Deflatering av løpende utgifter med for eksempel konsumprisindeksen ville gitt en betydelig sterkere "volumvekst".

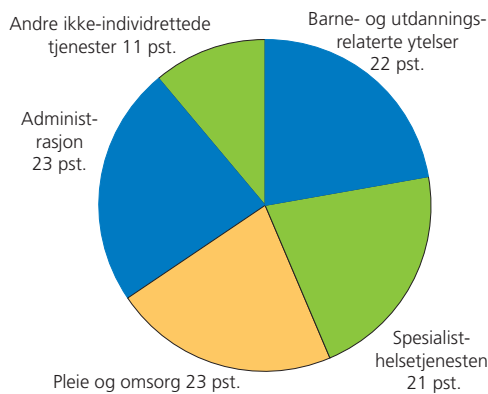
Ulik vekst i behov/etterspørsel vil også endre fordelingen av utgiftene frem mot 2060. Figur 2 og 3 viser omfanget. Mens pleie og omsorgssektoren i 2004 kun utgjorde en sjettedel av de totale offentlige utgiftene, vil denne andelen ha økt til omtrent en fjerdedel i 2060. Andelen som går til barne- og utdanningsrelaterte tjenester derimot med 7 prosent. Forskyvninger i sektorsammensetningen kombinert med ulike finansieringsandeler for sektorene, gjør at den totale offentlige finansieringsandelen øker svakt – med 1,5 prosent - i løpet av perioden.

I beregningene er kvalitetsstandarder lik for alle alderskohorter innenfor hver enkelt tjenestekategori. Dette er en forenkling som i noen tilfeller ikke stemmer med de faktiske forhold. Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO, 2007) har funnet store standardvariasjoner mellom aldersgrupper for hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester. Mens brukere under 67 kun utgjør en tredjedel av det totale antallet brukere, går to tredjedeler av ressursene til denne gruppen. Fordeler vi to tredjedeler av timeverkene til brukere under 67 år, vil standarden for disse ligge over standarden for gruppen som er 67 år eller eldre. En fremskriving basert på at denne standardforskjellen videreføres, gir en reduksjon i behovet for normalårsverk i 2060 på 25 000 i forhold til referansebanenivået. Det vil i 2060 gi en reduksjon i offentlige utgifter på 8,7 milliarder 2004-kroner. Denne standardforskjellen innenfor hjemmebasert pleie har likevel ikke avgjørende betydning for de totale utgiftene i pleie og omsorgssektoren. Andelen utgifter i figur 3 reduseres fra 23 prosent til 22 prosent. Utviklingen i de offentlige utgiftene knyttet til dette er modellert i figur 7. Det kan også diskuteres om

Figur 2. Offentliges utgifter knyttet til tjenestesektoren. 2004



Figur 3. Offentliges utgifter knyttet til tjenestesektoren. 2060



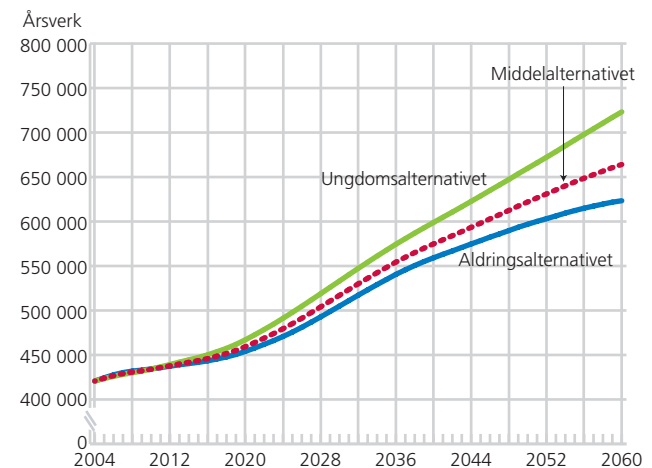
det er et varig mønster. Vi vil derfor se bort fra dette i de følgende beregningene.

Alternative befolkningsfremskrivninger

Det er stor usikkerhet knyttet til befolkningsutviklingen, og det kan derfor være nyttig å se på alternative befolkningsbaner. Vi vil her se på to svært ulike fremskrivninger. De skiller seg begge fra middelalternativet både på fertilitet, levealder og innvandring. I "aldringsalternativet" (LHML) er levealderen 1,9 år høyere for menn og 2,6 år for kvinner i 2060 (Keilman og Pham 2005). De årlige fødselsratene og innvandringen er begge lavere enn i middelalternativet. Som representant for en "motsatt" utvikling har vi valgt "ungdomsalternativet" (HLMH) med høy fertilitet og innvandring, men med en lavere forventet levealder enn i middelalternativet.

Figur 4 viser behovet for normalårsverk med de tre befolkningsalternativene. Mens de totale utgiftene økte med 45 prosent i middelalternativet, øker det med 30 prosent for aldringsalternativet og 63 prosent i ungdomsalternativet. De offentlige utgiftene er i 2060 anslått til henholdsvis omtrent 450 milliarder 2004-kroner i aldringsalternativet og 550 milliarder i ungdomsalternativet.

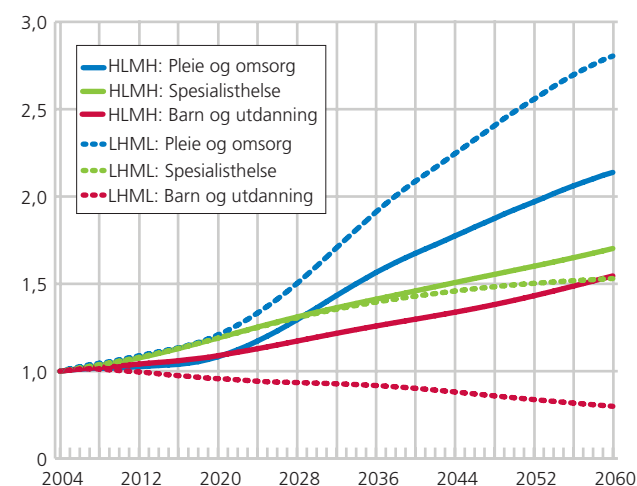
Figur 4. Sysselsettingsbehov for individfordelte tjenester med ulike befolkningsfremskrivninger



Ungdomsalternativet vil altså totalt sett kreve mer ressurser enn middelalternativet og aldringsalternativet. Dette kan umiddelbart virke noe overraskende i lys av hvordan samfunnsdebatten har fremhevet aldringen som en drivkraft bak veksten i offentlige utgifter. Som vist i figur 2, utgjorde tjenestene rettet mot barn og unge en større andel av de totale utgiftene i 2004 enn pleie og omsorgssektoren. Høye fødselstall er derfor med på å trekke opp kostnadene på de offentlige budsjettene. I tillegg vil høyere innvandring isolert sett øke tjenesteetterspørselen, da også innvandrerne ønsker barnehageplass og har behov for sykehustjenester og eldreomsorg. På den annen side gir ungdomsalternativet flere yrkesaktive skatteyttere som kan dele på de høyere offentlige utgiftene. Den demografiske forsørgerraten er dermed lavest i ungdomsalternativet. En komplett beregning av offentlige budsjettvirkninger faller imidlertid utenfor rammen for denne artikkelen og krever mer omfattende modeller enn MAKKO.

I figur 5 har vi dekomponert utgiftene i tre hovedsektorer. Vi ser at veksten i ungdomsalternativet (grønne kurver) er ganske lik for de tre sektorene med en akkumulert vekst i etterspørselen etter tjenester på mellom 114 prosent for pleie og omsorg og 55 prosent for barnerettede tjenester fra 2004 til 2060. For aldringsalternativet er spredningen i veksten langt større. Mens sysselsettingsbehovet i pleie og omsorgssektoren nesten tredobles, får vi en reduksjon på 20 prosent i sysselsettingen innen barne- og utdanningsrettede tjenester. Selv om behovet for pleie og omsorg er langt høyere i aldringsalternativet, veies totalen opp av økt behov for barnerelaterte tjenester og spesialisthelsetjenester i ungdomsalternativet. Interessant er det dessuten at veksten i sysselsettingsbehovet selv i ungdomsalternativet er høyest for pleie og omsorgssektoren. Selv med lav vekst i levealder og med høye fødselsrater må vi altså regne med en omfattende økning i behovet for pleie og omsorgstjenester.

Figur 5. Dekomponering av sysselsettingsbehovet for MAKKOs hovedsektorer



Endringer i omsorgsbehov

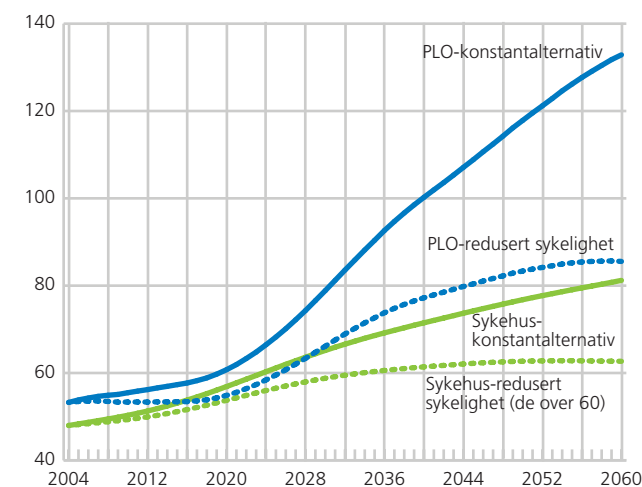
Bedret helse

I referansebanen har vi antatt at den fremtidige befolkningen på hvert alderstrinn vil ha samme behov for helsetjenester, pleie og omsorg som det vi har i dag. For 80-åringene vil altså andelen syke og pleietrengende være like høy i 2060 som i dag. Siden befolkningen lever lengre over perioden, vil gjennomsnittspersonen da være syk og pleietrengende i flere år etter hvert som levealderen øker. Derfor kan dette alternativet kalles "utvidet sykkelighet".

Et nærliggende alternativ er at økende levealder skyldes bedring av helsen, slik at man i fremtiden vil holde seg frisk lenger. Vi har antatt at andelen syke personer på hvert alderstrinn faller gradvis, slik at dekningsgradene i 2060 er redusert med en tredjedel. Dette tilsvarer omtrent det som i internasjonale fremskrivninger omtales som "healthy ageing". I tidligere artikler basert på MAKKO har man omtalt det som "helsealternativet" eller "utsatt sykkelighet" (Langset, 2006). I dette alternativet er antall syke år i løpet av et gjennomsnittsliv omtrent uendret i løpet av perioden. Eksempelvis innebærer dette alternativet at andelen tjenestemottakere blant kvinner i alderen 80 til 84 år faller fra 34 prosent i 2004 til 23 prosent i 2060.

Redusert sykkelighet får i våre beregninger kun betydning for pleie og omsorgssektoren, samt for somatiske tjenester. Psykiatri antas upåvirket¹. Mens kostnadene knyttet til pleie og omsorg i alternativet med utvidet sykkelighet i 2060 er anslått til 133 milliarder 2004-kroner, eller en vekst på 146 prosent fra 2004, vil helsealternativet gi en merkostnad i 2060 på "bare" 62 prosent. Forskjellen utgjør altså mer enn en halvering i de offentlige utgiftene til denne sektoren i forhold til i

Figur 6. Utvikling i offentliges utgifter under ulike antakelser om befolkningens helse for somatiske tjenester og pleie- og omsorgssektoren



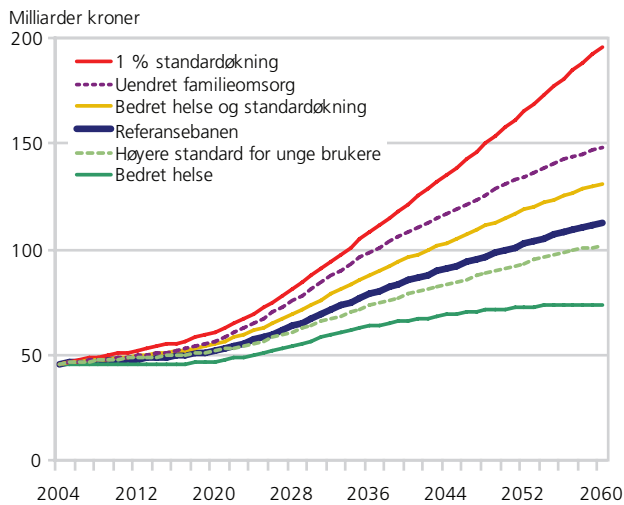
referansebanen. Utgiftene knyttet til somatisk virksomhet var i 2004 på 52 milliarder kroner. Om sykkeligheten holdes fast på dagens nivå, vil kostnadsveksten være på 69 prosent. Målt i 2004-kroner, vil de totale utgiftene i 2060 være på 81 milliarder. Reduseres sykkeligheten med en tredjedel for alle aldersgrupper, vil ikke kostnadene øke med mer enn 11 prosent sett over hele perioden.

Et scenario der antall brukere av pleie, omsorg og somatiske tjenester reduseres også blant de yngre brukerne kan virke urealistisk, og vi har derfor også gjennomført en beregning der utsettelsen av sykkelighet først inntreffer fra man er 60 år. For alle aldersgrupper over 60 vil sykkeligheten reduseres med en tredjedel innen utgangen av 2060. Innen eldreomsorgen gir dette hovedsakelig utslag for de hjemmebaserte tjenestene. Totalt vil de offentlige utgiftene være 69 prosent høyere i 2004 enn i 2060, altså en relativt liten prosentvis økning i forhold til om sykkeligheten reduseres for alle aldre. For de somatiske tjenestene vil utgiftsveksten for det offentlige være på 30 prosent, dvs. nesten 20 prosentpoeng høyere enn om reduksjonen i sykkeligheten inntreffer for hele befolkningen. Innsparingen for det offentlige i forhold til referansebanen i 2060 alene vil være på 19 milliarder 2004-kroner.

Utviklingen i eldres helse vil altså ha stor betydning for sysselsettingsbehov og kostnadsvekst i årene som kommer, som vist i figur 6. Totalt sett vil helseforbedringen føre til at de offentlige utgiftene ikke er mer enn 31 prosent høyere med befolkningssammensetningen i 2060 enn med den vi hadde i 2004. De totale utgiftene vil i 2060 ligge på 424 milliarder 2004-kroner. Det er en reduksjon i offentlige utgifter på 57 milliarder i forhold til om sykkeligheten holdes fast på dagens nivå.

¹ Denne antakelsen skiller seg fra Nielsen (2008) der endringene kun gjennomføres for ideelle og statlige sykehus.

Figur 7. Fremskrivning av det offentlige utgifter til pleie og omsorgstjenester under ulike forutsetninger



Krav om bedre omsorg

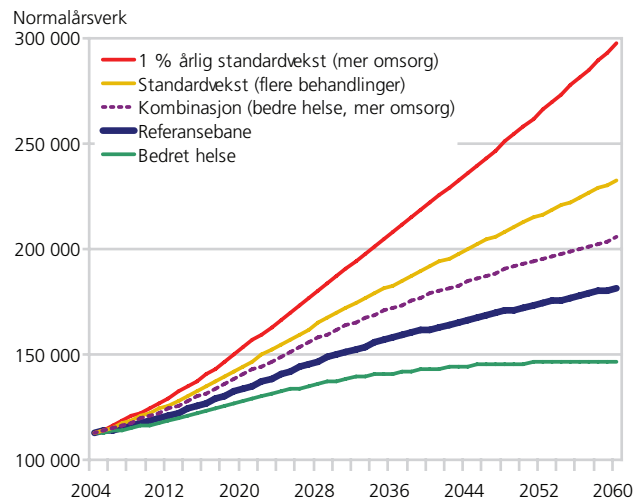
Forbedret levestandard fører i stor grad til økt etterspørsel etter et mer omfattende tjenestetilbud. Helse og omsorgsstandarden har årlig økt med over 1 prosent de siste årene. Kravene om mer og bedre omsorg, og nyheter om dårlige forhold på sykehjem og i hjemmeomsorgen, tyder på at befolkningen vil kreve en standardvekst også i fremtiden. En årlig økning i standarden på 1 prosent for pleie- og omsorgssektoren vil kreve mer enn en firedobling av sysselsettingen fra 2004 til 2060. De offentlige utgiftene ville i dette tilfelle ligge 98 milliarder 2004-kroner over det tilsvarende nivået i referansebanen.

En tilsvarende prosentvis økning av standard i form av mer omsorg per behandling på sykehusene vil også ha stor effekt på etterspørselen etter arbeidskraft. Mens sysselsettingsveksten for sykehusene i referansebanen ligger på 66 prosent, vil den med en 1 prosent årlig vekst i standarden gi en akkumulert sysselsettingsvekst på 190 prosent over perioden. De offentlige utgiftene i somatiske tjenester vil med det komme opp i 149 milliarder 2004-kroner i 2060 mot 52 milliarder i 2004.

Totalt sett vil en 1 prosent årlig vekst i standarden gi en offentlig merkostnad for det offentlige i forhold til referansebanen på 147 milliarder 2004-kroner i 2060. Målt i 2004-kroner ville de samlede offentlige utgiftene til tjenesteproduksjon med denne endringen komme opp i 628 milliarder mot 481 milliarder med konstant standard.

Standarden for somatiske tjenester kan alternativt også økes ved at flere tilbys behandling. Lar vi behandlingens lengden/antallet behandlinger per kohort øke jevnt slik at en i 2060 i gjennomsnitt mottar en tredjedel flere tjenester enn i 2004, vil sysselsettingen måtte doubles over perioden. Husk at beregningene ser bort fra eventuell produktivitetvekst. Det gjelder imidlertid

Figur 8. Fremskrivning av det offentlige utgifter til somatiske tjenester under ulike forutsetninger



alle fremskrivninger, slik at forskjellene mellom disse i et gitt år er relativt robust overfor ulike produktivitetstakelser.

Kombinasjon av bedret helse og høyere standard på tjenestene.

Bedret helse over tid i kombinasjon med økende forventninger til tjenestetilbudet er en meget plausibel utvikling. Legger vi til grunn at helsen forbedres som i Helsealternativet for alle aldersgrupper og at standarden årlig øker med 1 prosent, vil nettovirkningen være at sysselsettingsveksten og dermed også de offentlige utgiftene øker mer enn i referansebanen. Effekten av høyere standard på tjenestene er altså sterkere enn effekten av at en blir friskere over tid med disse antakelsene. Innen eldreomsorgen vil de offentlige utgiftene nesten tredobles fra 2004 til 2060. Sysselsettingen vil måtte øke med 47 000 normalårsverk mer enn i referansebanen.

For de somatiske tjenestene vil sysselsettingen ha økt med 25 prosentpoeng mer enn i referansebanen i 2060 og de offentlige utgiftene til ytelsene vil med dette være på 99 milliarder 2004-kroner. Utviklingen er også vist i figur 8. Legger en til grunn at standarden øker gjennom flere behandlinger, motvirker denne direkte effekten av bedret helse, slik at vi ender i referansebanen.

Merkostnad for det offentlige gjennom redusert familieomsorg.

Langt fra all omsorg utføres av aktører på markedet. Fortsatt er det på usikkert grunnlag grunn til å anta at rundt 80 000 årsverk eller omtrent 40 prosent av alle pleie og omsorgstjenester utføres ulønnet av familie eller kjente (Langset 2006). Da andelen unge i forhold til eldre er forventet å reduseres over tid, og andelen aleneboende stadig øker, kan det være naturlig å anta at omfanget av familieomsorg ikke vil vokse i takt med sysselsettingsveksten i den offentlige omsorgen.

Vi tenker oss nå at familieomsorgen holdes fast på 2004 nivå, og at disse årsverkene brukes til å utføre tjenester som alternativt ville blitt utført ved hjemmebaserte pleie og omsorgstjenester. Sammenlignet med at familieomsorgen vokser i takt med den offentlige omsorgen, må den betalte omsorgen da måtte øke med 117 000 årsverk frem mot 2060. Det innebærer alene en offentlig merkostnad i forhold til referansebanen på 36 milliarder kroner i 2060.

Flere til heldøgnsomsorgen

I dag får ikke alle som ønsker det plass i omsorgsboliger og sykehjem. Dekningsgradene i referansealternativet kan derfor være lavere enn hva en del mener at de bør være. I valgkampen lovet Arbeiderpartiet 12 000 flere sykehjemsplasser eller heldøgns omsorgsboliger innen 2015. Gitt at denne økningen ikke reduserer andelen brukere av mindre tidkrevende tjenester, slik som hjemmesykepleien, vil denne politikken øke dekningsgraden for de mest ressurskrevende tjenestene. Sysselsettingen vil i 2015 kreve 6 000 årsverk (en økning på 10 prosent) mer enn i 2004 om alle plassene blir opprettet som omsorgsboliger. Den tilsvarende økningen blir på 15 000 årsverk (eller 27 prosent) dersom alle får plass på sykehjem. Med konstante dekningsgrader vil sysselsettingsveksten i samme periode være på 4 prosent. Som vi ser av figur 1, vil ikke utgiftene i referansealternativet begynne å stige før etter 2020, slik at det frem mot 2015 vil kunne være rom for en utvidelse av tjenestetilbudet.

Som nevnt innledningsvis vil det være vanskelig å reversere denne økningen i dekningsgrader. Opprettholdes dette nivået på andelen eldre på institusjon helt frem til 2060, vil det føre til en høyere kostnadsvekst enn den vi har gjort rede for i referansebanen. I alternativet der alle plasser opprettes på sykehjem, vil de offentlige utgiftene i 2060 være 15 milliarder 2004-kroner høyere enn med konstante dekningsgrader. Også innen spesialisthelsetjenesten har vi i dag ventelister både for operasjoner og for plasser i psykiatrien. Det kan derfor tenkes at dekningsgradene også her heller vil ligge høyere enn lavere i fremtiden.

Finansiering

Hvordan finansiere de økte utgiftene?

Økningen i offentlige utgifter til tjenesteyting må finansieres, enten gjennom skatter, direkte priser/egenbetalinger og/eller gjennom private forsikringsordninger. Ved økte egenandeler belastes en større del av finansieringsansvaret private aktører, men produksjonsansvaret forblir offentlig. Med konstant standard og dekningsgrad viste vi foran at de beregnede offentlige utgiftene til tjenesteproduksjon vil være 45 prosent høyere i 2060 enn i 2004, mens befolkningen i arbeidsdyktig alder ikke har økt med mer enn med 20 prosent. Et mulig scenario er at det offentlige da begrenser veksten i sine utgifter til tjenesteyting til 20 prosent. Om vi holder finansieringsandelene fast for utdannings og barnrelaterede ytelser, vil den private finansieringen

for individrettede helse- og omsorgstjenester, samt alle kollektive tjenester, i så fall måtte økes til 37 prosent. For tjenester på institusjon innebærer det at den private finansieringen i 2060 øker fra 17 prosent til 37 prosent eller fra 120 000 til 265 000 2004-kroner per pasient.

Dersom helsen forbedres over tid, reduseres selvsagt finansieringsbyrden. En reduksjon av offentlige finansieringsandeler for helse, pleie og omsorg til 75 prosent vil gi en vekst i kostnadene tilsvarende veksten i antallet personer i arbeidsdyktig alder. Den private finansieringen av tjenester på institusjon vil med det være på 180 000 2004-kroner per pasient.

Om vi får en årlig standardvekst på 1 prosent innen pleie og omsorg og for sykehusene, vil forutsetningen om maksimalt 20 prosent vekst i offentlige utgifter til tjenesteproduksjon frem mot 2060 redusere de offentlige finansieringsandelene kraftig. Med faste andeler for tjenester til unge, vil den offentlige finansieringen av alle andre tjenester måtte reduseres til 46 prosent i 2060. Det betyr at private aktører vil måtte stå for over halvparten av finansieringen. Hvis man alternativt reduserte den offentlige finansieringen for alle tjenester, måtte den generelle private finansieringsandelen vokse til 47 prosent i 2060.

Avsluttende merknader

I denne artikkelen har vi undersøkt betydningen av noen av alle de faktorer som påvirker veksten i offentlige utgifter til tjenesteyting i tiårene fremover. Blant de forhold vi ikke har berørt er endringer i produktivitet. Vi har heller ikke sett på lønnsveksten i de ekspanderende tjenestesektorene, spesielt helse og omsorg. Hvis de skal tiltrekke seg kvalifisert arbeidskraft i det omfang vi har beregnet, virker det naivt å tro at ikke lønnsveksten her må bli høyere enn den generelle lønnsveksten. Det vil i så fall legge ytterligere press på de offentlige budsjettene. Videre kan økte offentlige pensjonsutgifter bidra til å presse frem en sterkere vekst i private egenandeler enn det som ble vurdert i forrige avsnitt. En systematisk og sterk vekst i skattebyrden og/eller dyrere omsorgstjenester vil derimot isolert sett kunne reversere den historiske tendensen til nedgang i familieomsorgen.

MAKKO er en etterspørselsmodell som forenkler kvantitative vurderinger av fremtidens offentlige ressursbruk ved å skille mellom ulike komponenter det er mulig å ha begrunnede oppfatninger om. Modellen er enkel, men slagkraftig. Modellens begrensninger lar imidlertid mange interessante spørsmål stå ubesvart. Fremfor å utvide og komplisere MAKKO, vil flere forskningsprosjekter i SSB fremover heller integrere MAKKO i mer omfattende modellverktøy, samtidig som den også beholdes som separat modell. MAKKO har lenge blitt benyttet sammen med MSG-modellen til å lage langsiktige fremskrivninger av norsk økonomi, herunder et komplett bilde av offentlige finanser. En lignende bruk vil etter hvert skje i forhold til nye makroøkonomiske modeller. I tillegg inngår MAKKO nå som en del av et

generasjonsregnskap som gir et mer komplett bilde av hvordan endringer i befolkningens størrelse og alderssammensetning påvirker offentlige finanser.

Referanser

Brunborg, Helge og Inger Texmon (2005): Hovedresultater fra befolkningsframskrivingen 2005-2060, Økonomiske analyser 6/2005.

Keilman, Nico og Dinh Quang Pham (2005): Hvor lenge kommer vi til å leve? Levealder og aldersmønster for dødeligheten i Norge, 1900-2060, Økonomiske analyser 6/2005.

Langset, Bjørg (2006): Arbeidskraftbehov i det kommunale tjenestetilbudet mot 2060, Økonomiske analyser 2/2006.

Nielsen, Vibeke Oestreich (2007): Behov for mange flere hender i eldreomsorg. <http://www.ssb.no/vis/valgaktuelt/arkiv/art-2007-08-23-02.html>

Nielsen, Vibeke Oestreich (2008): Utviklingen i offentlige utgifter til velferdstjenester mot 2060. Publiseres snarlig i Inntekt, skatt og overføringer, Statistisk sentralbyrå.

Ressursenter for omstilling i kommunene (2007): Kostnadsbilder i pleie og omsorg. http://www.ks.no/upload/95837/064007_Kostnadsbilder_i_pleieogomsorg_rapp.pdf