

Åldersfördelningens effekter på sjukvårdskostnaderna

Det är inte en äldre befolkning utan en ökad sjukvårdskonsumtion hos de äldre som främst förklarar att deras andel av sjukvårdskostnaderna växer, visar Bengt Jönsson. Frågan är vad som orsakar äldre människors ökade sjukvårdskonsumtion. □

De äldre svarar för en stor och ökande andel av sjukvårdskostnaderna. Detta ställer stora krav på en anpassning av sjukvårdens organisation, finansiering och innehåll. Men det är felaktigt att utpeka det ökande antalet äldre som orsak till sjukvårdskostnadernas ökning. Där emot har den hälso- och sjukvårdsekonomiska forskningen visat på ett starkt samband mellan sjukvårdskostnaderna och den genomsnittliga inkomstnivån i olika länder och regioner. Sjukvårdskostnadernas utveckling synes således vara bestämd mera av ekonomiska än av demografiska faktorer. Studier av sjukvårdskostnadernas åldersfördelning ger emellertid intressant information om utvecklingen inom sjukvården och kan vara av stort värde som underlag för sjukvårdsplanering.

Syftet med denna artikel är att studera sambandet mellan ålder och sjukvårdskonsumtion i Sverige och hur detta samband förändras över tiden samt att utnyttja dessa uppgifter för att beräkna effekten av förändringar i befolkningens ålderssammansättning för sjukvårdskostnadernas utveckling. Eftersom vi saknar en patientbaserad kostnadsstatistik måste det statistiska underlaget för en sådan studie hämtas från tillgängliga konsumtionsstudier inom olika vårdområden. Den uppdelning av sjukvårdskostnaderna på olika vårdgrenar som använts framgår av *tabell 1*. En mera detaljerad uppdelning på olika vårdgrenar skulle öka precisionen i beräkningarna och kunna vara av värde i sjukvårdspla-

neringen. Tex skulle man inom den slutna vården kunna särskilja förlossningsvården och inom den öppna vården separera läkarvård och distriktsvård. Detta skulle dock inte påverka de slutsatser om sambandet mellan åldersstruktur och sjukvårdskostnader som erhålles ur de här gjorda beräkningarna.

Beräkningarna av sjukvårdskostnadernas åldersfördelning sammanfattas i *tabell 2*. Personer 65 år och äldre svarade 1976 för 43 procent av de totala sjukvårdskostnaderna.

Sjukvårdskostnadernas åldersfördelning skiljer sig kraftigt åt mellan olika vårdgrenar. Som framgår av *diagram 1* är det främst inom den slutna vården som kostnaderna är starkt koncentrerade till de äldsta åldersgrupperna. Den öppna vården är relativt jämnt fördelad över åldersgrupperna, och läkemedelskonsumtionen ligger mitt emellan.

Effekterna av förändringar i befolkningens ålderssammansättning för sjukvårdskostnaderna

Vid beräkningar av effekterna av förändringar i befolkningens ålderssammansättning måste beaktas att inte bara andelen personer i olika åldersgrupper ändras mellan två tidpunkter utan även att

Tabell 1. Fördelning av sjukvårdskostnaderna på vårdgrenar år 1976.

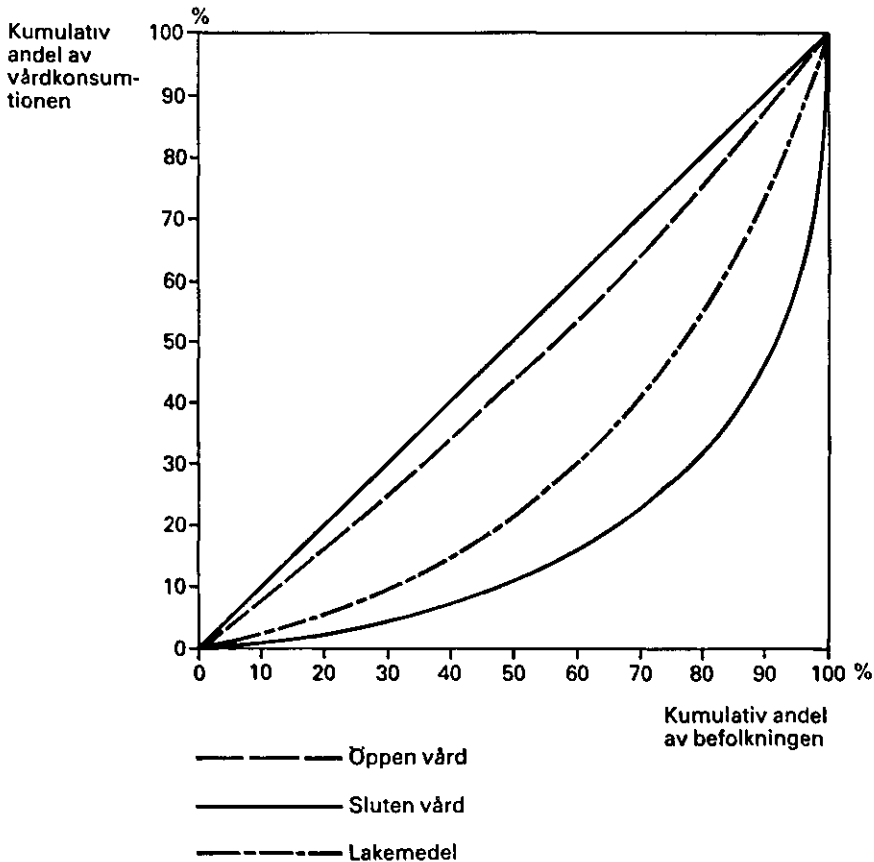
Vårdgren	Kostnadsandel %
Sluten vård	57,2
Somatisk vård	42,9
Psykiatrisk vård	14,3
Öppen vård	23,2
Tandvård	9,3
Läkemedel	8,2
Ovrigt	2,1
Summa	100

Källa: Nationalräkenskaperna. Lakarbesök vid sjukhus ingår här i den öppna vården, se Hertzman och Lindgren [1980].

Tabell 2. Sjukvårdskostnadernas fördelning efter ålder och vårdgren år 1976. Miljoner kronor.

Ålder	Somatisk vård	Psykiatrisk vård	Öppen vård	Tand- vård	Läkemedel och med. hjälpmedel	Totalt
0-14	700	0	800	400	100	2000
15-24	500	100	700	300	200	1800
25-34	600	300	800	300	300	2300
35-44	500	300	800	400	200	2200
45-54	900	400	800	400	400	2900
55-64	1500	500	800	300	500	3600
65-74	2300	800	800	200	600	4700
75-	4200	1300	500	100	400	6500
Summa	11200	3700	6000	2400	2700	26000

Diagram 1. Lorentzkurvor för fördelningen av sluten vård, öppen vård och läkemedelskonsumtion efter ålder.



konsumtionen per person kan utvecklas olika. Om så är fallet får man olika resultat beroende på vilket index som används för att beräkna ålderseffekten. Eftersom våra uppgifter om sjukvårdskostnadernas åldersfördelning är mest fullständiga för år 1976 skall vi använda detta år som utgångspunkt för beräkningarna.¹

Effekten av förskjutningen i åldersfördelningen erhålles genom att väga kostnaden per innevånare i olika åldersgrupper med andelen av befolkningen i respektive ålderskategori.

Beräkningarna visar att förändringen av befolkningens ålderssammansättning medförde en kostnadsökning på 7 procent mellan 1964 och 1976. Detta kan jämföras med den totala kostnadsökningen i fasta priser (volymökningen), som var 79,5 procent. Det är framst inom den slutna vården som den andrade åldersfördelningen påverkar kostnadsutvecklingen. Totalt faller 90 procent av ålderseffekten på den slutna vården. Befolkningsökningen mellan 1964 och 1976 var 8 procent. Den totala befolkningseffekten blir därför ca 15 procent.

Om vi gör en prognos för utvecklingen fram till år 2000, där vi förutsätter att relationen mellan kostnaden per person i olika åldrar inte andras, medför den förväntade ändringen i befolkningens ålderssammansättning en kostnadsökning på 8,9 procent eller 0,35 procent per år.² Den ökade andelen äldre utgör således ingen orsak för en snabb ökning av sjukvårdskostnaderna i framtiden.

Forändringar i sjukvårdskostnadernas åldersfördelning

Det är viktigt att skilja mellan mått som mäter ojämnheter i sjukvårdskostnadernas åldersfördelning och mått som mäter hur ändringar i åldersfördelningen påverkar sjukvårdskostnaderna. Lorentzkurvan som visas i *diagram 1* är exempel på de forra. Laspeyres' och Paasches kvantitetsindex är exempel på de senare. Det är inte möjligt att med tillgängliga data mäta förändringen av sjukvårdskostnadernas åldersfördelning över tiden. Därmed kan vi belysa förändringarna ge-

nom att se på fördelningen av vårddagarna i slutna somatisk vård.

I *diagram 2* visas effekten av andrad åldersfördelning respektive ändrat antal vårddagar per person i olika åldrar för förändringen av vårddagarnas fördelning efter ålder mellan 1964 och 1976. Förskjutningarna i konsumtionen per person i olika åldrar bidrar mera till den ändrade fördelningen än förskjutningen i andelen personer i olika åldersklasser. Antalet vårddagar per innevånare har minskat i alla åldersgrupper utom den äldsta mellan 1964 och 1976.

Varför ökar de äldres sjukvårdskonsumtion?

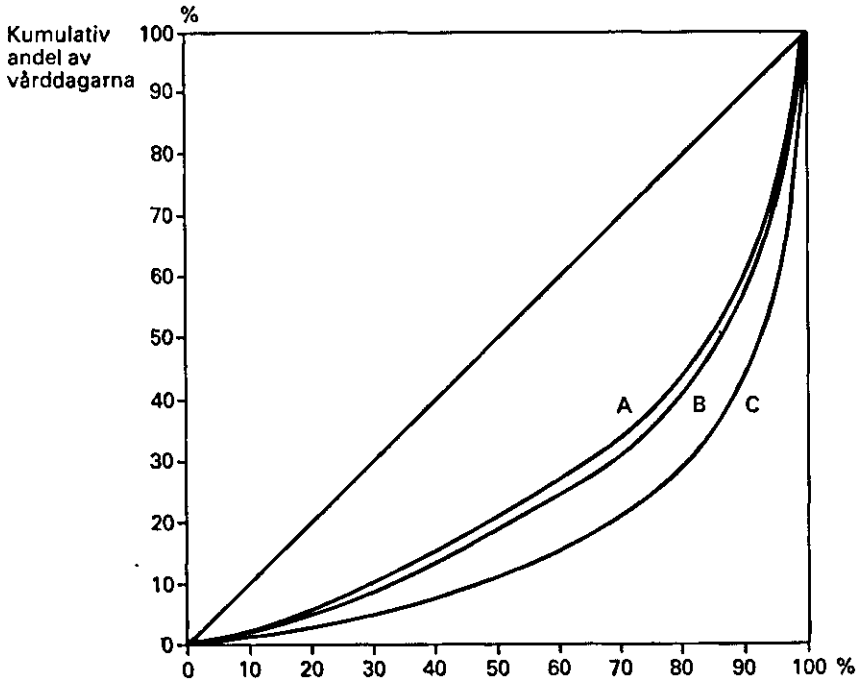
Hur skall man mot denna bakgrund kunna förklara den vanliga uppfattningen att det ökade antalet äldre är en starkt bidragande orsak till sjukvårdskostnadernas ökning? I skriften *Hälsopolitiken och de äldre* [1975] framhålls tex att det ökade antalet äldre betyder behov av stora resurstillskott enbart för att bibehålla dagens standard. Man kan först peka på några faktorer som kan ha bidragit till att ge en överdriven bild av åldersfördelningens betydelse:

- Det är vanligt att presentera siffror på ökningen av antalet äldre, speciellt i de allra högsta åldersgrupperna, utan att samtidigt påpeka att de utgör en liten del av den totala befolkningen.
- Tillgänglig statistik belyser främst förhållandena inom den slutna vården, som är mest ojämnt fördelad. Sättet att beräkna vårddagarna som skillnader mellan ut- och inskrivningsdag och statistikomläggningar kan också ha bidragit till att de äldres konsumtionsandel överskattats.
- Kostnaden per vårddag är inte densamma i alla åldersgrupper, och tillgänglig statistik tyder på att den

¹ Med andra ord används Paasches kvantitetsindex för perioden 1964-76.

² Vi använder således Laspeyres' kvantitetsindex för perioden 1976-2000.

Diagram 2. Effekten av ändrad åldersfördelning respektive ändrat antal vård dagar per person i olika åldrar för förändringen av vård dagarnas fördelning efter ålder under perioden 1964 till 1976. Sluten somatisk vård.



faller med stigande ålder. Detta glöms ofta bort, och man sätter likhetstecken mellan antalet vård dagar per person och kostnaden per person.

- Det sker en sammanblandning mellan ökningen av de äldres andel av vårdkostnaderna och den ändrade åldersfördelningens bidrag till kostnadsökningen. Endast en mindre del av de äldres ökade andel av sjukvårdskostnaderna förklaras av förändringar i ålderssammansättningen. Förändringar i konsumtionen per person har en mycket större betydelse än förändringen i antalet personer i de olika åldersgrupperna.

En rationell förklaring till ett ökat intresse för åldersfördelningens kostnadskonsekvenser skulle vara en förväntad lägre tillväxttakt i sjukvårdskostnaderna i framtiden. Den relativa betydelsen av ålderseffekten blir större vid en tillväxt-

takt på 2,5 procent i sjukvårdskostnaderna än vid en tillväxt på 4,5 procent eller 7,5 procent per år som var fallet på 1970- respektive 1960-talet. Men även vid den lägre tillväxttakten är ålderseffekten av marginell betydelse.

Betydligt intressantare är ökningen av de äldres andel av sjukvårdskostnaderna. För att förstå orsakerna till detta är det viktigt att se sjukvårdskonsumtionen i ett livscykelperspektiv och inte ställa olika åldersgrupper mot varandra. Att studera orsakerna till de kraftiga förändringarna av sjukvårdskonsumtionens åldersfördelning måste vara en viktig uppgift för hälso- och sjukvårdsforskningen. En mängd frågor kräver svar. Vilken effekt har olika insatser för att effektivisera akutvården haft för reduktionen av antalet vård dagar per person i de yngre åldersgrupperna? Vilken roll har framsteg inom den medicinska forskningen spelat i denna process? Hur återverkar effektivare behandlingar i yngre

åldrar på sjukvårdsbehovet senare i livet? I vilken utsträckning är den ökade vårdkonsumtionen i den äldsta åldersgruppen en effekt av omfördelning av vårduppgifter från familjen till sjukvårdsinstitutioner? Har hälsotillståndet i den äldsta åldersgruppen förbättrats eller försämrats över tiden? Svaren på dessa frågor kan hjälpa oss att bedöma vilka förändringar av sjukvårdens organisation, finansiering och innehåll som är möjliga och önskvärda att genomföra.

*Bengt Jonsson**

Referenser

- Hertzman, P. och Lindgren, B., [1980], *Sjukdomarnas samhällsekonomiska kostnader 1964-75*, Meddelande 1980: 2, IHE, Lund
- Jönsson, B., [1980], *Den andrade åldersfordelningens effekter på sjukvårdskostnadernas utveckling*, Meddelande 1980: 3, IHE, Lund
- Landstingsförbundet, [1975], *Hälsopolitiken och de äldre, Framtida vård under debatt*, Debattschrift utgiven inför 1975 års kongress i Umeå.

* Fil dr Bengt Jonsson bedriver hälso- och sjukvårdsekonomisk forskning vid Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi i Lund.