

Geografiske forskelle i ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser

September 2023



Indenrigs- og
Sundhedsministeriets
BENCHMARKINGENHED

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for
Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed:
www.benchmark.dk

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.

Indhold

1 Ledelsesresumé	3
2 Indledning.....	9
3 Afgrænsninger og definitioner	11
3.1 Populationen	11
3.2 Afgrænsningen af forbruget af sundheds- og plejeydelser	11
3.3 Benchmarking med kontrol for sammensætning af ældre	12
4 Forbruget af sundheds- og plejeydelser på landsplan.....	16
4.1 Overordnet sammensætning af sundheds- og plejeydelser	16
4.2 Detaljeret sammensætning af sundheds- og plejeydelser	19
5 Geografiske forskelle i sundheds- og plejeydelser	22
5.1 Variation i forbruget af sundheds- og plejeydelser.....	22
5.2 Benchmarking af forbruget af sundheds- og plejeydelser	26

1 Ledelsesresumé

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.

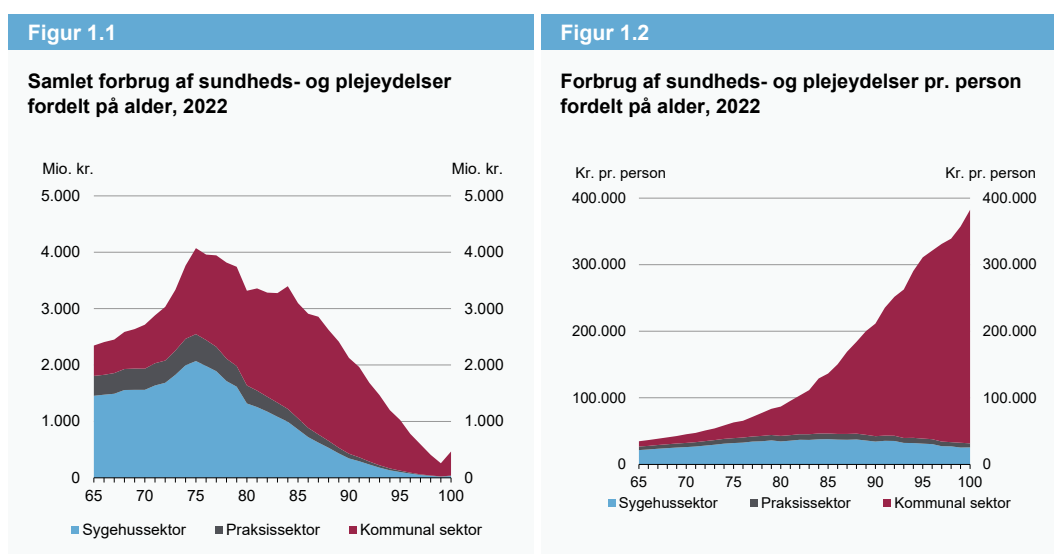
Udover selve rapporten er der udarbejdet følgende bilag. Bilag 1: "Sådan placerer din region sig", Bilag 2: "Sådan placerer din kommune sig" og Bilag 3: "Sådan placerer din sundhedsklynge sig" indeholder centrale figurer fra rapporten præsenteret for hver enkelt region, kommune og sundhedsklynge. I Bilag 4: "Regionsspecifikke nøgletal", Bilag 5: "Kommunespecifikke nøgletal" og Bilag 6: "Sundhedsklyngespecifikke 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

ydelse 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-aldersalderen, 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 praksissektorydelser 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

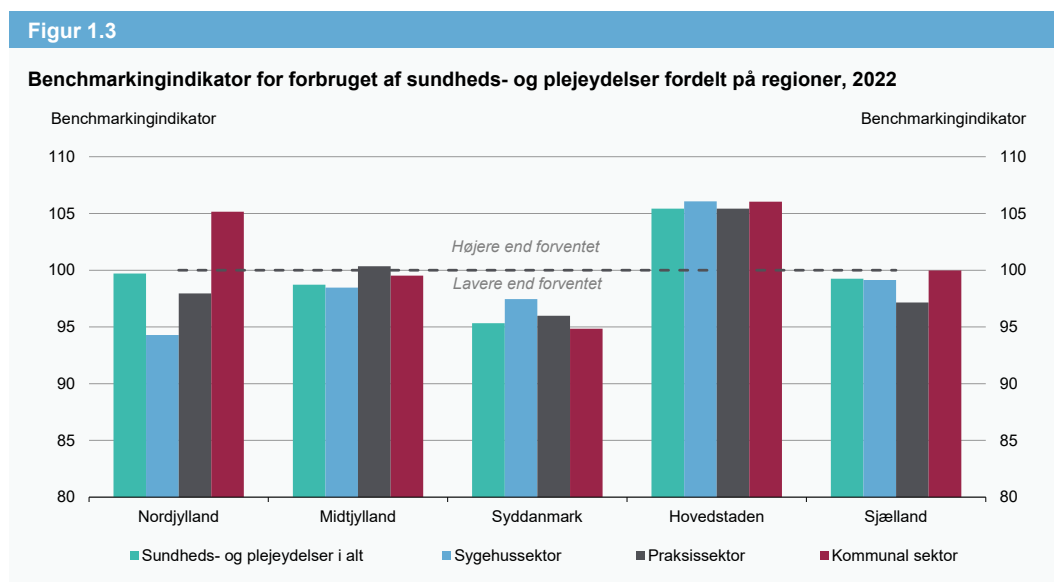
hele gruppen af ældre over 65 år. I bilagsmaterialet kan der også ses tal for gruppen af ældre henholdsvis under 80 år og over 80 år.

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

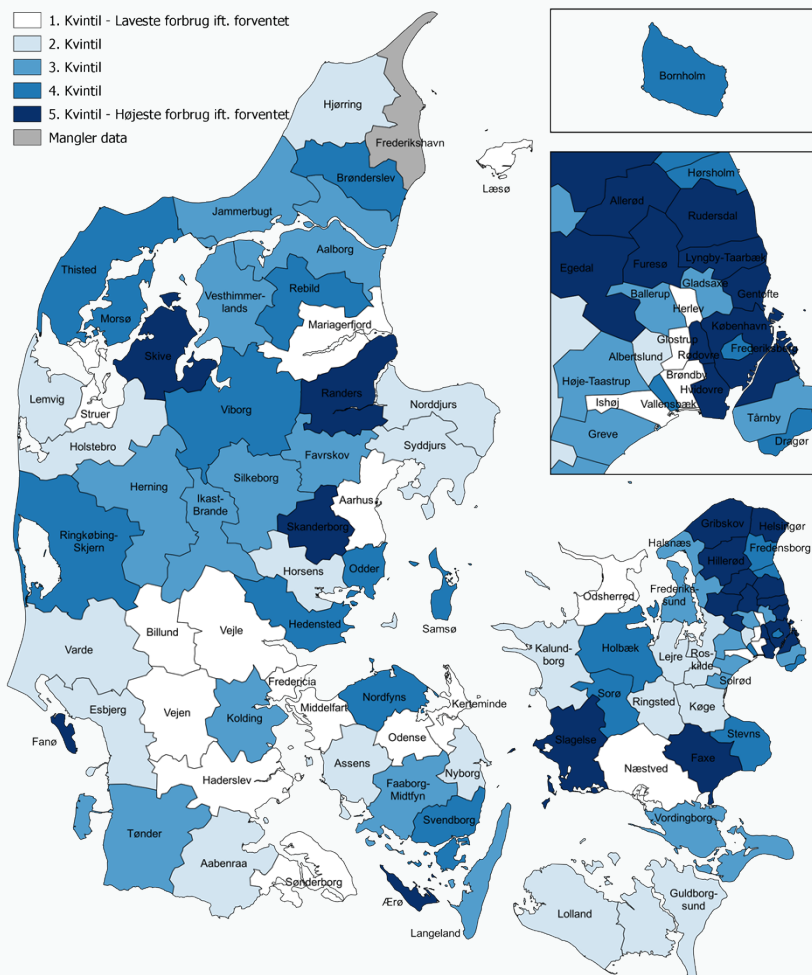
plejeydelser, der er 4,7 pct. lavere end statistisk forventet på baggrund af regionens sammensætning af ældre, mens ældre i Region Hovedstaden i gennemsnit har et forbrug af sundheds- og plejeydelser, der er 5,4 pct. højere end statistisk forventet. De øvrige tre regioner har et samlet forbrug af sundheds- 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

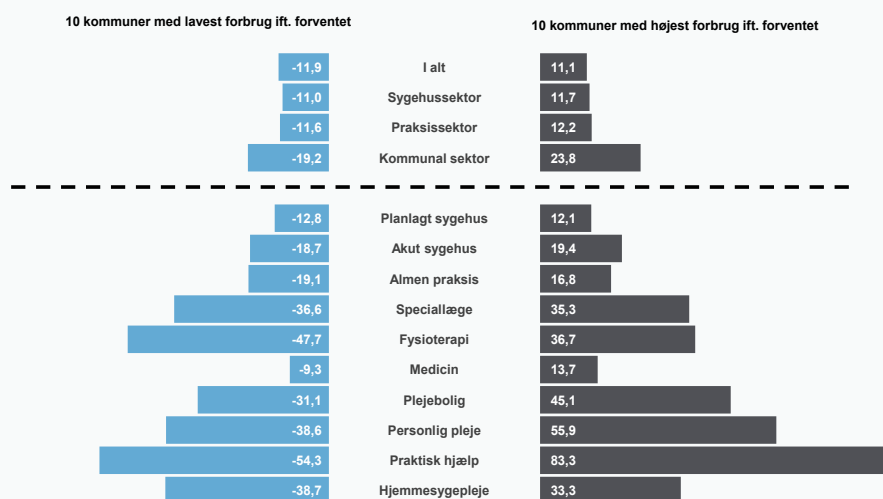
sundheds- og plejeydelser 11,1 pct. højere forbrug end forventet på baggrund af deres sammensætning af ældre.

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.

2 Indledning

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.

I nærværende analyse præsenteres først en række resultater på landsplan. Her ses der bl.a. på forbruget af sundheds- og plejeydelser blandt ældre opdelt på ydelser inden for den kommunale sektor, praksissektoren og sygehusvæsenet. I disse opgørelser kan man også se forbruget af sundheds- og plejeydelser for forskellige aldersgrupper af ældre, så man kan se i hvilke sektorer henholdsvis de "unge" ældre og "ældre" ældre har det højeste og laveste forbrug af sundheds- og plejeydelser.

Herudover sættes der i analysen fokus på geografiske forskelle i forbrug af sundheds- og plejeydelser på tværs af kommuner, regioner og sundhedsklynger. 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.

I kapitel 3 og Bilag 7: "Metode" kan man læse mere om metoden og de opmærksomhedspunkter og forbehold, der knytter sig til de geografiske sammenligninger. Eksempelvis er der en række forhold om de ældre, som det har været vanskeligt at tage højde for grundet manglende registerdata.

I forhold til de geografiske forskelle i forbruget af sundheds- og plejeydelser er der en række yderligere forhold, som det er relevant at have i baghovedet, når man læser rapporten. Ud over de ældres profil og behov, kan der være en række lokale forhold, som også kan have betydning for, hvordan både det samlede forbrug og forbruget af de enkelte ydelser er fordelt på tværs af de geografiske områder. Det er blandt andet udbuddet eller tilgængeligheden af de forskellige ydelser, der kan være forskellig på tværs af landet. Konkret kan faktorer som afstand til nærmeste sygehus, sygehuskapaciteten, lægedækning, de kommunale akutpladser, forskelle i rekrutteringsudfordringer og specialisering spille en rolle for forbruget af både de samlede og de enkelte sundheds- og plejeydelser. Andre forhold som eventuelle stordriftsfordele eller -ulempes, organisering af sundhedsvæsenet og plejeområdet, det lokale sammenspil mellem ydelser samt samarbejde mellem sektorer, kan også spille en rolle. Nogle af disse 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. Regionernes hovedopgave er at drive sundhedsvæsenet. Geografiske forskelle i regionale ydelser til ældre kan blandt andet være udtryk for regionale forskelle i styringen, organisering og tilrettelæggelsen af de forskellige tilbud. Et eksempel på dette er

geografiske forskelle i udbuddet af praktiserende speciallæger, lægedækning af almen praksis, forskelle i brugen af planlagt vs. akut sygehusvæsen, forskelle i brugen af indlæggelser og ambulans behandling mv. Forskelle i produktivitet, effektivitet samt forskelle i hvilket specialiseringsniveau opgaverne bliver udført på kan også medvirke til variationer i forbruget af regionale ydelser på tværs af landet.

Vi forventer også at se geografiske forskelle i forbruget af de regionale sundhedsydelser til ældre fordi vi i denne analyse kun ser på et udsnit af den samlede målgruppe for sundhedsvæsenet. Vi ser således alene på de ældre borgere og ikke hele befolkningen, ligesom vi alene ser på det somatiske område og ikke det psykiatriske område. Der kan formentligt være forskelle på tværs af landet i snittet mellem disse målgrupper og områder, hvilket også kan komme til udtryk i geografiske forskelle i de ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser. I den forstand kan regionerne også foretage prioriteringer inden for sundhedsområdet.

På det kommunale område har kommunerne ansvaret for at prioritere midler på tværs af en række forskellige velfærdsområder under hensyntagen til gældende lovgivning, den overordnede økonomiske ramme og lokale forhold. Dette kan fx afspejle sig i forskelle i de ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser. Til forskel for regionerne har kommunerne også en skatteudskrivningsret, der *alt andet lige* kan give mulighed for at fastsætte et serviceniveau, der afspejles i skattesatsen. Herudover kan forskelle i tilrettelæggelsen af opgaverne og forskelle i effektivitet også på det kommunale område medvirke til variationer i forbruget af sundheds- og plejeydelser.

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.

Denne analyse kan være et udgangspunkt i forhold til dialog om de geografiske forskelle i forbruget af sundheds- og plejeydelser blandt ældre, samt 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.

I **kapitel 3** præsenteres den anvendte metode kort. En mere fyldestgørende beskrivelse af rapportens metode kan læses i **Bilag 7 Metode**. I **kapitel 4** vises ældres samlede forbrug og forbruget af de enkelte sundheds- og plejeydelser på landsplan. I **kapitel 5** er der fokus på den geografiske variation af både det samlede forbrug og forbruget af de enkelte ydelser på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger, også når der er taget højde for forskel i ældres baggrundskarakteristika

I **Bilag 1-6** kan man desuden se udvalgte resultater på regions-, kommune- og sundhedsklyngeniveau.

3 Afgrænsninger og definitioner

3.1 Populationen

I denne analyse har vi undersøgt forbruget af sundheds- og plejeydelser blandt ældre personer. Analysen er baseret på indviddata. Populationen er afgrænset som personer der pr. 1. januar 2022 er mindst 65 år, og som har bopæl i Danmark. Hovedindikatoren i analysen er det gennemsnitlige forbrug af sundheds- og plejeydelser pr. person i alderen 65+ år. Forbruget af sundheds- og plejeydelser opgøres for aktiviteten i 2022 i kr. i 2022-priser.

3.2 Afgrænsningen af forbruget af sundheds- og plejeydelser

Helt overordnet er der i analysen fokus på forbruget af sundheds- og plejeydelser på baggrund af aktivitetsdata. Med afsæt i disse aktivitetsdata omregnes aktiviteterne til udgifter på baggrund af landsplanspriser for de forskellige aktivitetstyper. Aktiviteten omregnes til udgifter med henblik på (i) at sikre en fælles måleenhed på tværs af forskellige typer af aktiviteter, (ii) at tage højde for, at udgifterne er forskellige for de forskellige aktivitetstyper og (iii) at tage højde for, at der kan være forskellig intensitet inden for de enkelte aktivitetstyper.

I de kommende afsnit kan der læses mere om opgørelsen og afgrænsningen af henholdsvis sygehusforbrug, praksissektorforbrug og forbrug i den kommunale sektor. En mere fyldestgørende beskrivelse kan læses af Bilag 7: "Metode".

Sygehusforbrug

Sygehusforbruget afgrænses til den somatiske aktivitet i det DRG-grupperede data fra Landspatientregisteret baseret på DRG-takstsystem 2022. Til hver DRG-gruppe er der knyttet en DRG-værdi/DRG-takst. Denne er beregnet som landsgennemsnittet af de udgifter, der knytter sig til patienter, som grupperes til den givne DRG-gruppe behandlet på offentlige danske sygehuse. Når vi opgør sygehusforbruget er der dermed tale om udgiftsdata på individniveau, som vi direkte knytter op på analysens population. I analysen skelner vi mellem akut og planlagt sygehusforbrug.

Praksissektorforbruget

Forbruget i praksissektoren afgrænses via Sygesikringsregistret (SSR), hvor alle ydelser leveret under sygesikringen er registreret med det bruttohonorar (takster), som yderen modtager for den pågældende ydelse af det offentlige. Forbruget i praksissektoren er udgiftsdata på individniveau, som vi direkte knytter op på analysens population. I analysen skelner vi mellem ydelser til almen praksis, praktiserende speciallægepraksis (inkl. psykologer), tandlæger og fysioterapi, som i denne analyse også indeholder vederlagsfri fysioterapi, kiropraktor, fodterapi og lignende. Pga. forskelle i organisering af vagtlægeordningen mellem regionerne er forbruget af vagtlæge i denne analyse sat sammen med akut (ambulant) sygehusforbrug.

Medicinforbruget afgrænses via Lægemedeldatabasen som receptpligtig medicin med offentligt tilskud. Selve forbruget er i denne analyse opgjørt som regionernes udgifter til medicintilskud på individniveau, som vi direkte knytter op på analysens population.

Afgrænsninger af forbruget i den kommunale sektor

På det kommunale område findes der ikke fastsatte landsplanstakster for en given ydelse ligesom der gør for ydelser i praksis- og sygehussektoren. Der findes imidlertid individbaserede aktivitetsdata, og der findes kommunale regnskabsudgifter for de enkelte ydelser. Vi har beregnet gennemsnitlige landsplanspriser for de forskellige typer ydelser ud fra 1) aktivitetsdata og 2) regnskabsudgiften for hver ydelse. Det indebærer, at de reelt afholdte udgifter for den enkelte kommune både kan ligge over og under dette beregnede forbrug i de enkelte kommuner. Dette forhold gælder sådan set også DRG-baserede sygehusudgifter og honorarer i praksissektoren.

Udgiften til hver kommunal aktivitet tager udgangspunkt i kommunernes regnskaber fordelt på funktioner. Da fokus er på *forbruget* i kommunerne og ikke på *belastningen* af kommunernes økonomi som sådan, har vi taget udgangspunkt i bruttodriftsudgifter i stedet for nettodriftsudgifter. For ikke at overvurdere det kommunale forbrug tager vi mellemkommunale betalinger under art 4 (4.7 Betalinger til kommuner) ud af bruttoudgifterne og vi opgør ekskl. tjenestemandspensioner i 2022-priser.

Når vi opgør forbruget af de kommunale ydelser på individniveau er det på hjemmehjælpsområdet opgjort på baggrund af visiterede timer, på hjemmesygeplejeområdet er det opgjort på baggrund af antal dage med hjemmesygepleje, mens det for plejeboligområdet er opgjort på baggrund af antal måneder i plejebolig.

Da vi i denne analyse undersøger både det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser og forbruget af de enkelte ydelser kræver det, at datagrundlaget er baseret på de samme kommuner igennem hele analysen.

Da de kommunale aktivitetsdata ikke er komplette i alle kommuner, vil der generelt være et trade-off mellem antallet af kommunale ydelser og antallet af kommuner, der kan være med i analysen. I denne analyse har vi medtaget personlig pleje og praktisk hjælp, plejebolig og hjemmesygepleje og analysen er baseret på alle kommuner på nær Frederikshavn Kommune, som havde større dataudfordringer i de kommunale aktivitetsdata. I Bilag 7: "Metode" kan du læse nærmere om hvordan vi har opgjort forbruget for hver af disse ydelser på individniveau og hvordan vi har sikret tilstrækkelig datakvalitet.

Det kunne også have været relevant at medtage forbruget af det kommunale trænings- og rehabiliteringsområde¹. Der er imidlertid forskellige dataudfordringer, der gør, at datakvaliteten af de forskellige ydelser ikke var tilstrækkelig til at medtage disse områder i denne analyse. Vores vurdering er, at der er behov for en mere fyldestgørende konsolidering af datakvaliteten, inden man analyserer på disse områder, særligt i benchmarkingsperspektiv. Vi har dermed kun medtaget de mest udgiftstunge ydelser i analysen, og som samtidig er baseret på de mest dækkende registre.

3.3 Benchmarking med kontrol for sammensætning af ældre

Nogle af de geografiske forskelle i ældres gennemsnitlige forbrug af sundheds- og plejeydelser skyldes forskelle i sammensætningen af gruppen af ældre i forhold til demografi, socioøkonomi og helbred. Det er faktorer, som i denne kontekst anses som forhold, det er svært at påvirke på kort og mellemlang sigt, og som har vist sig at have betydning for ældres forbrug af ydelser.

¹ Genoptræning efter sundhedslovens § 140, og serviceloven §86.1, vedligeholdelsestræning efter serviceloven §86.2, rehabilitering § 83 a. samt forebyggende hjemmebesøg efter servicelovens § 79 a.

For at korrigerer for dette har vi udarbejdet en statistisk model, hvor der tages højde for forskelle i ældres baggrundskarakteristika som alder, civilstatus, uddannelsesniveau, sygelighed og andre faktorer. I benchmarkinganalysen vises dermed variationen på tværs af landet, når der tages højde for disse forhold. Resultaterne vises på regions-, kommune- og sundhedsklyngeniveau. I Bilag 7: "Metode" kan man finde de konkrete variable (og deres operationalisering), der er taget højde for i analysen.

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 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.

Vi har anvendt toleddede regressionsmodeller (two-part models) til at tage højde for alle de individspecifikke baggrundsvariable, vi har identificeret som forklarende for den enkeltes forbrug af sundheds- og plejeydelser. I analyser af sundhedsforbruget vil man ofte anvende disse modeller², da nogle af individerne i løbet af et givent år slet ikke vil have et forbrug af ydelser, mens andre vil have et forbrug, der kan variere betydeligt. De toleddede modeller kan håndtere denne type fordeling, idet man først estimerer sandsynligheden for, at den enkelte har et forbrug ved hjælp af en logistisk regressionsmodel, mens man i den anden del estimerer størrelsen af forbruget blandt den del af ældrepopulationen, der har et forbrug af en given ydelse.

For at tage højde for den skæve fordeling af forbruget, og at forbruget kun kan antage positive værdier, benyttes der oftest en generaliseret lineær model (GLM). Vi har anvendt GLM-modellen med poissonfordelte fejlede og logaritmisk linkfunktion, mens den første del er en probit model. Modellerne estimeres med robuste standardfejl.

På baggrund af regressionsmodellen estimeres det forventede forbrug på individniveau, når der tages højde for den enkeltes demografi, socioøkonomi og helbred. Det forventede forbrug af ydelser har vi udregnet på baggrund af begge modeller. Ud fra den første model beregnes for hver individ sandsynlighed for, at vedkommende har et forbrug af ydelser, dernæst prædikteres forbruget ud fra den anden model. De to værdier - sandsynligheden for forbrug og det prædikterede forbrug - ganges sammen, hvorved man får det samlede forventede forbrug for det pågældende individ.

Herefter aggregeres det statistisk forventede forbrug op til regions-, kommune- og sundhedsklyngeniveau. Benchmarkingindikatoren beregnes konkret ved at holde regions-, kommune- og sundhedsklynges gennemsnitlige forbrug³ op i mod det forbrug, man statistisk set kunne forvente ud fra sammensætning af ældre i den enkelte kommune, region og sundhedsklynge. De enkelte regioners, kommuners og sundhedsklynges gennemsnitlige forbrugsniveau sammenholdes dermed med et statistisk beregnet udtryk for, hvad ældre på landsplan med lignende baggrundskarakteristik i gennemsnit kan forudsiges at forbruge.

² Se bl.a. VIVE (2020) - Fremtidens sundhedsudgifter - En analyse af sund aldring, "steeping" og teorien om alder som "red herring", Region Midtjylland (2015) - Geografiske forskelle i borgernes sygehusforbrug i Region Midtjylland - Forbrugsvariationsprojektet – Delprojekt 1 og De Økonomiske Råds Sekretariat (2010) - Sundhedsudgifter og levetid

³ Forbruget er beregnet på baggrund af de gennemsnitlige landsplanspriser for de forskellige typer ydelser, jf. afsnit 3.2.

Benchmarkingindikatoren er beregnet på følgende måde:

$$\text{Benchmarkingindikator} = \frac{\text{forbrug pr. ældre}}{\text{forventet forbrug pr. ældre}} \cdot 100$$

Fortolkningen af benchmarkingindikatoren

Det fremgår af boks 3.1, hvordan man skal fortolke benchmarkingindikatoren:

Boks 3.1

Fortolkning af benchmarkingindikatoren

- Benchmarkingindikator mindre end 100: Det gennemsnitlige forbrug pr. ældre er i kommunen/regionen/sundhedsklyngen lavere, end man kunne forvente på baggrund af de ældres baggrundskarakteristika. For eksempel angiver en benchmarkingindikator på 90 for en kommune, at forbruget pr. ældre er i gennemsnit for kommunen 10 procent lavere, end man kunne forvente på baggrund af sammensætningen af gruppen af ældre i kommunen.
- Benchmarkingindikator er lig 100: Det gennemsnitlige forbrug pr. ældre er i kommunen/regionen/sundhedsklyngen lig det forventede niveau.
- Benchmarkingindikator større end 100: Det gennemsnitlige forbrug pr. ældre er i kommunen/regionen/sundhedsklyngen højere, end man kunne forvente på baggrund af de ældres baggrundskarakteristika. For eksempel angiver en benchmarkingindikator på 110 for en kommune, at forbruget pr. ældre er i gennemsnit for kommunen 10 procent højere, end man kunne forvente på baggrund af sammensætningen af gruppen af ældre i kommunen.

Opmærksomhedspunkter

Benchmarkingindikatoren er et estimeret tal, der er behæftet med statistisk usikkerhed. Det betyder, at der ikke skal tolkes for håndfast på den præcise placering af regionerne, kommunerne og sundhedsklyngerne. Alt andet lige er den statistiske usikkerhed i benchmarkingindikatoren større i kommuner, regioner og sundhedsklynger med lavt indbyggertal og få observationer.

I analysens hovedrapport er kommunerne inddelt i kvintiler på baggrund af benchmarkingindikatoren, således at der skelnes mellem kommuner, som ligger i den femtedel med lavest gennemsnitligt forbrug i forhold til forventet, den femtedel med næstlavest gennemsnitligt forbrug osv. Tilsvarende er sundhedsklyngerne inddelt i kvartiler. Denne fremstilling er valgt for at lave en mere overordnet rangering af kommunerne og sundhedsklyngerne, ligesom inddelingen understøtter, at der ikke tolkes for håndfast på den præcise placering, jf. ovenfor om den statistiske usikkerhed.

Derudover skal det nævnes, at det i statistiske analyser, hvor man tager højde for individkarakteristika, sjældent er muligt at tage højde for samtlige relevante forhold om individerne, som kan have betydning og som ligger uden for kommunernes og regionernes kontrol. Det skyldes først og fremmest, at der ikke er data om alle de forhold, der knytter sig til de enkelte individer.

Til brug for denne analyse har vi på individniveau fået adgang til en række faktorer om ældres livstil vedrørende kost, rygning, alkohol og motion, selv vurderet mentalt og fysisk helbred, ensomhed og søvn fra Den Nationale Sundhedsprofil. Disse er kun mulige at opgøre for en stikprøve af ældre, der i 2021 har besvaret spørgsmåle fra undersøgelsen "Hvordan har du det?". Tanken med disse variable var at forsøge at komme tættere på ældres helbredstilstand og livsstil. Vi har dog valgt ikke at medtage faktorerne i selve benchmarkinganalysen, eller lave benchmarkinganalysen på de ældre, der indgik i stikprøven. Det skyldes, at der er tale om en stikprøve af ældre, og en

følsomhedsanalyse indikerer, at denne stikprøve af ældre ift. ikke er repræsentativ for kommunernes fulde population af ældre forbrugsmønster af sundheds- og plejeydelser på kommuneniveau⁴.

Meknikken ved en statistisk model gør desuden, at man ikke kan konkludere noget om størrelsen på det generelle niveau af det gennemsnitlige forbrug af sundheds- og plejeydelser. Man kan således ikke konkludere, at i de områder, hvor det gennemsnitlige forbrug er mindre end det statistisk forventede, burde forbruget være højere eller lavere. Det forventede niveau angiver alene, hvor stort et forbrug ældre statistisk set kan forventes at have, når der med udgangspunkt i landsgennemsnittet tages højde for de ældres demografi, socioøkonomi og helbred m.m. i det specifikke område.

⁴ Vi foretog en benchmarkinganalyse af henholdsvis den fulde population af ældre borgere i Danmark og den stikprøve af ældre der har besvaret spørgeskemaet til undersøgelsen "Hvordan har du det?", hvor vi i begge regressionsanalyser kontrollerede for samme registerbaserede faktorer om ældres demografi, socioøkonomi og helbredsrelaterede faktorer. Vi fandt at korrelationen mellem benchmarkingindikatoren for den fulde population af ældre og benchmarkingindikatoren for stikprøven af ældre der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen var 0,37. Når korrelationen ikke blev stærkere, har vi vurderet, at repræsentativitet på kommuneniveau i relation til forbruget af de enkelte sundheds- og plejeydelser ikke er tilstrækkelig høj til at kunne foretage en benchmarkinganalyse af ældres sundheds- og plejeforbrug baseret af den stikprøve af ældre, der deltog i undersøgelsen.

4 Forbruget af sundheds- og plejeydelser på landsplan

I dette kapitel undersøger vi forbruget af sundheds- og plejeydelser blandt ældre over 65 år på landsplan. Vi fokuserer både på det samlede forbrug og forbruget af de enkelte ydelser inden for henholdsvis sygehussektoren, praksissektoren og den kommunale sektor. I kapitlet og i resten af rapporten fokuserer vi primært på forbruget i 2022.

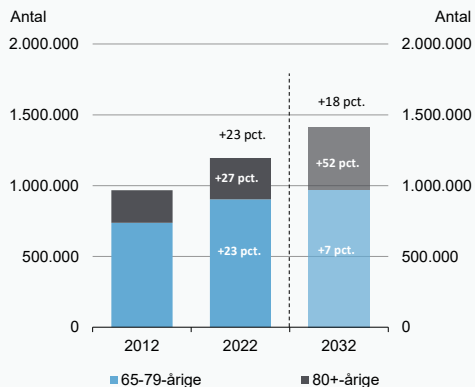
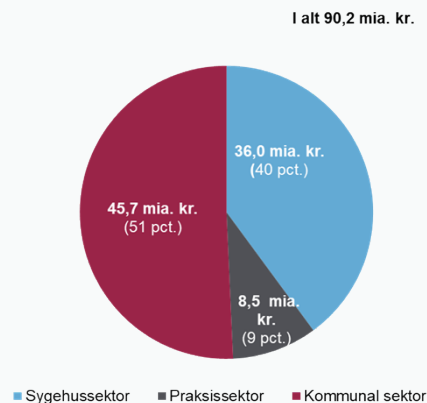
3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- 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. pr 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.
- Det gennemsnitlige forbrug af sundheds- og plejeydelser pr. person over 65 år er generelt stigende med alderen. Den aldersbetingede stigning i sygehus- og praksissektorforbruget er dog noget mindre end den aldersbetingede stigning i forbruget af de kommunale ydelser. Eksempelvis er det gennemsnitlige forbrug af sygehus- og praksissektorydelser 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.
- 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.

4.1 Overordnet sammensætning af sundheds- og plejeydelser

Antallet af ældre er stigende i disse år. Antallet af personer over 65 år er steget med 23 pct. over de seneste 10 år, og udgør i dag ca. 1,2 mio. borgere, jf. figur 4.1. Dette tal forventes at stige til 1,4 mio. svarende til yderligere 18 pct. over de næste 10 år. Det er primært de allerældste, der forventes at være flere af om 10 år, idet gruppen af 80+-årige forventes til at stige med 52 pct., mens gruppen af 65-79-årige forventes til at stige med 7 pct.

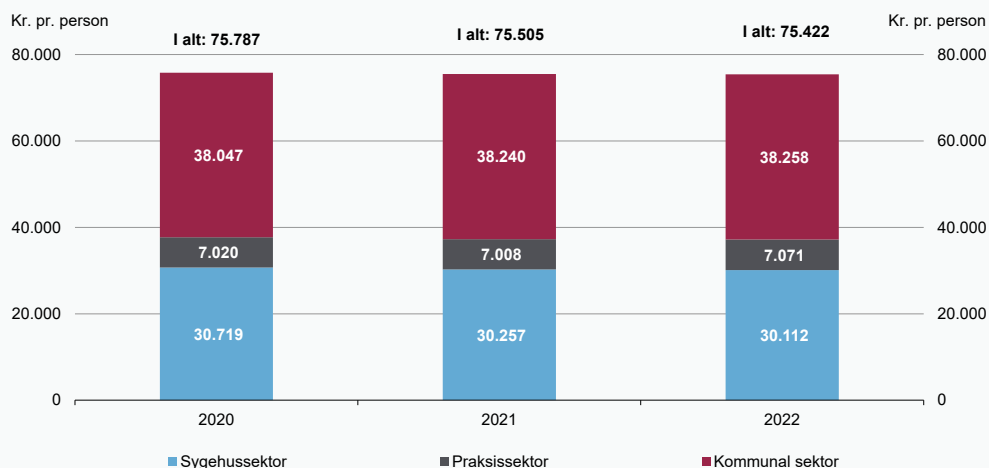
Der bruges omkring 90,2 mia. kr. på sundheds- og plejeydelser blandt ældre i 2022. Kommunale ydelser, som i denne analyse omfatter hjemmesygepleje, plejebolig, praktisk hjælp og personlig pleje, udgør 45,7 mia. kr., svarende til lidt over halvdelen af det samlede forbrug, sygehussektoren udgør omkring 36,0 mia. kr., svarende til 40 pct., og de resterende 8,5 mia. kr., svarende til 9 pct., kan henføres til praksissektoren, jf. figur 4.2.

Figur 4.1**Antal borgere over 65 år i 2012, 2022 og prognosen for 2032****Figur 4.2****Samlet forbrug af sundheds- og plejeydelser blandt ældre over 65 år, 2022**

Anm.: Udgifter til sundheds- og plejeydelser er baseret på 97 kommuner og opregnet til landsplansniveau. Udgifter til praksissektor omfatter også receptpligtig medicin. Udgifter i den kommunale sektor omfatter hjemmesygepleje, hjemmepleje og plejebolig. Pct.-stigningerne i figur 4.1 er beregnet ud fra den forudgående periode.

Kilde: Statistikbanken, Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

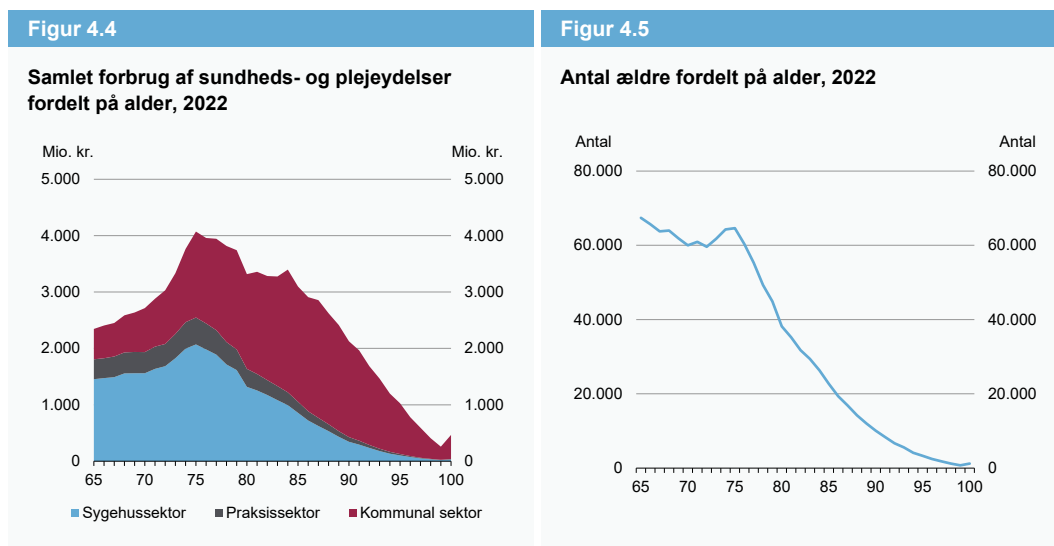
De i alt 90,2 mia. kr., der anvendes på behandling og pleje af ældre borgere, svarer til et gennemsnitligt forbrug på i alt 75.422 kr. pr. person over 65 år, jf. figur 4.3. Dette tal kan fordeles på det sygehusforbrug, der udgør 30.112 kr. pr. person, praksissektorforbrug, der udgør 7.071 kr. pr. person, og forbrug i den kommunale sektor, som udgør 38.258 kr. pr. person. Figur 4.3 viser også, at forbruget pr. ældre person har været nogenlunde ens over de seneste 3 år.

Figur 4.3**Forbrug af sundheds- og plejeydelser pr. ældre over 65 år, 2019-2022**

Anm.: Udgifter til praksissektor omfatter også receptpligtig medicin. Udgifter i den kommunale sektor omfatter hjemmesygepleje, hjemmepleje og plejebolig. Det gennemsnitlige forbrug er angivet i 2022-priser og det er baseret på de kommuner, der i de enkelte år havde tilfredsstillende data på plejeområdet. Det drejer sig om 84 kommuner i 2020, 90 kommuner i 2021 og 97 kommuner i 2022. Det gennemsnitlige forbrug af sundheds- og plejeydelser afhænger bl.a. af alder. I de kommuner, der er med i denne opgørelse, udgør andelen ældre på 80 år og derover 23,6 pct. i 2020, 24,0 i 2021 og 24,4 pct. i 2022.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Fordeling af det samlede af sundheds- og plejeforbrug afhænger betydeligt af alder. Det samlede sundheds- og plejeforbrug, der anvendes på ældre stiger frem til 75-årsalderen, hvorefter de falder, jf. figur 4.4. 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.



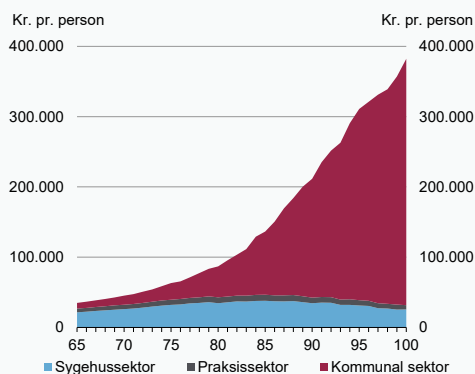
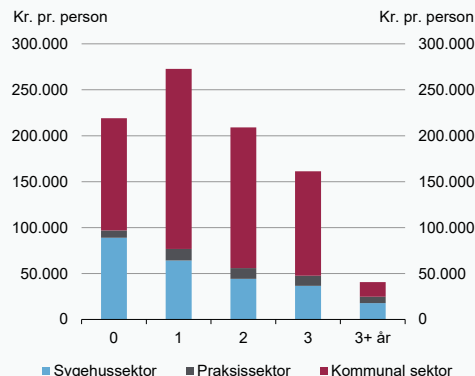
Anm.: Udgifter til sundheds- og plejeydelser er baseret på 97 kommuner og opregnet til landsplansniveau. Udgifter til praksissektor omfatter også receptpligtig medicin. Udgifter i den kommunale sektor omfatter hjemmesygepleje, hjemmepleje og plejebolig. Ældre på 100 år og derover er samlet i samme alderskategori.

Kilde: Statistikbanken, Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger

Fordeling af det samlede sundheds- og plejeforbrug afhænger i høj grad af antallet af borgere i de enkelte aldre. Det højeste antal ældre findes blandt de ca. 65-75-årige, mens antallet af ældre over 75 år er faldende, jf. figur 4.5. Den forholdsvis lave andel af forbruget der kan tilføres de ældste ældre skal derfor ses i lyset af, at der er relativt få personer i de ældre aldersgrupper.

Det gennemsnitlige forbrug af sundheds- og plejeydelser pr. person over 65 år er dog generelt stigende med alderen, jf. figur 4.6. Den aldersbetingede stigning i sygehus- og praksissektorforbruget er dog noget mindre end den aldersbetingede stigning af forbruget af de kommunale ydelser. Og mens det gennemsnitlige forbrug af sygehus- og praksisydelser er højest blandt ældre i midt-80'erne hvorefter det falder, er det gennemsnitlige forbrug af kommunale ydelser kun stigende med alderen.

Eksempelvis er det gennemsnitlige forbrug af sygehus- og praksissectorydelser blandt de 85-årige ca. 1,7 gange *højere* end blandt de 65-årige, men samtidigt 1,2 gange *højere* end blandt de 95-årige. Det forholder sig anderledes i forhold til forbruget af ydelser i den kommunale sektor, som er stejlt stigende med alderen. Det gennemsnitlige forbrug af kommunale ydelser blandt de 85-årige er ca. 11,3 gange *højere* end forbruget blandt de 65-årige, og ca. 3 gange *lavere* end forbruget blandt de 95-årige.

Figur 4.6**Forbrug af sundheds- og plejeydelser pr. person fordelt på alder, 2022****Figur 4.7****Forbrug af sundheds- og plejeydelser pr. person over 65 år fordelt på afstand til død, 2019**

Anm.: De gennemsnitlige 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. Afstand til død er baseret på 2019-data, mens den øvrige del af analysen er baseret på nyeste data.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Det er ikke alder i sig selv, som fører til mere behandling og pleje og dermed større forbrug af ydelser, men den underliggende helbredstilstand, som jo ofte er aldersafhængig. En anden faktor, der også siger noget om den underliggende helbredstilstand, er, hvor tæt man er på slutningen af livet. Analysen viser, at ældre personer, der er forholdsvis tæt på døden ved opgørelsestidspunktet, har højest forbrug af ydelser. Eksempelvis er deres forbrug af sygehusydelser i gennemsnit 5 gange højere end blandt ældre, der ikke dør indenfor 3 år, jf. figur 4.7. Når vi ser på ydelser i sygehussektoren er det gennemsnitlige forbrug højest i det år, den enkelte dør.

4.2 Detaljeret sammensætning af sundheds- og plejeydelser

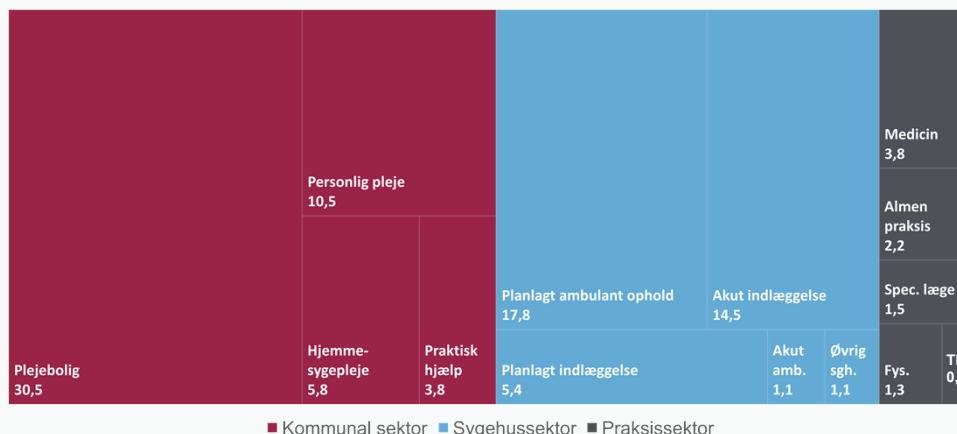
I dette afsnit ser vi på en mere detaljeret sammensætning af sundheds- og plejeydelser.

Ud af det samlede forbrug, der anvendes på sundheds- og plejeområdet til ældre, kan den største andel henføres til forbruget af plejebolig. Plejeboligområdet udgør således ca. 30,5 pct. af det samlede forbrug til ældre, jf. figur 4.8. Personlig pleje udgør 10,5 pct. af det samlede forbrug, mens hjemmesygepleje og praktisk hjælp udgør en mindre andel.

I sygehussektoren udgør planlagte ambulante ophold og akutte indlæggelser den største andel af det samlede forbrug, på henholdsvis 17,8 pct. og 14,5 pct. I praksissektoren er det medicin og almen praksis, der udgør den største andel af det samlede forbrug, på henholdsvis 3,8 pct. og 2,2 pct.

Figur 4.8

Procentvis fordeling af samlet forbrug af sundheds- og plejeydelser blandt personer over 65 år fordelt på typen af ydelse, 2022



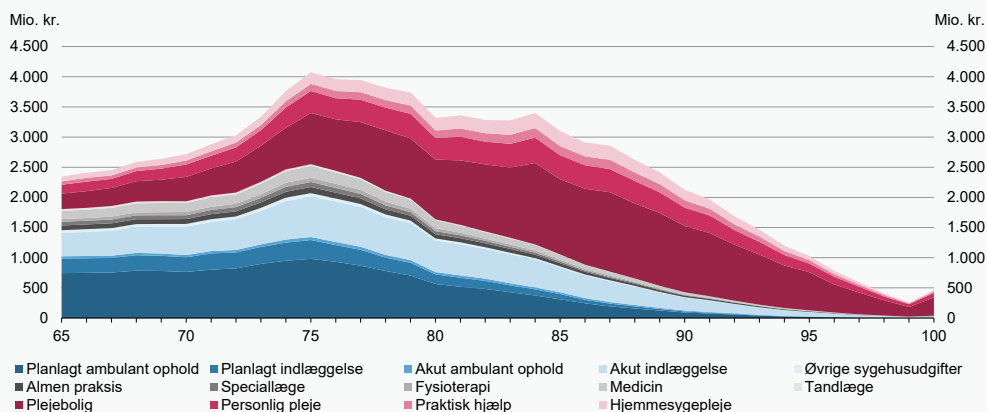
Anm.: Udgifter til sundheds- og plejeydelser er baseret på 97 kommuner. Øvrige sygehusudgifter er bl.a. udgifter til virtuelle kontakter, udekontakter, m.m. Fysioterapi i praksissektor omfatter bl.a. kiropraktor, fysioterapi og vederlagsfri fysioterapi. Akut ambulant kontakt er inkl. vagtlæge.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Fordeling af det samlede forbrug på de enkelte ydelser afhænger også af alderen. Fx kan hovedparten af forbruget, der anvendes på planlagte ambulante ophold og akutte indlæggelser, henføres til ældre under 80 år, jf. figur 4.9. Omvendt kan lang hovedparten af forbruget der anvendes på de kommunale plejeydelser, særligt plejebolig, henføres til ældre over 80 år.

Figur 4.9

Samlet forbrug af sundheds- og plejeydelser fordelt på typen af ydelse og alder, 2022



Anm.: Udgifter til sundheds- og plejeydelser er baseret på 97 kommuner opregnet til landsplansniveau. Øvrige sygehusudgifter er bl.a. udgifter til virtuelle kontakter, udekontakter m.m. Fysioterapi i praksissektor omfatter bl.a. kiropraktor, fysioterapi og vederlagsfri fysioterapi. Ældre på 100 år og derover er samlet i samme alderskategori.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

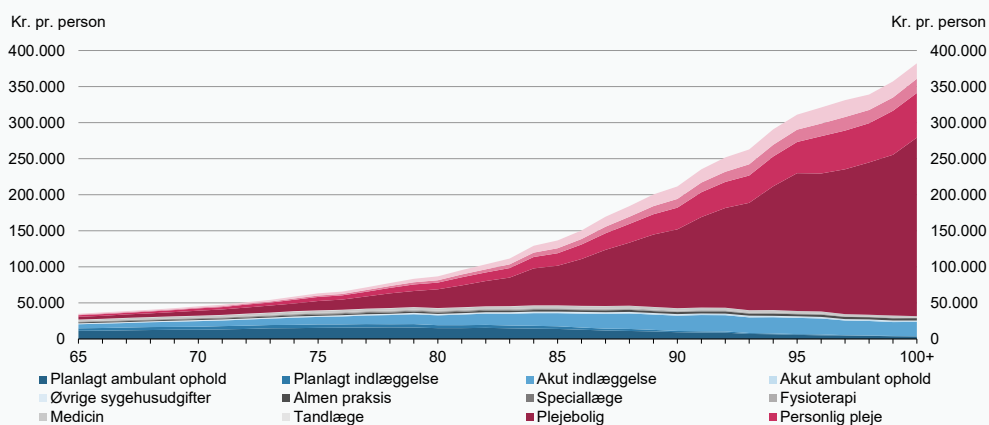
Det gennemsnitlige forbrug af de enkelte ydelser er også forskelligt på tværs af alder. Fx stiger det gennemsnitlige planlagte ambulante sygehusforbrug frem til omkring 80-årsalderen, mens det falder derefter, jf. figur 4.10. Det gennemsnitlige forbrug af akutte sygehusindlæggelser stiger frem til midt 90-årsalderen, hvorefter det falder.

Blandt ydelser i praksissektoren stiger det gennemsnitlige forbrug af almen praksisydelser og medicinforbrug med alderen, mens forbruget af praktiserende speciallæge og fysioterapi er stigende frem til omkring 80-årsalderen, hvorefter det er faldende. Gennemsnitlig forbrug af tandlæge er som den eneste sundhedsydelse faldende med alderen.

Det gennemsnitlige forbrug af alle kommunale ydelser er stigende med alderen. Dog er stigningen i det gennemsnitlige forbrug af plejebolig højest, særligt efter 85 årsalderen.

Figur 4.10

Forbrug af sundheds- og plejeydelser pr. person fordelt på typen af ydelse og alder, 2022



Anm.: De gennemsnitlige udgifter til sundheds- og plejeydelser er baseret på 97 kommuner. Øvrige sygehusudgifter er bl.a. udgifter til virtuelle kontakter, udekontakter m.m. Fysioterapi i praksissektor omfatter bl.a. kiropraktor, fysioterapi og vederlagsfri fysioterapi. Ældre på 100 år og derover er samlet i samme alderskategori.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

5 Geografiske forskelle i sundheds- og plejeydelser

I dette kapitel viser vi geografiske forskelle i forbruget af sundheds- og plejeydelser blandt ældre over 65 år. Konkret viser vi både det samlede gennemsnitlige forbrug af sundheds- og plejeydelser og det gennemsnitlige forbrug af de enkelte ydelser på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger. I kapitlet viser vi også forskelle på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger, når der tages højde for forskelle i ældres baggrundskarakteristika.

3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- Der ses generelt store geografiske variationer i det gennemsnitlige forbrug af sundheds- og plejeydelser. Det højeste forbrug af sundheds- og plejeydelser har ældre, der bor i Region Hovedstaden. I gennemsnit kan deres forbrug opgøres til 82.174 kr. pr. person – hvilket er ca. 9-10.000 mere end det gennemsnitlige forbrug i de øvrige regioner. Der ses også et stort spænd i forbruget mellem kommuner og sundhedsklynger. Variationen i det gennemsnitlige forbrug pr. person spænder fra 68.304 kr. til 90.252 kr. mellem de 22 sundhedsklynger.
- Når der tages højde for forskelle i sammensætningen af gruppen af ældre på tværs af landet, er der stadig en stor geografisk variation i det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser. De 10 kommuner med lavest forbrug af de samlede sundheds- og plejeydelser har 11,9 pct. lavere forbrug end det statistisk forventede forbrug 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.
- Analysen viser en stor variation i forbruget af de enkelte ydelser. Der ses bl.a. store forskelle af forbruget af praktiserende speciallæge og fysioterapi ift. statistisk forventet niveau af disse ydelser. Dette kan hænge sammen med, at der er geografiske forskelle i dækningen af praktiserende speciallæger og fysioterapiydelser. Der ses også store kommunale variationer i forbruget af de enkelte kommunale ydelser. De største forskelle mellem kommuner i forhold til forventet 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.

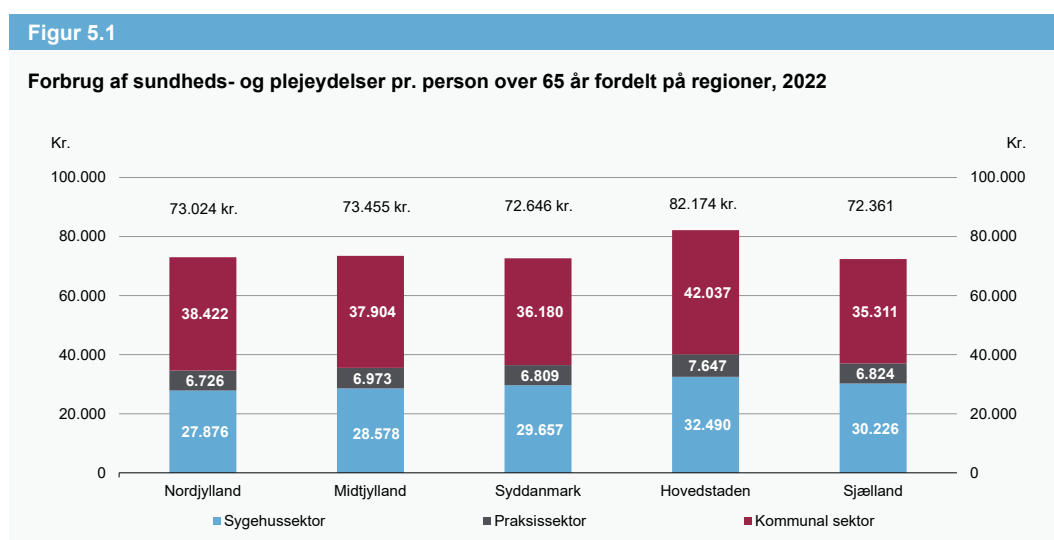
5.1 Variation i forbruget af sundheds- og plejeydelser

I dette afsnit vises den geografiske variation i forbruget af sundheds- og plejeydelser på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger. Nogle af de geografiske forskelle kan skyldes forskelle i sammensætningen af ældrepopulationen med hensyn til blandt andet alder, sygelighed socioøkonomi og andre faktorer. I afsnit 5.2 vises geografiske forskelle, hvor der er taget højde for forskelle i sammensætningen af gruppen af ældre.

Regioner

Der er en variation på tværs af regionerne i det gennemsnitlige forbrug af sundheds- og plejeydelser blandt ældre personer. Højest forbrug af sundheds- og plejeydelser har ældre, der bor i Region Hovedstaden. I gennemsnit kan ældres forbrug i Region Hovedstaden opgøres til 82.174 kr., jf. figur 5.1. Ældre i de øvrige regioner har i gennemsnit nogenlunde lige stort forbrug. Det laveste forbrug af sundheds- og plejeydelser på 72.361 kr. i gennemsnit har ældre, der bor i Region Sjælland – hvilket er næsten 10.000 kr. lavere end det gennemsnitlige forbrug i Region Hovedstaden.

Sammenlignet med de øvrige regioner, har Region Hovedstadens ældre i gennemsnit et højere forbrug af ydelser i alle tre sektorer. Region Sjællands ældre har i gennemsnit lavest forbrug af de kommunale ydelser, mens det gennemsnitlige forbrug af ydelser i praksissektoren er på niveau med de øvrige tre regioner. Forbruget af ydelser i sygehussektoren er i Region Sjælland i gennemsnit faktisk højere end i de tre øvrige regioner, men det er stadig lavere end blandt ældre i Region Hovedstaden.



Anm.: De gennemsnitlige 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, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

En nærmere undersøgelse af ældre i henholdsvis 65-79-års alderen og ældre på 80 år og derover viser, at Region Hovedstadens ældre i begge aldersgrupper i gennemsnit har et højere forbrug af ydelser end i de øvrige regioner. Blandt de yngste ældre, dvs. de ældre der er under 80 år, har de øvrige fire regioner i gennemsnit nogenlunde lige højt forbrug af sundheds- og plejeydelser, mens der er blandede resultater blandt de ældste ældre på 80 år og derover. Blandt ældre på 80 år og derover, har ældre i Region Sjælland og Region Syddanmark i gennemsnit lavest forbrug af kommunale ydelser, mens ældre i Region Nordjylland i gennemsnit har lavest sygehusforbrug.

I Bilag 1 og 4 kan du se alle regionale resultater for ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser, herunder ydelser for hele gruppen af ældre samt ydelser fordelt på de to aldersgrupper.

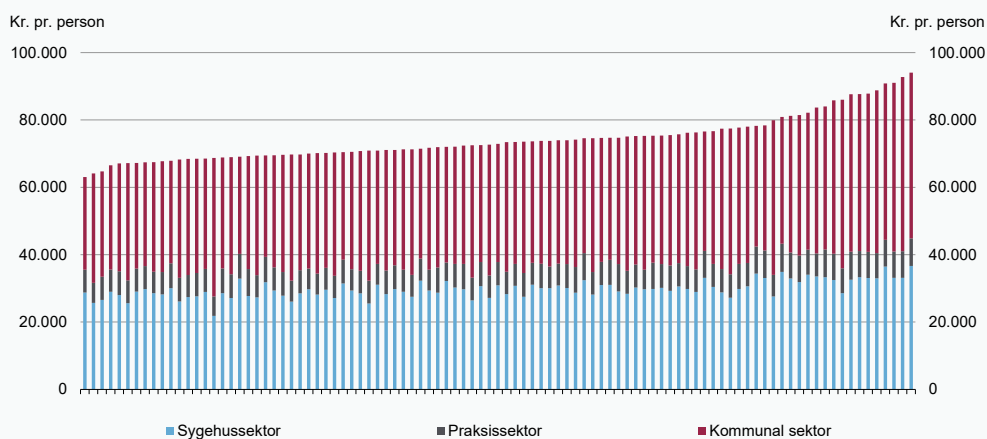
Kommuner

Analysen viser, at der også på tværs af kommuner er betydelige variationer i det gennemsnitlige forbrug af sundheds- og plejeydelser blandt ældre. På tværs af kommuner spænder det samlede

forbrug mellem i gennemsnit 63.038 kr. og 94.040 kr. pr. person, jf. figur 5.2. Der ses store forskelle mellem kommuner i forbruget af ydelser fra alle tre sektorer, dog er variationen størst for ydelser i den kommunale sektor. Her ses der et spænd i det gennemsnitlige forbrug pr. person på mellem 27.503 kr. til 51.744 kr.

Figur 5.2

Forbrug af sundheds- og plejeydelser pr. person over 65 år fordelt på kommuner, 2022



Anm.: De gennemsnitlige 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, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Også når vi fordeler ældre på tværs af de to aldersgrupper, ses der store forskelle i det gennemsnitlige forbrug af sundheds- og plejeydelser. Den kommunale variation er særlig høj blandt de ældste borgere på 80 år og derover. Den samlede forbrug af ydelser pr. person på 80 år og derover spænder i gennemsnit mellem 115.503 kr. og 188.171 kr. mellem kommuner.

I Bilag 2 og 5 kan du se alle kommunale resultater for ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser, herunder ydelser for hele gruppen af ældre, samt ydelser fordelt på de to aldersgrupper.

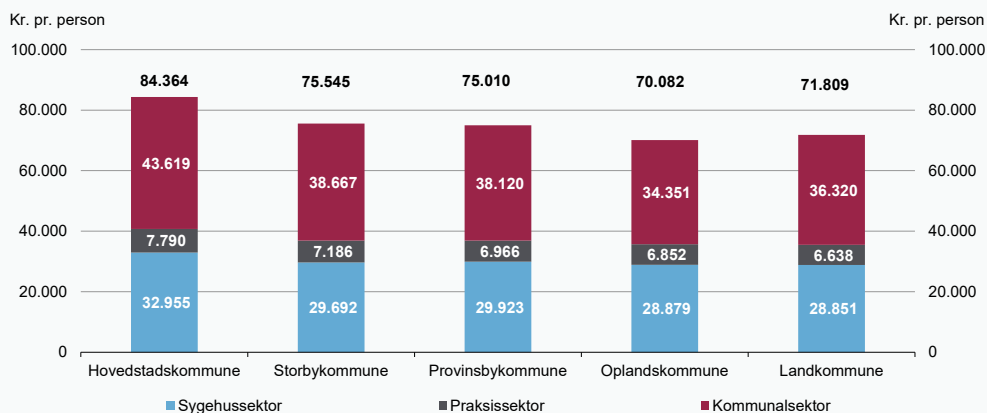
Kommunegrupper

Når vi fordeler ældres bopælskommune efter Danmarks Statistiks kommunegrupper⁵ kan der ses forskelle i det gennemsnitlige forbrug pr. ældre alt efter hvilken type bopælskommune, den enkelte ældre bor i. Det højeste gennemsnitlige forbrug af både sundheds- og plejeydelser har ældre fra hovedstadskommuner, mens det laveste gennemsnitlige forbrug har ældre fra oplandskommuner efterfulgt af landkommuner.

⁵ Med udgangspunkt i tilgængelighed til arbejdspladser og antallet af indbyggere i den største by i kommunen, er Danmarks kommuner grupperet i de fem grupper. Opdelingen kan anvendes til analyser af geografiske forskelle i Danmark. Læs evt. om grupperingen på Danmarks Statistiks hjemmeside: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/nomenklaturer/kommunegrupper>

Figur 5.3

Forbrug af sundheds- og plejeydelser pr. person over 65 år fordelt på kommune-grupper, 2022



Anm.: De gennemsnitlige 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. Københavns Kommune indgår i hovedstadskommune og ikke i storbykommune, som kun består af Odense, Aarhus og Aalborg.

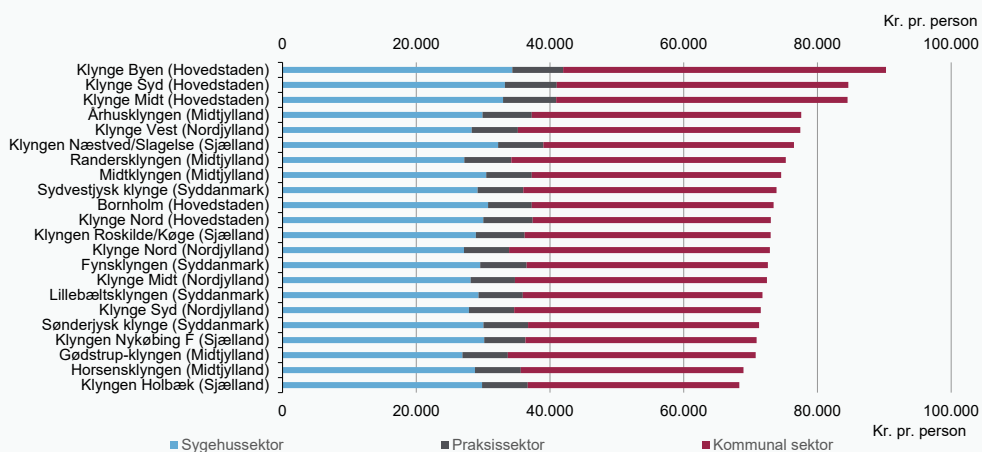
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Sundhedsklynger

Samarbejdet mellem kommuner, de alment praktiserende læger og sygehusene er formaliseret i sundhedsklynger, hvor ældre er et af klyngernes fokusområder. Derfor har vi også valgt at se på variationen mellem sundhedsklyngerne. Analysen viser, at det gennemsnitlige forbrug af sundheds- og plejeydelser er højest blandt de ældre, der hører til tre af klyngerne i Region Hovedstaden, Klynge Byen, Klynge Syd og Klynge Midt, jf. figur 5.4. Det gennemsnitlige forbrug af sundheds- og plejeydelser er lavest blandt ældre, der hører til Klyngen Holbæk i Region Sjælland efterfulgt af Horsensklyngen i Region Midtjylland. Variationen i forbruget spænder i gennemsnit fra 68.304 kr. til 90.252 kr. mellem de 22 sundhedsklynger.

Figur 5.4

Forbrug af sundheds- og plejeydelser pr. person over 65 år fordelt på sundhedsklynger, 2022



Anm.: De gennemsnitlige 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, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

I Bilag 3 og 6 kan du flere resultater for ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser på sundhedsklyngeniveau, herunder ydelser for hele gruppen af ældre, samt ydelser fordelt på de to aldersgrupper.

5.2 Benchmarking af forbruget af sundheds- og plejeydelser

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.

I denne del af analysen tages der 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. I Bilag 7: "Metode" kan du finde resultaterne fra de statistiske modeller, herunder hvilke individbaserede baggrundskarakteristika, der har en statistisk sammenhæng til den enkelte ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser.

Til brug for denne analyse har vi på individniveau fået adgang til en række faktorer om ældres livstil vedrørende kost, rygning, alkohol og motion, selv vurderet mentalt og fysisk helbred, ensomhed og søvn fra Den Nationale Sundhedsprofil. Vi har dog valgt ikke at medtage faktorerne i analysen fordi en følsomhedsanalyse indikerer, at denne stikprøve af ældre på kommuneniveau ikke er repræsentativ for kommunernes fulde population af ældre ift. forbrugsmønster af sundheds- og plejeydelser. Læs mere herom i afsnit 3.3.

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 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.

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.

De enkelte regioners, kommuners og sundhedsklyngers gennemsnitlige forbrugsniveau sammenholdes dermed med et statistisk beregnet udtryk for, hvad ældre på landsplan med lignende baggrundskarakteristik i gennemsnit forudsiges at forbruge, og på den baggrund beregnes en benchmarkingindikator. I kommuner og regioner, hvor benchmarkingindikatoren er større end 100, har ældre i gennemsnit et højere forbrug end forventet, hvorimod en benchmarkingindikator mindre end 100 betyder, at ældre i gennemsnit har et lavere forbrug, end man kunne forvente ud fra ældres baggrundskarakteristika (se også kapitel 3).

I det følgende vises både benchmarkingindikatorer for forbrug af sundheds- og plejeydelser under ét, forbruget af ydelser i henholdsvis sygehussektoren, praksissektoren og den kommunale sektor, samt forbruget af de enkelte ydelser som planlagt sygehusaktivitet, almen praksis, plejebolig og andre.

Det skal bemærkes, at mekanikken i benchmarkinganalysen er sådan, at man ikke kan sige noget om, hvorvidt det generelle niveau i forbruget af sundheds- og plejeydelser er optimalt, for højt eller for lavt. Når vi i benchmarkinganalysen sammenligner kommuner og regioner med hinanden, viser vi således de forskelle, der er mellem kommuner og regioner, men vi kan ikke konkludere om det gennemsnitlige forbrug af sundheds- og plejeydelser ligger over eller under det ønskværdige niveau. Det skal også bemærkes, at selvom vi undersøger forskelle i forbruget i hver af de tre sektorer og forbruget af de enkelte ydelser, er det også for de enkelte kommuner, regioner og sundhedsklynger relevant at se på tværs af de forskellige ydelser.

Når man læser analyseresultaterne, er det værd at have in mente, at det regionale sundhedsvæsen og det kommunale sundheds- og plejeområde generelt er underlagt forskellige finansierings- og styringsmekanismer, jf. også rapportens indledning.

Benchmarking af regionerne

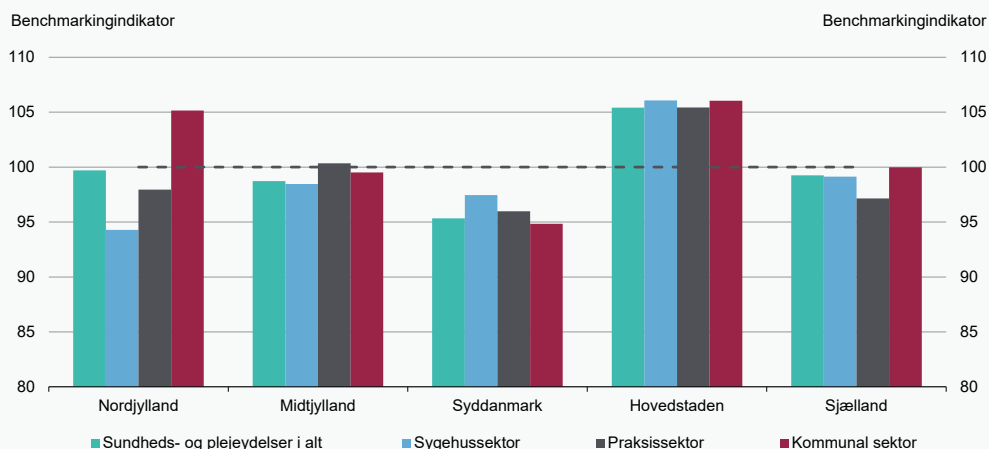
Analysen viser, at når der tages højde for forskelle i sammensætningen af gruppen af ældre på tværs af regionerne, er der fortsat en variation mellem regionerne i det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser.

Benchmarkingindikatoren varierer fra 95,3 i Region Syddanmark til 105,4 i Region Hovedstaden jf. figur 5.5. 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 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 det er statistisk forventet, mens Region Hovedstaden omvendt har et højere forbrug af ydelser inden for alle tre sektorer end forventet på baggrund af regionens sammensætning af ældre. Region Nordjylland er den region med lavest sygehusforbrug i forhold til det forventede niveau, mens forbruget af ydelser i den kommunale sektor ligger i den høje ende i forhold til forventet på baggrund af regionens sammensætning af ældre.

Figur 5.5

Benchmarkingindikator for forbruget af sundheds- og plejeydelser fordelt på regioner, 2022



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.

Hvis vi ser på de enkelte ydelser inden for de tre sektorer, kan der konstateres endnu større variationer mellem regionerne, jf. figur 5.6. Farverne indikerer lavere eller højere forbrug ift. det statistisk forventede niveau på baggrund af regionens sammensætning af ældre. Jo mørkere den blå farve, jo lavere forbrug end forventet på baggrund af regionens ældresammensætning. Jo mørkere den grå farve, jo højere forbrug end forventet på baggrund af regionens ældresammensætning.

Figur 5.6

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

	Sundheds- og plejeydelser i alt	Sygehussektor	Praksissektor	Kommunal sektor	Planlagt sygehusaktivitet	Akut sygehusaktivitet	Almen praksis	Speciallægepraksis	Fysioterapi	Medicinudgifter	Plejebolig	Personlig pleje	Praktisk hjælp	Hjemmesygepleje
Nordjylland	99,7	94,3	98,0	105,2	95,8	92,1	105,5	82,7	100,4	99,6	114,1	91,0	76,1	102,6
Midtjylland	98,7	98,5	100,4	99,5	97,2	100,7	104,1	84,4	108,0	101,9	101,2	97,0	97,6	97,2
Syddanmark	95,3	97,5	96,0	94,8	102,6	89,8	105,2	86,0	89,9	97,0	94,3	87,3	94,3	110,0
Hovedstaden	105,4	106,1	105,4	106,0	106,2	105,9	95,4	125,7	110,1	100,5	108,1	107,9	107,1	87,8
Sjælland	99,3	99,1	97,2	100,0	92,8	109,2	91,4	102,9	84,7	101,8	90,7	117,3	112,0	106,9

Anm.: Fysioterapi er inkl. vederlagsfysioterapi, kiropraktor, fodterapi o.l. Akut sygehus er inkl. vagtlæge. Planlagt sygehus er inkl. virtuelle kontakter, udekontakter m.m. Farverne indikerer lavere eller højere forbrug ift. statistisk forventet. Jo mørkere den blå farve, jo lavere forbrug ift. forventet. Jo mørkere den grå farve, jo højere forbrug ift. forventet.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Ældre i Region Sjælland har fx 7,2 pct. lavere forbrug af planlagte sygehusydelser end forventet på baggrund af regionens sammensætning af ældre, mens de har 9,2 pct. højere forbrug af akutte sygehusydelser end forventet. Omvendt har ældre i Region Syddanmark et højere planlagt sygehusforbrug og et lavere akut sygehusforbrug end forventet på baggrund af

ældresammensætningen. Ældre i Region Hovedstaden har både et højere akut og planlagt sygehusforbrug end det statistisk forventede niveau, mens det omvendte gælder ældre i Region Nordjylland.

Ældre i Region Hovedstaden og Region Sjælland har et lavere almen praksisforbrug, men højere forbrug af praktiserende speciallæger – det sidstnævnte gælder særligt ældre i Region Hovedstaden. Ældre i Region Hovedstaden har et praktiserende speciallægeforbrug, der er 25,7 pct. højere end det forventede niveau, mens forbruget i de tre øvrige regioner er lavere end statistisk forventet. Dette kan hænge sammen med, at der er skæv geografisk fordeling af praktiserende speciallæger pr. indbygger, som bl.a. afspejler, at Region Hovedstaden i højere grad har valgt en organisering med praktiserende speciallæger⁶.

Der ses også variationer mellem regioner i brugen af ydelser inden for det kommunale område. Brugen af hjemmesygepleje er højest i forhold til forventet niveau i Region Syddanmark – det er 10 pct. højere end det statistisk forventede niveau, mens forbruget af hjemmesygepleje i Region Hovedstaden er 12,2 pct. lavere end det forventede niveau på baggrund af regionens sammensætning af ældre. Region Syddanmark har et lavere forbrug af både plejebolig, personlig og praktisk hjælp end det forventede niveau, mens Region Hovedstaden omvendt har et højere forbrug af alle tre ydelser end det statistisk forventede niveau på baggrund af regionens sammensætning af ældre.

Ældre i Region Nordjylland har et 14,1 pct. større forbrug af plejebolig end det forventede niveau, mens de til gengæld har 9 pct. lavere forbrug af personlig pleje og 23,9 pct. lavere forbrug af praktisk hjælp end det statistisk forventede niveau i regionen. Det omvendte gælder ældre i Region Sjælland, der har et lavere forbrug af plejebolig end det forventede niveau og et højere forbrug af både personlig pleje og praktisk hjælp end det forventede niveau på baggrund af regionens sammensætning af ældre.

I Bilag 1 og 4 kan du se regionale benchmarkingindikatorer for ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser opdelt på de to aldersgrupper. Det generelle billede er, at de regionale benchmarkingindikatorer for både den gruppe af ældre der er under 80 år og den gruppe af ældre, der er 80 år eller derover følger de regionale benchmarkingindikatorer for den samlede gruppe af ældre.

Benchmarking af kommunerne

I figurerne 5.7 til 5.10 vises kommunernes benchmarkingindikator for forbruget af de samlede sundheds- og plejeydelser samt forbruget inden for de tre sektorer inddelt i kvintiler. 1. kvartil er den femtedel af kommunerne, der har det laveste gennemsnitlige forbrug pr. ældre i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af kommunens sammensætning af ældre. 5. kvartil er den femtedel af kommunerne, der har det højeste gennemsnitlige forbrug pr. ældre i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af kommunens sammensætning af ældre. Der tegner sig nogle forskellige geografiske tendenser på tværs af de fire kort:

Det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser, jf. figur 5.7:

- Forbruget af de samlede sundheds- og plejeydelser er højest ift. forventet på baggrund af kommunens sammensætning af ældre i Københavns Kommune og i en række kommuner

⁶ Lægedækning i hele Danmark (2017) - Rapport Fra Regeringens Lægedækningsudvalg.

nord for hovedstanden (bl.a. i Gentofte, Lyngby-Taarbæk, Allerød og Rudersdal Kommune).

- Forbruget af de samlede sundheds- og plejeydelser er lavest ift. forventet på baggrund af kommunernes sammensætning af ældre i en række vestegnskommuner (bl.a. i Glostrup, Ishøj og Brøndby Kommune), og i en række kommuner i Sønderjylland (Sønderborg og Haderslev Kommune) og Trekantsområdet (Vejle, Vejen og Billund)
- Der er ikke nogen tendens i forbruget på tværs af de største byer: Det er højere end forventet på baggrund af kommunens sammensætning af ældre i Randers og Københavns Kommune, mens det er lavere i Odense, Aarhus og Esbjerg Kommune og nogenlunde som forventet i Aalborg Kommune.
- Der er heller ikke nogen tendens i forbruget på tværs af de mindste ø-kommuner: Det er højere end forventet på baggrund af kommunernes sammensætning af ældre i Ærø, Samsø og Fanø Kommune, mens det er lavere end forventet i Læsø Kommune.

Sygehusforbruget, jf. figur 5.8:

- Der tegner sig et klart øst/vest billede: Ældre øst for Storebælt har et højere sygehusforbrug end forventet på baggrund af kommunernes sammensætning af ældre, mens ældre vest for Storebælt har et lavere sygehusforbrug end forventet. Det er særligt ældre i hovedstadsområdet, der har et højere sygehusforbrug end statistisk forventet, mens forbruget er lavest i en række nordjyske og vestjyske kommuner. Der er ikke nogle entydige forbrugsmønstre hverken på tværs af de største byer eller de fire små ø-kommuner.

Forbruget i praksissektoren, jf. figur 5.9:

- Der synes generelt også at være geografiske mønstre i forbruget af ydelser i praksissektoren, hvor forbruget er højest i hovedstadsområdet og lavest i en række sydsjællandske kommuner samt i alle fire ø-kommuner ift. forventet på baggrund af kommunernes sammensætning af ældre. Der er ikke nogen entydige forbrugsmønstre mellem de største byer.

Forbruget i den kommunale sektor, jf. figur 5.10:

- Der er noget mere geografisk spredning i forbruget af ydelser i den kommunale sektor, men der er stadig nogle geografiske tendenser. Generelt er forbruget højere end forventet på baggrund af kommunernes sammensætning af ældre i de fleste midtjyske og nordjyske kommuner, mens det er lavere end forventet i de fleste sønderjyske kommuner. Forbruget af ydelser i den kommunale sektor er højere end forventet på baggrund af kommunernes sammensætning af ældre i hovedstadsområdet og i de fleste kommuner nord for hovedstaden, mens det er lavere end forventet i flere vestegnskommuner.

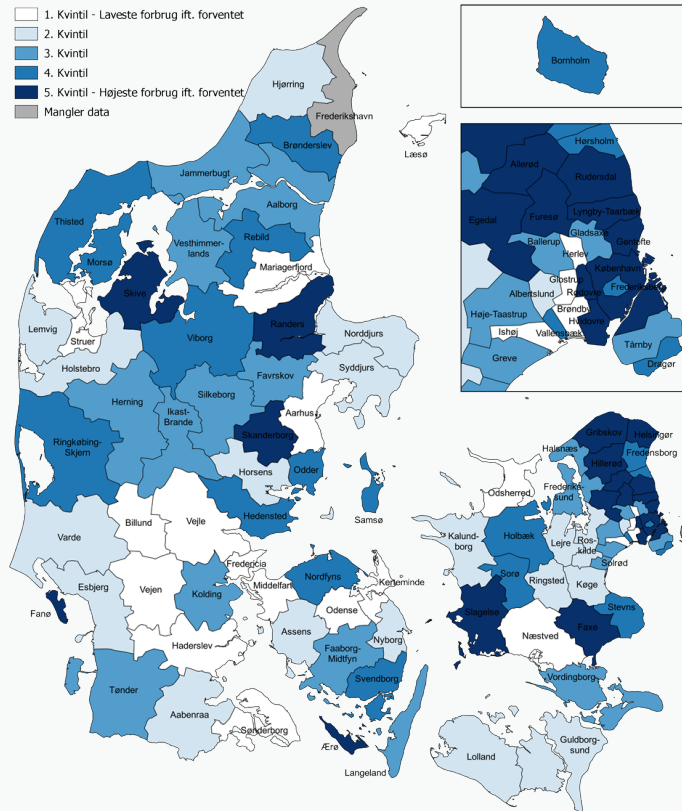
I Bilag 2 og 5 kan du se kommunale benchmarkingindikatorer for ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser opdelt på de to aldersgrupper. Det generelle billede er, at der er stærke⁷

⁷ Pearsons korrelation mellem benchmarkingindikatorer er 0,63 for samlet forbrug af sundheds- og plejeydelser, 0,71 for sygehusforbrug, 0,60 for forbrug af ydelser i praksissektoren og 0,70 for forbrug af kommunale ydelser.

sammenhænge mellem de kommunale benchmarkingindikatorer for hhv. den gruppe af ældre der er under 80 år og den gruppe af ældre, der er 80 år eller derover.

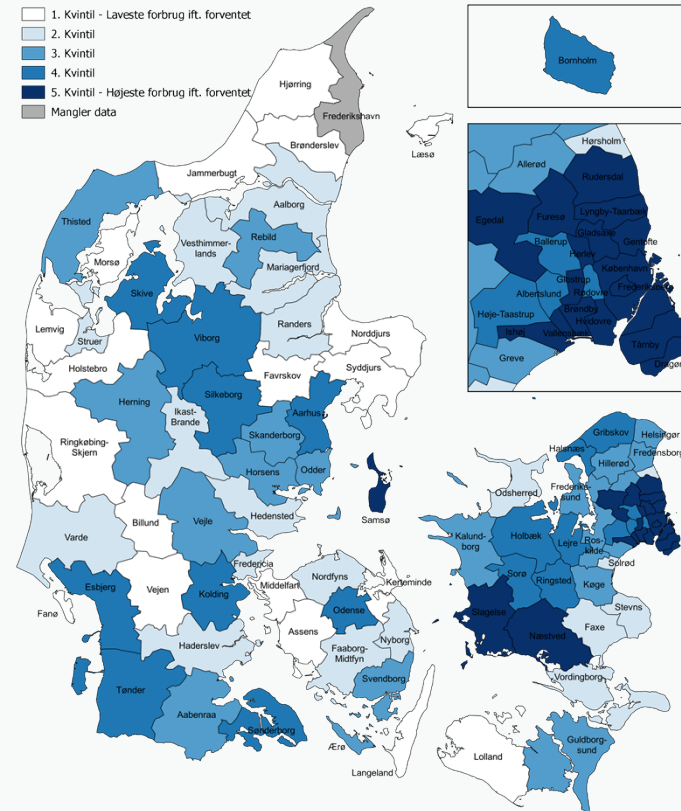
Figur 5.7

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



Figur 5.8

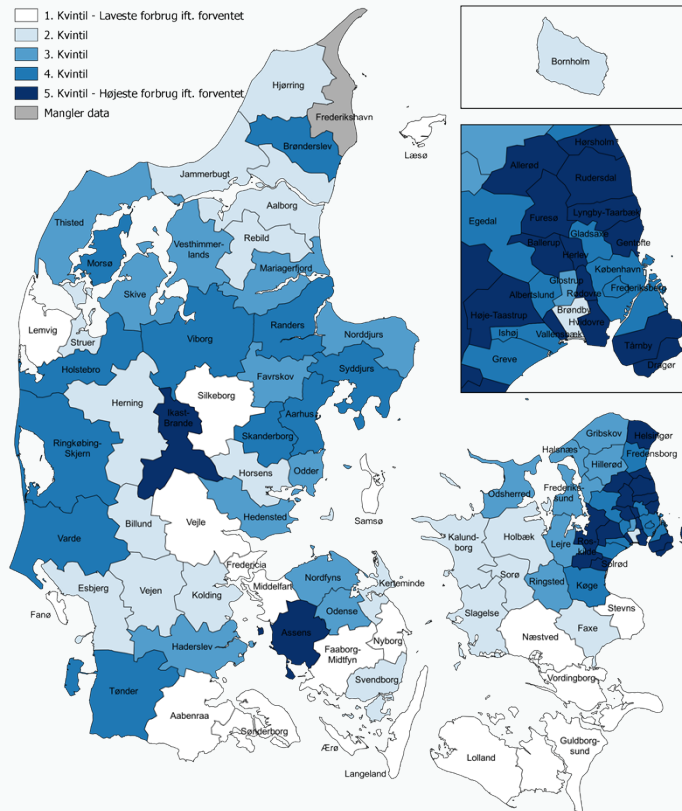
Benchmarkingindikator for forbrug af ydelser i sygehussektoren pr. person over 65 år fordelt på kommuner, 2022



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.

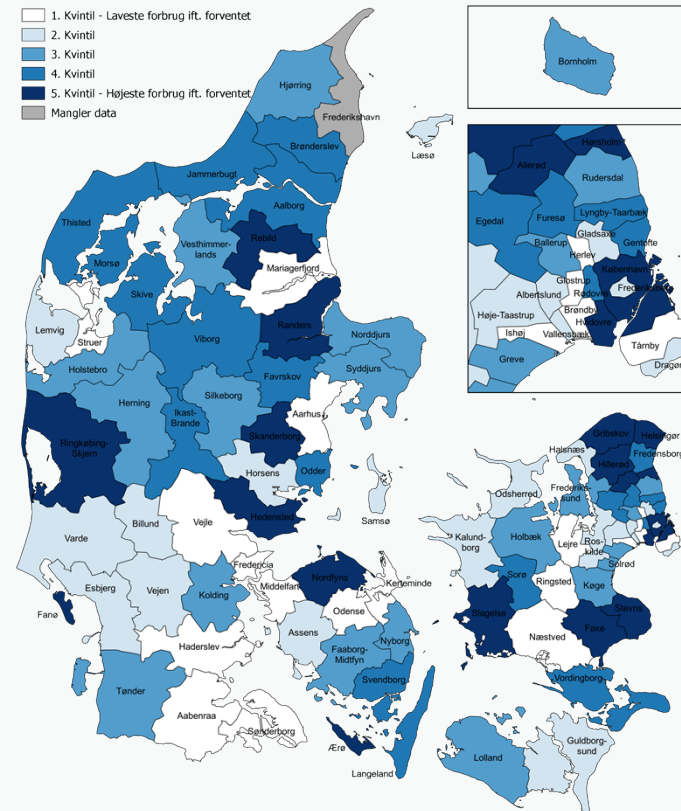
Figur 5.9

Benchmarkingindikator for samlet forbrug af ydelser i praksissektoren pr. person over 65 år fordelt på kommuner, 2022



Figur 5.10

Benchmarkingindikator for forbrug af ydelser i den kommunale sektor pr. person over 65 år fordelt på kommuner, 2022

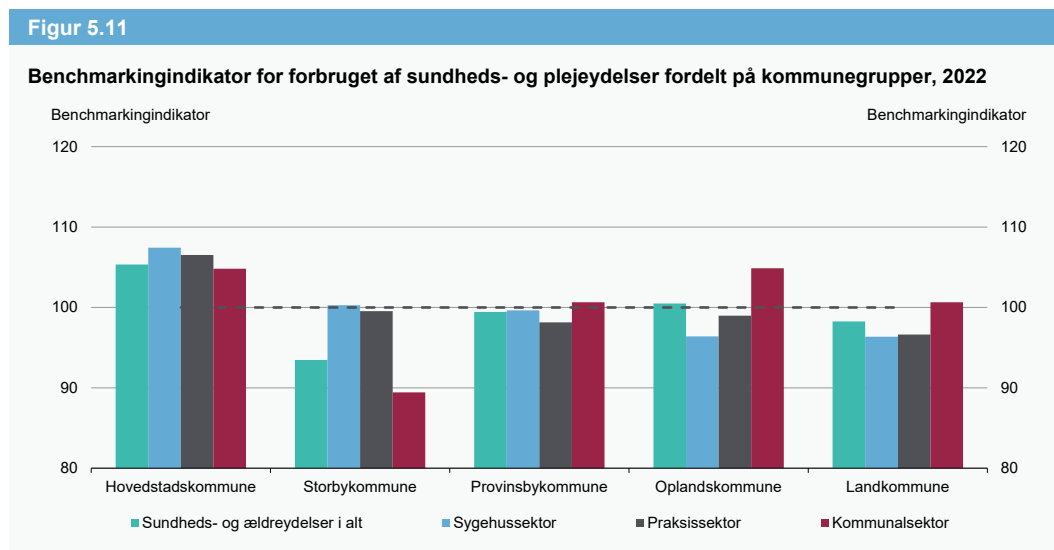


Anm.: 1. kvintil dækker over den femtedel af kommunerne, som havde det laveste forbrug i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af kommunens ældresammensætning. 5. kvintil dækker omvendt over den femtedel af kommunerne, der havde det højeste forbrug i forhold til forventet. Frederikshavn Kommune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

Kommunegrupper

Når vi tager højde for forskelle i sammensætningen af ældre på tværs af kommunegrupper ses der fortsat noget variationen i forbruget på tværs af de forskellige kommunetyper. Forbruget af sundheds- og plejeydelser samlet set er højest i forhold til det statistisk forventede niveau i hovedstadskommunerne, mens det er lavest ift. forventet i storbykommunerne, jf. figur 5.11. Det samlede forbrug af ydelser er nogenlunde på samme niveau som det statistisk forventede i provinskommunerne og oplandskommunerne, mens det er lidt lavere end det forventede niveau i landkommunerne. Oplands- og landkommunerne har lavere sygehusforbrug ift. forventet på baggrund af sammensætningen af ældre, og mens oplandskommunerne har højere forbrug af de kommunale ydelser end det statistisk forventede niveau, har landskommuner et forbrug der nogenlunde svarer det forventede niveau på baggrund af sammensætningen af ældre.

Figur 5.11



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. Københavns Kommune indgår i hovedstadskommune og ikke i storbykommune, som kun består af Odense, Aarhus og Aalborg.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Variation mellem kommuner i ældres forbrug af de enkelte ydelser

I figur 5.12 ses variationen mellem de 10 kommuner med henholdsvis lavest og højest forbrug af sundheds- og plejeydelser i forhold til forventet på baggrund af kommunernes sammensætning af ældre. Det skal bemærkes, at det er ikke nødvendigvis er de samme 10 kommuner med henholdsvis lavest og højest forbrug på tværs af de enkelte ydelser.

På tværs af kommunerne ses der generelt store forskelle i forbruget af sundheds- og plejeydelser i forhold til forventet på baggrund af kommunernes sammensætning af ældre. De 10 kommuner med lavest forbrug af de samlede sundheds- og plejeydelser har 11,9 pct. lavere forbrug end 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.

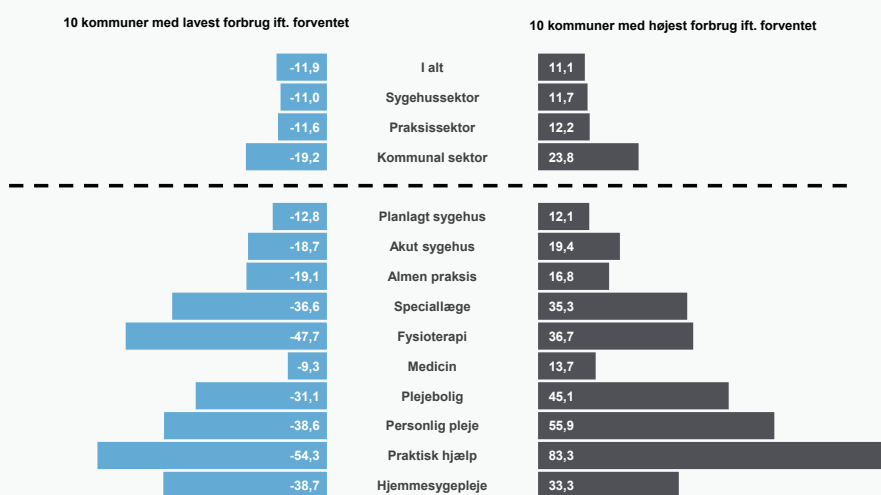
Variationen i forbruget af ydelser i sygehussektoren og praksissektoren er mindre, mens variationen i den kommunale sektor er større – det spænder fra 19,2 pct. lavere i forhold til statistisk forventede niveau til 23,8 pct. højere end forventet på baggrund af deres sammensætning af ældre. Når vi nærmere undersøger variationen i forbruget af de enkelte ydelser, ses der også store

forskelle mellem kommunerne. Også i forhold til sygehusaktiviteten. Fx er variationen mellem de 10 kommuner med henholdsvis højest og lavest forbrug af den akutte sygehusaktivitet mellem 18,7 pct. lavere end det forventede niveau til 19,4 pct. højere end forventet på baggrund af deres sammensætning af ældre. Variationen mellem kommunerne i brugen af praktiserende speciallægeydelser og fysioterapiydelser er endnu højere, hvilket kan hænge sammen med, at der er geografiske forskelle i dækningsgrad af yderkapaciteten i praksissektoren.

Det samme gælder forbruget af de enkelte kommunale ydelser. Fx spænder brugen af hjemmesygepleje på tværs af de 10 kommuner med henholdsvis mest og mindst forbrug mellem at være 38,7 pct. lavere end det statistisk forventede niveau til 33,3 pct. højere end forventet på baggrund af deres sammensætning af ældre. Variationen i brugen af plejebolig spænder mellem at være 31,5 pct. lavere end forventet til at være 45,1 pct. højere end forventet. De største forskelle mellem kommuner 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 5.12

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.

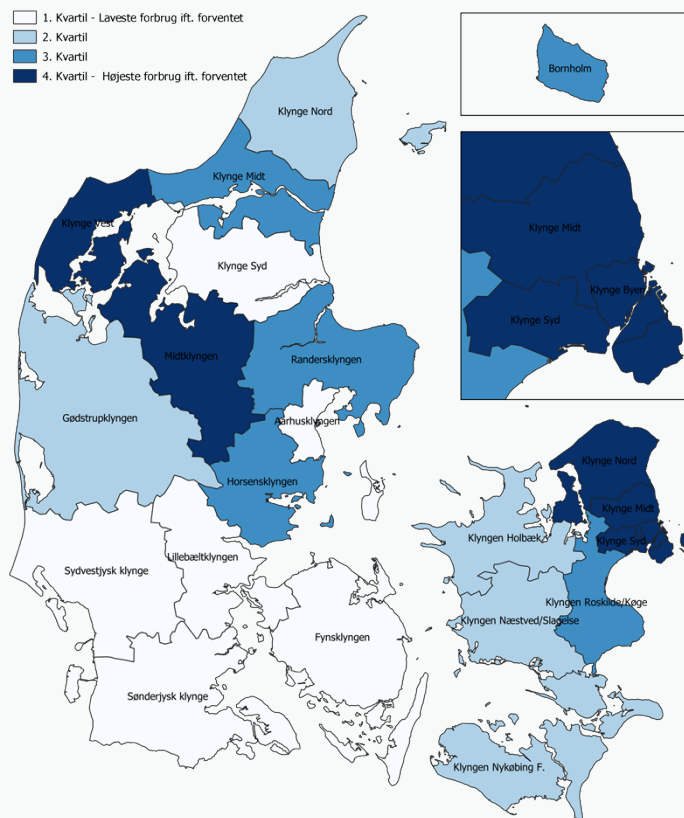
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Benchmarking af sundhedsklynger

I følgende figurer vises sundhedsklyngernes benchmarkingindikator for forbruget af de samlede sundheds- og plejeydelser inddelt i kvartiler. 1. kvartil er den fjerdedel af sundhedsklyngerne, der har det laveste gennemsnitlige forbrug pr. ældre i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af klyngens sammensætning af ældre. 4. kvartil er den fjerdedel af sundhedsklyngerne, der har det højeste gennemsnitlige forbrug pr. ældre i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af klyngens sammensætning af ældre. Figur 5.13-5.16 viser nogenlunde samme geografiske mønstre i forbruget af sundheds- og plejeydelser, som der kunne ses i kort over kommuner i figur 5.7-5.10. I Bilag 3 og 6 kan man se benchmarkingindikatorer på sundhedsklyngeniveau for de to aldersgrupper – henholdsvis ældre under 80 år og ældre på 80 år og derover.

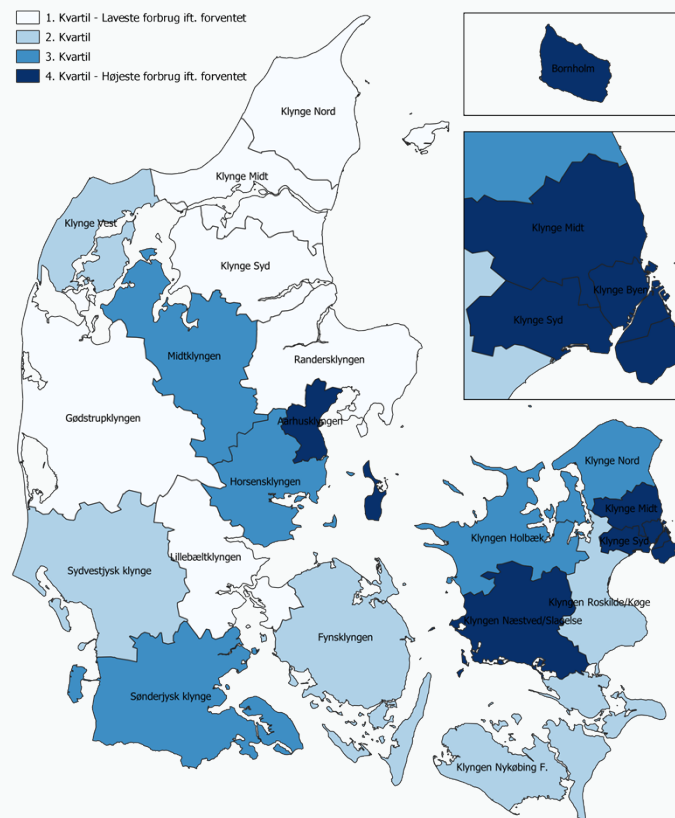
Figur 5.13

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



Figur 5.14

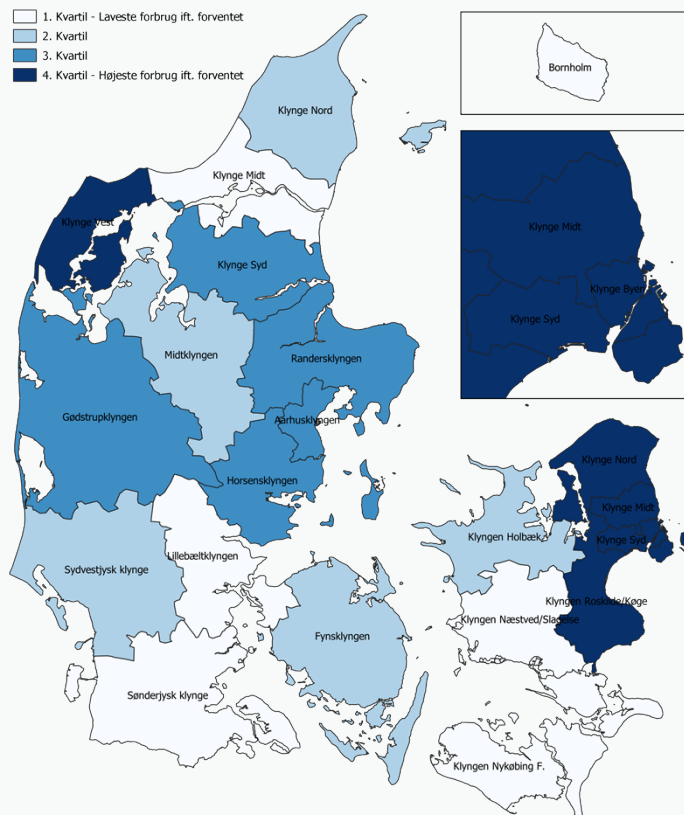
Benchmarkingindikator for forbrug af ydelser i sygehussektoren pr. person over 65 år fordelt på sundhedsklynger, 2022



Anm.: 1. kvartil dækker over den fjerdedel af sundhedsklyngerne, som havde det laveste forbrug i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af sundhedsklynges ældresammensætning. 4. kvartil dækker omvendt over den fjerdedel af sundhedsklyngerne, der havde det højeste forbrug i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af sundhedsklyngens ældresammensætning.
 Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

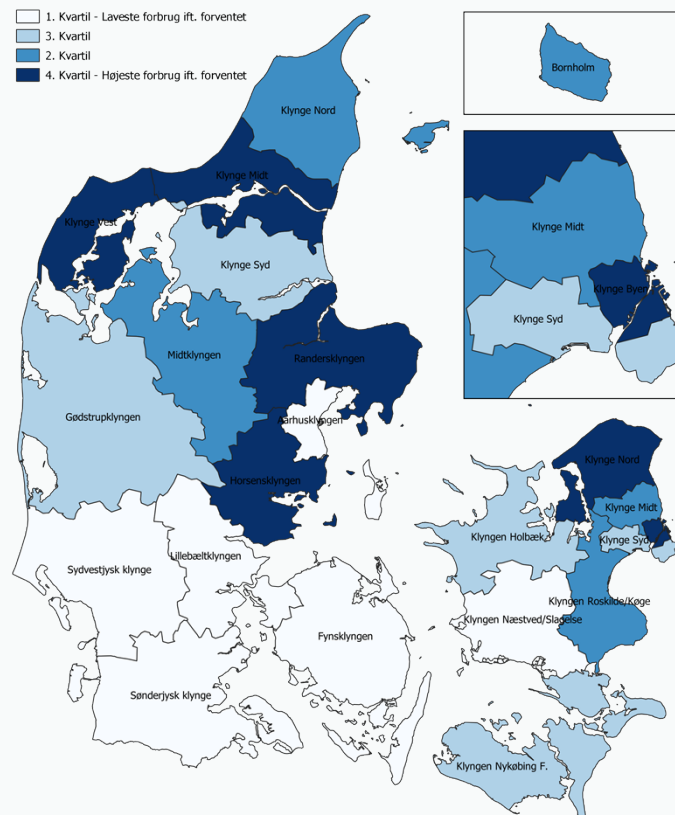
Figur 5.15

Benchmarkingindikator for samlet forbrug af ydelser i praksissektoren pr. person over 65 år fordelt på sundhedsklynger, 2022



Figur 5.16

Benchmarkingindikator for forbrug af ydelser i den kommunale sektor pr. person over 65 år fordelt på sundhedsklynger, 2022



Anm.: 1. kvartil dækker over den fjerdedel af sundhedsklyngerne, som havde det laveste forbrug i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af sundhedsklynges ældresammensætning. 4. kvartil dækker omvendt over den fjerdedel af sundhedsklyngerne, der havde det højeste forbrug i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af sundhedsklyngens ældresammensætning.
 Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.