



Skyldes faldende udgifter til ældrepleje besparelser eller sund aldring?

ANALYSERAPPORT 2020:3

1. Indledning og sammenfatning	3
2. Offentlig ældrepleje	5
3. Udviklingen i udgifterne til ældrepleje	10
3.1. Udviklingen i forbruget af hjemmehjælp.....	13
3.2. Udviklingen i forbruget af plejeboliger.....	17
4. Betydning af sund aldring, hjælp i familien og nedskæringer for udgifter til ældrepleje	19
4.1. Resultater	24
5. Litteratur	26

Analyserapport 2020:3
Skyldes faldende udgifter til ældrepleje besparelser eller sund aldring?
Forsikring & Pension

1. Indledning og sammenfatning

Fra 2009 til 2017 er befolkningen over 65 år steget med over 220.000 personer, så der er mere end 1 million personer over 65 år. Samtidig er antallet af ældre over 80 år steget med 25.000 personer. Det er en betydelig stigning for en befolkningsgruppe, som i større eller mindre omfang har behov for ældrepleje. Det kan være ældrepleje i form af hjemmehjælp i eget hjem eller i en plejebolig.

Formålet med denne analyse er at kortlægge og belyse mulige årsager til udviklingen i omfanget af ældrepleje og de kommunale udgifter til ældrepleje fra 2009 til 2017. Rapporten består af to dele. Den første del undersøger udviklingen af ældrepleje fra 2009 til 2017. Nærmere bestemt udviklingen i antallet og andelen af ældre, der modtager hjemmehjælp eller bor i plejebolig, samt hvor mange timers hjemmehjælp modtagerne visiteres til. Opgørelsen bruges til at bestemme, hvordan udviklingen i disse komponenter har bidraget til ændringen i udgifterne til hjemmehjælp og plejeboliger.

Hovedresultaterne fra første del er:

- Der anvendes 38,0 mia. kr. i 2017 på offentlig ældrepleje inkl. puljer tildelt af folketinget, såsom værdighedsmilliarden. De samlede udgifter til ældrepleje er faldet med 0,6 mia. kr. fra 2009 til 2017. Samtidig er befolkningen over 65 år vokset med 220.000 personer, som er en stigning på 25 pct.
- Kombinationen af flere ældre og faldende udgifter betyder, at de gennemsnitlige udgifter til ældre over 65 år er faldet fra 44.000 kr. pr. borger i 2009 til 35.000 kr. pr. borger (2019-niveau) i 2017.
- Andelen af ældre over 65 år, der modtager hjemmehjælp, er faldet fra 21 til 14 pct., og antallet af visiterede timer til hjemmehjælp er faldet med 18 minutter pr. uge pr. modtager.
- Andelen af ældre, som bor i plejebolig, er faldet fra 5,1 til 4,5 pct.
- Udviklingen i udgifterne til ældrepleje dækker over større underliggende bevægelser. Udgiftsstigningen, der ville have fundet sted som følge af flere ældre, bliver i høj grad begrænset af modgående lavere udgiftstræk som følge af et fald i andelen af ældre, som får visiteret ældrepleje, og et fald i mængden af den bevilligede ældrepleje pr. modtager.
- Udgifterne til hjemmehjælp og plejeboliger er faldet med 0,6 mia. kr. fra 2009 til 2017. Det stigende antal ældre i samme periode ville have medført en stigning i udgifterne til ældrepleje på 6,4 mia. kr., hvis udgifterne pr. borger var uændret i forhold til 2009. Tilsvarende ville den faldende andel af ældre, som bor i plejeboliger eller som modtager hjemmehjælp og den faldende mængde af hjemmehjælp, have medført et fald i udgifterne på 7,2 mia. kr., hvis antal ældre og udgifter pr. borger var uændrede.

I den anden del af analysen undersøges årsagerne til, at de gennemsnitlige udgifter pr. borger er faldet fra 2009 til 2014. Der er identificeret tre overordnede årsager. For det første falder behovet for offentlig ældrepleje, når flere ældre bor med deres ægtefælle eller partner og kan hjælpe hinanden. Det sker, når levetiden stiger, så pensionistparrene får flere år sammen. Det kan også være, at flere ældre får hjælp fra familien. For det andet kan behovet for ældrepleje falde i takt med, at de ældre får et bedre helbred og kan klare sig i længere tid uden hjemmehjælp og først i en sen alder får behov for en plejebolig. Dette kaldes sund aldring. For det tredje kan kommunerne i nogen grad reducere udgifterne til æld-

repleje. Det kan ske via de politisk vedtagne kommunale budgetter og den visitationspraksis, der sætter rammerne for de kommunale tilbud. Udgifterne kan blandt andet reduceres som følge af lavere administrative udgifter, gevinster ved øget brug af genoptræning og rehabilitering eller at kommunerne vælger at spare på udgifterne til ældre. Det er besparelser i den forstand, at det er reduktioner i udgifterne, som ligger ud over, hvad der kan tilskrives betydning af længere levetid og sund aldring. I analysen fokuseres der på ældre over 80 år, da de står for hovedparten af udgifterne til ældrepleje.

Hovedresultaterne fra anden del af analysen viser, at faldet i de gennemsnitlige udgifter til ældrepleje for personer over 80 år kan tilskrives:

- 36 pct. af faldet kan forklares af ændrede familiemønstre og karakteristika blandt de ældre. Det henfører til, at flere ældre lever sammen med en partner og flere ældre bor med børn i nærheden. Det betyder, at et bedre netværk kan mindske behovet for kommunal ældrepleje. Der er hjemmel i serviceloven for kommunerne til at udmåle ældreplejen efter familief forhold. Det kan ikke afvises, at kommunerne i perioden har lagt en større plejeopgave på de pårørende.
- Mere sund aldring vurderes at forklare 21 pct. af faldet i udgifterne. Det vil sige, at samtidig med, at levetiden er blevet forbedret, så er behovet for ældrepleje udskudt til senere i livet.
- Den resterende del af faldet i udgifterne til ældrepleje på 43 pct. skønnes at henføre til forhold, der blandt andet kan dække over kommunale besparelser.
- Faldet i de gennemsnitlige udgifter varierer på tværs af alder og det samme gør størrelsen af de tre årsager til faldet. De ældste borgere har oplevet det største fald i de gennemsnitlige udgifter pr. borger. Det gælder både når der ses på udviklingen i de samlede udgifter, og når der ses på den del af udgifterne, som skønnes at skyldes kommunale nedskæringer mv.

Tidligere analyser af udgifter til ældrepleje og sund aldring i andre lande, hvor ældrepleje tilbydes under andre forhold end i Danmark, finder en begrænset effekt af sund aldring. Denne analyse er den første, som undersøger, om der er en sammenhæng mellem udgifter til ældrepleje i Danmark og sund aldring.

Til analyserne er der konstrueret et nyt datagrundlag, hvor oplysninger om det individuelle ressourceforbrug for hver borger, som kommunerne indberetter til Danmark Statistik, kobles med udgiftsoplysninger fra de kommunale regnskaber samt puljer til ældre tildelt via Finansloven. Det giver mulighed for en ny og detaljeret opgørelse af udviklingen i de individuelle udgifter til ældrepleje.

Rapporten er struktureret som følger. Først beskrives i afsnit 2 fordelingen af udgifter til ældrepleje og hvor stor del af de ældre, som modtager ældrepleje i dag. Efterfølgende beskrives i afsnit 3 udviklingen i ældrepleje fra 2009 til 2017 ved en beregning, hvor udgiftskomponenterne dekomponeres. I afsnit 4 estimeres om de faldende udgifter fra 2009 til 2014 kan tilskrives blandt andet sund aldring eller kommunale besparelser.

2. Offentlig ældrepleje

Ældrepleje fra det offentlige omfatter to typer af ydelser: ydelser leveret i eget hjem og ældrevenlige boliger. Ydelser i eget hjem består primært af hjemmehjælp samt en række ordninger, som skal forbedre ældres funktionsevne eller forebygge nedsættelsen af funktionsevnen. Ældrevenlige boliger er boliger indrettet til ældre med eller uden pleje, jf. boks 2.1.

Boks 2.1. Ydelser til ældre og boliger til ældre

Hjemmehjælp dækker over tre områder: praktisk hjælp, personlig pleje og madservice. Praktisk hjælp er hjælp til tøjvask, indkøb og rengøring. Personlig pleje er hjælp til bad og til at få tøj på mv. Madservice er mad, som bliver bragt hjem til de ældre.

Det er kommunen, som bestemmer, om de ældre kan få hjemmehjælp, og hvor meget hjælp kommunen kan tilbyde i henhold til kommunens standarder. Hjemmehjælp gives som udgangspunkt til ældre, som fysisk og psykisk ikke kan klare de daglige gøremål. Det vurderes ud fra den samlede situation. Dvs. der tages hensyn til om pårørende, netværk samt øvrige medlemmer i husstanden kan hjælpe. Den ældre bestemmer selv, om det er en kommunal eller privat leverandør, som skal levere plejen. Der er ingen brugerbetaling på kommunal hjemmehjælp. Dog opkræves der betaling for madservice.

Plejebolig eller ældrebolig kan den ældre flytte til, hvis man ikke længere kan klare sig i eget hjem. I plejeboliger er der tilknyttet personale, mens der ikke tilknyttet personale i ældreboliger. Det er dog muligt at få hjemmehjælp i ældreboliger.

Det er kommunen, der vurderer, om den ældre har behov for at flytte i ældrebolig eller plejebolig. Generelt tilstræbes, at de ældre bliver i eget hjem så længe som muligt ved at indrette de ældres hjem hensigtsmæssigt i forhold til deres behov og/eller tilbyde hjemmehjælp. Det er den ældres eget valg at flytte i plejebolig fremfor at modtage hjemmehjælp i hjemmet, hvis først kommunen har visiteret til en plejebolig.

De ældre, som bor i pleje- og ældrebolig, skal betale husleje, varme og el. Derudover har de mulighed for at tilkøbe en række serviceydelser, fx mad, tøjvask, vinduespolering, leje af linned og rengøringsartikler.

De fleste plejeboliger i Danmark er enten kommunale eller selvejende med driftsoverenskomst med en kommune. Herudover findes nogle plejeboliger, som hverken er kommunale, har driftsoverenskomst eller kontrakt med en kommune. De kaldes friplejeboliger.

Rehabilitering har til formål, at den ældre bliver mere selvhjulp. Rehabilitering kan bl.a. være træning i dagligdagsaktiviteter, medicingennemgang og ernæringsindsats.

Genoptræning og vedligeholdelsestræning gives til personer, som har en funktionsnedsættelse, enten fordi de har været ude for en ulykke eller et sygdomsforløb eller pga. alderdom. Formålet med træning er, at den ældre opnår den bedst mulig funktionsevne eller fastholder funktionsniveauet.

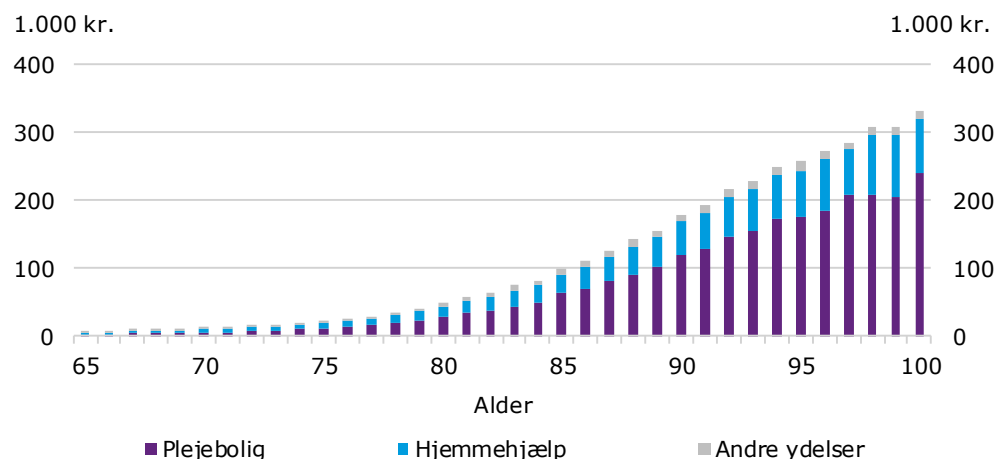
Forebyggende hjemmebesøg har til formål at opfange problemer og skabe dialog med de ældre om deres behov for støtte i dagligdagen. Der vil være fokus på den ældres livssituation og evt. behov for hjælp til at udnytte egne ressourcer og bevare funktionsniveauet. Et besøg tilbydes efter behov til 65-74-årige, en gang til alle 75-79-årige og årligt til borgere over 80 år.

Hjælpemidler er det muligt at låne eller få tilskud til at købe, hvis man har et fysisk eller psykisk handicap. Hjælpemidler kan fx være rollatorer og kørestole.

De samlede kommunale udgifter til plejeboliger og hjemmehjælp udgør 38 mia. kr. i 2017. Her udgør udgifterne til plejeboliger 66 pct., mens hjemmehjælp udgør 34 pct. Herudover anvendes der 3,7 mia. kr. på andre ydelser, som bl.a. er træning og forebyggende hjemmebesøg. De gennemsnitlige udgifter til ældrepleje pr.

borger stiger med alderen, da andelen af ældre, som får ældrepleje, stiger samtidig med, at omfanget eller mængden af ældrepleje pr. modtager også stiger med alderen. I gennemsnit anvender kommunerne årligt 179.000 kr. på ældrepleje knyttet til en 90-årig, mens kommunen i gennemsnit anvender 48.000 kr. knyttet til en 80-årig, jf. figur 2.1.

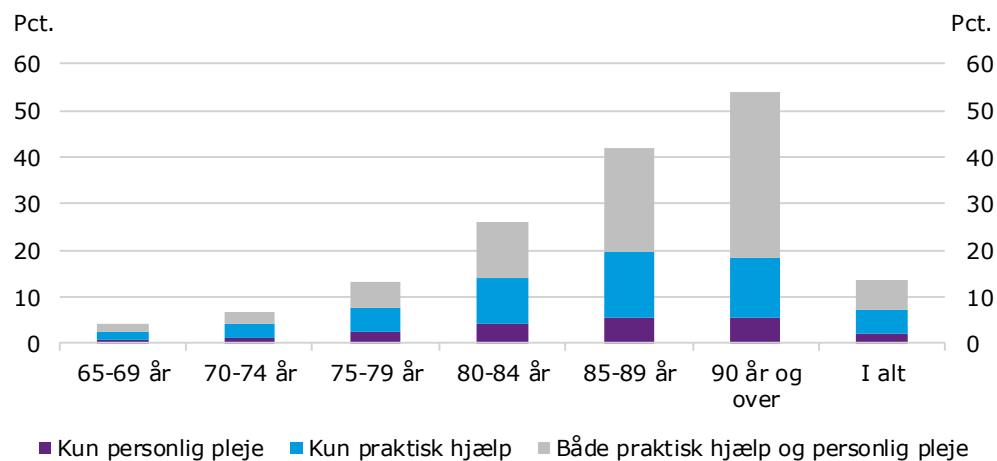
Figur 2.1. Gennemsnitlige udgifter til ældrepleje pr. alderstrin, 2017



Anm.: Kategorien andre ydelser omfatter forebyggende hjemmebesøg, træning og genoptræning og hjælpemidler. Under plejeboliger indgår plejehjem og beskyttede boliger, men ikke ældrevenlige boliger uden pleje. Udgifterne er angivet i 2019-niveau. Kommunale driftsudgifter og udgifter tildelt til ældreområdet via Finansloven i 2014-2017 indgår. Privat finansieret udgifter til pleje og kommunale anlægsudgifter indgår ikke. Se boks 3.1 for en beskrivelse af beregningerne.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

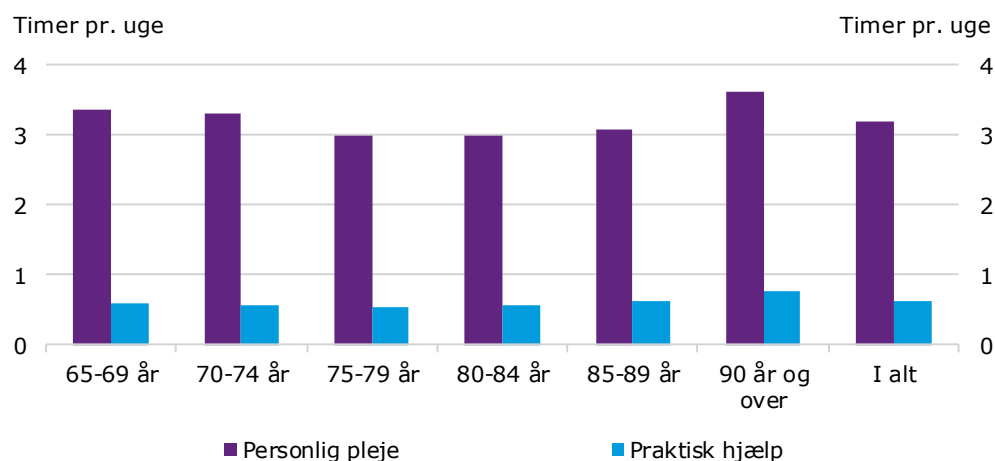
Hjemmehjælp gives som praktisk hjælp, personlig pleje eller mad leveret til døren. Flest ældre modtager praktisk hjælp i hjemmet og færre modtager personlig pleje. I alt modtager 154.000 personer praktisk hjælp og/eller personlige pleje i 2018. 5 pct. af de ældre over 65 år modtager kun praktisk hjælp, 2 pct. modtager kun personlig pleje og 7 pct. over 65 år modtager begge dele. Ved en højere alder er det en større andel af befolkningen, som modtager hjælp. For de 80-84-årige modtager en fjerdedel hjemmehjælp, mens det blandt personer over 90 år er lidt over halvdelen, som modtager hjemmehjælp, jf. figur 2.2.

Figur 2.2. Andelen af befolkningen, som er visiteret til hjemmehjælp i eget hjem, 2018

Anm.: Mad leveret til døren er ikke med i denne opgørelse. Alle personer over 65 år er medtaget i denne opgørelse inkl. ældre i plejebolig. Det skyldes, at de ældre både kan modtage hjemmepleje og bo i plejebolig inden for samme år.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

Mængden af hjemmehjælp, opgjort som antal timers hjemmehjælp, stiger med alderen. Modtagere af hjemmehjælp under 90 år bliver i gennemsnit visiteret til praktisk hjælp mellem 30 og 40 minutter pr. uge, mens de gennemsnitligt visiterede timer af personlige pleje pr. uge er mellem 3 og 3½ time. Modtagere over 90 år får knap 4 timer personlig pleje og godt 45 minutters praktisk hjælp pr. uge, jf. figur 2.3.

Figur 2.3. Gennemsnitlig antal visiterede hjemmehjælpstimer pr. uge for modtagere, 2018

Anm.: Gennemsnittet er beregnet for hele året, dvs. hvis man i halvdelen af 2018 modtager 1 time ugentligt, og ikke er død i løbet af året, så er gennemsnittet en ½ time ugentligt for hele året.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

Det er den enkelte kommune, som vurderer, om en borger ikke længere kan klare de daglige gøremål. Det er ikke den ældre selv, så de ældre kan opleve, at hjælpen ikke er tilstrækkelig, jf. boks 2.2.

Boks 2.2. Privat hjælp til ældre med hjemmehjælp

Nogle husstande køber yderligere privat hjælp til rengøring eller vinduespudsning, selvom de er visiteret til praktisk hjælp af kommunen. Dette gælder for 5,5 pct. af alle husstande med ældre over 65 år. I husstande, hvor mindst én person er visiteret til personlig pleje og ikke får praktisk hjælp, køber 7,3 pct. privat hjælp til rengøring, jf. figur a.

Figur a. Fradrag for rengøring eller vinduespudsning gennem boligjobordningen for husstande med ældre over 65 år, 2015



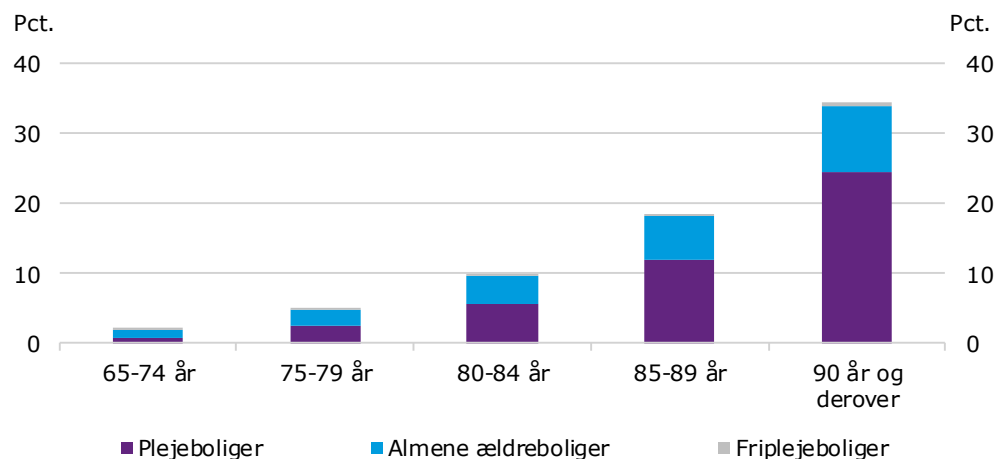
Anm.: Boligjobordningen blev indført i 2011, og har siden 2015 givet fradrag til lønudgifter til bl.a. rengøring og vinduespudsning. Fradraget er maksimalt 15.000 kr. pr. person. Det er ikke muligt at skelne mellem, om fradraget er til rengøring eller vinduespudsning i boligjobordningen for 2015.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmark Statistik og Skat.

Man kan få tildelt en ældrebolig eller en plads i en plejebolig, hvis man ikke længere kan klare sig i eget hjem. I plejeboliger er der tilknyttet personale, mens der ikke er tilknyttet personale i ældreboliger.

I april 2018 er der 25.500 ældre, som bor i en ældrebolig, og 39.200 ældre er indskrevet i en plejebolig, mens knap 900 bor i en friplejebolig. Det er typisk den ældste del af befolkningen, som bor i ældrebolig eller plejebolig. Blandt ældre over 90 år bor 34 pct. enten i plejebolig eller ældrebolig, mens kun 5 pct. af de 75-79-årige bor i en ældrebolig eller en plejebolig, jf. figur 2.4.

Figur 2.4. Andelen af ældre indskrevet i ældreboliger og plejeboliger, 2018

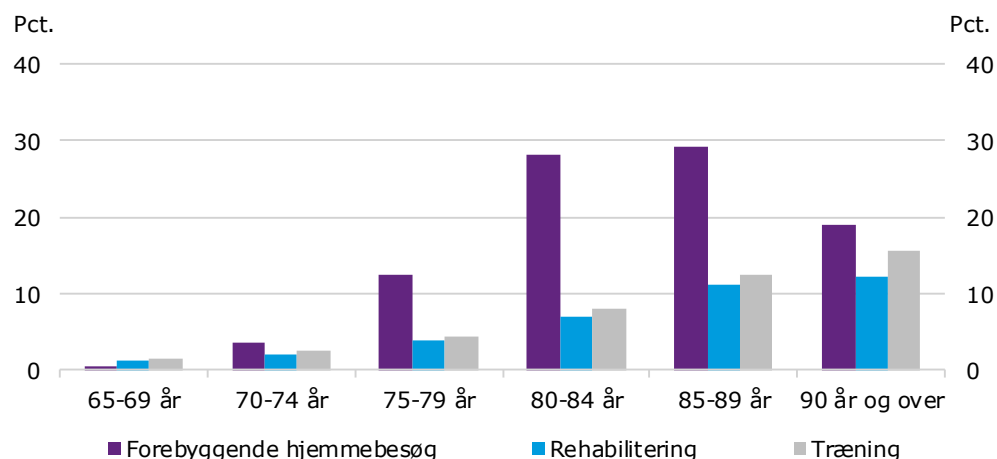


Anm.: Plejeboliger omfatter plejehjem og plejeboliger. Ældreboliger omfatter beskyttede boliger og ældreboliger. Antal indskrevne på plejehjem, beskyttede boliger, ældreboliger, plejeboliger og friplejeboliger opgjort i uge 15 eller uge 16 i april 2018.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Ordninger, som skal forbedre den ældres funktionsevne, er rehabilitering, træning og forebyggende hjemmebesøg. Det er fortrinsvis den ældste del af befolkningen, som modtager rehabilitering. For ældre på over 85 år modtager over 10 pct. af befolkningen rehabilitering, mens 5 pct. af personer under 80 år modtager rehabilitering, jf. figur 2.5.

Figur 2.5. Andel af befolkningen, som modtager hhv. rehabilitering, træning eller forebyggende hjemmebesøg, 2018



Anm.: For de kommuner, som ikke har indberettet i 2018, er tal for 2017 anvendt. Tallene er beregnet på baggrund af mindst 94 pct. af ældre over 65 år, da ikke alle kommuner har indberettet. De ældre kan godt modtage flere typer hjælp samtidig.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

Blandt alle over 65 år modtager 4 pct. genoptræning. Andelen stiger med alderen således, at knap 2 pct. af 65-69-årige modtager træning, mens 16 pct. af de 90-årige eller ældre modtager et eller flere træningsforløb.

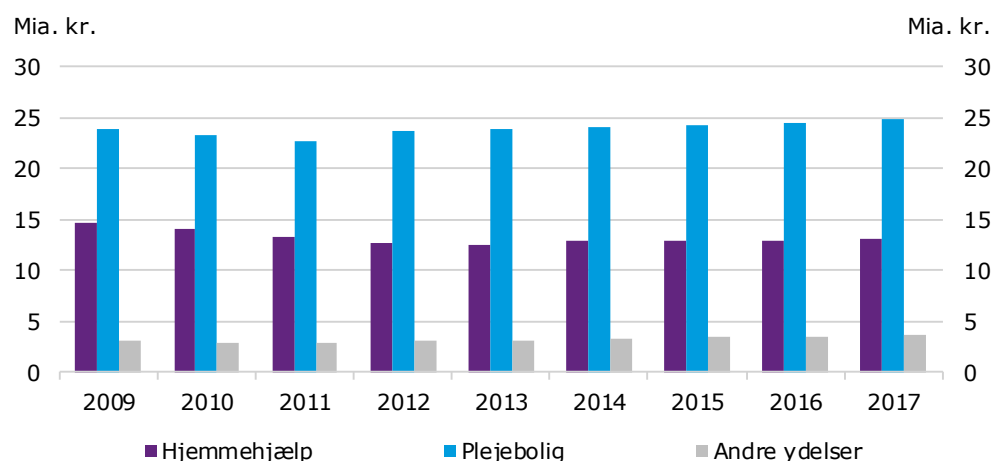
Alle 75-79-årige tilbydes ét forebyggende hjemmebesøg, mens alle over 80 år tilbydes et besøg årligt, hvis de ikke modtager andet hjælp. Det betyder, at 12 pct. af alle 75-79-årige modtager et forebyggende hjemmebesøg, mens knap 30 pct. af de 80-89-årige modtager forebyggende hjemmebesøg.

3. Udviklingen i udgifterne til ældrepleje

I 2009 blev der anvendt 38,6 mia. kr. til hjemmehjælp og plejeboliger i 2019-priser. Udgifterne faldt til 36,1 mia. kr. i 2011, hvorefter de steg til 38,0 mia. kr. i 2017. Udgifterne omfatter udgifter til hjemmehjælp og plejeboliger både via de kommunale serviceudgifter og udgifter, der via Finansloven er blevet tildelt til ældreområdet, fx ældremilliarden og værdighedsmilliarden. Udgifterne til andre ydelser, såsom genoptræning og forebyggende hjemmebesøg udgør 3,0 mia. kr. i 2009, og er steget til 3,7 mia. kr. i 2017. De samlede udgifter til ældreområde i 2017 er dermed steget med 0,1 mia. kr. fra 2009 til 2017.

Udgifterne til ældrepleje fra 2009 til 2017 er drevet af modsatrettede bevægelser for henholdsvis hjemmehjælp og plejeboliger. Udgifterne til hjemmehjælp er faldet fra 14,7 mia. kr. i 2009 til 13,1 mia. kr. i 2017, dvs. et fald på 1,6 mia. kr. Udgifter til plejebolig er vokset fra 23,9 mia. kr. til 24,9 mia. kr., dvs. en stigning på 1,0 mia. kr. fra 2009 til 2017. Udgifterne til genoptræning, forebyggende hjemmebesøg og hjælpemidler er steget med 0,7 mia. kr. i samme periode, jf. figur 3.1.

Figur 3.1. Kommunale udgifter til ældrepleje for personer over 65 år, 2009-2017

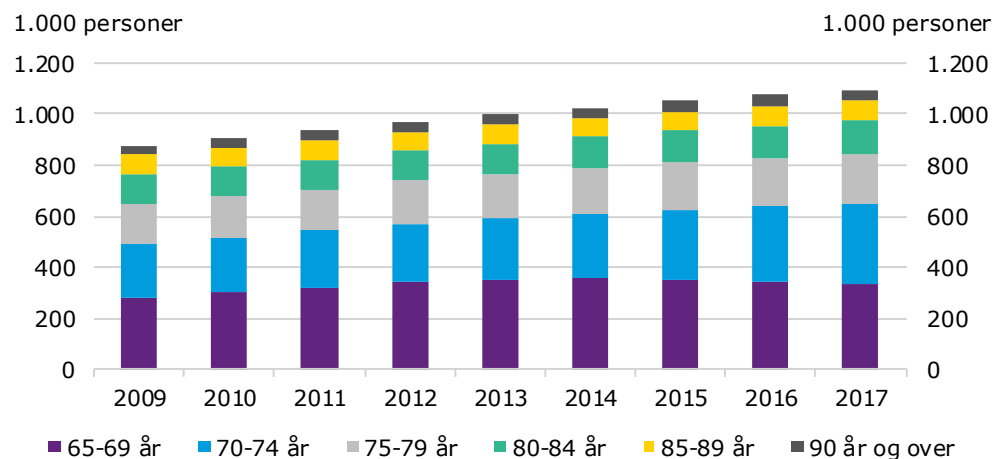


Anm.: Udgifterne er angivet i 2019-niveau. Kommunale driftsudgifter og udgifter tildelt til ældreområdet via Finansloven i 2014-2017 indgår. Privatfinansierede udgifter til pleje og kommunale anlægsudgifter indgår ikke. Se boks 3.1 for beskrivelse.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

I samme periode er der kommet markant flere ældre. Det gælder særligt, at der er kommet flere ældre over 70 år. Fra 2009 til 2017 er antallet af personer over 65 år steget med 220.000 personer, jf. figur 3.2.

Figur 3.2. Antal ældre fordelt på alder

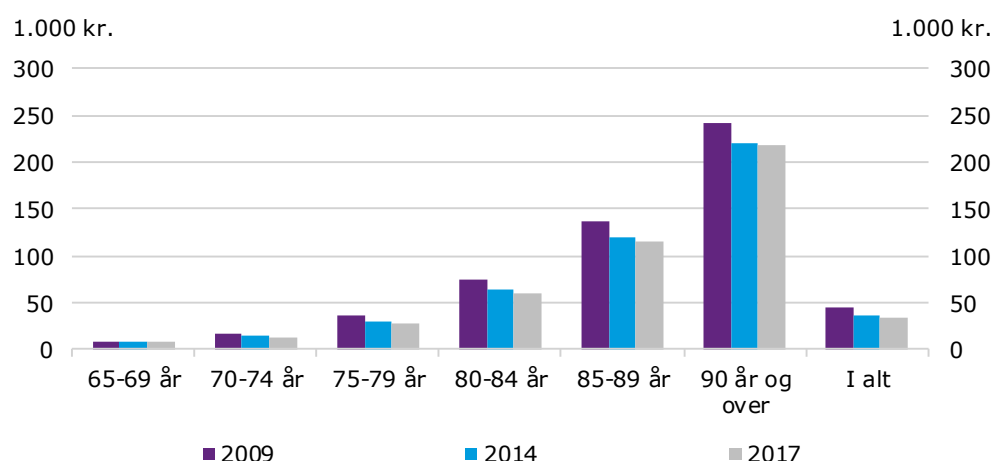


Anm.: Antal ældre er opgjort primo året.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

De faldende udgifter til hjemmehjælp og plejeboliger kombineret med det stigende antal ældre har medført, at de gennemsnitlige udgifter til ældrepleje pr. borger er faldet markant. De gennemsnitlige udgifter for alle over 65 år er faldet fra 44.000 kr. pr. borger i 2009 til 35.000 kr. pr. borger i 2017. Det er især blandt de ældste, udgifterne er faldet. For ældre over 90 år er udgifter fra 2009 til 2017 faldet fra 242.000 kr. til 217.000 kr. pr. borger pr. år, jf. figur 3.3.

Figur 3.3. Gennemsnitlige udgifter til ældrepleje fordelt på alder, 2009, 2014 og 2017



Anm.: Udgifterne er angivet i 2019-niveau. Kommunale driftsudgifter og udgifter tildelt til ældreområdet via Finansloven i 2014-2017 indgår. Privat finansieret udgifter til pleje og kommunale anlægsudgifter indgår ikke. Se boks 3.1 for beskrivelse.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

Beregningerne er foretaget på et nyt datagrundlag, som er konstrueret ved at kombinere oplysninger om det individuelle ressourcetræk og tal for udgifterne fra de kommunale regnskaber og Finanslovene, jf. boks 3.1.

Boks 3.1. Data om hjemmehjælp og plejebolig på individniveau

Data om omfanget af hjemmehjælp i eget hjem og beboelse i plejeboliger pr. måned på individniveau eksisterer fra 2008. Det er kommunerne, som indberetter data til Danmark Statistik. Det er dog ikke alle kommunerne, der indberetter i de første år for data om plejebolig og i 2008 for data om hjemmehjælp. Derfor anvendes data ikke for 2008 i nærværende analyse, da det vurderes, at data ikke er repræsentativt for befolkningen som helhed. Danmark Statistik har identificeret nogle beboere i plejeboliger til og med 2016, som ikke er blevet indberettet af kommunerne. Bl.a. ved at finde adresser med en stor koncentration af ældre. Disse oplysninger anvendes. Desuden antages det, at personer bor i plejebolig i hele året, hvis personen har boet i plejebolig i mindst en måned i året og ikke modtager hjemmehjælp eller er død. Hvis der i nogle måneder mangler oplysninger om hjemmehjælp, beregnes et glidende gennemsnit for mængden af hjemmehjælp i op til 11 måneder med manglende indberetning.

Udgifterne til ældrepleje omfatter de kommunale driftsudgifter til hjemmehjælp, plejeboliger, plejehjem og beskyttede boliger. Derudover er udgifter til løft af den kommunale service vedtaget af Folketinget i forbindelse med aftaler om finansloven fra 2014, 2015, 2016 og 2017, jf. Kommunale regnskaber samt Finansministeriet (2016), Sundheds- og ældreministeriet (2017) og Sundheds- og ældreministeriet (2018). Dette er aftalerne vedr. ældremilliarden, værdighedsmilliarden, klippekort til ekstra hjemmehjælp og klippekort til plejehjemsbeboere. Der indgår ikke omkostningerne vedr. ældreboliger. Der indgår heller ikke anlægsudgifter og privat finansierede udgifter. Før 2018 er udgifter til personer med handicap og ældre ikke adskilt i de kommunale regnskaber. For at kunne udskille udgifterne til borgere over 65 år, er udgifterne justeret med hvor stor en andel af borgere over 65 år, som får hjemmehjælp og bor i plejebolig.

I de kommunale driftsudgifter til hjemmehjælp indgår levering af personlig og praktisk hjælp omfattet af frit valg af leverandør (kommunale kontoplan 5.32.001), private leverandører af personlig og praktisk hjælp (5.32.009), betaling for personlig og praktisk hjælp samt madservice omfattet af frit valg af leverandør (5.32.092). I udgifterne for plejebolig indgår kommunernes levering af personlig og praktisk hjælp undtaget frit valg af leverandør (5.32.011), personlig og praktisk hjælp i friplejeboliger (5.32.012), ydelser efter servicelovens §§ 85, 86, 97, 98 og 102 (5.32.013), ydelser efter servicelovens § 83 som kan pålægges egenbetaling (5.32.014), tværgående arbejdsopgaver og service i plejeboligbygninger (5.32.020), betaling for personlig og praktisk hjælp samt madservice undtaget frit valg af leverandør (5.32.093), beboernes betaling for husleje, el og varme i plejehjem og beskyttede boliger (5.34.094+5.34.096), ledelse og administration samt uautoriserede grupperinger inden for plejehjem og beskyttede boliger (5.34.200+5.34.999), samt 7,325 pct. af socialpædagogisk bistand og behandling (5.33.004). Udgifterne til hjemmesygepleje (5.32.004) deles mellem hjemmehjælp og plejebolig ud fra, hvor stor en andel de samlet set udgør. Udgifterne til ledelse og administration samt uautoriserede grupperinger inden for pleje og omsorg af ældre (5.32.200+5.32.999) fordeles med en fjerdedel til hjemmehjælp og tre fjerdedele til plejeboliger.

Prisen pr. hjemmehjælpstime beregnes ud fra de samlede udgifter til hjemmehjælp og det totale antal timer hjemmehjælp. Tilsvarende beregnes prisen pr. måned i plejebolig ud fra årlige udgifter til plejebolig og det totale antal måneder i plejebolig. Regnskabsudgifterne er pr. kommune. Derfor regnes en gennemsnitspris for en hjemmehjælpstime pr. kommune, som er ens for alle borgere. Hvis prisen for en kommune vurderes at være urealistisk, anvendes gennemsnitsprisen på tværs af kommuner, og for plejeboliger anvendes prisen beregnet ud fra antal ældre indskrevet plejebolig mv. pr. kommune fra Danmark Statistik.

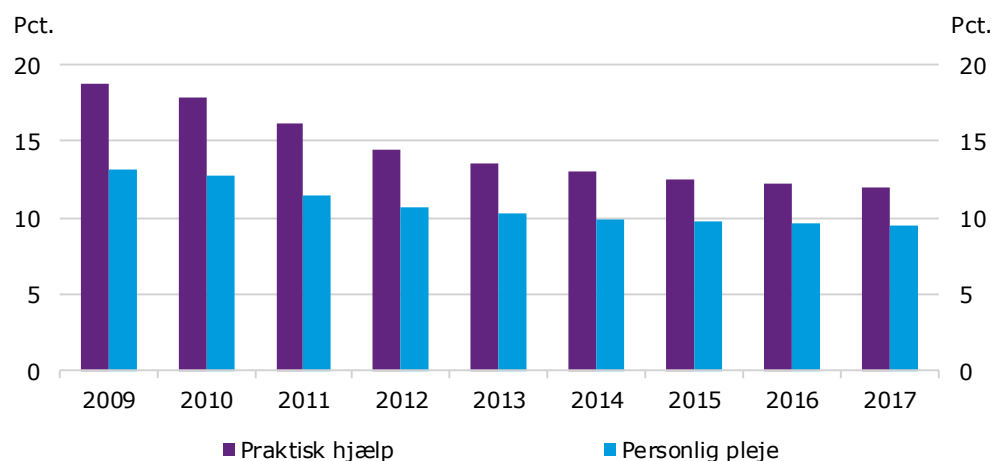
Udgifterne er i 2019-priser omregnet med kommunernes PL-indeks. Læsø, Fanø og Ærø kommuner indgår ikke i analyserne.

3.1. Udviklingen i forbruget af hjemmehjælp

Ved at opdele eller dekomponere de samlede udgifter til hjemmehjælp i fire komponenter er det muligt at vise, hvilke faktorer som har været afgørende for udviklingen i forbruget af hjemmehjælp fra 2009 til 2017. De fire komponenter er antal ældre i befolkningen, andelen som modtager hjemmehjælp, antal timers hjemmehjælp og prisen på en times hjemmehjælp.

Andelen af ældre, som er visiteret til hjemmehjælp, er faldet de seneste 10 år. Det gælder både for andelen, som er visiteret til praktisk hjælp og personlig pleje. Andelen af befolkningen over 65 år, som modtager praktisk hjælp, er faldet fra 19 til 12 pct. fra 2009 til 2017, og andelen, som modtager personlig pleje, er faldet fra 13 pct. i 2009 til 10 pct. i 2017, jf. figur 3.4.

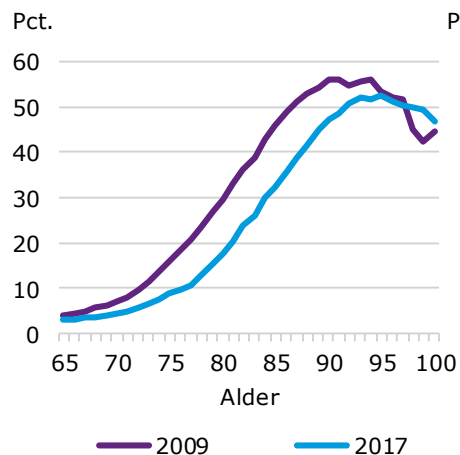
Figur 3.4. Andel modtagere af hjemmehjælp for personer over 65 år, 2009-2017



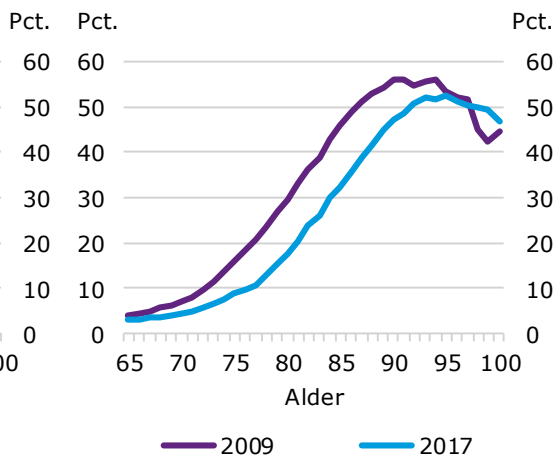
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

På alle alderstrin indtil 97 år er der en mindre del af befolkningen, som modtager hjemmehjælp i 2017 end i 2009. For praktisk hjælp er andelen faldet mest blandt de 75-90-årige, og for personlig pleje er andelen faldet mest for de 80-90-årige, jf. figur 3.5 og figur 3.6.

Figur 3.5. Andelen af ældre, som er visiteret til praktisk hjælp fordelt på alder, 2009 og 2017



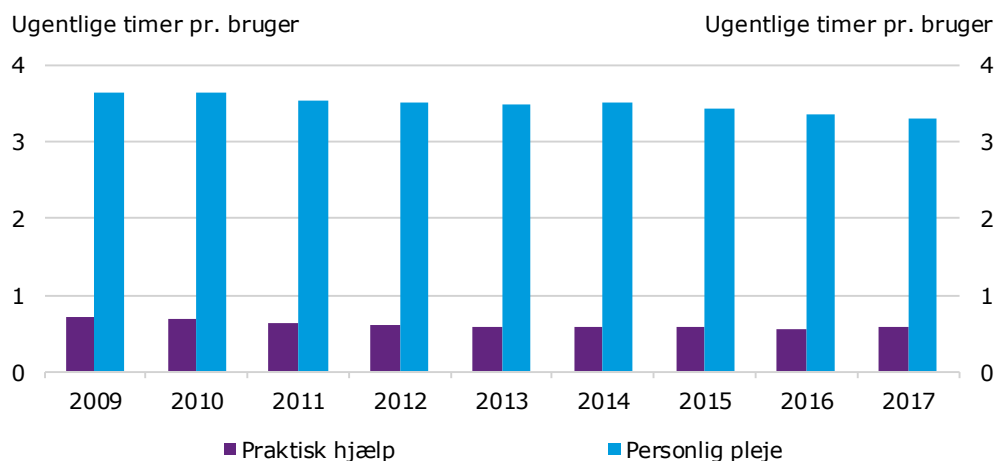
Figur 3.6. Andelen af ældre, som er visiteret til personlig pleje fordelt på alder, 2009 og 2017



Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

For modtagerne af hjemmehjælp er antallet af visiterede timer også faldet. Modtagerne af praktisk hjælp er i gennemsnit visiteret til 8 minutter mindre hjælp pr. uge i 2017 end i 2009. Faldet i antal visiterede hjemmehjælpstimer skyldes primært færre timer med personlig pleje. Reduktionen er større for modtagere af personlig pleje, som i gennemsnit får 20 minutter mindre pr. uge i 2017 end i 2009, jf. figur 3.7.

Figur 3.7. Gennemsnitlig antal timer til hjemmehjælp pr. uge for modtagere af hjemmehjælp, 2009-2017

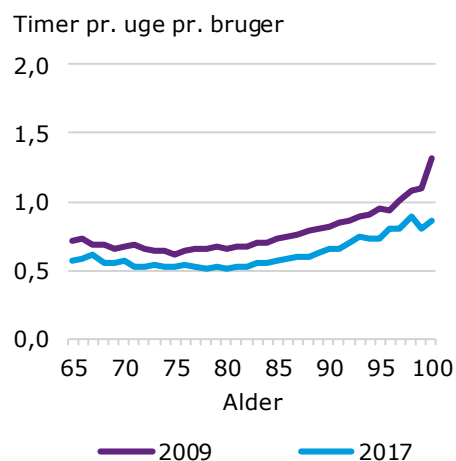


Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

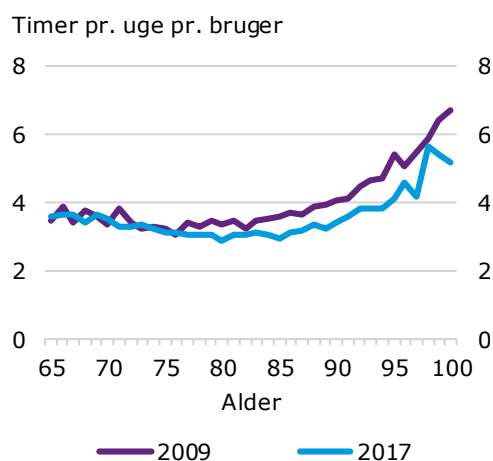
Faldet i antal visiterede timers hjemmehjælp er sket for alle aldersgrupper. Alle, der modtager praktisk hjælp, får i gennemsnit ca. 12 minutter mindre praktisk hjælp pr. uge i 2017 i forhold til 2009, jf. figur 3.8.

Antal visiterede timer med personlig pleje er primært faldet for alle over 75 år. De 85-89-årige modtager 35 minutter mindre personlig pleje pr. uge i 2017 i forhold til 2009, mens de 90-95-årige får 50 minutter mindre pr. uge i 2017, jf. figur 3.9.

Figur 3.8. Gennemsnitlig antal timer til praktisk hjælp pr. uge for modtagere af hjemmehjælp, 2009 og 2017



Figur 3.9. Gennemsnitlig antal timer til personlig pleje pr. uge for modtagere af hjemmehjælp, 2009 og 2017



Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

Samlet set er det en mindre andel af de ældre, som modtager hjemmehjælp, og de ældre, som modtager hjælp, er visiterede til færre timer fra 2009 til 2017. Samtidig er antallet af ældre steget, og det samme er prisen for en gennemsnitlig hjemmehjælpstime. Det er muligt at beregne, hvor stor betydningen af hver faktor har været for udviklingen ved at dekomponere udviklingen på de fire komponenter, jf. boks 3.2.

Boks 3.2. Dekomponering af udgifter til ældrepleje

De samlede udgifter til hjemmehjælp kan deles op i fire delkomponenter: 1) antal personer i befolkningen over 65 år, 2) andelen af befolkningen, som modtager praktisk hjælp og personlig pleje, 3) antal timer af praktisk hjælp og personlig pleje og 4) en beregnet pris pr. times hjemmehjælp.

Udgiften til hjemmehjælp for hvert år bliver først beregnet for hver kommune, k , for hvert alderstrin fra 65 år, a . Derefter summeres komponenterne til de samlede udgifter. Det kan skrives som følgende:

$$Udgift\ hjemmehjælp^{\text{år}} = \sum_{k=1}^{95} \sum_{a=65}^{\text{max}} \text{antal ældre}_{k,a}^{\text{år}} \cdot \text{andel med hjælp}_{k,a}^{\text{år}} \cdot \text{antal timer}_{k,a}^{\text{år}} \cdot \text{pris pr. time}_{k,a}^{\text{år}},$$

hvor antal timer og andel med hjælp deles op på praktisk hjælp og personlig pleje.

De samlede udgifter til plejebolig består tilsvarende af 1) antal personer i befolkningen over 65 år, 2) andelen af befolkningen i plejebolig og 3) en ufordelt komponent, som er en kombination af antal måneder i plejebolig i året og en beregnet pris pr. måned. Udgiften til plejeboliger for hvert år bliver beregnet for hver kommune, k , for hver alderstrin, a , og summeres til totalen. Det kan skrives som følgende:

$$Udgift\ plejebolig^{\text{år}} = \sum_{k=1}^{95} \sum_{a=65}^{\text{max}} \text{antal ældre}_{k,a}^{\text{år}} \cdot \text{andel med hjælp}_{k,a}^{\text{år}} \cdot \text{ufordelt}_k^{\text{år}}$$

Når udgiften består af en række multiplikative komponenter, og alle elementer ændres fra år til år, vil den isolerede effekt af en ændring af en komponent både bestå af en direkte effekt og krydseffekter af ændringerne i komponenterne. Ændringen i udgiften til plejebolig kan deles op i tre direkte effekter fra de tre komponenter og fire krydseffekter fra forskellige kombinationer af de tre komponenter:

$$\begin{aligned} Udgifter^1 - Udgifter^0 &= \mathcal{A}^1 \cdot A^1 \cdot U^1 - \mathcal{A}^0 \cdot A^0 \cdot U^0 = \\ &= \underbrace{[\mathcal{A}^1 - \mathcal{A}^0] \cdot A^0 \cdot U^0}_{\text{direkte effekt af } \mathcal{A}} + \underbrace{\mathcal{A}^0 \cdot [A^1 - A^0] \cdot U^0}_{\text{direkte effekt af } A} + \underbrace{\mathcal{A}^0 \cdot A^0 \cdot [U^1 - U^0]}_{\text{direkte effekt af } U} + \\ &+ \underbrace{[\mathcal{A}^1 - \mathcal{A}^0] \cdot [A^1 - A^0] \cdot U^0}_{\text{krydseffekt af } \mathcal{A} \text{ og } A} + \underbrace{[\mathcal{A}^1 - \mathcal{A}^0] \cdot A^0 \cdot [U^1 - U^0]}_{\text{krydseffekt af } \mathcal{A} \text{ og } U} + \underbrace{\mathcal{A}^0 \cdot [A^1 - A^0] \cdot [U^1 - U^0]}_{\text{krydseffekt af } A \text{ og } U} + \\ &\underbrace{[\mathcal{A}^1 - \mathcal{A}^0] \cdot [A^1 - A^0] \cdot [U^1 - U^0]}_{\text{krydseffekt af } \mathcal{A} \text{ og } A \text{ og } U}, \end{aligned}$$

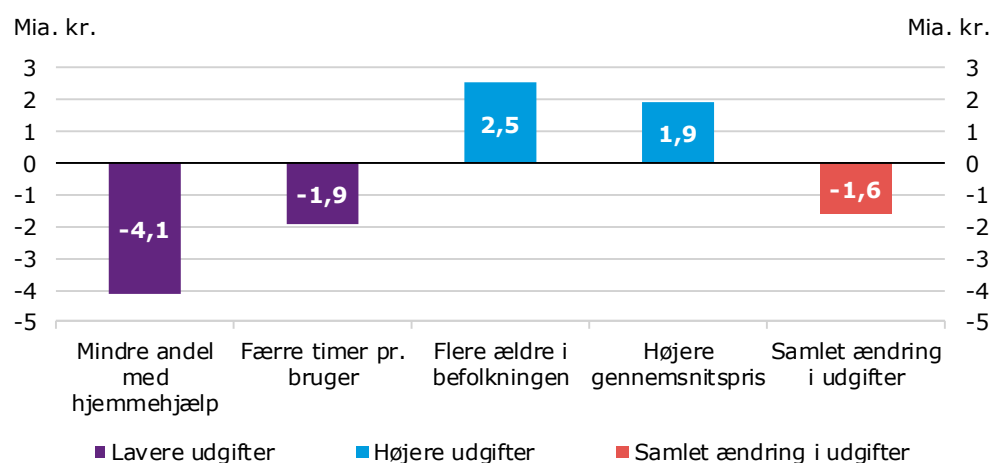
hvor de tre komponenter er: antal ældre, \mathcal{A} , andel med hjælp, A , og et ufordelt komponent, U , og komponenterne ændres fra år 0 til år 1.

For at finde den isolerede effekt af hver af komponent følges "Fisher ideal approach", som deler værdien af krydseffekterne ligelig imellem komponenterne, som ændres, jf. Sharma (2007). Effekten af ændringen af fx antal ældre på plejeboligudgifter fra 2009 til 2017 vil derfor være følgende:

$$\begin{aligned} \Delta \text{ældre} &= [\text{ældre}^{2017} - \text{ældre}^{2009}] \cdot \text{andel}^{2009} \cdot \text{ufordelt}^{2009} + \\ &+ \frac{1}{2} [\text{ældre}^{2017} - \text{ældre}^{2009}] \cdot [\text{andel}^{2017} - \text{andel}^{2009}] \cdot \text{ufordelt}^{2009} + \\ &+ \frac{1}{2} [\text{ældre}^{2017} - \text{ældre}^{2009}] \cdot \text{andel}^{2009} \cdot [\text{ufordelt}^{2017} - \text{ufordelt}^{2009}] + \\ &+ \frac{1}{3} [\text{ældre}^{2017} - \text{ældre}^{2009}] \cdot [\text{andel}^{2017} - \text{andel}^{2009}] \cdot [\text{ufordelt}^{2017} - \text{ufordelt}^{2009}] \end{aligned}$$

Tilsvarende for de andre komponenter af plejeboligudgifter og hjemmehjælpsudgifter.

Det viser sig, at faldet i andelen af ældre, som modtager hjemmehjælp fra 2009 til 2017, isoleret set ville have medført, at udgifterne til hjemmehjælp ville være faldet med 4,1 mia. kr., hvis de andre faktorer var fastholdt som i 2009. På samme måde ville faldet i antal visiterede timer pr. bruger have medført et fald på 1,9 mia. kr. i de samlede udgifter, hvis de andre komponenter havde været uændret, jf. figur 3.10.

Figur 3.10. Dekomponering af ændringen i hjemmehjælpsudgifter fra 2009 til 2017

Anm.: Udgifterne er opgjort i 2019-niveau. Metoden er beskrevet i boks 3.2.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

Antallet af ældre over 65 år er steget med 220.000 i perioden fra 2009 til 2017. Isoleret set ville stigningen i antal ældre have medført en stigning i udgifterne til hjemmehjælp på 2,5 mia. kr. Den gennemsnitlige beregnede pris pr. hjemmehjælpstime er steget. Det ville have medført en stigning i de samlede udgifter på 1,9 mia. kr., hvis de andre komponenter var uændrede.

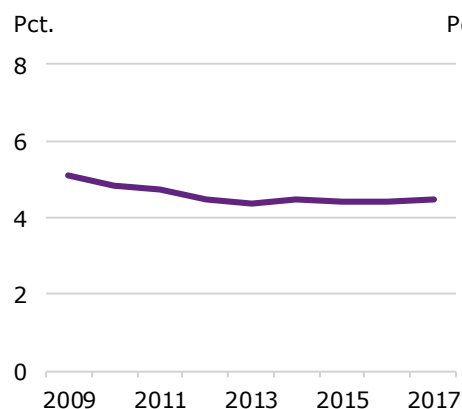
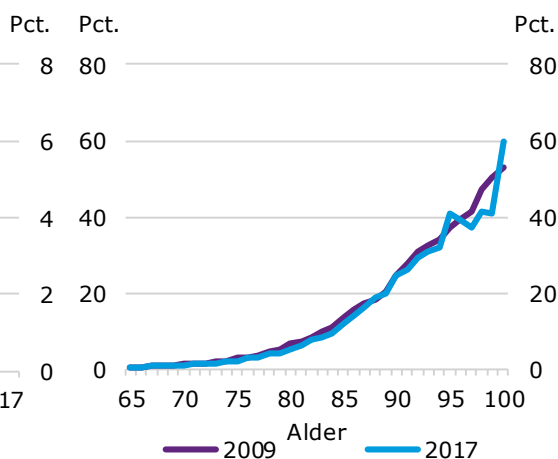
Stigningen i den beregnede gennemsnitlige pris for hjemmehjælp skyldes fortrinsvis, at sammensætningen af hjemmehjælpsydelse er ændret. Der er kommet relativt flere 'dyre' hjemmehjælpstimer, som eksempelvis personlig pleje om aftenen og i weekenden. Lægges betydningen af de fire komponenter sammen, svarer det til det samlede fald i udgifterne til hjemmehjælp på 1,6 mia. kr. fra 2009 til 2017.

3.2. Udviklingen i forbruget af plejeboliger

Forbruget af plejeboliger kan henføres til tre komponenter: Antallet af ældre, andelen som bor i plejebolig samt en ufordelt post, som blandt andet dækker over en gennemsnitlig pris pr. plejebolig for hver beboere i året.¹

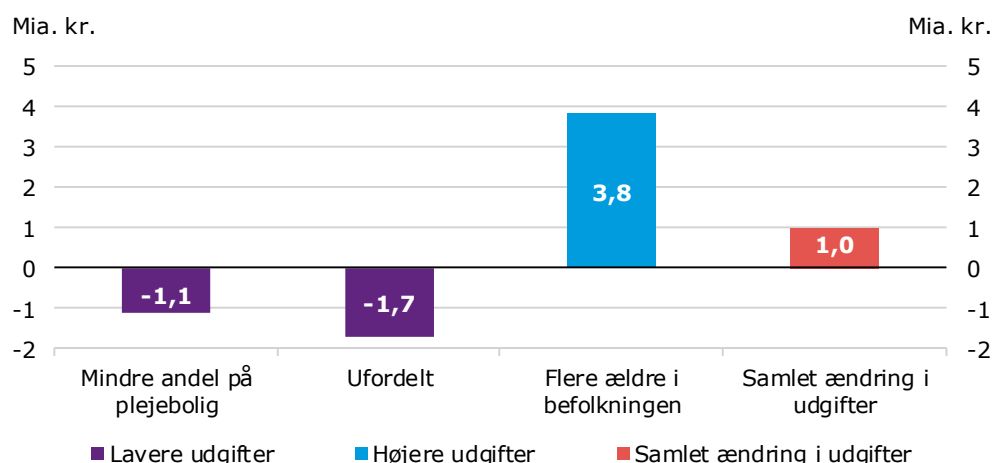
Der er sket et fald i andelen af ældre, som bor i plejebolig fra 2009 til 2017. Andelen af personer over 65 år, som bor i plejebolig, er faldet fra 5,1 pct. til 4,5 pct. fra 2009 til 2017, jf. figur 3.11. Faldet er drevet af, at det er de ældste, som i mindre grad bor i plejebolig i forhold til tidligere, jf. figur 3.12.

¹ Da oplysninger om antal måneder i plejebolig er noget usikkert, er komponenten slået sammen med pris pr. måned i en komponent: beboernes pris pr. plejebolig i året. Komponent kan derfor både dække over prisændringer og midlertidig tomme boliger.

Figur 3.11. Andelen af personer over 65 år i plejebolig, 2009-2017**Figur 3.12. Andelen af personer over 65 år i plejebolig fordelt på alder, 2009 og 2017**

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

Da der er en faldende andel af ældre, som bor i plejebolig, er udgifterne isoleret set faldet med 1,1 mia. kr. fra 2009 til 2017, jf. figur 16. Stigningen i antallet af ældre fra 2009 til 2017 ville isoleret set have medført en stigning i udgifterne til plejeboliger på 3,8 mia. kr. Hertil kommer en ufordelt post, som er faldet med 1,7 mia. kr. Posten kan blandt andet dække over ændrede priser. I alt svarer det til en stigning i udgifterne på 1 mia. kr., jf. figur 3.13.

Figur 3.13. Dekomponering af udgifter til plejebolig, 2009-2017

Anm.: Udgifterne er opgjort i 2019-niveau. Metoden er beskrevet i boks 3.2.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

Resultaterne ovenfor viser, at der er sket betydelige ændringer i de underliggende komponenter, som er bestemmende for udviklingen i udgifterne til ældrepleje hen over de seneste knap ti år. Det er derfor interessant i næste delanalyse at undersøge mulige forklaringer på udviklingen.

4. Betydning af sund aldring, hjælp i familien og nedskæringer for udgifter til ældrepleje

Der kan være en række forhold, som kan bidrage til at forklare udviklingen i udgifterne til ældrepleje. Disse forhold kvantificeres i dette afsnit. Analysen foretages på ældre over 65 år i 2009 til 2014, men der er fokus på ældre over 80 år, som tilhører den særligt plejekrævende del af befolkningen. Der anvendes desuden oplysninger om dødstidspunkt i perioden 2009-2019.

For det første kan de faldende gennemsnitlige udgifter skyldes, at de ældre i dag oftere får hjælp fra ægtefælle eller familien, og derfor ikke i samme grad har behov for ældrepleje i forhold til tidligere. Hjemmehjælp gives netop ud fra en helhedsvurdering, hvor der blandt andet tages hensyn til andre personer i husstanden.² Beregninger viser, at der er flere ældre over 65 år, som har en partner. Fra 2009 til 2014 øges andelen af ældre over 65 år med en partner med 3 pct. point fra 54 pct., og 6 pct. point flere ældre har også børn stigende fra 79 pct. i 2009.³

En anden årsag kan være sund aldring. Det vil sige, at samtidig med, at levetiden er blevet forbedret, så er behovet for ældrepleje udskudt til senere i livet. Levetiden fra 2009 til 2014 er blevet forbedret med 15 måneder for en 65-årig. Sund aldring skal forstås sådan, at en forbedring i levetiden medfører lavere gennemsnitlige udgifter til ældrepleje pr. borger, hvis behovet for ældrepleje og dermed udgifterne i højere grad afhænger af tiden eller afstanden til dødstidspunktet end de afhænger af et givent alderstrin, jf.

² Kommunen må ikke pålægge andre familiemedlemmer uden for husstanden hjemmehjælpsopgaver. Kommunen må dog inddrage familiemedlemmer og andet netværk i forbindelse med visitationen, hvis vedkommende, der søger om hjælp, selv ønsker det, jf. Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven (2015).

³ Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

boks 4.1. sund aldring i ældrepleje

.

Analyserapport 2020:3

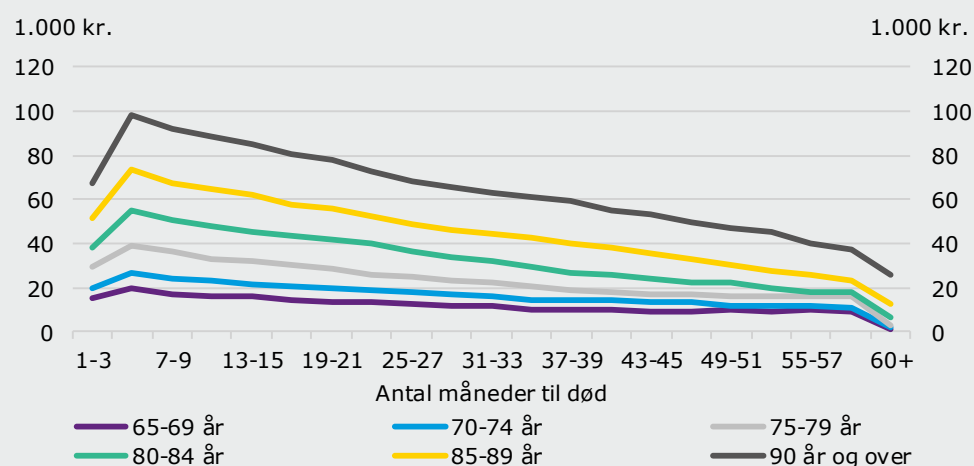
Skyldes faldende udgifter til ældrepleje besparelser eller sund aldring?

Forsikring & Pension

Boks 4.1. Sund aldring i ældrepleje

Udgifterne til ældrepleje på et givent alderstrin afhænger ikke kun af alderen, men også af den resterende levetid for hvert alderstrin. I 2014 anvendes fx halvdelen af de samlede udgifter til ældrepleje på ældre, som dør inden for 2½ år, og en fjerdedel af udgifterne til ældre, som dør inden for et år. Med andre ord er de gennemsnitlige udgifter til ældrepleje størst tæt på dødstidspunktet på tværs af aldersgrupper, jf. figur a.

Figur a. Udgifter til ældrepleje pr. ældre pr. kvartal fordelt efter antal måneder til død for forskellige aldersgrupper, 2014



Anm.: De gennemsnitlige udgifter er i 2019-niveau og opgjort pr. kvartal. Gennemsnittet er beregnet for alle i den pågældende aldersgruppe, uanset om de modtager pleje eller ej.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

Hvis udgifterne kort før døden udskydes til et højere alderstrin som følge af forbedret levetid, kaldes det sund aldring. Det er foreneligt med, at ældreudgifterne falder fra 2009 til 2014 i de viste aldersgrupper, samtidig med at restlevetiden i samme periode er forbedret for alle aldersgrupper. De gennemsnitlige udgifter kan dog også falde af andre årsager end sund aldring. Udfordringen er at adskille de mulige forklaringer på faldende udgifter.

Endelig kan der være forhold, som ligger ud over ovenstående forhold. Det er forhold, som ikke eksplicit kan modelleres. Det kan fx dække over, at kommunerne har skåret i udgifterne til ældrepleje. Det kan være som følge af lavere administrative udgifter, gevinster ved øget brug af genoptræning og rehabilitering, eller at kommunerne er blevet mere restriktive i deres visitationspraksis, som afgør, hvem der får tilbudt ældrepleje og i hvilket omfang.⁴

Kun få studier har tidligere undersøgt sammenhængen mellem udgifter til ældrepleje og sund aldring. Analyserne er tilmed udført i lande med andre forhold for ældrepleje end i Danmark. Analyserne har vist, at alder har betydelig effekt på ældreudgifter, men mindskes, når der tages højde for afstanden til død, og sund aldring har isoleret set begrænset betydning, jf. boks 4.2.

⁴ I perioden fra 2009 til 2014 er de gennemsnitlige udgifterne til genoptræning, forebyggende hjemmebesøg og hjælpemidler uændret på 3.500 kr. pr. 65+ årige. Det er ikke muligt at måle udgifterne til rehabilitering.

Boks 4.2. Litteratur om sund aldring

Sund aldring er oprindeligt undersøgt i forbindelse med sundhedsudgifter, jf. Zweifel m.fl. (1999). Undersøgelserne ser på, hvor stor del af hospitalsudgifterne mv., der kan forklares ud fra hhv. patienternes alder og patienternes afstand til død. Dvs. hvor meget de såkaldte terminale udgifter forklarer ud af de samlede udgifter, uanset hvor gamle patienterne er. Hvis de samlede udgifter kan forklares ud fra terminale udgifter, antages der i studiet at være tale om sund aldring. Flere studier har fundet, at det snarere er afstanden til død end aldringen af befolkningen, som kan forklare de stigende sundhedsudgifter, jf. Seshamani (2004) og Carreras m.fl. (2018). De konkluderer derfor, at der er sund aldring i sundhedsudgifter. På danske data er der også fundet sund aldring i sundhedsudgifterne. Det vil sige, at afstanden til død bidrager til at forklare udviklingen i sundhedsudgifterne, jf. Bjørner og Arnbjerg (2012), Melberg og Sørensen (2013) og De Økonomiske Råd (2019).

Andre udenlandske undersøgelser har undersøgt sammenhængen mellem udgifterne til ældrepleje, alder og antal år til død. De finder, at alder har betydelig effekt på ældreudgifter, men mindskes, når der tages højde for afstanden til død. Men sund aldring har isoleret set begrænset betydning, jf. Werblow m.fl. (2007), Meijer m.fl. (2011) og Karlson og Klohn (2014). Der har ikke været nogle undersøgelser på danske data, som undersøger sammenhængen mellem alder og afstanden til død på udgifter til ældrepleje.

Rostgaard (2019) har vist ud fra interviewdata, at ældre i mindre grad får praktisk hjælp, når man har en ægtefælle. Dette gælder uanset om ægtefællen også har helbredsproblemer. Faldet i andelen af ældre, som modtager praktisk hjælp i perioden fra 2007 til 2017, kan dog ikke udelukkende forklares af, at de ældre er blevet mere selvhjulpne over tid, eller de i højere grad får hjælp af ægtefæller eller andet netværk.

Nedenfor forsøges det at kvantificere, hvor meget de tre ovenstående forklaringer hver især har bidraget til de observerede, faldende, gennemsnitlige udgifter til ældrepleje. Dette gøres ved at påvise en sammenhæng mellem de individuelle, offentlige udgifter og afstanden til død (sund aldring) og en række andre forhold, som beskriver muligheden for at få hjælp af familie eller ægtefælle.

Der er rigtig mange ældre, som ikke modtager ældrepleje, og derudover er der få ældre, som modtager rigtig meget pleje (fordelingen af ældrepleje er højreskæv). Den økonometriske model skal tage højde for den særlige fordeling i data. Det udelukker fx en standardmodel som OLS. I stedet anvendes en two-part model, hvor udgifterne log-transformeres, jf. boks 4.3. Analysen foretages på udgifterne til ældrepleje for 2009 til 2014. Det sidste år er 2014, fordi det skal være muligt at måle afstanden til død i de efterfølgende fem år.

Boks 4.3. Model til at forklare udviklingen i ældreudgifter

Den økonometriske model skal bestemme sammenhængen mellem de individuelle, kommunale udgifter til ældrepleje og afstand til død samt en række andre forklarende variable, som kan påvirke de individuelle offentlige udgifter til ældrepleje. Lad U_{it} være de samlede kommunale udgifter til hjemmehjælp og plejebolig i kvartal t for person i , mens D_{it} er dummyer for et givent antal kvartaler til død for personen. Y_i er årsdummy og X_{it} angiver individuelle karakteristika. Den estimerede model har følgende form:

$$\ln(U_{it} | D_{it}, Y_i, X_{it}, U_{it} > 0) = \alpha_d D_{it} + \alpha_y Y_i + \alpha_x X_{it} \quad (1)$$

Det er ikke alle ældre, som modtager ældrepleje. Derfor estimeres en model med samme forklarende variable som ovenfor, som belyser sandsynligheden for, at en given person modtager ældrepleje:

$$P(U_{it} > 0 | D_{it}, Y_i, X_{it}) = \varphi(\beta_d D_{it} + \beta_y Y_i + \beta_x X_{it}) \quad (2)$$

De to ligninger estimeres samlet med en two-part-model, hvor den første del estimeres med en generaliseret lineær model (GLM-model) med en log-link funktion, hvor U_{it} er gammafordelt. Den anden ligning er en probit-model, hvor φ er en fordelingsfunktion for normalfordelingen, jf. Deb mfl. (2017) og Jones (2000).^A

Dummyvariablene for afstand til død tager højde for, at ældreudgifter er højere for ældre med kort afstand til død. Variablen angiver, om en person dør om 1, 2, ..., 20 kvartaler eller om personen er levende indtil 20 kvartaler og vil dø på et ukendt tidspunkt herefter. Dummyvariablene for året korrigerer for evt. effekter, som påvirker ældreudgifterne på tværs af individer i et givent år. De individuelle karakteristika er alder, køn, kommunedummy, antal børn i samme landsdel, antal børn uden for samme landsdel og aldersforskel på partner. Derudover indgår en række krydseffekter med køn, alder og antal år til død.

Analysen er udført på ældreudgifterne fra 2009 til 2014. Det sidste år er 2014, fordi det skal være muligt at måle afstanden i død i efterfølgende 5 år. Der indgår kun de kommuner, som har indberettet i mindst en måned i hvert år for både hjemmehjælp og plejebolig. Dette resulterer i, at analysen udføres på 77 pct. af alle over 65 år i alle kommuner i perioden fra 2009 til 2014, hvor ældreudgifterne i datagrundlaget udgør 79 pct. af ældreudgifterne i alle kommuner. Aldersgrupperne i datagrundlaget adskiller sig ikke signifikant for den samlede population for hvert år og antal kvartaler til død.

A) Specifikationen af modellen er valgt ud fra diverse test.

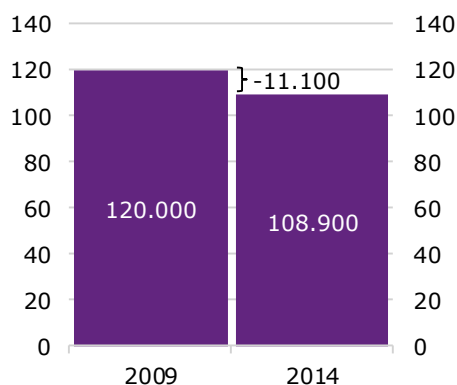
4.1. Resultater

De gennemsnitlige udgifter til hjemmehjælp og plejebolig for ældre over 80 år er faldet fra 120.000 kr. pr. borger i 2009 til 108.900 kr. pr. borger i 2014, dvs. et fald på 11.100 kr. pr. borger. Godt en tredjedel af faldet i de gennemsnitlige udgifter fra 2009 til 2014 (4.000 kr. ud af 11.100 kr.) kan forklares med en ændring i de ældres individuelle karakteristika, såsom færre er enker og enkemænd og flere ældre har børn i nærheden. Sund aldring hos de ældre bidrager til at forklare yderligere 2.300 kr. af de 11.100 kr.

Ud af faldet i de gennemsnitlige udgifter på 11.100 kr. pr. personer er der en rest på 4.800 kr. pr. person, som ligger udover, hvad der kan forklares i modellen. Det kan eksempelvis skyldes kommunale nedskæringer, effektivisering af administrative forhold eller gevinster fra øget brug af rehabilitering mv., jf. figur 4.1 og figur 4.2.

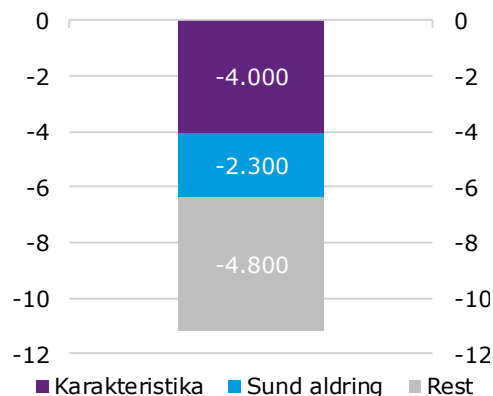
Figur 4.1. Ændringen i de gennemsnitlige udgifter til ældrepleje for 80+ årige fra 2009 til 2014

1.000 kr. pr. person



Figur 4.2. Forklaringen på ændringen af udgifterne til ældrepleje for 80+ årige fra 2009 til 2014

1.000 kr. pr. person

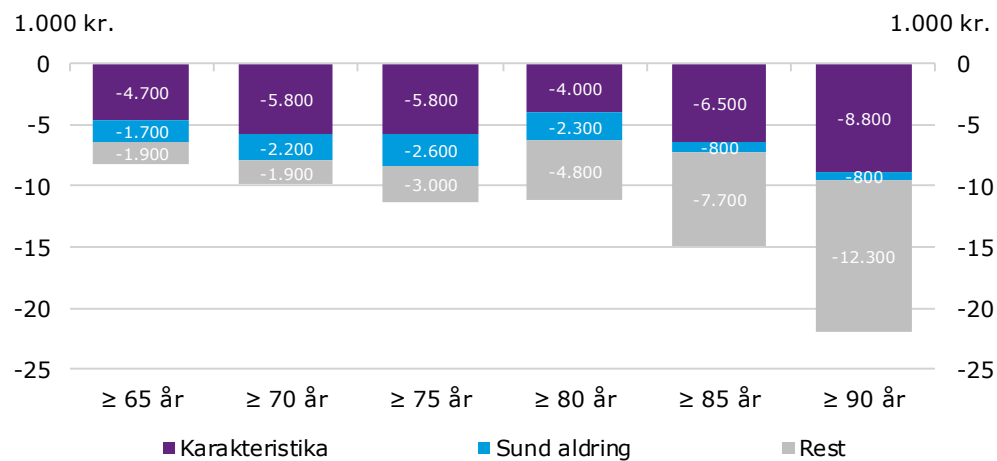


Anm.: Alle ændringerne er signifikante på et 5 pct.-niveau. Effekten af sund aldring er beregnet efter, der er taget hensyn til individuelle karakteristika. Hvis sund aldring beregnes først, vil det give et andet resultat, da der er korrelationer mellem de forskellige komponenter. Kommunedummier har en lille forklaringsgrad og indgår under karakteristika. Udgifterne er opgjort i 2019-niveau. Resultaterne af estimationen kan fås ved forespørgsel.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

Faldet i de gennemsnitlige udgifter til ældrepleje pr. borger fra 2009 til 2014 varierer på tværs af alder. Tilsvarende varierer betydningen af de forklarende variable over alderstrin. For ældre over 90 år er udgifterne til ældrepleje i gennemsnit faldet med knap 22.000 kr. pr. borger. Efter der er taget højde for betydningen af ændrede karakteristika og sund aldring indikerer resultaterne, at de ældste borgere har oplevet det største fald i de gennemsnitlige udgifter pr. borger, som kan skyldes kommunale nedskæringer mv., jf. figur 4.3.

Figur 4.3. Ændringen udgifterne til ældrepleje fra 2009 til 2014 fordelt på aldersgrupper



Anm.: Alle ændringerne er signifikante på et 5 pct.-niveau. Ændringerne er beregnet for hver aldersgruppe for sig. Aldersgruppen 65+ årige indeholder alle ældre på 65 år og derover. Aldersgruppen 70+ årige indeholder alle ældre på 70 år og derover. Ligeledes med de andre grupper. Se i øvrigt anmærkning til figur 4.1 og figur 4.2.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

5. Litteratur

Bjørner, T. og S. Arnberg (2012): Terminal costs, improved life expectancy and future public health expenditure. *International Journal of Health Care Finance and Economics* 12 (2), 129-143.

Carreras, M., P. Ibern og J. Inoriza (2018). Ageing and healthcare expenditures: Exploring the role of individual health status. *Health Economics Letter*. 7 (5), 865-876.

De Økonomiske Råd (2019). De fremtidige sundhedsudgifter. Arbejdsrapport.

Dep, P., E. Norton og W. Manning (2017). *Health Econometrics Using Stata*.

Finansministeriet (2016): Svar på Finansudvalgets spørgsmål nr. 1 af 17. juni 2016.

Jones, A. (2000). Health Econometrics, in Newhouse, J.P. and A.J. Culyer (eds.) *Handbook of Health Economics*.

Karlson, M. og Klohn, F. (2014). Testing the red herring hypothesis on an aggregated level: ageing, time-to-death and care costs for older people in Sweden. *The European Journal of Health Economics* volume 15, 533-551.

Meijer, C., M. Koopmanschap, T. d'Uva og E. Doorslaer (2011): Determinants og long-term care spending: Age time to death or disability? *Journal of Health Economics* 30, 425-438.

Melberg, H. og J. Sørensen (2013). How does end of life costs and increases in life expectancy affect projections of future hospital spending? Working paper 2013: 9, University of Oslo, Health Economics Research Network, Oslo.

Rostgaard, T og M.U. Matthiessen (2019); Hjælp til svage ældre. VIVE. Rapport.

Seshamani, M. og A. Gray (2004). Ageing and Health-care expenditures: the red herring argument revisited. *Health Economics* 13, 303-314.

Sharma, J.K. (2007). *Business Statistics*.

Sundheds- og ældreministeriet (2017). Svar på Sundheds- og ældreudvalg spørgsmål 1122 af 14. juli 2017.

Sundheds- og ældreministeriet (2018). Svar på Sundheds- og ældreudvalg spørgsmål 181 af 21. november 2018.

Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven (2015). Børne- og Socialministeriets vejledning nr. 9341 af 8/5 2015, ændret ved: vejledning nr. 10284 af 11/12 2017.

Werblow, A., Felder, S. og Zweifel P. (2007). Population ageing and health care expenditure: A school of "red herrings"? *Health Economics* 16 (10), 1109-1126.

Zweifel, P., Felder, S. og Meiers, M. (1999). Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health Economics* 8, 485-496.