



Fokus på sundhed – den fremtidige medfinansiering og af-dækning af forbruget for perioden 2012 - 2016

1. Indledning

1.1 Baggrund og motivation

Byrådet har besluttet at sætte ekstra fokus på sundhed med det formål at forbedre borgernes sundhedstilstand og reducere udgifterne på sundhedsområdet.

Region Hovedstadens sundhedsprofilundersøgelse fra 2008, 2010 og 2013 konkluderer, at der er udfordringer i forhold til sundhedstilstanden blandt borgere i Ishøj Kommune. Undersøgelserne viser, at sundhedstilstanden blandt borgerne i Ishøj ikke er forbedret væsentlig siden 2008.

I 2007 blev den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering på sundhedsområdet (KMF) indført. Formålet med ordningen er at give kommunerne en økonomisk og faglig tilskyndelse til en effektiv forebyggelses-, trænings- og plejeindsats og herunder styrke samarbejdet på tværs af fagområder i kommunen, samt mellem regioner og kommuner. Ordningen er siden blevet justeret med virkning fra henholdsvis 2012 og 2017.

Siden KMF blev indført har Ishøj Kommune, ligesom andre kommuner, oplevet store udgiftstigninger på sundhedsområdet.

Mange forhold og indikator kan have betydning for borgernes sundhedstilstand og udgifter til sundhedsområdet, og nogle af forholdene kan kommunen enten direkte eller indirekte påvirke og andre ikke.

Formålet med dette notat er at give en første afdækning af de kommunale medfinansieringsudgifter.

Notatet har følgende struktur:

Afsnit 2 – Ændring af den kommunale medfinansiering

Rammerne for den aktivitetsbestemte medfinansiering er blevet ændret på en række vigtige parametre. I afsnittet gives der en beskrivelse af ændringerne, og hvilken betydning det fremadrettet kan have på sundhedsområdet i Ishøj Kommune.

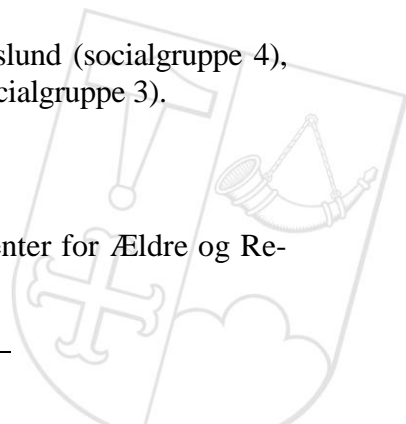
Afsnit 3 – Afdækning af udvalgte forbrugsmønstre for perioden 2012 - 2016

Afsnittet præsenterer udviklingen i forbrugsmønstret af KMF for perioden 2012 – 2016, med fokus på en række udvalgte områder. Data præsenteres på et forholdsvis overordnede niveau og for perioden fra 2012 - 2016.

På udvalgte områder benchmarkes der med følgende kommuner: Albertslund (socialgruppe 4), Brøndby (socialgruppe 4), Høje-Taastrup (socialgruppe 4) og Glostrup (socialgruppe 3).

Afsnit 4 – Opsamling

Notatet er udarbejdet af Stabscenter for Økonomi i samarbejde med Center for Ældre og Rehabilitering og Staben for Sundhed.



2. Ændring af den kommunale medfinansiering

2.1 Introduktion

Siden den aktivitetsbestemte medfinansiering blev introduceret i 2007 er ordningen blevet evalueret og efterfølgende justeret to gange. Første gang i 2011 og anden gang i 2016 – begge gange har formålet været at styrke kommunernes incitament til at yde en effektiv pleje- og forebyggelsesindsats.

I perioden 2007 - 2011 bestod den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering af to dele:

- Et grundbidrag pr. indbygger.
- En aktivitetsbestemt medfinansiering.

Med virkning fra 2012 blev ovenstående finansieringsmodel ændret.

Ændringen betød bl.a. en afskaffelse af grundbidraget, mens den aktivitetsbestemte medfinansiering modsvarende blev forhøjet. Formålet med ændringen var at give kommunerne yderligere incitament til at yde en effektiv pleje- og forebyggelsesindsats. Ændringen betød, at udgifterne til sundhedsområdet fra 2011 til 2012 steg med godt 60 pct. for alle kommuner.

2.2 Hvad er den aktivitetsbestemte medfinansiering på sundhedsområdet?

Den aktivitetsbestemte medfinansiering betyder, at kommunerne har et betalingsansvar for de borgere, som kommer i kontakt med sygehusvæsenet. Betalingen til regionerne er aktivitetsbestemt, dvs. jo færre borgere, der kommer i kontakt med sygehusvæsenet jo lavere udgift til medfinansiering på sundhedsområdet og omvendt.

De overordnede sundhedsydelser, som er aktivitetsbestemte, er inddelt i følgende grupper:

- *Stationære behandlinger på somatiske områder* (når patienten er indlagt på et sygehus og modtager behandling for en sygdom med fysiske symptomer).
- *Stationær genoptræning* (genoptræning der foregår under indlæggelse på somatisk sygehus).
- *Ambulante behandlinger på det somatiske område* (når behandling af sygdom med fysiske symptomer foregår på et ambulatorium og derfor ikke kræver indlæggelse).
- *Ambulante behandlinger på det psykiatriske område* (når behandling af sygdom med sindslidelse foregår på et ambulatorium og derfor ikke kræver indlæggelse).
- *Stationære behandlinger på det psykiatriske område* (når patienten bliver indlagt med en sindslidelse).
- *Sygesikring* (ydelser leveret af privatpraktiserende sygesikringsydere, som fx almen praktiserende læger, speciallæger mv.).

Udgifter til KMF er udenfor servicerammen.

2.3 Den fremtidige aktivitetsbestemte medfinansiering

Med sigte på at KMF i endnu højere grad skal understøtte hensigten med ordningen, er der med virkning fra 2017 foretaget en række ændringer. Den ændring, som har størst betydning for kommunerne, er den som vedrører differentiering af medfinansiering efter alder. De øvrige ændringer er af en karakter, hvor kommunerne ikke direkte kan påvirke de økonomiske effekter,

men bidrager til, at der er en højere grad af budgetsikkerhed og gennemskuelighed på medfinansieringsområdet:

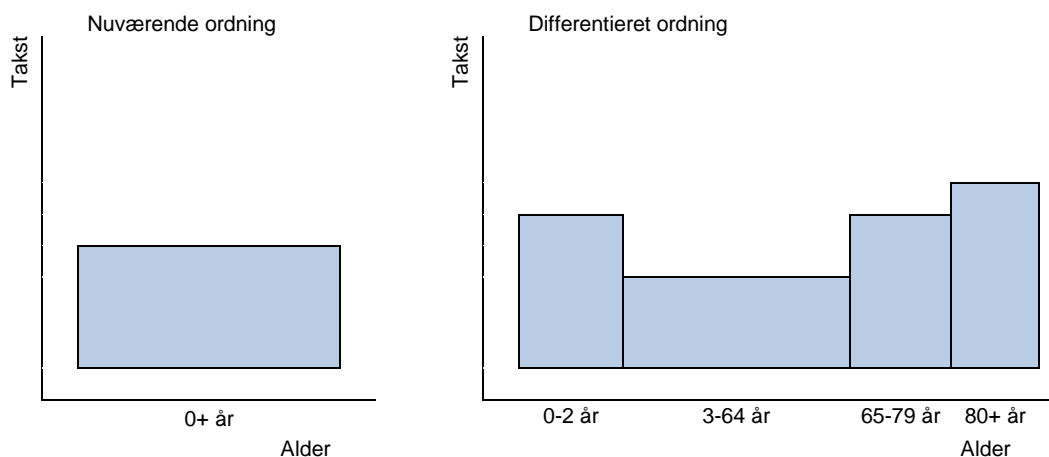
- Et reduceret regionalt incitament til aktivitet
- En mere målrettet tilbagebetaling af den kommunale medfinansiering til kommunerne
- En opkrævning af den kommunale medfinansiering pr. indlæggelse

Differentiering af medfinansiering efter alder

Den vigtigste ændring i den fremtidige aktivitetsbestemte medfinansiering er, at medfinansieringstaksten bliver aldersdifferentieret. I ordningen fra 2012 til 2016 var taksten ens for alle aldre.

Forskellen mellem ordningen for perioden 2012 - 2016 og den aldersdifferentierede ordning er skitseret i nedenstående figur 1.

Figur 1. Nuværende ordning kontra differentieret ordning



I den aldersdifferentierede ordning er der tre niveauer for medfinansieringstaksten fordelt på fire aldersintervaller.

Små børn og ældre borgere trækker relativt mere på sundhedsvæsenet end øvrige borgere og den nye ordning kommer til at betyde at kommunerne kommer til at betale en større andel i KMF for småbørn og ældre over 65 år, og mindre for de øvrige borgere.

Den laveste grad af medfinansiering afregnes for de **3-64 årige**. Her tilskyndes kommunerne til at have primært fokus på den brede borgerrettede forebyggelse. Dog skal det nævnes at en større andel af Ishøj kommunes borgere med henholdsvis KOL og diabetes 2 er at finde i denne aldersgruppe. Hvor stort det nøjagtige tal er, er ikke opgjort.

Den mellemste grad af medfinansiering omfatter de 0-2 årige og 65-79 årige. Den kommunale sundhedspleje har tæt kontakt til de **0-2 årige** og kan dermed medvirke til, at barnet får en god start på livet, der kan forebygge indlæggelser i de tidlige år.

På ældreområdet har kommunerne generelt, især via hjemmeplejen, kontakt til en forholdsvis stor andel af ældre borgere. Kontakten gør, at medarbejdere i hjemmeplejen gennem en tidlig indsats kan forebygge funktionstab eller sygdom, som fx lungebetændelse eller urinvejsinfektion. Dermed kan kommunerne medvirke til at forebygge en akut sygehusindlæggelse.

Gennemsnitsalderen for nyvisiterede borgere til hjemmehjælp i Ishøj Kommune var i 2015 76,6 år, og dermed den laveste gennemsnitsalder i forhold til landes øvrige kommuner.

Af andre relevante nøgletal for Ishøj Kommune er i denne sammenhæng:

- Andel 65-79 årige, der modtog hjemmehjælp i eget hjem i 2015 var 8,9 pct. Dette er den største andel blandt landets øvrige kommuner, dog skal det nævnes at 7 kommuner ikke fremstår med data på området.
- Gennemsnitligt antal visiterede timer til hjemmehjælp i eget hjem pr. uge for 65-79 årige var i 2015 3 timer. Det giver Ishøj Kommune en placering som nr. 21 ud af 91. kommuner (dog er der 7 kommuner, hvorfra der ikke er data), som visiterer færrest timer pr. borger pr. uge.¹

Den højeste grad af medfinansiering – og dermed dyreste takst – er til borgere **over 80 år**. Det er den gruppe af ældre borgere, som kommunerne har mest kontakt til, og som samtidig har det relativt højeste forbrug af regionale sundhedsydelser.

Af relevante nøgletal for Ishøj Kommune som vedrører denne borgergruppe:

- Andel 80+ årige, der modtog hjemmehjælp i eget hjem i 2015 var 33,4 pct. – det giver en placering som nr. 71 ud af 91 kommuner (hvoraf nr. 91 har den største andel af borgere, der modtager hjemmehjælp).
- Gennemsnitligt antal visiterede timer til hjemmehjælp i eget hjem pr. uge for 80+ årige i 2015 var 3,9 timer – det giver en placering som nr. 60 ud af 91 kommuner.

Sammenfattende omkring disse nøgletal kan konstateres, at Ishøj Kommune har kontakt til en hvis andel af de ældre borgere igennem hjemmeplejen.

Gruppen af borgere som fremadrettet bliver den dyreste (små børn og ældre borgere), er også den gruppe, som relativt trækker mere på sundhedsvæsenet end øvrige borgere. Den fremtidige aldersdifferentierede ordning vil – alt andet lige – potentielt betyde stigende udgifter til sundhedsområdet. Ikke mindst set i lyset af, at der forventes en stigning i antallet af borgere i aldersgruppen 80+ årige.

Hovedsigtet med ordningen er at tilskynde kommunerne til yderligere fokus på forebyggelse, der skabes derved en større sammenhæng mellem kommunernes indsats i forhold til forebyggelse og afregning af medfinansiering – derved kan kommunerne indirekte påvirke sygehusaktiviteterne.

3. Afdækning af forbruget på sundhedsområdet for perioden 2012-2016

3.1 Introduktion

Fokus i dette afsnit er på forbruget af KMF på en række udvalgte udgiftsområder for perioden 2012 - 2016. Indledningsvis præsenteres nedenstående tabel 1, som sammenfatter en række nøgletal vedrørende Ishøj Kommunes befolkningsudvikling, socioøkonomiske indeks og udgiftsudvikling på en række overordnede grupperinger i forhold til KMF.

¹ Kend din kommune – Brug nøgletal i styringen 2017, KL

Tabel 1. Udvikling af relevante nøgletal for Ishøj Kommune fra 2012-2016

	2012	2013	2014	2015	2016*	Ændring fra 2012 til 2016	
						Relativ	Absolut
1 0-2 år	833	798	757	812	856	2,8%	23
2 3-64 år	17.364	17.276	17.568	17.833	18.043	3,9%	679
3 65-79 år	2.470	2.615	2.743	2.874	2.941	19,1%	471
4 80+ år	420	442	479	506	518	23,3%	98
5 I alt befolkning	21.087	21.131	21.547	22.025	22.358	6,0%	1.271
6 Socioøkonomisk indeks	1,71	1,62	1,64	1,62	1,59	-7,0%	-0,12
Total kommunal medfinansiering**	79.245.613	82.953.352	89.463.796	91.627.173	85.590.260	8,0%	6.344.647
8 Somatik - stationær	39.421.486	41.017.905	43.583.587	44.367.459	41.557.928	5,4%	2.136.442
9 Somatik - stationær genoptræning	1.001.900	1.056.773	1.077.791	1.316.934	1.241.770	23,9%	239.870
10 Somatik - ambulans	26.640.831	28.771.114	32.573.471	32.128.724	29.488.672	10,7%	2.847.841
11 I alt somatik	67.064.217	70.845.792	77.234.849	77.813.117	72.288.370	7,8%	5.224.153
12 Psykiatri - stationær	1.351.793	1.368.678	1.165.571	1.253.055	1.560.570	15,4%	208.777
13 Psykiatri - ambulans	2.889.260	2.951.388	3.092.202	4.248.816	3.911.385	35,4%	1.022.125
14 I alt psykiatri	4.241.053	4.320.066	4.257.773	5.501.871	5.471.955	29,0%	1.230.902
15 Sygesikring - speciallæge	5.573.335	5.481.012	5.853.922	6.058.216	5.675.949	1,8%	102.614
16 Sygesikring - almen læge	1.608.935	1.580.067	1.379.506	1.425.712	1.321.409	-17,9%	-287.526
17 Sygesikring - fysioterapi	135.236	136.545	145.514	169.341	168.391	24,5%	33.155
18 Sygesikring - kiropraktik	30.102	33.877	32.821	32.398	31.597	5,0%	1.495
19 Sygesikring - psykolog-hjælp	57.682	61.649	58.941	59.398	65.057	12,8%	7.375
20 Sygesikring - fodterapi	32.014	35.964	39.050	39.477	42.309	32,2%	10.295
21 Sygesikring - tandlæge	501.137	455.735	460.146	526.704	524.331	4,6%	23.194
22 Sygesikring - anden behandling	1.901	2.645	1.274	941	892	-53,1%	-1.009
23 I alt sygesikring	7.940.342	7.787.494	7.971.174	8.312.187	7.829.935	-1,4%	-110.407

Kilde: Danmarks Statistik, de kommunale nøgletal og eSundhed

* Forbruget for 2016 vedr. den kommunale medfinansiering er endnu ikke færdigopgjort

** Finansieringsdelen indgår ikke i opgørelsen af den totale medfinansiering. Forbruget i Tabel 1 er dermed ikke sammenligneligt med forbruget fra OPUS eller andre kilder. Afvigelsen er i størrelsesorden 0,5 – 2,0 mio. kr. pr. år.

Bemærkninger til tabel 1:

Befolkningstallet er fra 2012 til 2016 steget med 1.271 borgere svarende til 6,0 pct. Relativt set har stigningen været størst blandt aldersgrupperne 65-79 årige og 80+ årige med stigninger på hhv. 19,1 pct. og 23,3 pct. Stigningen blandt de 0-2 årige og 3-64 årige har været på hhv. 2,8 pct. og 3,9 pct.

Fra 2012 til 2016 er der dermed sket en markant forskydning i befolknings sammensætningen i retning af flere ældre (65+) borgere og næsten status quo blandt 0-64årige borgere.

Det **socioøkonomiske indeks** er faldet fra værdien 1,71 til 1,59. Det gennemsnitlige socioøkonomiske indeks for Region Hovedstaden er 1,0.

De **samlede kommunale medfinansieringsomkostninger** er fra 2012 til 2016 steget fra 79,2 mio. kr. til 85,6 mio. kr. - svarende til 8,0 pct. eller 6,3 mio. kr. Dog skal det bemærkes at forbruget for 2016 endnu ikke er færdigopgjort, hvorfor der må forventes en efterregulering. Bemærk også, at stigningen fra 2012 til 2015 var væsentlig højere med hhv. 15,6 pct. og 12,4 mio. kr.

Somatikken udgør størstedelen af de samlede medfinansieringsomkostninger. Fra 2012 til 2016 steg de somatiske udgifter fra 67,1 mio. kr. til 72,3 mio. kr. - svarende til 7,8 pct.

Blandt alle grupperinger er udgifter til **psykiatrien** relativt set steget mest. Fra 2012 til 2016 steg udgifterne fra 4,2 mio. kr. til 5,5 mio. kr. - svarende til 29,0 pct. eller 1,2 mio. kr. Bemærk, at udgifterne til psykiatri – ambulante behandlinger steg med 35,4 pct.

Blandt undergrupperne i **sygesikringsgruppen** er det udgiften til almen læge, som er interessant. Udgiften er her faldet med 17,9 pct. over en fem årig periode, svarende til 0,288 mio. kr.

3.2 Benchmarking på udvalgte nøgletal

På baggrund af tabel 1 udvælges i det efterfølgende en række nøgletal til benchmarking med førnævnte kommuner. Det skal igen bemærkes, at data for 2016 endnu ikke er færdigopgjort – *den procentvise ændringer i efterstående tabeller vises derfor fra 2012 til 2015.*

Tabel 2 viser befolkningsudvikling og den procentvise andel af de 0-2 årige, 3-64 årige, 65-79 årige og 80+ årige for benchmarkings kommunerne jf. nøgletal 1 - 5 fra tabel 1.

Tabel 2. Udvikling i andel blandt de 0-2 årige, 3-64 årige, 65-79 årige og 80+ årige

	2012	2013	2014	2015	2016
Ishøj	21.087	21.131	21.547	22.025	22.358
0-2 år	4,0%	3,8%	3,5%	3,7%	3,8%
3-64 år	82,3%	81,8%	81,5%	81,0%	80,7%
65-79 år	11,7%	12,4%	12,7%	13,0%	13,2%
80+ år	2,0%	2,1%	2,2%	2,3%	2,3%
Albertslund	27.864	27.824	27.728	27.806	27.880
0-2 år	3,4%	3,3%	3,2%	3,2%	3,2%
3-64 år	81,3%	80,6%	80,2%	79,8%	79,5%
65-79 år	13,2%	13,8%	14,2%	14,3%	14,4%
80+ år	2,0%	2,2%	2,4%	2,7%	2,9%
Brøndby	34.084	34.210	34.580	35.050	35.322
0-2 år	3,3%	3,3%	3,4%	3,5%	3,6%
3-64 år	78,2%	78,0%	77,8%	77,7%	77,5%
65-79 år	14,0%	14,2%	14,2%	14,1%	14,1%
80+ år	4,5%	4,5%	4,6%	4,8%	4,8%
Glostrup	21.650	21.869	22.066	22.357	22.461
0-2 år	3,6%	3,7%	3,4%	3,6%	3,5%
3-64 år	77,8%	77,6%	77,8%	77,7%	77,8%
65-79 år	13,5%	13,6%	13,6%	13,6%	13,6%
80+ år	5,0%	5,1%	5,1%	5,1%	5,1%
Høje-Taastrup	48.081	48.471	48.807	49.230	49.960
0-2 år	3,8%	3,7%	3,4%	3,5%	3,5%
3-64 år	80,5%	80,0%	80,0%	79,6%	79,5%
65-79 år	12,9%	13,3%	13,6%	13,7%	13,8%
80+ år	2,9%	3,0%	3,0%	3,1%	3,2%

Kilde: Danmarks Statistik

I forhold til befolkningstallet er Ishøj Kommune den mindste blandt sammenligningskommunerne – målt på indbyggertal er Glostrup Kommune marginalt større. Den største kommune er Høje-Taastrup efterfulgt af Brøndby Kommune.

Bemærk, at Ishøj Kommune har den laveste andel de 65-79 årige og 80+ årige med hhv. 13,0 pct. og 2,3 pct. af befolkningssammensætningen i 2015. De øvrige kommuner har en højere andel af

de 65-79 årige og 80+ årige end Ishøj. Glostrup skiller sig ud med en andel på 5,1 pct. blandt de 80+ årige.

Tabel 3 viser udviklingen af medfinansieringsudgiften pr. indbygger jf. nøgletal 7 fra tabel 1.

Tabel 3. Total kommunal medfinansiering pr. indbygger

Hele kroner	2012	2013	2014	2015	2016	Procentvis ændring fra 2012 til 2015
Ishøj	3.758	3.926	4.152	4.160	3.828	10,7%
Albertslund	3.680	3.822	4.091	3.912	3.733	6,3%
Brøndby	4.024	4.262	4.341	4.226	3.969	5,0%
Glostrup	4.003	4.235	4.393	4.134	3.928	3,3%
Høje-Taastrup	3.669	3.794	3.897	3.879	3.729	5,7%

Kilde: Danmarks Statistik og eSundhed

Selvom der har været en procentvis større stigning i den totale kommunale medfinansiering for Ishøj Kommune, så skal det her fremhæves, at de foreløbige tal for 2016 viser, at Ishøj kommune med den totale KMF pr. indbygger nu placere sig i midten i forhold til de kommuner, vi sammenligner os med.

Tabel 4 viser udgiftsudviklingen af de ambulante behandlinger på det psykiatriske område pr. indbygger jf. nøgletal 13 fra tabel 1.

Tabel 4. Udgifter til psykiatri - ambulante pr. indbygger

Hele kroner	2012	2013	2014	2015	2016	Procentvis ændring fra 2012 til 2015
Ishøj	137	140	144	193	175	41%
Albertslund	115	128	149	188	246	63%
Brøndby	98	103	107	150	155	53%
Glostrup	98	122	147	153	178	56%
Høje-Taastrup	107	116	129	167	180	57%

Kilde: Danmarks Statistik og eSundhed

Fra 2012 til 2015 er udgiften pr. indbygger til psykiatri – ambulante steget med 41 pct. i Ishøj. For de øvrige kommuner er udgiften steget mellem 53 pct. til 63 pct.

Udgiftsstigning pr. indbygger til den ambulante psykiatri er væsentlig lavere i Ishøj end i de andre kommuner. Dog skal det nævnes, at udgiften i 2015 var den højeste blandt disse fem kommuner.

Fra 2015 til 2016 er der (foreløbige) sket en reduktion i udgiften pr. indbygger i Ishøj, mens de andre kommuners udgifter er steget – særlig for Albertslund.

Tabel 5 viser udgiften til sygesikring – almen læge pr. indbygger jf. nøgletal 16 fra tabel 1

Tabel 5. Udgifter til sygesikring - almen læge pr. indbygger

Hele kroner	2012	2013	2014	2015	2016	Procentvis ændring fra 2012 til 2015
Ishøj	76	75	64	65	59	-15%
Albertslund	71	69	60	60	57	-16%
Brøndby	74	73	65	63	59	-14%
Glostrup	65	65	57	57	53	-12%
Høje-Taastrup	70	70	62	62	58	-11%

Kilde: Danmarks Statistik og eSundhed

Udgiften til sygesikring – almen læge pr. indbygger er fra 2012 til 2015 faldet i alle kommuner. I Ishøj er der tale om en reduktion på 15 pct. I de øvrige kommuner er reduktionen i intervallet 11 pct. til 16 pct.. Udgiften pr. indbygger er i 2015 højeste i Ishøj blandt alle kommuner med 65 kr. Glostrup Kommune har det laveste udgiftsniveau med 57 kr. pr. indbygger i 2015.

Tabel 6 viser antallet af somatiske sygehusudskrivinger opdelt på alder. Se evt. nøgletal 11 i tabel 1, hvor udgiftsniveauet for somatikken er vist for Ishøj Kommune.

Tabel 6. Antal somatiske sygehusudskrivinger

Absolut værdi	2012	2013	2014	2015	2016*	Procentvis ændring fra 2012 til 2015	Andel for 2015
Ishøj							
0-2 år	411	455	543	363	457	-11,7%	6,1%
3-64 år	3.311	3.343	3.474	3.483	2.792	5,2%	58,9%
65-79 år	1.267	1.261	1.397	1.596	1.233	26,0%	27,0%
80+ år	329	374	457	474	392	44,1%	8,0%
I alt	5.318	5.433	5.871	5.916	4.874	11,2%	100,0%
Albertslund							
0-2 år	430	411	437	426	335	-0,9%	6,1%
3-64 år	4.014	4.022	4.246	4.044	3.124	0,7%	58,1%
65-79 år	1.703	1.696	1.982	1.745	1.483	2,5%	25,1%
80+ år	501	514	585	747	513	49,1%	10,7%
I alt	6.648	6.643	7.250	6.962	5.455	4,7%	100,0%
Brøndby							
0-2 år	570	632	658	527	624	-7,5%	5,6%
3-64 år	4.863	4.995	5.168	5.022	4.152	3,3%	53,6%
65-79 år	2.193	2.386	2.411	2.456	1.953	12,0%	26,2%
80+ år	1.179	1.203	1.332	1.366	1.077	15,9%	14,6%
I alt	8.805	9.216	9.569	9.371	7.806	6,4%	100,0%
Glostrup							
0-2 år	409	372	458	359	271	-12,2%	6,0%
3-64 år	2.988	3.162	3.318	3.081	2.382	3,1%	51,8%
65-79 år	1.330	1.421	1.450	1.460	1.189	9,8%	24,5%
80+ år	891	956	1.008	1.053	826	18,2%	17,7%
I alt	5.618	5.911	6.234	5.953	4.668	6,0%	100,0%
Høje-Taastrup							
0-2 år	904	826	950	711	670	-21,3%	5,8%
3-64 år	6.678	6.874	7.184	7.171	5.725	7,4%	58,7%
65-79 år	2.745	2.831	2.920	2.955	2.579	7,7%	24,2%
80+ år	1.213	1.247	1.316	1.386	1.194	14,3%	11,3%
I alt	11.540	11.778	12.370	12.223	10.168	5,9%	100,0%

Kilde: KØS

* Data er opdateret til og med oktober 2016

Sammenlignet med andre kommuner er der relative få somatiske udskrivinger i Ishøj blandt de 80+ årige. Der er tale om 8 pct. i 2015. I Glostrup og Brøndby er andelen hhv. 17,7 pct. og 14,6 pct. Baggrunden til det høje antal sygehusudskrivinger for disse to kommuner skyldes den høje andel af 80+ årige jf. tabel 2.

Antallet af sygehusudskrivinger i Ishøj er fra 2012 til 2015 steget med 44,1 pct. blandt de 80+ årige. I Albertslund er stigning 49,1 pct. Stigning blandt de 65-79 årige i Albertslund er kun 2,5 pct., mens udviklingen i den samme aldersgruppe i Ishøj er 26,0 pct.

Bemærk, at den procentvise stigning i sygehusudskrivinger i Ishøj Kommune blandt de 65-79 årige og 80+ årige fra 2012 til 2015 er hhv. 26,0 pct. og 44,1 pct. Den procentvise stigning i indbyggertallet for disse to aldersgrupper er hhv. 16,4 pct. og 20,5 pct. jf. tabel 1. Relativ set er antallet af sygehusudskrivinger dermed steget mere end indbyggertallet blandt de 65-79 årige og 80+ årige i perioden fra 2012 til 2015.

I Ishøj har der været en reduktion af somatiske sygehusudskrivinger blandt de 0-2 årige på 11,7 pct. fra 2012 til 2015. For samme periode er børnetallet steget med 2,8 pct.

Det samlede antal somatiske sygehusudskrivinger fra 2012 til 2015 er i Ishøj Kommune steget med 11,2 pct. I de andre kommuner er tale om stigninger i intervallet mellem 4,7 pct. – 6,4 pct.

4. Opsamling

Formålet med dette notat er at beskrive de indledende rammer for arbejdet med analysen af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet.

Notatet beskriver kort, hvad den kommunale medfinansiering er, og hvad der kendetegner incitamentsstrukturen i den fremtidige medfinansieringsordning. Alt andet lige, bør der være et fokus på de aldersgrupper hvor medfinansieringstaksten bliver dyrest. Udviklingen af befolkningssammensætningen i de senere år, jf. tabel 2, har vist en stigende tilvækst blandt de ældre borgere – den udvikling forventes at fortsætte i årene fremover jf. befolkningsprognosen.

Der er præsenteret en række tabeller. Hensigten med tabellerne er at anspore til spørgsmål og yderligere analyser på sundhedsområdet, som kan afdækkes.

Der er mulighed for at gå endnu mere i dybden med data i de forskellige tabeller og supplere med yderligere data i kommende analyser.