

Denne artikel er publiceret i det elektroniske tidsskrift

Artikler fra Trafikdage på Aalborg Universitet

(Proceedings from the Annual Transport Conference at Aalborg University)

ISSN 1603-9696

www.trafikdage.dk/artikelarkiv

Offentlige udgifter ved trafikulykker

Svend Torp Jespersen, svtj@cowi.dk

COWI A/S

Abstrakt

Vejdirektoratet har bedt COWI A/S om at beregne de gennemsnitlige offentlige udgifter ved trafikulykker fordelt på forskellige offentlige myndigheder. Det blev aftalt, at de beregnede udgifter skulle omfatte følgende: sygedagpenge, førtidspension, pleje, genoptræning, hjælpemidler, behandling i akutfase samt efterbehandling og genoptræning på sygehus.

Der blev indgået kontrakt om opgaven mellem COWI A/S og Vejdirektoratet i september 2012.

Analyserne og afrapporteringen er udarbejdet af Karsten Bjerring, Marie Jakobsen og Svend Torp Jespersen (projektleder) fra COWI A/S. Projektholdet vil gerne takke Vejdirektoratets styregruppe: Lis Hillo Lørup, Winnie Hansen og Mette Engelbrecht Larsen for støtte og værdifulde kommentarer i projektføreløbet. Desuden har PTU ved Philip Rendtorff og Mette Lundstrøm Jørgensen været behjælpelige med at indsamle cases og vurdere udgifter ved pleje, hjælpemidler og genoptræning. Endelig har Aabenraa Kommune ved Hanne Mette Kjær, Trine Kragelund Jensen, Morten Jessen-Hansen, Katrine Andersen og Henrik Bützau Hasling givet værdifuld sparring i forhold til at vurdere realismen i analyserne og resultaterne. Endelig har Birger Villadsen, Jørgen Jordal Jørgensen, Mattias Enggaard og Stine Bendsen været behjælpelige som COWI-kvalitetskontrol. Ansvar for eventuelle fejl, misforståelser og udeladelser ligger hos forfatterne af nærværende rapport.

1. Resume

I 2011 var der 41.272 personskader i trafikken, som blev registreret på en skadestue, ifølge Danmarks Statistik. Tallet indeholder det såkaldte "mørketal", der også vedrører personskader, som ikke bliver registreret af politiet. Til sammenligning registrerede politiet i 2011 4.158 personskader.

For mange af de 41.272 personskaders vedkommende, drejer det sig om overfladiske skrammer. For en væsentlig gruppe, ca. 25 % af de 41.272 personskader, er der behov for et ophold på et sygehus. Det kan være indlæggelse til observation, eller det kan være indlæggelse til behandling. De fleste af de personer, der har fået de 41.272 skader, kan vende tilbage til en normal tilværelse. En mindre gruppe på ca. 3 % af de 41.272 personskader er så betydelige, at de berørte personer efterfølgende klarer sig dårligere på arbejdsmarkedet. Endelig er der en gruppe skader, ca. 6 % af de 41.272, der medfører behov for pleje, hjemmehjælp, genoptræning og omfattende efterbehandlinger i en periode.

Ud over at trafikulykker har stor betydning for dem, det går ud over, og deres pårørende, så er ulykkerne et problem for samfundet, fordi de medfører betydelige udgifter og omkostninger af forskellig art. I denne rapport fokuseres der på offentlige udgifter til behandling på sygehus, til indkomstoverførsler og til pleje, hjælpemidler og genoptræning/efterbehandling.

Vi vurderer, at de gennemsnitlige offentlige udgifter pr. person, der kommer til skade i en trafikulykke, samlet set fra ulykkestidspunktet til pensionsalderen for offeret udgør ca. kr. 60.000. De ca. 60.000 kr., som det kostede for de ca. 41.000 personskader i 2011, svarer til samlet ca. 2,5 mia. kr. i offentlige udgifter for de personskader, der er sket i 2011.¹

De kr. 60.000 er et engangsbeløb, der opsummerer samtlige udgifter, en personskade gennemsnitligt medfører fra ulykkestidspunktet til folkepensionsalderen for de berørte personer.

Den gennemsnitlige udgift på ca. kr. 60.000 pr. personskade dækker over alle typer af personskader hos de 41.272 personskader - lige fra cyklisten, der vælter og forstøver sin hånd, til bilisten, der kører frontalt ind i en lastbil og skal have væsentlige dele af kroppen rekonstrueret på sygehuset. For at give et indtryk af variationen i udgifter ved de enkelte ulykker, skal det fremhæves at mellem 20.000 og 30.000 af personskaderne medfører udgifter svarende til ca. kr. 968 pr. styk. Det svarer til de udgifter, der er forbundet med et besøg på skadestuen. For ca. 4.000 personskader overstiger udgifterne til sygehusbehandling kr. 130.000. Hertil kommer, at skønsmæssigt ca. 800 personer efterfølgende bliver fuldtidsafhængige af indkomstoverførsler fra det offentlige. Udgifterne til f.eks. førtidspension overstiger kr. 200.000 pr. år for hver af de ca. 800 personer, og personerne kommer gennemsnitligt til skade som 33-årige. De kr. 60.000 pr. personskade dækker således over, at de fleste skader medfører en lille engangsudgift, mens et mindre antal skader medfører en stor udgift til sygehusbehandling og efterfølgende permanent offentlig forsørgelse og pleje.

Tabel 1.1 Offentlige udgifter ved personskader i trafikken, gennemsnit pr. personskade (ud af 41.272 personskader), nutidsværdi, kr., 2012

	<i>Kommunernes andel</i>	<i>Regionernes andel</i>	<i>Statens andel</i>	<i>I alt</i>
Udgifter til indkomstoverførsler	23.090	0	18.530	41.620
Udgifter til sygehus	3.442	10.021	0	13.463
Udgifter til pleje mv.	3.951	0	439	4.390
I alt	30.484	10.021	18.969	59.473
Procentvis fordeling	51 %	17 %	32 %	100 %

Note: Indkomstoverførsler er opgjort ved 2012-satser. Udgifterne til sygehus vedrører personskader i 2009, men er opgjort i 2012 priser. Plejeudgifter er også opgjort i 2012 priser. De gennemsnitlige udgifter vedrører personer mellem 18 og 60 år. For så vidt angår udgifterne til sygehus, betyder det ikke meget, om populationen begrænses til personer 18-60 år. Hvis begrænsningen fjernes, stiger den gennemsnitlige udgift med 3 %. Fordelingen af udgifter til pleje mv. er vist under antagelse af, at 70 % af ca. 2.700 personer med alvorlige skader har et udgiftsbehov under kr. 950.000, 20 % har et udgiftsbehov mellem kr. 950.000 og kr. 1.770.000, og 10 % har et udgiftsbehov over kr. 1.770.000.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik, skøn fra Bach (2008) og skøn fra Vejdirektoratet (1999) og forskellige andre kilder, jf. bilagsrapporten.

Sammensætningen af udgifterne og udgifternes fordeling på forskellige offentlige instanser fremgår af Tabel 1.1. Det skal understreges, at tallene bør fortolkes med en vis forsigtighed. Det skyldes for det første, at udgifterne kan variere afhængigt af den specifikke opgørelsesmetode, og for det andet at udgifterne til pleje mv. er vurderet ud fra en undersøgelse, der blev gennemført i 1999 (Vejdirektoratet (1999)).

¹ Dette skal ikke opfattes som et skøn over de samlede offentlige udgifter ved trafikulykker, fordi de 41.000 personskader er et underkantskøn, da skadestuerne underrapporterer antallet af personskader til en vis grad. Tallet 2,5 mia. er kun vist for at illustrere en størrelsesorden.

Størstedelen af udgiften kommer fra øgede indkomstoverførsler. De ca. 800 fuldtidspersoner, der i 2011 skønsmæssigt blev fuldtidsafhængige af indkomstoverførsler som følge af en trafikulykke, koster hver omkring kr. 200.000 i indkomstoverførsler om året. Selvom de 800 personer kun er en lille del af dem, der bliver skadet i en trafikulykke, er merudgiften alligevel så betydelig både pr. år og set over en årrække, at de overstiger de øvrige udgifter, vi har analyseret i denne rapport. I gennemsnit er udgiften til indkomstoverførsler på ca. kr. 42.000 pr. personskade.

Herudover er personskaderne forbundet med betydelige udgifter på sygehusene. Selve skadestuebesøget koster under 1.000 kr., men en væsentlig gruppe indlægges til observation eller til behandling. Indlæggelse til observation koster ca. kr. 8.500, mens f.eks. indlæggelse til sårbehandling kan koste i nærheden af kr. 30.000. Behandling på sygehus i forbindelse med personskader efter trafikulykker er dyrt, fordi det berører relativt mange af personskaderne, og fordi enhedsudgiften er høj. I gennemsnit er udgiften på ca. kr. 13.000 pr. personskade.

Endelig er der betydelige udgifter til pleje, hjælpemidler, genoptræning og efterbehandling. Det har været vanskeligt for os at vurdere disse udgifter, fordi det har været vanskeligt at finde data og opdaterede undersøgelser om trafikofrenes forbrug af disse ydelser. Oplysningerne i Tabel 1.1 på ca. kr. 4.400 pr. personskade er konservativt sat og omfatter kun pleje og hjælpemidler, vurderet ud fra skøn foretaget tilbage i 1999. Hvis udgifterne til pleje mv. udvides til også at omfatte efterbehandling, bliver den samlede udgift til pleje mv. i gennemsnit på ca. kr. 21.000 pr. personskade fra ulykkestidspunktet til pensionering, og den samlede udgift bliver gennemsnitligt ca. kr. 71.000 pr. personskade fra ulykkestidspunktet til pensionering. Vi vurderer, at udgifterne til pleje, hjælpemidler og genoptræning kan være betydelige, men at datagrundlaget for denne analyse er for utilstrækkeligt til at sige nogenlunde præcist, hvor store udgifterne er.

Hvis vi ser på, hvordan udgifterne fordeles mellem kommune, region og stat, så ser vi, at kommunerne bærer størstedelen af udgifterne. Det skyldes, at kommunerne finansierer en stor del af førtidspensionen, og at mange af de svært tilskadekomne trafikofre ender på førtidspension efter en årrække. Hertil kommer, at kommunerne betaler en del af udgifterne til sygehusbehandling.

Resultaterne i nærværende analyse kan bruges af offentlige myndigheder og andre, der er interesseret i de offentlige pengestrømme forbundet med trafikulykker. Staten, regioner og kommuner kan få et indtryk af, hvad trafikulykker betyder for deres budgetter. Analysen ser dog bort fra en række udgifter i forbindelse med trafikulykker, herunder udgifter til udrykning og redning, men også udgifter til praktiserende læge, kiropraktik og ergoterapi. Derfor, vurderer vi, er de beregnede udgifter et konservativt skøn.

Vi vurderer, at de offentlige udgifter ved trafikulykker er betydelige. De kommunale udgifter til pleje, hjælpemidler og efterbehandling er vurderet med betydelig usikkerhed i nærværende analyse. Vi foreslår, at fremtidige analyser gennemføres på et bedre datagrundlag, der omfatter individoplysninger fra kommunernes økonomisystemer. Ved at gøre det bliver det også muligt at tage højde for, at opgavefordelingen mellem stat, kommuner og regioner ændredes ved kommunalreformen i 2007.

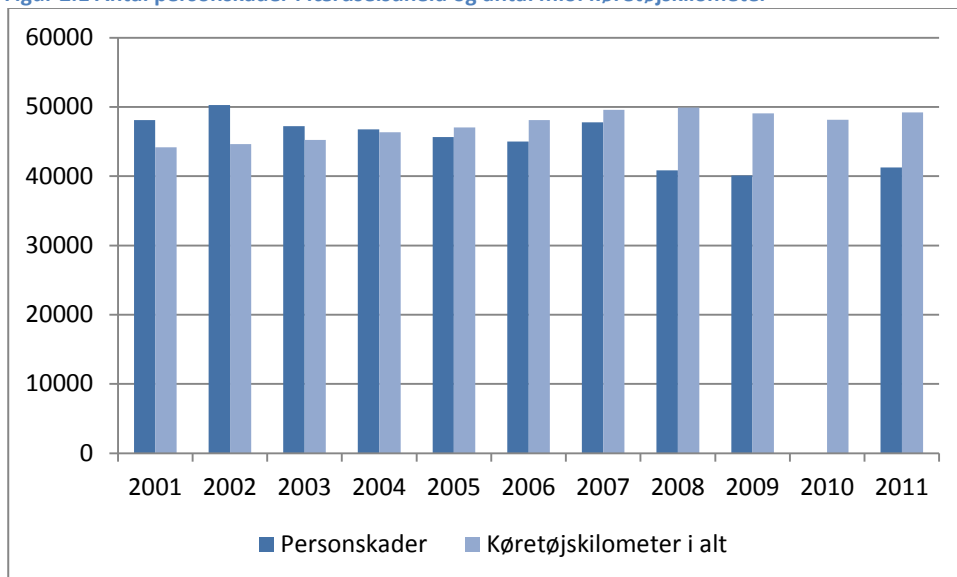
Vi anbefaler, at beslutninger om offentlige indsatser over for trafikulykker bør baseres på et grundlag, der omfatter flere aspekter end det offentlige udgiftsaspekt, vi analyserer i denne rapport. Blandt de yderligere aspekter bør være de samfundsøkonomiske omkostninger. Udgifter og omkostninger er ikke altid det samme. For eksempel er smerte og ubehag ved en trafikulykke en omkostning for samfundet, men det er ikke en udgift, fordi der ikke er en betaling knyttet dertil.

2. Behov for viden om offentlige udgifter ved trafikulykker

I de seneste år er antallet af personskader i trafikken faldet med ca. en femtedel, når mørketallet medregnes. Faldet i personskader er sket uagtet at trafikmængden i samme periode er steget. Udviklingen er illu-

stretet i Figur 2.1 neden for. Antallet af personskader, der aflæses af de mørke søjler, er faldet med ca. 10.000 fra 2001 til 2011. Samtidig er trafikken målt ved antal kilometer kørt i danske motorkøretøjer på danske veje steget fra ca. 45 milliarder kilometer i 2001 til ca. 50 milliarder kilometer i 2011.

Figur 2.1 Antal personskader i færdselsuheld og antal mio. køretøjskilometer



Note: De opgjorte tal omfatter både de indberetninger, der kommer fra politiet, og de, der kommer fra skadestuerne. Tallene omfatter derimod ikke de trafikulykker, som trafikofrene går direkte til praktiserende læge eller speciallæge/tandlæge med.

Kilde: www.statistikbanken.dk, tabel MOERKE og tabel VEJ20.

Når det offentlige investerer tid og penge i at forbedre trafiksikkerheden, er der typisk ofte foretaget en samfundsøkonomisk vurdering af værdien af den opnåede effekt på trafiksikkerheden i forhold til omkostningerne ved indsatsen. Værdien af den opnåede effekt opgøres typisk ud fra de transportøkonomiske enhedspriser, der indeholder samfundsøkonomiske omkostninger ved trafikulykker. De indeholdte omkostninger ved trafikulykker er 1) omkostninger ved politi og redningsvæsen, 2) behandlingsomkostninger, 3) nettoproduktionstab, 4) velfærdstab og 5) materielskadeomkostninger.² Da der er tale om samfundsøkonomiske omkostninger behøver de ikke have nogen betydning for de offentlige finanser. For eksempel mister den offentlige sektor ikke umiddelbart penge som følge af velfærdstab ved trafikulykker. Velfærdstabet dækker over det tab af livskvalitet, som en trafikulykke medfører.

De transportøkonomiske enhedspriser er således relevante i forhold til at træffe beslutninger, der sikrer den højeste mulige velfærd for samfundet, men ikke i forhold til at træffe beslutninger, der sikrer bæredygtige offentlige finanser. De udgifter, der er opgjort i denne rapport, er derimod relevante i forhold til at vurdere, hvor meget den offentlige sektor får tilbage, når den investerer i trafiksikkerhed.

Denne rapport ser på udgifterne forbundet ved trafikulykker, dvs. de kroner og øre som forskellige offentlige kasser kan få igen ved at investere i bedre trafiksikkerhed. Disse udgifter skal ses som et supplement - og ikke som et alternativ - til de transportøkonomiske enhedspriser. Dvs. ved nogle typer af analyser er det kun relevant at bruge transportøkonomiske enhedspriser, mens det i andre er relevant at bruge både transportøkonomiske enhedspriser og udgifter. Udgifterne må ikke lægges sammen med de transportøkonomiske enhedspriser, da det vil føre til dobbelttælling.

² Se f.eks. Transportministeriet (2010) eller DTU Transport (2011).

Trafikulykker medfører mange forskellige typer udgifter og omkostninger. Tabel 2.1 lister et udvalg af udgifterne og angiver, hvorvidt udgifterne er analyseret i denne rapport. Tabellen er komplet i forhold til de udgifter, der er analyseret, men der kan være vigtige ikke-analyserede udgifter, der ikke fremgår af tabellen.

Tabel 2.2 Udgifter der er analyseret henholdsvis ikke analyseret i denne rapport

<i>Tidspunkt</i>	<i>Udgift</i>	<i>Analyseret</i>	<i>Ikke analyseret</i>
Inden for en time efter ulykken	Ambulancekørsel		X
	Politi		X
	Redning		X
	Rejsetidsforsinkelse for andre trafikanter		X
	Materielle skader		X
Inden for en dag efter ulykken	Skadestue	X	
	Indlæggelse	X	
	Ambulant behandling	X	
Inden for et år efter ulykken	Regional genoptræning	X	
	Kommunal genoptræning	X	
	Vedligeholdende træning		X
	Praktiserende læge		X
	Speciallæge		X
	Psykolog		X
	Tandlæge		X
	Fysioterapeut		X
	Kiropraktor		X
	Medicin		X
Resten af livet	Hjælpe midler / boligtilpasning	X	
	Sygedagpenge	X	
	A-dagpenge	X	
	Kontanthjælp	X	
	Revalidering	X	
	Flexjob	X	
	Førtidspension	X	
	Pleje	X	
	Vedligeholdende træning		X
	Transport		X
	Produktionstab		X
	Velfærdstab		X

Kilde: Egen tilvirkning.

Vejdirektoratet igangsatte i 1999 et omfattende arbejde med at vurdere samfundsøkonomiske konsekvenser af trafikulykker. Arbejdet er dokumenteret i Vejdirektoratet (1999). Rapporten indeholder en meget detaljeret opgørelse af samfundsøkonomiske omkostninger ved trafikulykker, for så vidt angår omkostningerne forbundet med redning, sygehusbehandling og efterfølgende pleje. Opgørelsen er baseret på inter-

view med ca. 100 trafikofre fra 1996, og på basis af respondenternes angivelse af, hvilket forløb de har været igennem, er omkostningerne blevet vurderet med udgangspunkt i forskellige takstkataloger og offentlige udgiftsopgørelser.

Vejdirektoratet (1999) opgør samfundsøkonomiske omkostninger, mens nærværende analyse opgør offentlige udgifter. En offentlig udgift involverer altid et forbrug af penge, mens en samfundsøkonomisk omkostning ikke altid gør det. Et eksempel, hvor offentlige udgifter og samfundsøkonomiske omkostninger er forskellige, er i forbindelse med hospitalsbehandling, hvor der er et forbrug af ressourcer. Her svarer den samfundsøkonomiske omkostning til det velfærdstab, der er ved, at ressourcerne ikke kan anvendes til andre formål, når de én gang er forbrugt. Velfærdstabet svarer til den pris, ressourcen kunne sælges til på markedet, og som derfor vil inkludere eventuelle afgifter og moms³. Derfor vil den samfundsøkonomiske omkostning ved hospitalsbehandling inkludere afgifter. For eksempel vil den offentlige udgift til køb af hospitalsbehandling ikke inkludere moms, fordi offentlige myndigheder ikke lægger moms på de ydelser, de sælger til hinanden.

De udgifter, der analyseres i nærværende rapport, knytter sig til personskader. Vi har beregnet udgifterne forbundet med sygehusbehandling, indkomstoverførsler og pleje. Vi har ikke haft adgang til individualspecifikke oplysninger om alle disse typer udgifter, og har derfor ikke kunnet opgøre de tre grupper af udgifter ved hjælp af samme konsistente metode. Vi har anvendt tre metoder.

- 1 Udgifterne på sygehus er beregnet ved at følge en gruppe af personer, der var udsat for en trafikulykke i første halvår af 2009. Vi har indsamlet oplysninger om personernes forbrug af sundhedsydelser på sygehus i 2009 fra Landspatientregistret og opgjort de samlede udgifter efter trafikulykken på individniveau, hvorefter vi har beregnet den gennemsnitlige udgift i 2011-priser pr. personskade.
- 2 Udgifterne forbundet med indkomstoverførsler er beregnet med udgangspunkt i en analyse af, hvor stor en andel af året ulykkesofre modtager indkomstoverførsler, jf. Bach (2008). Han analyserede offentlig forsørgelse for personer, der havde fået vurderet erhvervsevnetab hos Arbejdsskadestyrelsen efter en ulykke. 80 % af de analyserede ulykker var trafikulykker. Vi har sammenholdt Bach (2008)s resultater med egne beregninger af, hvor stor en andel af året, befolkningen modtager indkomstoverførsler. Vi antager, at hvis trafikofre er mere afhængige af offentlige indkomstoverførsler, så skyldes det, at trafikulykkerne har medført fysiske eller mentale skader på trafikofrene, som betyder, at deres evne til at forsørge sig selv er reduceret.⁴ Herefter kombinerer vi det beregnede forskel i andelen af et år, hvor der modtages indkomstoverførsler, med oplysninger om offentlige udgiftssatser og beregner en gennemsnitlig merudgift pr. personskade.
- 3 Udgifterne til pleje og hjælpemidler er vurderet med udgangspunkt i Vejdirektoratet (1999). Vi har ikke kunne finde opdaterede oplysninger om forbruget af pleje og hjælpemidler - eller andre offentlige services - for trafikofre, så derfor har vi fremskrevet resultaterne i Vejdirektoratet (1999) med nettoprisindekset til 2011.

Nærværende undersøgelse er ikke den første, der analyserer effekten af trafikulykker på de offentlige finanser. Transportministeriet (2010) opgør en budgetøkonomisk effekt ved trafikulykker. Transportministeriets budgetøkonomiske effekt indeholder hospitalsudgifter, medicin, sundhedspleje, politi- og redningsud-

3 Ved salg af en ressource antages det, at markedet kan tildele ressourcen til dem, der har den største betalingsvillighed – som er dem, for hvem ressourcen er mest værdifuld.

4 En alternativ forklaring på forskellen mellem trafikofrenes og befolkningens afhængighed af indkomstoverførsler kunne være, at de, der kommer til skade i trafikken, også havde vanskeligere ved at forsørge sig selv før trafikulykken. Denne alternative forklaring ser vi bort fra i nærværende rapport.

gifter mv. Transportministeriet vurderer, at budgeteffekten udgør 24,8 % af de samlede personrelaterede omkostninger på kr. 632.336, svarende til kr. 156.819 pr. rapporteret personskade i gennemsnit. Det er væsentlig højere end de ca. kr. 60.000, udgiften er vurderet i denne rapport. Der er tre væsentlige forskelle på Transportministeriets og nærværende opgørelse:

- › Transportministeriets vurdering er baseret på personskader rapporteret af politiet. Til sammenligning opgør nærværende rapport udgifter pr. personskade, hvor mørketallet er inkluderet. De politiregistrerede personskader udgør ca. 10 % af de personskader, der er analyseret i denne rapport. Det vil sige, at nærværende rapport inkluderer mange lette skader, som ikke koster mange penge i hospitalsudgifter og sundhedspleje. De politirapporterede personskader, som Transportministeriet fokuserer på, er gennemsnitligt mere alvorlige end personskaderne analyseret i nærværende rapport. Det trækker i retning af, at Transportministeriets budgeteffekt bliver større end udgiften i nærværende analyse.
- › Desuden indeholder Transportministeriet (2010) en række udgifter, som ikke er omfattet af nærværende rapport. Det drejer sig om udgifter til politi og redning og medicin. Det trækker i også retning af, at Transportministeriets budgeteffekt bliver større end udgiften i nærværende analyse.
- › Endelig er hospitalsudgifterne opgjort forskelligt i Transportministeriet (2010) og nærværende rapport. Transportministeriets opgørelse baserer sig på Vejdirektoratet (1999), hvor ofre for trafikulykker blev spurgt om hvilke sundhedsbehandlinger, de havde fået, og derefter blev de oplyste sundhedsbehandlinger prissat ud fra de gældende takster/priser for hospitalsbehandling. I nærværende analyse indgår de udgifter, der er registreret på hospitalerne. Det er uklart, om denne forskel trækker i retning af, at Transportministeriets skøn bliver højere eller lavere end skønnet i nærværende rapport. Det afhænger af, hvad respondenterne i Vejdirektoratet (1999) kunne huske, og hvor godt hospitalsbehandlingerne blev prissat ud fra respondenternes svar.

Udgifterne er blevet fordelt på kommuner, regioner og stat ud fra gældende lovgivning. Dvs. udgifterne til sygehusbehandling er fordelt efter reglerne i Sundhedsloven, udgifterne til førtidspension er fordelt efter bekendtgørelse af lov om højeste, mellemste og almindelig førtidspension mv. Udgifterne til pleje mv. er fordelt efter reglerne i lov om social service.

I det efterfølgende beskriver kapitel 4 den typiske trafikulykke og trafikskade. Kapitel 5 beskriver forløbet efter en trafikulykke. Kapitel 6 analyserer udgifterne forbundet med behandling på sygehus. Kapitel 7 beskriver udgifterne til indkomstoverførsler. Kapitel 8 beskriver udgifterne til pleje mv.

3. Trafikulykker og trafikofre

I dette kapitel beskriver vi kort nogle udvalgte karakteristiske ulykker med personskader, der er de almindeligste i trafikken. Ulykkerne og skaderne eksemplificeres med en række cases, der vil gå igen i den efterfølgende beskrivelse af offentlige udgifter ved trafikulykker.

Når der sker en trafikulykke, hvor en eller flere kommer til skade, sker der ofte det, at den eller de tilskadekomne selv henvender sig på skadestuen. Det sker i ca. 90 % af de tilfælde, der er oplysninger om. I de sidste ca. 10 % af tilfældene bliver politiet involveret og registrerer ulykken. Der findes herudover et ukendt antal tilfælde, hvor de tilskadekomne selv henvender sig til praktiserende læge eller speciallæge. I disse sidstnævnte tilfælde bliver det ikke registreret, at der er sket personskade som følge af en trafikulykke, og de indgår derfor ikke i denne analyse.

Selvom de alvorligste trafikulykker involverer, at politiet rykker ud, så kan der også ske alvorlige skader ved trafikulykker, som ikke bliver registreret af politi eller skadestue. Piskesmæld er et eksempel på en skade,

hvor den tilskadekomne i nogle tilfælde godt selv kan køre fra ulykkesstedet, og først på et senere tidspunkt opdager skaden og henvende sig til praktiserende læge.

De fleste ulykkesofre har kun 1 skade som følge af trafikulykker i løbet af et år. Vore analyser tyder på, at ca. 90 % af personskaderne vedrører personer, der kun har 1 skade i løbet af et år. Det vil sige: En person kan godt blive skadet i flere forskellige trafikulykker på et år, men de fleste af ulykkesofrene bliver kun skadet i en trafikulykke på et år. Der er dog en usikkerhedsfaktor forbundet med denne opgørelse, fordi der er en risiko for et element af dobbeltregistrering. Hvis en person bliver registreret med flere forskellige sygehuskontakter på et år, hvor årsagen registreres som trafikulykke, så tæller det i statistikken som en og samme ulykke – men der kan i få tilfælde være tale om flere forskellige trafikulykker.

I det efterfølgende præsenterer vi en række cases og stiliserede eksempler på personskader i trafikken, som er omfattet af analyserne i nærværende rapport. De første tre tekstbokse neden for indeholder stiliserede eksempler, mens de sidste tre tekstbokse indeholder cases fra virkeligheden.

Case 1: Bilist (mand) 36 år i personbil. Ulykken er sket tidlig morgen i tussmørke og tørt føre. Bilisten er kørt i grøften og bilen er væltet rundt, efter at han har undveget et rådyr på vejen. Airbag blev ikke udløst, men bilisten brugte sele.

Han har selv ringet efter hjælp, da bilen ikke umiddelbart kan køre videre. Falck har kørt ham på skadestuen. Han har ondt i nakken og hudafskrabninger på begge hænder. Behandling: Rådes til afspændingsøvelser og håndkøbssmertestillende. Han bliver ikke tjekket hos egen læge. Er på arbejde igen dagen efter. Ulykken er registreret af politiet.

Case 2: Cyklist (mand) på 21 år er blevet væltet i et firebenet kryds af en krydsende bilist. Det er lyst og føret er tørt. Cyklisten er blevet kørt på skadestuen af bilisten, da han har slået ansigt og højre hofte samt nogle hudafskrabninger. Cyklisten bar ikke hjelm.

På skadestuen bliver behandlingen afsluttet, efter at cyklisten er blevet tilset, da der ikke er forstuvet eller brækket noget - der er taget røntgenbilleder. Behandling hjemme er vask af sår og observation for hjerne-rystelse af pårørende. Efterfølgende har cyklisten en enkelt sygedag. Ulykken bliver registreret af politiet.

Case 3: 28-årig kvinde, cyklist. Det er aften (mørkt) og vådt føre, men det regner ikke. Cykelstien er glat på grund af blade og ved undvigemanøvre af dæksel på cykelstien vælter cyklisten. Hun er selv kommet til skadestuen. Cyklisten bar hjelm.

Hun har en skade på højre albue, som er en forvridning og en lille skal er slået af venstre albue. Hun har fået en slynge til aflastning i max. 3 uger og håndkøbssmertestillende. Hun må bruge arm til smertegrænse, og har efterfølgende en uge på sygedagpenge. Bliver tjekket af egen læge. Ulykken bliver ikke registreret af politiet.

De efterfølgende to cases vedrører alvorlige ulykker.⁵

⁵ Tak til PTU for hjælp med opstilling af cases 4-6.

Case 4: Cyklist (kvinde) 43 år rammes af lastbil i højresving. mister sit ene øre og to-tredjedele af det ene bryst. Brækker alle ribben i den ene side, får den ene skulder presset ud af skulderskålen og ansigtet knust. Ligger 2 uger i koma og 5 uger i respirator. Vi har ikke indhentet oplysninger om, hvorvidt cyklisten bar hjelm. Denne ulykke registreres af politiet.

Case 4 giver et indtryk af, hvilke skader en cyklist kan komme ud for i voldsomme trafikulykker. Skulderskaden optræder ofte, idet ca. hver tiende cyklistpersonskade indebærer skader i skulder, arm eller hånd. Skaderne i hovedet optræder også for ca. hver ottende cyklistpersonskade. Skaderne på brystkassen i case 4 er derimod usædvanligt alvorlige, fordi en lastbil er involveret.

Et andet eksempel med en alvorlig personskade vedrører en kvinde, der mister kontrollen over sin bil og kører ind i et træ.

Case 5: Bilist (kvinde) 36 år mistede kontrollen over sin bil og kørte frontalt ind i et træ. Begge ankler knuses, komplicerede brud på begge skinneben, venstre lunge punkteret, milten blev ødelagt og måtte bortopereres. Efterfølgende er hun sammenlagt indlagt i 4 måneder, hvor det gentagne gange forsøges at få transplanteret ny hud på underbenene, og hvor der opereres gentagne gange på anklerne. Vi har ikke indhentet oplysninger om, hvorvidt bilisten brugte sele. Denne ulykke registreres af politiet.

Case 5 illustrerer nogle skader, der er hyppige for personer, der befinder sig i biler under en frontalkollision. Moderne bilers kollisionszoner indebærer, at kraften i kollisionen styres nedad, så der sker skader på benene snarere end på overkroppen. I case 5 er der dog også sket skader på de indre organer, men der er ikke sket skade på hovedet.

Et sidste eksempel på en hyppig personskade i trafikken er en mand, der får et piskesmæld.

Case 6: Bilist (mand) bliver påkørt bagfra af bil. Får først stillet diagnosen hjernerystelse, men fik forholdsvis hurtigt derefter konstateret piskesmæld. Efter ulykken led han af ondt i nakke og hoved, forvirring og koncentrationsbesvær. Tre måneder efter ulykken mister han sit job, fordi han ikke kunne holde til sit arbejde længere. Denne ulykke registreres måske ikke af politiet som en personskade, men som en materiel skade.

I de efterfølgende kapitler bliver cases uddybet i forhold til forløbet i det offentlige system og de udgifter, der følger deraf. Her er en samlet oversigt over alle udgifter til hver case. Beregningerne uddybes i de efterfølgende kapitler.

Tabel 3.3 Offentlige udgifter forbundet med cases, kr., 2012

	Udgifter til sygehus	Udgifter til indkomstoverførsler	Udgifter til pleje	Udgifter i alt
Case 1	763	0	0	763
Case 2	1.390	788	0	2.178
Case 3	3.133	3.940	0	7.073
Case 4	603.819	2.361.205	165.071	3.130.095
Case 5	597.965	68.293	44.778	711.036
Case 6	22.118	109.586*	0	131.704

Note: * De kr. 109.586 er årlige merudgifter.

Kilde: Egen tilvirkning.

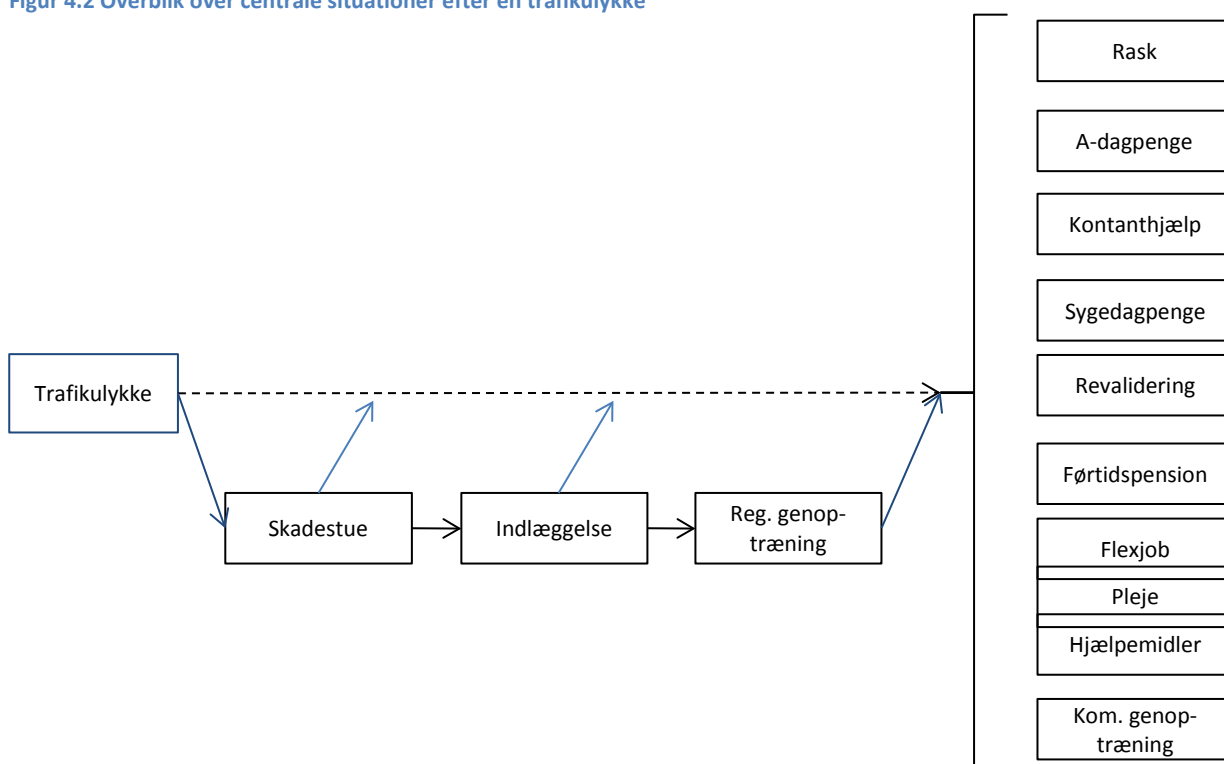
I det efterfølgende analyserer vi følgerne af personskader i forbindelse med trafikulykker. En trafikulykke kan medføre personskade eller materielskade, eller begge dele. En trafikulykke kan medføre op til flere personskader og personskaderne kan have forskellig alvorlighed. Nogle personskader bliver registreret af politiet, andre bliver kun registreret af skadestuerne. Der er således ikke noget en-til-en forhold mellem antallet af trafikulykker og antallet af personskader, og antallet af personskader registreret af politiet eller af skadestuerne kan i princippet stige eller falde ude af takt med antallet af trafikulykker, afhængig af ændringer i politiets registreringspraksis og befolkningens præferencer for at gå på skadestue i stedet for til egen læge.

Det er muligt at basere en analyse af økonomiske aspekter af trafikulykker i forhold til mange af ovenstående måder at lave statistik over trafikulykker. I transportøkonomiske enhedspriser anvendes tre forskellige opgørelser; omkostning pr. uheld med personskade, omkostning pr. personskade og omkostning pr. uheld.⁶ I nærværende rapport opgøres offentlige udgifter pr. personskade.

4. Forløb efter en ulykke

I dette kapitel beskriver vi kvalitativt, hvad der sker efter en trafikulykke. Fokus er på at beskrive nogle situationer, hvor trafikulykker koster penge for det offentlige. I de efterfølgende kapitler foretages der skøn på de offentlige udgifter, der er forbundet med de forskellige situationer. Kapitlet indeholder ikke en fyldestgørende opgørelse over alle de mulige forløb, der kan opstå efter en trafikulykke. Det skyldes, at der ikke er en "lige vej" gennem de offentlige systemer. For eksempel oplever trafikofrene med piskesmæld tit at bevæge sig ud ad mange sidespor, før de kommer ind i et forløb med retning mod en afslutning.

Figur 4.2 Overblik over centrale situationer efter en trafikulykke



Kilde: Egen tilvirkning.

Figur 4.1 viser de forskellige tilstande, vi fokuserer på i denne rapport.

⁶ Jf. f.eks. <http://www.dtu.dk/centre/Modelcenter/Modeller>.

4.1. Forløb på sygehus

4.1.1 Forløb på skadestue

Et almindeligt forløb efter en trafikulykke er, at den tilskadekomne selv henvender sig på skadestuen. Det sker i ca. 90 % af de registrerede personskader (inklusive mørketal), at skaden kun registreres på skadestuen.⁷ I de resterende ca. 10 % af tilfældene registreres skaden også af politiet. Der er en lille rest, der kun registreres af sygehusene.

Af samtlige personer, der kommer på skadestuen, bliver ca. trefjerdedele udskrevet fra skadestuen til evt. videre behandling hos egen læge. En fjerdedel bliver indlagt.

Det, at man bliver udskrevet fra skadestuen uden indlæggelse, betyder ikke nødvendigvis, at trafikulykken ikke har flere følger for den enkelte og for de offentlige kasser. Der kan efterfølgende være psykiske eftervirkninger, der får den enkelte til at præstere dårligere på arbejdsmarkedet, og en piskesmældsskade kræver særligt udstyr at påvise, så denne type skader bliver ofte først påvist efter skadestuebesøget. I de ovennævnte tilfælde sker det ofte, at den enkelte selv oplever en nedsættelse af sin funktion eller erhvervsevne og selv gør en aktiv indsats for at påvise det og få hjælp fra det offentlige. Nogle centrale trin i denne proces er:

- › At en relevant læge eller speciallæge stiller en diagnose, f.eks. om piskesmæld.
- › At et forsikringselskab accepterer skaden eller beder Arbejdsskadestyrelsen om vurdering af erhvervsevnetab.
- › At få Arbejdsskadestyrelsen til at vurdere, at der er sket et tab af erhvervsevne, så man får ret til erstatning fra forsikringselskabet og til førtidspension, flexjob eller revalidering.
- › At få kommunen til at vurdere, at der er sket et funktionstab, så man får ret til pleje, hjælpemidler og anden hjælp.

4.1.2 Indlæggelse og genoptræning

Hvis man bliver indlagt efter ankomst til skadestuen, er det i nogen tilfælde en indlæggelse til observation, f.eks. for hjernerystelse (det kunne ske for personen i case 2), i andre tilfælde til operation. Som nævnt oven for er det ca. hver fjerde af dem, der ankommer til skadestuen efter en trafikulykke, der indlægges. Ca. 3 % af dem, der ankommer til skadestuen, gennemfører yderligere et genoptræningsforløb på sygehuset.

For så vidt angår piskesmælds-ofrene findes der spørgeskemabaseret dokumentation af deres brug af sundhedsydelse efter ulykken. Chrestensen og Pedersen (2011) spurgte 823 piskesmældsofre om deres forløb efter ulykken. Det er bemærkelsesværdigt, at piskesmælds-ofrene har mange besøg hos fysioterapeut (ca. 16 besøg pr. år i gennemsnit), og at de tilbringer meget tid i "anden genoptræning". Til gengæld tilbringer de næsten ingen tid på sygehus.

4.2. Forsørgelse

Et forløb på forsørgelse efter en trafikulykke starter ofte med en sygemelding fra arbejde. Denne sygemelding kan blive indsendt mens vedkommende stadig er i behandling på sygehus, men den kan også ske no-

⁷ I 2011 var der i alt 41.272 personskader som følge af trafikulykker. Politiet registrerede 4.158 af personskaderne. 36.620 blev kun registreret af skadestuer og 494 blev kun registreret af sygehus. Kilde: www.statistikbanken.dk, tabel MOERKE.

gen tid efter ulykken. Hvis trafikofret kommer sig fuldt ud efter skaden, skifter trafikofret fra sygedagpenge til varig selvforsørgelse på et tidspunkt. Hvis trafikofret derimod er blevet skadet så meget, at det ikke er muligt at vende tilbage til sit tidligere arbejde, startes en proces med kurser og uddannelse, revalidering, aktivering, arbejdsprøvning og praktik for at hjælpe trafikofret med at blive på arbejdsmarkedet. Hvis det ikke hjælper, eller hvis trafikofret er blevet så skadet, at en tilbagevenden til arbejdsmarkedet ikke vurderes som mulig, kan trafikofret komme på en mere varig form for forsørgelse (førtidspension) eller støttet beskæftigelse.

Der er ikke meget empirisk viden om trafikofrenes anvendelse af indkomstoverførsler efter trafikulykken. For en lille gruppe af trafikofrene er det dog muligt at vurdere sandsynligheden for at blive afhængig af offentlige indkomstoverførsler. Det drejer sig om en gruppe af personer, for hvem Arbejdsskadestyrelsen har vurderet omfanget af erhvervsevnetab. Bach (2008) undersøgte forløb for personer, der havde fået afgjort deres sag ved Arbejdsskadestyrelsen i 1997 eller 2002. Af de personer, sagerne vedrørte, var 80 % kommet til skade i en trafikulykke. Personerne blev fulgt i op til 9 år efter afgørelsen fra Arbejdsskadestyrelsen, og brugen af offentlige indkomstoverførsler er blevet analyseret ved hjælp af DREAM-registret, der er skabt af Arbejdsmarkedsstyrelsen og omfatter alle danskernes brug af indkomstoverførsler på ugeniveau. Bach (2008) finder, at 9 år efter Arbejdsskadestyrelsens afgørelse, er mindst halvdelen af dem, der får tilkendt erhvervsevnetab, afhængige af indkomstoverførsler. Jo større erhvervsevnetabet er, jo større er afhængigheden af indkomstoverførsler. Selv blandt dem, der ikke får tilkendt erhvervsevnetab, er ca. 43 % på indkomstoverførsler 9 år efter afgørelsen.⁸ I befolkningen som helhed er ca. 18 % på de typer af indkomstoverførsler, Bach (2008) analyserede.

Det er sandsynligt, at en væsentlig del af merforbruget af indkomstoverførsler hos de undersøgte trafikofre skyldes tabet af erhvervsevne som følge af ulykken. Det er dog også sandsynligt, at en del af merforbruget skyldes, at de, der kommer til skade i trafikken, i forvejen har en svagere position på arbejdsmarkedet, jf. Christens (2001).

4.3. Kommunal pleje mv.

Efter endt indlæggelse vender nogle tilbage til den tilværelse, de havde før. For andre følger et længere forløb med genoptræning i kommunalt og regionalt regi. Det er f.eks. tilfældet for personen i case 4. For en gruppe af de hårdest ramte bliver deres videre tilværelse ordnet fra hospitalet. Der sørges for, at trafikofrene får førtidspension, at de får pleje, plejeboliger, hjælpemidler, kommunal genoptræning, vedligeholdende træning og andre tilbud, de har krav på ifølge serviceloven.

Det er kommunen, der beslutter om en borger skal have hjælp. Hjælpen kan være midlertidig eller varig. Det vil sige, et trafikoffer kan få midlertidig hjælp i en periode efter ophold på sygehus, eller vedkommende kan få varig hjælp til at klare personlige og praktiske opgaver. Beslutningen om at give hjælp skal bero på en konkret og individuel vurdering fra kommunen.

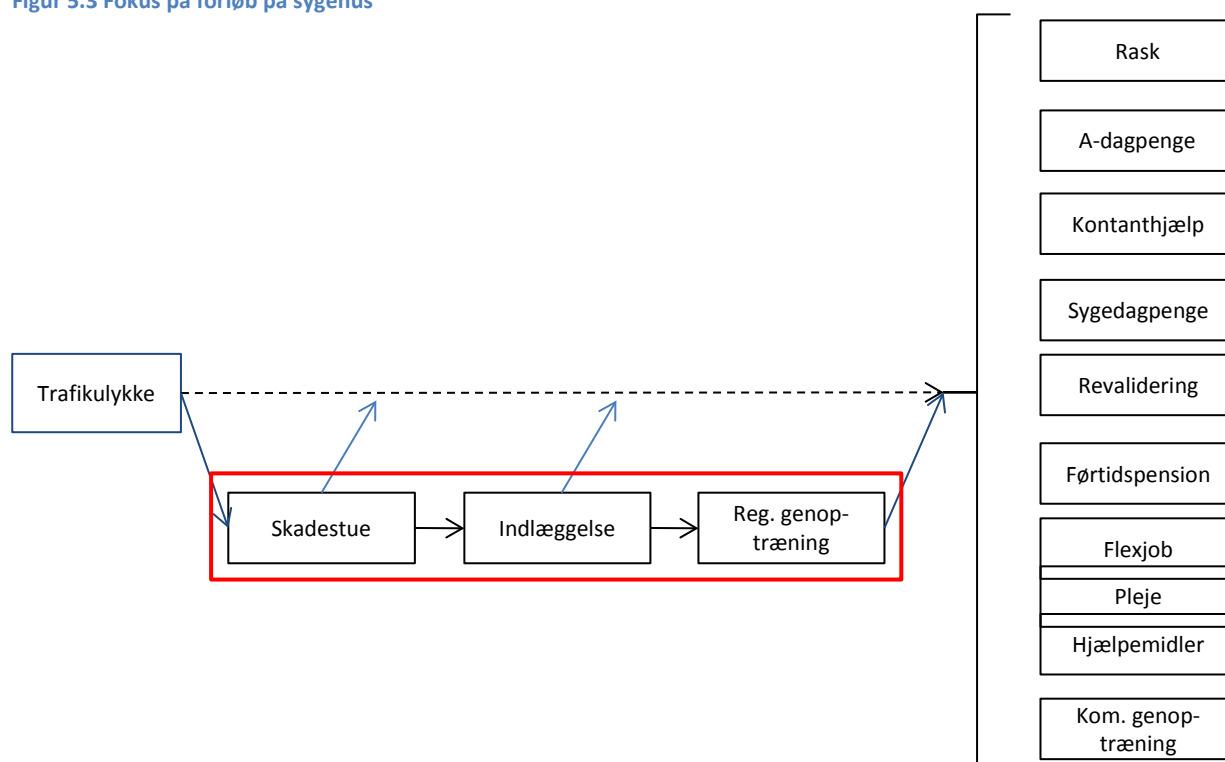
Der er ikke meget empirisk viden om, hvor stor en andel af trafikofrene, der får brug for pleje og hjælpemidler efter ulykken.

⁸ De analyserede indkomstoverførsler er: sygedagpenge, kontanthjælp, a-dagpenge, førtidspension, flexjob og uddannelse.

5. Offentlige udgifter til forløb på sygehus

I dette kapitel estimerer vi de offentlige udgifter forbundet med forløbet på sygehuset efter en trafikulykke. Vi estimerer også andelen af udgifterne, der betales af regionerne, og andelen, der betales af kommunerne.

Figur 5.3 Fokus på forløb på sygehus



Kilde: Egen tilvirkning.

5.1 Samlede udgifter

Udgifterne relateret til behandling og genoptræning på sygehus beregnes ved hjælp af data fra Landspati-entregisteret. Vi identificerer personer, som har været i kontakt med et sygehus efter en trafikulykke i 2009. Vi tager udgangspunkt i 2009, for at få mulighed for at følge trafikofrenes forløb på sygehus i en længere periode. Vi undersøger hvilke operationer, undersøgelser og behandlinger, som de har modtaget, samt stillede diagnoser, varighed af forløb mv. Det fremgår også af Landspatientregistret, hvilke udgifter kontakten har medført.

Illustration af beregningsgang vha. cases

Beregningen kan illustreres med udgangspunkt i nogle af de cases, der blev brugt i kapitel 4. Tabel 5.1 viser udgifter til behandling på sygehus for case 1, hvor det ses, at et skadestuebesøg koster kr. 763 (2012-takster). De efterfølgende Case 2 og Case 3 viser ligeledes behandlingsudgifter på sygehus. I rækken "Total" ses, at de samlede offentlige udgifter ved sygehusbehandling i case 2 er på kr. 1.390 og i case 3 på kr. 3.133.

Tabel 5.4 Udgifter til behandling på sygehus for case 1, 2012

Udgift	Total (i kr.)
Skadestuebesøg	763
Total	763

Kilde: Egen tilvirkning.

Tabel 5.5 Udgifter til behandling på sygehus for case 2, 2012

Udgift	Total (i kr.)
Skadestuebesøg	763
Røntgenundersøgelse (alm.), ukompliceret	627
Total	1.390

Kilde: Egen tilvirkning.

Tabel 5.6 Udgifter til behandling på sygehus for case 3, 2012

Udgift	Total (i kr.)
Skadestuebesøg	763
Røntgenundersøgelse (alm.), ukompliceret	627
Anlæggelse af skinne el. bandage, arthrocentese el. lukket reposition	1.743
Total	3.133

Kilde: Egen tilvirkning.

De tilskadekomne i case 1-3 havde et relativt kort og billigt forløb på sygehuset efter deres trafikulykker. Case 4 og 5 medfører derimod betydelige udgifter på sygehuset. Kvinden i case 4 fik ødelagt store dele af sin brystkasse og ansigtet, hvilket gjorde det nødvendigt at indsætte stivere i højre del af brystkassen og en kosmetisk rekonstruktion af ansigtet - en proces, der forløb over tre gange på sygehuset. Vi kender ikke de præcise behandlinger, hun har fået, men i Tabel 5.4 neden for er vist et bud på udgifterne ved nogle typer af behandlinger, hun kunne have gennemgået. Bemærk at vi antager, at kvinden i case 4 ikke har været på skadestuen, men er blevet kørt direkte på intensiv.

Tabel 5.7 Udgifter til sygehusbehandling af case 4, 2012

Udgift	Total (i kr.)
Operationer på øre, kategori 1	23.085
Sekundær rekonstruktion af bryst m. stillet muskellap, enkelt	88.588
Frakturkirugi, skulder/overarm	40.210
Operationer på hoved og hals, kategori 1	65.673
3 x kosmetisk rekonstruktion af ansigt	?
CT-scanning, kompliceret	2.317
Respiratorbehandling ved langvarig kronisk respirationsinsufficiens	371.638
Indsættelse af stivere i højre del af brystkassen (støtteribbe)	?
Genoptræning 5, stationær	12.308
Vedligeholdende genoptræning (gns. udgift pr. genoptræningsplan i 2010 var på kr. 9.365)	?
Total	Mindst 603.819

Kilde: Egen tilvirkning.

Personen i case 5 har efter trafikulykken sammenlagt været indlagt i fire måneder. Hun har gennemgået en række behandlinger af huden på underbenet og af knoglerne i foden. Hertil kommer genoptræning på sygehus. For de behandlinger, vi har vurderet, hun kunne have fået, er den samlede pris for behandling på sygehus ca. kr. 600.000.

Tabel 5.8 Udgifter til sygehusbehandling af case 5, 2012

Udgift	Total (i kr.)
Pneumothorax, u. kompl. bidiag (punkteret lunge)	34.768
Fjernelse af milt	83.887
Rekonstruktion, avanceret, ankel/fod (sats: kr. 31.018 x 2)	62.036
Frakturkirugi, intern fiksation, knæ/underben	54.331
Hudtransplantation og/eller revision af hudsår eller betændelse (7 gange af kr. 33.438) til underben	234.066
Yderligere korrektion af ankler (2 ekstra gange på grund af problemer)	124.072
GEN4S: Genoptræning	4.805
Total	597.955

Kilde: Egen tilvirkning.

For personen i case 6 begrænser forløbet på sygehus sig til behandling på skadestue, smertebehandling og evt. noget ambulans behandling. Selvom udgifterne til behandling på sygehus er begrænsede, kan der godt være betydelige udgifter til anden sundhedsbehandling. For piskesmældsofre sker det tit, at der bliver et varigt behov for sundhedsydelser uden for sygehuset, idet det gennemsnitlige antal behandlinger hos egen læge og forskellige former for rehabilitering er over 40 om året, jf. Chrestensen og Pedersen (2011).

Tabel 5.9 Udgifter til behandling på sygehus for Case 6, 2012

Udgift	Total (i kr.)
Skadestuebesøg ¹	763
Indlæggelse ²	8.776
Tværfaglig smertebehandling ²	1.094
Røntgenundersøgelse (alm.), ukompliceret ¹	627
Anlæggelse af skinne el. bandage, arthrocentese el. lukket reposition ¹	1.743
Ambulant besøg, pat. mindst 7 år (Ortopæd) ¹	954
CT-scanning, kompliceret ¹	2.317
MR-scanning ²	3.561
Neuropsykologisk undersøgelse, udvidet ¹	2.851
Total	22.686

Kilde: 1) Egen tilvirkning, 2) Chrestensen og Pedersen (2011).

Gennemsnitlige udgifter

Vi har for alle registrerede personskader i Landspatientregisteret i 2009 beregnet udgifter til behandling. Udgifterne er i Landspatientregistret opgjort pr. sygehuskontakt, og vi har identificeret de kontakter, der skyldes trafikulykker. Vi antager, at de kontakter, en person har til sygehus efter trafikulykken i en periode skyldes trafikulykken. Ud fra denne antagelse har vi beregnet udgiften pr. personskade ved først at summere alle sygehusudgifterne, der har med et trafikoffer at gøre i en periode efter ulykken. Perioden er i de rapporterede resultater sat til at være 2009. Dernæst har vi beregnet de gennemsnitlige udgifter pr. trafikoffer. Desuden har vi omregnet fra 2009-priser til 2012-priser. Til sidst har vi regnet om fra personer til personskader ved at bruge et resultat af nærværende analyse, der viser, at 90 % af personskaderne i trafikulykker kan henregnes til personer, der kun har én skade. Med denne tilgang finder vi, at den gennemsnitlige udgift til behandling på sygehus var ca. kr. 14.000 pr. personskade (2012-prisniveau).

Udgifterne fordeler sig med ca. 25 % til ambulans behandling (skadestue og visse former for genoptræning) og ca. 75 % til stationær behandling (indlæggelse til observation, sårbehandling, operation mv.).

Tabel 5.7 opsummerer resultatet af beregningen. Som det fremgår, var udgiften i 2012 til sygehusbehandling på kr. 13.660 i gennemsnit pr. personskade. Udgifterne i tabellen indeholder udgifter til genoptræning på sygehus (regional genoptræning), men ikke udgifter til genoptræning i kommunalt regi.

Tabel 5.10 Gennemsnitlige udgifter forbundet med behandling på sygehus, pr. personskade, 2012, kr.

Udgift	Kr.
Stationær behandling	10.605
Ambulant behandling	2.775
Langliggerbetaling	280
I alt	13.660

Note: Udgifterne er opgjort i 2009-priser og fremskrevet til 2012 ved hjælp af nettoprisindekset.

Kilde: Egne beregninger ved hjælp af registerdata fra Landspatientregistret.

Beregningerne i Tabel 5.7 er lavet på baggrund af data fra Landspatientregistret. Vi har taget udgangspunkt i de kontakter, der har været til skadestuer i 2009, som skadestuerne har registreret på følgende måde:

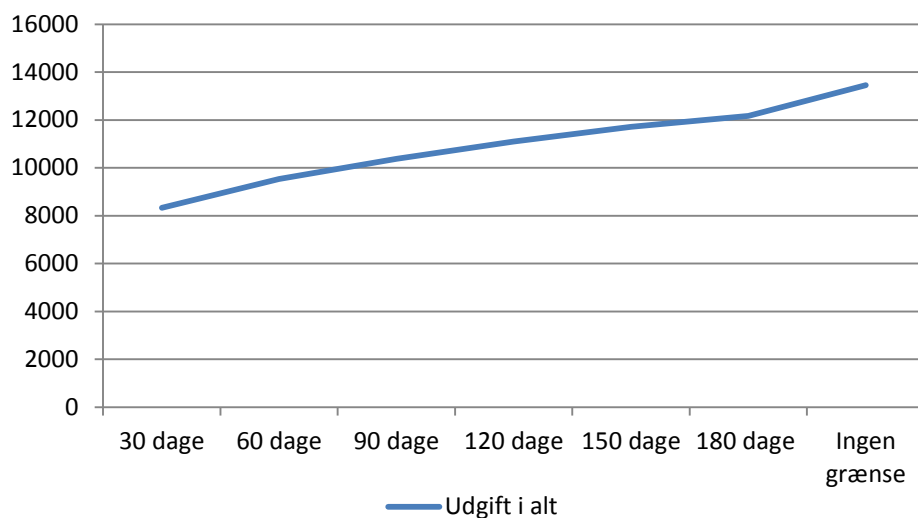
- › Kontakten til skadestuen skyldes en ulykke (i modsætning til f.eks. vold eller selvmordsforsøg).
- › Den ydre årsag til ulykken involverer et køretøj.

Derudover har vi afgrænset populationen på følgende måde:

- › Vi ser på den første trafikulykke, en person er involveret i, i 2009.
- › Vi ser kun på ulykker, der indtræffer i første halvår af 2009. Hvis vi alternativt havde inddraget ulykker, der indtraf i december 2009, ville vi overse vigtige sygehusbehandlinger i 2010. Vore følsomhedsberegninger peger på, at størstedelen af sygehusudgifterne ligger inden for et halvt år af ulykken. Bemærk at det kun er udgifter til sygehus, der tidsafgrænses på denne måde, mens øvrige udgifter forbundet med trafikulykken ikke tidsafgrænses.
- › Vi ser kun på personer i aldersgruppen 18-60 år. Det gør vi for at skabe konsistens mellem beregningerne i dette kapitel og beregningerne i næste kapitel, hvor vi analyserer effekt på indkomstoverførsler. I analyserne af indkomstoverførsler fokuserer vi på aldersgruppen 18-60, fordi empiriske undersøgelser af effekten af trafikulykker på indkomstoverførsler fokuserer på denne aldersgruppe. Det gør de, fordi personer under 18 år normalt ikke kan modtage indkomstoverførsler efter sociallovgivningen. Desuden følger de empiriske undersøgelser personer over en årrække, og personer over 60 år er tæt på den ordinære tilbagetrækningsalder, så det kan være svært at identificere effekten af en trafikulykke på indkomstoverførslerne på personer over 60 år. Aldersafgrænsningen har betydning for de gennemsnitlige udgifter på sygehus. Hvis den øvre aldersgrænse alternativt blev sat ved 66 år, ville de gennemsnitlige udgifter pr. person blive ca. 1.000 kr. højere. Hvis aldersgrænsen helt fjernes, bliver udgiften stort set som i Tabel 5.7.
- › Vi inddrager alle de udgifter på sygehus i 2009, der vedrører personer, der er blevet skadet i trafikulykker, bortset fra udgifter der har med fødsel, graviditet eller kræftbehandling at gøre. På denne måde kommer vi til at medregne for mange udgifter, fordi vi tager nogle behandlinger med, der ikke har med ulykken at gøre. Det er muligt at få et indtryk af, hvor meget antagelsen betyder, ved at lægge en begrænsning på, hvor lang tid efter ulykken, behandlingen må have fundet sted. Hvis vi f.eks. begrænser analysen til at vedrøre behandlinger, der har fundet sted indtil 3 måneder efter ulykken, falder den gennemsnitlige udgift med ca. kr. 3.000. I Figur 5.2 er vist en følsomhedsanalyse af udgiften i forhold

til, hvor lang tid efter ulykken, vi medregner udgifter. Det ses, at udgiften varierer fra ca. 8.000 kr. til ca. 14.000 kr. afhængigt af, hvor grænsen sættes.

Figur 5.4 Følsomhedsanalyse vedr. udgifter på sygehus, udgifter pr. personskade



Kilde: Egne beregninger på registerdata fra Landspatientregistret.

5.2 Fordeling på regioner og kommuner

Finansieringsbyrden fordeles på kommuner og regioner efter gældende regler for den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet. Staten finansierer ikke behandling på sygehus.

Tabel 5.8 viser, hvordan udgifter på sygehus deles mellem regioner og kommuner. Det er bopæls-regionen og bopæls-kommunen, der afholder udgifterne ved behandling på sygehus. Hvis f.eks. en person, der er bosat i Odense, bliver udsat for en alvorlig trafikulykke og køres til Rigshospitalet, betaler Region Syddanmark penge til Region Hovedstaden for behandlingen, men kan kræve en del af regningen refunderet fra Odense Kommune.

Tabel 5.11 Kommunernes andel af udgifter på sygehus, pct.

Type af behandling	2011
Stationær behandling	30 pct. af DRG-takst (ekskl. langliggertakst) - dog maksimalt 4.973 kr. pr. indlæggelse (2011-priser)
Ambulant behandling	30 pct. af DAGS-takst - dog maksimalt 332 kr. pr. besøg (2011-priser). Det maksimale beløb for gråzonepatienter udgør 4.973 kr.
Genoptræning på sygehus	70 pct. af genoptræningstakst

Note: DRG betyder DiagnoseRelaterede Grupper, og DRG-taksten er den betaling, der knytter sig til den bestemte type behandling, der er beskrevet ved en given DiagnoseRelateret Gruppe. DAGS er den betegnelse, der anvendes for typer af ambulante behandlinger.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af oplysninger fra CIR nr. 102 af 6. december 2011.

Når vi anvender denne fordelingsnøgle på udgiftskomponenterne i Landspatientregistret, finder vi den budgetøkonomiske fordeling af den gennemsnitlige udgift, som angivet i Tabel 5.9.

Tabel 5.12 Budgetøkonomisk fordeling af udgifter på sygehus, udgifter pr. personskade, 2012 priser

Betaler	Udgifter (i kr.)	Fordeling
Regionale udgifter	10.167	74 %
Kommunale udgifter	3.493	26 %
Statens udgifter	0	0 %
I alt	13.660	100 %

Kilde: Egne beregninger på registerdata fra Landspatientregistret.

Regionen bærer størstedelen af udgifterne. Det skyldes, at genoptræning, som er den største udgiftspost for kommunerne, kun udgør en begrænset del af udgifterne. Regionerne betaler størstedelen af udgifterne til stationær og ambulat behandling, mens kommunerne betaler størstedelen af udgifterne til genoptræning. Det er kun hver ottende af dem, der bliver indlagt, der får genoptræning på sygehus, og udgifterne er ikke så store ved genoptræning. Derfor betaler regionerne mest.

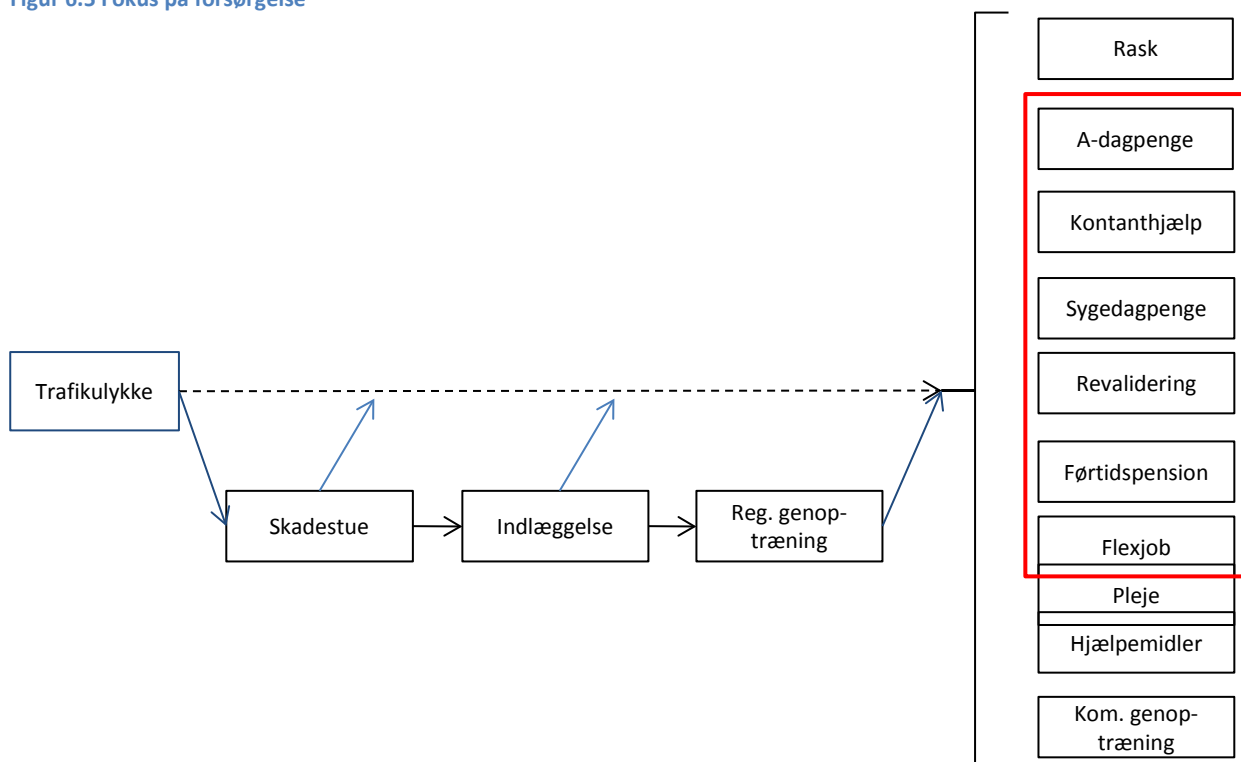
6. Offentlige udgifter til forsørgelse

I dette kapitel analyserer vi merudgifterne til forsørgelse, der er forårsaget af trafikulykker. I første del af kapitlet beregner vi de samlede udgifter. Vi illustrer trafikofrenes brug af indkomstoverførsler ved hjælp af de cases, der tidligere er blevet anvendt i rapporten. Selve beregningen af de samlede udgifter består af en række analyser: Først beregner vi, hvor meget tid trafikofrene tilbringer på indkomstoverførsler efter ulykken. Dernæst beregner vi, hvor meget tid befolkningen generelt tilbringer på indkomstoverførsler. Forskellen mellem disse to tal er udtryk for den tid, som trafikofrene tilbringer på indkomstoverførsler. Endelig beregner vi effekten af trafikulykker på udgifter til indkomstoverførsler ud fra oplysninger om satserne for indkomstoverførsler. I anden del af kapitlet fordeler vi udgifterne på kommuner og stat. Regionerne finansierer ikke indkomstoverførsler.

Vi fokuserer på følgende indkomstoverførsler: A-dagpenge, kontanthjælp, sygedagpenge, revalideringsydelse, førtidspension og flexjob.⁹

⁹ Flexjob er ikke en indkomstoverførsel, men som led i et flexjob udbetales et løntilskud til de virksomheder, der ansætter personer i flexjob. Det er udgiften til løntilskuddet, vi er interesseret i i forbindelse med flexjob.

Figur 6.5 Fokus på forsørgelse



Kilde: Egen tilvirkning.

6.1 Samlede udgifter

Efter en trafikulykke kan de personer, der er blevet skadet, komme på indkomstoverførsler på flere måder, som nævnt i kapitel 5. Nogle får kun overfladiske skrammer. For eksempel er der ingen indkomstoverførsler forbundet med case 1. Andre tager nogle få sygedage hjemme for at komme sig. For eksempel tog personen i case 2 en sygedag hjemme for at holde øje med tegn på hjernerystelse. Sygedagpengetaksten afhænger af personens indkomst, men til illustration antager vi, at personen i case 2 kan modtage den højeste sygedagpengesats. Vi antager også til illustration, at den ene sygefraværsdag udløser en offentlig betaling af sygedagpenge. I realiteten er det ofte først efter en periodes sygefravær, at det offentlige skal udbetale sygedagpenge eller betale refusion til arbejdsgiveren. Eksempelvis for funktionær er der en såkaldt "arbejdsgiverperiode" på 30 dage, hvor arbejdsgiveren generelt udbetaler løn under sygdom, uden at modtage refusion fra det offentlige.¹⁰

Tabel 6.13 Udgifter til forsørgelse af case 2, 2012

Udgift	Total (i kr.)
Sygedagpenge (1 dag)	788
Total	788

Kilde: Egen tilvirkning.

I case 3 får case-personen et mindre knoglebrud, der i en kortere periode giver funktionsbesvær, fordi det gør ondt at bevæge albuen. I dette tilfælde tager case-personen en uges sygefravær, indtil hun igen kan bevæge albuen uden smerter. Hvis vi som oven for antager, at det offentlige udbetaler højeste sygedag-

¹⁰ Hvis medarbejderen har en kronisk sygdom, der vurderes at give mindst 10 sygefraværsdage om året, kan arbejdsgiveren få refusion fra det offentlige fra første sygefraværsdag.

penge fra første sygefraværsdag, bliver de offentlige udgifter til forsørgelse i case 3 på kr. 3.960, som vist i Tabel 6.2.

Tabel 6.14 Udgifter til forsørgelse af case 3, 2012

Udgift	Total (i kr.)
Sygedagpenge (1 uge)	3.940
Total	3.940

Kilde: Egen tilvirkning.

I case 4 kommer case-personen alvorligt til skade og tilbringer to uger i koma efterfulgt af fem uger i respirator. I den tid modtog hun løn under sygdom (med refusion fra kommunen til arbejdsgiveren) eller sygedagpenge. Efter udskrivning lykkes det hende at fastholde sin tilknytning til arbejdsmarkedet via et flexjob med løntilskud. Hvis vi antager, at case-personen har fået højeste sygedagpenge fra første sygefraværsdag, og løntilskuddet til flexjobbet svarer til det gennemsnitlige tilskud, løber de samlede udgifter til indkomstoverførsler som følge af ulykken op i ca. 2,4 mio. kr. over resten af case-personens liv. Overgangen til indkomstoverførsler for case-personen er sket med en høj grad af automatik: Sygemeldingen er blevet foretaget af sygehuset, kommunen eller de pårørende, og kommunen foreslog selv case-personen at komme på førtidspension, hvilket betyder, at hun også var visiteret til et flexjob.

Tabel 6.15 Udgifter til forsørgelse af case 4, 2012

Udgift	Total (i kr.)
Sygedagpenge (3 måneder - 2 uger koma, 5 uger respirator, resten hjemmelligende)	51.220
Flexjob (22 år, indtil pension som 65 årig) – nutidsværdi med 5 % diskontering)	2.309.985
Total	2.361.205

Kilde: Egen tilvirkning.

I case 5 kommer case-personen også alvorligt til skade og bliver indlagt i flere omgange til behandling. I indlæggelsesperioderne udbetaler det offentlige sygedagpenge, enten til case-personen selv eller som lønrefusion til arbejdsgiveren. Hvis vi yderligere antager, at ulykken ikke påvirker case-personens arbejdsmarkedssituation på længere sigt, kan udgifterne til forsørgelse af case 5 beregnes til at koste ca. kr. 68.293.

Tabel 6.16 Udgifter til forsørgelse af case 5, 2012

Udgift	Total (i kr.)
Sygedagpenge (sammenlagt 4 måneder)	68.293
Total	68.293

Kilde: Egen tilvirkning.

I case 6 er forløbet på indkomstoverførsler mere sammensat og vanskeligt at vurdere. Diagnosen hjernerystelse har medført en periode med sygefravær, fordi det frarådes at arbejde, når man har en hjernerystelse. Efter denne periode er overstået, er der sandsynligvis fulgt en periode, hvor ondt i hovedet og koncentrationsbesvær har givet sig udslag i øget sygefravær fra arbejdet. Efter afskedigelsen er fulgt en periode på A-dagpenge eller kontanthjælp (hvis case-personens families indkomst- og formueforhold tillader det). I de perioder, vedkommende er beskæftiget, vil han have et højere sygefravær end før ulykken. På endnu længere sigt er der risiko for, at de varige skader fra piskesmældet giver sig udslag i, at case-personen bliver marginaliseret på arbejdsmarkedet. Vi kender ikke det præcise forløb for case-personen, men forsøger at illustrere, hvordan forløbet kunne være med udgangspunkt i oplysninger fra Bach (2008). Den grundlæggende antagelse er, at case-personen efter at have fået diagnosen piskesmæld ansøger om erstatning for erhvervsevnetab og får vurderet sit erhvervsevnetab hos Arbejdsskadestyrelsen. Personer, der gør det,

ender typisk med at være forsørget af det offentlige ca. halvdelen af året resten af deres liv. Udgifterne til forsørgelse af case 6 beregnes til at koste ca. kr. 110.000 pr. år.

Tabel 6.17 Udgifter til forsørgelse af case 6, pr. år, kr., 2012

Udgift	1 år efter ulykke	4 år efter ulykke	9 år efter ulykke
Sygedagpenge	31.462	11.422	12.425
Kontanthjælp	18.580	15.159	6.822
A-dagpenge	11.991	9.338	7.591
Førtidspension	40.545	61.448	68.365
Revalidering	5.165	4.187	952
Flexjob	329	7.211	13.431
Total	108.071	108.765	109.586

Kilde: Egen tilvirkning.

6.1.1 Trafikofres forbrug af indkomstoverførsler

I sidste afsnit beskrev vi forbruget af indkomstoverførsler for seks case-personer. Casene illustrerer, at selv mindre skader kan udløse en udgift til indkomstoverførsler i form af sygedagpenge - om end det er usikkert, hvor meget det drejer sig om, fordi arbejdsgiverne ofte betaler for det kortvarige sygefravær.

I denne del af analysen skelner vi mellem forbruget af indkomstoverførsler for to grupper af personer

- › Personer, der efter ulykken har fået vurderet tab af erhvervsevne hos Arbejdsskadestyrelsen.
- › Personer, der efter ulykken ikke har fået vurderet erhvervsevnetab hos Arbejdsskadestyrelsen.

Vi antager, at den sidstnævnte gruppe ikke har et merforbrug af indkomstoverførsler i forhold til resten af befolkningen. Derimod beregner vi et merforbrug af indkomstoverførsler for den første gruppe. Vi vurderer, at den første gruppe udgør ca. 3 % af personskaderne i trafikken. Det har vi vurderet ved at sammenholde antallet af personer, der har fået vurderet erhvervsevnetab i Bachs (2008) undersøgelse, med antallet af personskader i de relevante år.

Vi antager derfor, at det kun er alvorlige skader, der medfører udgifter til indkomstoverførsler. Det taler for, at de skøn, der opnås i kapitlet, er konservative.

For at beregne den gennemsnitlige udgift til forsørgelse pr. personskade, trækker vi på Bach (2008), der undersøgte forløb for personer, der havde fået afgjort deres sag ved Arbejdsskadestyrelsen i perioden 1997 eller 2002. Af de personer, sagerne vedrørte, var 80 % kommet til skade i en trafikulykke, så vi mener, resultaterne er relevante for denne undersøgelse. Personerne blev fulgt i op til 9 år efter afgørelsen fra Arbejdsskadestyrelsen, og brugen af offentlige indkomstoverførsler er blevet analyseret ved hjælp af DREAM-registret, der er skabt af Beskæftigelsesministeriet og omfatter alle danskeres brug af indkomstoverførsler på ugeniveau.

Vi har bearbejdet oplysningerne i Bach (2008) og får følgende resultat for trafikofres afhængighed af indkomstoverførsler. Tabel 6.6 viser den andel af et år, som de trafikofre, der har fået vurderet erhvervsevnetab, tilbringer på forskellige typer indkomstoverførsler. For eksempel viser tabellen, at et trafikoffer i gennemsnit tilbringer 15,4 % af det første år efter ulykken på sygedagpenge. Efter 9 tilbringer det gennemsnitlige trafikoffer, der har fået vurderet erhvervsevnetab, ca. 33,4 % af tiden på førtidspension. Det dækker over, at flertallet ikke kommer på førtidspension, men at en væsentlig gruppe kommer på førtidspension og er der fuld tid. I den sammenhæng bemærkes, at alene det, at have fået vurderet erhvervsevnetab, ser ud

til at hænge sammen med et højt forbrug af indkomstoverførsler. Det kan enten betyde, at trafikofre også var afhængige af indkomstoverførsler før ulykken, eller det kan betyde, at trafikofre er påvirket af ulykken og får dårligere tilknytning til arbejdsmarkedet, selvom deres skader ikke er tydelige eller relevante for Arbejdsskadestyrelsen.

Tabel 6.18 Trafikofres andel af året på forskellige indkomstoverførsler, pct., 18-60 årige, kun trafikofre der har fået vurderet erhvervsevnetab

	Sygedagpenge	Kontanthjælp	A-dagpenge	Førtidspension	Revalidering	Flexjob	I alt
1 år efter ulykken	15,4 %	11,3 %	5,9 %	19,8 %	2,5 %	0,2 %	55,0 %
4 år efter ulykken	5,6 %	9,2 %	4,6 %	30,0 %	2,0 %	4,3 %	55,7 %
9 år efter ulykken	6,1 %	4,1 %	3,7 %	33,4 %	0,5 %	8,0 %	55,8 %

Note: Antallet af personer, der ligger til grund for procenterne i forskellige år, er forskellige. For eksempel er de 15,4 % på sygedagpenge 1 år efter ulykken beregnet ud fra et andet antal personer end de 6,1 % på sygedagpenge 9 år efter ulykken.

Kilde: Egen tilvirkning ud fra oplysninger i Bach (2008).

Det ses fra tabellen, at trafikofre starter med at være på de mere arbejdsmarkedsnære indkomstoverførsler som sygedagpenge, kontanthjælp og A-dagpenge, og gradvist bevæger sig mod mere permanent forsørgelse som førtidspension og flexjob. Det er også bemærkelsesværdigt, at andelen på indkomstoverførsler kun ændrer sig lidt over tid, mens der sker en ændring i, hvilke typer overførsler man befinder sig på forskellige tidspunkter efter ulykken.

For at sætte procenterne i Tabel 6.6 i perspektiv, kan det nævnes, at der i 2011 var ca. 1.400 sager med vurdering af erhvervsevnetab i Arbejdsskadestyrelsen som følge af trafikulykker. Tallene i tabellen indikerer, at gennemsnitligt ca. halvdelen af dem er fuldtidsforsørgede af det offentlige 9 år efter vurderingen. Det svarer til 7-800 fuldtidspersoner. Antallet af personskader i trafikulykker er historisk lavt i disse år, så antallet af personer på varig forsørgelse som følge af trafikulykker har sandsynligvis været større tidligere. Hvis vi til illustration antager, at det gennemsnitlige trafikoffer er 34 år gammel på ulykkestidspunktet og folkepensionsalderen er 65 år, er det mere end 20.000 fuldtidspersoner, der løbende er på forsørgelse som følge af trafikulykker. Hvis hver fuldtidsperson på indkomstoverførsler modtager mere end kr. 200.000 om året i overførsler, bliver det til en udgift på over 4 mia. kr. om året.

6.1.2 Befolkningens forbrug af indkomstoverførsler

Vi har beregnet befolkningens brug af indkomstoverførsler ud fra oplysninger i www.jobindsats.dk og fra Danmarks Statistik. Resultatet er vist i Tabel 6.7 neden for. I sammenligning med Tabel 6.6 ses det, at trafikofre, der har fået vurderet tab af erhvervsevne, i gennemsnit tilbringer ca. 3 gange så stor en andel af året på indkomstoverførsler som resten af befolkningen.

Tabel 6.19 Befolkningens gennemsnitlige andel af året på forskellige indkomstoverførsler, pct., 18-60-årige

Fuldtidspersoner i % af befolkningen 18-60 årige	2012
Sygedagpenge	2,5 %
Kontanthjælp	4,0 %
A-dagpenge/ledighedsydelse	4,4 %
Førtidspension	5,8 %
Revalidering	0,2 %
Flexjob	1,4 %
I alt	18,4 %

Note: Tallene er opgjort med udgangspunkt i 2011-data om befolkningen, fordi det var de nyeste data på opgørelsestidspunktet. Sætserne for indkomstoverførsler for 2012 var derimod kendte og blev derfor brugt.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af oplysninger fra <http://www.jobindsats.dk> og www.statistikbanken.dk.

6.1.3 Merudgift ved trafikulykker med personskade

Udgifterne ved merforbrug af indkomstoverførsler som følge af trafikulykker beregnes herefter ved at beregne forskellen i tid, som folk tilbringer på indkomstoverførsler, og gange forskellen med den årlige sats for indkomstoverførslerne.

Satserne, der anvendes i beregningen, er vist i Tabel 7.8. Detaljeret dokumentation findes i bilagsrapporten.

Tabel 6.20 Årlige satser for indkomstoverførsler, 2012

Overførsel	Anvendt sats
Sygedagpenge	204.880 kr.
Kontanthjælp	164.784 kr.
A-dagpenge	204.880 kr.
Førtidspension	204.900 kr.
Revalideringsydelse	204.876 kr.
Flexjob-tilskud	167.134 kr.

Kilder: (1) Egne beregninger ud fra Arbejdsmarkedsstyrelsen, Vejledning om satser mv. 2012 (<http://www.ams.dk/Love-og-Regler/Satser/Satser/Sygedagpenge.aspx>). For kontanthjælp er valgt sats for 25+ årige, der forsørger børn.

(2) Egne beregninger ud fra oplysninger på Borger.dk

<https://www.borger.dk/Sider/Arbejdsloeshedsdagpenge.aspx?NavigationTaxonomyId=00f2b35b-88e5-4ed5-a98c-fb062df75f0f.%20>

(3) Borger.dk (<https://www.borger.dk/Sider/Foertidspension-nye-regler.aspx?NavigationTaxonomyId=9eacb402-a5a8-402d-855b-badeb4eff79c>).

(4) Borger.dk (<https://www.borger.dk/Sider/Revalidering.aspx?NavigationTaxonomyId=d92df4ad-b8ed-4cf4-b86e-43521ad5680f>) og www.borger.dk/foertidspension-nye-regler, www.jobnet.dk.

(5) Arbejdsmarkedsstyrelsen (2010): Analyse af flexjobordningen.

For de personer, der får vurderet erhvervsevnetab, ser beregningen ud som vist i Tabel 6.9 på næste side.

For de, der får vurderet tab af erhvervsevne, er merudgiften til indkomstoverførsler på gennemsnitligt kr.

74.061 ni år efter ulykken. Tallet er beregnet ved at gange ydelsen eller tilskuddet for de forskellige ydelser med forskellen i forhold til befolkningen og summere merudgifterne.

Tabel 6.21 Beregning af årlig merudgift pr. person til forsørgelse af trafikofre, der har fået vurderet erhvervsevnetab

	Andel på overførslen					Forskel fra befolkningen			Merudgift, 2012		
	Ydelse eller tilskud, 2012	1 år efter ulykke	4 år efter ulykke	9 år efter ulykke	Befolkningen	1 år efter ulykke	4 år efter ulykke	9 år efter ulykke	1 år efter ulykke	4 år efter ulykke	9 år efter ulykke
Kr.	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
		pct.	pct.	pct.		pct.	pct.	pct.	Kr.	Kr.	Kr.
Sygedagpenge	204.880	15,4	5,6	6,1	2,5	12,9	3,1	3,6	26.357	6.318	7.320
Kontanthjælp	164.784	11,3	9,2	4,1	4,0	7,2	5,2	0,1	11.933	8.511	175
A-dagpenge	204.880	5,9	4,6	3,7	4,4	1,5	0,2	-0,7	2.996	344	-1.403
Førtidspension	204.900	19,8	30,0	33,4	5,8	14,0	24,2	27,6	28.632	49.535	56.453
Revalidering	204.876	2,5	2,0	0,5	0,2	2,3	1,8	0,2	4.678	3.701	465
Flexjob	167.134	0,2	4,3	8,0	1,4	-1,2	2,9	6,6	-2.051	4.831	11.052
I alt		55,0	55,7	55,8	18,4	36,6	37,3	37,4	72.546	73.240	74.061

Kilde: Egne beregninger ud fra oplysninger i Bach (2008), www.jobindsats.dk og www.statistikbanken.dk

For at korrigere for det forhold, at det kun er en mindre del af personskaderne, der medfører en vurdering af erhvervsevnetab, ganger vi resultaterne i Tabel 6.9 med forholdet mellem antal vurderinger af erhvervsevnetab og antallet af personskader. Tabel 6.10 viser merforbrug af indkomstoverførsler som følge af trafikulykker. De beregnes ved at gange satserne fra Tabel 6.8 på forskellen i tid på indkomstoverførsler og

samtidig tage højde for, at gruppen af personer, der får vurderet erhvervsevnetab, kun udgør ca. 3 % af de personer, der bliver skadet i en trafikulykke:

Tabel 6.22 Merforbrug af indkomstoverførsler, kr. pr. år pr. person, der skades i en trafikulykke, 2012

Ydelse	I alt		
	1 år efter ulykke	4 år efter ulykke	9 år efter ulykke
Sygedagpenge	906	217	252
Kontanthjælp	410	293	6
A-dagpenge	103	12	-48
Førtidspension	984	1.702	1.940
Revalidering	161	127	16
Flexjob	-70	166	380
I alt	2.493	2.517	2.545

Kilde: Egne beregninger.

De trafikofre, vi analyserer, rammes gennemsnitligt af ulykken i en alder af 34 år og har 31 år tilbage til pensionering.¹¹ Vi antager, at forbruget af indkomstoverførsler 9 år efter ulykken er et "langsigtsniveau", der er stabilt fra det niende år og frem til pensionsalderen. Vi antager en diskonteringsrate på 5 %, og vi antager, at satsreguleringen kompenserer 1-1 for inflationen. Med disse antagelser beregner vi nutidsværdien af merforbruget af indkomstoverførsler pr. person skadet i en trafikulykke til kr. 41.620. Dvs. for hver af de ca. 41.272 personer, der kommer til skade i trafikken hvert år, koster det i gennemsnit kr. 41.620 ekstra i indkomstoverførsler indtil pensionsalderen (i 2012-prisniveau).

Merudgifterne er stort set stabile over tid pga. to modsatrettede effekter:

- › Over tid falder selvforsørgelsesgraden – det trækker i retning af øgede udgifter.
- › Over tid flytter flere over på flexjob, hvilket er en billigere ydelse – det trækker i retning af lavere udgifter.

6.2 Fordeling på stat og kommuner

Fordelingen af indkomstoverførsler på stat og kommune er relativ kompleks. Vi har forsøgt at opsummere fordelingen ifølge gældende lovgivning i Tabel 6.11 neden for. Tabellen viser f.eks., at for en person på kontanthjælp betaler kommunen 50 % af udgiften til kontanthjælp, hvis personen er i aktivering, og 70 %, hvis ikke (dvs. er passiv). For at kunne beregne en gennemsnitlig udgiftsfordeling for kontanthjælp, har vi derfor indhentet oplysninger om andelen af kontanthjælpsmodtagere i aktivering og beregnet et vægtet gennemsnit på 64,7 % som den andel, kommunen betaler af kontanthjælpsudgiften.

¹¹ På længere sigt, når folkepensionsalderen stiger, vil merudgifterne også stige, alt andet lige.

Tabel 6.23 Fordeling af forskellige indkomstoverførsler på stat og kommune, pct.

Fordeling af udgifter til indkomstoverførsler					
	Fordeling af udgifter		Fordeling af personer		Kommunens udgiftsandel
	Kommune	Stat	Varigheder	Aktiv/passiv	
Sygedagpenge					14.0%
Første 4 uger	0%	100%	79%		0.0%
Uge 5-8	50%	50%	6%		2.8%
Uge 9-52			12%		
- Aktiverede	50%	50%		8%	0.5%
- Passive	70%	30%		92%	7.9%
Over 52 uger	100%	0%	3%		2.9%
Kontanthjælp					64.7%
- Aktiverede	50%	50%		26%	13.1%
- Passive	70%	30%		74%	51.6%
A-dagpenge					36.5%
Første 4 uger	0%	100%	43%		0.0%
Efter 4 uger			57%		
- Aktiverede	50%	50%		30%	8.7%
- Passive	70%	30%		70%	27.8%
Førtidspension	65%	35%			65.0%
Revalidering	70%	30%			70.0%
Flexjob	35%	65%			35.0%

Kilder:

Sygedagpenge http://www.ams.dk/Viden/Indsatser/Sygefravaersguide_jobcentre/denaktiveindsatsq

[enerelt/Aktivindsatsoqrefusion.aspx](http://www.ams.dk/Aktivindsatsoqrefusion.aspx)

Kontanthjælp <http://www.ams.dk/Ams/Jobcenterforum/Den-digitale-budget-og-konteringsvejledn/55773-Kontanthjaelp.aspx>

A-dagpenge <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=141380#Kap3>

I 2012 betaler staten 100 % de første 8 uger, men fra 2013 kun de første 8 uger.

Førtidspension <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=132870#K9>

Revalidering <http://www.ams.dk/Ams/Jobcenterforum/Den-digitale-budget-og-konteringsvejledn/55880-Revalidering/55880-Gaeldende-konteringsregler.aspx>

Statsrefusionsprocenten afhænger af, om det er til bolig (50 %), revalideringsydelse (30 %), hjælpemidler og befordringsgodtgørelser (50 %), løn til revaliderer som ønsker at være selvstændige (50 %), uddannelsesaktiviteter mv. (50 %).

Vi antager (konservativt), at refusionen ligger på 30 % eftersom langt de fleste revalideringsudgifter må være i forbindelse med revalideringsydelse.

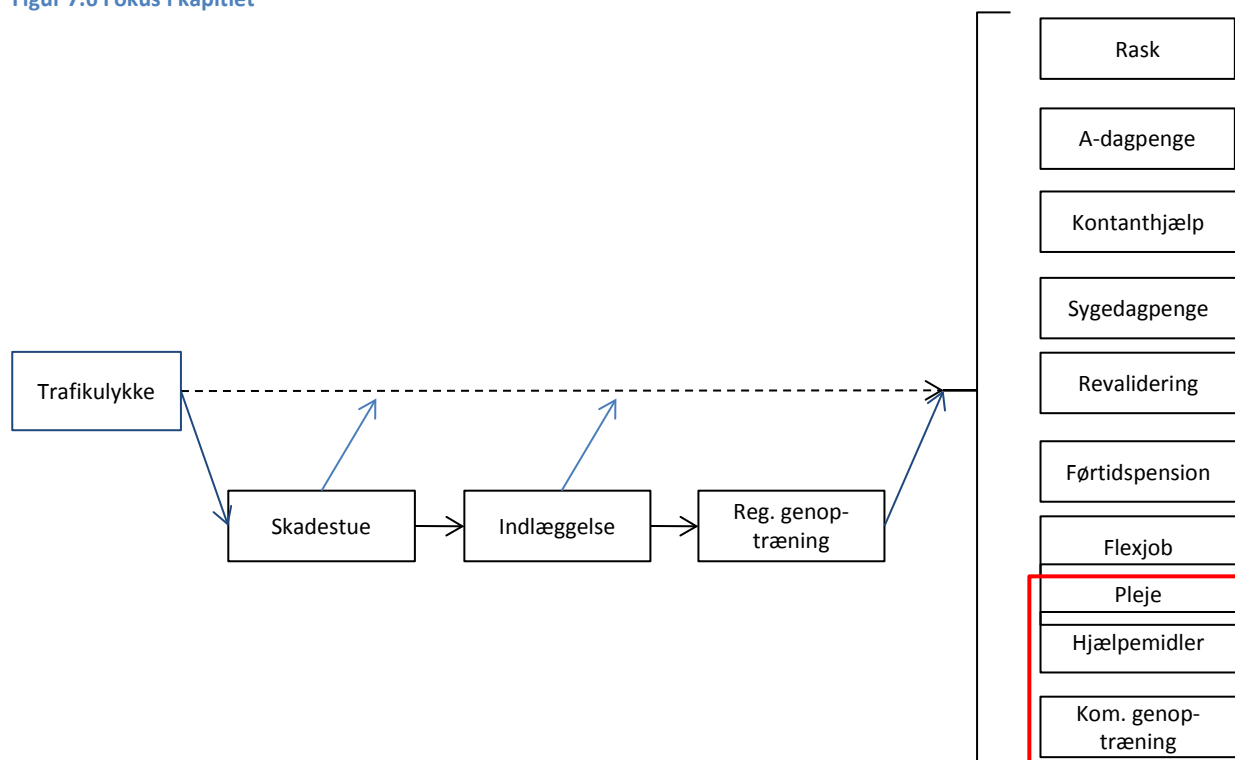
Flexjob http://www.ams.dk/Ams/Jobcenterforum/Den-digitale-budget-og-konteringsvejledn/55881-Lontilskud-mv-til-personer-i-fleks/55881-Gaeldende-konteringsregler.aspx?sc_lang=da

Med udgangspunkt i disse fordelinger, har vi beregnet, at ud af den årlige merudgift på kr. 41.620, betaler kommunen kr. 23.090 og staten kr. 18.530 (i 2012-priser). Det svarer til, at kommunen betaler 55 %, mens statens andel er 45 %. Regionernes andel er 0 %. Kommunernes udgiftsandel for det enkelte trafikoffer stiger over tid, fordi trafikofrene gradvist rykker fra sygedagpenge, hvor kommunernes andel er lille, til førtidspension, hvor kommunernes andel er høj.

7. Offentlige udgifter til pleje, hjælpemidler og genoptræning

I dette kapitel analyserer vi merudgifterne til pleje, hjælpemidler og genoptræning, der er forårsaget af trafikulykker og som sker efter endt sygehusbehandling.

Figur 7.6 Fokus i kapitlet



Kilde: Egen tilvirkning.

Til denne analyse har vi haft vanskeligt ved at finde opdaterede oplysninger, der er repræsentative for de personer, der udsættes for en trafikulykke. Ydermere er det vanskeligt at fordele udgifterne på stat og kommune, fordi fordelingen afhænger af størrelsen af de individuelle udgifter, og da vi ikke har haft adgang til oplysninger om udgifter på individniveau, har vi kun kunne beregne en illustrativ fordeling.

I første del af kapitlet beregner vi den samlede merudgift. I anden del af kapitlet laver vi en illustrativ fordeling på stat og kommune under nogle antagelser om størrelsesfordelingen af udgifterne.

Tabellerne herunder viser udgiftselementerne til pleje, hjælpemidler og genoptræning i case 4 og 5. Case 1-3 og 6 medfører ikke udgifter til pleje mv., så disse cases er ikke vist. Det er dog generelt vanskeligt at bestemme udgiften til hjemmepleje, dels på grund af usikkerhed om den præcise periode, der er modtaget hjemmepleje, dels på grund af usikkerhed om de relevante satser. Det samme gør sig gældende for genoptræningen (kommunal + vedligeholdelse). Udgifterne udgør betydelige dele af de samlede offentlige udgifter ved trafikulykker.

Tabel 7.24 Udgifter til pleje mv. af case 4, 2012

Udgift	Total (i kr.)
Vedligeholdende genoptræning	?
Daglig hjemmesygeplejerske (3 måneder)	17.076
Hjemmehjælp fra kommunen (2 år)	147.995
Kommunal genoptræning (gns. pr. genoptræningsplan in 2010 = 9365)	?
Total, mindst	165.071

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af oplysninger i Chrestensen og Pedersen (2011).

Tabel 7.25 Udgifter til pleje mv. af case 5, 2012

Udgift	Total (i kr.)
Hjemmehjælp og hjemmesygeplejerske (sammenlagt 6 måneder)	36.999
Hjælpebidler	7.780
Vedligeholdende genoptræning	?
Total, mindst	44.778

Kilde: Egen tilvirkning.

7.1 Samlede udgifter

Der findes ikke organiseret og opdateret viden om, hvor stor risikoen er for, at trafikofre bliver afhængige af pleje og hjælpebidler. Der findes oplysninger om, hvor mange der modtager pleje, men det er ikke muligt at finde ud af, hvor mange der modtager pleje pga. en trafikulykke. Med hensyn til modtagere af hjælpebidler er det først nu blevet besluttet, at kommunerne fra 2013 skal indsende oplysninger til Danmarks Statistik om antallet af modtagere af hjælpebidler.

Pleje er dyr. Nogle af de plejemuligheder, kommunerne har over for trafikofre, er botilbud, en Brugerstyret Personlig Assistent eller en plejehjemsplads.¹² De gennemsnitlige udgifter for botilbud er ca. 1 mio. kr. pr. bruger om året. Undersøgelser fra Aarhus Kommune tyder på, at en Brugerstyret Personlig Assistent koster omkring 1 mio. kr. om året, mens en plejehjemsplads koster omkring 400.000 om året.

Hjælpebidler er ikke så dyre som pleje, fordi de ofte udlånes, og fordi der er et væsentligt element af brugerbetaling; f.eks. består tilskuddet til en handicapbil i, at brugeren får et rentefrit lån, men selv skal betale bilen. Hvis man regner boligtilpasninger med, kan udgifterne dog blive væsentlige.

Den nyeste viden, vi har kunnet finde om udgifterne til pleje og hjælpebidler for trafikofre, er Vejdirektoratet (1999). Disse beregninger vedrører personer, der er blevet alvorligt skadet i en trafikulykke. Vi antager dermed, at der ikke er nogen udgifter til personer, der ikke er blevet alvorligt skadet i en trafikulykke. Det taler for, at skønnene i dette kapitel er konservative. Når resultaterne fremskrives til 2012-priser, får vi følgende udgifter:

Tabel 7.26 Omkostninger til pleje mv. pr. alvorligt skadet, 2012 priser, kr.

	Omkostninger de første 2-3 år efter ulykken	Forventede omkostninger i restlevetid	Samlede omkostninger
Efterbehandling	28.260	213.878	242.139
Hjemmepleje	11.611	57.866	69.477
Hjælpebidler	2.922	4.957	7.877

Kilde: Egne beregninger ud fra Vejdirektoratet (1999).

Vejdirektoratets analyse analyser samfundsøkonomiske omkostninger, dvs. de indeholdt en nettoafgiftsfaktor, der skal trækkes ud for at vurdere de budgetøkonomiske udgifter. Når en netto-afgiftsfaktor på 17 % trækkes ud, og det antages, at alvorlige trafikulykker udgør ca. 6,6 % af personskaderne, kan vi fordele udgifterne på trafikofre, så vi får en gennemsnitlig udgift pr. skade.¹³ Det er vist i tabellen neden for.

12 En Brugerstyret Personlig Assistent er en hjælper, som den plejkrævende borger selv ansætter og leder, men som er betalt af kommunen.

13 De ca. 6,6 % er beregnet ved at sammenholde antallet af personer med MAIS 3 eller alvorligere skader med antallet af personskader i 1996 ud fra oplysninger i www.statistikbanken.dk og i Vejdirektoratet (1999).

Tabel 7.27 Udgifter til pleje mv. pr. person skadet i trafikken, 2012-priser, kr.

Ydelse	Samlet
Pleje	3.943 kr.
Hjælpe midler	447 kr.
Efterbehandling	13.742 kr.
I alt	18.132 kr.

Kilde: Egne beregninger ud fra Vejdirektoratet (1999).

Udgifterne pr. personskadet i Tabel 7.3 og Tabel 7.4 er lavere end udgifterne vist for de to case-personer i Tabel 7.1 og Tabel 7.2. Det skyldes, at tallene i de førstnævnte tabeller er gennemsnitstal. I Tabel 7.3 er gennemsnitsudgifterne beregnet for alvorligt skadede, og de er højere end gennemsnitsudgifterne i Tabel 7.4, der er beregnet for alle personskader.

7.2 Fordeling på stat og kommuner

Fordelingen mellem kommune og stat af udgifter til pleje mv. er fastlagt i Serviceloven, som gengivet i Tabel 7.5 neden for.

Tabel 7.28 Budgetøkonomisk fordeling af udgifter til pleje mv.

	Finansieret af kommunen	Finansieret af staten
Udgifter <950.000	100%	0%
Udgifter 950.000-1.770.000	75%	25%
Udgifter >1.770.000	50%	50%

Kilde: Servicelovens paragraf 176.

Det fremgår, at så længe udgifterne for en person i et år holder sig under kr. 950.000, dækker kommunen hele udgiften, mens kommunen får refunderet 25 % af de udgifter, der overstiger kr. 950.000, men holder sig under kr. 1.770.000.

En korrekt fordeling af merudgifterne til pleje mv. kræver derfor kendskab til de individuelle udgifter, som ikke har været til rådighed for dette projekt. Hvis vi til illustration antager, at 70 % udgifterne vedrører beløb under kr. 950.000, 20 % ligger mellem kr. 950.000 og kr. 1.770.000, mens de sidste 10 % overstiger 1.770.000, så fordeler udgifterne sig på stat og kommuner, som vist neden for.

Tabel 7.29 Fordeling af udgifter på stat og kommune, kr., 2012

Ydelse	Kommune	Stat	I alt
Pleje	3.549 kr.	394 kr.	3.943 kr.
Hjælpe midler	402 kr.	45 kr.	447 kr.
Efterbehandling	12.368 kr.	1.374 kr.	13.742 kr.
I alt	16.319 kr.	1.813 kr.	18.132 kr.
Fordeling	90 %	10 %	100 %

Kilde: Egne beregninger ud fra Vejdirektoratet (1999).

8. Litteratur

Arbejdsskadestyrelsen (2012): Statistik over private forespørgsler.

Bach, Henning B. (2008): Livet efter en ulykke - Arbejdsliv og forsørgelse efter en ulykke som er vurderet i Arbejdsskadestyrelsen. SFI rapport 08:08.

Chrestensen, Lene og Helene S. Pedersen (2011): De samfundsøkonomiske omkostninger ved whiplash - En cost of illness analyse af whiplash i Danmark i år 2010. Speciale ved Syddansk Universitet.

Christens, Peter F. (2001): Sociale karakteristika hos trafikofre. Danmarks Transportforskning, notat 1, 2001.

DTU Transport (2011): *Evaluering af trafiksikkerhedstiltag - en vejledning*. DTU Transport - Institut for transport.

Transportministeriet (2010): *Værdisætning af transportens eksterne omkostninger*. København.

Vejdirektoratet (1999): *Trafikuheldsomkostninger - Metodebeskrivelse og datagrundlag*