



Udvikling i kommunal medfinansiering (KMF)

I 2016 besluttede Den Administrative Styregruppe (under sundhedsaftalen for Region Hovedstaden), at iværksætte et analysearbejde¹, som havde til formål at undersøge hvilke faktorer, der har betydning for ændringer i den enkelte kommunes medfinansieringsudgifter. Første delrapport fra 2016 så på hvilke faktorer, der har betydning for niveauet for kommunal medfinansiering².

I slutningen af 2018 udkom anden delrapport, hvor der ses på faktorer, der kan forklare forskelle i udviklingen i medfinansiering mellem kommuner. Rapporten omhandler kommunal medfinansiering i Region Hovedstaden i årene 2013 og 2015 og er begrænset til den somatiske del, som udgør langt hovedparten af den kommunale medfinansiering. Rapporten søger således at undersøge, hvorvidt og hvordan udvalgte sociodemografiske faktorer har betydning for den ændring, der har været i den kommunale medfinansiering fra 2013-2015.

Fra 2013 til 2015 steg bidraget til kommunal medfinansiering i Region Hovedstaden fra 5.038 mio. kr. til 5.433 mio. kr. dvs. med 7,8 pct. Stigningen var fordelt med 100 mio. kr. på indlæggelser og 210 mio. kr. på planlagte ambulante besøg og 85 mio. kr. på akut ambulante besøg. Stigningen på det ambulante område kan i stort omfang tilskrives omlægning af den regionale akutordning, der førte til, at ambulansaktivitet, som ikke blev registreret i Landspatientregistret i 2013, kom til at indgå i 2015, og dermed også i den somatiske del af den kommunale medfinansiering. Kommunerne er blevet kompenseret for denne ekstra udgift.

Analysen viser, at den vigtigste faktor for væksten i de ambulante udgifter er, at flere borgere får en hospitalskontakt, dvs. at sandsynligheden for at en borger også er en patient stiger. For indlæggelserne er det derimod væksten i befolkningens størrelse, som har størst betydning.

Ændringer i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering

Der ses i analysen på betydning af: køn, alder, etnisk baggrund, uddannelsesniveau, indkomstniveau, samlivsstatus, antal kroniske sygdomme, antal kontakter til primærsektor samt bopælskommune. Nedenstående bemærkninger er et par nedslag i de fund, som ses i rapporten.

For indlæggelser har alder og etnicitet betydning for mænd, mens indkomstniveauet kun har betydning for kvinder.

Etnisk baggrund har ligeledes betydning for ambulante besøg for både mænd og kvinder. Ændringen er størst for mænd fra ikke-vestlige lande end mænd fra Danmark. Det samme gør sig ikke gældende i forhold til sandsynligheden for indlæggelser.

Uddannelsesniveau og indkomstniveau har betydning for sandsynligheden for ambulante besøg for kvinder, men ikke for mænd.

Samlivsstatus har ikke betydning for ændringen fra 2013 til 2015.

¹ Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse i Region Hovedstaden har udført analysearbejdet og publiceret rapporterne.

² Notat med pointer fra rapporten blev forelagt Social- og Sundhedsudvalget april 2017 – under meddelelser.



Kommunens betydning

Ændring i sandsynligheden for at have en udgift til KMF til indlæggelser er lidt større for kvinder i Ishøj Kommune end regionsgennemsnittet. For mænd gør det samme sig ikke gældende. Der er ikke signifikante forskelle fra ændringen i regionsgennemsnittet for ambulante besøg i Ishøj Kommune. Det betyder, at der var en lidt større stigning i antallet af kvinder med mindst én indlæggelse fra 2013 til 2015 i Ishøj Kommune i forhold til regionsgennemsnittet.

Nedenstående tabel viser en oversigt over antallet af patienter med mindst ét ambulante besøg og mindst én indlæggelse i 2013 og 2015 for Ishøj Kommune, opgjort for henholdsvis mænd og kvinder. Tabellen viser, at andelen af kvinder, som har haft ambulante besøg er steget lidt mere end andelen af mænd.

Tabel 1. Antal og andel patienter med mindst ét ambulante besøg og mindst én indlæggelse

Ishøj				Ambulante besøg		Indlæggelser	
	2013	2015	Forskel	2013	2015	2013	2015
				Antal/andel patienter		Antal/andel patienter	
Antal Mænd	10.540	11.045	505	4.264	4912	1.365	1.381
				40,5 %	44,5 %	13 %	12,5 %
Antal Kvinder	10.591	10.980	389	5.260	6.170	1.699	1.880
				49,7 %	56,2 %	16 %	17,1 %

Kilde: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse

Udvikling i kommunal medfinansiering for Ishøj Kommune 2013 - 2018

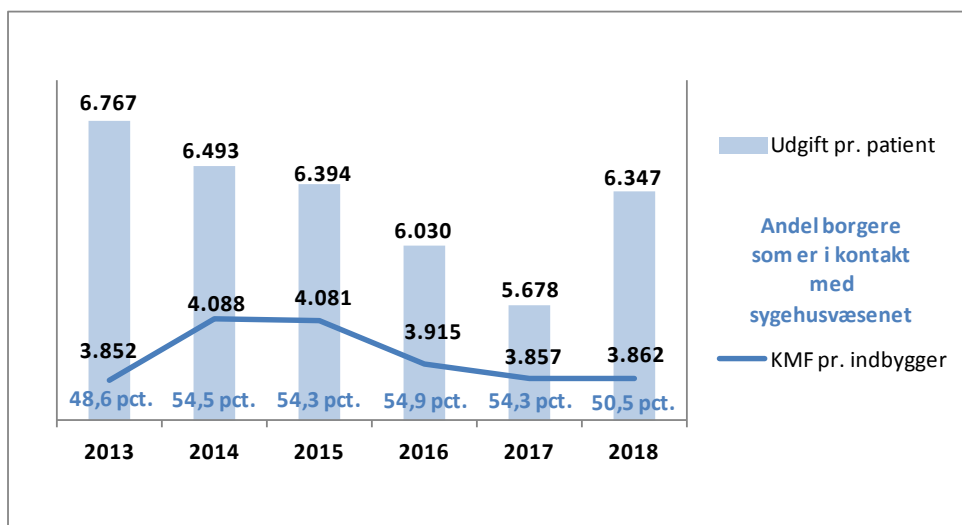
I supplement til rapporten har administrationen udarbejdet nedenstående figur, som illustrerer udviklingen i kommunal medfinansiering til somatik for Ishøj Kommune i perioden 2013 – 2018. Udgiften pr. patient (borger der er i kontakt med sygehusvæsenet) har været stødt faldende fra 2013 – 2017, hvorefter det er steget i 2018, selvom andelen af borgere, som er i kontakt med sygehuset er faldet. Det betyder, at der er lidt færre borgere, der bliver behandlet på sygehuset, men at de, som gør, er blevet dyrere.

Fra 2013 – 2015 var der en stigning på 16,3 % i andelen af borgere, som er i kontakt med sygehusvæsenet. Derefter har der været et fald på 2,9 % fra 2016 – 2018.

Den kommunale medfinansiering pr. indbygger i Ishøj Kommune er steget med 5,9 % i perioden 2013 – 2015. Derefter har der været et fald på 0,3 % i perioden 2016 – 2018.



Figur 1. Ændringer i KMF, 2013 - 2018



Kilde: KØS/eSundhed

Udviklingen i den kommunale medfinansiering 2018

Der ses betydelige udsving på kommuneniveau mellem den forventede afregning af den kommunale medfinansiering i 2018 (altså det som kommunerne oplever at blive krævet afregning for) og de forudsætninger, der lå til grund for den kommunale budgetlægning for 2018 (dvs. det forudsatte niveau for økonomiaftalen for 2018 – det skøn, som sundhedsdatastyrelsen laver på kommuneniveau). Sundheds- og Ældreministeriet, herunder sundhedsdatastyrelsen, har derfor undersøgt tre forskellige faktorer, som kan have betydning for det ændrede udgiftsniveau. De tre faktorer, der undersøges er:

a. **Ændret aktivitet**

Hvis der er en større aktivitet i det regionale sundhedsvæsen, vil det alt andet lige indebære en øget afregning af den kommunale medfinansiering (og omvendt).

b. **Ændret sundhedsforbrug mellem aldersgrupperne**

Hvis der er en forskydning i sundhedsforbruget mod de 65+ årige og især mod befolkningsgrupperne over 80 år og under 2 år, vil det alt andet lige indebære en øget afregning af den kommunale medfinansiering (og omvendt). Effekten af et ændret forbrug mellem aldersgrupper kan både tilskrives ændring i antal borgere i de forskellige aldersgrupper eller ændringer i kontakten til sundhedsvæsenet for den enkelte gruppe.

c. **Ændret sundhedsforbrug mellem sundhedsområder**

Hvis en større andel af forbruget foregår på sygehuset frem for almen praksis, vil det alt andet lige indebære en øget afregning af den kommunale medfinansiering for 2018.

For hele regionen under ét er der stort set ingen ændring mellem forudsat (skøn) og den forventet KMF-afregning for 2018. Der ses dog betydelige forskelle mellem de to niveauer på kommune- og regionsniveau.

Sundhedsdatastyrelsen har lavet en beregningsmodel, som identificerer betydningen af de tre forskellige faktorer. Administrationen har anvendt de faktiske udgifter til kommunal



medfinansiering for 2018 trukket fra KØS/eSundhed. Skønnet for 2018 tager udgangspunkt i KMF forbrug i 2016 omregnet til ny afregningsmodel (2018) samt pris- og lønskøn.

Som det fremgår af tabel 2, svarer det skøn som Ishøj Kommune blev præsenteret for, godt overens med det faktiske forbrug, som vi har oplevet for 2018. Når vi ser på effekten af de tre forskellige faktorer, så ser vi, at ændring i aktivitetsniveau har haft en negativ betydning, dvs. at der har været et fald i aktivitetsniveauet i forhold til det forventede. Så hvis vi alene ser på dette parameter, så viser det et fald i KMF på næsten 10 %.

Når vi ikke oplever et fald i den kommunale medfinansiering, så skyldes det ændringer af de to øvrige faktorer. Det vil sige en lille ændring i mellem aldersgrupperne. Det betyder, at der har været en lille forskydning mellem aldersgrupperne, forstået som en større stigning for særligt de +80 årige borgere end forventet.

Den største stigning ses i ændringen i aktivitetsniveauet mellem områderne. Det betyder, at der har været en forskydning af aktivitet fra praksissektoren til sygehussektoren for borgerne i Ishøj Kommune. Samlet set er borgerne i Ishøj Kommune i lidt mindre grad blevet behandlet i praksissektoren i 2018 end 2016 og i lidt højere grad i sygehussektoren. Det er en udvikling, som peger i den modsatte retning end ønsket om mere behandling i det nære sundhedsvæsen frem for på sygehuset. Det vil være relevant, at følge udviklingen for dette i 2019.

Tabel 2. Forskel mellem det forventede skøn og det faktiske forbrug af KMF

Betydning af	Effekt i alt	Effekt 1	Effekt 2	Effekt 3
	Forskel mellem SDS's skøn og det faktiske forbrug	Ændring i aktivitet niveau	Ændring i aktivitet ml. aldersgrupper	Ændring i aktivitet ml. områder
0-2 årige	491.840	-512.598	717.302	287.135
3-64 årige	218.265	-3.322.401	776.281	2.764.385
65-79 årige	-266.068	-3.562.877	681.214	2.615.595
80+ årige	1.169.780	-1.235.798	1.181.373	1.224.205
Ej aldersdiff.	-2.219.057	-335.838	-2.054.893	171.674
I alt	-605.240	-8.969.512	1.301.277	7.062.995
pct.	-0,7%	-9,7%	1,4%	7,6%

Kilde: Sundhedsdatastyrelsens (SDS) beregningsmodel og skøn samt data fra KØS

Kilder:

- **Udvikling af kommunal medfinansiering i Region Hovedstaden og kommuner fra 2013 – 2015**, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, 2018
https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Organisering-og-planer/LIS/Documents/Udvikling%20i%20kommunal%20medfinansiering%20i%20Region%20Hovedstaden%20og%20kommuner%20fra%202013%20til%202015_endelig%20med%20ju.pdf?rhKeywords=udvikling+i+kommunal+medfinansiering+i+region+hovedstaden+og+kommuner#search=udvikling%20i%20kommunal%20medfinansiering%20i%20region%20hovedstaden%20og%20kommuner