

ALDERSFORDELTE SUNDHEDS- OG PLEJEUDGIFTER PÅ TVÆRS AF SEKTORER

2023

Af Bodil Helbech Kleist, BOHH@kl.dk

De samlede sundheds- og plejeudgifter til ældre beløber sig i 2021 til 76 mia. kroner. Over halvdelen (42 mia. kr.) er kommunale udgifter. De kommunale udgifter har en langt mere stejl aldersprofil end de regionale. Blandt ældre fordobles den gennemsnitlige kommunale udgift pr. borger for hver femte alderstrin: En 80-årig koster fx i gennemsnit ca. 45.000 kr. pr. år i kommunerne, mens en 85-årig koster ca. 89.000 kr. pr. år. De regionale sundhedsudgifter pr. ældre ligger på 30-40.000 kr. pr. år uanset alder. Hvis udgifterne fremskrives med den forventede demografiske udvikling i befolkningen, vil de kommunale udgifter stige med 53 pct. – eller 22 mia. kr. – frem mod 2035. De regionale udgifter vil stige med 28 pct. (9 mia. kr.) i samme periode.

HOVEDKONKLUSIONER

- Regioner og kommuner bruger årligt ca. 76 mia. kr. i udgifter til sundheds- og plejeindsatser til ældre (2021). Over halvdelen (42 mia. kr.) er kommunale udgifter. De største udgiftsposter er somatisk hospitalsvæsen (30 mia. kr.) og plejehjem (23 mia. kr.).
- De regionale udgifter fylder mest i starten af alderdommen, mens de kommunale udgifter dominerer blandt de ældste borgere. Den gennemsnitlige kommunale udgift pr. person fordobles hver femte år fra 75 års alderen og op.
- I kommunalt regi er sundhedsudgifterne til en person på 85 år (ca. 89.000 kr.) i 2021 i gennemsnit dobbelt så store årligt, som en person på 80 år (ca. 45.000 kr.). Og fire gange så store som en person på 75 år (ca. 22.000 kr.).
- Aldersprofilen på de regionale udgifter er langt mere jævn. En 75-årig koster i gennemsnit ca. 33.000 kr. årligt i regionale udgifter, en 80-årig koster ca. 35.000 kr. pr. år og en 85 årig koster ca. 38.000 kr. pr. år.
- På grund af en mere stejl aldersprofil for de kommunale udgifter, vil de kommunale udgifter ifølge en ren demografisk fremskrivning stige mere i de kommende år i takt med den demografiske udvikling end de regionale. Frem mod 2035 vil de kommunale udgifter stige med 53 pct. (22 mia. kr.) mod en stigning på 28 pct. (9 mia. kr.) i de regionale udgifter.
- I 2021 er de kommunale udgifter til 67+årige (ca. 42 mia. kr.) knap 25 pct. højere end de regionale (ca. 34 mia. kr.). Men i 2035 vil de beregnede kommunale udgifter til ældre (64 mia. kr.) være næsten 50 pct. højere end de regionale (43 mia. kr.).
- Der er tale om en "ren" demografisk fremskrivning, der ikke tager højde for faktorer, der kan påvirke udgiftsbehovet på de enkelte alderstrin. Fx sund aldring, rehabilitering, effektivisering, øgede behandlingsmuligheder og øgede forventninger i befolkningen.
- Udgifterne til hospitalssektoren er baseret på DRG-data for 2020 (PL-reguleret til 2021-niveau). Da aktiviteten i hospitalssektoren var påvirket af corona-epidemien i 2020, er hospitalsudgifterne til ældre sandsynligvis lidt undervurderet (se bilag 2).

BAGGRUND

Det stigende antal ældre forventes at sætte både de regionale og de kommunale sundhedsudgifter under yderligere pres. Formålet med dette analysenotat er at afgrænse de samlede sundheds- og plejeudgifter til ældre på tværs af sektorer, samt at fremskrive udviklingen i udgifterne frem mod 2035.

SÅDAN HAR VI GJORT

Med brug af aggregerede kommunale regnskabstal og individbaserede aktivitetsdata aldersfordeles de kommunale sundheds- og plejeudgifter i 2021. De regionale sundhedsudgifter aldersfordeles ud fra udgifter på individniveau i hhv. DRG-grupperet LPR og Sygesikringsregisteret. For yderligere beskrivelse af metoden se [bilag 1](#).

INDHOLD

Baggrund	4
Regionale og kommunale udgifter til ældre i 2021	5
Demografisk fremskrivning af regionale og kommunale udgifter til ældre frem mod 2035	9
BILAG 1 – Metode og datagrundlag	12
BILAG 2 – Hospitalsudgifter i 2020 sammenlignet med 2018	16
BILAG 3 – Sundheds- og plejeudgifter pr. borger, aldersfordelt	17

Baggrund

Antallet af ældre – især ældre over 80 år – vil stige markant i de kommende år. Ifølge Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning vil der i 2035 være 65 pct. flere 80+ årige, end der var i 2021. Dette forventes at sætte både de regionale og de kommunale sundhedsudgifter under (yderligere) pres.

I denne analyse opgøres det samlede omfang af sundheds- og plejeudgifter *til ældre* i 2021 på tværs af sektorer. "Ældre" defineres i denne analyse som 67+ årige. De kommunale og de regionale udgifter opgøres både samlet, hver for sig og opsplittet på forskellige typer af indsatser. De inkluderede kommunale indsatser omfatter følgende otte områder: plejehjem, hjemmesygepleje, hjemmehjælp, rehabilitering, forebyggende hjemmebesøg, vederlagsfri fysioterapi og genoptræning efter hhv. Serviceloven og Sundhedsloven¹. De regionale udgifter er inddelt i praksissektoren (herunder almen praksis, speciallæger og fysioterapi m.m. under sygesikringen) og hospitalssektoren (somatik).

Udgifterne opgøres aldersfordelt – på tværs af alle alderstrin fra 67 år til 100+ år. Dels opgøres de samlede årlige udgifter til hver fødselsårgang, og dels opgøres den gennemsnitlige udgift pr. borger på hvert alderstrin.

De aldersfordelte gennemsnitlige udgifter pr. borger anvendes til at foretage en demografisk fremskrivning af udgifterne frem mod 2035 – alt andet lige. På denne måde bliver det muligt at anskueliggøre betydningen af den demografiske udvikling fremover for hhv. de kommunale og de regionale sundheds- og plejeudgifter. Der er tale om en "ren" demografisk fremskrivning, dvs. udgifterne fremskrives alene med den forventede demografiske udvikling jf. Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning. Der tages ikke højde for faktorer, der kan påvirke udgiftsbehovet på de enkelte alderstrin. Fx kunne man forestille sig at sund aldring², rehabilitering, effektiviseringer m.m. kan påvirke udgiftsbehovet i nedadgående retning, mens udvidede behandlingsmuligheder og øget forventningspres fra befolkningen kan påvirke udgiftsbehovet i opadgående retning.

For yderligere beskrivelse af metode og datagrundlag, se [bilag 1](#).

¹ De kommunale udgifter omfatter kun de områder, hvor det er muligt at aldersfordele udgifterne, dvs. hvor der findes tilgængelige aktivitetsdata på individniveau. Af den grund er fx kommunale udgifter til hjælpemidler og (patientrettet) forebyggelse ikke med.

² Beregninger fra Finansministeriet viser dog, at sund aldring vejer relativt lidt i forhold til det stigende antal ældre ([link](#)).

Regionale og kommunale udgifter til ældre i 2021

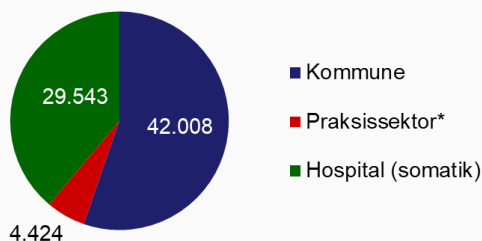
Regioner og kommuner bruger samlet årligt ca. 76 mia. kr. i udgifter til sundheds- og plejeindsatser til ældre (2021). Over halvdelen er kommunale udgifter. De største udgiftsposter er somatisk hospitalsvæsen og plejehjem. De regionale udgifter fylder mest i starten af alderdommen, mens de kommunale udgifter dominerer blandt de ældste borgere. Den gennemsnitlige kommunale udgift pr. person fordobles næsten hver femte år fra 75 års alderen og op.

I 2021 var de samlede sundhedsudgifter til ældre (67+ årige) i regioner og kommuner på 76,0 mia. kr. De 42,0 mia. kr. er kommunale udgifter. I alt 29,5 mia. kr. går til hospitalssektoren, og 4,4 mia. kr. går til ydelser under sygesikringen i praksissektoren.

Det skal bemærkes, at hospitalsudgifterne er baseret på DRG-data for 2020, da 2021 data ikke var tilgængelige på analysetidspunktet. Udgifterne er PL'et til 2021-niveau. Eftersom 2020 var et særligt år pga. corona-epidemien, særligt i hospitalssektoren, er der risiko for at udgifterne til hospitalssektoren undervurderes. I [bilag 2](#) er der foretaget en vurdering af betydningen af at bruge hospitalsudgifter fra 2020. Det vurderes, at betydningen ikke er stor til dette formål.

Figur 1

Samlede sundheds- og plejeudgifter til ældre i 2021 fordelt på sektorer (mio. kr.)



* Praksissektoren omfatter ikke vederlagsfri fysioterapi, da udgifterne afholdes af kommunerne.

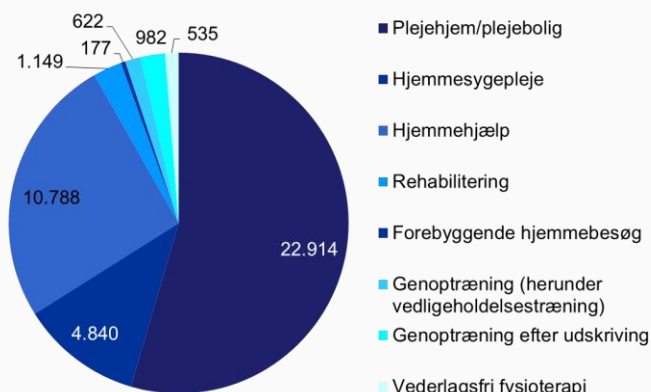
Note: Kommunale udgifter omfatter nettodriftsudgifter i 2021 til plejehjem, hjemmehjælp, rehabilitering, hjemmesygepleje, forebyggende hjemmebesøg, vederlagsfri fysioterapi, genoptræning efter serviceloven og genoptræning efter sundhedsloven. Udgifter til praksissektoren omfatter udgifter (honorarer) i 2021 til almen praksis, speciallæger og fysioterapi m.m. under sygesikringen (ikke vederlagsfri fysioterapi). Udgifter til hospital omfatter tilrettede driftsudgifter til somatisk hospitalsvæsen (DRG) i 2020, PL'et til 2021-niveau. Se [bilag 1](#) for nærmere beskrivelse af datagrundlag og metode.

Kilde: Egne beregninger på baggrund befolkningsfremskrivning fra Statistikbanken.dk, registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen (DRG-grupperet LPR og LPR3), registerdata fra Danmarks Statistiks forskerservice (herunder Sygesikringsregisteret og de kommunale omsorgsregistre) samt kommunale regnskaber.

Hvis man zoomer ind på specifikke typer af udgifter (figur 2), ses det, at udgifter til plejehjem/plejeboliger udgør over halvdelen af de kommunale udgifter til ældre (55 pct.), mens hjemmehjælp udgør 26 pct. Plejehjemsudgiften til ældre beløber sig til i alt 22,9 mia. kr., mens hjemmehjælpsindsatsen står for 10,8 mia. kr.

Figur 2

Kommunale sundheds- og plejeudgifter til ældre i 2021 fordelt på type (mio. kr.)

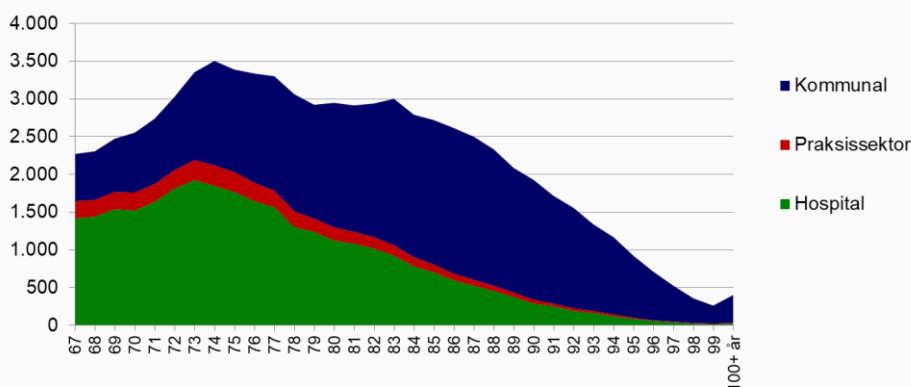


Note: Kommunale udgifter omfatter nettodrifudsudgifter i 2021. Se [bilag 1](#) for nærmere beskrivelse af datagrundlag og metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistiks forskerservice samt kommunale regnskaber

Udgifterne fordeler sig på tværs af alderstrin, som det fremgår af figur 3. Mens hospitalsudgifterne udgør klart størstedelen af udgifter blandt de 67-75-årige, dominerer de kommunale udgifter blandt de 80+ årige. Årsagen til "bumpet" som ses i alderen 73-77 år er, at disse årgange er særligt store (fødselsårgang 1944-1948). Hver fødselsårgang koster i 2021 mellem ca. 2,5 og 3,5 mia. kr. årligt (frem til 85-90 års alderen). Herefter falder udgifterne markant med stigende alder, da der er færre og færre personer i live på højere alderstrin.

Figur 3

Samlede sundheds og plejeudgifter i 2021 fordelt på alderstrin og sektor (mio. kr.)

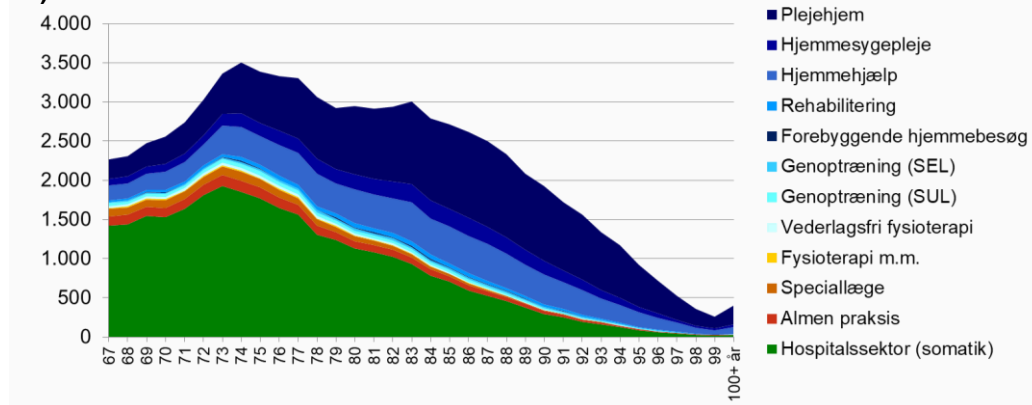


Note: Kommunale udgifter omfatter nettodrifudsudgifter i 2021 til plejhjem, hjemmehjælp, rehabilitering, hjemmesygepleje, forebyggende hjemmebesøg, vederlagsfri fysioterapi, genoptræning efter serviceloven og genoptræning efter sundhedsloven. Udgifter til praksissektoren omfatter udgifter (honorarer) i 2021 til almen praksis, speciallæger og fysioterapi m.m. under sygesikringen Udgifter til hospital omfatter tilrettede driftsudgifter til somatisk hospitalsvæsen (DRG) i 2020, PL'et til 2021-niveau. Se [bilag 1](#) for nærmere beskrivelse af datagrundlag og metode.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen (DRG-grupperet LPR og LPR3), registerdata fra Danmarks Statistiks forskerservice (herunder Sygesikringsregisteret og de kommunale omsorgsregistre) samt kommunale regnskaber.

Hvis man zoomer ind på specifikke typer af udgifter (figur 4), ses det, at det er i høj grad plejhjemsudgifterne, som stiger i omfang i efter 80-års alderen.

Figur 4

Samlede sundheds- og plejeudgifter i 2021 fordelt på alderstrin, sektor og type (mio. kr.)



Note: Kommunale udgifter omfatter nettodriftsudgifter i 2021. Udgifter til praksissektoren omfatter udgifter (honorarer) i 2021. Udgifter til hospital omfatter tilrettede driftsudgifter til somatisk hospitalsvæsen (DRG) i 2020, PL'et til 2021-niveau. Se [bilag 1](#) for nærmere beskrivelse af datagrundlag og metode.

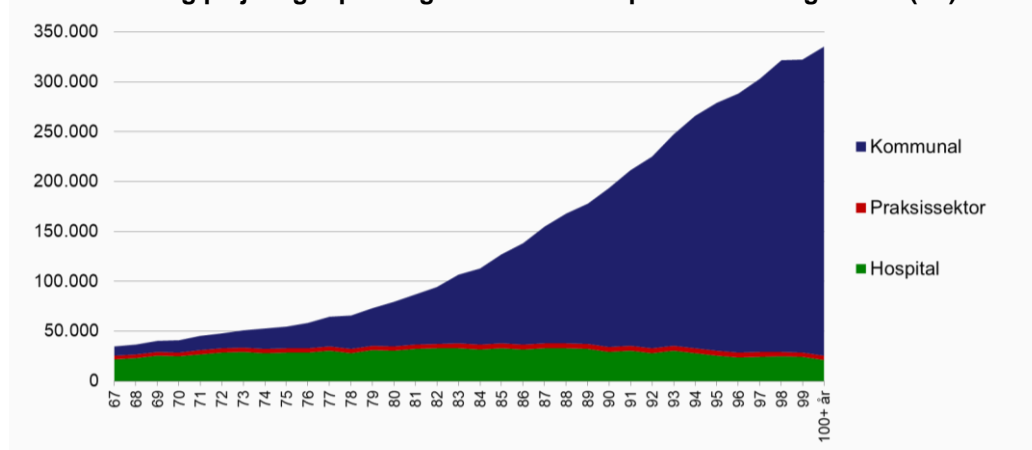
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen (DRG-grupperet LPR og LPR3), registerdata fra Danmarks Statistiks forskerservice (herunder Sygesikringsregisteret og de kommunale omsorgsregistre) samt kommunale regnskaber

Hvis man opgør udgifterne pr. borger (figur 5), bliver det endnu mere tydeligt, at de kommunale udgifter har en langt mere skæv aldersprofil end de regionale. I kommunalt regi koster en person på 85 år i gennemsnit dobbelt så meget (ca. 89.500 kr. pr. år), som en person på 80 år (ca. 44.500 kr.) og mere end fire gange så meget som en person på 75 år (ca. 22.000 kr. pr. år). En person på 95 år koster i gennemsnit næsten tre gange så meget som en person på 85 år (ca. 248.500 kr. pr. år).

Aldersprofilen på de regionale udgifter er langt mere jævn. En 75-årig koster i gennemsnit ca. 32.500 kr. årligt i regionale udgifter, en 80-årig koster ca. 35.000 kr. pr. år og en 85-årig koster ca. 38.000 kr. pr. år. En 95-årig koster "kun" ca. 30.500 kr. i regionerne – dvs. mindre end en 75-årig.

Figur 5

Sundheds- og plejeudgift pr. borger i 2021 fordelt på alderstrin og sektor (kr.)

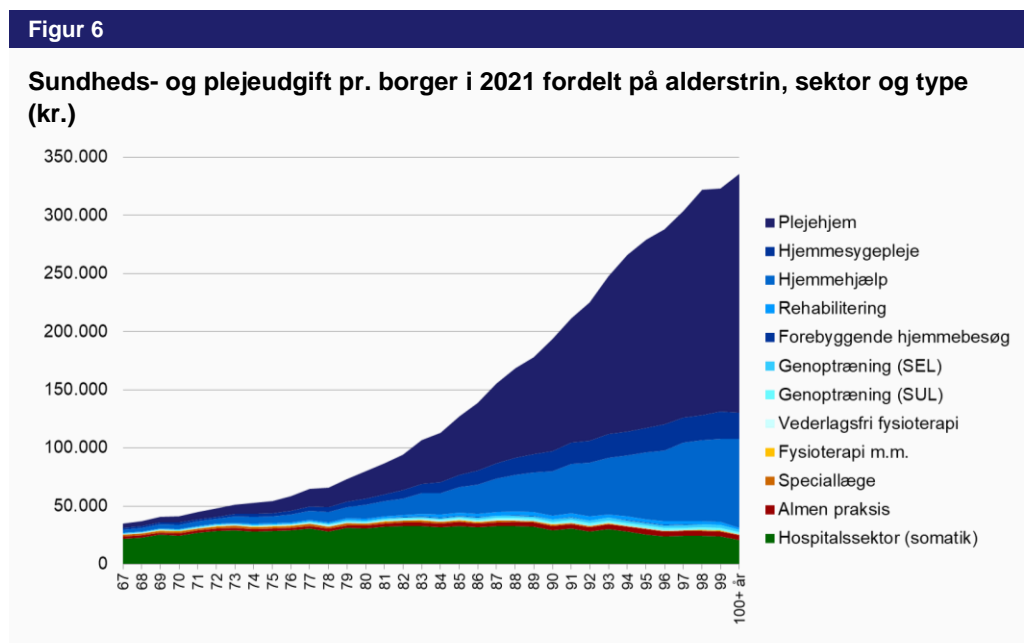


Note: Kommunale udgifter omfatter nettodriftsudgifter i 2021 til plejehjem, hjemmehjælp, rehabilitering, hjemmesygepleje, forebyggende hjemmebesøg, vederlagsfri fysioterapi, genoptræning efter serviceloven og genoptræning efter sundhedsloven. Udgifter til praksissektoren omfatter udgifter (honorarer) i 2021 til almen praksis, speciallæger og fysioterapi m.m. under sygesikringen. Udgifter til hospital omfatter tilrettede driftsudgifter til somatisk hospitalsvæsen (DRG) i 2020, PL'et til 2021-niveau. Se [bilag 1](#) for nærmere beskrivelse af datagrundlag og metode.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen (DRG-grupperet LPR og LPR3), registerdata fra Danmarks Statistiks forskerservice (herunder Sygesikringsregisteret og de kommunale omsorgsregistre) samt kommunale regnskaber.

Hvis man zoomer ind på specifikke typer af udgifter (figur 6), ses det, at udgifter til plejehjem/plejeboliger udgør langt størstedelen af de kommunale udgifter pr. ældre over 85 år – og at det er disse udgifter som stiger markant mest med stigende alder (i tråd med den stigende andel af ældre, der bor i plejebolig med stigende alder). Udgifterne pr. ældre til hjemmehjælp, hjemmesygepleje og genoptræning efter serviceloven stiger også markant med stigende alder, men langt fra så voldsomt som udgifterne til plejeboliger. For aldersprofil på mindre udgiftsposter, se også [bilag 3](#).

De regionale udgifter pr. person (hospitalssektor og praksissektor) stiger også med stigende alder frem til 85 års alderen men langt mindre end de kommunale. De regionale gennemsnitsudgifter pr. person stiger med ca. 50 pct. fra 67 år til 85 år, mens de kommunale gennemsnitsudgifter pr. person tidobles i denne aldersperiode. Efter 90-års alderen falder de regionale gennemsnitsudgifterne igen til et niveau sammenligneligt med niveauet blandt de 67-årige, mens de kommunale gennemsnitsudgifter yderligere mere end tredobles fra 85 til 100- års alderen.



Note: Kommunale udgifter omfatter nettodriftsudgifter i 2021. Udgifter til praksissektoren omfatter udgifter (honorarer) i 2021. Udgifter til hospital omfatter tilrettede driftsudgifter til somatisk hospitalsvæsen (DRG) i 2020, PL'et til 2021-niveau. Se [bilag 1](#) for nærmere beskrivelse af datagrundlag og metode.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen (DRG-grupperet LPR og LPR3), registerdata fra Danmarks Statistiks forskerservice (herunder Sygesikringsregisteret og de kommunale omsorgsregistre) samt kommunale regnskaber.

Demografisk fremskrivning af regionale og kommunale udgifter til ældre frem mod 2035

På grund af en mere stejl aldersprofil for de kommunale udgifter, vil de kommunale udgifter ifølge en ren demografisk fremskrivning stige mere i de kommende år i takt med den demografiske udvikling end de regionale. Frem mod 2035 vil de kommunale udgifter stige med 53 pct. mod en stigning på 28 pct. i de regionale udgifter.

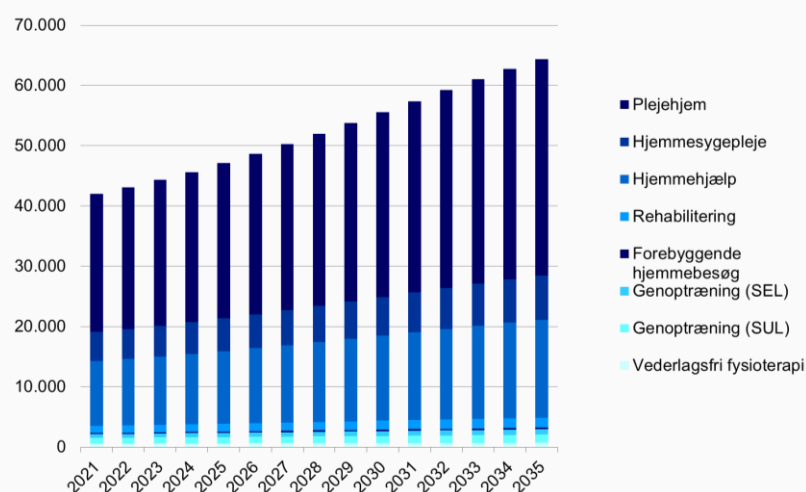
I dette afsnit fremskrives de kommunale og de regionale sundheds- og omsorgsudgifter med den forventede demografiske udvikling i årene frem mod 2035 jf. Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning. Der er tale om en ren demografisk fremskrivning. Dvs. der er ikke taget højde for eventuel sund aldring, rehabilitering, effektivisering mm.

Hvis man fremskriver de kommunale og de regionale sundheds- og omsorgsudgifter med den forventede demografiske udvikling, vil udgifterne samlet set stige med 31,7 mia. kr. (42 pct.) til i alt 107,7 mia. kr. i 2035. De kommunale udgifter vil stige langt mere (både absolut og relativt) end de regionale (se figur 7 og 8). I 2021 er de kommunale udgifter til 67+årige (ca. 42 mia. kr.) knap 25 pct. større end de regionale (ca. 34 mia. kr.). Men i de kommende år vil de kommunale udgifter til ældre i langt højere grad overstige de regionale – alt andet lige. I 2030 vil de kommunale udgifter ifølge fremskrivningen stige til 55,5 mia. kr., mens de regionale kun vil stige til 39,7 mia. kr. (2021-priser). Og i 2035 er forskellen endnu mere markant: 64,3 mia. kr. i kommunale udgifter til de ældre mod 43 mia. kr. i regionale udgifter til de ældre. De beregnede kommunale udgifter til ældre i 2035 er således næsten 50 pct. større end de regionale udgifter.

I 2035 vil stigningen i de årlige kommunale udgifter til ældre være på 22,3 mia. kr. (53 pct.) ift. 2021-niveauet, mens de regionale udgifter vil stige med 9,4 mia. kr. (28 pct.) i samme periode.

Figur 7

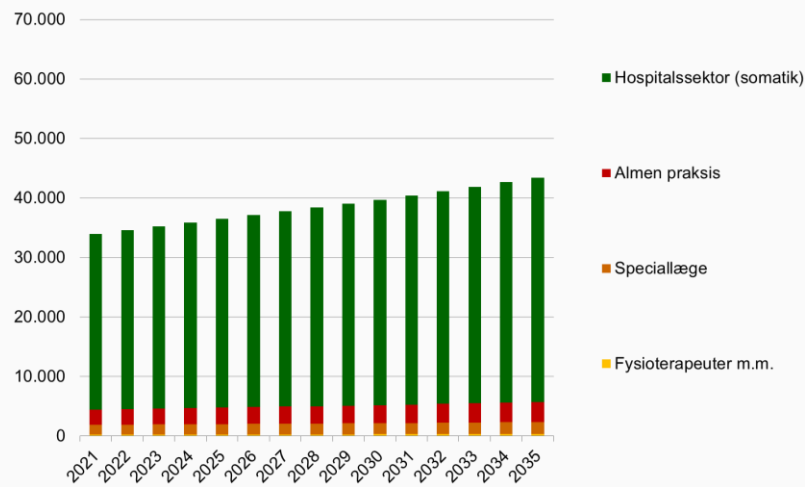
Ren demografisk fremskrivning af kommunale sundheds- og plejeudgifter (mio. kr.) til ældre, fordelt på ydelser (2021-priser)



Kilde: Egne beregninger på baggrund af befolkningsfremskrivning fra Statistikbanken.dk, registerdata fra Danmarks Statistiks forskerservice (herunder de kommunale omsorgsregistre) samt kommunale regnskaber.

Figur 8

Ren demografisk fremskrivning af regionale sundhedsudgifter (mio. kr.) til ældre, fordelt på ydelser (2021-priser)



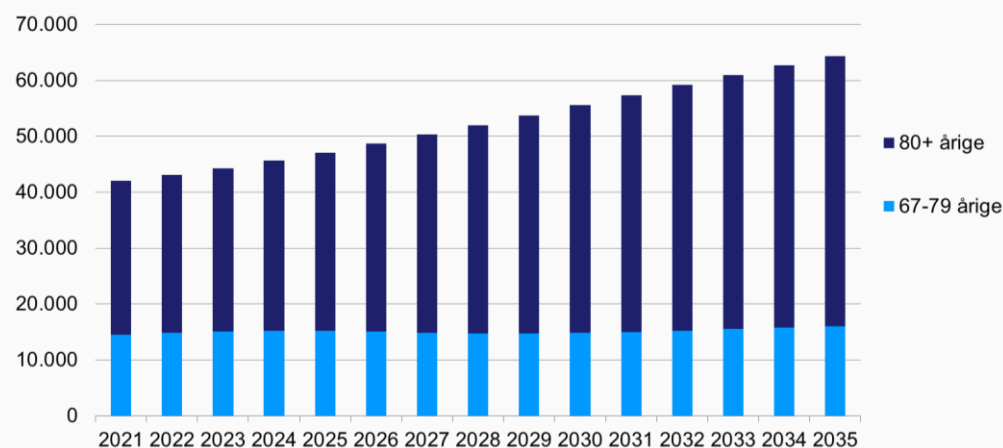
Kilde: Egne beregninger på baggrund af befolkningsfremskrivning fra Statistikbanken.dk, registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen (DRG-grupperet LPR og LPR3) samt registerdata fra Danmarks Statistiks forskerservice (herunder Sygesikringsregisteret).

Stigningen i de kommunale udgifter til ældre skyldes især udviklingen i antallet af 80+ årige jf. figur 9. Stigningen i antallet af 80+ årige har mindre betydning for de regionale udgifter jf. figur 10. Det skyldes naturligvis den mindre "stejle" aldersprofil for de regionale udgifter, jf. figur 5.

I kommunerne udgør sundhedsudgifterne til de 80+ årige ca. 65 pct. af de samlede udgifter til 67+ årige i 2021 stigende til 75 pct. i 2035, mens det i regionerne stiger fra 30 pct. i 2020 til 39 pct. i 2035.

Figur 9

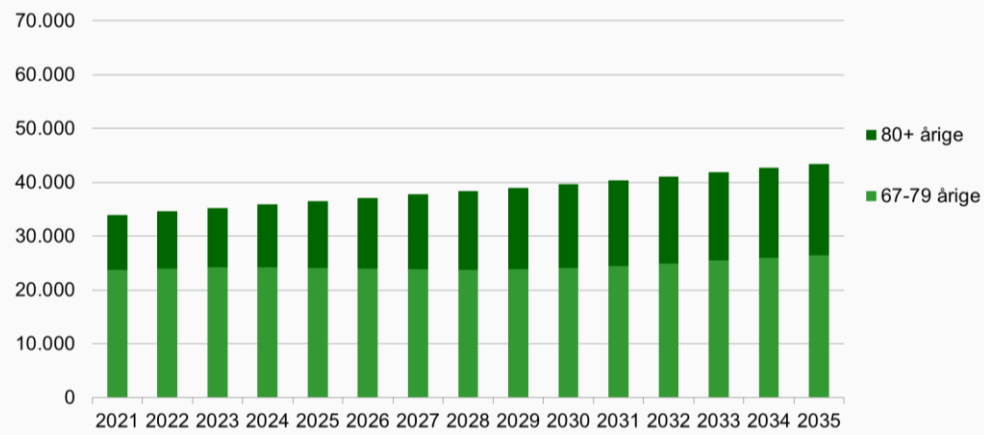
Fremskrivning af kommunale sundheds- og plejeudgifter (mio. kr.), fordelt på ældre over/under 80 år



Kilde: Egne beregninger på baggrund af befolkningsfremskrivning fra Statistikbanken.dk, registerdata fra Danmarks Statistiks forskerservice (herunder de kommunale omsorgsregistre) samt kommunale regnskaber.

Figur 10

Fremskrivning af regionale sundhedsudgifter (mio. kr.), fordelt på ældre over/under 80 år



Kilde: Egne beregninger på baggrund af befolkningsfremskrivning fra Statistikbanken.dk, registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen (DRG-grupperet LPR og LPR3) samt registerdata fra Danmarks Statistiks forskerservice (herunder Sygesikringsregisteret).

BILAG 1 – Metode og datagrundlag

Fremskrivningen tager udgangspunkt i aldersfordelte kommunale og regionale udgifter i 2021. Disse fremskrives med Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning, dvs. udgiften pr. ældre på hvert alderstrin i 2021 fremskrives med antallet af ældre på hvert alderstrin i årene fremover. Udgifterne er i 2021-priser.

De kommunale udgifter hentes fra regnskabstal for udvalgte funktioner i kontoplanen og aldersfordeles ud fra aktivitetsdata på individniveau fra Danmarks Statistiks registre over de pågældende ydelser. De regionale udgifter aldersfordeles ud fra aktivitetsdata inkl. priser på individniveau: hhv. DRG-grupperet LPR fra hospitalssektoren og honorarer på ydelser leveret i praksissektoren (sygesikringsregisteret).

Kun udgifter for 67+ årige medtages i analysen. Herunder beskrives de regionale og kommunale udgifts- og aktivitetsdata, der ligger bag beregningerne.

1.1 Regionale udgifter

Regionale udgifter omfatter i denne analyse udgifter til praksissektoren og udgifter til sygehusvæsenet (somatisk del).

De regionale udgifter til praksissektoren i 2021 hentes fra sygesikringsregisteret, hvor alle ydelser leveret under sygesikringen er registreret med det bruttohonorar, som yderen modtager for den pågældende ydelse (takster). Der er altså tale om udgiftsdata på individniveau, hvorfor aldersfordelingen af udgifterne til selve ydelserne er ligetil. For udgifter til almen praksis tillægges ud over bruttohonorarerne også basishonorar på 473 kr. pr. person³ (udgør ca. 19 pct. af de samlede udgifter til almen praksis). Udgifterne fordeles i tre hovedgrupper: Almen praksis (inkl. vagtlæger)⁴, Speciallæger (inkl. psykologer og tandlæger)⁵ og Fysioterapi m.v. (herunder også kiropraktik og fodterapi)⁶. Udgifterne er i årets priser (dvs. 2021-niveau).

De regionale udgifter til hospitalssektoren hentes fra det DRG-grupperede Landspatientregister, dvs. data over alle kontakter i hospitalssektoren på individniveau med tilknyttet pris (DRG-takst). Der er tale om tilrettede driftsudgifter ("patientrettede" udgifter)⁷. Opgørelsen omfatter kun somatiske patienter (ikke psykiatrien⁸).

Som en undtagelse i denne fremskrivning anvendes her data fra 2020, da data for 2021 endnu ikke var tilgængelige på opgørelsestidspunktet. Hospitalsudgifterne reguleres derfor med den regionale Pris og Lønudvikling for sygehusudgifter fra 2020 til 2021 (1,4 pct.) for at opnå 2021-prisniveau⁹. Eftersom 2020 var et særligt år pga. corona-epidemien, særligt i hospitalssektoren, er der risiko for at udgifterne til hospitalssektoren undervurderes. I [bilag 2](#) er der foretaget en vurdering af betydningen af at bruge hospitalsudgifter fra 2020 ved at sammenligne med aldersfordelingen af udgifterne i 2018.

³ Fra honorartabel, overenskomst om almen praksis, 1. oktober 2020 - 31. marts 2021. laeger.dk.

⁴ Udgifter til vagtlæge udgør kun ca. 3 pct. af udgifterne i denne gruppe.

⁵ De største udgiftsposter i denne gruppe er tandlæger og øjnlæger efterfulgt af øre-, næse-, halslæger og hudlæger.

⁶ Vederlagsfri fysioterapi er klassificeret som en kommunal udgift, da kommunerne afholder denne udgift.

⁷ De samlede udgifter er tilrettet, så de i højest mulig grad afspejler udgifter til selve patientbehandlingen. Det betyder blandt andet, at udgifter til forskning og udgifter til udleveret medicin under ambulante besøg er frasorteret. Desuden er udgifter til administration håndteret på en måde, der gør udgiften mere sammenlignelig på tværs.

⁸ De psykiatriske udgifter udgør kun ca. 2-3 pct. af alle hospitalsudgifter til ældre.

⁹ [Danske Regioner - Økonomisk Vejledning 2023](#)

Kommunal medfinansiering (KMF) er ikke med som selvstændig udgiftspost, da den indgår i de tilrettede regionale driftsudgifter (som DRG-taksterne tager udgangspunkt i).

1.2 Kommunale udgifter

De inkluderede kommunale udgiftsposter (indsatser) omfatter følgende otte områder: plejehjem, hjemmesygepleje, hjemmehjælp, rehabilitering, forebyggende hjemmebesøg, vederlagsfri fysioterapi og genoptræning efter hhv. Serviceloven og Sundhedsloven. På de kommunale indsatser findes ikke udgiftsdata på individniveau¹⁰. De kommunale udgifter hentes derfor fra aggregerede regnskabstal for udvalgte funktioner under hovedkonto 4 og 5 i den autoriserede kontoplan og aldersfordeles derefter ud fra beregninger på aktivitetsdata på individniveau fra Danmarks Statistiks registre over de pågældende ydelser. Af samme grund inkluderes kun områder, hvor det er muligt at aldersfordele udgifterne, dvs. hvor der findes tilgængelige aktivitetsdata på individniveau. Kommunale udgifter til fx hjælpemidler og (patientrettet) forebyggelse er således ikke med¹¹. I tabel 1 ses en oversigt over inkluderede kommunale udgiftsposter samt det tilhørende lovgrundlag, aktivitetsdata (registre) samt kontering i kontoplanen.

De kommunale aktivitetsdata er ikke i alle tilfælde fyldestgørende for alle kommuner. I beregningerne tages udgangspunkt i den relative aldersfordeling af indsatserne i kommuner med komplette og konsistente dataindberetninger (mellem 68 og 95 kommuner)¹². Af tabel 1 fremgår det hvor mange kommuners data, der indgår i de enkelte beregninger. De manglende kommunale indberetninger forventes ikke at påvirke beregningerne i nævneværdig grad, da aktivitetsdata kun anvendes til at fordele udgifterne på tværs af alderstrin (relativ fordeling).

Tabel 1

Kommunale indsatser og deres lovgrundlag, datagrundlag og kontering

	Lovgrundlag	Aktivitetsdata	Kontoplan
Hjemmehjælp	SEL §83	AEFV (82 kommuner)	5.30.26 og 5.38.38
Rehabilitering	SEL §83a	AERH (82 kommuner)	5.30.26 og 5.38.38
Plejehjem/plejebolig		AEPB (95 kommuner)	5.30.27
Hjemmesygepleje	SUL §138	AEHJSP (90 kommuner)	5.30.28
Genoptræning (herunder vedligeholdelsestræning)	SEL §86	AETR (85 kommuner)	4.62.82 (gruppe 001, 003 og 200)
Forebyggende hjemmebesøg	SEL §79a	AEFB (68 kommuner)	5.30.29 (1.001)
Genoptræning efter udskrivning	SUL §140	Procedurekoder i LPR* (alle kommuner)	4.62.82
Vederlagsfri fysioterapi (inkl. ridedfysioterapi)	SUL §§140 og 140 a	Sygesikringsregisteret (alle kommuner)	4.62.84

* Da genoptræningsregisteret (GES) ikke er opdateret, trækkes antallet af genoptræningsplaner fra Landspatientregisteret (LPR3) via procedurekoderne ZZ0175X, ZZ0175Z og ZZ0175Y for hhv. almen genoptræning, specialiseret genoptræning og specialiseret rehabilitering.

Note: SUL og SEL henviser til hhv. sundhedsloven og serviceloven. Dataforkortelserne refererer til tabelnavne i Danmarks Statistiks eller Sundhedsdatastyrelsens forskerregistre. Kontoplanen kan findes hos [Indenrigsministeriet](#).

¹⁰ Vederlagsfri fysioterapi er en undtagelse, da data på individniveau findes i sygesikringsregisteret.

¹¹ Kommunale udgifter til sundhedspleje og tandpleje er heller ikke inkluderet, da det (stort set) udelukkende gives til yngre borgere.

¹² "Komplette og konsistente data" betyder at kommunerne har indberettet data i alle 12 måneder i året, samt at der ikke sker store udsving (på over 50 pct.) i antallet af indberetninger fra måned til måned.

De kommunale udgifter for 2021 er nettodriftsudgifter trukket fra statistikbankens kommunale regnskabstal (tabel REGK100¹³). Udgifterne er vist som årets priser, dvs. 2021-prisniveau.

1.2.1 Fordeling af udgifter, der ligger på samme kontering

Udgifter til nogle indsatser konteres sammen. Det gælder hjemmehjælp og rehabilitering (SEL §83+83a) og genoptræning efter hhv. sundhedsloven og serviceloven. I denne analyse adskilles udgifterne til indsatser på samme kontering ud fra aktivitetsdata (se præcis metode i tabel 2 herunder).

Tabel 2

Fordeling af kommunale udgifter – på tværs af aldersgrupper og evt. inden for samme kontering

	Kontering	Aldersfordeling
Hjemmehjælp	Konteres sammen med rehabilitering. Udskilles ud fra antal modtager måneder ¹⁴ . 90,2 pct. af konto 5.30.26 og 5.38.38	Fordeles ud fra samlet antal timers hjemmehjælp (herunder antallet af måneder om året) (uanset type) 80,0 pct. går til 67+ årige
Rehabilitering	Konteres sammen med Hjemmehjælp. Udskilles ud fra antal modtager måneder. 9,8 pct. af konto 5.30.26 og 5.38.38	Fordeles ud fra antallet af måneder med rehabilitering på hvert alderstrin. 78,5 pct. går til 67+ årige
Genoptræning (herunder vedligeholdelsestræning)	Konteres sammen med almen genoptræning efter sundhedsloven. Udskilles ud fra antal modtagere i løbet af året. I alt 28,7 pct. af konto 4.62.82	Fordeles efter antal måneder med genoptræning på hvert alderstrin. 78,5 pct. går til 67+ årige
Forebyggende hjemmebesøg	På sin egen kontering (5.30.29 (1.001))	Fordeles efter antal besøg på hvert alderstrin. 98,3 pct. går til 67+ årige
Plejhjem/plejebolig	På sin egen kontering (5.30.27)	Fordeles efter antal beboermåneder på hvert alderstrin. 93,0 pct. går til 687+ årige
Hjemmesygepleje	På sin egen kontering (5.30.28)	Fordeles efter antal besøgsdage på hvert alderstrin. 79,4 pct. går til 67+ årige
Genoptræning efter udskrivning	Almen genoptræning konteres sammen med genoptræning efter serviceloven (grp. 001). Specialiseret genoptræning konteres særskilt (grp. 002). Udskilles ud fra antal modtagere* i løbet af året. I alt 71,4 pct. af konto 4.62.82.	Fordeles efter antal genoptræningsplaner i LPR 49,7 pct. går til 67+ årige.
Vederlagsfri fysioterapi (inkl. ridefysioterapi)	På sin egen kontering (4.62.84)	Fordeles efter samlet bruttohonorar på hvert alderstrin. 46,8 pct. går til 67+ årige.

* Ved adskillelse af udgifter til genoptræning efter hhv. SEL og SUL (almen) antages det indirekte, at de to typer genoptræning koster lige meget pr. person. I aldersfordelingen af udgifterne anvendes dog mere præcise mål for intensiteten (hhv. antal genoptræningsplaner (SUL) og antal genoptræningsmåneder (SEL)).

1.2.2 Afrænsning af udgifter til ældre

Alle de kommunale udgiftsposter afrænses til de udgifter der vedrører 67+ årige. Mange af de inkluderede indsatser gives nemlig både til ældre og yngre personer. For at afrænse den del af de samlede udgifter, som kan antages at vedrøre ældre,

¹³ DRANST=driftskonti, ART= i alt (netto), Prisenhed=løbende priser.

¹⁴ Antallet af modtager måneder bruges i stedet for antallet af modtagere, da hver modtager af rehabilitering i gennemsnit kun får rehabiliteringsindsats i 3 måneder om året, mens hver modtager af hjemmehjælp i gennemsnit får hjemmehjælp i 9 måneder om året.

anvendes også aktivitetsdata. Her anvendes hvor muligt mere detaljerede oplysninger om indsatsens intensitet (fx timer i stedet for modtagere/måneder) end det var muligt ved adskillelse af udgiftsposter på samme kontering. I tabel 2 ses metoden til afgrænsning af udgifter til ældre for hver type indsats, og i tabel 3 ses hvor stor en del af det samlede beløb, der går til ældre.

Tabel 3

Udgifter på landsplan (mio. kr.), 2021

	Samlet beløb	Beløb til 67+ årige
Hjemmehjælp	13.480	10.788 (80,0 pct.)
Rehabilitering	1.465	1.149 (78,5 pct.)
Genoptræning (herunder vedligeholdelsestræning)	792	622 (78,5 pct.)
Forebyggende hjemmebesøg	180	177 (98,3 pct.)
Plejehjem/plejebolig	24.647	22.914 (93,0 pct.)
Hjemmesygepleje	6.092	4.840 (79,4 pct.)
Genoptræning efter udskrivning	1.975	982 (49,7 pct.)
Vederlagsfri fysioterapi	1.144	535 (46,8 pct.)
Almen praksis (inkl. vagtlæge) *	8.874	2.541 (28,6 pct.)
Speciallæger (inkl. tandlæger og psykologer)	5.578	1.625 (29,1 pct.)
Fysioterapi m.m.	1.862	785 (42,1 pct.)
Hospitalsophold (somatik)*	71.707	29.543 (41,2 pct.)

Note: Inklusive basishonorar til almen praksis (473 kr. pr. person). Udgør ca. 19 pct. af det samlede beløb. Udgifter til somnatisk hpspitalsvæsen er basert på DRG fra 2020, PL'et til 2021.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af kommunale regnskabstal fra stitistikbanken.dk samt registerdata fra Danmarks statistik og sundhedsdatastyrelsen.

Samlet set vedrører 84 pct. af de inkluderede kommunale udgiftsposter¹⁵ de ældre på 67 år eller derover (42,0 mia. kr ud af 49,8 mia. kr.). Til sammenligning er det kun 29 pct. af de samlede udgifter til praksissektoren (almen praksis, speciallæger, fysioterapi m.m.), som går til de ældre (4,4 mia. kr. ud af 15,1 mia. kr.). Og 41 pct. af de samlede somatiske hospitalsudgifter går til de ældre (29,5 mia. kr. ud af 71,7 mia. kr.)

1.2.3 Aldersfordeling af udgifter blandt ældre

Når udgifterne til ældre inden for hver indsats er afgrænset, fordeles de yderligere på hvert alderstrin fra 67 år og opefter. 100+ årige kategoriseres sammen af hensyn til diskretion. Her anvendes samme aktivitetsdata som til afgrænsning af udgifter til ældre. Dvs. så vidt muligt fordeles udgifterne efter indsatsens samlede *intensitet* (og ikke kun efter fordelingen af antal modtagere). Fordelingsparameteren for hver indsats fremgår af tabel 2. Fx andelen af det samlede antal hjemmehjælps*timer* til 67+ årige, der går til ældre på hvert alderstrin.

¹⁵ Kommunale udgifter til tandpleje og sundhedspleje er ikke medtaget, da disse stort set udelukkende vedrører yngre borgere. Det medvirker naturligvis til at gøre andelen af kommunale sundhedsudgifter, der går til ældre, så høj.

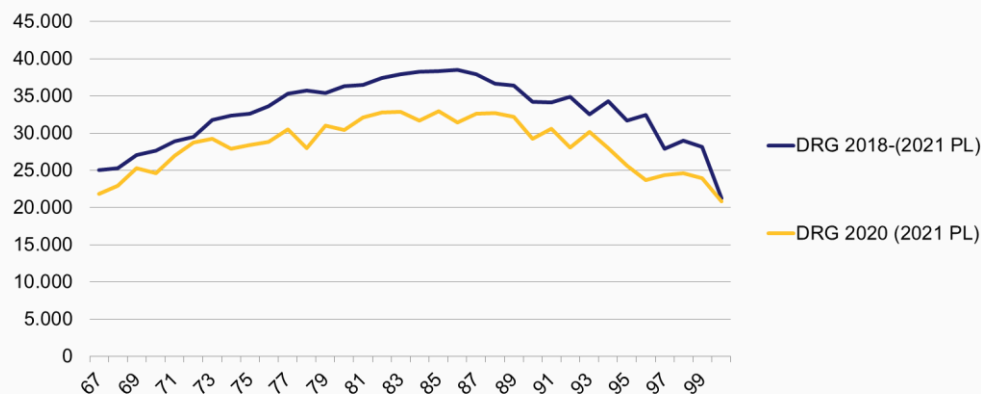
BILAG 2 – Hospitalsudgifter i 2020 sammenlignet med 2018

I 2020 skete der en nedgang i aktiviteten i hospitalssektoren. Delvist pga. nedlukning af især den planlagte aktivitet men også pga. ændret adfærd under corona-epidemien. Med udgangspunkt i 2020-data risikerer man derfor at undervurdere udgifterne til ældre i hospitalssektoren.

Af figur 11 herunder ses det, at den gennemsnitlige udgift til somatisk hospitalsaktivitet pr. borger på hvert alderstrin var lavere i 2020 end i 2018 – især fra 75 års alderen og op. Det påvirker naturligvis de samlede hospitalsudgifter til ældre i nedadgående retning.

Figur 11

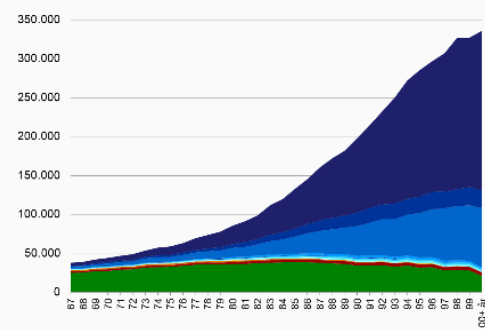
Gennemsnitlig udgift til hospitalssektoren (somatik) baseret på DRG-takster i hhv. 2018 og 2020



Hvis man i stedet tager udgangspunkt i den gennemsnitlige udgift (DRG takster) pr. borger på hvert alderstrin i 2018 (PL'et til 2021-niveau), ville de samlede hospitalsudgifter til ældre i 2021 stige fra 29,5 mia. kr. (nuværende analyse) til 33,6 mia. kr. Dvs. en stigning på 14 pct. Det er dog ikke noget, der ændrer afgørende på sammenligningen af aldersprofilen af de kommunale og regionale udgifter (se sammenligning i figurer herunder). I fremskrivningen ville de regionale udgifter stige med ca. 10,6 mia. kr. frem mod 2035 (mod de nuværende 9,4 mia. kr.).

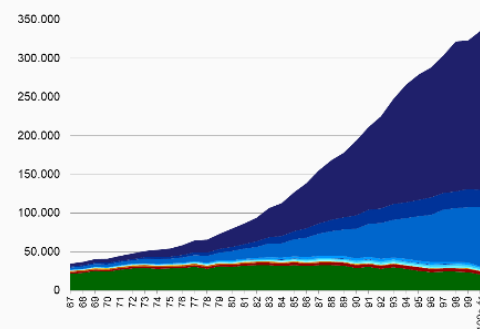
Figur 12

Udgift. pr. borger (med DRG 2018)



Figur 13

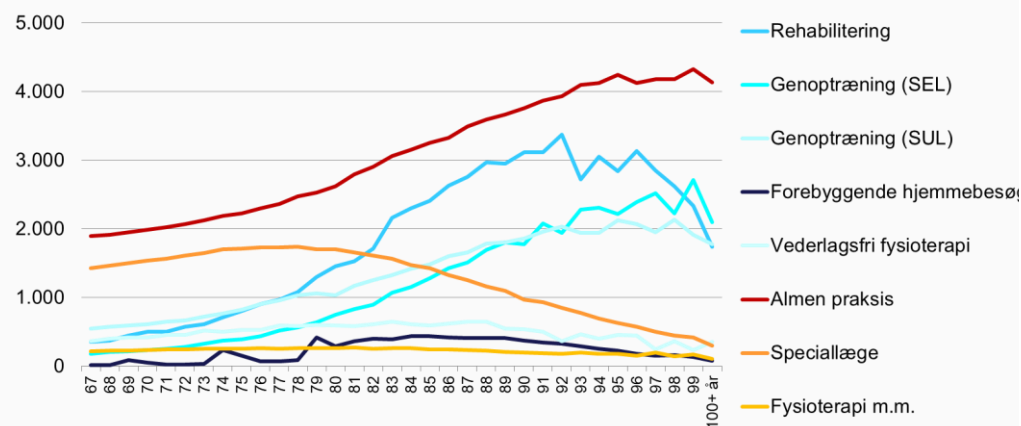
Udgift pr. borger (med DRG 2020)



BILAG 3 – Sundheds- og plejeudgifter pr. borger, aldersfordelt

Figur 14

Sundheds- og plejeudgift pr. borger i 2021 fordelt på alderstrin og type (kr.)



Note: Kommunale udgifter omfatter nettodriftsudgifter i 2021. Udgifter til praksissektoren omfatter udgifter (honorarer) i 2021. Se [bilag 1](#) for nærmere beskrivelse af datagrundlag og metode.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen (LPR3), registerdata fra Danmarks Statistiks forskerservice (herunder Sygesikringsregisteret og de kommunale omsorgsregistre) samt kommunale regnskaber.