



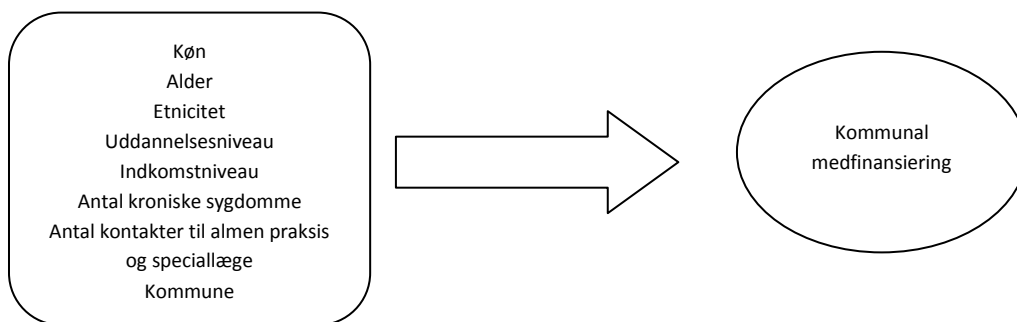
Betydende faktorer for den kommunale medfinansiering

Dette notat har til formål at bidrage med viden om en række faktorerens betydning for den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet (KMF)¹. Notatet skal således ses som et led i at øge vores viden om den kommunale medfinansiering. Hvorfor den ser ud som den gør og hvad der påvirker størrelsen af den. Den viden kan vi bruge i forhold til at undersøge, hvilke muligheder vi har for at nedbringe udgifterne på området.

De faktorer der kort vil blive gennemgået er en række sociodemografiske faktorer, så som køn, alder, etnicitet, uddannelses- og indkomstniveau. Dernæst betydningen af faktorer i relation til sygelighed (antallet af kroniske sygdomme) samt betydningen af kontakten til praksissektoren (den praktiserende læge samt speciallæge). Det vil sige, hvilken sammenhæng er der imellem antallet af gange, den enkelte borger er i kontakt med lægen og sandsynligheden for at have kontakt med sygehusvæsenet.

Afslutningsvist vil der blive set på kommunale forskelle, både i forhold til andelen af borgere der er i kontakt med sygehusvæsenet, samt forskellen på størrelsen af den kommunale medfinansiering imellem kommunerne i Region Hovedstaden.

Notatet er lavet med udgangspunkt i ny rapport fra Region Hovedstaden². Rapporten fokuserer udelukkende på somatiske kontakter³ til sygehusvæsenet, både ambulante og stationære (indlæggelser), da det somatiske område udgør langt den største andel af den kommunale medfinansiering. Andelen af borgere, der medfører kommunal medfinansiering skal i notatet forstås som, andelen af borgere der har kontakt til det (somatiske) sygehusvæsen. I Ishøj Kommune udgør det somatiske område omkring 84 % af den samlede kommunale medfinansiering, hvilket svarer til fordelingen på landsplan.



(Mulige faktorerens betydning for den kommunale medfinansiering blandt borgere fra 18 år.⁴)

¹ Kommunerne har et betalingsansvar for de borgere, som kommer i kontakt med sygehusvæsenet. Betalingen til regionerne er aktivitetsbestemte, dvs. jo færre borgere der kommer i kontakt med sundhedsvæsenet, jo lavere udgifter til medfinansiering på sundhedsområdet og omvendt. Indenfor det somatiske område er medfinansieringen bygget op omkring et særligt takst-system (DRG/DAGS-systemet). Den kommunale medfinansiering beregnes på nuværende tidspunkt som 34 % af DRG/DAGS-taksten – dog maksimalt knap 15.000 kr. pr. indlæggelse og maksimalt knap 1.500 kr. pr. ambulante besøg.

² Johansen, NB; Funder, CG; Andreasen, AH; Virenfelt, GM; Nielsen, A: Betydende faktorer for kommunal medfinansiering, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden; 2016. Rapporten kan downloades her: <https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/bilag-og-download/Documents/Betydende%20faktorer%20for%20kommunal%20medfinansiering%2016.12.2016.pdf>

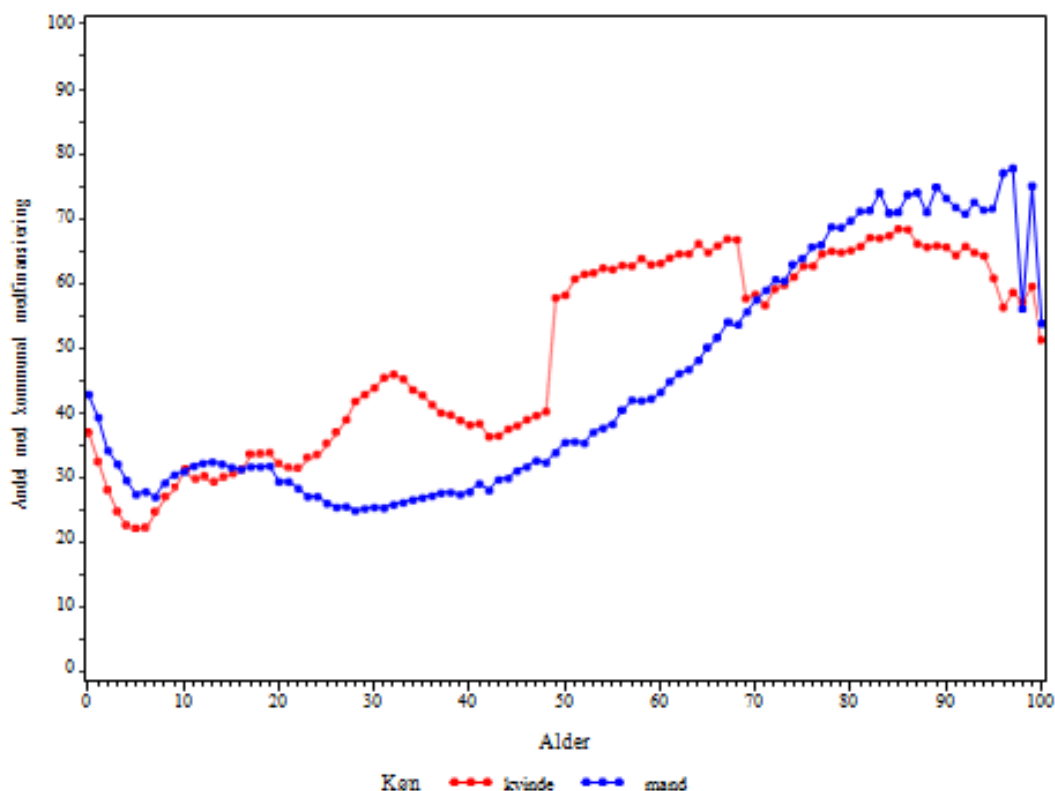
³ Somatiske kontakter referer til, når en borger er i kontakt med sygehusvæsenet vedrørende sygdom eller symptomer af fysisk karakter.

⁴ Figuren er gengivet ud fra figur i rapporten på side 8.

Betydning af alder og køn

Generelt stiger andelen af borgere, som medfører udgifter til den kommunale medfinansiering med stigende alderen. Samlet set er der i aldersklassen 18-68 år en større andel af kvinder som medfører udgifter til KMF end mænd, mere specifikt i aldersgruppen 29-39 år og 49-58 år. Det førstnævnte kan forklares med, at det overvejende er i denne aldersgruppe, hvor kvinder føder børn, og sidstnævnte kan formentlig forklares med at kvinder i denne aldersgruppe regelmæssigt screenes for brystkræft. For aldersgruppen over 69 år, ses der en større sandsynlighed for at medføre udgifter til KMF for mænd i forhold til kvinder. For små børn ses der større sandsynlighed for at medføre udgifter til KMF for drenge end piger. En forklaring kan være, at små drenge tilsyneladende har en øget risiko for sygdomme i åndedrætsorganerne.⁵

Nedenstående figur viser andelen af borgere i Region Hovedstaden med udgift til kommunal medfinansiering for kvinder og mænd afhængig i forhold til alder.



5

⁵ Danmarks Statistik: Små drenge er mere på hospitalet, 2006. Hentet fra: <http://www.dst.dk/da/Statistik/bagtal/2006/2006-05-23-Drenge-mer-paa-hospital>, 29. marts 2017. Denne undersøgelse pegede på at små drenge har markant flere indlæggelser end piger, og at de flere indlæggelser i overvejende grad skyldes forskellige sygdomme i åndedrætsorganerne, så som bronkitis, astma og lungebetændelse. Drengenes tilsyneladende skrøbelige luftveje aftager med alderen.

⁶ Figuren er fra Nanna Borup Johansens præsentation af rapporten på temamøde om kronisk sygdom og forebyggelse på Herlev Hospital den 23.03.17. Nanna Borup Johansen er medforfatter på rapporten.

Betydning af etnicitet

I forhold til betydningen af etnicitet, så ses det, at alle kvinder med anden etnisk baggrund end dansk har en *lavere* sandsynlighed for at medføre udgifter til KMF i forhold til etniske danske kvinder. Modsat har mænd fra ikke-vestlige lande en højere sandsynlighed for at medføre udgifter til KMF end mænd med etnisk dansk baggrund. Ser man på størrelsen af KMF for de personer, som *har* kontakt til sygehusvæsenet, så har mænd og kvinder med baggrund fra andre vestlige lande en lidt lavere udgift til KMF end mænd og kvinder med etnisk dansk baggrund. Omvendt har mænd og kvinder fra ikke-vestlige lande en noget højere udgift til KMF med henholdsvis 15 % for kvinder og 6 % for mænd. En tolkning på dette kan være, at borgere med etnisk dansk baggrund oftere bliver henvist til sygehusvæsenet end borgere med ikke-vestlig baggrund, men at de borgere med ikke-vestlig baggrund, som *bliver* henvist til sygehusvæsenet, de har både flere og dyrere kontakter. Ifølge Sundhedsprofilen 2013 har borgere med ikke-vestlig baggrund ikke flere kroniske sygdomme end borgere med etnisk dansk baggrund, så forskellen kan ikke forklares ud fra dette.⁷

Betydning af uddannelsesniveau

Sandsynligheden for at medføre udgifter til KMF falder med stigende uddannelsesniveau blandt både mænd og kvinder. Betydningen af uddannelsesniveau er dog større hos mænd end hos kvinder, forstået på den måde, at mænd i højere grad end kvinder har færre kontakter til sygehusvæsenet med stigende uddannelsesniveau. Sandsynligheden for at have kontakt med sygehusvæsenet er størst for personer med en erhvervsfaglig baggrund, også større end for personer, der har grunduddannelse/gymnasial uddannelse som højeste uddannelsesniveau.⁸

Betydning af indkomstniveau

I forhold til betydningen af indkomstniveau så har borgere med en indkomst mellem 150.000 – 250.000 kr. størst sandsynlighed for at medføre udgifter til KMF. Sandsynligheden falder med stigende indkomst over 250.000 kr. I forhold til de borgere, som *har* kontakt til sygehusvæsenet, så er udgifterne størst blandt kvinder og mænd med en indkomst på 100.000 – 150.000 kr. årligt. De medfører udgifter til KMF, der er 25 - 26 % højere end for kvinder og mænd med en årlig indkomst på 250.000 – 375.000 kr. Størrelsen af KMF samt andelen af omkostningstunge borgere falder med stigende indkomst over 150.000 kr. Borgere i den laveste indtægtsgruppe, dvs. under 100.000 kr. er den gruppe, der har den laveste sandsynlighed for at have kontakt til sygehusvæsenet. Dette kan formentlig forklares ud fra at denne gruppe hovedsageligt består af unge studerende på SU, hvorimod borgere med en indkomst på 100.000 – 150.000 i høj grad vil være personer på kontakthjælp.

Betydning af samlivsstatus

I forhold til samlivssituationen, så ses det, at enlige kvinder har en lavere sandsynlighed for at medføre udgifter til KMF sammenlignet med samlevende kvinder. Forholdet mellem enlige mænd og samlevende mænd er derimod marginal. For de personer som har kontakt til sygehusvæsenet, så har enlige mænd og kvinder en større udgift til KMF i forhold til samlevende mænd og kvinder, på henholdsvis 8 % for kvinder og 17 % for mænd. I sundhedsprofilen 2013 fremgår det at enlige har flere kroniske sygdomme end samlevende, hvilket kan være en forklaring.

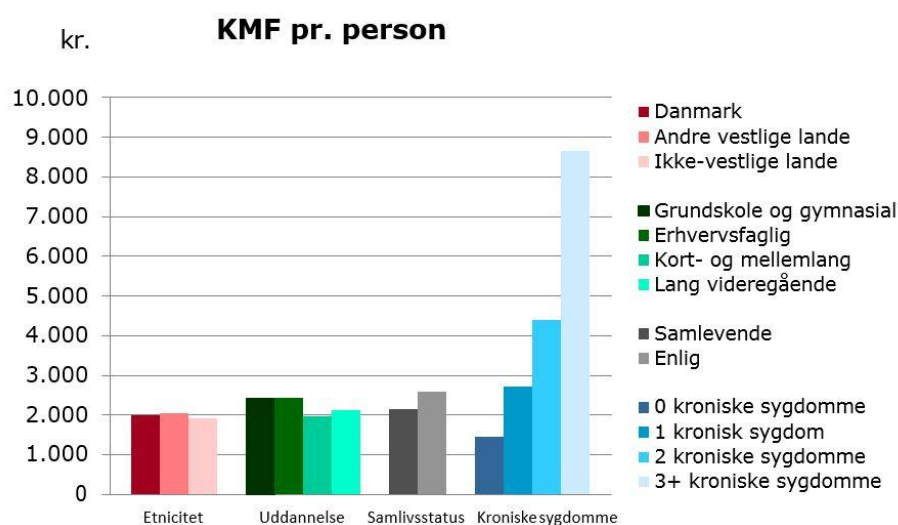
⁷ Lau, C.L., M; Andreasen, AH; Bekker-Jepesen, M; Buhelt, L.P; Robinson, KM; Glümer, C: Sundhedsprofil 2013 – Kronisk Sygdom. Forskningscenter for forebyggelse og sundhed, 2015.

⁸ Der er taget hensyn til betydningen af alder.

Betydning af kronisk sygdom

Sandsynligheden for at have udgift til KMF stiger væsentligt jo flere kroniske sygdomme en borger har. Sandsynligheden stiger endnu mere for mænd end kvinder, også når der er taget højde for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund og samlivssituation. Ligeledes stiger størrelsen af KMF, med stigende antal kroniske sygdomme.

Nedenstående figur viser en samlet oversigt over sammenhængen mellem de overstående faktorer og størrelsen af den kommunale medfinansiering pr. person pr. år. Figuren er lavet på data fra år 2012 for hele Region Hovedstaden.



9

Som det ses har antallet af kroniske sygdomme en markant betydning for størrelsen af KMF, også når der tages højde for sociodemografiske faktorer.

Betydning af antal kontakter til almen praksis

Jo flere kontakter til almen praksis, jo større er sandsynligheden for at have kontakt til sygehusvæsenet. Betydningen af stigende antal kontakter er lidt større hos kvinder end mænd. Ligeledes stiger størrelsen af KMF med stigende kontakter til almen praksis for både mænd og kvinder.

Betydning af antal kontakter til speciallæge

Sandsynligheden for at have udgift til KMF stiger med antallet af kontakter til speciallæge. Der er ikke den store forskel kvinder og mænd imellem. I forhold til størrelsen af KMF for de borgere, der har kontakt til sygehusvæsenet, så ses der ingen forskel mellem personer med færre end 4 kontakter om året til speciallæge. Kvinder og mænd uden kontakt til speciallægepraksis, har en større sandsynlighed for at være blandt de dyreste borgere sammenlignet med kvinder og mænd med to eller flere kontakter til speciallægen. En mulig forklaring kan være, at de dyreste borgere hovedsageligt har kontakt til og bliver behandlet på hospitalet og ikke i speciallægepraksis.

⁹ Figuren er fra Nanna Borup Johannsens præsentation af rapporten på tema-dag på Herlev Hospital den 23.03.17. Nanna Borup Johannsen er seniorforsker, læge og ph.d., ansat ved Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden og medforfatter på omtalte rapport.

Betydning af bopæls kommune

Der kan ikke drages nogen endegyldig konklusion for sandsynligheden for at have udgift til kommunal medfinansiering i forhold til hvilken kommune borgeren er bosiddende i. Ishøj Kommune ligger på niveauet for Region Hovedstaden, med en anelse højere for kvinder og til gengæld lidt lavere for mænd, hvilket ses i nedenstående figurer.¹⁰

Andel af borgere med omkostning til kommunal medfinansiering i forhold til regionsgennemsnittet

Bopælskommune	Kvinder	Mænd
	OR (95 % CI)	OR (95 % CI)
Region Hovedstaden	Ref.	Ref.
Kommunesocialgruppe 4		
Albertslund	1,13 (1,09;1,18)	1,08 (1,04;1,13)
Bornholm	1,33 (1,29;1,37)	1,27 (1,23;1,31)
Brøndby	1,07 (1,03;1,11)	1,07 (1,03;1,11)
Høje-Taastrup	0,94 (0,91;0,97)	0,90 (0,87;0,93)
Ishøj	1,05 (1,00;1,10)	0,98 (0,94;1,03)
Kbh Bispebjerg	0,90 (0,88;0,93)	0,96 (0,93;0,99)
Kbh Brønshøj-Husum	0,95 (0,91;0,98)	0,92 (0,89;0,95)
Kbh Nørrebro	0,85 (0,83;0,87)	0,87 (0,85;0,90)
Kbh Valby	0,92 (0,89;0,94)	0,92 (0,89;0,95)
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	0,86 (0,83;0,88)	0,86 (0,84;0,89)
Kommunesocialgruppe 3		
Ballerup	1,10 (1,06;1,13)	1,01 (0,98;1,05)
Glostrup	1,16 (1,11;1,21)	1,11 (1,05;1,16)
Halsnæs	1,14 (1,09;1,18)	1,22 (1,18;1,27)
Herlev	1,10 (1,06;1,15)	1,06 (1,01;1,10)
Hvidovre	1,05 (1,02;1,08)	1,00 (0,97;1,03)
Kbh Amager Vest	0,92 (0,89;0,94)	0,92 (0,89;0,94)
Kbh Amager Øst	0,90 (0,88;0,93)	0,99 (0,96;1,02)
København	0,89 (0,88;0,90)	0,91 (0,90;0,92)
Rødovre	0,95 (0,92;0,98)	0,91 (0,88;0,95)
Tårnby	0,94 (0,91;0,97)	0,98 (0,94;1,01)

Bopælskommune	Kvinder	Mænd
	OR (95 % CI)	OR (95 % CI)
Region Hovedstaden	1,00	1,00
Kommunesocialgruppe 2		
Frederiksberg	0,91 (0,89;0,93)	0,95 (0,92;0,97)
Frederikssund	1,10 (1,07;1,14)	1,07 (1,03;1,10)
Gladsaxe	1,08 (1,05;1,10)	1,02 (0,99;1,05)
Gribskov	1,03 (1,00;1,07)	1,08 (1,04;1,12)
Helsingør	1,16 (1,13;1,19)	1,18 (1,15;1,22)
Hillerød	1,16 (1,13;1,20)	1,13 (1,10;1,17)
Kbh Indre By	0,85 (0,82;0,87)	0,87 (0,84;0,90)
Kbh Vanløse	0,92 (0,89;0,95)	0,93 (0,90;0,97)
Kbh Østerbro	0,90 (0,88;0,92)	0,88 (0,86;0,91)
Vallensbæk	1,02 (0,96;1,07)	0,95 (0,90;1,01)
Kommunesocialgruppe 1		
Allerød	1,02 (0,98;1,07)	1,06 (1,01;1,11)
Dragør	0,82 (0,78;0,87)	0,86 (0,81;0,91)
Egedal	0,96 (0,93;1,00)	0,97 (0,93;1,00)
Fredensborg	1,00 (0,97;1,04)	1,05 (1,01;1,08)
Furesø	0,90 (0,87;0,93)	0,89 (0,86;0,93)
Gentofte	1,08 (1,05;1,11)	1,16 (1,13;1,20)
Hørsholm	1,00 (0,96;1,05)	1,05 (1,00;1,10)
Lyngby-Taarbæk	1,04 (1,01;1,07)	1,05 (1,02;1,09)
Rudersdal	1,01 (0,98;1,04)	1,02 (0,99;1,05)

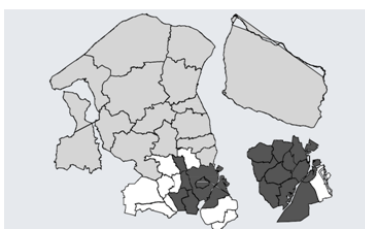
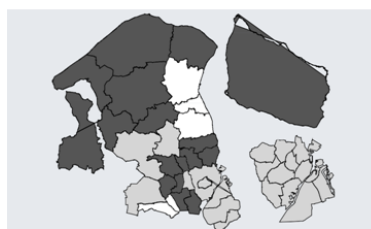
I analyserne er der taget hensyn til betydningen af køn, alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

Nedenstående figur viser illustrativt hvordan kommunerne placerer sig i forhold til regionsgennemsnittet, både i forhold til andelen af borgere der er i kontakt med (somatisk) sygehusvæsenet og i forhold til størrelsen af den kommunale medfinansiering pr. borger. Som det ses, placerer Ishøj Kommune sig på regionsgennemsnittet i forhold til begge dele.

Bopælskommune

Andel med omkostning til KMF i forhold til regionsgennemsnittet

KMF pr. borger i forhold til regionsgennemsnittet



- Højere end regionsgennemsnittet
- Lavere end regionsgennemsnittet
- Identisk med regionsgennemsnittet

Justeret for alder, køn, etnicitet, uddannelse, indkomst, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

¹⁰ Figureerne på siden er fra Nanna Borup Johansens præsentation af rapporten på tema-dag på Herlev Hospital den 23.03.17

Opsamling

Overstående giver os viden om, hvad det er for nogle befolkningsgrupper, som har mest kontakt til sygehusvæsenet grundet somatiske forhold samt hvilke grupper der er dyrest og omvendt. Den viden kan vi blandt andet bruge som baggrund for vurdering af hvilke fremadrettede analyser, det vil være relevant at fortage på området.

Desuden synes der at være et grundlag for et øget fokus på at forebygge kroniske sygdomme og samtidig også et fokus på den rehabiliterende indsats for borgere med kroniske sygdomme, med henblik på at reducere udgifterne til den kommunale medfinansiering på det somatiske område.