

ULIGHEDEN I DANSKERNES LEVEALDER FALDER

Det er velkendt, at danskernes middellevealder er støt stigende. Beregningerne i dette notat viser, at forskellene i folks levealder samtidig indsnævres. Vi har med andre ord udsigt til mere ensartet livslængde. Forskellene i levetid falder både for mænd og kvinder og for begge køn under ét. Kvinder lever dog gennemsnitligt stadig længere og har mindre ulighed i levealder end mænd.

Resultatet peger ikke på, at der generelt er voksende ulighed i sundhed, som ellers ofte antaget. Set under ét falder befolkningens ulighed i sundhed målt ved livslængde. Sundhedspolitikken bør derfor ikke tilrettelægges ud fra en forudsætning om voksende ulighed og med en forskelsbehandling, som også er retssikkerhedsmæssigt problematisk. Tilsvarende bør differentiering af pensionsalderen afvises, og den planlagte levealderindeksering tværtimod påbegyndes for alle allerede i 2025 i stedet for 2030. Det vil løse størstedelen af det såkaldte aldringsproblem for det offentlige underskud.

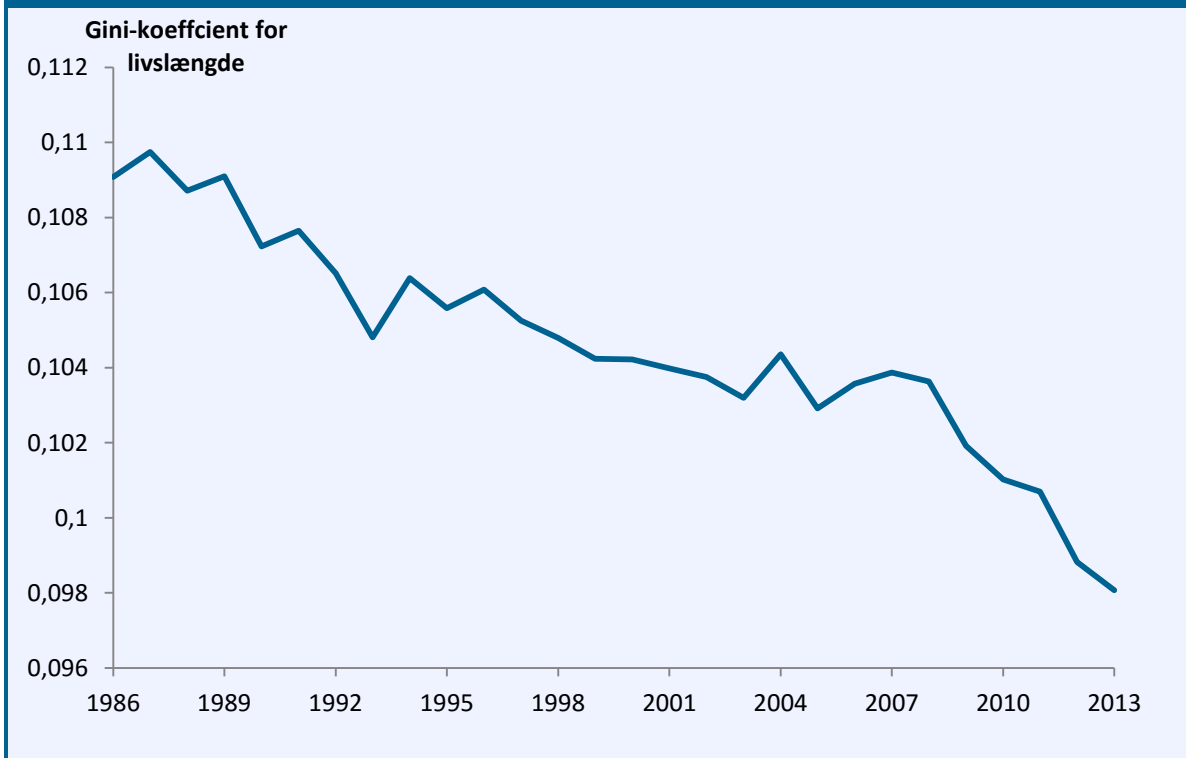
Den samlede ulighed i levealder er målt ved den såkaldte Gini-koefficient. Det er samme målestok som ofte anvendes til at måle spredning i indkomster.

Gini-koefficienten bruges typisk til at måle, hvor store forskelle der er på de indkomster, folk har tjent i løbet af et år. Gini-koefficienten kan imidlertid også vise spredningen i levealder ved at se på, hvor gamle folk bliver.

Levetidslængden er interessant i sig selv. Den er samtidig også en indikator for sundhedstilstanden. Folk med dårligt helbred lever ofte kortere. Levetiden kan derfor være mindst lige så vigtig en indikator for velstand og levevilkår som indkomst.

Levetiden har i øvrigt også betydning ved vurderingen af uligheden i indkomster. Det afgørende for levestandarden er ikke indkomsten i et enkelt år, men over hele livet. Den voldsomme stigning i levestandarden det sidste par hundrede år kommer ikke alene til udtryk ved større årsindkomster, men også ved at folk lever dobbelt så længe: Vi får "to liv" i forhold til før den industrielle revolution.

Figur 1. Gini-koefficient for livslængde, 1986-2013



Kilde: Egne beregninger på registerdata.

Gini-koefficienten for levealder

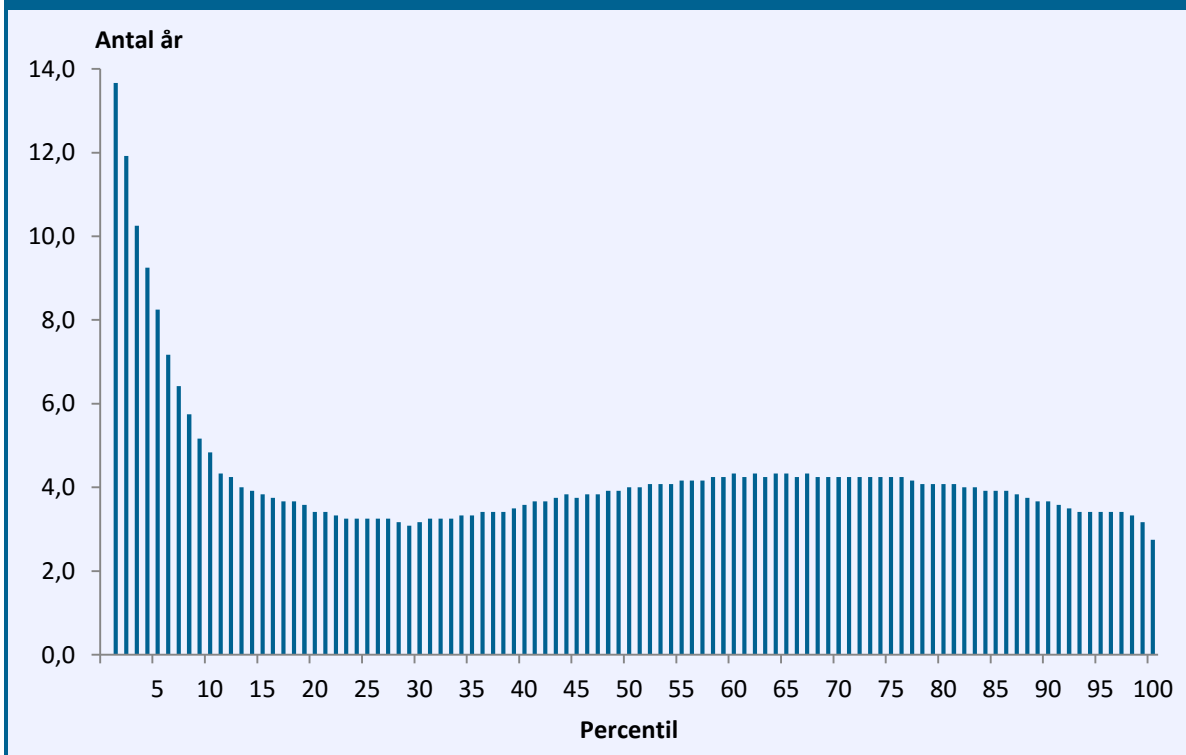
Af figur 1 fremgår Gini-koefficienten for levealder for de afdøde hvert år siden 1986. Den er faldet fra knap 11 pct. til under 10 pct. eller med omtrent en tiendedel. Uligheden i levealder er dermed lavere end Gini-koefficienten for de årlige disponible indkomster, der ifølge Danmarks Statistiks opgørelse er ca. 27 pct. Den er også mindre end uligheden i indkomsterne over et helt liv, den såkaldte livsindkomst, der er halvt så stor som Gini-koefficienten for årsindkomsten.

Faldet i Gini-koefficienten for levealder afspejler flere forhold. For det første er spædbørnsdødeligheden mere end halveret (fra 8 dødsfald per 1000 levendefødte i 1986 til 3 dødsfald i 2013¹). For det andet er dødeligheden faldet mest for de yngre i det hele taget. Som det ses af figur 2, får de yngste tre procent af de afdøde nu mere end 10 år længere at leve i, end de tre procent yngste havde i 1986. For de næste syv procent yngste falder den ekstra levetid til knap 5 år. For resten ligger den på 3-4 år².

¹ <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?page=5>

² Levetsforøgelsen for den ældst afdøde var dog kun 2,8 år.

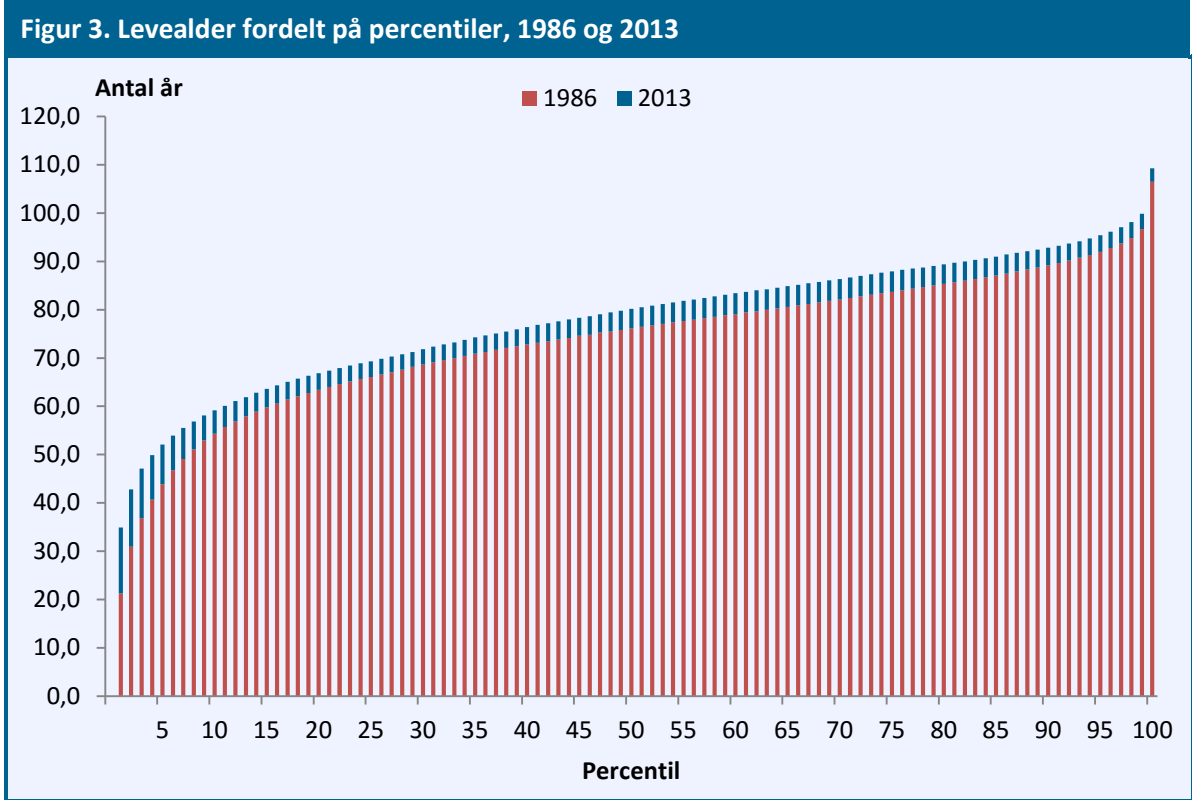
Figur 2. Ændring i levealder fordelt på percentiler, 1986-2013



Kilde: Egne beregninger på registerdata.

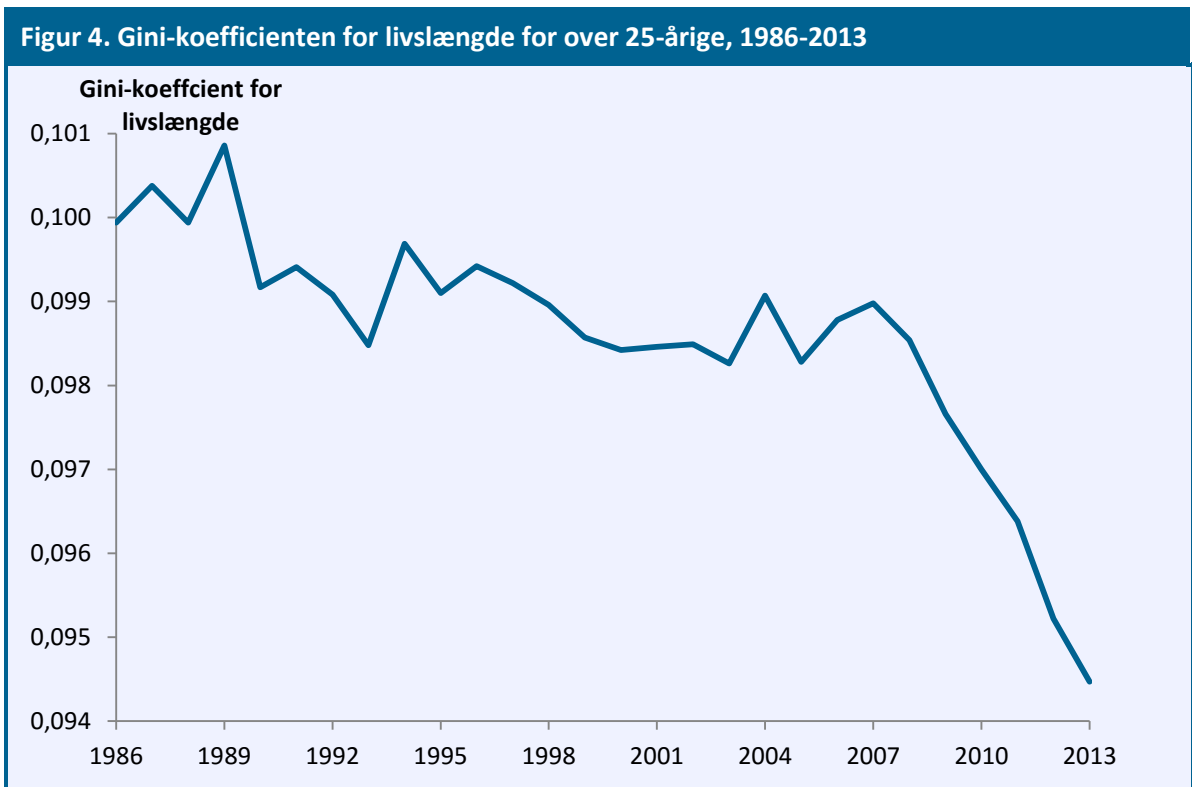
Stiller man de afdøde op efter alder, var personen 1 procent henne i fordeling 34,9 år ved sin død i 2013, mens den afdøde i samme position i 1986 kun var 21,3 år gammel. Det er en forskel på 13,6 år. Personen præcis midt i fordelingen levede 80,2 år i 2013, mens levealderen for den tilsvarende person i 1986 var 76,2 år. Den ældste afdøde i 2013 var 109,3 år. Den ældste afdøde i 1986 106,5 år.

Fordelingen af levealder for de afdøde i 1986 og 2013 er vist i figur 3. De blå søjlestykker, der udgør forskellen mellem levealderne i 1986 og 2013, svarer til de ændringstal, der er afbilledet i figur 2.



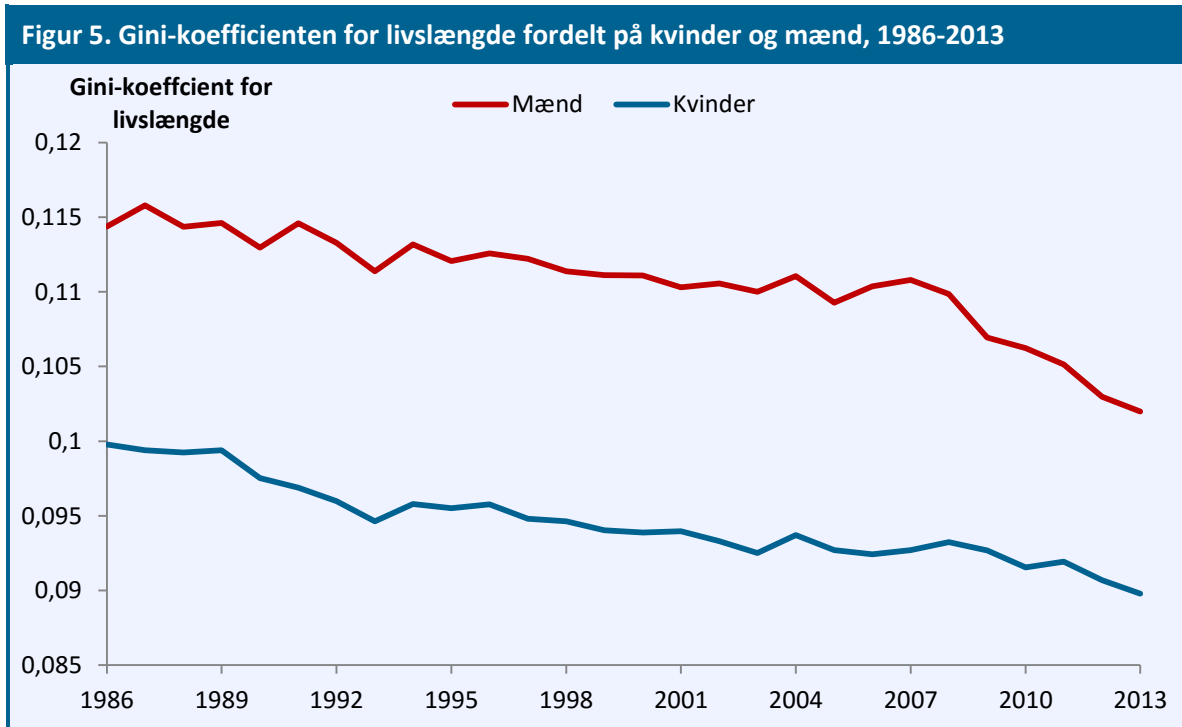
Kilde: Egne beregninger på registerdata.

Selv om især antallet af spædbørn og unge afdøde er faldet mest, er Gini-koefficienten også faldet, hvis man ser bort fra dem under 25 år, således som det fremgår af figur 4.



Kilde: Egne beregninger på registerdata.

Mænd lever fortsat kortere og har større ulighed i levealder end kvinder. For begge køn falder Gini-koefficienten dog, således som det fremgår af figur 5. I de senere år har mændene hentet lidt ind på kvinderne.



Kilde: Egne beregninger på registerdata.

Ulighed i sundhed?

Det meget klare mønster i den faldende ulighed i dødeligheden er bemærkelsesværdigt i lyset af, at Sundhedsstyrelsen har problematiseret "ulighed i sundhed" og gjort gældende, at uligheden i dødeligheden er stigende (2010,7)³. Det bygger imidlertid på en meget speciel udvælgelse af data. Man ser således på den forventede restlevetid for 30-årige fordelt på uddannelsesgrupper. Der er således en tendens til, at restlevetiden vokser mindst for ufaglærte i forhold til andre grupper.

Denne metode ser imidlertid bort fra, at lavere dødelighed for de yngre giver flere muligheden for at blive 30 år. Den faldende dødelighed for de under 30-årige kan endda medføre, at billedet kommer til at se dårligere ud for de 30-årige. Det skyldes, at nogle personer med dårligt helbred, som tidligere ikke ville være fyldt 30 år, nu får muligheden for det, men ikke får så stor restlevetid som andre 30-årige.

Samtidig går sammenhængen mellem uddannelse og restlevetid begge veje. Nogle job er mere sundhedsfarlige end andre. Det kan medvirke til, at ufaglærte lever kortere end andre. Men en dårlig sundhedstilstand er også en hindring for at uddanne sig. Derfor vil der være en tendens til, at personer med dårligt helbred er overrepræsenteret blandt de kortere uddannede. I det sidste tilfælde er det altså et dårligt helbred, som både bestemmer overdødeligheden og uddannelsesvalget og giver en spuriøs (misvisende) sammenhæng mellem uddannelse og dødelighed. Endvidere kan der være en række tilfælde, hvor en helt fjerde faktor - f.eks. valg af livsstil eller misbrug - spiller en afgørende rolle for uddannelsesvalg, helbred og dødelig.

³ http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2011/SURA/Ulighed_i_sundhed/UlighedSundhedAarsagerIndsatser.pdf

Der er grund til at tro, at den spuriøse del af sammenhængen mellem kort uddannelse og dødelighed er vokset i takt med det stigende uddannelsesniveau. Antallet af ufaglærte og andre kortuddannede er således faldet i forhold til antallet af personer med de længstvarende uddannelser. Hvis de, der tidligere var blevet ufaglærte, nu bliver faglærte, er dem med bedst helbred, mens de med dårligst helbred fortsat bliver ufaglærte, vil det stigende uddannelsesniveau give et falsk billede af større sociale forskelle i dødelighed.

Valget af at sammenligne ikke-konstante og aldersmæssigt arbitrært afgrænsede uddannelsesgrupper giver således ikke nødvendigvis et retvisende billede⁴. Det kan tværtimod netop blot afspejle, at dødeligheden for de under 30-årige er faldet, og at befolkningen er blevet bedre uddannet. Den ulempe er der ikke ved at betragte uligheden i den samlede dødelighed ved et mål som f.eks. Gini-koefficienten⁵.

Begge mål lider dog under, at det er vanskeligt at opfange ændringer i sundhedstilstanden, der først slår igennem på dødeligheden på lang sigt. Det skyldes, at man måler ud fra de dødsfald, som rent faktisk indtræffer. Eksempelvis kan en reduceret nedslidning som følge af, at hårdt fysisk arbejde er blevet erstattet af teknologiske hjælpemidler, være længe om at sætte sig spor i dødeligheden. Tilsvarende kan en del dødsfald hos ufaglærte som resultat af nedslidningsskader for 30-40 år siden fortsat præge statistikken, selv om denne nedslidning ikke finder sted mere (hvilket til sin tid vil sænke dødeligheden for de ufaglærte, som er 30 år i dag). Der kan være sket fremskridt, som endnu ikke har bundfældet sig statistisk.

Omvendt kan en del fremskridt have medført, at ulykker mv., som tidligere typisk var dødelige på kort sigt, nu kan overleves, men på sigt alligevel vil føre til for tidlig død.

Konklusion

Danskerne lever ikke alene længere, men har også mere ensartet livslængde. Levetiden er især vokset for dem, der lever kortest. Målt ved Gini-koefficienten for dødeligheden for alle, tyder det ikke på, at der er voksende ulighed i sundhed, men tværtimod større lighed.

Den fulde effekt af ændringer i sundhedstilstanden i dag kan i mange tilfælde først ses på længere sigt. Der er derfor en risiko for at overstyre, hvis f.eks. sundhedspolitikken styres efter aktuel dødelighed.

Det kan dog være hensigtsmæssigt i sundhedssektorens tilbud at tage hensyn til, at folk reagerer forskelligt - f.eks. hvor tidligt de går til læge ved symptomer på sygdom. Hensynet til grundlæggende lige behandlinger af borgerne taler for, at der kun skal differentieres i måden, tilbuddene præsenteres på, mens forskelle i retsstilling strider mod dette hensyn. Det bør desuden lægges til grund, at forskelle i livsstil og andre valg uvægerligt vil medføre levealderforskelle, som ikke nødvendigvis er u hensigtsmæssige, men udtryk for individuelle prioriteringer.

⁴ Det betyder ikke, at sammenhængen mellem uddannelse, beskæftigelse og sundhedstilstand ikke er relevant, eller at beskæftigelsesvalget ikke har en indflydelse på sundheden. Det kræver imidlertid analyser uden væsentlige identifikations- og kausalitetsproblemer at afdække.

⁵ Gini-koefficienten er et sammenvejet mål for den samlede ulighed. Den udtrykker således, hvor meget en fordeling afviger fra en helt ens fordeling. De personer, hvis alder afviger mest fra gennemsnittet, har størst virkning på koefficientens størrelse. Ved at betragte uligheden i den samlede population af døde undgår den at blive påvirket af, at underkategorier som f.eks. uddannelsesstatus ikke udvælges på samme måde over tid.