

**Hvad betyder udviklingen i antallet af ældre og forventningerne til deres sundhedstilstand for ressourceforbrug og prioriteringer i sundhedsvæsen og plejesektor fremover?**

Indlæg til høringen: "Det aldrende samfund: Sundhed, omsorg og forebyggelse. Kan indsatsen forbedres?"

*Direktør, professor Jes Søgaard, DSI Institut for Sundhedsvæsen*

Sundhedsudgifterne (offentlige og private) vil stige fra 78,5 milliarder kroner i 1998 til 89 milliarder kroner i 2035 (1998 pris- og BNP-niveau) som følge af flere ældre (65+ årige) i Danmark. I procent af bruttonationalproduktet (BNP) svarer det til en stigning fra 6,7 procent i 1998 til 7,7 procent i 2035. Den demografisk betingede udgiftsstigning starter rigtigt i 2010, fortsætter ca. 25 år og flader så ud. Stigningstaksten i ældreomsorgsudgifter er endnu større. Det siger de officielle fremskrivninger fra for eksempel Økonomiministeriet. Hvad siger forskningen? Fremtidens ældre vil ikke nødvendigvis være mindre syge, men de vil besidde højere funktionsevne og selvhjulpethed. Fremtidens ældre vil leve længere, men bedre med deres sygdom. Ved nuværende serviceniveau i forhold til behov vil de samlede sundheds- og ældreomsorgsudgifter derfor måske ikke stige så kraftigt som de officielle fremskrivninger fortæller, og fordelingen mellem sundheds- og ældreomsorgssektorens udgiftsudvikling kan blive anderledes.

**Mange ukendte faktorer i udgiftsfremskrivninger**

Vi ved, at der bliver flere ældre mennesker i den vestlige verden fremover – absolut og i forhold til de erhvervsaktive aldersgrupper, og de ældre bliver ældre. I Danmark er den demografiske aldring dog beskeden i forhold til de fleste andre vestlige lande. Sådanne demografiske fremskrivninger af ældrebefolkningen 50-60 år frem er relativt sikre, da fremtidens ældre er født på fremskrivningstidspunktet.

Det er betydeligt mere usikkert at fremskrive sundheds- og ældreomsorgsudgiftskonsekvenserne af den sikre demografiske aldring. Den teknologiske udvikling og ældrebefolkningens forventninger og krav til sundhedsvæsenet (og dermed et politisk eller markedsorienteret efterspørgselspres) – ikke mindst samspillet herimellem i et globaliseret sundhedsvæsen – kan vi ikke med nogen sikkerhed fremskrive 20-40 år. Forskningsresultater om ældrebefolkningens funktionsevne og dermed plejebehov samt sygelighed de sidste 15-20 år kan derimod give nogle kvalitative fingerpeg om de fremtidige udgiftskonsekvenser.

### **Forbedret funktionsevne i ældrebefolkningen**

Ældres funktionsevne kan beskrives ved såkaldte (I)ADL scores, som står for (Instrumental) Activity of Daily Living, der måler den ældres evne til at klare for eksempel personlig hygiejne, af- og påklædning, dagligvarekøb, vask og rengøring af bolig og madlavning. Sammenligninger over tid de sidste 15-20 år i en række vestlige lande viser øget funktionsevne i ældrebefolkningen. Jeg har ikke danske tal, men tal fra 10 andre lande, herunder Sverige og Norge, tyder på, at andelen af 'ikke selvhjulpne' ældre falder med knap 1,5 procent om året. Et konstant service- og kvalitetsniveau i ældreomsorgen er derfor ikke ensbetydende med konstante ældreomsorgsudgifter pr. ældreborger fremover, og i Norge har man beregnet, at den forbedrede funktionsevne i ældrebefolkningen i noget omfang udgiftskompenserer for flere ældre. Ældreomsorgsudgifterne i Norge målt i procent af BNP skønnes derfor at være konstante de næste 30 år. De danske fremskrivninger af ældreomsorgsudgifter, der ikke tager højde for ældrebefolkningens forbedrede funktionsevne, skønner til sammenligning betydelige udgiftsstigninger målt i procent af BNP.

### **Sygelighed, aldring og sundhedsudgifter**

To faktorer i samspillet mellem sygelighed, aldring og sundhedsudgifter kan påvirke de demografiske betingede sundhedsudgifter fremover.

Den første faktor vedrører det forhold, at flere ældre – igen vurderet ud fra sammenligninger over tid i en række vestlige lande – vil leve med en mere eller mindre kontrolleret sygdom, f.eks. hjertesygdom, Alzheimer's sygdom, diabetes eller depression. Sundhedsvæsenet er blevet bedre til gennem tidligere diagnosticering og/eller forbedret behandling af sygdomme at reducere dødsrisikoen ved sygdom. Dette forhold er sammen med sundere levevis og forbedrede levekår baggrunden for den demografiske aldring i de vestlige landes befolkninger. Men samtidig et sundhedsudgiftsgenererende forhold; de ældre lever længere med deres sygdom, hvilket kræver kontrolbehandling med ofte høje medicinudgifter. Jeg er ikke bekendt med studier, der konkret beregner udgiftskonsekvenserne af dette forhold.

Den anden faktor vedrører selve det statistiske forhold mellem alder og sundhedsudgifter. Sundhedsudgifterne pr. indbygger stiger kraftigt fra ca. 65 års alderen frem til 85-90 års alderen. Det skyldes imidlertid ikke så meget en direkte sammenhæng mellem alder og sundhedsudgifter. Det skyldes især for sygehusudgifternes vedkommende, at dødsrisikoen stiger med alder, og at sygehusudgifterne er særligt høje i det år, et menneske dør. Den demografiske aldring, vi taler om på denne høring, skyldes både nogle store efterkrigstidsårgange, og at det enkelte menneskes levetid forlænges. Den sidstnævnte faktor betyder i højere grad en ændret tidsmæssig fordeling af sygehusudgifterne end en forøgelse af disse. To unge økonomer på Syddansk Universitet har beregnet, at hvis denne sidstnævnte faktor indregnes i fremskrivningen af de årlige sundhedsudgifter, så er den aldersbetingede udgiftsstigning fra 1998 til 2035 2,1 milliarder kroner (1998 pris og BNP-niveau) lavere (ca. 20 procent lavere), end hvis man ikke indregner den.

### **Samlet om sundheds- og ældreomsorgsudgifter**

Udgiftsfremskrivninger uden hensyntagen til ovennævnte forhold om ældrebefolkningens forbedrede funktionsevne og længere liv med en kontrolleret sygdom er statiske og dermed uinteressante. Jeg vil ikke vove at sætte tal på udgiftskonsekvenserne af den demografiske aldring, vi vil se fra om knap 10 år og 30 år frem. Men et kvalitativt gæt vil være, at ældreomsorgsudgifterne ved nuværende serviceniveau vil vokse mindre, end de officielle fremskrivninger foreskriver, hvorimod de to fremdragne faktorer for sundhedsudgifterne trækker i hver sin retning. Politisk skal man følge denne udvikling nøje, således at substitution fra primærkommunale ældreomsorgsudgifter til amtskommunale sundhedsudgifter til kontrolbehandling og medicin af stadig flere kronisk syge, men funktionsdygtigere ældre, bliver mulig. De officielle fremskrivninger forudsiger den modsatte udvikling, men det skal man ikke nødvendigvis lade sig binde af.

### **Lidt om finansiering af stigende sundheds- og ældreomsorgsudgifter**

Om fremtidens højere sundheds- og ældreomsorgsudgifter skal afholdes over skatterne, gennem øget brugerbetaling eller gennem private forsikringer er en politisk beslutning. Under alle omstændigheder skal de finansieres. Udgiftsstigningen starter om 8-10 år, og det taler for en øget opsparring allerede nu. Det kan blandt andet ske ved en udbygning af arbejdsmarkedspensionerne, som vil sikre den enkelte borger en bedre indkomst i fremtidens pensionisttilværelse og samtidig en højere opsparring, hvilket samfundsøkonomisk er at foretrække frem for lavere arbejdstid. Ved en udbygning af arbejdsmarkedspensionerne muliggøres også en fremtidig skattefinansiering af de stigende udgifter til ældrebefolkningen uden så høj skattebelastning af de erhvervsaktives indtægter, fordi skatteindtægterne vil vokse i takt med, at udbetalingerne fra arbejdsmarkedspensionerne vokser.

### *Referencer:*

S. Jacobzone et al., The Health of Older Persons in OECD Countries: Is it improving fast enough to compensate for population ageing? Labour Market and Social Policy. Occasional Papers No 37, OECD, 1999.

J. Madsen og N Serup-Hansen, Alder, død og sundhedsomkostninger. En analyse af omkostninger ved forbrug af sygehusydelse som funktion af alder, køn og afstand til død samt prediktion af de fremtidige sundhedsomkostninger. Health Economics Papers, 2000:4, Det Samfundsvidenskabelige fakultet, Syddansk Universitet, 2000.

Økonomiministeriet (Regeringen), Et bæredygtigt pensionssystem. Serien: Danmark som foregangsland. København, 2000.

G. Botten et al, Sprekere eldre, rimeligere eldreomsorg. Utgiftsbehovet i eldreomsorgen i perioden 2000-2030 under ulike forutsetninger om eldres funktionssevne. Universitetet i Oslo, Helseøkonomisk Forskningsprogram, Skriftserie 2000:6, Oslo, 2000.