

Opdateret analyse af udviklingen i udgifterne til asylansørgernes  
sundhedsbehandling i perioden 2001 til 1. halvår 2005

**Indholdsfortegnelse**

<b>1. Indledning og sammenfatning</b> .....	<b>2</b>
1.1. Sammenfatning .....	2
<b>2. Datagrundlag</b> .....	<b>4</b>
<b>3. Udgiftsudviklingen fra 2001 til 2005 (1. halvår)</b> .....	<b>4</b>
<b>4. Mulige forklaringer på udgiftsudviklingen</b> .....	<b>7</b>
4.1. Udvikling i ansøgningsmønstre .....	7
4.2. Udvikling i anerkendelsesgrad.....	9
4.3. Udviklingen i opholdstiden i indkvarteringssystemet.....	10
4.4. Humanitær opholdstilladelse.....	15
4.5. Udviklingen i nationalitetssammensætningen .....	15
4.6. Udviklingen i aldersfordelingen.....	20
4.7. Prisudviklingen for de sundhedsydelse, som asylansørgerne modtager .....	26
4.8. Særligt om de meget dyre behandlinger .....	27
4.9. Sundhedsudgifternes følsomhed overfor enkeltpersoners/ familiers sundhedstilstand .....	29
4.10. Konsekvenser af omlægninger hos operatørerne .....	32

## 1. Indledning og sammenfatning

Følgende notat er en opdatering af den sundhedsanalyse, som Udlændingestyrelsen i samarbejde med Integrationsministeriet, Finansministeriet, Dansk Røde Kors Asylafdeling og Beredskabsstyrelsen Fyn udarbejdede i efteråret 2004.

Opdateringen er i udgangspunktet en ajourføring af det datagrundlag, som lå til grund for analysen fra efteråret 2004, således at datamaterialet er udvidet med oplysninger fra 2. halvår 2004 til og med 1. halvår 2005. Dataudvidelsen må forventes at give et mere validt analysegrundlag.

Analysen fokuserer endvidere alene på det godkendelseskrævende sundhedsområde, idet det almene sundhedsområde i foråret 2005 var genstand for en selvstændig analyse.

Baggrunden for opdateringen er et fortsat ønske om at følge den seneste udvikling dels på udgiftssiden, dels i forhold til de valgte indikatorer for udviklingen i asylansørgernes generelle sundhedstilstand.

### 1.1. Sammenfatning

På trods af et faldende antal indkvarterede asylansøgere i perioden 2001 til 2004 er de samlede udgifter til godkendelseskrævende social- og sundhedsydelse steget fra ca. 29,4 mio. kr. til ca. 38,5 mio. kr. For 1. halvår 2005 var de samlede udgifter ca. 20,0 mio. kr. Den gennemsnitlige udgift pr. indkvarteret årsperson er således steget fra ca. 2.700 kr. i 2001 til ca. 12.100 kr. i 1. halvår 2005. I perioden er ikke kun udgifterne, men også antallet af ansøgninger *pr. indkvarteret årsperson* steget.

Det bemærkes i forlængelse heraf, at siden sundhedsanalysen fra efteråret 2004 er de gennemsnitlige udgifter pr. årsperson steget yderligere. Således er enhedsprisen fra 1. halvår 2004 til 1. halvår 2005 steget med ca. 41 pct. fra ca. 8.600 kr. til ca. 12.100 kr.

Udgiftsstigningen kan ikke umiddelbart henføres til praksisændringer, idet retningslinierne ikke er blevet lempet i perioden. Samtidig har afslagsprocenten nærmere en stigende end en faldende tendens fra 1. halvår 2004 og frem.

Mulighederne for at angive forklaringer på udgiftsudviklingen begrænses af, at det er vanskeligt at sammenholde data fra hhv. før og efter 1. juli 2003, hvor Udlændingestyrelsen overtog ansvaret for det godkendelseskrævende sundhedsområde fra operatørerne. Det bemærkes dog, at styrelsens datagrundlag er væsentligt forbedret i denne analyse sammenlignet med efterårets analyse, idet datagrundlaget for tabeller og figurer i kapitel 4 nu omfatter to i stedet for et år.

Analysens hovedkonklusion er, at mange forskellige og indbyrdes afhængige variable trækker i retning af et stigende udgiftspres.

Særligt udgifterne til døgnforanstaltninger og specialinstitutioner er steget markant med gennemsnitligt ca. 89 og 82 pct. årligt fra 2001 og frem til 1. halvår 2005. Begge er områder, som er særdeles vanskeligt styrbare, idet beslutningskompetencen vedrørende nogle af de dyreste ydelser reelt ikke ligger hos styrelsen, men hos kommunerne; her tænkes især på børne- og ungeområdet. Endvidere viser nedenstående gennemgang af mulige forklaringer på udgiftsudviklingen, at den fremadrettede udvikling i aktiviteter og udgifter er meget usikker og vanskelig at forudsige.

Mulige forklaringer på de stigende udgifter er:

- Den gennemsnitlige opholdstid i indkvarteringssystemet er i perioden fra 2001 til 1. halvår 2005 steget fra 313 dage til 927 dage, svarende til en stigning på ca. 196 pct. på fire et halvt år. Analysen viser, at der inden for næsten alle sundhedsydelse i gennemsnit ses flere *godkendte ansøgninger* pr. indkvarteret asylansøger, jo længere gennemsnitlig opholdstid i indkvarteringssystemet. Dette indikerer, at opholdstid alt andet lige påvirker asylansørgernes sundhedstilstand.
- Asylansøgere fra Kosovo den dyreste nationalitetsgruppe. Gruppen, der i perioden fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005 udgjorde ca. 10,5 pct. af det samlede antal indkvarterede, tegnede sig således for ca. 20 pct. af de godkendte udgifter i perioden. Det gælder ikke kun den gruppe asylansøgere, der har siddet længst i indkvarteringssystemet, men især også gruppen med en opholdstid på under et år. Asylansøgere fra Irak og Afghanistan er omvendt underrepræsenterede, hvad angår andel i sundhedsudgifterne. Udviklingen i nationalitets sammensætningen blandt de indkvarterede asylansøgere må på den baggrund forventes at have betydning for udgiftspresset i de kommende år, idet det dog ikke kan afvises, at afghanernes og irakernes andel af sundhedsudgifterne vil stige i takt med en evt. længere gennemsnitlig opholdstid i indkvarteringssystemet.
- Aldersfordelingen i indkvarteringssystemet har i perioden fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005 været meget stabil, og de stigende sundhedsudgifter skyldes således ikke ændringer i alderssammensætningen blandt asylansøgergruppen. Analysen viser imidlertid, at særligt gruppen af 3-10-årige lægger beslag på en relativt stor andel af social- og sundhedsudgifterne. Samme tendens ses for gruppen af 11-17-årige. For begge grupper skyldes de høje udgifter primært mange meget dyre døgnforanstaltninger samt udgifter til specialinstitutioner og støttepersoner. Områderne er vanskeligt styrbare for Udlændingestyrelsen, hvilket kan begrundes i to særlige forhold: 1) Den generelle kommunale tilsynspligt med børns forhold omfatter også asylansøgerbørn, og i tilfælde af omsorgssvigt er styrelsen forpligtet til at iværksætte forebyggende foranstaltninger eller anbringelse. 2) Asylansøgerbørn har krav på undervisningstilbud uanset fysiske eller psykiske handicaps, hvilket ofte betyder brug af dyre, amtslige specialinstitutioner.
- Selv om antallet af godkendte ansøgninger om social- og sundhedsydelser er faldet i perioden fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005, udgør godkendte ansøgninger på over 50.000 kr. en større andel af alle godkendte ansøgninger i 1. halvår 2005. Hertil kommer, at de meget dyre ydelser på over 500.000 kr. i 1. halvår 2005 også udgør en stigende andel af de godkendte ansøgninger.
- Indkvarteringssystemet er ved et lavt indkvarteringsomfang ekstra følsomt overfor dyre behandlinger og anbringelsesforanstaltninger. For 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005 omfattede ca. 27 pct. af de samlede udgifter alene 30 enkeltpersoner, der samtidig udgjorde ca. 0,7 pct. af alle indkvarterede asylansøgere i perioden. Marginale udsving i omfanget af rigtig ”tunge” asylansøgere har således fået større betydning for sundhedsudgifterne.
- En stigende tilladelsesgrad på humanitære opholdstilladelser – i 1. halvår 2005 fik 18 pct. af de personer, der har indgivet ansøgning, meddelt opholdstilladelse

mod ca. 9 pct. i 2004 – kan indikere en generelt dårligere sundhedstilstand for de asylansøgere, der i dag befinder sig i indkvarteringssystemet.

## 2. Datagrundlag

Som i sundhedsanalysen fra efteråret 2004 er der til brug for denne analyse foretaget en samkørsel mellem styrelsens dispositionsregnskab og Udlændingeregistret. Hermed fremkommer oplysninger om de pågældende asylansøgers alder, nationalitet, opholdstid i centersystemet, fase samt opholdscenter mv., som analyseres nærmere.

Denne samkørsel danner grundlag for analysen af udviklingen inden for de særlige social- og sundhedsydelser og dækker perioden 1. juli 2003 til 30. juni 2005.<sup>1</sup>

Det bemærkes, at de realiserede udgifter fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005 endnu ikke er endeligt kendte, idet der for en stor dels vedkommende ikke er indkommet regninger for de godkendte ydelser. Det er Udlændingestyrelsens erfaring, at regninger fra behandlingssteder kan komme flere år efter, at ydelsen er godkendt. Samtidig vil der være en række godkendte ydelser, som styrelsen ikke kan forvente at modtage fakturaer for, f.eks. fordi den pågældende asylansøger udrejser, forsvinder eller overgår til integration inden behandlingen iværksættes.

Styrelsen har på den baggrund indregnet en realiseringsgrad på 90 pct. i denne analyse, ligesom der anvendes en realiseringsgrad på 90 pct. i forbindelse med årsafslutning/bevillingsafregning.

## 3. Udgiftsudviklingen fra 2001 til 2005 (1. halvår)

Indledningsvist bemærkes det til tabellerne i dette og de følgende afsnit, at kategorien *specialinstitutioner* primært omfatter specialbørnehaver og – skoler for asylansøgerbørn med fysiske og psykiske handicaps. Kategorien *døgnforanstaltninger* omfatter døgninstitutionsanbringelser for særligt omsorgskrævende børn eller voksne samt plejehjemspladser for ældre med et plejebæhov, der ikke kan tilgodeses på et asylcenter. Endelig omfatter kategorien *støttepersoner* forskellige typer af støtteforanstaltninger, der iværksættes i kortere eller længere perioder for familier eller enkeltpersoner med behov for særlig støtte i dagligdagen som følge af fysisk eller psykisk belastning. Kategorien *andet* omfatter hjemmehjælp og -sygeplejerske, særlige kosttilskud, afspændingspædagogik, fodterapi, særlig dyr (HIV- og kræftbehandlende) medicin mv.

Tabel 3.1. viser, at udgifterne til de godkendelseskrævende social- og sundhedsydelser fra 2001 til 2004 er steget fra ca. 29,4 mio. kr. til ca. 38,5 mio. kr. I samme periode er antallet af indkvarterede årspersoner faldet fra ca. 10.800 til ca. 4.400 personer.

---

<sup>1</sup> Der var 5285 observationer i dispositionsregnskabet for perioden 1. juli 2003 til 30. juni 2005, men samkørslen med UR – med det formål at påhæfte de yderligere oplysninger – reducerede antallet af observationer til 5268, fordi 17 indtastede udlændingenumre ikke eksisterede i UR. Dette svarer til, at 0,3% af alle godkendte/forlængede ansøgninger om særlige social- og sundhedsydelser ikke medtages i analysen. De 17 observationer vedrører i alt ca. 263.000 kr. fordelt over hele perioden.

**Tabel 3.1. Samlede udgifter til godkendelseskrævende social- og sundhedsydelse fordelt på behandlingskategorier fra 2001 til 2004.**

Kr., 2005-PL	2001	2002	2003	2004
<b>Antal indkvarterede årspersoner</b>	<b>10.797</b>	<b>9.529</b>	<b>6.738</b>	<b>4.360</b>
<i>Kategori</i>				
Psykolog / Psykiater	8.589.613	10.266.029	5.267.330	4.372.552
Tandbehandling	2.064.832	1.388.842	1.169.799	771.021
Fysioterapi / Ergoterapeut	631.282	836.033	733.864	547.431
Speciallæge (privat)	559.997	231.092	330.013	276.482
Hospitalsbehandling	7.636.913	11.850.438	10.004.014	12.217.467
Specialinstitutioner (skoler etc.)	1.039.856	1.133.524	3.490.852	6.003.663
Døgnforanstaltninger (incl. plejehjem)	3.287.849	4.328.141	4.599.576	9.763.938
Støttempersoner	5.607.959	4.340.388	8.557.105	2.550.234
Andet	0	0	1.743.797	1.978.682
<b>I alt</b>	<b>29.418.300</b>	<b>34.374.487</b>	<b>35.896.351</b>	<b>38.481.470</b>

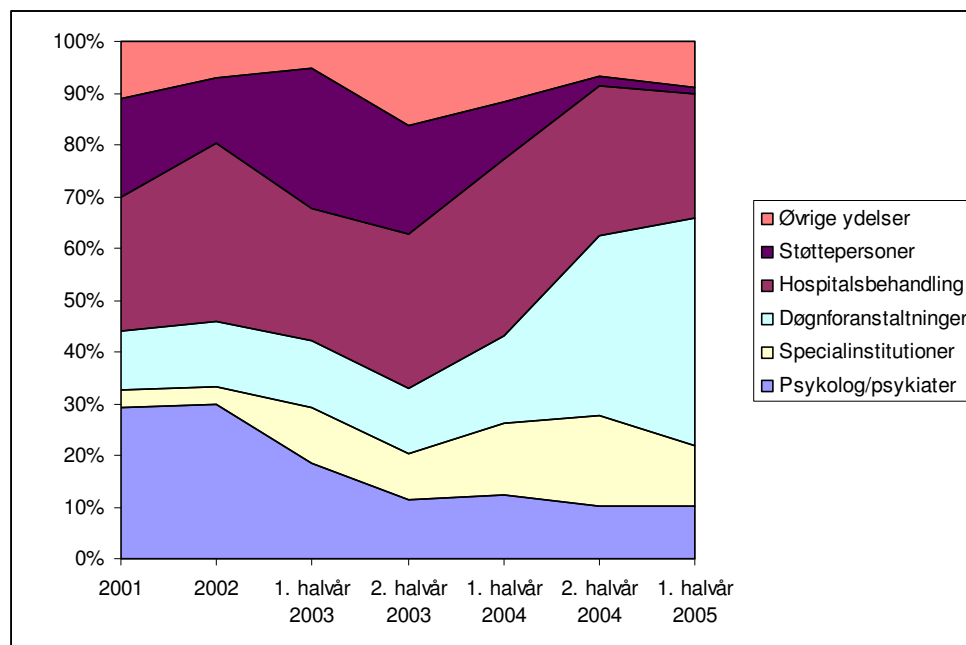
Fra 1. halvår 2003 har Udlændingestyrelsen oplysninger om sundhedsudgifterne opdelt på halvår. Disse oplysninger fremgår af tabel 3.2. nedenfor, hvor også 1. halvår 2005 er medtaget. Tabellen viser, at fra 1. halvår 2003 og frem til 1. halvår 2004 er de samlede udgifter steget fra ca. 16,8 mio. kr. til ca. 20,1 mio. kr., mens udgifterne faldt til ca. 18,4 mio. kr. i 2. halvår 2004 for igen at stige til ca. 20 mio. kr. i 1. halvår 2005. I samme periode er antallet af asylansøgere mere end halveret.

**Tabel 3.2. Samlede udgifter til godkendelseskrævende social- og sundhedsydelse fordelt på behandlingskategorier fra 2001 til 1. halvår 2004.**

Kr., 2005-PL	2001	2002	1. halvår 2003	2. halvår 2003	1. halvår 2004	2. halvår 2004	1. halvår 2005
<b>Antal indkvarterede årspersoner</b>	<b>10.797</b>	<b>9.529</b>	<b>7.512</b>	<b>5.964</b>	<b>4.670</b>	<b>4052</b>	<b>3312</b>
<i>Kategori</i>							
Psykolog / Psykiater	8.589.613	10.266.029	3.113.716	2.153.614	2.486.303	1.886.249	2.020.403
Tandbehandling	2.064.832	1.388.842	462.485	707.314	417.977	353.044	256.171
Fysioterapi / Ergoterapeut	631.282	836.033	319.192	414.672	337.104	210.327	158.218
Speciallæge (privat)	559.997	231.092	111.172	218.841	156.263	120.219	61.740
Hospitalsbehandling	7.636.913	11.850.438	4.301.469	5.702.546	6.887.858	5.329.609	4.798.081
Specialinstitutioner (skoler etc.)	1.039.856	1.133.524	1.795.887	1.694.966	2.781.846	3.221.818	2.340.754
Døgnforanstaltninger (incl. plejehjem)	3.287.849	4.328.141	2.193.743	2.405.833	3.377.926	6.386.012	8.811.425
Støttempersoner	5.607.959	4.340.388	4.539.022	4.018.083	2.197.378	352.856	275.384
Andet	0	0	0	1.743.797	1.437.887	540.795	1.308.642
<b>I alt</b>	<b>29.418.300</b>	<b>34.374.487</b>	<b>16.836.686</b>	<b>19.059.665</b>	<b>20.080.541</b>	<b>18.400.929</b>	<b>20.030.818</b>

Det fremgår af figur 3.1., at der i perioden fra 2001 til 1. halvår 2005 har fundet visse forskydninger sted mellem de forskellige ydelseskategorier. Det drejer sig for det første om døgnforanstaltninger, hvis andel i perioden er steget fra ca. 10 pct. til over 40 pct. af de samlede udgifter. Andelen er navnlig steget fra 2004 og frem. For det andet er andelen af de samlede udgifter til psykolog/psykiater-behandling faldet fra ca. 30 pct. i 2001 til ca. 10 pct. af de samlede udgifter i 2005. Det bemærkes, at faldet fandt sted fra 2002 til 2. halvår 2003, hvorefter andelen har ligget forholdsvis stabilt. Endelig ses det, at andelen af udgifter til støttempersoner er faldet markant fra 2. halvår 2003 og frem til 2005, hvilket bl.a. kan forklares med nye retningslinier for iværksættelse af sociale foranstaltninger, som trådte i kraft pr. 1. marts 2005.

**Figur 3.1. Udviklingen i andele af udgifter til godkendelseskrævende social- og sundhedsydelse fordelt på de fem største ydelseskategorier fra 2001 til 1. halvår 2005.<sup>2</sup>**



Stigningen i de samlede udgifter til godkendelseskrævende social- og sundhedsydelse har sammenholdt med det faldende antal indkvarterede årspersoner bevirket, at den gennemsnitlige pris pr. indkvarteret årsperson til social- og sundhedsydelse er steget markant igennem perioden, jf. nedenstående tabel 3.3.

Den gennemsnitlige udgift pr. årsperson er således mere end firedoblet fra ca. 2.700 kr. i 2001 til ca. 12.100 kr. i 1. halvår 2005.

**Tabel 3.3: Gennemsnitlige udgifter pr. årsperson til godkendelseskrævende social- og sundhedsydelse fordelt på behandlingskategorier fra 2001 til 1. halvår 2004.**

Kr., 2005-PL	2001	2002	1. halvår 2003	2. halvår 2003	1. halvår 2004	2. halvår 2004	1. halvår 2005
<b>Antal indkvarterede årspersoner</b>	<b>10.797</b>	<b>9.529</b>	<b>7.512</b>	<b>5.964</b>	<b>4.670</b>	<b>4052</b>	<b>3312</b>
<i>Kategori</i>							
Psykolog / Psykiater	796	1.077	829	722	1.065	931	1.220
Tandbehandling	191	146	123	237	179	174	155
Fysioterapi / Ergoterapeut	58	88	85	139	144	104	96
Speciallæge (privat)	52	24	30	73	67	59	37
Hospitalsbehandling	707	1.244	1.145	1.912	2.950	2.631	2.897
Specialinstitutioner (skoler etc.)	96	119	478	568	1.191	1.590	1.413
Døgnforanstaltninger (incl. plejehjem)	305	454	584	807	1.447	3.152	5.321
Støttepersoner	519	455	1.208	1.347	941	174	166
Andet (*)	-	-	-	585	616	267	790
<b>I alt</b>	<b>2.725</b>	<b>3.607</b>	<b>4.483</b>	<b>6.392</b>	<b>8.600</b>	<b>9.082</b>	<b>12.096</b>

Det bemærkes, at siden sundhedsanalysen i efteråret 2004 er de gennemsnitlige udgifter pr. årsperson fortsat steget. Således er enhedsprisen fra 1. halvår 2004 til 1. halvår 2005 steget med ca. 41 pct. Det fremgår af tabel 3.3., at denne stigning primært kan henføres

<sup>2</sup> Bemærk, at tidsintervallerne på x-aksen ikke er lige store.

til en kraftigt stigende enhedspris for døgnforanstaltninger, der i perioden er steget med ca. 268 pct.

Tabel 3.4. nedenfor viser den procentvise ændring i de gennemsnitlige udgifter pr. årsperson fordelt på ydelseskategorier, og det fremgår, at navnlig udgifterne til døgnforanstaltninger og specialinstitutioner er eksploderet. De to områder er således årligt steget med hhv. ca. 89 og 82 pct. fra 2001 til 1. halvår 2005. Også den gennemsnitlige udgift til hospitalsbehandling er steget markant i perioden med gennemsnitligt ca. 37 pct. årligt. Det bemærkes, at flere af enhedspriserne har varieret meget henover årene.

**Tabel 3.4. Procentvise ændringer i gennemsnitlige udgifter pr. årsperson til godkendelseskrævende social- og sundhedsydelse fordelt på ydelseskategorier fra 2001 til 1. halvår 2004**

Ændring i pct.	2001- 1. halvår 2005	
<i>Kategori</i>	<i>Pct. ændring i alt</i>	<i>Gns. årlig ændring i pct.</i>
Psykolog / Psykiater	53,4	10,0
Tandbehandling	-19,1	-4,6
Fysioterapi / Ergoterapeut	63,4	11,5
Speciallæge (privat)	-28,1	-7,1
Hospitalsbehandling	309,6	36,8
Specialinstitutioner (skoler etc.)	1367,7	81,7
Døgnforanstaltninger (incl. plejehjem)	1647,3	88,8
Støttepersoner	-68,0	-22,4
Andet		
<b>I alt</b>	<b>343,9</b>	<b>39,3</b>

Det kan samlet set konkluderes, at en stigning i de samlede udgifter til godkendelseskrævende social- og sundhedsydelse fra 2001 og frem til 1. halvår 2005 sammenholdt med et faldende antal indkvarterede årspersoner har bevirket, at den gennemsnitlige pris pr. indkvarteret årsperson til social- og sundhedsydelse er steget med i gennemsnit ca. 40 pct. årligt i perioden. Særligt er udgifterne til døgnforanstaltninger og specialinstitutioner vokset markant. I det følgende kapitel undersøges mulige forklaringer på de stigende sundhedsudgifter.

## 4. Mulige forklaringer på udgiftsudviklingen

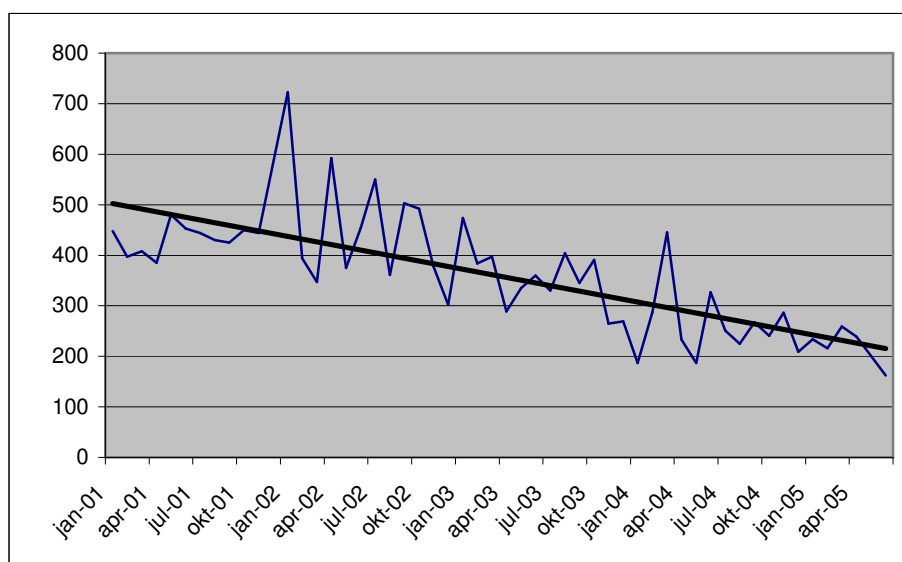
### 4.1. Udvikling i ansøgningsmønstre

Der har været en faldende tendens i antallet af ansøgninger om godkendelseskrævende social- og sundhedsydelse i perioden 2001 til 1. halvår 2005, jf. figur 4.1. nedenfor. Det gælder navnlig fra årsskiftet 2002/2003 og frem. Det gennemsnitlige antal ansøgninger var i 2001 433 ansøgninger pr. måned, i 2002 456 ansøgninger pr. måned, i 2003 354 ansøgninger pr. måned, i 2004 262 ansøgninger pr. måned, og endelig i 1. halvår 2005 218 ansøgninger pr. måned.

Det bemærkes, at antallet af ansøgninger varierer ganske meget fra måned til måned, idet variationen dog er blevet mindre fra 2. halvår 2004 og frem. Udlændingestyrelsen registrerer ansøgningerne umiddelbart efter modtagelsen fra operatørerne og den reali-

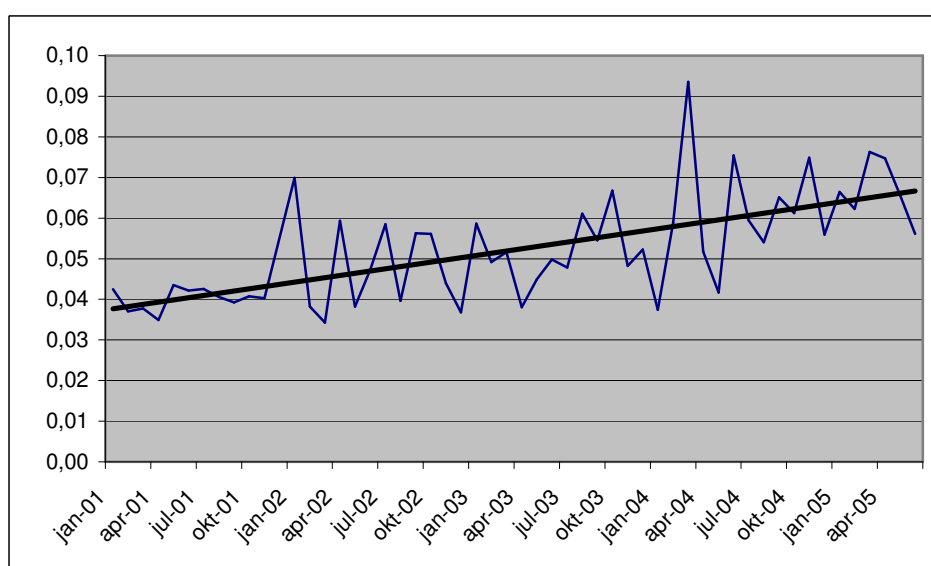
serede gennemsnitlige sagsbehandlingstid lå i 2004 på 23 dage, mens denne i 1. halvår 2005 er 29 dage. Dette indikerer, at de store udsving i antallet af ansøgninger ikke skyldes ujævn registrering/sagsbehandling, men et reelt udsving i antallet af ansøgninger.

**Figur 4.1.: Samlet antal ansøgninger vedrørende godkendelseskrævende social- og sundhedsydelser pr. måned fra 2001 til 1. halvår 2005.**



Selv om det samlede antal ansøgninger vedrørende godkendelseskrævende social- og sundhedsydelser er faldet, viser figur 4.2. imidlertid, at antallet af ansøgninger *pr. indkvarteret årsperson* i samme periode er steget.

**Figur 4.2.: Antal ansøgninger vedr. godkendelseskrævende social- og sundhedsydelser pr. årsperson pr. måned fra 2001 til 1. halvår 2005.**



Selv om antallet af ansøgninger varierer fra måned til måned, ses der en tendens til en kraftig stigning fra 1. halvår 2004 og frem, særligt i juni måned med hele 462 ansøgnin-



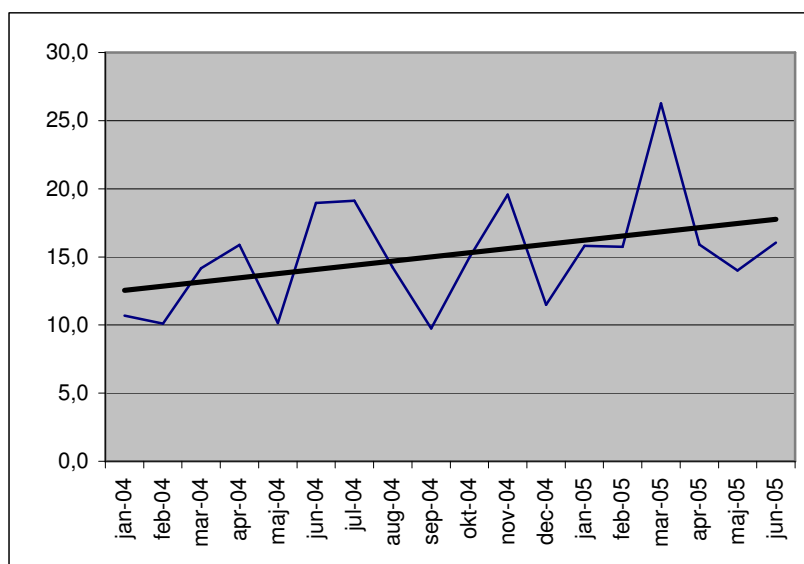
ger svarende til 0,09 ansøgninger pr. indkvarteret årsperson pr. måned. Siden har antallet af ansøgninger fundet et mere stabilt leje, og ligger på ca. 0,065 ansøgninger pr. indkvarteret årsperson pr. måned.

Det kan konkluderes, at antallet af ansøgninger om social- og sundhedsbehandling pr. indkvarteret årsperson generelt er i stigning – trods variationer fra måned til måned. Stigningstakten er dog mindre end stigningen i de gennemsnitlige udgifter pr. årsperson. Dette indebærer, at der også er sket en stigning i den gennemsnitlige udgift i forbindelse med de enkelte ansøgninger, f.eks. i form af den ændrede sammensætning af de godkendte ydelser, som vist i figur 3.1.

#### 4.2. Udvikling i anerkendelsesgrad

Efter 1. januar 2004 opgør Udlændingestyrelsen afslagsprocenten på ansøgninger om social- og sundhedsydelser pr. måned, og denne opgørelse fremgår af figur 4.3.

**Figur 4.3.: Afslagsprocent på ansøgninger vedr. godkendelseskrævende social- og sundhedsydelser pr. måned fra 2001 til 1. halvår 2005.**



Figuren viser, at afslagsprocenten generelt har en stigende tendens. I 1. halvår 2004 lå denne således på gennemsnitligt ca. 13 pct., i 2. halvår 2004 på ca. 15 pct. og endelig i 1. halvår 2005 på 17 pct.<sup>3</sup>

Selv om det tilgængelige datamateriale ikke tillader for håndfaste konklusioner, hvad angår afslagsprocenter på det godkendelseskrævende sundhedsområde, idet opgørelses-

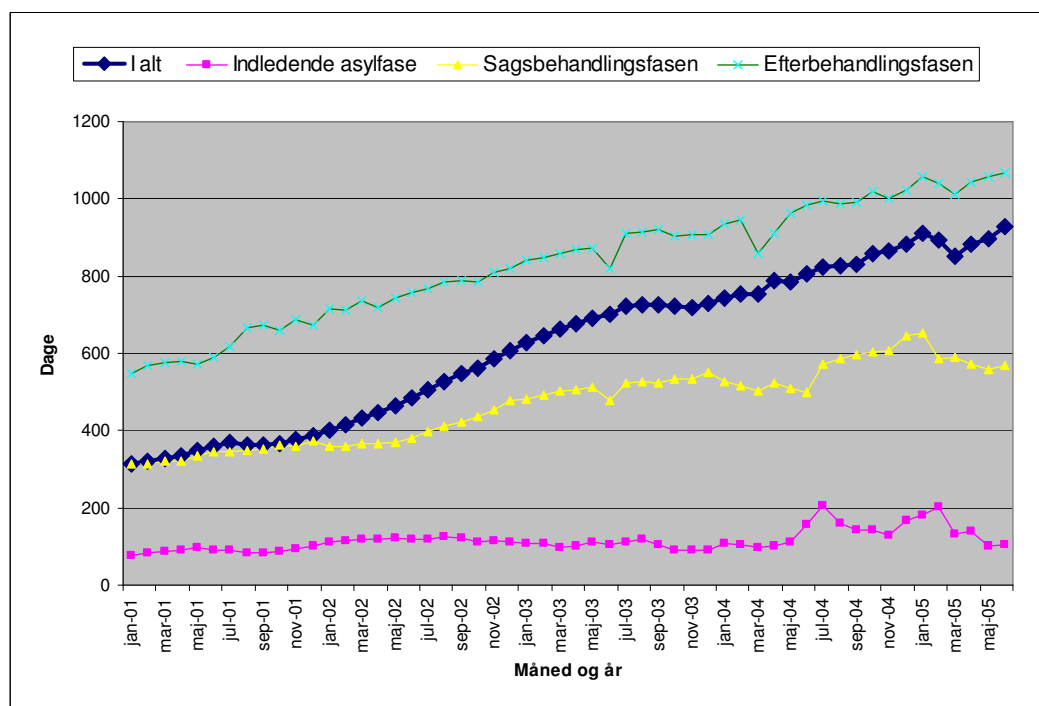
<sup>3</sup> Det bemærkes, at afslagsprocenten ikke er fremstillet grafisk fra 2001 til 2003, idet der er visse vanskeligheder forbundet med at sammenligne afslagsprocenten indenfor perioden. Det skønnes, at afslagsprocenten har ligget på 12-14 pct. i perioden fra 2001 til 1. halvår 2003. I 2. halvår 2003 har Udlændingestyrelsen ikke opgjort afslagsprocenten for ansøgningerne om social- og sundhedsydelser. Det kan dog ud fra de tilgængelige tal anslås, at afslagsprocenten i dette halvår har ligget på ca. 18 pct.

perioden i perioden har ændret sig, forekommer det rimeligt at konkludere, at det stigende udgiftspres på området ikke kan henføres til en faldende afslagsprocent.

### 4.3. Udviklingen i opholdstiden i indkvarteringsystemet

Opholdstiden for indkvarterede asylansøgere er generelt stigende. Således er den gennemsnitlige opholdstid for alle indkvarterede steget fra 313 dage – eller godt ti måneder – i januar 2001 til 927 dage – eller ca. 2½ år – i juni 2005, jf. figur 4.4 nedenfor. Det svarer til en stigning på ca. 196 pct. på fire et halvt år.

**Figur 4.4: udviklingen i den gennemsnitlige opholdstid målt i dage for indkvarterede asylansøgere fordelt på faser fra 2001 til 1. halvår 2005**



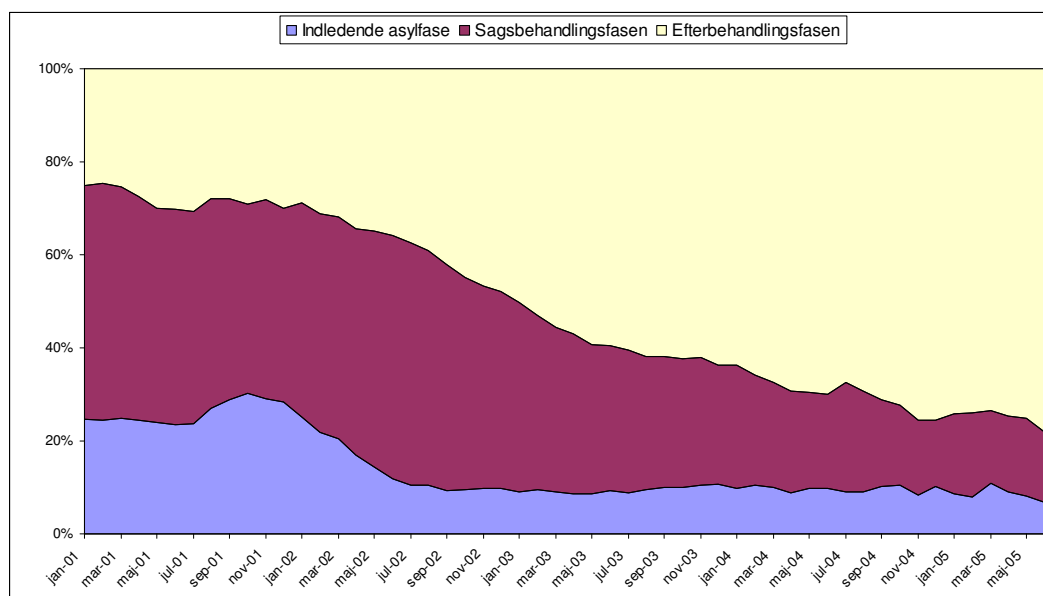
Figuren viser tillige, at mens den gennemsnitlige opholdstid for asylansøgere i den indledende fase har ligget nogenlunde stabilt – dog med en stigende tendens i slutningen af perioden – er opholdstiden steget for asylansøgere i sagsbehandlingsfasen, så den i juni 2005 udgjorde lidt over 550 dage – eller cirka halvandet år – dog med en faldende tendens. I denne fase befinder asylansøgere sig, der får deres asylansøgning behandlet i Udlændingestyrelsen eller deres klagesag behandlet i Flygtningenævnet.

Også den gennemsnitlige opholdstid i efterbehandlingsfasen er steget og udgjorde i juni 2005 mere end 1050 dage – eller cirka tre år. I denne fase befinder asylansøgere sig, der har fået endeligt afslag på deres asylansøgning og således enten er i gang med at ansøge om humanitær opholdstilladelse eller afventer udsendelse til hjemlandet.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> I denne kategori findes også kategorien ”øvrige sager”. Dette indbefatter sager, der er undervejs mellem myndighederne. Også asylansøgere, der afventer visitering til kommune, er placeret i denne kategori.

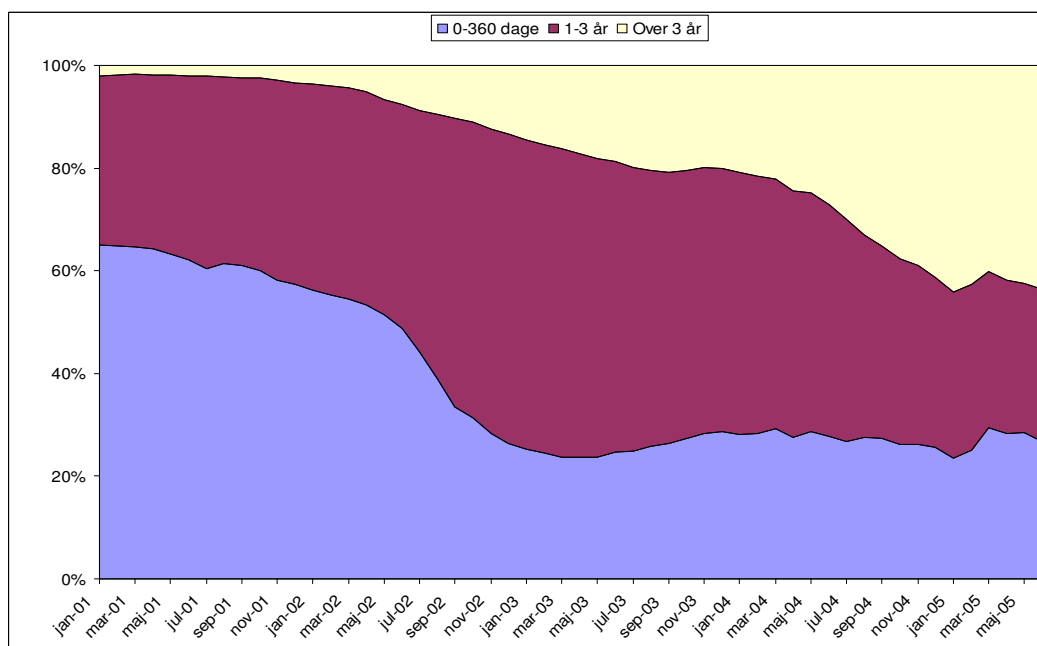
Figur 4.5. viser, at andelen af asylansøgere i efterbehandlingsfasen er steget markant siden midten af 2002. Ved udgangen af 1. halvår 2005 har knap 80 pct. af de asylansøgere, der befinder sig i indkvarteringssystemet, fået afslag på asyl og venter enten på udsendelse eller på at få afgjort eventuelle ansøgninger om humanitær opholdstilladelse. Langt hovedparten af disse asylansøgere har fået afslag på asyl og afventer alene udrejse/udsendelse af Danmark. Således befinder 57,5 pct. af alle indkvarterede asylansøgere ultimo juni 2005 sig i det, der kaldes politiets udsendelsesfase.

**Figur 4.5: Udviklingen i andele af indkvarterede asylansøgere fordelt efter fase fra 2001 til 1. halvår 2005**



Parallelt med stigningen i den gennemsnitlige opholdstid for alle indkvarterede asylansøgere og andelen af asylansøgere i efterbehandlingsfasen er andelen af asylansøgere med en relativt lang opholdstid vokset. Figur 4.6. nedenfor viser, at andelen af indkvarterede asylansøgere med en opholdstid på mindre end et år er faldet fra godt 60 pct. i starten af 2001 til lidt under 30 pct. i juni 2005. I samme periode er andelen af asylansøgere med en opholdstid på over 3 år steget markant fra nogle få pct. til over 40 pct.

**Figur 4.6: Udviklingen i andele af indkvarterede asylansøgere fordelt efter opholdstid målt i dage/år fra 2001 til 1. halvår 2005.**



Tabel 4.1. nedenfor viser, at mens gruppen af asylansøgere med den længste opholdstid på over 3 år i 2. halvår 2003 og 1. halvår 2004 fik godkendt en forholdsmæssig større andel af det samlede godkendte beløb end gruppens størrelse, så kan dette mønster ikke genfindes i tallene fra 2. halvår 2004 og 1. halvår 2005.

**Tabel 4.1. Indkvarterede asylansøgers andel af de godkendte sundhedsudgifter fordelt på opholdstid fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005.**

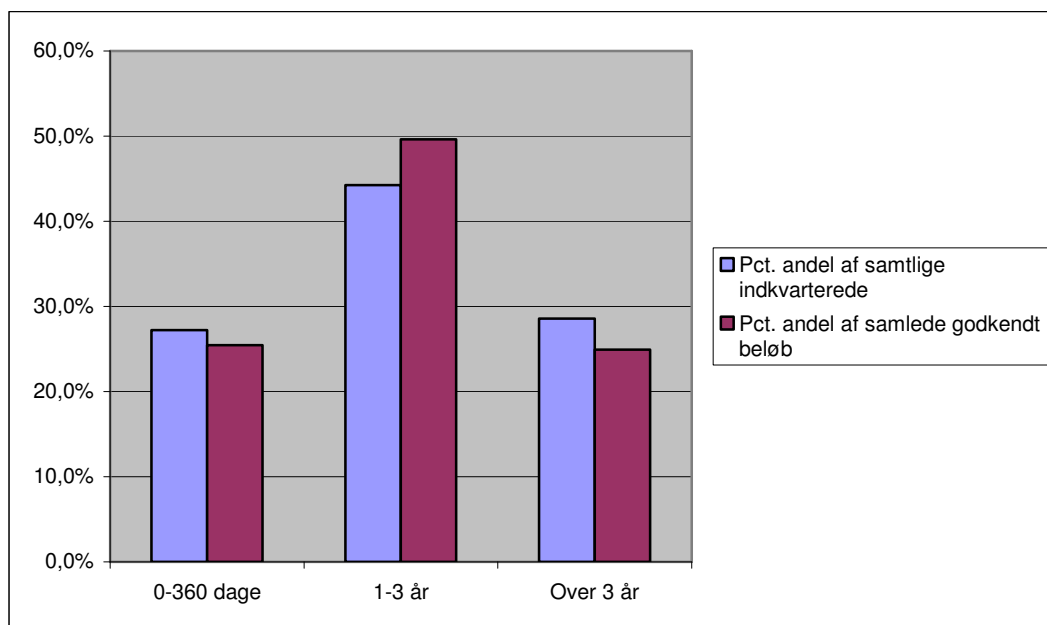
Opholdstid	2. halvår 2003		1. halvår 2004		2. halvår 2004		1. halvår 2005	
	Pct. andel af samtlige årspersoner	Pct. andel af samlet godkendt beløb	Pct. andel af samtlige årspersoner	Pct. andel af samlet godkendt beløb	Pct. andel af samtlige årspersoner	Pct. andel af samlet godkendt beløb	Pct. andel af samtlige årspersoner	Pct. andel af samlet godkendt beløb
<b>0-360 dage</b>	26,8%	25,8%	28,3%	29,5%	26,6%	31,1%	27,2%	16,0%
<b>1-3 år</b>	53,0%	52,9%	48,3%	46,0%	37,5%	36,0%	30,4%	47,9%
<b>Over 3 år</b>	20,3%	21,3%	23,4%	24,5%	35,8%	32,9%	42,3%	36,1%
<b>I alt</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

I 2. halvår 2004 ses det, at det var gruppen af asylansøgere med den korteste opholdstid på under 1 år, der trak forholdsmæssigt mere på sundhedsudgifterne end de to øvrige grupper af asylansøgere. I 1. halvår 2005 var det derimod gruppen af asylansøgere med en opholdstid på 1-3 år, som trak ca. 48 pct. af det samlede godkendte beløb, selv om gruppen kun udgjorde ca. 30 pct. af den samlede gruppe af indkvarterede asylansøgere.

Ses der samlet på hele perioden fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005, jf. figur 4.7., fremgår det, at det er gruppen af asylansøgere med en opholdstid på mellem 1-3 år, der trækker en forholdsmæssigt større andel af det samlede godkendte beløb end gruppens størrelse. Det fremgår endvidere, at det er gruppen af asylansøgere med en opholdstid på

over 3 år, der trækker den forholdsmæssigt mindste andel af det samlede godkendte beløb i forhold til gruppens størrelse.

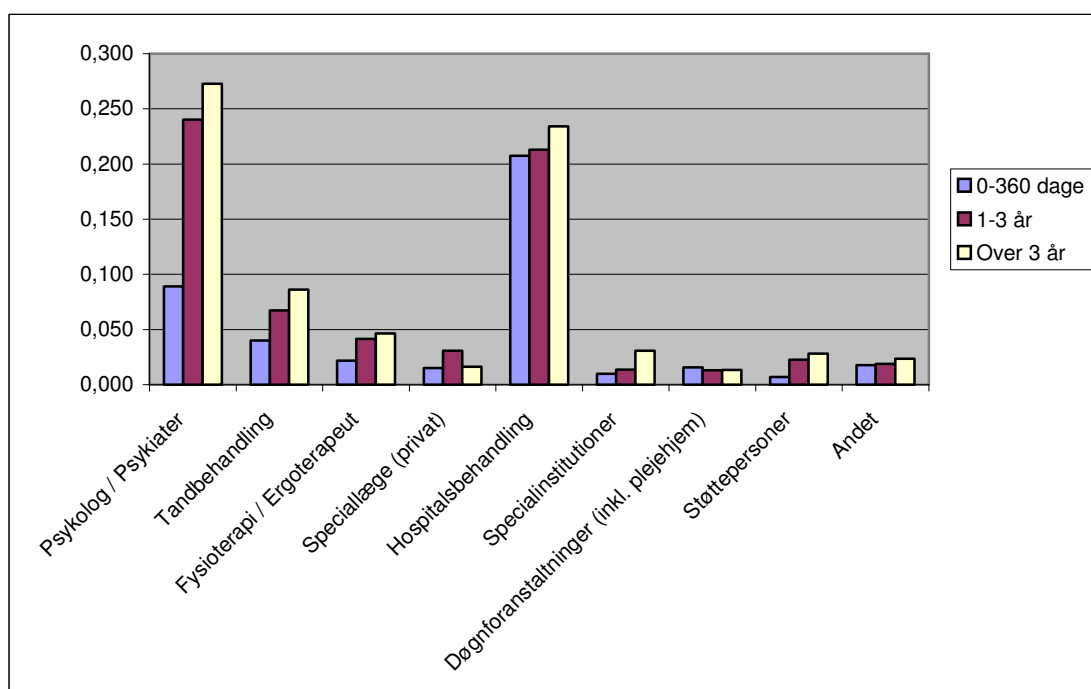
**Figur 4.7. Indkvarterede asylansøgers andel af de godkendte sundhedsudgifter fordelt på opholdstid opgjort som gennemsnit i perioden fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005. Løbende priser.**



Ovenstående kan indikere, at tilfældige udsving fortsat spiller en stor rolle, hvilket behandles nærmere i afsnit 4.8. og 4.9.

Figur 4.8. nedenfor viser fordelingen af de godkendte typer af sundhedsbehandling fordelt på asylansøgere med en opholdstid på hhv. 0-360 dage, 1-3 år og over 3 år.

**Figur 4.8. Antal godkendte ansøgninger om social- og sundhedsydelse pr. indkvarteret asylansøger pr. år fordelt på opholdstid og ydelseskategorier opgjort som gennemsnit i perioden fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005**



Det fremgår, at asylansøgere med en opholdstid på over tre år generelt er overrepræsenterede i alle kategorier på nær speciallæge og døgnforanstaltninger.

Særligt viser figuren, at ansøgningsfrekvensen er markant større for de to grupper med den længste opholdstid inden for psykolog/psykiater-området, mens asylansøgere med en opholdstid på op til et år søger bistand fra psykologer/psykiatere i relativt lille omfang.

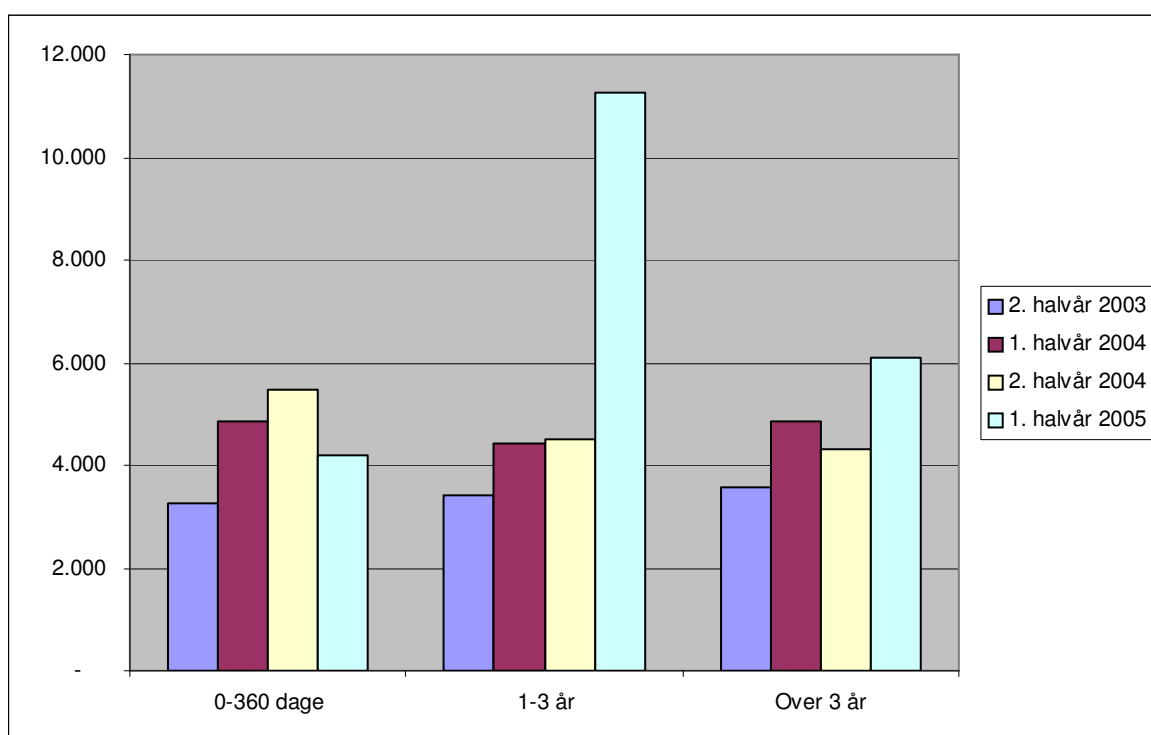
Tilsvarende indikerer figuren, at ansøgningsfrekvensen særligt for tandbehandling, fysioterapi/ergoterapi, hospitalsbehandling og støttepersoner alt andet lige stiger med opholdstidens længde.

Figur 4.9. viser, at det gennemsnitligt godkendte beløb pr. indkvarteret årsperson generelt er stigende for alle tre grupper af indkvarterede fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005 – dog med undtagelse af gruppen med den korteste opholdstid, hvor der er et mindre fald i 1. halvår 2005.

Samtidig understreger figuren, at der ikke er en så entydig sammenhæng mellem det gennemsnitlige godkendte beløb og opholdstidens længde, som efterårets analyse viste. Det bemærkes dog, at ekstraordinært dyre behandlinger muligvis kan forklare dette, jf. oversigt 4.1. og 4.2.

Mest iøjnefaldende er det således, at det gennemsnitligt godkendte beløb for gruppen af asylansøgere med en opholdstid på 1-3 år mere end fordobledes fra 2. halvår 2004 til 1. halvår 2005. Baggrunden for denne markante stigning er, at der for denne gruppe, der udgør ca. 30 pct. af de indkvarterede i centersystemet i 1. halvår 2005, har været flere ekstraordinært dyre ydelser, herunder bl.a. en døgnforanstaltning til 900.000 kr. samt fem døgnforanstaltninger til mellem 300.000 kr. og 500.000 kr. (Jf. i øvrigt tabel 4.1. ovenfor.) Hvis disse ekstraordinært seks dyre døgnforanstaltninger tages ud af opgørelsen, kommer det gennemsnitligt godkendte beløb ned på ca. 7.600 kr. hvilket dog stadig er det højeste gennemsnitligt godkendte beløb blandt de tre grupper.

**Figur 4.9. Gennemsnitligt godkendt beløb i kr. pr. indkvarteret årsperson fordelt på opholdstid i hhv. 2. halvår 2003 og 1. halvår 2005. 2005-PL.**



Det kan samlet set konkluderes, at der på næsten alle behandlingsområderne ses flere *godkendte ansøgninger* om sundhedsbehandling pr. indkvarteret asylansøger, jo længere opholdstid i indkvarteringssystemet. Dette indikerer, at opholdstid alt andet lige påvirker asylansørgernes sundhedstilstand.

#### 4.4. Humanitær opholdstilladelse

Humanitær opholdstilladelse efter udlændingelovens § 9 b meddeles primært til asylansøgere, hvis helbredstilstand er meget dårlig. Skønsmæssigt 90 pct. af alle humanitære opholdstilladelser meddelt i perioden 2001 til 1. halvår 2005 var således begrundet med ansøgerens dårlige sundhedstilstand og/eller krav på livsnødvendige behandlinger, der ikke ville kunne opnås i hjemlandet, herunder f.eks. indlæggelseskrævende sindssygdomme, kræft, HIV og AIDS.<sup>5</sup>

Det må derfor formodes, at de personer, som typisk får humanitær opholdstilladelse, har trukket betydelige udgifter til godkendelseskrævende sundhedsbehandling, mens de har opholdt sig i indkvarteringssystemet.

Det fremgår af tabel 4.2., at såvel antallet som andelen af personer, der opnår humanitær opholdstilladelse, er steget i perioden 2001 til 2004. Denne stigning skal bl.a. ses i lyset af, at der har været opbygget en betydelig sagspukkel, som siden 2003 har været under afvikling. Som det fremgår af tallene fra 1. halvår 2005 er denne sagspukkel nu nedbragt, og der er blevet behandlet betydeligt færre ansøgninger om humanitær opholdstilladelse i denne periode.

**Tabel 4.2. Tilladelser og afslag på humanitære opholdstilladelser § 9 b (fordelt på personer; både 1. gangssager og genoptagelsessager) fra 2001 til 1. halvår 2005.**

	2001	2002	2003	2004	1. halvår 2004	2. halvår 2004	1. halvår 2005
<b>Tilladelser</b>	83	45	203	334	177	157	104
<b>Afslag</b>	1242	967	2561	3229	1716	1513	470
<b>I alt</b>	<b>1325</b>	<b>1012</b>	<b>2764</b>	<b>3563</b>	<b>1893</b>	<b>1670</b>	<b>574</b>
<b>Tilladelsesprocent</b>	6,3	4,4	7,3	9,4	9,4	9,4	18,1

Det er imidlertid vigtigt at hæfte sig ved, at tilladelsesprocenten i sagerne er stigende, ikke mindst i 1. halvår 2005, hvor ca. 18 pct. af de personer, der har indgivet ansøgning, har fået meddelt opholdstilladelse. Den stigende tilladelsesprocent kan indikere, at sundhedstilstanden for asylansøgere generelt er blevet dårligere inden for de sidste par år.

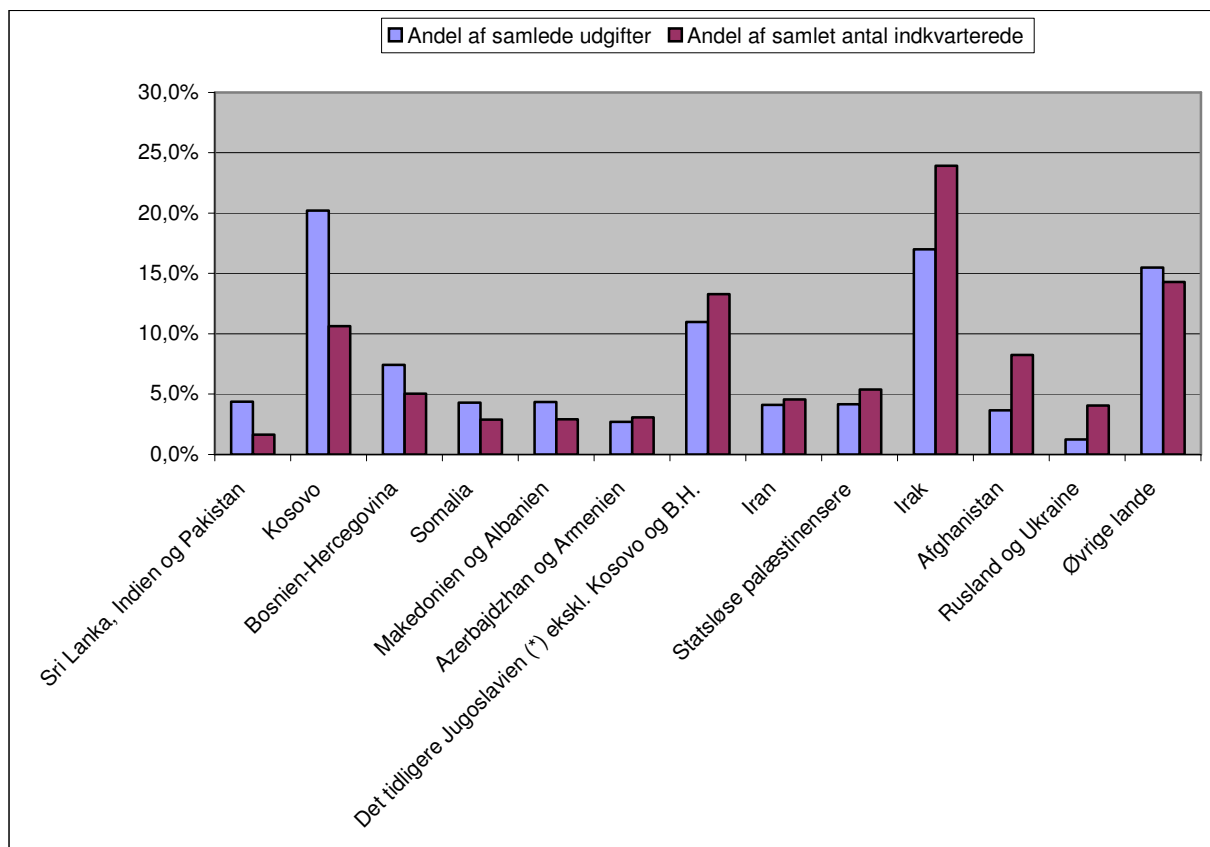
#### 4.5. Udviklingen i nationalitetssammensætningen

Nationalitetssammensætningen blandt de indkvarterede asylansøgere ændrer sig løbende, bl.a. i takt med at konflikter opstår eller ophører, samt at mulighederne for at tilbagevende afviste asylansøgere forbedres eller forværres.

<sup>5</sup> Kilder: Kvartalsvise notater vedrørende meddelelse af opholdstilladelse i medfør af udlændingelovens § 9 b stk. 1 fra Indenrigsministeriet (1.-3. kvartal 2001) og Integrationsministeriet (4. kvartal 2001 – 2. kvartal 2005).

Figur 4.10. nedenfor viser, at visse nationaliteter er klart overrepræsenterede, hvad angår deres andel af sundhedsudgifterne i forhold til nationalitetsgruppens størrelse. Det gælder navnlig kosovarer og i mindre omfang personer fra Sri Lanka, Indien og Pakistan, Bosnien-Hercegovina, Somalia samt fra Makedonien og Albanien.

**Figur 4.10.: Indkvarterede asylansørgeres andel af de samlede sundhedsudgifter fordelt på udvalgte nationaliteter opgjort som gennemsnit i perioden fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005.<sup>6</sup>**



Overrepræsentationen af kosovarer og bosniere har – qua deres relativt store andel af det samlede antal indkvarterede - betydning for udgifterne til godkendelseskrævende social- og sundhedsydelser. Gruppen, der i perioden udgjorde ca. 16 pct. af det samlede antal indkvarterede, tegner sig således for ca. 28 pct. af de godkendte udgifter.

Omvendt er navnlig asylansøgere fra Irak og Afghanistan – og i nogen grad det tidligere Jugoslavien samt Rusland/Ukraine – underrepræsenterede, hvad angår andel i sundhedsudgifterne. Her er særligt den store gruppe af irakere interessant. Irakerne udgør således ca. 24 pct. af det samlede antal indkvarterede i perioden, men lægger kun beslag på ca. 17 pct. af udgifterne.

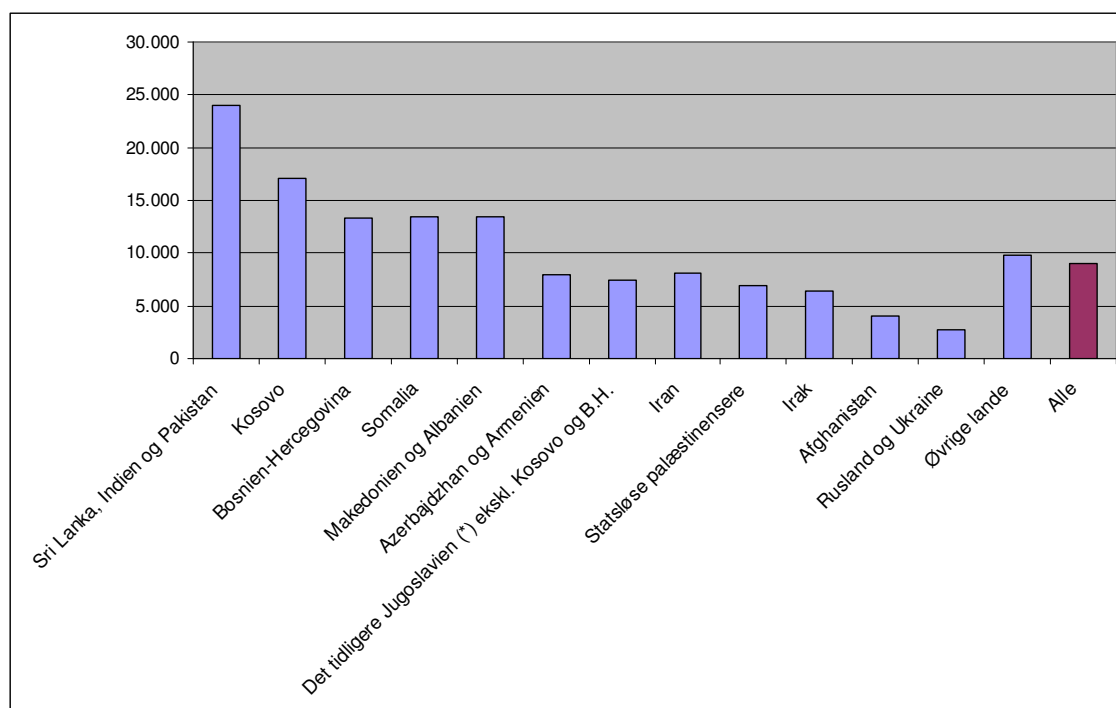
<sup>6</sup> (\*) Forb.rep. Jugoslavien Montenegro, Forb.rep. Jugoslavien Serbien, forb.rep. Jugoslavien samt Serbien Montenegro (efter 2003).

De viste nationaliteter er udvalgt på baggrund af deres andel af de samlede udgifter samt antal helårspersoner. Øvrige nationaliteter er samlet i gruppen ”øvrige lande”.



Figur 4.11. viser i supplement hertil den gennemsnitlige udgift pr. indkvarteret årsperson på de samme nationalitetsgrupper, og det fremgår her, at særligt er den store gruppe af kosovarer trækker en høj gennemsnitlig udgift pr. indkvarteret årsperson. Den gennemsnitlige udgift pr. indkvarteret kosovar er således mere end halvanden gange så høj som pr. indkvarteret iraker.

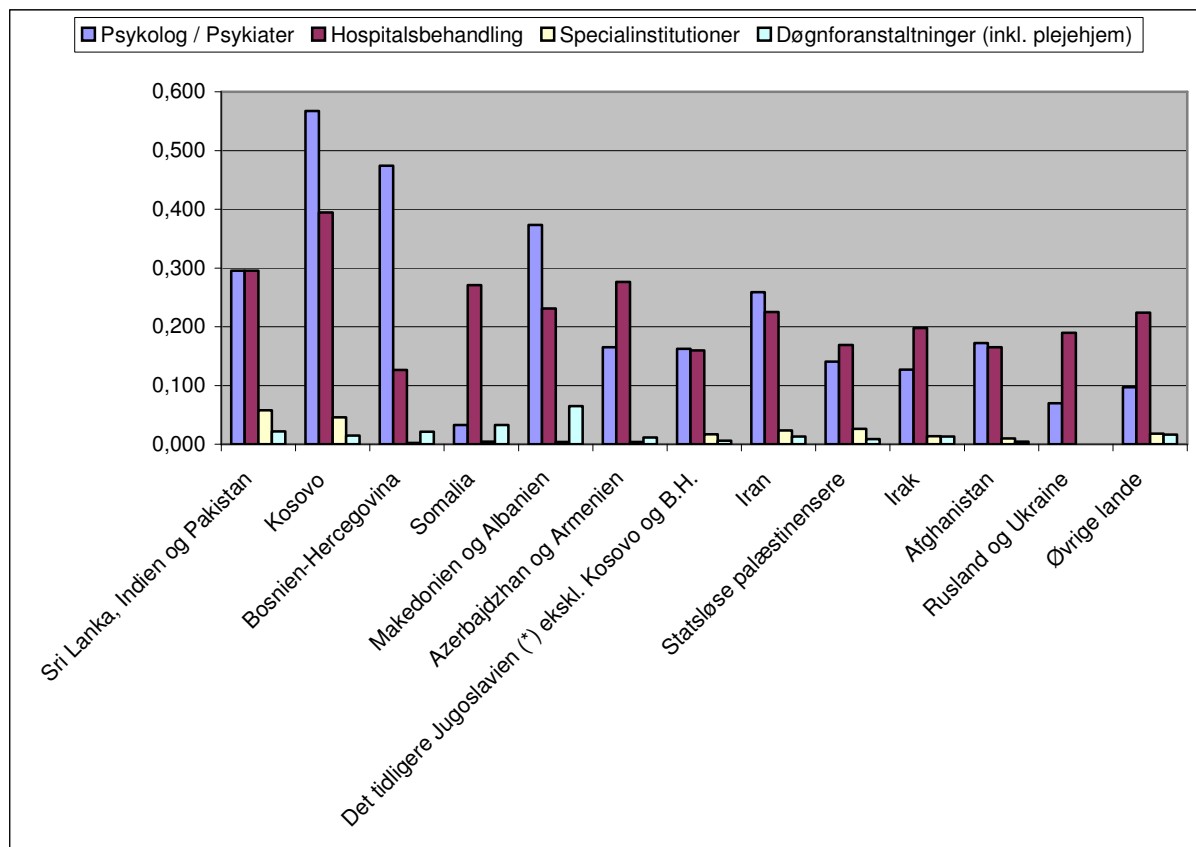
**Figur 4.11. Gennemsnitligt godkendt beløb til godkendelseskrævende social- og sundhedsydelser, fordelt på udvalgte nationaliteter fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005. Løbende priser.**



I figur 4.12. nedenfor undersøges det nærmere, hvilke typer af ydelser, de forskellige nationalitetsgrupper ansøger om. Figuren viser antallet af ansøgninger på de fire mest udgiftstunge ydelseskategorier pr. indkvarteret asylansøger fra de udvalgte nationalitetsgrupper.

Figuren viser, at asylansøgere fra Kosovo, Bosnien-Hercegovia og Makedonien/ Albanien ansøger relativt hyppigere om psykolog/psykiater-behandling end de øvrige nationalitetsgrupper. For så vidt angår hospitalsbehandling er der større lighed mellem de udvalgte nationaliteter, om end også kosovarerne har en større ansøgningsfrekvens på dette område.

**Figur 4.12. Antal imødekomne ansøgninger om udvalgte social- og sundhedsydelser pr. indkvarteret asylansøger fordelt på nationalitet opgjort som gennemsnit i perioden fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005.**



På specialinstitution-området skiller navnlig gruppen fra Sri Lanka, Indien og Pakistan og fra Kosovo sig ud, mens det for døgnforanstaltningernes vedkommende er gruppen fra Makedonien/Albanien, der har fået imødekommet flest ansøgninger pr. indkvarteret fra denne nationalitetsgruppe.

Figur 4.12. viser, at asylansøgere fra Kosovo og Bosnien-Hercegovia får godkendt flere ansøgninger om psykolog- og psykiaterbehandling end de øvrige nationalitetsgrupper. Det er imidlertid farligt alene på dette grundlag at konkludere, at psykiske lidelser er mere udbredt blandt de to nationalitetsgrupper end blandt øvrige asylansøgere.

Det forhold, at kosovarene i dag står for den største andel af de samlede godkendelseskrævende sundhedsudgifter, gør det relevant at undersøge gruppen nærmere.

Tabel 4.3. viser således, at det gennemsnitligt godkendte beløb for kosovarene er væsentligt højere for to af de tre grupper, nemlig personerne med kortest og med længst opholdstid, end for de tilsvarende grupper af alle asylansøgere. For gruppen af asylansøgere med en opholdstid på 1-3 år er det gennemsnitligt godkendte beløb imidlertid ca. 3 pct. højere for hele gruppen af asylansøgere end for kosovarene, (jf. dog afsnit 4.3. ovenfor, hvor det fremgik, at gruppen med en opholdstid på 1-3 år trak forholdsmæssigt meget i 1. halvår 2005).

**Tabel 4.3. Gennemsnitligt godkendt beløb i kr. pr. indkvarteret kosovar fordelt på opholdstid i fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005. Løbende priser.**

	Gennemsnitligt antal indkvarterede	Antal godkendte ansøgninger	Samlet beløb	Gennemsnitligt godkendt beløb pr. indkvarteret	Gennemsnitligt godkendt beløb pr. helårsperson (alle nationaliteter) i kr.
0-360 dage	254	184	3.916.597	15.399	8.446
1-3 år	520	537	5.138.723	9.885	10.134
Over 3 år	363	459	6.361.781	17.550	7.881
I alt	1.137	1.180	15.417.101	13.563	9.031

Det er på baggrund af ovenstående nærliggende at antage, at udviklingen inden for de store nationalitetsgrupper vil have betydning for udgiftspreset i de kommende år.

Således vil en relativt større andel af indkvarterede fra Kosovo alt andet lige øge den gennemsnitlige pris for godkendelseskrævende social- og sundhedsydelser, og en relativt større andel af indkvarterede fra Irak, Afghanistan og Rusland/Ukraine alt andet lige mindske den gennemsnitlige udgift.

Det kan på den baggrund være relevant at betragte udviklingen i nationaliteternes relative vægt i forhold til det samlede antal indkvarterede asylansøgere, som fremgår af tabel 4.4. Det bemærkes indledningsvist, at der i 1. halvår 2005 opførelsesmæssigt er sket visse omorganiseringer af nationalitetskategorierne fra det tidligere Jugoslavien, hvorfor ændringerne fra 2. halvår 2004 til 1. halvår 2005 skal tages med forbehold.

Betragtes det tidligere Jugoslavien, Kosovo og Bosnien-Hercegovina samlet set, viser tabel 4.4. dog en mindre nedgang i den andel, som disse nationalitetsgrupper udgør, nemlig fra 30,0 pct. til 26,4 pct. Det bemærkes i forlængelse heraf, at alle nye ansøgere fra Serbien & Montenegro (ekskl. Kosovo) efter 1. april 2005 går i ÅGH-procedure, hvilket må forventes at mindske antallet af asylansøgere herfra.

**Tabel 4.4. Udvalgte nationaliteters relative vægt i det samlede antal indkvarterede asylansøgere fordelt på halvår fra 2001 til 1. halvår 2005.**

Nationalitet	2001 1	2001 2	2002 1	2002 2	2003 1	2003 2	2004 1	2004 2	2005 1
Sri Lanka, Indien og Pakistan	2,7	2,7	2,5	2,1	1,8	1,8	1,8	1,3	1,6
Det tidligere Jugoslavien (*)	11,3	12,0	13,9	15,9	16,9	11,8	10,3	11,7	7,5
Kosovo	9,1	8,3	8,1	8,6	9,6	12,1	12,7	14,1	16,4
Bosnien-Hercegovina	18,8	14,7	13,1	11,1	9,4	7,1	4,9	4,1	2,5
Somalia	3,6	3,8	4,0	2,4	2,3	2,4	2,9	3,2	3,5
Makedonien og Albanien	1,1	2,1	2,5	2,3	2,5	3,2	3,2	2,6	2,3
Azerbajdzhan og Armenien	4,2	3,3	2,5	2,7	2,9	3,0	3,2	3,1	3,0
Iran	4,3	4,3	4,4	4,8	4,7	4,6	4,7	4,5	4,4
Statsløse palæstinensere	2,4	2,8	3,1	3,7	4,4	5,4	5,7	5,6	4,6
Irak	18,8	20,1	19,6	20,4	20,0	22,6	24,4	23,9	25,7
Afghanistan	11,5	13,4	13,8	14,6	12,8	10,4	8,3	7,0	5,9
Rusland og Ukraine	1,6	1,6	1,6	1,6	2,3	3,1	4,1	4,7	5,0
Øvrige lande	10,5	10,9	10,8	10,0	10,3	12,5	13,8	13,9	17,7
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Der er ultimo august 2005 ca. 1.660 personer i udsendelsesposition i det danske center-system. Heraf er ca. 340 personer fra Kosovo. Personer fra Kosovo udgør således ca. 20 pct. af alle asylansøgere i udsendelsesposition i Danmark, og er dermed den næststørste

nationalitetsgruppe blandt disse (den største gruppe er irakere, der udgør ca. 36 pct. af alle personer i udsendelsesposition).

Hjemrejse for disse personer vil alt andet lige bidrage betydeligt til at lempe udgiftspresset på det godkendelseskrævende sundhedsområde. Det bemærkes dog, at kosovarer fortsat udgør en betydelig nationalitetsgruppe blandt indrejste asylansøgere i Danmark med i alt 103 asylansøgere i årets første otte måneder, hvilket svarer til ca. seks pct. af det samlede antal indrejste asylansøgere i denne periode. Den største nationalitetsgruppe, der i 2005 har søgt asyl i Danmark er fra Serbien og Montenegro, der udgør ca. 12 pct. af alle indrejste asylansøgere, men gruppen må forventes at blive mindre efter indførelsen af ÅGH-proceduren for denne nationalitetsgruppe fra 1. april 2005. Personer fra Bosnien-Hercegovina udgør i samme periode ca. to pct. af de indrejste asylansøgere.

Ses der omvendt på de nationalitetsgrupper, der har en relativt lav gennemsnitlig pris – irakere, afghanere, russere og ukrainere – er andelen af irakere, russere og ukrainere i indkvarteringssystemet stigende, mens andelen af afghanere er faldende.

Det vil have stor indflydelse på udgiftsudviklingen både absolut og i forhold til antallet af asylansøgere, om det lykkes at hjemsende et større antal irakere og afghanere fremover. Disse udgør således aktuelt omkring en femtedel af alle asylansøgere i udsendelsesposition. I modsætning til kosovarerne vil en reduktion i antallet af asylansøgere fra Irak og Afghanistan dog umiddelbart alt andet lige trække i retning af en øget gennemsnitlig udgift pr. asylansøger. Det gælder dog selvsagt ikke, hvis de konkrete personer, der bliver i Danmark, har eller får – eventuelt i takt med en længere opholdstid – lidelser, der nødvendiggør udgiftstung sundhedsbehandling.

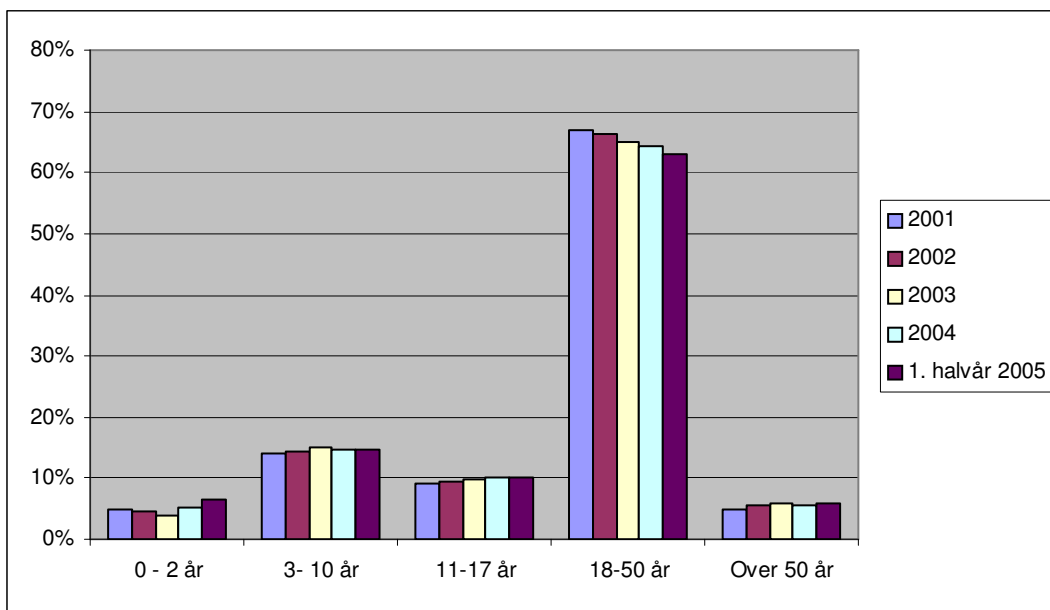
Det kan konkluderes, at ændringer i nationalitetssammensætningen blandt asylansøgerne alt andet lige vil have stor betydning for udgiftsudviklingen for de godkendelseskrævende social- og sundhedsydelse. Ikke mindst ændringer i andelen af personer fra Kosovo vil have stor betydning, idet denne gruppe i dag står for ca. 20 pct. af de samlede udgifter.

Det er imidlertid vanskeligt at forudsige forskydninger i nationalitetssammensætningen, som i dag ikke mindst afhænger af de faktiske udsendelsesmuligheder til specifikke lande.

#### **4.6. Udviklingen i aldersfordelingen**

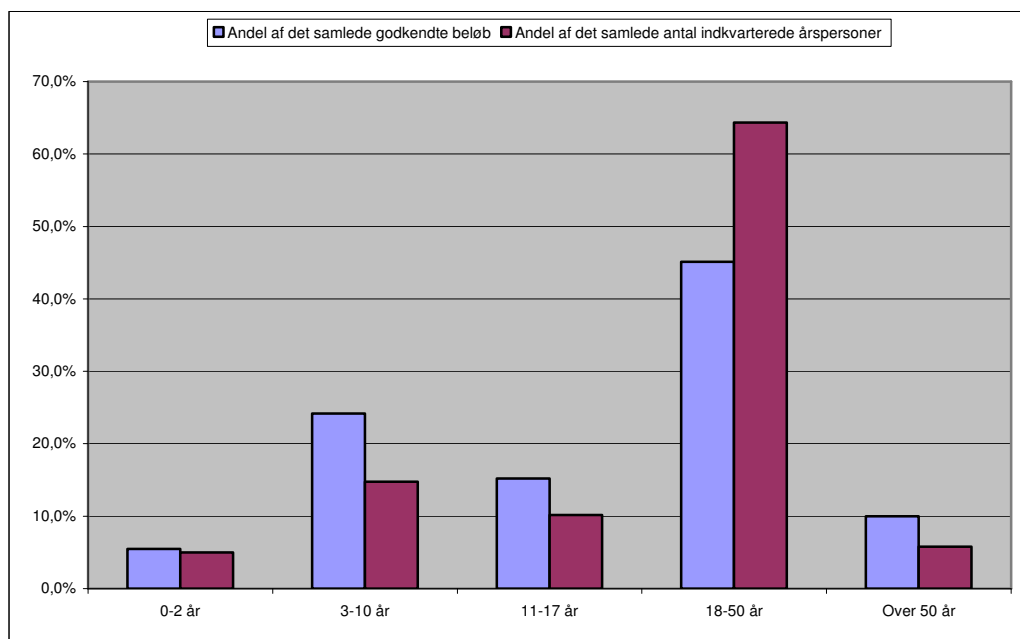
I perioden fra 2001 til 1. halvår 2005 ligger gennemsnitsalderen for asylansøgere stort set uændret på ca. 25,5 år. Der har samtidig kun fundet små forskydninger sted imellem de enkelte alderskategorier, jf. figur 4.13. Ingen forskydninger mellem de udvalgte aldersgrupper er større end fire pct., som gælder for den største aldersgruppe (18-50 år). Det bemærkes dog, at den lille gruppe af asylansøgere på 0-2 år fra 2003 til 1. halvår 2005 er steget med ca. 2,5 pct. Det kan dog samlet set konstateres, at aldersfordelingen i perioden har været meget stabil.

**Figur 4.13. Aldersfordeling for asylansøgere på udvalgte alderskategorier som pct. andel af den samlede gruppe af indkvarterede asylansøgere 2001 til 1. halvår 2005**



Dette stabile aldersbillede kan danne baggrund for figur 4.14., som viser den relative fordeling af godkendte beløb i perioden fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005 fordelt på de samme alderskategorier. Det fremgår af denne figur, at gruppen af 3-10-årige lægger beslag på en forholdsmæssig stor del af det samlede godkendte beløb, nemlig ca. 24 pct., på trods af at gruppen kun udgør ca. 15 pct. af den samlede gruppe af indkvarterede asylansøgere.

**Figur 4.14. Indkvarterede asylansørgeres andel af godkendte beløb til godkendelseskrævende social- og sundhedsydelser fordelt på udvalgte alderskategorier opgjort som gennemsnit i perioden fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005. Løbende priser.**

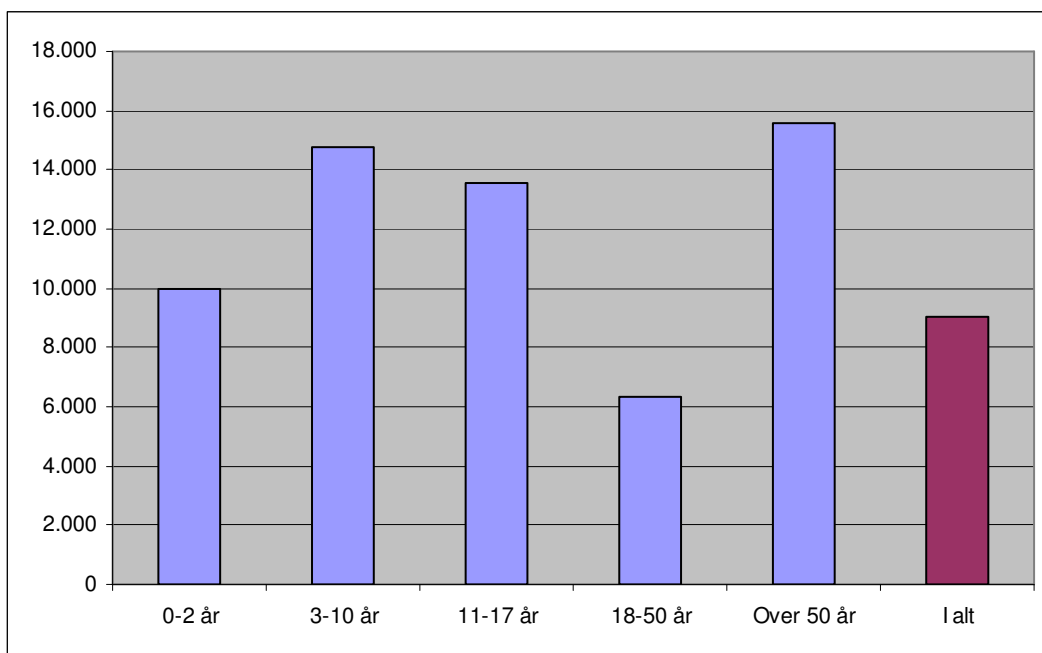


Tilsvarende gælder for gruppen af 11-17-årige og gruppen over 50 år, at de koster relativt mere, end deres størrelse tilsiger, nemlig hhv. ca. fem og fire pct.

Omvendt lægger de 18-50-årige asylansøgere, der udgør ca. 64 pct. af den samlede gruppe af indkvarterede asylansøgere, kun beslag på omkring 45 pct. af de samlede sundhedsudgifter.

Nedenstående figur 4.15. giver et overblik over det gennemsnitligt godkendte beløb til social- og sundhedsydelser fordelt på aldersgrupper i samme periode.

**Figur 4.15. Gennemsnitligt godkendte beløb til godkendelseskrævende social- og sundhedsydelser fordelt på aldersgrupper fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005.**



Ikke overraskende viser figuren, at det er de ældre asylansøgere, der i gennemsnit har fået godkendt det højeste beløb (ca. 16.000 kr.). Tal fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet viser, at det også er tilfældet generelt i Danmark, at sundhedsudgifterne pr. person er højest for ældre borgere.

Sammensætningen af gennemsnitsprisen for denne aldersgruppe undersøges nærmere i tabel 4.5. nedenfor. Tabellen viser for det første, at hospitalsbehandling udgør ca. 65 pct. af det samlede godkendte beløb og dermed er den primære udgiftspost for aldersgruppen.

**Tabel 4.5. Udgifter pr. godkendt social- og sundhedsydelse for aldersgruppen af asylansøgere over 50 år opgjort som gennemsnit i perioden 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005. Løbende priser.**

Ydelse	Antal godkendelser	Samlet godkendt beløb i kr.	Gennemsnitlig pris pr. godkendelse i kr.
Psykolog / Psykiater	101	453.483	4.490
Tandbehandling	62	225.915	3.644
Fysioterapi / Ergoterapeut	29	75.723	2.611
Speciallæge (privat)	25	97.468	3.899
Hospitalsbehandling	323	5.023.884	15.554
Specialinstitutioner	.	.	.
Døgnforanstaltninger, inkl. plejehjem	4	318.812	79.703
Støttepersoner	3	151.958	50.653
Andet	47	1.384.325	29.454
I alt	594	7.731.569	13.016

For det andet ses det, at det generelt er døgnforanstaltninger (inkl. plejehjem), der i gennemsnit koster mest pr. godkendelse, ca. 79.700 kr. En hospitalsbehandling koster gennemsnitligt ca. 15.500 kr. for aldersgruppen over 50 år.<sup>7</sup>

Det fremgik af figur 4.15., at også de gennemsnitlige godkendte beløb for gruppen af 3-10-årige samt gruppen af 11-17-årige er relativt høje (ca. 14.800 kr. og 13.500 kr.), hvilket ikke generelt er tilfældet i Danmark for så vidt angår sundhedsudgifter.<sup>8</sup> I tabel 4.5. nedenfor undersøges gruppen af 3-10-årige nærmere med henblik på at afdække årsager til den høje gennemsnitlige pris.

---

<sup>7</sup> Det bemærkes i forlængelse heraf, at der naturligvis er forskel på omfanget af de respektive ydelser. En døgnforanstaltning kan f.eks. godkendes for op til tre måneder ad gangen, mens nogle behandlinger, f.eks. hospitalsindlæggelser eller større tandbehandlinger, kan gennemføres på en eller få dage. Det er derfor ikke hensigtsmæssigt at sammenligne ydelserne direkte med hinanden.

<sup>8</sup> Direkte sammenligninger vanskeliggøres imidlertid af, at også det sociale område er inkluderet i denne analyse.

**Tabel 4.6. Udgifter pr. godkendt social- og sundhedsydelse for aldersgruppen 3-10-årige asylansøgere opgjort som gennemsnit i perioden 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005. Løbende priser.**

Ydelse	Antal godkendelser	Samlet godkendt beløb i kr.	Gennemsnitlig pris pr. godkendelse i kr.
Psykolog / Psykiater	95	487.583	5.132
Tandbehandling	23	119.570	5.199
Fysioterapi / Ergoterapeut	41	187.777	4.580
Speciallæge (privat)	43	93.181	2.167
Hospitalsbehandling	226	3.199.985	14.159
Specialinstitutioner	89	5.314.152	59.710
Døgnforanstaltninger, inkl. plejehjem	30	6.440.806	214.694
Støttempersoner	55	2.189.228	39.804
Andet	24	390.958	16.290
I alt	626	18.423.239	29.430

Tabellen viser, at den primære årsag til det høje gennemsnitlige godkendte beløb for denne gruppe er en række meget dyre døgnforanstaltninger. Således udgør udgifter til døgnforanstaltninger ca. 35 pct. af de samlede udgifter for denne gruppe, og det er klart denne ydelse, som gennemsnitligt koster mest – i gennemsnit ca. 215.000 kr. pr. godkendt ansøgning.

Også specialinstitutioner og støttempersoner har høje gennemsnitlige priser pr. godkendelse. Sammen med døgnforanstaltninger kan de to ydelser karakteriseres som sociale foranstaltninger, og de tre ydelsestyper udgør tilsammen hele 75 pct. af de samlede social- og sundhedsudgifter for gruppen af 3-10-årige.

Anbringelser uden for centersystemet eller tilknytning af en støttemperson vil ofte være udtryk for omsorgssvigt eller hænge sammen med fysiske eller psykiske handicaps, mens anvendelse af specialinstitutioner ofte har at gøre med specialskoleundervisning af psykisk og fysisk handicappede børn, f.eks. døve, blinde eller autister.

Det bemærkes, at Udlændingestyrelsen i løbet af de sidste to år har set et stigende antal ansøgninger om døgnforanstaltninger. Det fremgik således af efterårets sundhedsanalyse, at der fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2004 var godkendt 7 ansøgninger om døgnforanstaltninger for de 3-10-årige, mens der i de følgende 12 måneder er godkendt hele 23 ansøgninger for samme gruppe. Det bemærkes samtidig, at den gennemsnitlige pris pr. godkendt ansøgning om døgnforanstaltning er faldet en smule fra ca. 252.000 kr. i efterårets analyse til 215.000 kr. i nærværende analyse.

Dette billede bekræftes af tabel 4.7., som viser udgifterne til social- og sundhedsydelser for gruppen af 11-17-årige, som ifølge figur 4.15. også ligger på en høj gennemsnitlig pris pr. indkvarteret person. Tabellen viser således, at det også for denne gruppe er de sociale foranstaltninger (døgnforanstaltninger, specialinstitutioner og støttempersoner), der udgør den største del af udgifterne for gruppen, i alt ca. 85 pct.

Endvidere kan det oplyses, at mens der i perioden fra 2. halvår 2003 til 2. halvår 2004 i alt blev godkendt 18 ansøgninger om døgnforanstaltninger, blev der alene i 1. halvår 2005 godkendt 15 ansøgninger om døgnforanstaltninger for gruppen.



**Tabel 4.7. Udgifter pr. godkendt social- og sundhedsydelse for aldersgruppen 11-17-årige asylansøgere opgjort som gennemsnit i perioden 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005. Løbende priser.**

Ydelse	Antal godkendelser	Samlet godkendt beløb i kr.	Gennemsnitlig pris pr. godkendelse i kr.
Psykolog / Psykiater	113	642.726	5.688
Tandbehandling	10	38.075	3.807
Fysioterapi / Ergoterapeut	30	128.435	4.281
Speciallæge (privat)	20	36.945	1.847
Hospitalsbehandling	105	750.488	7.148
Specialinstitutioner	38	3.336.717	87.808
Døgnforanstaltninger, inkl. plejehjem	33	5.246.556	158.987
Støttestøtpersoner	29	1.321.500	45.569
Andet	5	106.027	21.205
I alt	383	11.607.468	30.307

Det bemærkes afslutningsvis, at en mulig forklaring på de store sundhedsudgifter blandt børn er, at Danmark følger FN's børnekonvention, hvorefter mindreårige asylansøgere skal modtage samme sundhedsbehandling som herboende børn. Dette indebærer, at betaling af udgifter til sundhedsbehandling af asylansøgerbørn som udgangspunkt bevilges, selv om behandlingen ikke opfylder de tre kriterier om nødvendig, uopsættelig og smertelindrende, såfremt behandlingen må antages at tilbydes herboende børn.<sup>9</sup> For så vidt angår iværksættelse af sociale ydelser som døgnforanstaltninger og støttestøtpersoner er udgangspunktet det samme, idet det som tidligere nævnt er kommunernes pligt at føre tilsyn med asylansøgerbørn/unge, der bor på et asylcenter i kommunen.<sup>10</sup> Det er samtidig den enkelte bopælskommune, som umiddelbart har kompetencen til at iværksætte de pågældende foranstaltninger i henhold til først og fremmest lov om social service.

Selvom de øvrige almindelige regler for sundhedsbehandling af asylansøgere mv. skal være opfyldt, førend en behandling kan godkendes, kan de særlige regler for børn være en delvis forklaring på de to aldersgruppers relativt høje gennemsnitspris.

Det kan samlet set konkluderes, at der ikke er anledning til at antage, at de stigende sundhedsudgifter skyldes ændringer i alderssammensætningen blandt asylansøgergruppen. Det bemærkes dog, at den gruppe, som har den laveste gennemsnitlige enhedspris (de 18-50-årige) er den gruppe, hvis størrelse de sidste to år er mindsket mest, nemlig med fire pct. Det kan imidlertid konkluderes, at aldersgrupperne hhv. over 50 år og mellem 3-10 år og 11-17 år trækker relativt mere på sundhedsydelse, end gruppernes størrelse tilsiger. For de ældre asylansøgere er det primært hospitalsbehandling, der trækker udgifterne op. For de unge asylansøgere er det særligt døgnforanstaltninger, specialinstitutioner og støttestøtpersoner. Det bemærkes i forlængelse heraf, at der særligt er set en stigning i antallet af ansøgninger om de meget dyre døgnforanstaltninger, hvilket derfor vil blive undersøgt nærmere i afsnit 4.8. nedenfor.

<sup>9</sup> Kilde: Udlændingestyrelsens "Retningslinier for sundhedsbehandlingen af asylansøgere m.v." af 27. juni 2003, side 17.

<sup>10</sup>Jf. servicelovens § 6 og § 33

#### 4.7. Prisudviklingen for de sundhedsydelse, som asylansøgerne modtager

Detaljeringsgraden i en undersøgelse af prisudviklingen for de sundhedsydelse, som asylansøgerne modtager, begrænses tidsmæssigt, idet der først efter 1. juli 2003 findes data for, hvor meget hver enkelt godkendt ydelse koster. Samtidig forholder Udlændingestyrelsens dispositionsregnskab sig alene til ni overordnede kategorier, og det er hermed ikke umiddelbart muligt at pejle sig nærmere ind på, om f.eks. en hospitalsbehandling dækker over et brækket ben eller en bypassoperation. Endvidere tages der forbehold for forskelle i det tidsmæssige omfang mellem de godkendte ydelser, idet der dog maksimalt kan godkendes ydelser for tre måneder ad gangen.<sup>11</sup> Det betyder, at det generelt er vanskeligt at belyse, hvorvidt de ydelser, som asylansøgerne modtager, er blevet dyrere i perioden.

Det er dog muligt at beregne en gennemsnitspris pr. godkendelse på de ni overordnede kategorier, som benyttes i dispositionsregnskabet, jf. tabel 4.8.

**Tabel 4.8. Gennemsnitspris i kr. pr. godkendt social- og sundhedsydelse opgjort halvårligt fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005. 2005-PL.**

Ydelse	2. halvår 2003	1. halvår 2004	2. halvår 2004	1. halvår 2005	Pct. ændring fra 2003 til 2005
Psykolog / Psykiater	6.104	7.213	7.009	7.104	16,4
Tandbehandling	4.225	3.492	3.269	3.128	-26,0
Fysioterapi / Ergoterapeut	5.551	3.862	4.410	4.186	-24,6
Speciallæge (privat)	4.265	3.157	3.929	3.811	-10,7
Hospitalsbehandling	18.001	17.160	13.901	12.971	-27,9
Specialinstitutioner	78.471	67.194	77.822	86.695	10,5
Døgnforanstaltninger (inkl. plejehjem)	190.939	220.779	253.413	191.970	0,5
Støttepersoner	44.203	45.214	98.015	61.196	38,4
Andet	38.751	40.965	16.240	51.930	34,0
Samlet gennemsnit for alle kategorier	16.821	17.568	19.528	22.436	33,4

Det fremgår af tabellen, at det generelt er vanskeligt at udlede et entydigt mønster indenfor de respektive ydelser, idet halvdelen af ydelseernes gennemsnitlige pris er steget i perioden, mens den anden halvdel har oplevet en faldende enhedspris. Det fremgår imidlertid også, at den *samlede* gennemsnitlige pris pr. ansøgning er steget med ca. 33 pct. fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005. Således opvejer ændringerne ikke hinanden.

Det er i den forbindelse særligt interessant at betragte udviklingen for ydelserne døgnforanstaltninger, specialinstitutioner og hospitalsbehandling, idet det fremgik af tabel 3.4., at det netop var på disse tre områder, at udgifterne var vokset mest fra 2001 til 1. halvår 2005. Tabel 4.8. indikerer, at den gennemsnitlige pris pr. døgnforanstaltning i perioden har varieret, men i 1. halvår 2005 ligger på samme niveau som i 2. halvår 2003.

Fsva. specialinstitutioner har den gennemsnitlige pris også svinget i perioden, idet den dog er steget med ca. 10 pct. fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005. Derimod er den gennemsnitlige pris for hospitalsbehandling faldet støt i perioden med ca. 28 pct.

<sup>11</sup> En nærmere undersøgelse af de to forhold vil kræve en manuel gennemgang af sagerne.

Forklaringen på de stigende gennemsnitlige priser pr. asylansøger skal således næppe findes i generelt stigende gennemsnitlige priser pr. ydelse, idet det dog skal bemærkes, at gennemsnitsprisen for psykolog/psykiater-behandling, støttepersoner samt den brede kategori ”andet” er steget i perioden.

Det skal imidlertid understreges, at datamaterialet ikke giver belæg for at konkludere, at priserne for de enkelte ydelser *ikke* er steget. Såvel udsving som mangel på samme inden for kategorierne kan således i stort omfang hænge sammen med ændringer i sammensætningen af behandlinger inden for de respektive kategorier. Det kan f.eks. være tilfældet, at stigningen i gennemsnitsprisen for psykolog/psykiaterbehandling skyldes en ændret sammensætning mellem hhv. psykolog- og psykiaterbehandling, hvor sidstnævnte som oftest er dyrest. Særligt fsva. psykolog/psykiater-behandling er det således Udlændingestyrelsens opfattelse, at der generelt har været en stigning i prisen pr. behandling, og styrelsen har i øjeblikket en dialog i gang med operatørerne herom. Fsva. stigningen i kategorien ”andet” skyldes denne stigning formentlig, at styrelsen i løbet af 1. halvår 2005 har godkendt enkelte meget dyre medicinpræparater, herunder kræft- og HIV-medicin, hvilket styrelsen ikke tidligere har modtaget ansøgninger om.

Selv om det foreliggende datamateriale ikke giver mulighed for at konkludere, at priserne på de undersøgte sundhedsbehandlinger er steget, viser tal fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at der igennem de senere år har været et generelt udgiftspres på det danske sundhedssystem, der bl.a. skyldes nye og dyrere behandlingstilbud.<sup>12</sup> Dette udgiftspres vil alt andet lige – også på længere sigt – smitte af på de ydelser, som asylansøgerne modtager i det danske sundhedssystem.

#### **4.8. Særligt om de meget dyre behandlinger**

Det fremgik af kapitel 3 om udgiftsudviklingen, at det særligt var døgnforanstaltninger og specialinstitutioner, hvis gennemsnitlige pris pr. indkvarteret asylansøger var eksploderet i perioden fra 2001 og frem til i dag. Samtidig viste afsnit 4.7. om prisudviklingen, at stigningen (i hvert fald fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005) generelt ikke kan henføres til stigende gennemsnitlige priser.

Derfor undersøges i dette afsnit udviklingen i antallet af ansøgninger om meget dyre behandlinger.

Tabel 4.9. viser, at antallet af godkendelser over 50.000 kr. er faldet fra 99 til 79 fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005, men at disse ansøgningers andel af det samlede antal ansøgninger er steget i perioden (fra 6,8 til 7,4 pct.). For de meget dyre ansøgninger over 500.000 kr. bemærkes det, at disse ansøgningers andel også er steget i perioden (fra 0,2 til 0,4 pct.).

Mens der generelt er fald i antallet af ansøgninger fra 50.000-100.000 kr. i overensstemmelse med det generelle fald i antallet af ansøgninger, er antallet af ansøgninger mellem 250.000 og 500.000 kr. steget markant fra en enkelt i 2. halvår 2003 til 18 i 1. halvår 2005.

---

<sup>12</sup> Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet ”Sundhedssektoren i tal”, udgaver fra 1999-2002.

**Tabel 4.9. Antallet af godkendelser fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005 fordelt efter godkendt beløb; 100 pct. realiseringsgrad.**

Antal godkendelser	2. halvår 2003	1. halvår 2004	2. halvår 2004	1. halvår 2005
Alle	1.456	1.482	1.263	1.067
50.000 til 75.000 kr.	42	34	19	12
75.000 til 100.000 kr.	28	26	19	16
100.000 til 250.000 kr.	25	23	29	29
250.000 til 500.000 kr.	1	10	5	18
Over 500.000 kr.	3	2	6	4
Godkendelser over 50.000 i alt	99	95	78	79
< 50.000 kr. godkendelsers andel af alle godkendelser	6,8%	6,4%	6,2%	7,4%
< 500.000 kr. godkendelsers andel af alle godkendelser	0,2%	0,1%	0,5%	0,4%

I oversigt 4.1. nedenfor fremgår, hvad de 15 meget dyre godkendelser på over 500.000 kr. i perioden dækker over.

**Oversigt 4.1. Oversigt over alle godkendte ydelser over 500.000 kr. fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005. Løbende priser; 100 pct. realiseringsgrad.**

Behandling	Godkendt beløb	Godk.dato	Opholdstid	Alder	Fase	Nationalitet
Hospitalsbehandling	930.000	12.01.2004	74	9	Andre	Forb.rep.Jugoslavien,Kosovo
Døgnforanstaltninger	900.000	20.08.2004	248	4,7,9	Verserende i efterbeh.-fasen eller politiets udrejseposition	Sierra Leone
Døgnforanstaltninger	900.000	26.10.2004	315	4,7,9	Verserende i efterbeh.-fasen eller politiets udrejseposition	Sierra Leone
Døgnforanstaltninger	900.000	03.02.2005	415	4,7,9	Verserende i efterbeh.-fasen eller politiets udrejseposition	Sierra Leone
Døgnforanstaltninger	812.076	11.11.2004	51	12	Andre	Forb.rep.Jugoslavien
Døgnforanstaltninger	696.695	10.01.2005	1789	23	Andre	Somalia
Døgnforanstaltninger	628.588	06.11.2003	557	23	Andre	Bosnien-Hercegovina
Hospitalsbehandling	610.000	12.11.2003	73	9	Andre	Forb.rep.Jugoslavien,Kosovo
Døgnforanstaltninger	610.000	15.04.2004	121	4,7,9	Verserende i efterbeh.-fasen eller politiets udrejseposition	Sierra Leone
Døgnforanstaltninger	600.950	24.11.2004	1347	11	Andre	Irak
Døgnforanstaltninger	593.640	09.06.2005	1682	13	Verserende i efterbeh.-fasen eller politiets udrejseposition	Forb.rep.Jugoslavien,Kosovo
Døgnforanstaltninger	568.890	29.07.2004	823	24	Andre	Bosnien-Hercegovina
Døgnforanstaltninger	568.890	04.10.2004	890	24	Andre	Bosnien-Hercegovina
Andet	534.980	21.04.2005	1010	22	Verserende i asyl-sagsbehandlingsfasen	Sri Lanka
Døgnforanstaltninger	526.792	10.10.2003	490	1	Andre	Somalia

Som det fremgår af oversigten, er 12 ud af de 15 dyreste godkendelser døgnforanstaltninger. Heraf vedrører fire godkendelser den samme familie – tre børn fra Sierra Leone, der er blevet tvangsfjernet.

Tabellen viser endvidere, at der ikke er noget entydigt mønster, hvad angår opholdstid og fase for de personer, der har fået godkendt meget dyre behandlinger. Fsva. nationalitet er der – når der ses bort fra personen fra Sierra Leone – en tendens til, at personerne kommer fra det tidligere Jugoslavien. Det bemærkes endvidere, at alle de godkendte ydelser i oversigt 4.1. vedrører børn eller unge mennesker i starten af 20'erne.

Endelig viser oversigten (og tabel 3.2.), at døgnforanstaltninger udgør den mest omkostningsfulde social- og sundhedsydelse. Det fremgik imidlertid også af tabel 4.8., at den gennemsnitlige pris pr. godkendt døgnforanstaltning ikke er steget nævneværdigt i perioden. Det er derfor interessant at undersøge udviklingen i antallet af godkendelser om døgnforanstaltninger.

I 2. halvår 2003 blev der i alt godkendt 14 ansøgninger om døgnforanstaltninger, i 1. halvår 2004 16 ansøgninger, i 2. halvår 2004 33 ansøgninger og endelig i 1. halvår 2005 hele 51 ansøgninger.

Generelt indikerer udviklingen i antallet af godkendte ansøgninger om døgnforanstaltninger et stigende behov i centersystemet for at anvende tilbud uden for centersystemet – især til de meget behandlingskrævende børn og unge. Som tidligere nævnt har kommunerne pligt til at føre tilsyn med asylansøgerbørn/unge, der bor på et asylcenter i kommunen. Alle godkendte ansøgninger om døgnforanstaltninger beror på, at de sociale myndigheder, f.eks. på baggrund af en underretning fra enten personalet på det pågældende asylcenter eller politiet, har vurderet, at der i det konkrete tilfælde er behov for en særlig social indsats i henhold til lov om social service.

I den forbindelse skal det desuden bemærkes, at udgifterne til støttepersoner i perioden fra 2. halvår 2003 og frem til 1. halvår 2005 er faldet mærkbart set i forhold til stigningen i udgifterne til døgnforanstaltninger og specialinstitutioner, som ligeledes er væsentlig dyrere foranstaltninger. Stigningen i godkendte ansøgninger om døgnforanstaltninger og specialinstitutioner set i forhold til godkendte ansøgninger om støttepersoner indikerer tillige, at asylansørgernes generelle sociale tilstand, især for børn og unges vedkommende, indeholder et større behov for en social indsats, end det tidligere var tilfældet.

Det kan samlet set konkluderes, at selv om antallet af godkendte ansøgninger om social- og sundhedsydelser på over 50.000 kr. er faldet i perioden fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005, så udgør de dyre godkendelser i 1. halvår 2005 en større andel af det samlede antal godkendelser end i de tidligere halvår. Hertil kommer, at navnlig de meget dyre ydelser på over 500.000 kr. – hvoraf de fleste er døgnforanstaltninger – i 1. halvår 2005 også udgør en større andel af de godkendte ansøgninger.

#### **4.9. Sundhedsudgifternes følsomhed overfor enkeltpersoners/ familiers sundhedstilstand**

En familie fra Sierra Leone har i perioden fra marts 2004 til april 2005 fået godkendt social- og sundhedsydelser for 5,3 mio. kr., svarende til ca. syv pct. af de samlede udgifter i perioden 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005.

Dette eksempel viser, at sundhedsudgifterne er følsomme over for enkeltpersoners eller familiers sundhedstilstand. I det følgende vil denne problemstilling blive behandlet nærmere.

Tabel 4.10. nedenfor viser i tråd med tabel 4.8., der viste ændringerne i den gennemsnitlige pris pr. godkendt social- og sundhedsydelse, at de godkendte beløb inden for de enkelte kategorier varierer kraftigt.

**Tabel 4.10. Godkendte ydelsers spredning i kr. fordelt på ydelseskategorier i perioden 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005. Løbende priser.**

Ydelse	Maksimum	Gennemsnit	Minimum
Psykolog / Psykiater	54.600	6.715	715
Tandbehandling	25.110	3.559	100
Fysioterapi / Ergoterapeut	56.184	4.432	500
Speciallæge (privat)	24.810	3.692	250
Hospitalsbehandling	930.000	15.168	255
Specialinstitutioner (skoler etc.)	471.699	75.200	1.593
Døgnforanstaltninger (incl. plejehjem)	900.000	209.454	2.400
Støttemønstre	141.370	45.149	2.682
Andet	534.980	35.632	160

Således er der inden for alle kategorier betydelig spredning på det godkendte beløb. F.eks. på hospitalsbehandlingsområdet kostede den billigste behandling 255 kr., mens den dyrest godkendte behandling nåede op på 930.000 kr. De særligt dyre hospitalsbehandlinger er f.eks. organtransplantationer, hjerteoperationer, knoglemarvstransplantationer samt HIV/AIDS behandling.

Den store spredning i godkendte beløb inden for behandlingskategorierne viser, at gennemsnitsprisen er følsom over for meget dyre behandlinger. Denne følsomhed forstærkes af et faldende belægningstal. Populært sagt vil færre indkvarterede asylansøgere med et "normalt" sygdomsmønster gøre, at selv en lille stigning i indkvarterede asylansøgere med et omkostningskrævende sygdomsmønster vil veje tungere og påvirke den gennemsnitlige udgift pr. asylansøger mere.

Blot en lille stigning i andelen af godkendelser af f.eks. dyre hospitalsbehandlinger eller døgnforanstaltninger vil således påvirke gennemsnitsprisen markant. En stigning i denne andel kan bl.a. ske som følge af en øget tilstrømning af særligt behandlingskrævende asylansøgere, eller hvis asylansøgerne i indkvarteringssystemet i højere grad har behov for særligt dyre ydelser, bl.a. som følge af stigende opholdstid. En anden forklaring kan være, at der sker en øget afgang fra indkvarteringssystemet af mindre behandlingskrævende asylansøgere. Det kan så at sige være de "tunge" asylansøgere, der bliver i indkvarteringssystemet, f.eks. efter endeligt afslag på asyl. Jf. bl.a. at humanitær opholdstilladelse indtil den 1. maj 2004 typisk først er blevet søgt efter afslag i Flygtningenævnet.<sup>13</sup>

Der gives i oversigt 4.2. eksempler på de tungeste asylansøgere/asylansøgerfamilier. I alt har 30 forskellige enkeltpersoner eller familier i perioden 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005 fået godkendt social- og sundhedsydelse for over 500.000 kr. Tabellen viser den tungeste del af disse personer/familier, dvs. de 12 der har fået godkendt sundhedsbehandling for over 1.000.000 kr.

<sup>13</sup> En lovændring pr. 1. maj 2004 muliggør parallel behandling af sager i Flygtningenævnet og ansøgninger om humanitær opholdstilladelse.

### Oversigt 4.2. Indkvarterede personer/familier med godkendelser for over 900.000 kr. (90 pct. realiseringsgrad) i perioden 2. halvår 2003 til 1.halvår 2005. Løbende priser.

	Pris	Antal godkendte ydelser	Godkendelsestidspunkter	Køn og alder	Land	Sagsstatus og opholdstid
1	5.277.072	16 døgninstitutioner, 3 psykolog/ psykiater	fra marts 2004 - april 2005	Kvinde 27 år, børn 3,6 og 7 år	Sierra Leone	Udsendelsesfasen, 77-941 dage
2	2.595.670	7 døgnforanstaltninger	fra november 2003 - januar 2005	Kvinde 23 år	Bosnien-Hercegovina	Afslag på § 9c i juli 2005, 557-1000 dage
3	1.874.942	4 døgninstitutioner, 1 hospitalsbehandling, 1 specialinstitution, 1 psykolog/psykiater	fra februar 2004 - april 2005	Barn 17 år	Somalia	Sagsbehandlingsfasen (udrejsefrist udsat i januar 2005), 577-1001 dage
4	1.727.722	5 psykolog/psykiater, 3 fysio/ergoterapi, 3 hospitalsbehandlinger, 2 specialinstitutioner, 2 støttepersoner	fra september 2003 - februar 2005	Mand 30 år, kvinde 27 år, barn 9 år	Kosovo	§ 9b tilladelse januar 2005, 73-659 dage
5	1.648.891	4 støttepersoner, 3 specialinstitutioner, 1 psykolog/psykiater, 1 døgnforanstaltning	juli 2003 - maj 2004	Barn 9 år	Irak	§ 9c tilladelse oktober 2004, 835-1347 dage
6	1.550.043	4 døgninstitutioner, 1 psykolog/psykiater	oktober 2003 - januar 2005	Kvinde 22 år, børn 1 og 3 år	Ukendt	Kvinde afslag på familiesammenføring - klagesag i InM. Børn §9 tilladelse i februar 2004. Børn 490-906 dage, kvinde 1331-1789 dage
7	1.286.631	5 døgnforanstaltninger, 2 specialinstitutioner, 1 hospitalsbehandling	september 2003 - april 2005	Barn 11 år	Jugoslavien	§ 9c tilladelse maj 2005, 237-812 dage
8	1.176.151	7 hospitalbehandlinger, 4 psykolog/ psykiater, 3 døgnforanstaltninger	oktober 2003 - juni 2005	Mand 38 år, kvinde 33 år, børn 3, 8 og 12 år	Kosovo	Udsendelsesfasen, 1284-1682 dage
9	1.169.278	12 døgnforanstaltninger, 8 hospitalsbehandlinger, 2 støttepersoner, 2 hjemmehjælp/sygeplejerske, 1 speciallæge, 1 psykolog	juli 2003 - juni 2005	Kvinde 39 år, børn 2,7,9, 16 år	Irak	Udsendelsesfasen, 981-1672 dage
10	937.004	10 psykolog/psykiater, 5 specialinstitutioner, 5 døgninstitutioner, 4 andet, 2 støttepersoner, 2 fysio/ergoterapi, 2 tandlæge	august 2003 - juni 2005	Kvinde 36 år, børn 7 og 9 år	Irak	Sagsbehandlingsfasen, 743-1432 dage
11	926.730	3 andet, 2 psykolog/psykiater, 1 døgninstitution	december 2004 - april 2005	Mand 21 år	Sri Lanka	Sagsbehandlingsfasen, 882-1022 dage
12	911.937	15 hospitalsbehandlinger, 9 fysio/ergoterapi, 5 støttepersoner, 5 specialinstitutioner, 3 psykolog/psykiater, 1 døgninstitution, 1 andet	juli 2003 - maj 2005	Kvinde 45 år, barn 12 år	Irak	§ 9c tilladelse maj 2005, 263-961 dage
<b>I alt</b>	<b>21.082.070</b>	<b>186 godkendte ansøgninger</b>		<b>30 personer</b>		

Oversigten viser, at de i alt 12 familier/30 enkeltpersoner står for ca. 21,1 mio. kr. af det samlede godkendte beløb på ca. 77,6 mio. kr. i perioden fra 2. halvår 2003 til 1. halvår 2005. Disse 30 enkeltpersoner (svarende til ca. 60 årspersoner), som i alt udgør ca. 0,7 pct. af alle indkvarterede asylansøgere i perioden, beslaglægger således ca. 27 pct. af de samlede udgifter. Dette viser, at selv marginale udsving i omfanget af rigtig ”tunge” asylansøgere har stor betydning for udgiftspresset på de godkendelseskrævende social- og sundhedsydelser.

Familierne/enkeltpersonernes nationalitet er forholdsvis varieret, og der ses både nogle af de gennemsnitligt meget dyre asylansøgere (Kosovo, Bosnien-Hercegovina, Somalia og Sri Lanka) og de noget gennemsnitligt ”billigere” asylsøgere (Irak), jf. figur 4.11. Det bemærkes, at det naturligvis bl.a. er ovennævnte personer, der medvirker til at trække det gennemsnitlige godkendte beløb for disse nationaliteter op.

Hvad angår alder, er der blandt personerne i oversigt 4.2. mange børn, hvilket svarer godt til det billede, som blev tegnet i afsnit 4.6. Oversigten viser endvidere, at mange af de meget dyre asylansøgere ved godkendelsestidspunkterne har opholdt sig meget længe i centersystemet, de fleste længere end den gennemsnitlige opholdstid i centersystemet

på 2½ år.<sup>14</sup> Kun tre af de 12 familier/enkeltpersoner befinder sig pt. i udsendelsesfasen, mens fem stadig er i gang med at få deres sag eller klagesag behandlet. Det bemærkes, at der er meddelt opholdstilladelser til fire familier/enkeltpersoner i løbet af perioden.

Det fremgik af tabel 3.3., at den gennemsnitlige udgift pr. asylansøger for 1. halvår 2005 var 12.096 kr. En reduktion af dette beløb på 27 pct. – som ydelserne for personerne i oversigt 4.2. udgør – ville bringe denne gennemsnitspris ned på ca. 8.800 kr.

Antages det omvendt, at der i 1. halvår 2005 blev indkvarteret ti familier/enkeltpersoner mere i asylsystemet. der hver kostede 250.000 kr. pr. halvår, ville den gennemsnitlige pris alt andet lige stige med 1.428 kr., svarende til ca. 11 pct., jf. oversigt 4.3. nedenfor.

#### **Oversigt 4.3. Regneeksempel på konsekvenser ved indkvartering af 10 ekstra og 10 færre udgiftskrævende personer, jf. realiserede tal fra tabel 3.2. og 3.3.**

<b>1. halvår 2005</b>	<b>Antal indkvarterede årspersoner</b>	<b>Gennemsnitlig pris i kr. pr. indkvarteret årsperson</b>	<b>Samlede udgifter i kr.</b>
Realiseret	1.656	12.096	20.030.818
Hypotetisk ved 10 ekstra personer á 250.000 kr.	1.666	13.524	22.530.818
Hypotetisk ved 10 færre personer á 250.000 kr.	1.646	10.651	17.530.818

Samlet set kan det konkluderes, at udgiften til sundhedsydelser for asylansøgere er følsomt over for særligt dyre enkelttilfælde. Dette er ikke mindst tilfældet ved et lavt indkvarteringsomfang. Følsomheden er dermed øget ganske meget i perioden fra 2. halvår 2003 og frem til i dag.

#### **4.10. Konsekvenser af omlægninger hos operatørerne**

Dansk Røde Kors Asylafdelingen har i årene 2001-2002 gennemført en større omorganisering, hvor det faglige og administrative personale på centrene er reduceret kraftigt til fordel for fælles administration mv. i samdrifter for 2 eller flere centre. Også Beredskabsstyrelsen Fyn er gået i retning af at samle en række funktioner, således at disse dækker flere centre.

Disse omlægninger er bl.a. motiveret af, at det har været erfaringen, at f.eks. tilstedeværelsen af fast sundhedspersonale på centrene har medført et vist pres på konsultationer hos samme, herunder på indhentelse af recepter mv. Det sidste forhold har således tidligere belastet de almene sundhedsudgifter. Hertil kommer, at omlægningerne har bidraget meget væsentligt dels til udmøntningen af de generelle effektiviseringskrav, dels til

---

<sup>14</sup> Da datamaterialet kun dækker over det sidste år, er det imidlertid ikke muligt at konkludere, at de pågældende familier/enkeltpersoners sundhedstilstand er blevet ringere af opholdet i centersystemet. Det bemærkes således, at ni ud af de 12 familier/personer i oversigt 4.2. har fået godkendelser helt tilbage fra 2. halvår 2003. De pågældende kan således ligeledes have haft høj godkendelsesfrekvens i tiden inden 1. juli 2003 og hermed have haft et behandlingsbehov siden ankomsten til Danmark.



opfyldelsen af resultatmål ang. besparelser i kontrakterne indgået mellem Udlændingestyrelsen og operatørerne.

På mange centre har der således ikke været fast personale til stede hver dag, og på nogle centre har der kun været personale få gange om ugen.

Det bemærkes dog, at siden 2002 har det faldende antal indkvarterede asylansøgere og medfølgende centerlukninger resulteret i, at der stort set ikke er samdrifter tilbage i centersystemet. I dag er der således et sundhedstilbud i tilknytning til de fleste centre.

I takt med generelle personalereduktioner er der imidlertid en række funktioner – herunder i relation til omsorgsbehov – der ikke længere kan varetages på centrene, og en række lidelser, omsorgsbehov mv., der ikke kan varetages. Man kan sige, at rummeligheden på centrene er reduceret i takt med omlægninger og personalereduktioner.

Det er Udlændingestyrelsens indtryk, at dette påvirker ansøgningsfrekvensen for så vidt angår eksterne støttepersoner og har lagt et vist pres på omfanget af anbringelser uden for centersystemet på f.eks. specialinstitutioner og i plejeforanstaltninger for ældre.