

OKTOBER 2013  
VEJDIREKTORATET

# OFFENTLIGE UDGIFTER VED TRAFIKULYKKER



OKTOBER 2013  
VEJDIREKTORATET

# OFFENTLIGE UDGIFTER VED TRAFIKULYKKER

PROJEKTNR. A033096  
DOKUMENTNR. 02  
VERSION 2.2  
UDGIVELSESDATO 3. oktober 2013  
UDARBEJDET svtj  
KONTROLLERET sbd, jjd  
GODKENDT svtj



# INDHOLD

1	Forord	7
2	Resume	8
3	Behov for viden om offentlige udgifter ved trafikulykker	12
4	Trafikulykker og trafikofre	17
5	Forløb efter en ulykke	21
5.1	Forløb på sygehus	22
5.2	Forsørgelse	23
5.3	Kommunal pleje mv.	24
6	Offentlige udgifter til forløb på sygehus	25
6.1	Samlede udgifter	25
6.2	Fordeling på regioner og kommuner	30
7	Offentlige udgifter til forsørgelse	32
7.1	Samlede udgifter	33
7.2	Fordeling på stat og kommuner	41
8	Offentlige udgifter til pleje, hjælpemidler og genoptræning	43
8.1	Ydelser leveret i henhold til serviceloven	44
8.2	Datagrundlag	46
8.3	Udgifter til trafikofre i Aabenraa Kommune	50
8.4	Fordeling på stat og kommuner	56

## Litteratur

58

## 1 Forord

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.

Arbejdet er forløbet i to faser. Den første fase startede ved indgåelse af kontrakt mellem COWI A/S og Vejdirektoratet i september 2012. Dette arbejde omfattede analyser af offentlige udgifter, hvor datagrundlaget for analysen af udgifter på sygehus var registerdata fra Landspatientregistret, mens det øvrige datagrundlag fra officiel statistik og eksisterende litteratur. I den første fase konstaterede vi, at den eksisterende litteratur vedrørende udgifter til pleje mv. i kommunerne var utilstrækkelig. Den eksisterende litteratur stammede i høj grad fra tiden før kommunalreformen og udgør et utilstrækkeligt grundlag for at vurdere udgifterne ved pleje mv.

Derfor påbegyndtes den anden fase, hvori vi har indsamlet individuelle registreringer af kommunale udgifter til pleje, hjælpemidler og træning fra Aabenraa Kommunes økonomisystemer. Denne fase blev påbegyndt i maj 2013.

Analyserne og afrapporteringen er udarbejdet af 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 Aabenraa Kommune været meget behjælpelig med at indsamle og kvalitetssikre de kommunale udgiftsdata. Endelig har Vibeke Forsting været behjælpelig som COWI-kvalitetskontrol. Ansvar for eventuelle fejl, misforståelser og udeladelser ligger hos forfatterne af nærværende rapport.

## 2 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 været udsat for personskade, 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. Denne rapport fokuser 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. 128.000. For de ca. 41.000 personskader i 2011 svarer det samlet til ca. 5,5 mia. kr. i offentlige udgifter.<sup>1</sup> De kr. 128.000 er et engangsbeløb, der opsummerer samtlige offentlige udgifter, en personskade gennemsnitligt medfører fra ulykkestidspunktet til folkepensionsalderen. Den gennemsnitlige udgift på ca. kr. 128.000 pr. personskade dækker over alle typer af personskader hos alle de 41.272 personskader, der registreres på sygehusene - lige fra cyklisten, der vælter

---

<sup>1</sup> 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.



og forstøver sin hånd, til bilisten, der kører frontalt ind i en lastbil og skal have væsentlig sygehusbehandling.

Hvis man i stedet ser på de skader, der registreres af politiet, ser man, at der typisk er tale om alvorligere skader. Det skyldes, at politiet i højere grad kommer ud til mere alvorlige trafikuheld. For de politiregistrerede skader udgør udgifterne i gennemsnit ca. 600.000 kr. per skade for de 4.158 skader, der er registreret af politiet.

*Tabel 2.1 Offentlige udgifter ved personskader i trafikken, gennemsnit pr. personskade (ud af 41.272 personskader), nutidsværdi, kr., 2012*

	<b>Kommunernes andel</b>	<b>Regionernes andel</b>	<b>Statens andel</b>	<b>I alt</b>
<b>Skader identificeret på skadestuer</b>	Antal skader: 41.272			
Udgifter til indkomstoverførsler	23.090	0	18.530	41.620
Udgifter til sygehus	3.442	10.021	0	13.463
Udgifter til pleje mv.	73.289	0	0	73.289
<b>I alt</b>	<b>99.821</b>	<b>10.021</b>	<b>18.530</b>	<b>128.372</b>
<b>Procentvis fordeling</b>	<b>77,8%</b>	<b>7,8%</b>	<b>14,4%</b>	<b>100%</b>
<b>Skader identificeret i politiregister</b>	Antal skader: 4.158			
Udgifter til indkomstoverførsler	229.192	0	183.928	413.120
Udgifter til sygehus	4.019	15.622	0	19.641
Udgifter til pleje mv.	160.080	0	4.739	164.819
<b>I alt</b>	<b>393.291</b>	<b>15.622</b>	<b>188.667</b>	<b>597.580</b>
<b>Procentvis fordeling</b>	<b>65,8%</b>	<b>2,6%</b>	<b>31,6%</b>	<b>100,0%</b>

*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 %. Nutidsværdien er et mål for den samlede udgift, der vil være ved en række fremtidige udgifter, når man tager hensyn til renten.*

*Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og oplysninger leveret af Aabenraa Kommune.*

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 registreret på sygehuse kun medfører udgifter svarende til ca. kr. 1000 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. 128.000 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.

Sammensætningen af udgifterne og udgifternes fordeling på forskellige offentlige instanser fremgår af Tabel 2.1. Det skal understreges, at tallene bør fortolkes med en vis forsigtighed. Det skyldes, at udgifterne kan variere afhængigt af den specifikke opgørelsesmetode.

Selv om personskaderne er forbundet med betydelige udgifter på sygehusene, så udgør denne udgift den mindste del af udgifterne ved trafikulykker. Selve skadestuebesøget koster under kr. 1.000, 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. I gennemsnit er udgiften til behandling på sygehuset ca. kr. 13.000 pr. personskade for de skadestueregistrerede personskader og ca. kr. 20.000 kroner per personskade for de lidt mere alvorlige politiregistrerede personskader.

Fordelingen af udgifterne på de enkelte komponenter er forskellig alt afhængig af alvorligheden af uheldene. For de mere alvorlige politiregistrerede skader kommer størstedelen af udgiften fra de efterfølgende øgede indkomstoverførsler som følge af invaliditet og manglende arbejdsdygtighed. 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 mindre del af de politiregistrerede trafikofre, 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. 410.000 pr. politiregistreret personskade, svarende til 69 %. For de skadestueregistrerede skader er billedet det modsatte. Her udgør indkomstoverførslerne ca. 32 % af de samlede udgifter.

For skadestueregistrerede skader udgør udgifter til pleje ca. 74.000 kr. hvilket er mere end halvdelen af samlede gennemsnitlige udgifter på ca. 128.000 kr. per personskade. Udgifterne til pleje er baseret på en analyse af udgifter til pleje i Aabenraa Kommune. Pleje mv. dækker over pleje, hjælpemidler og træning. Pleje står for langt den største udgift blandt disse tre ydelser.

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 de to store komponenter, indkomstoverførsler og pleje. Udgifterne til sygehuse, hvor kommunerne står for en mindre andel, udgør kun en lille del af de samlede udgifter.

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 anselige. 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.

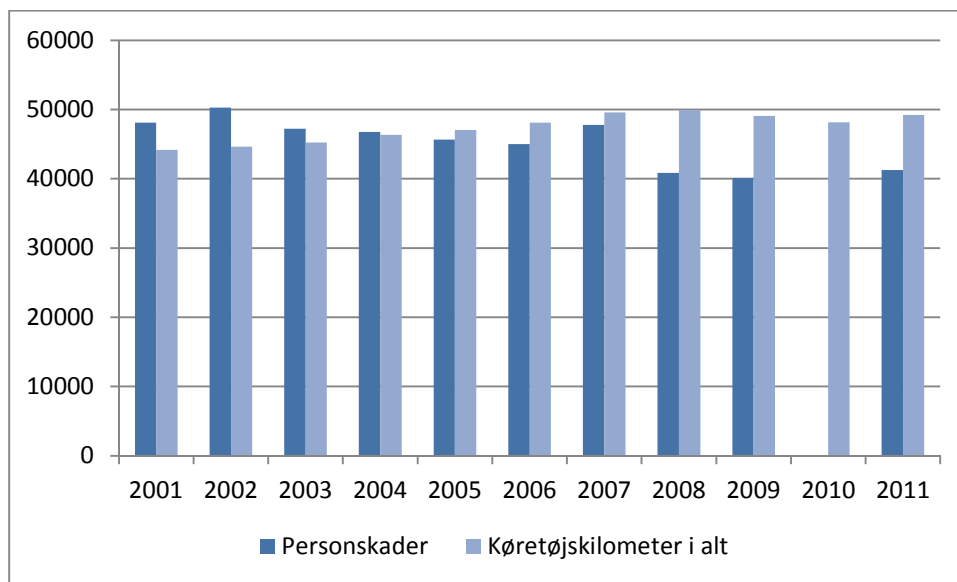
Vi anbefaler, at beslutninger om offentlige indsatser over for trafikulykker bør baseres på et grundlag, der omfatter flere aspekter end det offentlige udgiftsaspekt, vi analyserer i denne rapport. Blandt de yderligere aspekter bør være de samfundsøkonomiske omkostninger. Udgifter og omkostninger er 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.

### 3 Behov for viden om offentlige udgifter ved trafikulykker

Bedre trafikssikkerhed...

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 illustreret i Figur 3.1 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 3.1 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](http://www.statistikbanken.dk), tabel MOERKE og tabel VEJ20.

... kræver flere prioriteringsværktøjer

Når det offentlige investerer tid og penge i at forbedre trafikssikkerheden, er der typisk ofte foretaget en samfundsøkonomisk vurdering af værdien af den opnåede effekt på trafikssikkerheden 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) materiel-skadeomkostninger.<sup>2</sup> 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 offentlig "kasse-effekt"

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.

Omfattede udgifter

Trafikulykker medfører mange forskellige typer udgifter og omkostninger. Tabel 3.1 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 3.1 Udgifter der er analyseret henholdsvis ikke analyseret i denne rapport

<b>Tidspunkt</b>	<b>Udgift</b>	<b>Analyseret</b>	<b>Ikke analyseret</b>
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	

<sup>2</sup> Se f.eks. Transportministeriet (2010) eller DTU Transport (2011).

Tabel 3.1 (fortsat)

<b>Tidspunkt</b>	<b>Udgift</b>	<b>Analyseret</b>	<b>Ikke analyseret</b>
	Vedligeholdende træning		X
	Praktiserende læge		X
	Speciallæge		X
Inden for et år efter ulykken	Psykolog		X
	Tandlæge		X
	Fysioterapeut		X
	Kiropraktor		X
	Medicin		X
	Hjælpe midler / boligtilpasning	X	
	Sygedagpenge	X	
	A-dagpenge	X	
	Kontanthjælp	X	
Resten af livet	Revalidering	X	
	Flexjob	X	
	Førtidspension	X	
	Pleje	X	
	Vedligeholdende træning		X
	Transport	X	
	Produktionstab		X
	Velfærdstab		X

Kilde: Egen tilvirkning.

#### Sammenligning med Vejdirektoratet (1999)

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 interview 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 der-

for vil inkludere eventuelle afgifter og moms<sup>3</sup>. 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.

Rapporten anvender forskellige metoder til at vurdere udgifter

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 individspecifikke 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 Landspati-entregistret og opgjort de samlede udgifter efter trafikulykken på individniveau, hvorefter vi har beregnet den gennemsnitlige udgift i 2012-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.<sup>4</sup> 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 data leveret af Aabenraa Kommune vedrørende kommunens udgifter til pleje, genoptræning og hjælpemidler.

Sammenligning med Transportministeriet (2010)

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 redningsudgifter mv. Transportministeriet vurderer, at budgeteffekten udgør 24,8 % af de samlede per-

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.

sonrelaterede omkostninger på kr. 632.336, svarende til kr. 156.819 pr. rapporteret personskade i gennemsnit. Det er væsentlig forskelligt fra de skøn for udgifter pr. personskade, som er estimeret i nærværende rapport; henholdsvis ca. 128.000 kr. pr. skadestuerregistreret og ca. 600.000 kr. pr. politiregistreret personskade. Der er tre væsentlige forhold, der er relevante i forhold til en sammenligning med Transportministeriets opgørelse:

- › Transportministeriets vurdering er baseret på personskader rapporteret af politiet. Transportministeriets resultater bør derfor sammenlignes med resultaterne for de politiregistrerede skader.
- › 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 nærværende rapport ikke tager højde for en række udgifter, og at de korrekte skøn for udgifterne vil være højere end det nuværende.
- › 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.

Fordeling på forskellige offentlige instanser

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.

Strukturen i rapporten

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.



## 4 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 har 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 hjernerystelse 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 har 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.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Tak til PTU for hjælp med opstilling af cases 4-6.

Case 4: Cyklist (kvinde) 43 år rammes af lastbil. 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 cyklist-personskade. 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 hjerne-rystelse, 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 materielskade.

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 4.1 Offentlige udgifter forbundet med cases, kr., 2012

	<b>Udgifter til sygehus</b>	<b>Udgifter til indkomstoverførsler</b>	<b>Udgifter til pleje</b>	<b>Udgifter i alt</b>
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	175.720	3.140.744
Case 5	597.965	68.293	52.095	718.353
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.

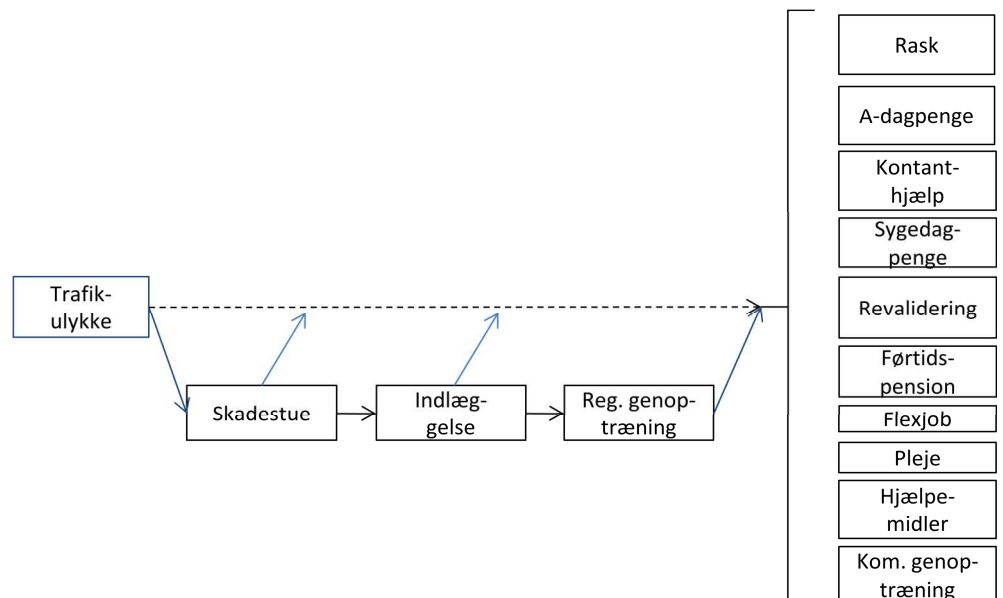
Det er muligt at basere en analyse af økonomiske aspekter af trafikulykker i forhold til mange af ovenstående måder at lave statistik over trafikulykker. I transportøkonomiske enhedspriser anvendes tre forskellige opgørelser; omkostning pr. uheld med personskade, omkostning pr. personskade og omkostning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

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

## 5 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 5.1 Overblik over centrale situationer efter en trafikulykke



Kilde: Egen tilvirkning.

Figur 5.1 viser de forskellige tilstande, vi fokuserer på i denne rapport.

## 5.1 Forløb på sygehus

### 5.1.1 Forløb på skadestue

Et almindeligt forløb efter en trafikulykke er, at den tilskadedkomne selv henvender sig på skadestuen. Det sker i ca. 90 % af de registrerede personskader (inklusive mørketal), at skaden kun registreres på skadestuen.<sup>7</sup> 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.

### 5.1.2 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.

---

<sup>7</sup> 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](http://www.statistikbanken.dk), tabel MOERKE.

For så vidt angår piskesmælds-ofrene findes der spørgeskemabaseret dokumentation af deres brug af sundhedsydelser 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.

## 5.2 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 nogen 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 danskeres 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.<sup>8</sup> 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. Chr istens (2001).

---

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

### 5.3 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.

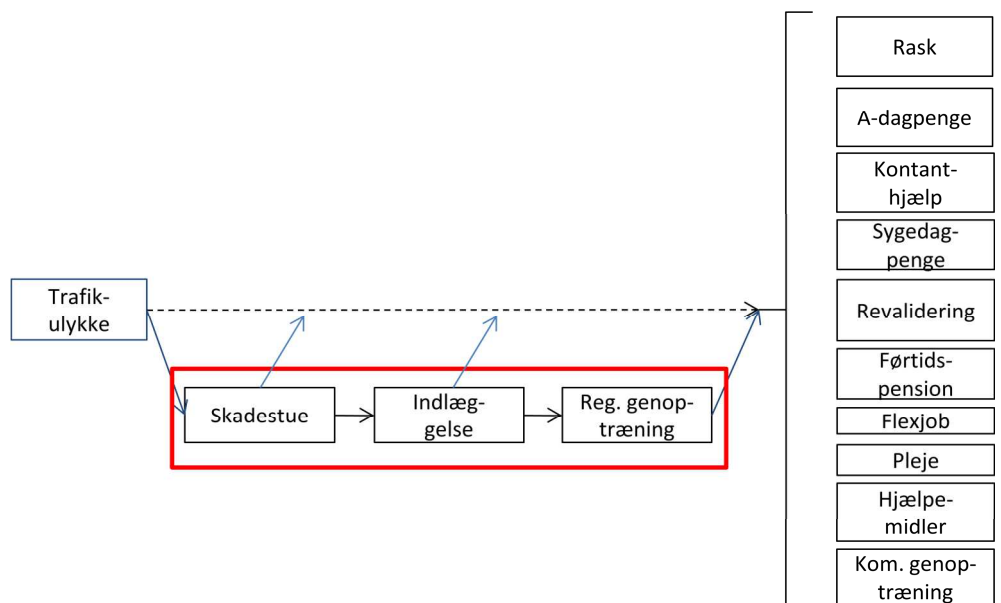
Der er ikke meget empirisk viden om, hvor stor en andel af trafikofrene, der får brug for pleje og hjælpemidler efter ulykken.



## 6 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 6.1 Fokus på forløb på sygehus



Kilde: Egen tilvirkning.

### 6.1 Samlede udgifter

Udgifterne relateret til behandling og genoptræning på sygehus beregnes ved hjælp af data fra Landspatientregisteret. 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 Landspatientregisteret, 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 6.1 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 6.1 Udgifter til behandling på sygehus for case 1, 2012

<b>Udgift</b>	<b>Total (i kr.)</b>
Skadestuebesøg	763
<b>Total</b>	<b>763</b>

Kilde: Egen tilvirkning.

Tabel 6.2 Udgifter til behandling på sygehus for case 2, 2012

<b>Udgift</b>	<b>Total (i kr.)</b>
Skadestuebesøg	763
Røntgenundersøgelse (alm.), ukompliceret	627
<b>Total</b>	<b>1.390</b>

Kilde: Egen tilvirkning.

Tabel 6.3 Udgifter til behandling på sygehus for case 3, 2012

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

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 6.4 nedenfor 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 6.4 Udgifter til sygehusbehandling af case 4, 2012

<b>Udgift</b>	<b>Total (i kr.)</b>
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)	?
<b>Total</b>	<b>Mindst 603.819</b>

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 6.5 Udgifter til sygehusbehandling af case 5, 2012

<b>Udgift</b>	<b>Total (i kr.)</b>
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
<b>Total</b>	<b>597.955</b>

Kilde: Egen tilvirkning.

For personen i case 6 begrænser forløbet på sygehus sig til behandling på skadestue, smertebehandling og evt. noget ambulante 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 6.6 Udgifter til behandling på sygehus for Case 6, 2012

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

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 ambulant behandling (skadestue og visse former for genoptræning) og ca. 75 % til stationær behandling (indlæggelse til observation, sårbehandling, operation mv.).

Tabel 6.7 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 6.7 Gennemsnitlige udgifter forbundet med behandling på sygehus, pr. personskade, 2012, kr.

<b>Udgift</b>	<b>Kr.</b>
Stationær behandling	10.605
Ambulant behandling	2.775
Langliggerbetaling	280
<b>I alt</b>	<b>13.660</b>

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 6.7 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:

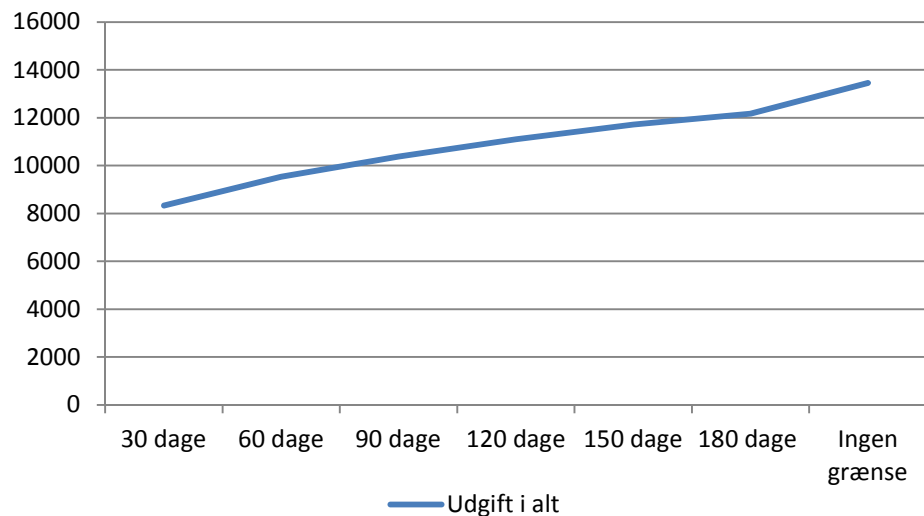
- › Kontakten til skadestuen skyldes en ulykke (i modsætning til f.eks. vold eller selvmordsforsøg).
- › Den ydre årsag til ulykken involverer et køretøj.

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 6.7.
- › 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 6.2 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 6.2 Følsomhedsanalyse vedr. udgifter på sygehus, udgifter pr. personskade



Kilde: Egne beregninger på registerdata fra Landspatientregistret.

## 6.2 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 6.8 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 6.8 Kommunernes andel af udgifter på sygehus, pct.

<b>Type af behandling</b>	<b>2011</b>
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 6.9.

Tabel 6.9 Budgetøkonomisk fordeling af udgifter på sygehus, udgifter pr. personskade, 2012 priser

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

*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 ambulant 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.

## 7 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 satsene for indkomstoverførsler. I anden del af kapitlet fordeler vi udgifterne på kommuner og stat. Regionerne finansierer ikke indkomstoverførsler.

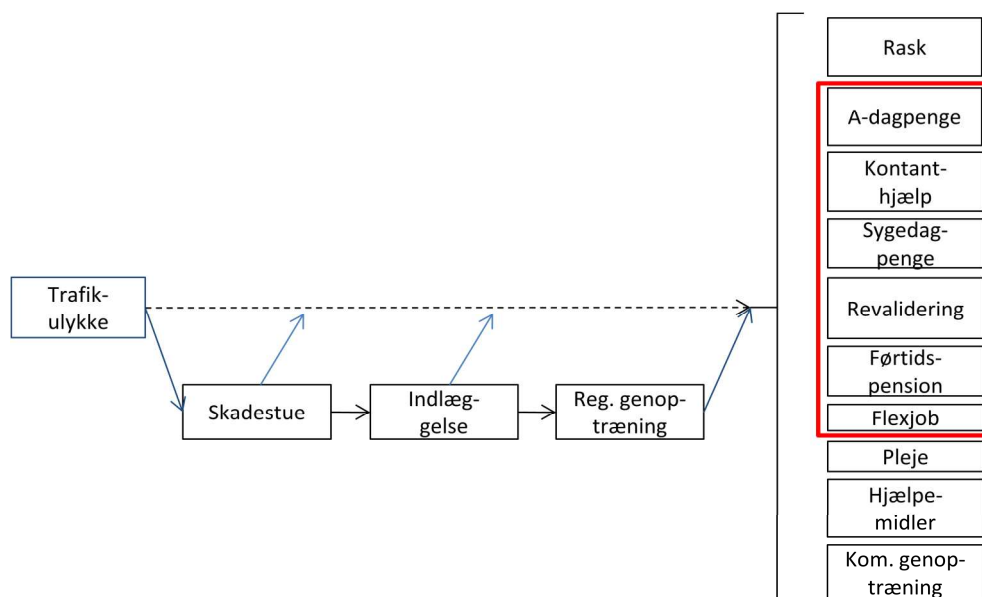
Vi fokuserer på følgende indkomstoverførsler: A-dagpenge, kontanthjælp, sygedagpenge, revalideringsydelse, førtidspension og flexjob.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> 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 7.1 Fokus på forsørgelse



Kilde: Egen tilvirkning.

## 7.1 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.<sup>10</sup>

Tabel 7.1 Udgifter til forsørgelse af case 2, 2012

Udgift	Total (i kr.)
Sygedagpenge (1 dag)	788
<b>Total</b>	<b>788</b>

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-

<sup>10</sup> 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.

personen en uges sygefravær, indtil hun igen kan bevæge albuen uden smerter. Hvis vi som oven for antager, at det offentlige udbetaler højeste sygedagpenge fra første sygefraværsdag, bliver de offentlige udgifter til forsørgelse i case 3 på kr. 3.960, som vist i Tabel 7.2.

Tabel 7.2 Udgifter til forsørgelse af case 3, 2012

<b>Udgift</b>	<b>Total (i kr.)</b>
Sygedagpenge (1 uge)	3.940
<b>Total</b>	<b>3.940</b>

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 7.3 Udgifter til forsørgelse af case 4, 2012

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

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 7.4 Udgifter til forsørgelse af case 5, 2012

<b>Udgift</b>	<b>Total (i kr.)</b>
Sygedagpenge (sammenlagt 4 måneder)	68.293
<b>Total</b>	<b>68.293</b>

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 fra-

rådes 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 forsørgt 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 7.5 Udgifter til forsørgelse af case 6, pr. år, kr., 2012

<b>Udgift</b>	<b>1 år efter ulykke</b>	<b>4 år efter ulykke</b>	<b>9 år efter ulykke</b>
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
<b>Total</b>	<b>108.071</b>	<b>108.765</b>	<b>109.586</b>

Kilde: Egen tilvirkning.

### 7.1.1 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 7.6 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 7.6 Trafikofres andel af året på forskellige indkomstoverførsler, pct., 18-60 årige, kun trafikofre der har fået vurderet erhvervsevnetab

	<b>Sygedag- penge</b>	<b>Kontant- hjælp</b>	<b>A-dag- penge</b>	<b>Førtids- pension</b>	<b>Revali- dering</b>	<b>Flexjo b</b>	<b>I alt</b>
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 7.6 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.

### 7.1.2 Befolkningens forbrug af indkomstoverførsler

Vi har beregnet befolkningens brug af indkomstoverførsler ud fra oplysninger i [www.jobindsats.dk](http://www.jobindsats.dk) og fra Danmarks Statistik. Resultatet er vist i Tabel 7.7 neden for. I sammenligning med Tabel 7.6 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 7.7 Befolkningens gennemsnitlige andel af året på forskellige indkomstoverførsler, pct., 18-60-årige

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

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 [www.jobindsats.dk](http://www.jobindsats.dk) og [www.statistikbanken.dk](http://www.statistikbanken.dk).

### 7.1.3 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.

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

Tabel 7.8 Årlige satser for indkomstoverførsler, 2012

<b>Overførsel</b>	<b>Anvendt sats</b>
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>).  
 (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.jobnet.dk](http://www.jobnet.dk).  
 (5) Arbejdsmarkedsstyrelsen (2010): Analyse af flexjobordningen.

For de personer, der får vurderet erhvervsevnetab, ser beregningen ud som vist i Tabel 7.9 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 7.9 Beregning af årlig merudgift pr. person til forsørgelse af trafikofre, der har fået vurderet erhvervsevnetab

	<b>Andel på overførslen</b>					<b>Forskel fra befolkningen</b>			<b>Merudgift, 2012</b>		
	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. -----			----- 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
<b>I alt</b>		<b>55,0</b>	<b>55,7</b>	<b>55,8</b>	<b>18,4</b>	<b>36,6</b>	<b>37,3</b>	<b>37,4</b>	<b>72.546</b>	<b>73.240</b>	<b>74.061</b>

Kilde: Egne beregninger ud fra oplysninger i Bach (2008), [www.jobindsats.dk](http://www.jobindsats.dk) og [www.statistikbanken.dk](http://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 7.9 med forholdet mellem antal vurderinger af erhvervsevnetab og antallet af personskader. Tabel 7.10 viser merforbrug af indkomstoverførsler som følge af trafikulykker. De beregnes ved at gange satserne fra Tabel 7.8 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 7.10 Merforbrug af indkomstoverførsler, kr. pr. år pr. person, der skades i en trafikulykke, 2012

Ydelse	<b>I alt</b>		
	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
<b>I alt</b>	<b>2.493</b>	<b>2.517</b>	<b>2.545</b>

Kilde: Egne beregninger.

De trafikofre, vi analyserer, rammes gennemsnitligt af ulykken i en alder af 34 år og har 31 år tilbage til pensionering.<sup>11</sup> 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.

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



## 7.2 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 7.11 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.

Tabel 7.11 Fordeling af forskellige indkomstoverførsler på stat og kommune, pct.

<b>Fordeling af udgifter til indkomstoverførsler</b>					
	<b>Fordeling af udgifter</b>		<b>Fordeling af personer</b>		<b>Kommunens udgiftsandel</b>
	<b>Kommune</b>	<b>Stat</b>	<b>Varigheder</b>	<b>Aktiv/passiv</b>	
<b>Sygedagpenge</b>					<b>14.0%</b>
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%
<b>Kontanthjælp</b>					<b>64.7%</b>
- Aktiverede	50%	50%		26%	13.1%
- Passive	70%	30%		74%	51.6%
<b>A-dagpenge</b>					<b>36.5%</b>
Første 4 uger	0%	100%	43%		0.0%
Efter 4 uger			57%		
- Aktiverede	50%	50%		30%	8.7%
- Passive	70%	30%		70%	27.8%
<b>Førtidspension</b>	65%	35%			<b>65.0%</b>
<b>Revalidering</b>	70%	30%			<b>70.0%</b>
<b>Flexjob</b>	35%	65%			<b>35.0%</b>

Kilder:

Sygedagpenge [http://www.ams.dk/Viden/Indsatser/Sygefraavaersguide\\_jobcentre/denaktiveindsatsgenerelt/Aktivindsatsogrefusion.aspx](http://www.ams.dk/Viden/Indsatser/Sygefraavaersguide_jobcentre/denaktiveindsatsgenerelt/Aktivindsatsogrefusion.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 4 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 revaliderende 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.

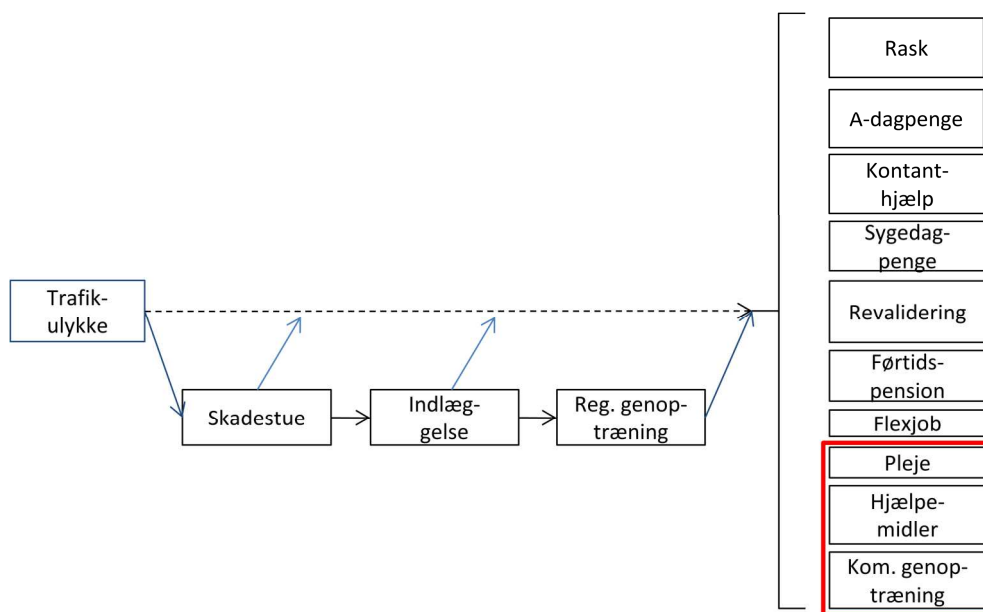
Flexjob [http://www.ams.dk/Ams/Jobcenterforum/Den-digitale-budget-og-konteringsvejledn/55881-Lontilskud-mv-til-personer-i-fleks/55881-Gaeldende-konteringsregler.aspx?sc\\_lang=da](http://www.ams.dk/Ams/Jobcenterforum/Den-digitale-budget-og-konteringsvejledn/55881-Lontilskud-mv-til-personer-i-fleks/55881-Gaeldende-konteringsregler.aspx?sc_lang=da)

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.

## 8 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 falder efter endt sygehusbehandling.

Figur 8.1 Fokus i kapitlet



Kilde: Egen tilvirkning.

Tabellerne herunder viser udgiftselementerne til pleje, hjælpemidler og genoptræning i case 4 og 5 beregnet på baggrund af data fra Aabenraa Kommune kombineret med registerdata på færdselsuheld fra Danmarks Statistik. Case 1-3 og 6 medfører ikke udgifter til pleje mv., så disse cases er ikke vist. Udgifterne til pleje, hjælpemidler og genoptræning udgør betydelige dele af de samlede offentlige udgifter ved trafikulykker.

Tabel 8.1 Udgifter til pleje mv. af case 4, 2012

<b>Udgift</b>	<b>Total (i kr.)</b>
Vedligeholdende genoptræning	9.745
Daglig hjemmesygeplejerske (3 måneder)	17.450
Hjemmehjælp fra kommunen (2 år)	141.156
Kommunal genoptræning (gns. pr. genoptræningsplan in 2010 = 9365)	7.369
<b>Total, mindst</b>	<b>175.720</b>

Note: Udgifterne er beregnet på grundlag af udgifter for de trafikofre der er registreret af politiet og som har modtaget pleje i Aabenraa Kommune. Ugentlig udgift til hjemmesygepleje er beregnet for personer der modtager mellem 10 minutter og 2 timer om dagen. Ugentlig udgift til hjemmehjælp er beregnet for personer der modtager mellem 20 minutter om ugen og 2 timer om dagen.

Kilde: Egen tilvirkning ud fra data fra Aabenraa Kommune og registerdata fra Danmarks Statistik, tabellerne PSD\_FUH\_UHELD og PSD\_FUH\_PERSON.

Tabel 8.2 Udgifter til pleje mv. af case 5, 2012

<b>Udgift</b>	<b>Total (i kr.)</b>
Hjemmehjælp og hjemmesygeplejerske (sammenlagt 6 måneder, 2 måneder sygepleje og 4 måneder hjemmehjælp)	35.160
Hjælpebidler	7.190
Vedligeholdende genoptræning	9.745
<b>Total, mindst</b>	<b>52.095</b>

Kilde: Se foregående tabel.

I de følgende afsnit analyserer vi udgifter til ofre for trafikulykker med udgangspunkt i oplysninger leveret af Aabenraa Kommune og registerdata fra Danmarks Statistik. I afsnit 8.1 beskriver vi, hvilke ydelser der analyseres. I afsnit 8.2 beskriver vi datagrundlaget. I afsnit 8.3 beskriver vi udgifter i Aabenraa Kommune til ofre for trafikulykker. I afsnit 8.4 beskriver vi fordelingen mellem kommune og stat af udgifterne til pleje, hjælpemidler og træning.

## 8.1 Ydelser leveret i henhold til serviceloven

Hvis en person får nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne som følge af en trafikulykke, kan den tilskadekomne modtage ydelser i henhold til serviceloven (og lov om aktiv beskæftigelsesindsats). I denne rapport fokuserer vi på pleje, hjælpemidler og træning. Forløbet omkring tildeling af disse ydelser er, at den tilskadekomne bliver visiteret til ydelserne. Det kan enten ske, mens den tilskadekomne stadig er indlagt på sygehus, eller det kan ske efterfølgende.

Ydelserne til pleje, hjælpemidler og træning, som bliver leveret i henhold til serviceloven, fokuserer ikke på at sikre den tilskadekomne et forsørgelsesgrundlag. Forsørgelsen sikres gennem f.eks. lov om social pension. Servicelovs-ydelserne fokuserer på den enkeltes praktiske livsførelse, dvs. hjælp til madlavning, rengøring, selv-administration, håndtering af bolig, påklædning, medicinadministration og medicingivning, og aktiviteter, der giver indhold i hverdagen for den tilskadekomne. Desuden leveres en række hjælpemidler, der støtter den tilskadekomne i forhold til at kunne transportere sig omkring, færdes i sin egen bolig og få opfyldt

hverdagens behov. Endelig leveres træningsydelser, der har til hensigt at få den tilskadekomne til at genvinde tabte færdigheder eller bevare de nuværende færdigheder. Som ramme for hele indsatsen udarbejdes en individuel handlingsplan.

En mere uddybende beskrivelse af de ydelser, der analyseres i denne rapport, findes i Tabel 8-3.

*Tabel 8-3 Ydelser analyseret i denne rapport og oplysninger tilgængelige for analysen*

<b>Pleje</b>
Udpegede hjælpere til personer med midlertidig eller varig nedsættelse af fysisk eller psykisk funktionsevne. Vi har oplysninger om udgifter til løn. Ydelsen er tildelt efter serviceloven §94.
Tilskud til hjælp til personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne – kun hvis kommunen ikke selv kan levere hjælpen. Vi har oplysninger om kontant tilskud. Ydelsen er tildelt efter serviceloven §95.
Borgerstyret personlig assistent skal tilbydes til person med betydeligt og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, hvis dette skønnes at være nødvendigt. Vi har oplysninger om kontant betaling til borgeren, der aflønner assistenten. Ydelsen er tildelt efter serviceloven §96.
15 timers ledsagelse om ugen til personer, der ikke kan færdes alene som følge af betydelig og varig nedsættelse af fysisk eller psykisk funktionsevne. Vi har oplysninger om udgift til aflønning af assistenter. Ydelsen er tildelt efter serviceloven §97.
Hjælp til merudgifter som følge af varig nedsættelse af fysisk eller psykisk funktionsevne. Vi har oplysninger om kontant tilskud. Ydelsen er tildelt efter serviceloven §100.
Aktivitets- og beskæftigelsestilbud, leveret af kommunen eller af eksterne leverandører. Omfatter beskyttet beskæftigelse, aktivitets- og samværstilbud, kørsel til disse tilbud, botilbud samt arbejdsprøvning. Tildelt efter serviceloven §103 og §104, §107, §108, og Lov om aktiv beskæftigelsesindsats §32.
Sygepleje (f.eks. medicingivning, medicinadministration, sygepleje ved diabetes). Vi har oplysninger om udgift forbundet med tidsforbruget for medarbejdere.
Hjemmehjælp (personlig pleje, praktisk hjælp, privat eller kommunal leverandør). Vi har oplysninger om udgift til tidsforbrug for kommunens medarbejdere, eller betaling efter tidsforbrug for eksterne leverandører.
Plejebolig. Udgift til logi i plejebolig. Der er en egenbetaling på dette område. Vi har fået oplyst kommunens udgift, dvs. efter egenbetaling.
Forsorgshjem. Udgift til logi på forsorgshjem.
<b>Hjælpemidler</b>
Boligitilpasning (støtte til planlægning og ombygning), bil (lån til bilkøb og tilskud til ombygning af bil), kropsbårne hjælpemidler (tilskud til køb), genbrugelige hjælpemidler (udlån samt betaling af individuel tilpasning), og befordring (tilskud).
<b>Træning</b>
Genoptræning for at afhjælpe fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i forbindelse med hospitalsindlæggelse. Vi har oplysninger om træning, individuelt og på hold med henblik på at skabe struktur i hverdagens aktiviteter eller udføre aktivitet med andre mennesker. Oplysningerne omfatter udgifter forbundet med aflønning. Tildelt efter serviceloven §86. Handlingsplaner

for indsatsen efter serviceloven (her: genoptræningshandlingsplaner). Udgift forbundet med tidsforbrug for medarbejdere. Tildelt efter serviceloven §140.

*Kilde: Egen tilvirkning.*

Nogle af ydelserne beskrevet i tabellen leveres mod en vis egenbetaling fra den tilskadekomne. Det drejer sig om mad og plejebolig.

## 8.2 Datagrundlag

Analyserne bygger på data fra tre kilder:

- › Politiets indberetninger af tilskadekomne i trafikuheld
- › Sygehusenes indberetninger af tilskadekomne i forbindelse med brug af køretøj
- › Aabenraa Kommunes interne økonomisystemer

### 8.2.1 Politi-registrerede skader

Data fra politiets indberetninger bliver født, når der sker en trafikulykke, hvortil der tilkaldes en ambulance. I den forbindelse tilkaldes der også politi. Når selve ulykkesituationen er håndteret, skriver politiet en rapport om ulykken, hvori bl.a. registreres identiteten på de indblandede. Registreringerne samles og indsendes med faste tidsintervaller til Vejdirektoratet, der videresender oplysningerne til Danmarks Statistik. Helt præcist indhenter vi data fra Færdselsuhedsregistret i Danmarks Statistik. Data dækker perioden 2000-2011. Data kommer fra to tabeller, den ene omfatter færdselsuheld, den anden omfatter personer involveret i færdselsuheld. Vi indhenter oplysninger om identiteten (i anonymiseret form) af de involverede, hvorvidt de involverede blev skadet, og hvornår ulykken fandt sted.

*Tabel 8-4 Beskrivende statistik fra data om politi-registrerede skader*

	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Dræbte	498	431	463	432	369	331	306	406	406	303	255	220
Alvorligt tilskadekomne	4.259	3.946	4.088	3.858	3.561	3.072	2.911	3.138	2.831	2.498	2.063	2.172
Lettere tilskadekomne	4.833	4.519	4.703	4.534	3.985	3.514	3.604	3.518	3.092	2.449	2.090	1.867
Personskade i alt	9.590	8.896	9.254	8.824	7.915	6.917	6.821	7.062	6.329	5.250	4.408	4.259
- heraf i Aabenraa	-	-	-	173	127	141	130	122	120	85	64	60

*Note: Oplysningerne om antal politi-registrerede skader for perioden 2000-2003 i Aabenraa kommune kan ikke i øjeblikket beregnes korrekt med de data, vi har indhentet.*

*Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik, tabel PSD\_FUH\_UHELD og PSD\_FUH\_PERSON.*

I Tabel 8-4 er vist antallet af politi-registrerede skader i vores data. For eksempel kan det ses, at der i 2011 blev registreret 4.259 personskader af politiet. Antallet af politi-registrerede skader er faldet siden 2002, omend der ikke har været fald i hvert år. De største forholdsvise fald er sket i perioden 2007-2010, hvor det årlige fald har været mellem 10 og 20 procent.

De personer, som er medtaget i politiets data, har typisk været ude for et enkelt uheld i den betragtede periode 2000-2011. Således har 97,2 % af personerne været ude for et uheld, mens 2,6 % har været udsat for to uheld i perioden.

### 8.2.2 Skadestueregistrerede skader

Data fra skadestuerne indberetninger bliver født, når en person ankommer til et sygehus, jf. beskrivelsen tidligere i rapporten. Til analyserne af kommunernes plejeudgifter har vi dog udvidet det indsamlede datamateriale, så vi dækker årene 2008-2011. Før 2008 er det ikke muligt for os at identificere trafikulykker ved hjælp af skadestuerne indberetninger. Data til identifikation af trafikulykker kommer fra to tabeller i Landspatientregistret. Den første hedder t\_adm, og indeholder oplysninger om behandlinger, diagnoser, sygehusafdelinger, datoer for behandling, årsag til sygehushenvendelsen og identifikation af patienterne. Den anden hedder t\_ulyk, og indeholder om behandlinger, ulykkens art og ulykkes-koder. En trafikulykke identificeres som en ulykke, der har ulykkes-koden 'EUK0'. I tabel Tabel 8-5 neden for har vi vist lidt beskrivende statistik fra landspatientregistret.

Tabel 8-5 Beskrivende statistik fra data om skadestueregistrerede skader

	2008	2009	2010	2011
I alt skadestuer og sygehus, jf. Landspatientregisterdata	38.171	39.595	.	42.382
- heraf i Aabenraa	456	516	.	473

Note: Der er en forskel på vores opgørelse i tabellen baseret på Landspatientregistret og på Danmarks Statistiks opgørelse, jf. [www.statistikbanken](http://www.statistikbanken), tabel Moerke. Det har ikke været muligt at tilrette vores data, så forskellen elimineres.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik, tabel t\_adm og t\_ulyk.

Tabel 8-5 viser vores opgørelse af personskader baseret på registerdata, som omfatter både hele landet og Aabenraa Kommune. Indtrykket fra tabellen er, at der sker en stigning i de registrerede personskader på landsplan på skadestuer og sygehuse i perioden 2008-2011. I samme periode sker der et mindre fald i Aabenraa Kommune. Vi har også data for 2010, men vil se bort fra dette år, da Danmarks Statistik ikke offentliggør mørketal for 2010, og det derfor ikke har været muligt at kvalitetssikre tallene for 2010 mod officielle tal.



### 8.2.3 Aabenraa Kommunes data

Data fra Aabenraa Kommunes økonomisystemer bliver født, når der tildeles økonomisk støtte til en borger, eller når en person, der leverer ydelser på vegne af kommunen, registrerer, at en ydelse er leveret. For eksempel registrerer hjemmeplejen, hvilken borger der er besøgt, og hvilke ydelser borgeren har modtaget. Vi har modtaget data fra Aabenraa Kommunes pleje-system, CARE, og fra kommunens centrale økonomisystem. Ydelserne er beskrevet oven for i Tabel 8-3. Vi har modtaget data for et år: 2012. I Tabel 8-6 viser vi fordelingen af modtagere af de tre typer ydelser i de data, vi har modtaget. For eksempel har vi oplysninger om i alt 4.636 personer, der har modtaget pleje-ydelser, jf. definitionen i Tabel 8-3. Af de 4.636 personer har de 1.825 kun modtaget pleje og hverken hjælpemidler eller træning. De 1.741 har modtaget pleje kombineret med hjælpemidler, men ingen træning. De 275 har modtaget pleje kombineret med træning, men ingen hjælpemidler. 795 har modtaget både pleje, hjælpemidler og træning. Antallet af borgere, der har modtaget en eller flere ydelser i 2012 er 8.647.

Tabel 8-6 Antal personer, der modtager ydelserne jf. Tabel 8-3, Aabenraa Kommune, 2012

Kun Pleje	1.825
Pleje og Hjælpemidler	1.741
Pleje og Træning	275
Pleje, Hjælpemidler og Træning	795
Kun Hjælpemidler	2.814
Hjælpemidler og Træning	158
Kun Træning	1.039
I alt Pleje	4.636
I alt Hjælpemidler	5.508
I alt Træning	2.267

Kilde: Egen tilvirkning ud fra data fra Aabenraa Kommune.

Udgifterne til ydelserne varierer meget på tværs af de personer, der modtager ydelserne, hvilket afspejler de store forskelle, der er i behovene. De personer, der er visiteret til ydelser efter serviceloven har ofte nogle helt unikke lidelser eller problemer, hvoraf nogle kræver permanent døgnovervågning, andre blot lidt sygepleje i en overgangsperiode.

Derudover er der også stor variation i, hvornår de forskellige ydelser indtræffer i trafikofrenes livsforløb, og dermed også hvilke ydelser der bliver regnet med i denne analyse. For eksempel kan der være stor variation i de årlige udgifter afhængigt af hvornår enkelte større poster som boligtilpasning og bilkøb/-tilpasning finder sted.

Gennemsnitligt er udgiften til pleje højest blandt de analyserede ydelser. De dyreste plejeydelser er aktivitets- og beskæftigelsestilbud til handicappede, der godt kan løbe op over en mio. kr. årligt for enkelte ydelsesmodtagere. I Tabel 8-7 er vist beskrivende statistik vedrørende det samlede datamateriale modtaget fra Aabenraa Kommune. En mere detaljeret beskrivelse af de enkelte underydelse vil blive givet i forbindelse med analysen af udgifterne for trafikofre.

Tabel 8-7 Gennemsnitlige udgifter til de analyserede ydelser i Aabenraa Kommune, 2012

	Pleje	Hjælpe midler	Træning
Antal modtagere med udgiftsoplysninger	4.636	5.490	2.267
Gennemsnitlig udgift	98.183	10.738	7.269

*Note: 18 modtagere af hjælpemidler har en udgift på 0 kr. i 2012, og der er set bort fra dem i beregningen af den gennemsnitlige udgift til hjælpemidler, derfor afviger antal modtagere af hjælpemidler i grundlaget for denne tabel fra antallet i Tabel 8-6.*

*Kilde: Egen tilvirkning ud fra data fra Aabenraa Kommune.*

## 8.3 Udgifter til trafikofre i Aabenraa Kommune

### 8.3.1 Populationer af trafikofre

Ved hjælp af data præsenteret i Tabel 8-4 og Tabel 8-5 danner vi to populationer af ofre for trafikulykker, hvoraf den ene del er bosiddende i Aabenraa. Til forskel fra de tal, der er vist i Tabel 8-4 og Tabel 8-5, opdeler de to populationer trafikofrene efter bosted. Den kommune, hvor uheldet er fundet sted, svarer ikke nødvendigvis til kommunen, hvor ofrene er bosat. Det er hjemmekommunen, der bærer plejeudgifterne.

Der knytter sig nogen usikkerhed til dannelsen af populationen, fordi vi kun har oplysninger om politi-registrerede skader for perioden 2000-2011 og for sygehus-registrerede skader for 2008, 2009 og 2011, mens der kan knytte sig løbende kommunale udgifter til ofre for trafikulykker, der er sket før 2000. De efterfølgende beregninger skal derfor ses i lyset af, at vi måske overser udgifter til nogle ofre for trafikulykker, fordi ulykkerne er sket før begyndelsen af den periode, over hvilken vi observerer ofre for trafikulykker. Det er usikkert, hvad betydningen af observationsmanglen er: Til nærværende undersøgelse er vi primært interesseret i gennemsnitlige udgifter pr. skade eller pr. person. Observationsmanglen kan enten betyde, at vi overvurderer den gennemsnitlige udgift - hvilket vil være tilfældet, hvis skader før 2000 medfører lavere udgifter end skader efter 2000 - eller at vi undervurderer den gennemsnitlige udgift - hvilket vil være tilfældet, hvis skader før 2000 medfører højere udgifter end skader efter 2000.

Når vi via CPR-nummer samkører de kommunale udgiftsdata med oplysninger om politiregistrerede skader, finder vi 158 personer, der har været offer for en trafikulykke og modtog ydelser jævnfør serviceloven i 2012. Personerne fordeler sig på ydelser som vist i Tabel 8-8. Af de 158 modtager 103 personer kun en ydelse, mens 55 personer modtager mere end en ydelse. Indtrykket fra tabellen er, at mange ofre for trafikulykker modtager mere end en type ydelse. Dette svarer til indtrykket fra Tabel 8-6 i forhold til alle modtagere af ydelser. I den henseende adskiller ofre for trafikulykker sig altså ikke markant fra andre modtagere af serviceydelser.

*Tabel 8-8 Antal politiregistrerede ofre for trafikulykker, der modtager ydelserne jf. Tabel 8-3, Aabenraa Kommune, 2012*

	<i>Pleje</i>	<i>Hjælpemidler</i>	<i>Træning</i>	<i>I alt</i>
Kun en ydelse	41	37	25	103
Mere end en ydelse	48	47	27	55
I alt	89	84	52	158

*Note: Tabellen indeholder ikke de samme detaljer som Tabel 8-6, fordi der er taget hensyn til anonymiteten af data. Bemærk, at der ikke altid kan summeres vandret eller lodret til at opnå I alt-tallene.*

*Kilde: Egen tilvirkning ud fra data fra Aabenraa Kommune og registerdata fra Danmarks Statistik, tabellerne PSD\_FUH\_UHELD og PSD\_FUH\_PERSON.*

Når vi samkører de kommunale udgiftsdata med oplysninger om sygehusregistrerede skader, finder vi 135 personer, der har været offer for en trafikulykke i perioderne 2008, 2009 og 2011, og som modtog ydelser jævnfør serviceloven i 2012. Ud over de 135 vil der være et antal, som har modtaget ydelser inden 2012. Disse er ikke regnet med i beregningerne af plejeudgifterne. Tabel 8-9 viser et overblik over forbruget af plejeydelser for dem, der blev registreret af sygehusene som ofre for trafikulykker. Af de 135 personer modtog 75 af dem pleje, 67 modtog hjælpemidler og 59 modtog træning. Strukturen i de modtagne ydelser for de skadestuerregistrerede er ikke markant anderledes end strukturen for de politiregistrerede. For begge grupper er antallet af personer, der kun modtager en ydelse, næsten dobbelt så stort som antallet af personer, der modtager flere ydelser. Også for både de politiregistrerede skader og for de skadestuerregistrerede skader er der flest, der modtager plejeydelser. Derefter følger hjælpemidler og træning.

Tabel 8-9 Antal sygehusregistrerede ofre for trafikulykker, der modtager ydelserne jf. Tabel 8-3, Aabenraa Kommune, 2012

	Pleje	Hjælpe midler	Træning	I alt
Kun en ydelse	32	28	28	88
Mere end en ydelse	44	39	32	48
I alt	76	67	60	136

Note: Tabellen indeholder ikke de samme detaljer som Tabel 8-6, fordi der er taget hensyn til anonymiteten af data. Bemærk, at der ikke altid kan summeres vandret til at opnå I alt-tallene.

Kilde: Egen tilvirkning ud fra data fra Aabenraa Kommune og registerdata fra Danmarks Statistik, tabellerne PSD\_FUH\_UHELD og PSD\_FUH\_PERSON.

Et muligt problem er imidlertid, at det tyder på, at de politiregistrerede trafikofre, der modtager ydelser efter serviceloven, ikke er sammenfaldende med de skadestueregistrerede, der modtager ydelser efter serviceloven. Ud af de 136 skadestueregistrerede personer i 2008, 2009 og 2011, der får ydelser efter serviceloven i Aabenraa Kommune, genfinder vi kun 26 blandt de 158 politiregistrerede for perioden 2000-2011, der modtager ydelser efter serviceloven, som det også fremgår af Tabel 8-11.

Tabel 8-10 Fordeling af trafikofre, der modtager ydelser efter serviceloven, fordelt på registreringsmåde, servicelovsydelser for 2012, antal personer

Kilde	Antal personer
Kun politiregistrerede	132
Kun skadestueregistrerede	110
Både politi- og skadestueregistrerede	26
I alt	268

Kilde: Egen tilvirkning ud fra data fra Aabenraa Kommune og registerdata fra Danmarks Statistik, tabellerne PSD\_FUH\_UHELD og PSD\_FUH\_PERSON og landspatientregistret.

Den manglende overensstemmelse mellem de to registre skyldes hovedsagelig to forhold. For det første registrerer politiet kun en mindre andel af de trafikofre der kommer til skadestuerne. For det andet er der et manglende sammenfald i registreringsperioder. De politiregistrerede trafikofre dækker de 12 år fra 2000 til 2011. Mens de skadestueregistrerede trafikofre dækker årene 2008, 2009 og 2011. Det betyder, at der kun er tre sammenfaldende år ud af de 12 år som de politiregistrerede trafikofre dækker. Alene ud fra forskellen i dækningsperioderne ville man således forvente at kun 25% af de politiregistrerede skader også ville være dækket af

skadestuerne. Den andel af de politiregistrerede trafikofre der er registreret begge steder udgør 16 %, ikke langt fra de 25 % som man ville kunne forvente ud fra de registreringer der er foretaget.

### 8.3.2 Udgifter jf. serviceloven

Med udgangspunkt i de samkørte data kan vi beregne udgifterne til ydelser givet til de politiregistrerede og skadestuerregistrerede ofre for trafikulykker.

I tabellen neden for fremgår de gennemsnitlige udgifter i Aabenraa Kommune til pleje, hjælpemidler og træning for ofre for trafikulykker, registreret af politiet. Den store variation sammen med de relativt få observationer betyder, at der vil være en betydelig usikkerhed i størrelsen af de beregnede ydelser. Det betyder, at resultaterne må tages med et vist forbehold.

I tabellen er vist de gennemsnitlige årlige udgifter pr. modtager og et skøn på nutidsværdien af udgifterne for perioden fra trafikulykken indtil folkepensionsalderen, idet det er antaget, at der er 31 år fra trafikulykken til folkepensionsalderen og beløbene diskonteres med en rente på fem procent.

*Tabel 8-11 Gennemsnitlige udgifter pr. modtager til ydelser fra Åbenrå Kommune jævnfør serviceloven, baseret på 2012-udgifter, kr.*

	<i>Pleje</i>	<i>Hjælpe- midler</i>	<i>Træning</i>	<i>I alt</i>
<b>Politiregistrerede</b>				
Antal personer		158		
Udgifter pr. år	55.185	7.187	2.744	65.116
Udgift indtil folkepensionsalder	903.515	117.666	44.927	1.066.109
<b>Skadestuerregistrerede</b>				
Antal personer		136		
Udgifter pr. år	41.412	3.468	2.682	47.561
Udgift indtil folkepensionsalder	678.012	56.775	43.905	778.692

*Note: Antal politiregistrerede: Antal personer registreret som trafikofre i perioden 2000 – 2011, der modtager ydelser i 2012. Antal skadestuerregistrerede: Antal personer registreret som trafikofre i årene 2008, 2009 og 2011, der modtager ydelser i 2012. Udgift baseret på 2012-regnskabstal.*

I tabellen neden for har vi vist, hvordan udgifterne til pleje er for et udvalg af trafikanttyper. Når der ikke er vist flere trafikanttyper, skyldes det, at der er for få observationer i cellerne for resten af trafikanttyperne. Man skal være meget varsom med at sammenligne udgifterne på tværs af trafikanttyper, da usikkerheden er så stor, at forskellene ikke overstiger den statistiske usikkerhed.

Tabel 8-12 Udvalgte trafikanttyper og udgifter til pleje mv., kr., Aabenraa Kommune 2012

<i>Elementets art</i>	<i>Antal</i>	<i>Variable</i>	<i>Mean</i>
<b>Personbil</b>	66	Træningudgifter i alt	3.292
		Hjælpeudgifter i alt	13.122
		Plejeudgifter i alt	65.367
		Udgifter i alt	81.781
<b>Knallert 30</b>	14	Træningudgifter i alt	2.140
		Hjælpeudgifter i alt	706
		Plejeudgifter i alt	132.334
		Udgifter i alt	135.181
<b>Cykel</b>	5	Træningudgifter i alt	166
		Hjælpeudgifter i alt	16.109
		Plejeudgifter i alt	127.505
		Udgifter i alt	143.780

Kilde: Egen tilvirkning ud fra data fra Aabenraa Kommune og registerdata fra Danmarks Statistik, tabellerne PSD\_FUH\_UHELD og PSD\_FUH\_PERSON.

Det er ikke alle de personer, som er politi- og skadestuerregistrerede som skadede i trafikulykker i perioden 2000 - 2011, der modtager ydelser fra Aabenraa Kommune i 2012. Udgifterne i Tabel 8-11 kan således ikke fortolkes som en udgift pr. trafikoffer generelt. For at fremkomme med et skøn herpå er det nødvendigt at sammenholde antallet af modtagere med antallet af personer, der er registreret af politiet som skadet i en trafikulykke. Den population af politi-registrerede skader, vi analyserer, omfatter 1.022 skader registreret i Aabenraa Kommune. De 1.022 skader fordeles sig på 1.001 personer. Ved at sammenholde antallet af modtagere med antallet af trafikofre og antallet af skader bliver det muligt at forholde sig til, hvilke service-udgifter der følger med, når politiet bliver kaldt ud til en trafikulykke. I Tabel 8-13 er vist de gennemsnitlige udgifter, når der tages højde for, at ikke alle registrerede skader fører til udgifter jævnt før serviceloven. For eksempel er udgifterne pr. år til pleje pr. trafikoffer på kr. 8.711, hvilket svarer til  $55.185 \cdot 158 / 1.001$ .

Beregning af den gennemsnitlige udgift på denne måde vil repræsentere et underkantskøn. Udgifterne for trafikofre, der ikke indgår med udgifter i 2012, antages at

være nul. En del af disse trafikofre vil antagelig have medført mere kortvarige udgifter i den mellemliggende periode. For eksempel kan et trafikoffer fra 2009 have haft udgifter til pleje i 2009 og 2010 og derefter blevet raskmeldt. Udgiften for denne person i 2012 vil være nul. Udgiften der har været i 2009 og 2010 bliver ikke regnet med. Set i lyset af, at de store udgifter er drevet af lange og alvorlige tilfælde, må denne undervurdering dog antages at være begrænset.

*Tabel 8-13 Gennemsnitlige udgifter pr. trafikoffer og pr. personskade til ydelser jævnfør serviceloven, givet til ofre for trafikulykker registreret af politiet, Aabenraa Kommune, baseret på 2012-udgifter, kr.*

	<i>Pleje</i>	<i>Hjælpe- midler</i>	<i>Træning</i>	<i>I alt</i>
<b>Udgifter pr. trafikoffer</b>				
Antal personer		1.001		
Udgifter pr. år	8.711	1.134	433	10.278
Udgift indtil folkepensionsalder	142.613	18.573	7.091	168.277
<b>Udgifter pr. personskade</b>				
Antal personskader		1.022		
Udgifter pr. år	8.532	1.111	424	10.067
Udgift indtil folkepensionsalder	139.682	18.191	6.946	164.819

*Note: Vi ved ikke, om de 1.022 personskader, der er sket i Aabenraa Kommune, vedrører indbyggere i Aabenraa Kommune. Vi antager derfor, at antallet af politiregistrerede skader, der vedrører indbyggere i Aabenraa, svarer til antallet af politiregistrerede skader i Aabenraa Kommune.*

*Kilde: Egen tilvirkning ud fra data fra Aabenraa Kommune og registerdata fra Danmarks Statistik, tabellerne PSD\_FUH\_UHELD og PSD\_FUH\_PERSON.*

Neden for, i Tabel 8-14 er vist en tilsvarende opgørelse for de skadestuerede trafikulykker. Det fremgår af tabellen, at den gennemsnitlige udgift vedrørende ydelser efter serviceloven, målt som en nutidsværdi fra skadetidspunktet til folkepensionsalderen, er 73.289 kr. pr. skadestueret skade. Den årlige udgift vurderes til at være kr. 4.476.

Tabel 8-14 Gennemsnitlige udgifter pr. trafikoffer og pr. personskade til ydelser jævnfør serviceloven, givet til ofre for trafikulykker registreret på sygehuse, Aabenraa Kommune, baseret på 2012-udgifter, kr.

	Pleje	Hjælpe- midler	Træning	I alt
<b>Udgifter pr. trafikoffer</b>				
Antal personer		1.210		
Udgifter pr. år	4.655	390	301	5.346
Udgift indtil folkepensionsalder	76.206	6.381	4.935	87.522
<b>Udgifter pr. personskade</b>				
Antal personskader		1.445		
Udgifter pr. år	3.898	326	252	4.476
Udgift indtil folkepensionsalder	63.813	5.343	4.132	73.289

Note: Vi ved ikke, om de 1.445 personskader, der er sket i Aabenraa Kommune, vedrører indbyggere i Aabenraa Kommune. Vi antager derfor, at antallet af skadestuerede skader, der vedrører indbyggere i Aabenraa, svarer til antallet af skadestuerede skader i Aabenraa Kommune.

Kilde: Egen tilvirkning ud fra data fra Aabenraa Kommune og registerdata fra Danmarks Statistik, landspatientregistret.

Der er ikke i beregningen af de gennemsnitlige udgifter taget højde for, at nogle af ofrene for trafikulykker måske modtog ydelser jævnfør serviceloven, før de blev ramt af en trafikulykke. Derfor kan det ikke konkluderes, at de høje udgifter skyldes trafikulykken. Der er dog ikke nogen tvivl om, at udgifterne til ydelser jf. serviceloven givet til ofre for trafikulykker er meget højere end disse udgifter for den gennemsnitlige indbygger. I Aabenraa er de samlede årlige udgifter, vi har analyseret, på kr. 544.894.983, og der er ca. 59.328 indbyggere i kommunen. Det giver en gennemsnitlig årlig udgift på kr. 9.184. Selvom beregningerne ikke udgør en egentlig effektvurdering, mener vi dog, de sandsynliggør, at der er betydelige offentlige udgifter forbundet med udgifter til pleje, hjælpemidler og træning af ofre for trafikulykker, der bliver registreret af politiet.

Det er vanskeligt at sammenligne resultaterne i Tabel 8-13 med resultaterne i Vejdirektoratet (1999), fordi denne publikation ikke opgør et udgiftstal pr. politi-registreret skade, og fordi de omfattede udgifter ikke er de samme.

## 8.4 Fordeling på stat og kommuner

Til brug for analyserne er det antaget, at udgifterne jævnfør serviceloven finansieres således, at for udgifter under kr. 950.000 per modtager om året finansierer kommunen det fulde beløb. For udgifter mellem kr. 950.000 og kr. 1.770.000 om året finansierer kommunen 950.000 plus 75 % af det beløb, der overstiger kr. 950.000. For udgifter over kr. 1.770.000 betaler kommunen kr. 950.000 plus 75 % af kr. 820.000 (1.770.000-950.000) plus 50% af det beløb, der overstiger kr. 1.770.000. Når vi inddrager dette i udgiftsberegningerne, finder vi, at udgifterne fordeles sig således, at kommunen betaler langt størstedelen af udgiften, jf. Tabel 8-15.



*Tabel 8-15 Fordeling af udgifter mellem kommune og stat, 2012, opgjort som nutidsværdi*

	<i>Politiregistrerede</i>			<i>Skadestuerede</i>		
	Pct.	Kr. pr. skade	Kr. pr. person	Pct.	Kr. pr. skade	Kr. pr. person
Kommunens andel, gns.	97 %	160.080	163.438	100 %	73.289	87.522
Statens andel, gns.	3 %	4.739	4.839	0 %	0	0
I alt	100 %	164.819	168.277	100 %	73.289	87.522

*Kilde: Egen tilvirkning ud fra data fra Aabenraa Kommune og registerdata fra Danmarks Statistik, tabellerne PSD\_FUH\_UHELD og PSD\_FUH\_PERSON og landspatientregistret.*

## 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



---

ADRESSE COWI A/S  
Parallevej 2  
2800 Kongens Lyngby  
Danmark  
TEL 56 40 00 00  
FAX 56 40 99 99  
WWW [cowi.dk](http://cowi.dk)

**COWI**