



Det danske klassesamfund

Sundhed i de sociale klasser

Denne analyse er en del af baggrundsanalyserne til bogen "Det danske klassesamfund – et socialt Danmarksportræt". I denne analyse er der fokus på sundhedstilstanden i de sociale klasser. Der er stor forskel på sundhedstilstanden i de forskellige sociale klasser. En måde at belyse dette på er ved at undersøge, hvor meget personerne i de forskellige klasser går til lægen, og hvor stort et medicinforbrug de har.

af chefanalytiker **Jonas Schytz Juul**, forskningschef **Mikkel Baadsgaard**
og stud.polit **Andreas Mølgaard**

29. oktober 2012

Analysens hovedkonklusioner

- Underklassen har et markant større forbrug af medicin end de andre sociale klasser, og samtidig er det den sociale klasse, som går mest til lægen.
- Opgjort på familieniveau modtager overklassen i gennemsnit årligt 6,6 ydelser fra lægen, mens underklassen modtager 16,8 ydelser i gennemsnit. Og mens medicinforbruget i underklassen er over 5.000 kr., ligger det på 1.200-1.400 kr. for de andre socialklasser.
- En stor del af forklaringen på forskellen er dog, at førtidspensionister i underklassen trækker gennemsnittet op for denne klasse. Fraregnes førtidspensionister er medicinforbruget på knap 2.300 kr. i underklassen, og de modtager i gennemsnit godt 13 ydelser fra lægen.
- Den forventede restlevetid blandt 30-årige ufaglærte mænd er 44,9 år, mens den forventede restlevetid blandt 30-årige mandlige akademikere (LVU) er 52,2 år. Den forventede restlevetid er således 7,3 år højere for 30-årige mandlige akademikere sammenlignet med 30-årige uden uddannelse ud over grundskolen.

Kontakt

Chefanalytiker

Jonas Schytz Juul

Tlf. 33 55 77 22

Mobil 30 29 11 07

jsj@ae.dk

Kommunikationschef

Mikkel Harboe

Tlf. 33 55 77 28

Mobil 28 36 87 50

mh@ae.dk

Sundhed i de sociale klasser

Der er stor forskel på sundhedstilstanden i de forskellige sociale klasser. En måde at belyse dette på er ved at undersøge, hvor meget personerne i de sociale klasser går til lægen, og hvor stort et medicinforbrug de har. Dette giver naturligvis ikke et helt dækkende billede af, hvordan sundhedstilstanden er i forskellige klasser, da der kan være store individuelle forskelle i, hvor meget man går til lægen uanset helbred. Derudover kan der være sygdomme, som ikke kræver hyppige lægebesøg, men som er til stor gene for den sygdomsramte. Alligevel kan lægebesøg og medicinudgifter bruges som en indikator på, hvordan sundhedstilstanden er i de sociale klasser.

I denne analyse ses der på sundhedstrækket blandt de 18-59-årige. Sundhedstrækket er aldersstandardiseret inden for hver socialklasse, således at evt. forskelle i aldersfordelingen ikke påvirker resultatet. Af boks 1 fremgår klassedefinitionerne.

Boks 1. Klassesamfundet i Danmark. Definition af klasserne

Overklasse:

- Selvstændige, der tjener over tre gange så meget som den typiske indkomst (i 2012 er det 1,2 million kr.).
- Topledere, der tjener over tre gange så meget som den typiske indkomst.
- Personer med videregående uddannelse, der tjener over tre gange så meget som den typiske indkomst.
- Eksempler: Fabrikant, bankdirektør, finansanalytiker, kommunaldirektør.

Højere middelklasse:

- Selvstændige, der tjener mellem to og tre gange så meget som den typiske indkomst (i 2012 mellem 807.000 kr. og 1,2 million).
- Topledere, der tjener mellem to og tre gange så meget som den typiske indkomst.
- Personer med videregående uddannelse, der tjener mellem to og tre gange så meget som den typiske indkomst.
- Personer med akademisk uddannelse, der ikke indgår i overklassen, uanset indkomst.
- Eksempler: Skoleleder, ingeniør, gymnasielærer, læge.

Middelklasse:

- Selvstændige, der tjener under det dobbelte af den typiske indkomst (i 2012 under 807.000 kr.).
- Topledere, der tjener under det dobbelte af den typiske indkomst.
- Personer med kort eller mellemlang videregående uddannelse, der tjener under det dobbelte af den typiske indkomst.
- Eksempler: Murermester, brugsuddeler, folkeskolelærer, sygeplejerske.

Arbejderklasse:

- Personer med erhvervsfaglig uddannelse, der ikke indgår i en af de øvrige klasser.
- Ufaglærte, der ikke indgår i en af de øvrige klasser.
- Eksempler: Industritekniker, tømrer, lastbilchauffør, sosu-assistent.

Underklasse:

- Personer, der er uden for arbejdsmarkedet mere end 4/5 af året.
- Eksempler: Førtidspensionist, kontanthjælpsmodtager.

Studerende indgår ikke i klasseopdelingen. Kun personer i aldersgruppen 18-59 år er med i klasseopdelingen.

Sundhedstræk når de sociale klasser opgøres på personniveau

I tabel 1 er sundhedstrækket på de sociale klasser opgjort på personniveau. Af tabellen ses det tydeligt, at overklassen går mindst til læge og har de mindste udgifter til medicin, mens underklassen går mest til læge og har de højeste medicinudgifter. Overklassen, den højere middelklasse, middelklassen og arbejderklassen har i gennemsnit omtrent de samme udgifter til medicin, nemlig omkring 1.000-1.200 kr. årligt. For underklassen er udgifterne til medicin næsten 4 gange så store. Det ses også af tabel 1, at middelklassen og arbejderklassen går oftere til læge end overklassen og den højere middelklasse. Endelig fremgår det, at arbejderklassen bruger speciallæger mindst blandt de sociale klasser.

Tabel 1. Sundhed opdelt på sociale klasser, personniveau, 2009

	Læge	Speciallæge	Medicin
	Antal ydelser		Kroner
Overklasse	4,7	1,7	1.038,8
Højere middel	6,7	1,9	1.141,7
Middel	8,8	1,8	1.155,9
Arbejder	8,9	1,5	1.144,1
Underklasse	16,1	2,4	4.286,3

Anm: De sociale klasser er opgjort på individniveau. Sundhedstrækkene er aldersstandardiserede. Kun 18-59-årige. Studerende indgår ikke.
 Kilde: AE på baggrund af lovmodellens datagrundlag.

En stor del af forklaringen på det høje sundhedstræk blandt underklassen er, at førtidspensionister, som er i denne gruppe, har et højt træk på sundhedsydelser. I tabel 2 er førtidspensionister derfor opgjort i en kategori for sig. Fraregnes førtidspensionister, så falder underklassens medicinudgifter fra knap 4.300 kr. til godt 2.000 kr. Det er dog stadig væsentligt højere end de andre sociale klasser. Samtidig er antallet af modtagne ydelser fra læger mindre for underklassen, når førtidspensionister fraregnes, men dog stadig end del højere end for de andre socialklasser.

Tabel 2. Sundhed opdelt på sociale klasser, personniveau, 2009, ekskl. førtidspensionister

	Læge	Speciallæge	Medicin
	Antal ydelser		Kroner
Overklasse	4,7	1,7	1.038,8
Højere middel	6,7	1,9	1.140,8
Middel	8,8	1,8	1.153,4
Arbejder	8,9	1,5	1.138,2
Underklasse	13,2	2,3	2.065,9
Førtidspension	22,1	2,6	8.936,9

Anm: De sociale klasser er opgjort på individniveau. Sundhedstrækkene er aldersstandardiserede. Kun 18-59-årige. Studerende indgår ikke.
 Kilde: AE på baggrund af lovmodellens datagrundlag.

Sundhedstræk når de sociale klasser opgøres på familieniveau

Ser man på de sociale klasser opdelt på familieniveau (personen med den højeste sociale klasse afgør hele familiens sociale klasse) er forskellen i sundhedstræk mellem underklassen og de andre klasser mindre. Men tendensen er stadig helt tydelig. Mens overklassen opgjort på familieniveau i gennemsnit modtager 6,6 ydelser fra lægen, så modtager underklassen 16,8 ydelser i gennemsnit. Også medicinforbruget blandt underklassen er meget højere end for de andre socialklasser. Det er vist i tabel 3. Af tabellen er det også værd at bemærke, at overklassen bruger speciallæger mere end middelklassen og arbejderklassen.

Tabel 3. Sundhed opdelt på sociale klasse, familieniveau, 2009

	Læge	Speciallæge	Medicin
	Antal ydelser		Kroner
Overklasse	6,6	2,0	1.176,1
Højere middel	7,4	1,9	1.156,7
Middel	8,9	1,8	1.218,5
Arbejder	9,8	1,6	1.369,4
Underklasse	16,8	2,4	5.073,0

Anm: De sociale klasser er opgjort på familieniveau. Sundhedstrækkene er aldersstandardiserede. Kun 18-59-årige. Studerende indgår ikke.
 Kilde: AE på baggrund af lovmodellens datagrundlag.

En af forklaringerne på underklassens høje sundhedstræk er som nævnt ovenfor, at førtidspensionister har et højt sundhedstræk, hvilket trækker gennemsnittet for hele underklassen op. I tabel 4 er sundhedstrækkene derfor opgjort på de sociale klasser ekskl. førtidspensionister.

Selvom sundhedstrækket falder markant for underklassen, når førtidspensionister ikke medregnes, så ligger det stadig markant over sundhedstrækket for de andre sociale klasser. Målt i forhold til overklassen, så modtager underklassen dobbelt så mange ydelser fra lægen og har et dobbelt så stort medicinforbrug som overklassen.

Tabel 4. Sundhed opdelt på sociale klasse, familieniveau, 2009, ekskl. førtidspensionister

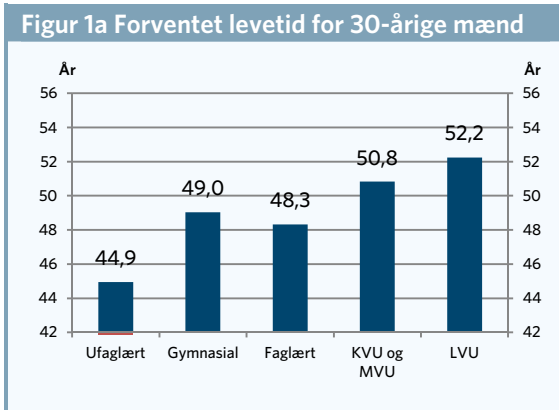
	Læge	Speciallæge	Medicin
	Antal ydelser		Kroner
Overklasse	6,5	2,0	1.149,9
Højmiddel	7,4	1,9	1.132,0
Middel	8,8	1,8	1.162,1
Arbejder	9,5	1,6	1.223,5
Underklasse	13,3	2,3	2.291,9
Førtidspension	22,1	2,6	8.936,9

Anm: De sociale klasser er opgjort på familieniveau. Sundhedstrækkene er aldersstandardiserede. Kun 18-59-årige. Studerende indgår ikke.
 Kilde: AE på baggrund af lovmodellens datagrundlag.

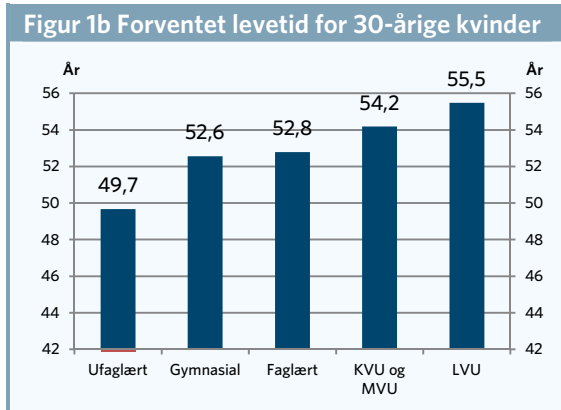
Uddannelse og forventet restlevetid

I dette afsnit er de forventede restlevetider analyseret. Dette er dog ikke gjort for de enkelte sociale klasser, men som proxy for de sociale klasser er der i stedet anvendt uddannelsesniveaet.

AE har adgang til oplysninger på individniveau, som bl.a. gør det muligt at opgøre de uddannelsesmæssige forskelle i den forventede levetid på baggrund af de nyeste oplysninger om døde i 2010 og 2011. Denne opgørelse viser generelt, at der er store uddannelsesmæssige forskelle i den forventede restlevetid. Ser man på den forventede restlevetid for 30-årige (hvor de fleste har afsluttet deres uddannelse) viser figur 2a., at den forventede restlevetid blandt 30-årige ufaglærte mænd er 44,9 år, mens den forventede restlevetid blandt 30-årige mandlige akademikere (LVU) er 52,2 år. Den forventede restlevetid er således 7,3 år højere for 30-årige mandlige akademikere sammenlignet med 30-årige uden uddannelse ud over grundskolen.



Anm.: Der er anvendt dødeligheder for 2010 og 2011 under ét. Dødeligheden op til og med 88-års alderen er opdelt på uddannelse. For ældre personer over 88 år er antaget samme aldersspecifikke dødelighed for alle uddannelsesgrupper.
Kilde: AE på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

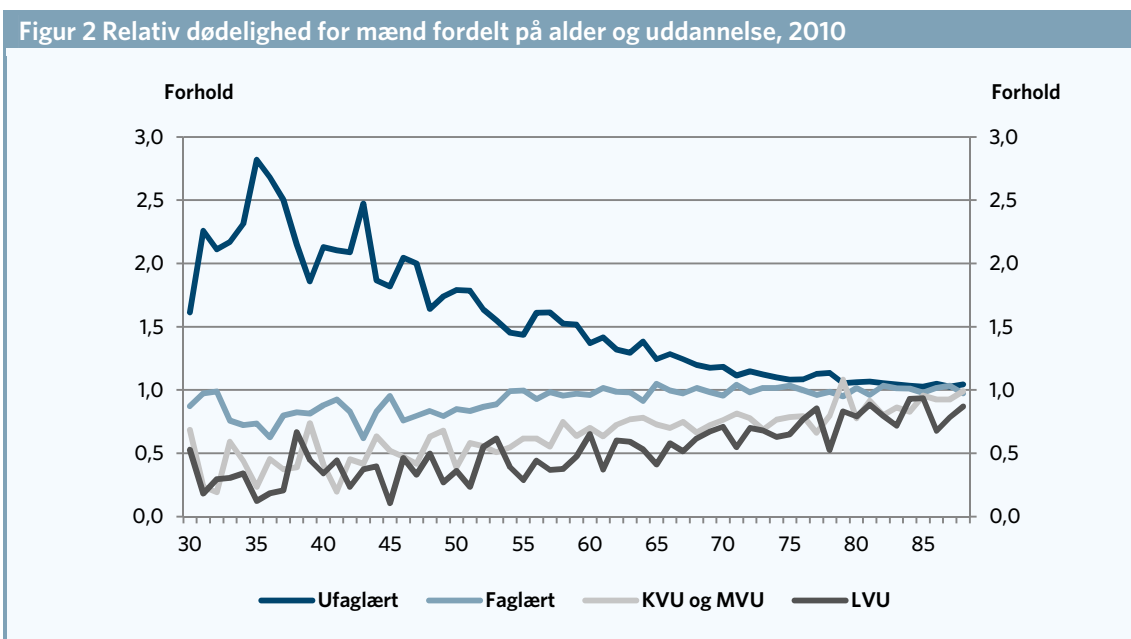


Anm.: Der er anvendt dødeligheder for 2010 og 2011 under ét. Dødeligheden op til og med 88-års alderen er opdelt på uddannelse. For ældre personer over 88 år er antaget samme aldersspecifikke dødelighed for alle uddannelsesgrupper.
Kilde: AE på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

For kvinder er der ligeledes en stor forskel i den forventede restlevetid mellem lavt- og højtuddannede. Ufaglærte kvinder på 30 år har således en forventet restlevetid på 49,7 år, mens kvindelige akademikere på 30 år har en forventet restlevetid på 55,5 år – dvs. en forskel på 5,8 år mellem lavt- og højtuddannede.

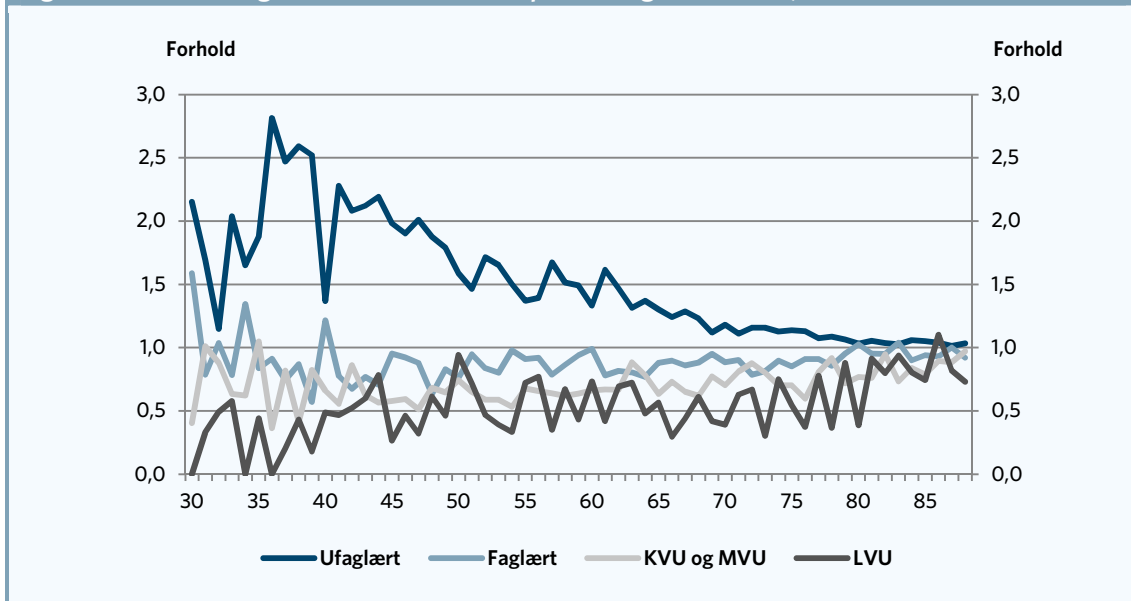
Samtidig viser figurerne, at den kønsmæssige forskel i den forventede restlevetid er størst for de ufaglærte og mindst for de højtuddannede. For ufaglærte er levetidsforskellen mellem mænd og kvinder 4,7 år, mens levetidsforskellen mellem mænd og kvinder er 3,2 år for 30-årige akademikere (LVU).

I figur 2 og 3 er den relative dødelighed for de forskellige uddannelsesgrupper for henholdsvis mænd og kvinder vist. Som det fremgår, så er der en tendens til, at de relative forskelle i dødeligheden indsnævres med alderen. Det gælder både for mænd og kvinder.



Anm.: Der er anvendt dødeligheder for 2010 og 2011 under ét. Den relative dødelighed er målt i forhold til den samlede aldersspecifikke dødelighed.
Kilde: AE på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Figur 3 Relativ dødelighed for kvinder fordelt på alder og uddannelse, 2010



Anm: Der er anvendt dødeligheder for 2010 og 2011 under ét. Den relative dødelighed er målt i forhold til den samlede aldersspecifikke dødelighed. Kilde: AE på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Stigende forskelle i forventede restlevetider

I analysen nedenfor er de enkelte aldersgrupper – for henholdsvis mænd og kvinder – opdelt i fire lige store uddannelsesgrupper på baggrund af længden af den enkeltes uddannelse. I den første gruppe indgår de 25 pct. af aldersgruppen, der i det pågældende år har de korteste uddannelser. I den anden uddannelsesgruppe indgår de "næste" 25 pct. osv. Den fjerde og sidste uddannelsesgruppe indeholder således de 25 pct. af aldersgruppen, der har de længste uddannelser.

På denne måde inddeles befolkningen (de enkelte aldersgrupper) i fire lige store uddannelsesgrupper. En fordel ved denne gruppering er, at eventuelle effekter af, at uddannelsesgruppernes størrelse ændres, derved elimineres/reduceres. Grupperingen er foretaget ud fra Danmarks Statistisk opgørelse over den normerede studietid af de enkelte uddannelser.¹

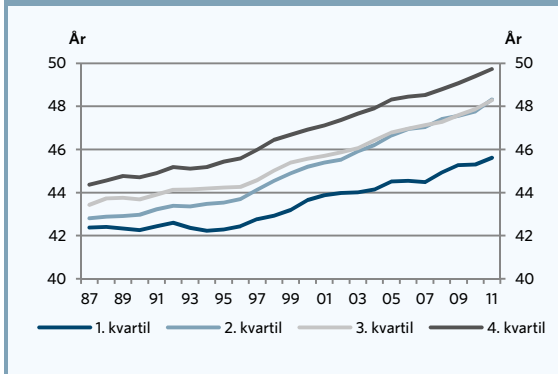
Dødeligheden, der ligger til grund for beregningen af restlevetiden, er imidlertid kun opdelt på uddannelse frem til 64-årsalderen. Det skyldes, at der for 1987 kun foreligger dækkende uddannelsesoplysninger frem til 64-årsalderen. For 2011 foreligger der uddannelsesoplysninger frem til 88-års alderen, men den uddannelsesspecifikke dødelighed fra alder 65 er ikke anvendt nedenfor af hensyn til sammenligneligheden med 1987. I hele perioden 1987-2011 er der således ikke anvendt uddannelsesspecifik dødelighed for personer over 64 år, men derimod dødelighed for mænd og kvinder uden opdeling på uddannelsesniveau. Det bidrager til at undervurdere de beregnede forskelle i levetider mellem uddannelsesgrupperne. Der ses på den forventede restlevetid blandt 30-årige, hvor de fleste har afsluttet deres uddannelse.

Med denne uddannelsesgruppering viser figur 4a., at den forventede restlevetid blandt 30-årige mænd med de (25 procent) længste uddannelser er 49,7 år i 2011, mens den forventede restlevetid blandt 30-årige mænd med de (25 procent) korteste uddannelser er 45,6 år. Der er således en forskel i den forventede restlevetid på de to uddannelsesgrupper på 4,1 år. Som det fremgår af figur 4b, er denne

¹ Konkret er anvendt variabelen PRIA, som er koblet på individoplysningerne via højeste fuldførte uddannelse (AUDD).

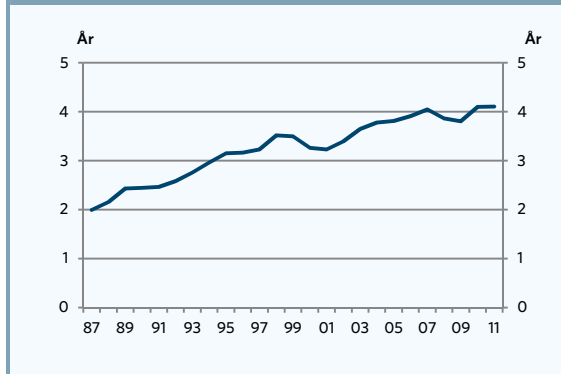
forskel omtrent fordoblet i løbet af de seneste knap 25 år – dog med en tendens til stabilisering i de senere år.

Figur 4a Forventet restlevetid for 30-årige mænd fordelt på uddannelseskvarterer



Kilde: AE på baggrund af Danmarks Statistik

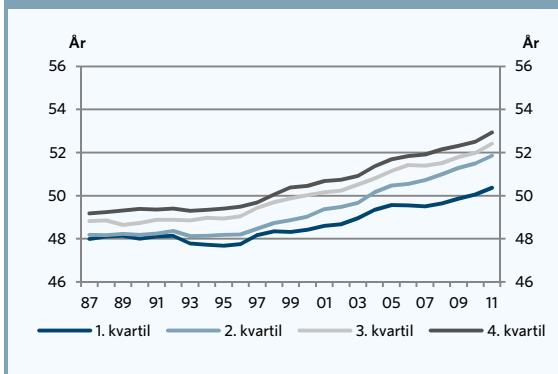
Figur 4b Forskel i forventet restlevetid for 30-årige mellem højeste og laveste uddannelseskvarter, mænd



Kilde: AE på baggrund af Danmarks Statistik

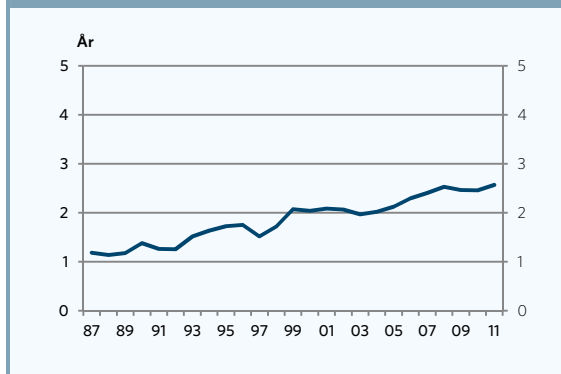
Tilsvarende viser figur 5a, at der for kvinder ligeledes er forskelle i den forventede levetid på tværs af uddannelsesgrupperne – men forskellene er ikke helt så store som for mændene. Også for kvinder er der sket en stigning i de uddannelsesmæssige forskelle i den forventede restlevetid i løbet af de seneste knap 25 år. Det fremgår af figur 5b.

Figur 5a Forventet restlevetid for 30-årige kvinder fordelt på uddannelseskvarterer



Kilde: AE på baggrund af Danmarks Statistik

Figur 5b Forskel i forventet restlevetid for 30-årige mellem højeste og laveste uddannelseskvarter, kvinder



Kilde: AE på baggrund af Danmarks Statistik