

Ledelsesresumé

Geografiske forskelle i ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser

I dag er 1,2 mio. danskere over 65 år, og om ti år vil dette tal stige til 1,4 mio. Antallet af ældre over 80 år forventes at stige med 52 pct. frem mod 2033. Stigende antal ældre med samtidig rekrutteringsudfordringer og et stadigt stigende forventningspres til kvalitet og serviceniveau både i sundhedsvæsenet og på plejeområdet er en udfordring, som de fleste kommuner og regioner står med i dag og i den kommende tid. Derfor er det relevant at undersøge de geografiske forskelle i ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser, som vi ser i dag.

En del af de geografiske forskelle kan skyldes, at der på tværs af landet af kan være forskelle i de ældres demografiske, socioøkonomiske og helbredsmæssige profil, hvilket kan spille ind på behovet for sundheds- og plejeydelser. I de geografiske sammenligninger af sundheds- og plejeforbrug tager vi derfor højde for en række demografiske, socioøkonomiske og helbredsmæssige faktorer blandt den ældre population i det omfang det er muligt på baggrund af data.

Forskellige lokale forhold og udfordringer kan også spille en rolle for, hvordan både det samlede forbrug og forbruget af de enkelte ydelser er fordelt på tværs af de geografiske områder. Nogle af disse fx udbudsrelaterede forhold kan være udtryk for praksis, andre forhold kan de enkelte kommuner og regioner ikke umiddelbart gøre så meget ved på kort eller mellemlang sigt. I de geografiske sammenligninger i nærværende analyse, hvor der først og fremmest er fokus på forbruget af sundheds- og plejeydelser givet befolkningssammensætningen, tager vi ikke højde for disse udbudsrelaterede faktorer. Når man læser analysen, er det også værd at have in mente, at det regionale sundhedsvæsen og det kommunale sundheds- og plejeområde generelt er underlagt forskellige finansierings- og styringsmekanismer.

Analysen kan være et udgangspunkt i forhold til dialog om hvorvidt behandling og pleje af de ældre borgere kan tilrettelægges mere hensigtsmæssigt. Lokalt kan analysen give input til overvejelser om behandlingsomfang, prioriteringer og serviceniveau på sundheds- og plejeområdet, hvor der er mulighed for at sammenholde det lokale forbrug på sundheds- og plejeområdet med forbruget andre steder. Det er derfor også relevant at se analysen på henholdsvis regions-, sundhedsklynge- og kommunalt niveau i sammenhæng.

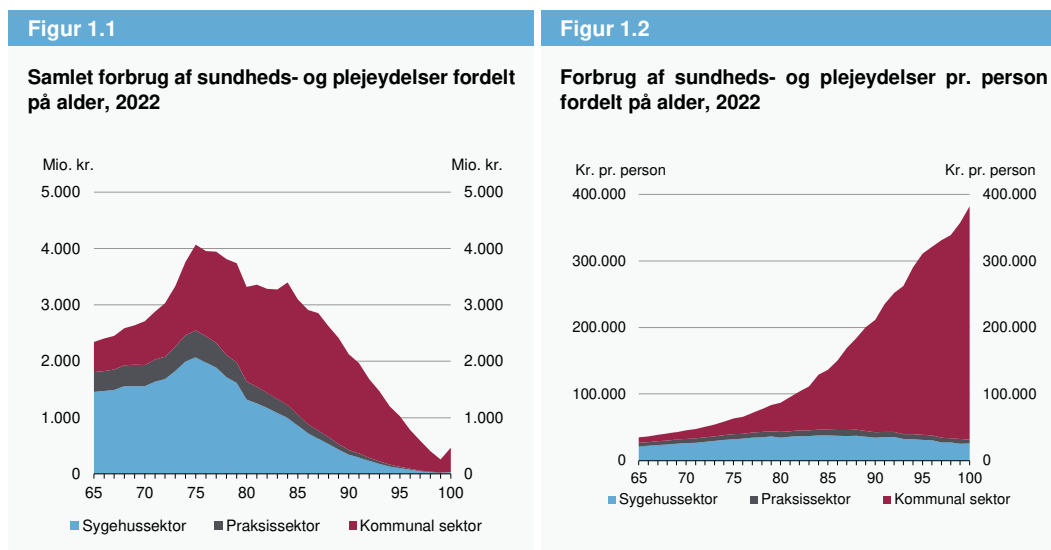
Analysen er baseret på individdata. Vi ser på forbruget på tværs af både regioner, kommuner og sundhedsklynger, også efter at der er taget højde for forskelle i sammensætningen af gruppen af ældre.

Udover selve rapporten er der udarbejdet følgende bilag. Bilag 1: "Sådan placerer din region sig", Bilag 2: "Sådan placerer din kommune sig" og Bilag 3: "Sådan placerer din sundhedsklynge sig" indeholder centrale figurer fra rapporten præsenteret for hver enkelt region, kommune og sundhedsklynge. I Bilag 4: "Regionsspecifikke nøgletal", Bilag 5: "Kommunespecifikke nøgletal" og Bilag 6: "Sundhedsklynge-specifikke nøgletal" kan man finde de væsentligste tal fra rapporten for hver enkelt region, kommune og sundhedsklynge. I Bilag 7: "Metode" er metoden bag analysen præsenteret.

Forbrug af sundheds- og plejeydelser er stigende med alderen

I 2022 blev der anvendt omkring 90,2 mia. kr. på sundheds- og plejeydelser til ældre borgere, svarende til et gennemsnitligt forbrug på i alt 75.422 kr. per person over 65 år. De kommunale ydelser udgør lidt over halvdelen af det samlede forbrug, sygehusforbruget udgør omkring 40 pct., og de resterende 9 pct. kan henføres til praksissektoren.

Fordeling af det samlede sundheds- og plejeforbrug afhænger betydeligt af alder. Det samlede sundheds- og plejeforbrug, der anvendes på ældre, stiger frem til 75-årsalderen, hvorefter det falder, jf. figur 1.1. De ældres alder spiller dog forskelligt ind på fordeling af forbruget på tværs af de tre sektorer. Af det samlede forbrug, der anvendes på ældre i sygehussektoren og praksissektoren, kan den største del henføres til personer i 70'erne, mens den største del af det kommunale forbrug, der anvendes på ældre, kan henføres til personer i 80'erne.



Anm.: Udgifter til sundheds- og plejeydelser er baseret på 97 kommuner. Udgifter til praksissektor omfatter også receptpligtig medicin. Udgifter i den kommunale sektor omfatter hjemmesygepleje, hjemmepleje og plejebolig. Ældre på 100 år og derover er samlet i samme alderskategori.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Det gennemsnitlige forbrug af sundheds- og plejeydelser pr. person over 65 år er generelt stigende med alderen, jf. figur 1.2. I gennemsnit er sygehus- og praksissektorforbruget stigende frem til omkring 85-årsalderen, hvorefter det er svagt faldende, mens forbruget af kommunale ydelser kun er stigende med alderen. Samtidigt er den aldersbetingede stigning i sygehus- og praksissektorforbruget noget mindre end den aldersbetingede stigning i forbruget af de kommunale ydelser. Eksempelvis er det gennemsnitlige forbrug af sygehus- og praksisseydelser blandt de 85-årige 1,7 gange højere end blandt de 65-årige, mens det gennemsnitlige forbrug af kommunale ydelser er 11,3 gange højere blandt de 85-årige end blandt de 65-årige. Det forholdsvis lave andel af det samlede forbrug, der kan tilføres de ældste ældre i figur 1.1, skal ses i lyset af, at der er relativt få personer i de ældste aldersgrupper.

Ud af det samlede forbrug, der anvendes på sundhed og pleje til ældre over 65 år, kan den største andel henføres til plejeboligområdet. Plejebolig udgør således 30,5 pct. af det samlede forbrug. I sygehussektoren udgør planlagte ambulante ophold og akutte indlæggelser den største andel af det samlede forbrug, mens det i praksissektoren er medicin og almen praksis, der udgør den største andel af det samlede forbrug.

Der ses generelt store geografiske variationer i forbruget af sundheds- og plejeydelser

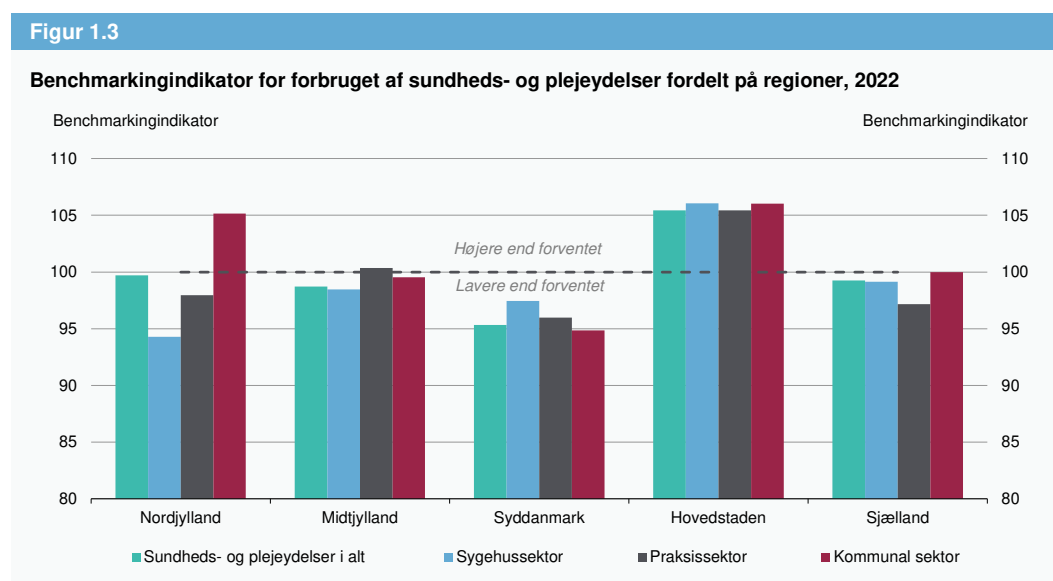
I analysens hovedrapport har vi fokuseret på geografiske forskelle både af samlet forbrug af sundheds- og plejeydelser samt forbruget inden for sektorer og forbruget af de enkelte ydelser for hele gruppen af ældre over 65 år. I bilagsmaterialet kan der også ses tal for gruppen af ældre henholdsvis under 80 år og over 80 år.

Når vi kigger på det gennemsnitlige forbrug af sundheds- og plejeydelser blandt ældre, er det i Region Hovedstaden, at forbruget er højest. I gennemsnit kan forbruget blandt Region Hovedstadens ældre opgøres til 82.174 kr. pr. person – hvilket er ca. 9-10.000 kr. mere end det gennemsnitlige forbrug i de øvrige regioner. Der ses også et stort spænd i forbruget mellem kommuner og sundhedsklynger. Fx spænder variationen i det gennemsnitlige forbrug pr. person fra 68.304 kr. til 90.252 kr. mellem de 22 sundhedsklynger.

Nogle af de geografiske forskelle i det gennemsnitlige forbrug af sundheds- og plejeydelser kan skyldes, at gruppen af ældre kan være mere eller mindre udfordret i forhold til bl.a. alder, socioøkonomiske forhold og helbred på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger.

Vi har derfor taget højde for forskelle i sammensætningen af gruppen af ældre ved hjælp af en statistisk model. Fx tages der højde for alder, civilstand, køn, forekomsten af alvorlig sygdom hos den ældre, afstand til død og andre faktorer. På den baggrund kan vi via en statistisk model beregne det gennemsnitlige forventede forbrug af sundheds- og plejeydelser i den enkelte region, kommune og sundhedsklynge – givet ældres baggrundskarakteristika i den pågældende region, kommune og sundhedsklynge. Det gennemsnitlige forbrug sammenholdes med det gennemsnitlige statistisk forventede forbrug af ydelser, og på den baggrund beregnes en benchmarkingindikator. Selve benchmarkingindikatoren har vi opgjort både på regions-, kommune- og sundhedsklyngeniveau.

Når der tages højde for forskelle i sammensætningen af gruppen af ældre på tværs af regionerne, er der fortsat en variation mellem regionerne i forbruget af sundheds- og plejeydelser, jf. figur 1.3.



Anm.: Udgifter til sundheds- og plejeydelser er baseret på 97 kommuner. Udgifter til praksissektor omfatter også receptpligtig medicin. Udgifter i den kommunale sektor omfatter hjemmesygepleje, hjemmepleje og plejebolig.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

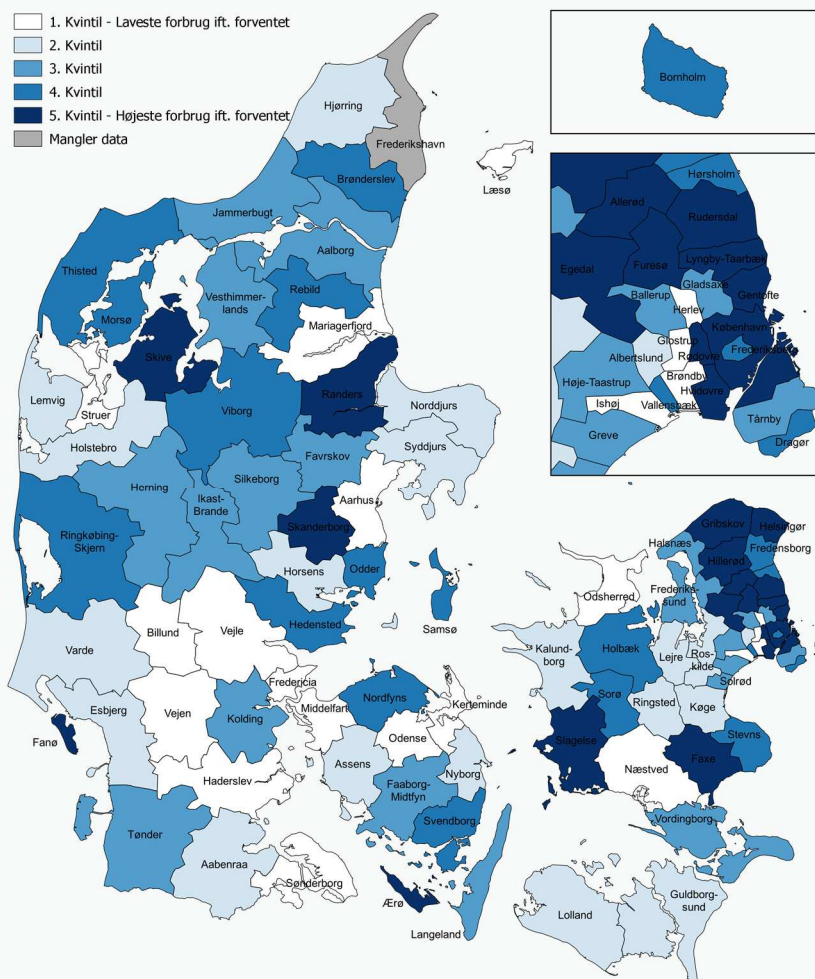
Benchmarkingindikatoren varierer fra 95,3 i Region Syddanmark til 105,3 i Region Hovedstaden. Det betyder, at ældre i Region Syddanmark i gennemsnit har et forbrug af sundheds- og plejeydelser, der er 4,7 pct. lavere end statistisk forventet på baggrund af regionens sammensætning af ældre, mens ældre i Region Hovedstaden i gennemsnit har et forbrug af sundheds- og plejeydelser, der er 5,4 pct. højere end statistisk forventet. De øvrige tre regioner har et samlet forbrug af sundheds- og plejeydelser tættere på det statistisk forventede niveau.

Når vi ser på ydelser inden for henholdsvis sygehussektor, praksissektor og den kommunale sektor har Region Syddanmark et lavere forbrug af ydelser inden for alle tre sektorer end forventet på baggrund af regionens sammensætning af ældre, mens Region Hovedstaden omvendt har et højere forbrug af ydelser inden for alle tre sektorer end det er statistisk forventet. Region Nordjylland er den region med lavest sygehusforbrug i forhold til statistisk forventet, mens forbruget af ydelser i den kommunale sektor ligger i den høje ende i forhold til forventet på baggrund af regionens sammensætning af ældre.

I figur 1.4 vises kommunernes benchmarkingindikator for forbruget af de samlede sundheds- og plejeydelser inddelt i kvintiler.

Figur 1.4

Benchmarkingindikator for samlet forbrug af sundheds- og plejeydelser pr. person over 65 år fordelt på kommuner, 2022



Anm.: 1. kvintil dækker over den femtedel af kommunerne, som havde det laveste forbrug i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af kommunens ældresammensætning. 5. kvintil dækker omvendt over den femtedel af kommunerne, der havde det højeste forbrug i forhold til forventet. Frederikshavn Kommune er ikke med i analysen pga. manglen af kommunal data.
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Analysen viser, at der er nogle geografiske mønstre. Fx har ældre i Københavns Kommune og i en række kommuner nord for København det højeste forbrug ift. det statistisk forventede niveau, mens det er ældre i en række vestegnskommuner samt ældre i Sønderjylland og Trekantsområdet, der har det laveste forbrug ift. det statistisk forventede niveau.

På samme vis har vi også foretaget benchmarking af sundhedsklynger, hvor resultaterne kan ses i hovedrapportens afsnit 5.2 samt i bilagsmaterialet.

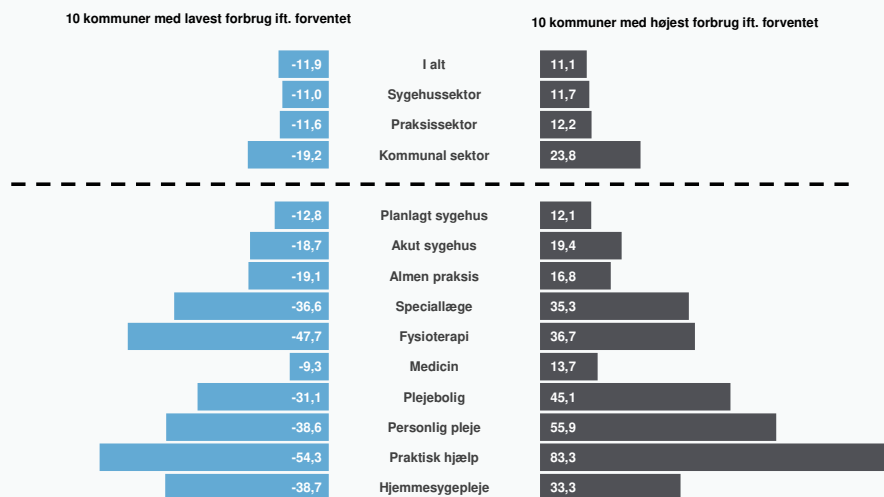
Derudover viser analysen, at der er en stor variation på tværs af kommuner i forbruget af sundheds- og plejeydelser, jf. figur 1.5. De 10 kommuner med lavest forbrug af de samlede sundheds- og plejeydelser har 11,9 pct. lavere forbrug end statistisk forventet på baggrund af deres sammensætning af ældre. Omvendt har de 10 kommuner med højest forbrug af de samlede sundheds- og plejeydelser 11,1 pct. højere forbrug end forventet på baggrund af deres sammensætning af ældre.

Generelt er den geografiske variation i sygehusforbruget og praksissektorforbruget mindre end variationen i forbruget af den kommunale sektor.

Analysen viser en stor variation i forbruget af de enkelte ydelser. Der ses bl.a. store forskelle ift. det statistisk forventede niveau i forbruget af praktiserende speciallæge og fysioterapi. Dette kan hænge sammen med, at der er geografiske forskelle i dækningen af praktiserende speciallæger og fysioterapiydelser. Der ses også store forskelle mellem kommuner i forbruget af de enkelte kommunale ydelser. De største forskelle mellem kommuner i forhold til det forventede niveau ses i forbruget af praktisk hjælp og personlig pleje. Dette skal ses i lyset af at kommunerne har mulighed for at fastsætte forskellige serviceniveauer på hjemmehjælpsområdet.

Figur 1.5

Variationen i benchmarkingindikatorer for de enkelte sundheds- og plejeydelser på tværs af kommuner, 2022



Anm.: Det er ikke nødvendigvis de samme 10 kommuner med henholdsvis lavest og højest forbrug på tværs af de enkelte ydelser. Fysioterapi er inkl. vederlagsfysioterapi, kiropraktor, fodterapi o.l. Akut sygehus er inkl. vagtlæge. Planlagt sygehus er inkl. virtuelle kontakter, udekontakter m.m.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Yderligere analyseovervejelser

Afslutningsvist kan det nævnes, at det kunne være relevant nærmere at undersøge en række yderligere aspekter af ældres brug af sundheds- og plejeydelser. Det kunne dels være at dykke ned i forløbene for de ældre med højt forbrug. Dels kunne det være relevant at undersøge sammenhænge mellem forbruget af sundheds- og plejeydelser og en række faktorer, der kan påvirke udbuddet af ydelser. Ligeledes kunne det også være relevant nærmere at undersøge sammenhænge mellem forbruget af ydelser og kvaliteten eller resultaterne af indsatsen i form af fx forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser, brugertilfredshed, overlevelsesrater mv. De dele ligger dog uden for denne analyses rammer.