



emcdda.europa.eu

Public expenditure in the area of drug-demand reduction

EMCDDA 2003 selected issue

In EMCDDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway

Offentlige udgifter til efterspørgselsbegrænsende initiativer ⁽¹⁹⁹⁾

Den Europæiske Unions narkotikastrategi (2000-04) anfører, at Rådet og Europa-Kommissionen med udgangspunkt i EONN's og Pompidou-gruppens arbejde skal tilstræbe at udarbejde en specificeret liste over alle offentlige udgifter på narkotikaområdet.

I bestræbelserne på at leve op til Den Europæiske Unions narkotikastrategi undersøger EONN — med værdifuld bistand fra de nationale Reitox-knudepunkter — i denne beretning de direkte offentlige udgifter til efterspørgselsbegrænsende initiativer, som er påløbet i 1999 ⁽²⁰⁰⁾. Der fokuseres på udgifter på nationalt og regionalt plan, bekæmpelse af stoffbrug, behandling af misbrug (døgn- og ambulante behandlingscentre, substitutions- og stoffri behandling), resocialisering og reintegration, opsøgende arbejde, skadesreduktion og uddannelse samt undersøgelser og koordination i forbindelse med begrænsning af efterspørgslen. Med henblik på en bedre afgrænsning af undersøgelserne har vi udeladt de direkte udgifter, som er afholdt af private sundhedsorganisationer (terapicentre, klinikker mv.), og indirekte udgifter, afholdt af generelle serviceudbydere som sygehuse og skadestuer. Endelig er det bredere og langt mere komplekse spørgsmål om de sociale omkostninger ved illegale stoffer ikke blevet berørt.

Hovedformålet med at behandle spørgsmålet om offentlige udgifter på narkotikaområdet (om end i begrænset udstrækning) i denne beretning er at gøre EU-landene opmærksomme på vigtigheden af at skabe en narkotikapolitisk indikator i stedet for empiriske beviser.

Dataenes begrænsning og pålidelighed

Selv om vi har begrænset vores område, bekræfter de opnåede resultater de vanskeligheder, der opstår på grund af manglende datatilgængelighed og -indsamling på et område, som er relativt underudviklet i EU. Ud over de »ad hoc«-undersøgelser, der er foretaget som led i forberedelsen af denne beretning ⁽²⁰¹⁾, er det kun meget få undersøgelser, der er gennemført til kvantificering af de offentlige midler, der afsættes til behandling af narkotikaproblemer i EU ⁽²⁰²⁾. De

fleste EU-lande kan ikke præcist sige, hvor meget de bruger på bekæmpelse af narkotika og stofmisbrug.

De fleste deltagere i undersøgelsen kunne således ikke formidle omfattende data. Visse taloplysninger savnes, og ofte er beregningerne baseret på skøn og ekstrapolation ⁽²⁰³⁾.

Som indberettet af et stort antal knudepunkter og bekræftet af litteratur på området, er der mindst fem faktorer, som kan begrænse denne type undersøgelser: 1) De manglende data fra visse områder og lande; 2) vanskeligheden med at isolere data om illegale stoffer fra data, der både omfatter illegale stoffer og alkohol; 3) de mange forskelligartede udgiftsansvarlige aktører og organisationer på statsligt, regionalt og lokalt plan; 4) problemet med præcist at opdele offentlige udgifter på teoretiske kategorier som f.eks. efterspørgsels- og udbudsbegrænsning; 5) vanskelighederne ved at opdele udgifterne inden for disse to kategorier efter indsatsområde (behandling, primær forebyggelse, rehabilitering, samarbejde, koordinering osv.).

Det er dog interessant at bemærke, at selv om denne form for undersøgelser klart vanskeliggøres af metodologiske problemer, viser beslutningstagerne en stigende interesse i at gå de offentlige budgetter efter i sømmene ⁽²⁰⁴⁾, både som et grundlag til at træffe beslutninger på og som en måde at måle resultater på.

Udgifter til efterspørgselsbegrænsende aktiviteter

Ved oprettelsen af »en liste« over alle direkte offentlige udgifter til efterspørgselsbegrænsende aktiviteter i EU-medlemsstaterne på basis af de modtagne data fra de nationale knudepunkter, er der gjort forsøg på at sammenligne tilsvarende udgifter.

Selv om der er truffet alle mulige statistiske forholdsregler, er det ikke muligt at imødegå det problem, at de indberettede tal af og til kan referere til forskellige kategorier i de forskellige lande, og at tallene for visse lande ikke foreligger. For Belgien, Danmark, Italien og navnlig Tyskland og Sverige savnes en række relevante oplysninger om efterspørgselsbegrænsende initiativer, hvorfor de samlede tal er kraftigt undervurderet. For andre landes vedkommende (Grækenland, Spanien, Frankrig, Luxembourg, Østrig og

⁽¹⁹⁹⁾ Forskellene i de tilgængelige data begrænser muligheden for at foretage sammenligninger landene imellem. Der findes et mere detaljeret billede af udgifterne på narkotikaområdet i hver enkelt medlemsstat på http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml

⁽²⁰⁰⁾ Referenceår for Den Europæiske Unions narkotikastrategi (2000-2004) »snapshot«-indberetningsøvelse.

⁽²⁰¹⁾ EONN skylder en særlig tak til de græske, østrigske og portugisiske knudepunkter for deres specifikke forskning og undersøgelser på dette område, som øger merværdien af nærværende årsberetning. Ligeledes en tak til professor Pierre Kopp for validering af undersøgelsen.

⁽²⁰²⁾ Belgien (2003), Luxembourg (2002), Det Forenede Kongerige (2002); yderligere referencer findes på http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml

⁽²⁰³⁾ Vort ønske om at medtage så mange lande som muligt, for at give et fuldstændigt europæisk billede, er i konflikt med manglen på data i nogle af landene. Dette betyder, at vi har bevaret et bredt perspektiv, samtidig med at analyse- og sammenligningskapaciteten er blevet kraftigt reduceret på grund af de usikre endelige tal.

⁽²⁰⁴⁾ Belgien (2003), Luxembourg (2002), Det Forenede Kongerige (2002). Flere referencer findes på EONN's websted (http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml).

Portugal) kan dataene anses for at være mere omfattende, om end der er en vis rest af usikkerhed i forhold til de udgiftskategorier, der er medtaget. Navnlig for Nederlandene og Norge vedrører de indberettede skøn både illegale stoffer og alkohol, hvorfor de endelige tal for de to lande bliver forholdsvis høje i forhold til de øvrige. Endelig refererer de fleste data til 1999 som referenceår for evalueringen af EU's handlingsplan, men der er visse undtagelser. For Irland er de indberettede data baseret på statens planlagte udgifter til efterspørgselsbegrænsende initiativer for året 2000, mens der for Frankrig er tale om data, der går tilbage til 1995. For det Forenede Kongerige er der tale om data fra budgetåret 2000-2001. Der skal tages højde for ovennævnte begrænsninger ved tolkningen af beløbene indeholdt i tabel 6.

De samlede beløb, der i 1999 er brugt på efterspørgselsbegrænsende aktiviteter i EU-landene, afspejler grundlæggende hvert lands størrelse og velstand (Kopp og Fenoglio, 2003). Ikke overraskende synes de største og rigeste lande (Tyskland, Frankrig, Italien og Det Forenede Kongerige) i absolutte tal at afsætte flere økonomiske ressourcer end de små lande, om end tallene også er relativt høje for Nederlandene og Norge (muligvis fordi foranstaltningerne mod alkoholfafhængighed er omfattet af disse tal).

Det fremgår af en række undersøgelser (Kopp og Fenoglio, 2003); Origer 2002; Godfrey *mfl.*, 2002), at denne form for skøn kan være en værdifuld informationskilde på nationalt plan. Sammenligninger over tid i et land kan afsløre stigninger eller fald i budgetterne på narkotikaområdet. Sammenligninger mellem sektorer (efterspørgsel, forsyning, internationalt samarbejde osv.) kan ud over de formelle strategier afsløre den reelle finansielle indsats, som gøres mod narkotikafænomenet.

På EU-plan kan sammenligninger mellem landene (de mest komplekse) fastsætte fælles mønstre eller forskelle, hvad angår de ressourcer, der afsættes til narkotikapolitikken. Således kan udgifterne sammenlignes med det europæiske gennemsnit eller med andre regioner i verden.

Desuden kan brugen af makroøkonomiske indikatorer (såsom bruttonationalproduktet (BNP), den samlede befolkning, de samlede regeringsudgifter eller antallet af problematiske stofbrugere) på nationalt og europæisk plan bidrage til at måle udgifternes omfang og give en mere informativ tolkning af data, der adskilt ville have begrænset værdi.

Sammenligningen af udgifterne til efterspørgselsbegrænsende initiativer inden for narkotikaområdet og f.eks. BNP for hvert land viser, hvor mange midler et land anvender til forebyggelse af stofbrug og bekæmpelse af konsekvenserne af narkotika. Det

fremgår af de data, der er indsamlet i denne undersøgelse, at Norge i 1999 allokerede ca. 0,1 % af dets økonomiske velstand (BNP), fulgt af Nederlandene (0,078 %) (selv om narkotika og alkohol indgik i begge landes skøn). Portugal (0,074 %), Finland (0,073 %) og Irland (0,070 %) brugte den største andel af BNP til efterspørgselsbegrænsende aktiviteter på narkotikaområdet; til sammenligning halter de største og tilsyneladende rigeste lande bagud. Da dataene for sidstnævnte er ufuldstændige, kan dette imidlertid være skyld i afvigelserne.

Hvordan disse data skal læses, er ikke helt ligetil, og ikke kun på grund af datamanglen. Den del af ressourcerne, der bruges til bekæmpelse af stofafhængighed i EU-landene, afspejler omfanget af narkotika-problemet eller foranstaltningernes størrelse (eller begge dele) eller niveauet for de sociale og sundhedsmæssige foranstaltninger blandt befolkningen. En gennemgang af disse spørgsmål kan bidrage til at opnå en bedre og dybere forståelse både af fænomenet og de skønsmæssigt anslåede omkostninger.

En anden måde at analysere de offentlige udgifter på er at betragte dem i sammenhæng med det område, de er tiltænkt, i dette tilfælde de problematiske stofbrugere ⁽²⁰⁵⁾. Ved at benytte det skønnede antal problematiske stofbrugere som indikator kan man beregne udgifterne pr. person med størst behov for hjælp. Desværre er den beregning forbundet med to problemer: for det første vedrører tallene ikke nødvendigvis direkte de problematiske stofbrugere, forebyggelse, uddannelse og koordinering på området kan også være rettet mod personer, der ikke er klassificeret som problematiske stofbrugere. For det andet er det af indlysende grunde usikkert at beregne antallet af problematiske stofbrugere.

Igen viser vore data, at værdien af de tilbud, der benyttes af den enkelte narkoman, er betydeligt højere i nogle lande (Finland, Luxembourg, Østrig) end i andre (Grækenland, Portugal, Frankrig, Det Forenede Kongerige). Dette kan tolkes som resultatet af en større indsats på narkotikaområdet i førstnævnte gruppe, men det er dog mere sandsynligt, at tallene afhænger af foranstaltningens kvalitet og type. Forskelle i udgifternes omfang er ikke automatisk et mål for indsatsen, men nærmere for reaktionsmæssige forskelle, som afgøres af den specifikke situation.

Sammen med udgiften pr. problematisk stofbruger er det nyttigt at beregne den samfundsmæssige byrde af den efterspørgselsbegrænsende narkotikapolitik. Ser man på udgifterne til efterspørgselsbegrænsende initiativer i de 16 undersøgte lande (de 15 medlemslande og Norge) og de begrænsede tilgængelige data (tabel 6), udgjorde det

⁽²⁰⁵⁾ Intravenøs stofbrug eller langvarig/regelmæssig brug af opiat, kokain og/eller amfetaminer. Udgiften pr. problematisk stofbruger er beregnet på basis af gennemsnitsrater for det skønnede antal problematiske stofbrugere ifølge indberetninger fra de nationale knudepunkter. For yderligere informationer se statistisk tabel 4: Skønnet antal problematiske stofbrugere i EU-medlemsstaterne, 1995-2001 (onlineversion).

Tabel 6:
Samlede direkte offentlige udgifter i mio. EUR som indberettet i de nationale Reitox-rapporter 2002

Land	Mio. EUR	Udgiftskategorier i 1999
Belgien	139	Behandling (100); rehabilitering (22,5); metadon (8,9); lokalsamfund og regioner: forebyggelse, omsorg, uddannelse, koordinering (8,3) (ikke indeholdt: 7 mio. EUR til forebyggelse af kriminalitet fra indenrigsministeriet)
Danmark	67	Udgifter i forbindelse med »stofmisbrug« for amter og kommuner DKK 495,5, (66,5); forebyggelse på centralt plan DKK 6,2 (0,8), ingen oplysninger for amter og kommuner
Tyskland	343,2	Krisefaciliteter (3,0), psykosocial ledsagelse (13,3); 951 ambulante rådgivningsfaciliteter (57,9); hospitalsrehabilitering (25 % af 434 mio. EUR (99,7); integration på arbejdsmarkedet (4,3); omsorgsboliger (8,0); behandling på stofafvænningsklinikker (97,0); substitutionsbehandling (ikke kendt, men vurderet til mindst 30,0), delstatsbudgetter »stofafhængighed« 23,9 (narkotika) af 127 mio. EUR (30,0). (Ikke indeholdt: udgifter til retsforfølgning og retshåndhævelse)
Grækenland	16,2	39 forebyggelsescentre (OKANA), løn og personale (KETHEA), boliger og driftsomkostninger (2,4); behandling: stoffri, substitution og lavtærskel (11,9); social rehabilitering (0,3); forskning (0,3); OKANA, ingen data; uddannelse (0,8), centrale forvaltningsomkostninger (0,5)
Spanien	181,5	Centralt plan. Indenrigsministeriet (GDNDP); forsvarsministeriet (forebyggelse), ministeriet for sundhed og forbrug, ministeriet for uddannelse og kultur (0,1); udenrigsministeriet, arbejds- og socialministeriet (19,8); fond for konfiskerede goder tildelt begrænsning af efterspørgslen 66 % (2,8); selvstyrende områder (158,7, heraf 22,3 fra GDNDP)
Frankrig (1995)	205,8	Subutex (91,4); social sundhed og bymæssige anliggender (101,9); uddannelse (forskning) (6,6); ungdom og sport (1,3); beskæftigelse og uddannelse (0,12); MILDIT (66 % af 6,9 mio. EUR (3,4) (ikke indeholdt: internationalt samarbejde og tilskud til internationale organisationer)
Irland (2000) skønnede statslige udgifter	57,1	Ministeriet for sundhed og børn (behandling, forebyggelse, forskning) (32,0); erhvervs-, handels- og beskæftigelsesministeriet (reintegration) (6,0); undervisnings- og forskningsministeriet (forebyggelse) (7,5); ministeriet for turisme, sport og fritid (forebyggelse, forskning, evaluering, koordinering) (11,6)
Italien	278,5	Ambulant behandling (99,1); stationær og delvis stationær behandling (88,8); nationale narkotikafondprojekter støttet på lokalt/regionalt plan (67,6); nationale narkotikafondprojekter sponsoreret af ministerierne (23,0). Ingen tilgængelige data fra otte regioner og kun ufuldstændige oplysninger fra de fleste andre regioner
Luxembourg	13,7	Sundhedsministeriet (5,7); familie, social solidaritet og ungdom (2,3); uddannelse, erhvervsuddannelse og sport (0,5); øvrige ministerier (0,3); godtgørelse af socialsikringsudgifter (4,9)
Nederlandene	287,9	»Lov om forvaltning af specielle sygdomme« (til regionale plejeenheder og afvænningsklinikker) (76,0); ministeriet for sundhed, velfærd og sport (ambulant afvænningsbehandling) (7,4); midler til hjemløse narkomaner, forsømte narkomaner (ca. to tredjedele af 150 mio. EUR (112,5); stofrelateret ulempe (24,1); stofforebyggelsesaktiviteter (1,1) (de fleste tal vedrører både narkotika og alkohol)
Østrig	52,3	Statslige, provinsielle og kommunale kilder, herunder sygeforsikring, offentlige arbejdsformidlinger og fonden Healthy Austria: primær forebyggelse (2,4); opfølgende arbejde og skadesreduktion (3,3); rådgivning, pleje og behandling (40,7); reintegration (4,2); kvalitetssikring (0,6); øvrige udgifter/kan ikke henføres (0,8)
Portugal	71,7	Ministerrådets formandskab (16,2); sundhedsministeriet (41,6); undervisningsministeriet (3,1); beskæftigelses- og socialministeriet (9,5); forsvarsministeriet 1,2
Det Forenede Kongerige (2000-01)	466,3	Overdragelse for regnskabsåret 2000-2001 (12 måneder til den 31. marts 2001). Narkotikabehandling 234 mio. britiske pund (367,4); »beskyttelse af de unge« (forebyggelse), 63 mio. britiske pund (98,9)
Finland	76,2	Sundhedspleje (indlagte) (15,1); sundhedspleje (ambulante) (7,9); narkotikarelaterede pensioner (4,3); narkotikarelaterede sygedagpenge (0,5); erstatninger (forsikringselskaber) (0,9); stofmisbrugstjenester (indlagte/ambulante) (26,5); kontanthjælp (4,8); børneforsorg (10,9); forskning og forebyggelse (5,2)
Sverige	62,5	Meget tilnærmelsesvist skøn over udgifter til begrænsning af alkohol- og narkotikaefterspørgslen (Tullverket, 2000). Kommuner 300 SEK (30 EUR), amter 250 SEK (25 EUR) og stat 50 SEK (5 EUR). Ikke-statslige organisationer, fonde og firmaer 25 SEK (2,5 EUR)
Norge	224,9	Skøn over udgifterne på centralt, amts- og kommunalt plan til narkotika- og alkoholrelateret forebyggelse, behandling og sundhedspleje (indlagte/ambulante patienter, stoffri-, substitutionsbehandling) sociale tjenester for stofafhængige, opfølgende arbejde, skades-/risikoreduktion, rehabilitering og reintegration

Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2002).

samlede (minimums-) beløb, som i 1999 gik til forebyggelse af narkotikamisbrug og behandling af narkomaner i EU, ca. 2,3 mia. EUR. Dette betyder, at hver EU-borger bidrog med mellem 5 og 10 EUR. Det er naturligvis sandsynligt, at dette beløb er betydeligt højere.

Som det blev fremhævet af adskillige af undersøgelsens deltagere, er det særdeles vigtigt at benytte en fælles metode til multinationale undersøgelser, da denne type information og efterfølgende analyse formentlig vil være relevant i beslutningsmæssig sammenhæng.

Fordeling af udgifter

Med de aktuelle dataindsamlingsystemer er det særdeles vanskeligt at foretage en pålidelig opdeling af udgifterne på forskellige kategorier. I de enkelte lande kan områder som behandling, skadesreduktion og forebyggelse ofte være samlet under en hat, og ikke alle lande benytter det samme system til kategorisering af udgifter. Som følge heraf lider internationale sammenligninger under forskellige dataindsamlings- og klassifikationsmetoder, hvilket gør det særdeles vanskeligt at sammenligne udgifter på specifikke områder.

På trods af metodebegrænsningerne kan der imidlertid drages en hovedkonklusion på grundlag af de bedste data, denne rapport har givet: området sundhedspleje og behandling synes at tiltrække sig broderparten af pengene og tegner sig for 50-80 % af alle direkte offentlige udgifter til begrænsning af narkotikaefterspørgslen.

I Østrig udgjorde »rådgivning, pleje og behandling« af narkomaner i 1999 78 % af statens udgifter til begrænsning af narkotikaefterspørgslen. For Grækenland viser tallene, at næsten 73 % af de kendte udgifter blev allokert til behandling (sekundære udgifter), mens situationen i Spanien i 1999 var den, at udgifterne til behandling i lokalområder og byer med selvstyre udgjorde 74 % af de samlede udgifter. I Portugal gik 49 % af de samlede narkotikaudgifter i 1999 til behandling, mens 25 % af de samlede allokerede udgifter gik til forebyggende initiativer, hvilket er en af de højeste rater i EU (af de kendte data) på dette område.

Direkte udgifter til »forebyggelse« er særdeles vanskelige at identificere, og som følge heraf er dataene mere usikre. De kendte tal varierer fra 4 % i Østrig, der kun formidlede oplysninger om primær forebyggelse, til 20 % i Grækenland (igen kun primær forebyggelse) og udgør 15 % i de spanske lokalområder og byer med selvstyre og 10 % i Luxembourg.

Andelen af de samlede udgifter til begrænsning af narkotikaefterspørgslen, som er allokert til rehabilitering og genindslusning samt opfølgende initiativer og

skadesreduktionsaktiviteter, synes at være lavere — sandsynligvis på grund af udgifternes forskellige omfang set i forhold til behandling, eller fordi de delvis indgår heri.

Afsluttende betragtninger

Ved analyse af udgifter på narkotikaområdet skal der skelnes mellem undersøgelser af udgifter på nationalt plan og sammenligninger mellem landene i forbindelse med disse undersøgelser.

Nylige undersøgelser i en række lande ⁽²⁰⁶⁾ har vist, at der er mulighed for at opnå tilfredsstillende resultater uden at benytte en internationalt godkendt metode. Selvfølgelig er sammenligneligheden mellem landene begrænset på et sådant grundlag, men dog kan undersøgelserne øge kendskabet til foranstaltningerne over for narkotikaproblemet på nationalt plan og være et nyttigt instrument for beslutningstagere, som giver dem mulighed for at vurdere udgifterne i deres egne lande over tid (hvis de gentages) og på tværs af sektorerne (hvis de er tilstrækkeligt detaljerede). Når de omkostningsmæssige skøn sammenlignes med andre indikatorer, som det tidligere er set, er det muligt at bedømme, hvor meget der bruges pr. narkoman, og hvor meget udgifterne til den efterspørgselsbegrænsende strategi koster sammenlignet med andre politikker, eller hvor meget borgerne bidrager til de efterspørgselsbegrænsende initiativer.

Disse forhold og sammenligninger giver anledning til meget relevante spørgsmål. Svarene på disse kan findes gennem mere dybtgående undersøgelser.

Sammenligninger mellem landene (rækkevidden af denne undersøgelse) er en anden dimension af undersøgelserne af skønnene over narkotikarelaterede udgifter. Som det fremgår af denne beretning, er disse undersøgelser meget afhængige af forskellige datakilder og bremses derfor af manglen på ensartethed mellem landenes metoder, statistikker og tal. For at tackle disse (og andre) vanskeligheder må der gennemføres fælles dataindsamlingsstandards. En sådan strategi kræver dog investeringer uden at have kendskab til kvaliteten og brugbarheden af de endelige resultater. Inden en sådan investering kræves der yderligere forskning i samt en dybere gennemgang af disse undersøgelses relevans og nyttighed på europæisk plan.

I mellemtiden og mens overvejelserne om den kommende udvikling finder sted blandt de europæiske partnere, er det EONN's rolle fortsat at fremme forbedringen af de statistiske systemer på området og sprede oplysninger om de anvendte metoder og gennemførte undersøgelser.

⁽²⁰⁶⁾ Uhl (2001), ONDCP (2001), Godfrey *mfl.* (2002) og Origer (2002), Kopp og Fenoglio (2003). Se ligeledes de nationale knudepunkter for Østrig, Portugal, Spanien og Grækenland inden for rammerne af de nationale Reitox-rapporter 2002.