



Demografi- regulering

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Københavns Kommune har en politisk besluttet demografimodel, som betyder, at budgetterne på børne-, ældre- og handicapområdet hvert år tilpasses som følge af befolkningsudviklingen. Formålet med at regulere for demografi er at fastholde det politisk fastsatte serviceniveau ved befolkningsændringer i de relevante målgrupper.

Demografimodellen er en mekanisme, der automatisk regulerer og tildeler midler på baggrund af ændringer i antallet af borgere i målgruppen for de demografiregulerede ydelser.

For SUF betyder det lidt forenklet, at forvaltningen:

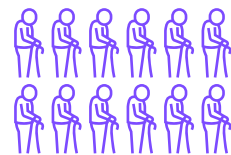
- får flere midler, hvis der kommer flere ældre, og fratrækkes midler, hvis der kommer færre
- på grund af det, der kaldes *sund aldringseffekt*, får færre midler, når ældres forventede restlevetid stiger.

Formålet med reguleringen er at sikre, at der hverken afsættes for mange eller for få midler til at fastholde det politisk fastsatte serviceniveau, når demografien ændrer sig.

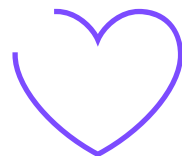
Disse 3 påvirker demografien

Konsekvensen af demografireguleringen af budget 2021 er, at SUF får tilført 78,1 mio. kr. I SUF er der særligt tre faktorer, der i disse år skubber til den demografiske udvikling:

Stor generation af ældre



Københavnerne lever længere



De ældre bliver boende i byen



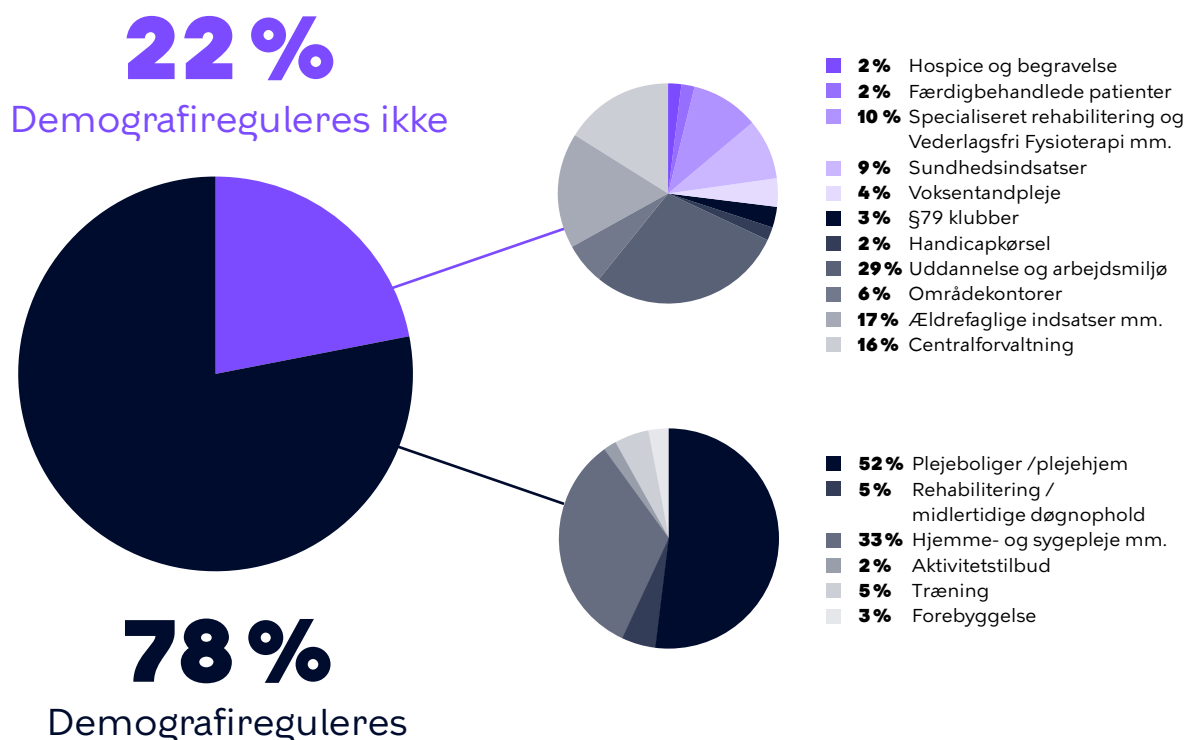
Flere ældre - som kan mere selv

SUF kan ikke selv påvirke antallet af ældre. I en række år faldt antallet af +65-årige i København. Denne udvikling er imidlertid vendt de seneste år. Det betyder, at SUF i disse år får flere midler via demografi-reguleringen, fordi antallet af ældre generelt er stigende i København.

Omvendt får SUF færre midler, fordi ældre generelt antages at være sundere og har flere gode leveår, og derfor ikke koster ekstra for kommunen. Denne effekt kaldes *sund aldring* og betyder, at SUF får færre midler end, hvis reguleringen alene tog udgangspunkt i det stigende antal ældre.

Hvilke ydelser i SUF demografireguleres?

Det er langt fra hele SUF's budget, som er underlagt demografiregulering. Udgifterne til pleje og omsorg bliver reguleret 100 %, mens fx udvalgte sundhedsindsatser, uddannelsesområdet og administration i centralforvaltningen og lokalområderne er undtaget demografireguleringen. Driftsenhedernes faste omkostninger til ejendomsudgifter og administration bliver heller ikke demografireguleret 100 %.



I budget 2020 udgør de demografiregulerede områder i alt 3.610,6 mio. kr., hvilket svarer til 78 % af SUF's samlede serviceramme på 4.601,9 mio. kr. Det betyder, at 991,3 mio. kr., hvilket svarer til 22 %, som ikke bliver demografireguleret.

Demografireguleringen i praksis

Overordnet kan demografiregulering i Københavns Kommune opgøres i to dele. Først beregnes konsekvensen af befolkningsudviklingen ved et uændret serviceniveau. Dernæst korrigeres for *sund aldring*.

1 Beregning af konsekvensen af befolkningsudviklingen

Man beregner konsekvensen af befolkningsudviklingen ved, at

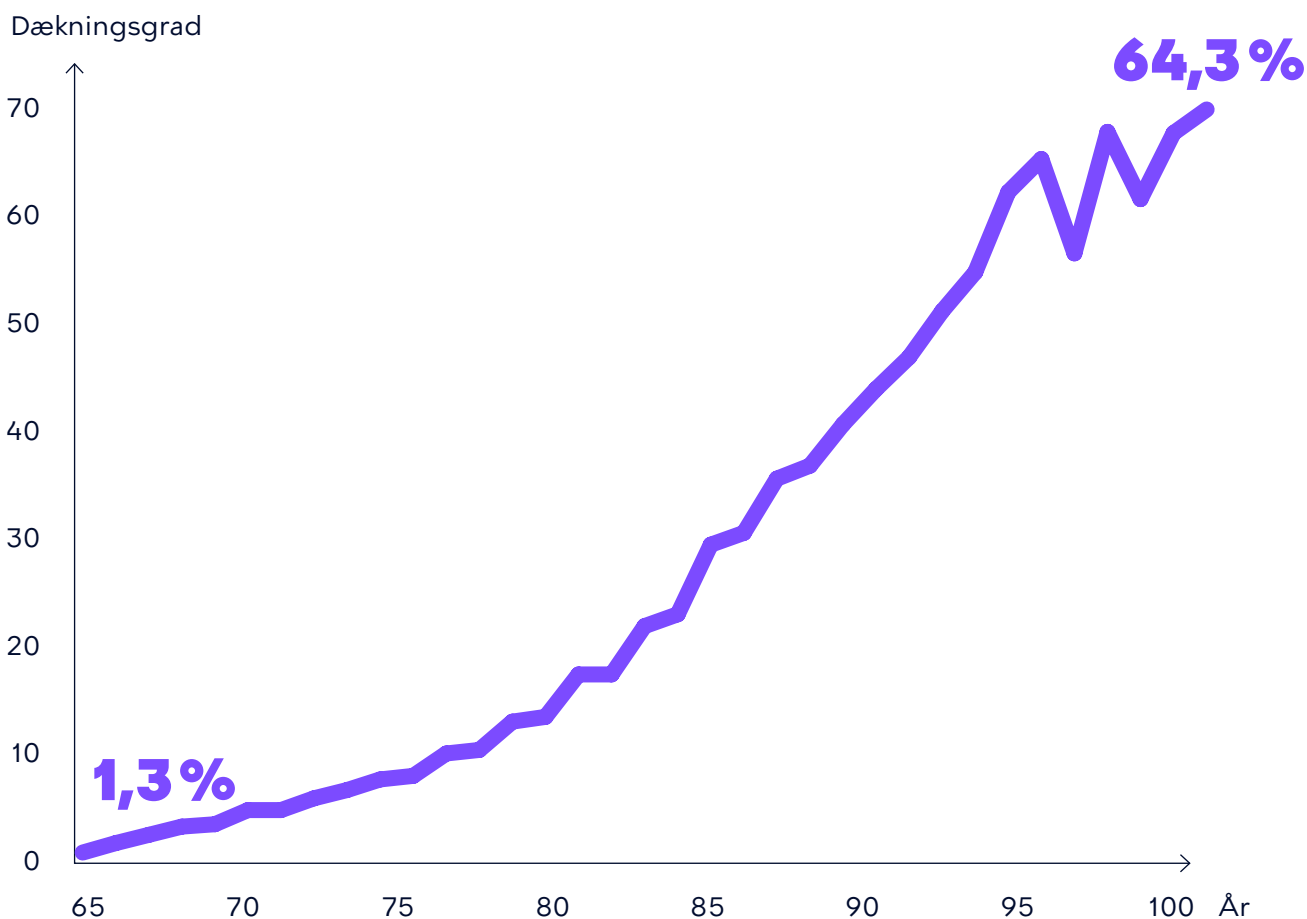
- A** ændringen i målgruppen ganges med
- B** en enhedspris,
- C** en kompensationsgrad og
- D** en dækningsgrad.

A Ændringen i målgruppen beregnes ud fra kommunens egen befolkningsfremskrivning, som udarbejdes af Økonomiforvaltningen. I SUF er det relevante, om antallet af ældre er stigende eller faldende, og om der fx er en stigning eller et fald af de *yngre-ældre* (fx 65 - 70) - eller de *ældre-ældre* (fx +80).

B Enhedsprisen svarer til prisen på den enkelte demografiregulerede ydelse. Det kan være omkostningerne ved at have en borger på plejehjem eller en borger, der får hjemmepleje. Enhedspriserne for de enkelte ydelser bliver beregnet med udgangspunkt i det senest vedtagne budget.

C Kompensationsgraden er den andel af enhedsprisen, der medregnes i demografireguleringen. For nogle ydelser er kompensationsgraden lavere end 100 %, fordi en ekstra ydelsesmodtager ikke medfører en merudgift, der svarer til den gennemsnitlige enhedspris. Eksempelvis er den fulde enhedspris for en almindelig plejehjemsplads 482.020 kr., mens den demografiafhængige pris (marginalprisen) alene er 421.440 kr., hvilket svarer til en kompensationsgrad på 87,4 %. Differencen mellem marginalprisen og enhedsprisen skyldes, at fx administration, forstanderløn og ejendomsudgifter ikke bliver demografikorrigeret 100 %.

D Dækningsgraden er et udtryk for den del af målgruppen, som forventes at modtage en pågældende ydelse. Dækningsgraden vil for de fleste ydelser være lavere for de *yngre-ældre* end for de *ældre-ældre* - se graf side 4. Det skyldes, at de yngre-ældre som oftest har brug for lidt eller ingen hjælp fra kommunen, hvor de ældre-ældre generelt har brug for mere pleje, jo ældre de bliver. Dækningsgraden opdateres årligt på baggrund af de nyeste politiske beslutninger og forvaltningernes data om aktivitetsniveau.



Grafen viser sammenhængen mellem dækningsgrad og alder for demografi i forhold til personlig pleje: Dækningsgraden for 65-årige er 1,3 % og stiger til 64,3 % for 99+ årige. Med andre ord modtager 1,3 % af de 65-årige personlig pleje, mens 64,3 % af de 99+ årige borgere i København får personlig pleje.

Regneeksempel

9 færre 99+årige

Antal 99+årige forventes at falde fra 146 i 2020 til 137 i 2021. Det er en reduktion på 9 borgere. Dækningsgraden for de 99+årige i forhold til almindelige plejehjemspladser er 57,59 %. Dette medfører, at der skal lukkes plejehjemspladser. Med udgangspunkt i en marginalpris på 421.440 kr. for én plejehjemsplads, medfører dette en budgetreduktion på 2.184.539 kr.

$9 \text{ borgere} \times 57,59 \% (\text{dækningsgrad}) = 5,18 \text{ plejehjemspladser}$

$5,18 \text{ plejehjemspladser} \times 421.440 \text{ kr.} = \mathbf{2.184.539 \text{ kr. i budgetreduktion}}$

Dette eksempel tager udgangspunkt i en tilfældigt udvalgt årgang. I praksis beregner demografimodellen de samlede udgifter i SUF ved at lægge de økonomiske konsekvenser af udviklingen af antallet for samtlige årgange og samtlige ydelser sammen.

2 Sund aldring

Sund aldring er et supplement til demografimodellen og gælder alene for borgere, der modtager færre end 12 timers ugentlig hjemmepleje. Det vil sige borgere, som har brug for lidt til moderat støtte og hjælp i hverdagen. Grundprincippet er, at SUF fratrækkes midler, når ældres forventede restlevetid stiger. Det betyder, at SUF samlet set modtager færre midler for denne gruppe ældre, end det ville være tilfældet, hvis der alene blev korrigeret for demografi.

Sund aldring bygger på en forventning om, at ældre borgeres længere levetid medfører flere sunde leveår, hvor de enten slet ikke eller kun i ringe grad har brug for hjælp og pleje fra kommunen. Sund aldring betyder dermed, at en længere levetid ikke nødvendigvis giver et tilsvarende øget plejebehov. Sund aldringseffekten er dog alene dokumenteret i sundhedsvæsenet, men har endnu ikke kunnet dokumenteres på ældreområdet. Alt i alt indregnes der en sund aldringseffekt for ca. 22 % af de samlede demografiydelse, hvilket svarer til de ældre, som modtager færre end 12 timeres hjemmepleje. Sund aldringseffekten indregnes ikke på plejeboligområdet og for borgere,

der får mere end 12 timers hjemmepleje.

Diagrammet *Fremtidig sund aldringseffekt* viser ældres behov for sundheds- og omsorgsydelser ved øget levealder. Den øverste søjle viser det hidtidige behov, mens de to nederste søjler viser de kommende behov på henholdsvis plejehjem og i hjemmeplejen efter konsekvensen af sund aldring.

Pointen med modellen er, at de ældres behov for pleje udskydes, men længden af den periode, hvor de efterfølgende får brug for hjælp (den blålige søjle) kan være enten kortere eller længere, end den er nu.

Sund aldring beregnes på baggrund af udviklingen i den forventede restlevetid på grundlag af kommunens befolkningsprognose. Restlevetid for hver årgang opgøres i ét-årsintervaller. Det vil sige, at hvis restlevetiden det næste år fx stiger med et år for en 70-årig, vil udgiftsbehovet svare til, hvad en 69-årig har i dag.

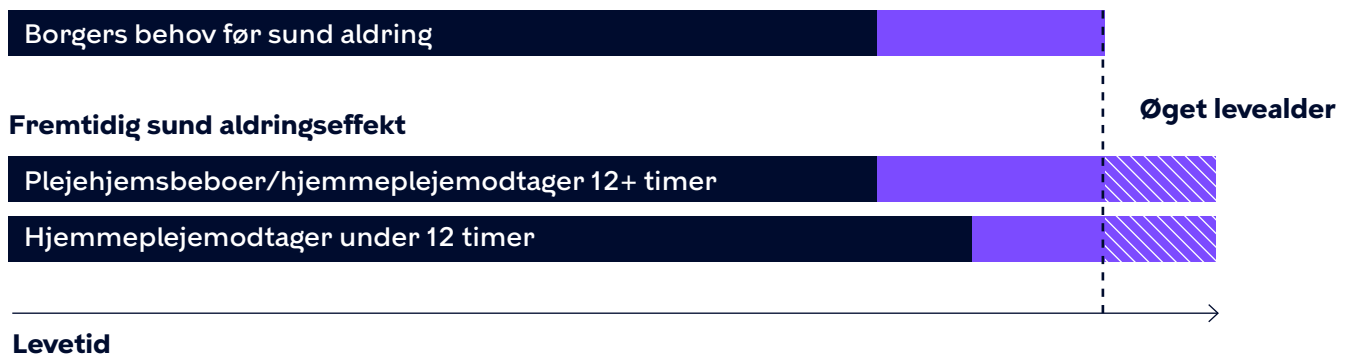
Konsekvensen af sund aldring i SUF's budget i 2021 er en reduktion på

-5,1 mio. kr.

Fremtidig sund aldringseffekt

■ Selvhjulpen ■ Nedsat funktionsevne

Hidtidigt behov



Er demografimodellen dækkende?

Demografireguleringen bygger på en antagelse om, at den enkelte ældres behov for pleje ikke ændrer sig over tid. Det vil sige en konservativ antagelse om, at behovet til næste år er det samme som i år. Herudover indregnes effekten af sund aldring, som bygger på et teoretisk skøn om, at øget levetid medfører reduceret plejebestand, uden der er empirisk belæg for dette.

Modellen tager på den måde udgangspunkt i sidste års behov og kompenserer altså ikke for nyopståede behov eller opgaver. Der kan imidlertid være stor forskel på, hvilke udfordringer en fx 80-årig borger har i dag og de udfordringer, en 80-årig havde for fem år siden – eller, for den sags skyld, de udfordringer, en 80-årig fem år ud i fremtiden vil opleve. Det kan demografimodellen ikke opfatte. Sådanne nye opgaver – eller nye behov – vil skulle finansieres af andre kilder, fx via midler fra staten eller via budgetforhandlingerne. Først herefter vil de fremadrettet indgå i demografimodellen og blive justeret op eller ned i forhold til den aktuelle udvikling i demografien.

Derudover tager demografimodellen ikke højde for en række fremtidige udfordringer, som stiller større krav og medfører øget pres på den kommunale ældrepleje:

- Stigende antal ældre med kronisk sygdom
- Stigende antal ældre med demens
- Opgaveglidning fra region til kommune: Kortere indlæggelser på hospitalerne/ flere ambulante behandlinger/flere komplekse borgere, der skal behandles i eget hjem
- Stigende ulighed i sundhed og behov for ældrepleje
- De kommende ældres forventninger til livet som ældre
- Rekrutteringsudfordringer.

Eksempler på udfordringer i SUF, der ikke er håndteret af demografimodellen

Andelen af **kronisk syge** mellem 55 og 64 år er ca. 67 %, ca. 74 % for de 65-79-årige og ca. 82 % for kronikere, der er 80+ år. Dette medfører, at antallet af kronisk syge vil stige markant i takt med, at antallet af ældre stiger, og deres levetid øges.

Andelen af **borgere med demens** er ligeledes stigende med alderen, idet der sker en fordobling i antallet hvert femte leveår fra ca. 10 % for 80-årige til mere end 30 % for 90+årige (mænd) og fra ca. 15 % for 80-årige til ca. 48 % for 90+årige, når det gælder kvinder. Stigningen i antallet af ældre og deres restlevetid vil på den måde medføre en stigning i antallet af borgere med demens og længden af perioden, hvor de har behov for pleje.

Det er vigtigt, at demografimodellen løbende justeres i takt med, at der tilføres ny viden, eller at forudsætninger på anden vis ændrer sig. På samme måde som der i SUF korrigeres for sund aldring, har der fx til og med budget 2019 været indregnet en socioøkonomisk faktor i demografireguleringen på Socialforvaltningens budget, som betød, at SUF, ligesom SUF, fik færre midler end den demografiske udvikling tilsagde. På baggrund af en analyse af SUF's udgifter besluttede Økonomiudvalget imidlertid i foråret 2019, at denne regulering udgår fra budget 2020.

Det er derfor i dag alene BUF og SUF, der bliver korrigeret negativt. BUF's negative korrektion gælder indtil videre i en 4-årig periode fra budget 2018 og frem. SUF's negative korrektion – sund aldring – er permanent.