



Afrapportering fra
Arbejdsgruppen vedrørende gennemsigtighed
i
kommunal medfinansiering

Juni 2015

Indhold

Resume og anbefalinger	5
Indledning.....	5
Rapportens enkelte kapitler samt anbefalinger.....	6
Baggrund	13
Information stillet til rådighed af staten	14
Åbent eSundhed.....	14
Vurdering af Åbent eSundhed	14
Lukket eSundhed.....	14
Vurdering af Lukket eSundhed.....	17
KØS grunddata via forskermaskinen.....	18
Vurdering af KØS grunddata.....	18
Forslag til øget funktionalitet i det nye KØS.....	18
Den eksisterende regionale/kommunale ledelsesinformation i Region Hovedstaden – og erfaringer fra andre regioner.....	20
Region Hovedstaden.....	20
Region Sjælland.....	22
Region Syddanmark	22
Region Midtjylland.....	23
Region Nordjylland.....	24
Vurdering af det tværsektorielle data-samarbejde i andre regioner.....	25
Forslag til nye regionale indikatorer.....	27
De 10 procent dyreste borgere.....	28
Ældre medicinske patienter	32
Akutte genindlæggelser	36
Forslag til nye kommunale indikatorer.....	40
EOJ borgere (unikke) der modtager leveret hjemmehjælp.....	41
EOJ borgere der modtager planlagt hjemmesygepleje	44
Borgere der bor i plejecenter	46
Vurdering af de kommunale indikatorer	47
Sammenligning af kommuner – standardisering og kommunesocialgrupper	48
KMF-niveau	48
KMF-ændring.....	50
Standardiseret og faktisk (rå) vækst	52
Niveau og faktisk vækst	55

Vurdering.....	55
Bilag	57
1. Kommissorium	58
2. Arbejdsgruppens sammensætning	60
3. Fremsendte forslag til Statens Serum Institut vedrørende KØS standardudtræk fra eSundhed	61
4. Eksempel på afgrænsninger af data i det nye KØS i forhold til den kommunale indikator – borgere i plejecenter (forebyggelige diagnoser)	63
5. Sammenligning af kommuner via standardisering	64

Resume og anbefalinger

Indledning

Kommunekontaktudvalget for Region Hovedstaden havde i november 2014 en temadrøftelse om kommunal medfinansiering og den evaluering af ordningen, der var igangsat.

Det fremgik af drøftelserne, at kommunerne fandt det ganske svært at forstå, hvad der forårsager niveau for og udvikling i kommunal medfinansiering – og følgen blev, at der blev nedsat en regional/kommunal arbejdsgruppe, der udover at vurdere tilgængelig eksisterende information om kommunal medfinansiering, skulle komme med forslag til indikatorer, der øger gennemsigtigheden af, hvori niveau for og udvikling i kommunal medfinansiering består.

Denne rapport udgør arbejdsgruppens afrapportering.

Siden indførelsen af den kommunale medfinansiering i 2007 er der flere gange gennemført analyser typisk af årsager til vækst ud over det forventede. I alle analyser har det vist sig, at den uventede vækst i den kommunale medfinansiering kunne forklares ved flere gensidigt virkende faktorer.

Dette skyldes i overvejende grad, at området for den kommunale medfinansiering *er* meget komplekst. Bag de aggregerede tal for medfinansieringen, som kommunerne har adgang til, er der en række opdelinger og indimellem modgående forskydninger mellem disse. Til eksempel på kompleksiteten kan nævnes, at der i 2015 er 740 DRG-grupper¹ for indlagte patienter og 195 DAGS-grupper² for ambulante patienter. Staten foretager løbende tilpasninger i DRG-systemet³, hvilket medfører omlægning fra det stationære (DRG) område til det ambulante (DAGS) område og omvendt. Herudover omlægges flere takster til såkaldte gråzone-takster⁴, hvor taksten (prisen) er ens uanset, om behandlingen af patienten foretages under indlæggelse eller ambulante. Hvert år udgiver staten en ny takstvejledning, hvori de seneste afregningsregler for alle behandlingsniveauer og patientgrupper gennemgås herunder DRG-taksterne⁵, der udtrykker hospitalernes gennemsnitlige driftsudgifter beregnet på grundlag af hospitalsaktiviteten to år tidligere. Endelig kan der forekomme ændringer i registreringspraksis, registreringsregler eller organisatoriske ændringer i forskellige hospitalsfunktioner.

Kommunerne har vanskeligt ved at agere i dette komplekse set-up og påvirke den regionale aktivitet herunder ikke mindst, hvilke borgere der skal behandles og, hvad de skal behandles for. Kommunernes mulighed for at påvirke niveauet for eller udviklingen i kommunal medfinansiering må dermed betragtes som meget begrænset under den gældende model for den kommunale medfinansiering.

¹ DRG (diagnose relaterede grupper), der anvendes for indlagte patienter på somatiske afdelinger.

² DAGS (dansk ambulant grupperings system), der anvendes for ambulante patienter på somatiske afdelinger.

³ DRG-systemet anvendes ved udmøntning af den statslige aktivitetspulje, beregning af den kommunale medfinansiering, afregning af mellemregionale patienter på basisniveau, i forbindelse med takstfinansiering og som redskab til at analysere omkostninger og aktivitet på landets sygehuse.

⁴ I 2015 er der 209 gråzonetakster. Hvis der er fastsat en gråzonetakst for en given DRG-gruppe, afregnes det ambulante besøg eller det stationære forløb til gråzonetaksten, uanset om behandlingen foregår ambulante eller under indlæggelse.

⁵ DRG-taksterne udtrykker sygehuseenes gennemsnitlige driftsudgifter inden for hver DRG-gruppe. Taksterne bliver beregnet ved at koble den faktiske aktivitet og omkostningerne. Da DRG-taksten afspejler de gennemsnitlige omkostninger på landsplan, kan de afholdte udgifter for det enkelte sygehus både ligge over og under taksten.

Denne rapport er ligeledes underlagt ovenstående konstateringer af kompleksitet i den kommunale medfinansiering. Det er dog arbejdsgruppens overbevisning, at rapportens fund og anbefalinger vil bidrage til en bedre forståelse af såvel niveau for som udvikling i den kommunale medfinansiering. I rapporten kommer arbejdsgruppen med en række anbefalinger til initiativer og indikatorer, der kan fremme en øget gennemsigtighed af den kommunale medfinansiering for alle parter.

Parallelt med udarbejdelsen af denne rapport er der pågået en særskilt dialog mellem Region Hovedstaden og otte kommuner i Planområde Nord om udviklingen i den kommunale medfinansiering. Det har derfor været nærliggende i denne rapport at have et særligt fokus på disse kommuner. I rapporten er kommunerne i Planområde Nord som følge heraf fremhævet i tabeller og diagrammer, ligesom der flere steder i rapporten er foretaget en særskilt kommentering af niveau og udvikling for disse kommuner.

I forbindelse med udarbejdelsen af rapporten er arbejdsgruppen blevet kontaktet med henblik på, at der fremadrettet i tilsvarende rapporter arbejdes med en inddeling i hospitalsplanområder. Det er *ikke* arbejdsgruppens anbefaling at gå denne vej. Med den øgede specialisering af hospitalerne må det forventes, at kommunerne fremadrettet fortsat vil opleve, at en stor andel af medfinansieringen kan relateres til hospitalet i kommunens planområde. Men en nok stigende andel af medfinansieringen vil ske til andre hospitaler i regionen. Det kan overvejes at supplere den eksisterende kommunale ledelsesinformation med en opgørelse over, hvor stor en del af den kommunale medfinansiering, der kan henføres til det hospital, der er den enkelte kommunes planområdehospital.

I 2012 overgik den kommunale medfinansiering til at være ren aktivitetsbestemt, hvoraf medfinansieringen til somatisk hospitalsaktivitet udgør cirka 85 procent af den samlede kommunale medfinansiering. I forhold til væksten i medfinansieringen fra 2013 til 2014 i Region Hovedstaden kan op mod 90 procent forklares ved en stigning på det somatiske område. Som følge heraf har arbejdsgruppen valgt udelukkende at koncentrere sig om det somatiske hospitalsområde i denne rapport.

Rapportens enkelte kapitler samt anbefalinger

I kapitlet *”Information stillet til rådighed af staten”* gennemgås og vurderes de forskellige analyse- og udtræksværktøjer om kommunal medfinansiering og aktiviteten bag denne, der stilles til rådighed for kommuner og regioner af staten.

I 2014 etablerede Statens Serum Institut som en del af synlighedsreformen *Åbent eSundhed*, en offentlig formidlingsportal med sundhedsdata tilgængelig for alle. Opgørelser på det åbne eSundhed præsenteres på et aggregeret niveau med mulighed for at se data i enten tabel, diagram eller på danmarkskort. En række relevante sundhedsdata vises på regions- og kommuneniveau og præsenteres som henholdsvis faktiske opgørelser og som køns- og aldersstandardiserede opgørelser.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at ”Åbent eSundhed” er anvendeligt for regioner og kommuner til at skabe et overordnet overblik over udviklingen på sundhedsområdet og for at benchmarke sig på landsplan.

Lukket eSundhed er en lukket portal for formidling af sundhedsdata til regioner og kommuner. Det lukkede eSundhed blev etableret med indførelsen af kommunal medfinansiering i 2007. Herigennem specificeres

afregningsdata på aktivitetsområder og på regions- og kommuneniveau, og det er muligt gennem standardtabeller at se forskellige dimensioner af aktivitet og medfinansiering.

I 2010 blev Lukket eSundhed udvidet med analyse- og udtræksværktøjet *KommunalØkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS)*. KØS henvender sig primært til kommunerne og deres behov for at tilgå sundhedsdata på individniveau efter finansieringsreformen på sundhedsområdet i 2007. I KØS er sundhedsdata beriget med oplysninger fra CPR-registeret og arbejdsmarkedsdata fra Beskæftigelsesministeriets DREAM-register. Via KØS er det muligt (for en kommune) at indlæse cpr-numre, få disse beriget med sundhedsdata og få information retur i aggregeret form.

KØS er et anvendeligt analyseværktøj, men også vanskeligt at navigere rundt i. Som følge heraf lancerede Statens Serum Institut *det nye KØS*. Intentionen med det nye KØS er at stille sundhedsdata koblet med eksterne registerdata til rådighed for regioner og kommuner i en mere brugervenlig løsning og dermed nå ud til en bredere målgruppe. Det nye KØS består af en række helt faste standardudtræk, et peg-og-klik analysemiljø og et mere avanceret analysemiljø. Det nye KØS blev lanceret i slutningen af 2014, og er fortsat under udvikling.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at Lukket eSundhed herunder det gamle KØS og det nye KØS er et væsentligt og brugbart analyseværktøj for regionerne og kommunerne i deres arbejde med kommunal medfinansiering og udviklingen i den bagvedliggende aktivitet.

Statens Serum Institut modtager gerne forslag til relevante standardudtræk i det nye KØS. Arbejdsgruppen har benyttet denne mulighed og indsendt forslag til Statens Serum Institut om otte standardudtræk til det nye KØS, der efter arbejdsgruppens opfattelse vil understøtte gennemsigtighed i niveau for og udvikling i kommunal medfinansiering. Blandt forslagene er standardudtræk med prognoser på kommuneniveau for kommunal medfinansiering, standardudtræk med opgørelse af kronikere, gråzonepatienter med flere.

For interesserede i det nye KØS kan arbejdsgruppen viderebringe, at KL og Statens Serum Institut i samarbejde udbyder en række kurser i brugen af det nye KØS i sensommeren/efteråret 2015 og, at det nye KØS vil være ét blandt flere emner på efterårets DRG-konference 2015.

Det er arbejdsgruppens anbefaling:

- At alle kommuner prioriterer at anvende de mange og værdifulde data, der stilles til rådighed af staten via eSundhed (åbent såvel som lukket) vedrørende kommunal medfinansiering og den bagvedliggende aktivitet
- At den permanente arbejdsgruppe vedrørende data om økonomi og aktivitet (sundhedsaftalen) udarbejder en "best practice" i forhold til anvendelsesmulighederne i eSundhed herunder særligt det nye KØS
- At den permanente arbejdsgruppe vedrørende data om økonomi og aktivitet følger op overfor Statens Serum Institut i forhold til arbejdsgruppens forslag om otte standardudtræk til det nye KØS

- At den permanente arbejdsgruppe vedrørende data om økonomi og aktivitet forestår udvikling og udgivelse af en mekanisk prognose for kommunal medfinansiering (indeværende år) på kommuneniveau indtil dette bliver et standardudtræk i det nye KØS

I kapitlet ”*Den eksisterende regionale/kommunale ledelsesinformation i Region Hovedstaden – og erfaringer fra andre regioner*” gennemgås og vurderes den fælles udviklede kommunale ledelsesinformation, der udgives i samarbejde mellem kommunerne i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden. Fokus for denne ledelsesinformation er de samarbejdsflader, der reguleres i sundhedsaftalerne og i øvrigt fylder i det lokale samarbejde i Samordningsudvalgene.

Der rapporteres her kvartårligt for somatikken på genoptræningsplaner, 0-dages indlæggelser, akutte genindlæggelser, færdigbehandlede dage og forebyggelige (gen)indlæggelser. For psykiatrien rapporteres ligeledes kvartårligt på liggetid, akutte genindlæggelser, unikke cpr-numre der har genindlæggelser og færdigbehandlede dage. Herudover rapporteres halvårligt på overflytninger mellem hospitalerne i Region Hovedstaden.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at den i fællesskab udviklede kommunale ledelsesinformation er nyttig og brugbar for samarbejdsfladerne mellem region og kommuner.

En indhentning af erfaringer fra landets øvrige regioner viste, at billedet i de fleste øvrige regioner er det samme som i Region Hovedstaden, idet der i mere eller mindre faste kadencer udarbejdes rapporter til understøttelse af de samarbejdsflader, der reguleres i sundhedsaftalerne. I alle regioner er der også over årene udarbejdet særlige analyser knyttet til kommunal medfinansiering. En enkelt region er ophørt med at udgive faste rapporter vedrørende kommunesamarbejdet.

Tre ud af de fem regioner udarbejder supplerende mekaniske prognoser over kommunal medfinansiering.

Det er arbejdsgruppens anbefaling:

- At den fælles kommunale ledelsesinformation fortsætter som hidtil og udvikles i takt med de behov, der opstår i det videre arbejde med sundhedsaftalerne og som prioriteres i forlængelse af denne rapport
- At den fælles kommunale ledelsesinformation udvides med en mekanisk prognose på kommuneniveau for kommunal medfinansiering, indtil denne bliver et standardudtræk i det nye KØS
- At såvel kommuner som regioner løbende erfaringsudveksler med andre kommuner og regioner og i fællesskab lægger pres på staten for at lægge flere nyttige standardudtræk i det nye KØS, hvorved arbejdet med næsten ens rapporteringer i flere regioner kan minimeres.

I kapitlet ”*Forslag til nye regionale indikatorer*” har arbejdsgruppens fokus været at skabe større åbenhed om udviklingen i den kommunale medfinansiering og understøtte kommunernes behov for løbende information om årsager til udviklingen. Arbejdsgruppen har herudover skelet til de fokusområder, der peges på i nationale såvel som regionale aftaler herunder sundhedsaftalen for 2015 til 2018 mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen.

Arbejdsgruppen har valgt at se på de dyreste borgere, ældre medicinske patienter og genindlæggelser.

I rapporten belyses, hvor stor en del af den kommunale medfinansiering de 10 procent *dyreste borgere* på kommuneniveau udgør i 2014 og, hvor grænseværdien for de 10 % dyreste er placeret i kroner.

Analysen viser, at grænseværdien for de 10 procent dyreste borgere varierer omkring det regionale gennemsnit på 19.500 kroner, hvor den øvre grænse er 22.000 kroner og den nedre grænse er 17.500 kroner. Variationen indikerer forskel i omkostningsmæssig tyngde for de borgere, der er defineret som de dyreste. Markante ændringer i denne grænseværdi vil kunne indikere udsving i medfinansieringen til de dyreste borgere og give anledning til en dybere analyse af forbruget hos denne gruppe af borgere.

Endvidere viser analysen, at de 10 procent dyreste borgere står for mellem 55 procent og 60 procent af den kommunale medfinansiering til somatisk hospitalsbehandling, mens de 10 procent dyreste borgere inden for det psykiatriske område står for mellem cirka 40 procent og 50 procent af den kommunale medfinansiering til psykiatrisk hospitalsbehandling. Variationen her er relativt begrænset mellem kommunerne, men et væsentligt fund er denne relativt lille borgergruppes markante andel af udgifterne til kommunal medfinansiering, hvilket bidrager til en øget gennemslagskraft i medfinansieringen. Endelig er det forventningen, at yderligere analyser kan bidrage til at retningsbestemme såvel regional som kommunal indsats og ikke mindst samarbejdet mellem disse.

Beslattes det at arbejde videre med de dyreste patienter, er det på baggrund af analysen arbejdsgruppens vurdering, at grænsen på 10 procent nok er for høj og, at der inden eventuel rapportering udarbejdes tilsvarende analyser, men med eksempelvis de fem procent dyreste borgere.

I rapporten belyses endvidere en række nøgletal for *den ældre medicinske patient*. I mangel af en fælles national definition for den ældre medicinske patient har arbejdsgruppen fastlagt en, og videreformidlet denne til Statens Serum Institut til inspiration. Andelen af ældre medicinske patienter ud af samtlige indlagte ældre patienter udgør på kommuneniveau mellem 11 procent og 16 procent. Der er en pæn sammenhæng mellem den enkelte kommunes grænseværdi for de 10 procent dyreste borgere, og den andel de ældre medicinske patienter udgør af alle indlagte ældre patienter.

I analysen ses på den procentvise ændring fra 2013 til 2014 i antallet af ældre medicinske patienter, der kommunevist udviser en variation fra 3 procent til godt 6 procent. Endvidere belyses den procentvise ændring i antallet af ambulante besøg og antallet af indlæggelser for de ældre medicinske patienter. Der er tydeligt sammenhæng i form af, at væksten i aktivitet vedrørende ældre medicinske patienter sker i kommuner, der har oplevet en stor vækst i kommunal medfinansiering fra 2013 til 2014.

Det er således arbejdsgruppens vurdering, at løbende opfølgning på en indikator for den aktivitet, der vedrører ældre medicinske patienter, vil kunne bidrage til et mere nuanceret billede af udviklingen i kommunal medfinansiering.

I analysen af *akutte genindlæggelser* (herunder forebyggelige) fokuseres på antallet af unikke indlagte patienter samt på liggetiden for de primærindlæggelser, der ligger forud for en genindlæggelse, og på antallet af dage mellem primærindlæggelsen og genindlæggelsen. Arbejdsgruppen lægger hermed op til en yderligere specificering af den rapportering om genindlæggelser, der allerede sker i dag i den fælles kommunale ledelsesinformation.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at den skitserede udvidelse af rapporteringen på genindlæggelser også vil kunne bidrage til et mere nuanceret billede af udviklingen i kommunal medfinansiering.

Det er arbejdsgruppens anbefaling:

- At den eksisterende fælles ledelsesinformation udvides med indikatorer for:
 - De dyreste borgere
 - De ældre medicinske patienter
 - Akutte genindlæggelser (herunder af forebyggelige)
- At disse forslag ressourcemæssigt prioriteres sammen med de øvrige forslag i denne rapport og, at denne prioritering sker ud fra en vurdering af, hvad der bedst bidrager til øget gennemsigtighed omkring niveau og udvikling i kommunal medfinansiering.

I kapitlet *”Forslag til nye kommunale indikatorer”* har arbejdsgruppen taget udgangspunkt i det nye KØS, hvorfra kommunerne selv kan trække sundhedsdata. I det nye KØS er det muligt at koble sundhedsdata med kommunernes Elektroniske OmsorgsJournaler (EOJ) og herved se aktivitet og kommunal medfinansiering for borgere, der er kendt af kommunen. Der foreslås indikatorer for akutte indlæggelser og akutte forebyggelige indlæggelser af ældre 65+årige borgere, der henholdsvis får leveret hjemmehjælp, planlagt hjemmesygepleje eller er bosiddende på et plejecenter.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at udvikling på disse områder er væsentlige at følge, når udviklingen i den kommunal medfinansiering skal vurderes.

Det skal bemærkes, at det nye KØS er under udvikling, hvorfor indikatorerne i kapitlet præsenteres på grundlag af data for 2012 og 2013. Herudover skal bemærkes, at data for borgere i plejecenter er under videreudvikling, hvorfor indikatorer for borgere i plejecenter blot beskrives. Endelig skal det bemærkes, at kvaliteten af datagrundlaget for EOJ er afhængigt af kommunal indberetning til Danmarks Statistik. Resultaterne for de kommunale indikatorer gengives ikke her i resumeet begrundet i, at det nye KØS er under udvikling.

Det er arbejdsgruppens anbefaling:

- At alle kommuner anvender det nye KØS, hvorfra det er muligt at følge udviklingen i kommunal medfinansiering herunder borgere der modtager hjemmehjælp, hjemmesygepleje eller bor i plejecenter
- At der i alle kommuner sættes fokus på korrekt indberetning af data fra kommunernes Elektroniske OmsorgsSystemer (EOJ), så det på sigt bliver muligt at anvende indikatorerne i det regionale/kommunale samarbejde som fælles indikatorer
- At den permanente arbejdsgruppe vedrørende data om økonomi og aktivitet udarbejder en fælles ”best practice” for anvendelse af det nye KØS på de nævnte områder.

I kapitlet ”*Sammenligning af kommuner – standardisering og kommunesocialgrupper*” omtales en større analyse, arbejdsgruppen har gennemført. Analysen indgår i sin helhed inklusiv metodebeskrivelse i rapporten som bilag. Analysen er gennemført med det formål at komme tættere på niveauet for kommunal medfinansiering og udviklingen heri.

Dette er sket ved at køns- og aldersstandardisere udgifterne til kommunal medfinansiering for at kunne beskrive og sammenligne medfinansieringsniveauet for de enkelte kommuner uafhængigt af den enkelte kommunes konkrete køns- og alderssammensætning. Dette gøres med to håndgreb: (1) Der omregnes til 2015-pl og den enkelte kommune ”lægges ind” i Danmarks 2015-befolkning. Med andre ord, alt forbrug af kommunal medfinansiering af somatisk aktivitet i 2012, 2013 og 2014 omregnes til 2015-pl. (2) Når der dernæst standardiseres for 2012, 2013 og 2014, bruges Danmarks befolkning i 2015 som standardbefolkning for alle tre år. Ved at lægge det hele om i 2015-pl og Danmarks 2015-befolkning, kan alle forskelle mellem 2012, 2013 og 2014 (for den enkelte kommune og kommunerne indbyrdes) henføres til forskelle i de enkelte kommuners (netto)forbrug af kommunal medfinansiering. Herudover sammenholdes standardiseret vækst med faktisk (rå) vækst og endelig sammenholdes niveau og faktisk (rå) vækst.

Analysen er foretaget for årene 2012, 2013 og 2014 i samme pris- og lønniveau, hvilket har gjort det muligt at forholde sig til udviklingen over tid. Herudover sammenholdes standardiseret vækst med faktisk (rå) vækst og endelig sammenholdes niveau og faktisk (rå) vækst.

Med det formål at finde mulige mønstre er den enkelte kommune placeret i en af fire kommunesocialgrupper i henhold til den opdeling, som ForskningsCenter for Forebyggelse og Sundhedsfremme (FCFS) har anvendt i forbindelse med Sundhedsprofil 2013.

I forhold til *niveau* for kommunal medfinansiering viser analysen:

- At kommuner i samme kommunesocialgruppe ligger tæt i niveau for kommunal medfinansiering
 - o *Kommunesocialgruppe 1* ligger i forhold til det regionale gennemsnit fastsat til 100 med indekssværdier i intervallet 87 – 99
 - o *Kommunesocialgruppe 2* ligger med indekssværdier i intervallet 99 – 107
 - o *Kommunesocialgruppe 3* ligger med indekssværdier i intervallet 104 – 113
 - o *Kommunesocialgruppe 4* ligger med indekssværdier i intervallet 117 – 118

I forhold til *standardiseret vækst* viser analysen:

- At stor vækst fra det ene år til det andet for en enkelt kommune ikke bringer den pågældende kommune til at afvige fra resten af kommunerne i samme kommunesocialgruppe. Selv med stor vækst, forbliver kommunen i gruppen
- At den standardiserede vækst fra 2013 til 2014 helt overvejende skyldes, at der er sket en vækst i forbruget/forstærket behandling.

I forhold til *standardiseret vækst i forhold til faktisk vækst* viser analysen:

- At der er stor sammenhæng mellem den standardiserede vækst og den faktiske vækst. Hermed skyldes også den faktiske vækst i kommunal medfinansiering i stort omfang, at forbruget er vokset/der er ydet en forstærket behandlingsindsats. Et forhold der kan være forstærket eller det modsatte af den faktiske befolkningsudvikling.

I forhold til *niveau i forhold til faktisk vækst* viser analysen:

- At der er sket stor vækst fra 2013 til 2014 i kommunal medfinansiering for enkelte kommuner i alle kommunesocialgrupper.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at den gennemførte analyse har bidraget med væsentlige informationer til forståelse af den kommunale medfinansierings niveau og udvikling. Men det er også arbejdsgruppens vurdering, at det kun er et første spadestik til en egentlig forståelse af, hvilke forhold det er relevant at forholde sig til, hvis en udvikling skal forudsiges og vel og mærke forudsiges i tide i forhold til, at der kan handles.

At gennemføre en analyse som den præsenterede i denne rapport lader sig normalt ikke gøre som en løbende driftsopgave, hverken i regionen eller i kommunerne. At udvikle modellen yderligere i forhold til den præsenterede analyse, vil ligge helt ud over mulighederne i driftsorganisationerne.

Det er arbejdsgruppens anbefaling:

- At det overvejes én gang årligt at gennemføre en analyse som den i denne rapport gennemførte
- At der findes midler til udvikling af en egentlig screeningsmodel, der kan bidrage til at identificere områder, hvor der fra det ene år til det andet sker en stor stigning i den enkelte kommunes kommunale medfinansiering
- At sidstnævnte opgaven løses eksternt på konsulentbasis og i samarbejde med region og kommunerne i hovedstadsregionen.

Baggrund

På møde i Kommune Kontaktudvalget (KKU) den 14. november 2014 var der en temadrøftelse om kommunal medfinansiering og den på det tidspunkt igangsatte evaluering af kommunal medfinansiering.

Kommunerne fremhævede, at det er ganske svært at forstå, hvad der forårsager niveau for og udvikling i den kommunale medfinansiering, at den kommunale medfinansierings indhold og retning er meget lidt transparent.

I forlængelse heraf aftaltes det at nedsætte en arbejdsgruppe med det formål, at gennemgå og vurdere eksisterende information og, at fremkomme med forslag til indikatorer, der øger gennemsigtigheden i, hvad der forårsager ændringer i udgifterne til kommunal medfinansiering.

Arbejdsgruppen blev nedsat med reference til Udviklingsgruppen vedrørende data om økonomi og aktivitet, der refererer til Den Administrative Styregruppe.

Kommissorium og sammensætning af arbejdsgruppen fremgår af bilag 1 og 2.

Information stillet til rådighed af staten

Statens Serum Institut stiller forskellige analyse- og udtræksværktøjer til rådighed via instituttets informationsportal eSundhed, der består af både en åben og lukket portal. Herudover kan regionerne og kommunerne søge om adgang til KØS grunddata via forskermaskinen på Statens Serum Institut.

I det følgende beskrives analyse- og udtræksværktøjer fra henholdsvis det åbne og lukkede eSundhed samt adgangen til KØS grunddata via forskermaskinen med fokus på analyse- og udtræksværktøjernes anvendelighed for regioner og kommuner i forhold til at skabe mere transparens i ledelsesinformationen om den kommunale medfinansiering.

Åbent eSundhed

Statens Serum Institut lancerede i 2014 eSundhed.dk, som er en åben portal. Via www.eSundhed.dk er det muligt at finde en række relevante informationer om aktiviteten i sundhedsvæsenet, som kommunerne medfinansierer. De forskellige opgørelser præsenteres på et aggregeret niveau med mulighed for at se data i enten tabel, diagram eller danmarkskort.

Til eksempel er det muligt at finde opgørelser på regions- og kommuneniveau med akutte indlæggelser, akutte medicinske indlæggelser, forebyggelige indlæggelser blandt ældre borgere samt indlæggelser af borgere i plejebolig, hvor data præsenteres som henholdsvis faktiske opgørelser og køns- og aldersstandardiserede opgørelser pr. 1000 indbygger.

Via eSundhed.dk er det endvidere muligt at tilgå overordnede opgørelser om danskernes sundhedstilstand fra forskellige sundhedsregistre eksempelvis Landspatientregisteret, Børnedatabasen, Kræftoverlevelse, Genoptræning med videre.

På nuværende tidspunkt er det muligt at se udviklingen i udgifter til medicintilskud, og på sigt vil eSundhed.dk ligeledes rumme andre opgørelser med sundhedsudgifter herunder kommunal medfinansiering.

Vurdering af Åbent eSundhed

Det er vurderingen, at eSundhed.dk kan anvendes af regioner og kommuner til at skabe sig et overordnet overblik over udviklingen på sundhedsområdet med mulighed for at benchmarke sig med landsplan samt øvrige regioner eller kommuner.

Lukket eSundhed

Beskrivelsen af det lukkede eSundhed tager udgangspunkt i de analyse- og udtræksværktøjer, kommunerne har haft adgang til siden 2007 samt en introduktion til de nye KØS analyse- og udtræksværktøjer på det nye lukkede eSundhed, der blev etableret ultimo 2014.

For nuværende tilgås ældre og nye analyse- og udtræksværktøjer fra den nuværende portal for det lukkede eSundhed: <https://esundhed.sundhedsstyrelsen.dsdn.dk>. På sigt vil der blive etableret en selvstændig adgang til det nye lukkede eSundhed, som kommer til at indeholde en tidssvarende og fremtidssikret formidling af aktivitet i sundhedsvæsenet samt dertilhørende kommunal medfinansiering.

For at benytte analyse- og udtræksværktøjerne fra det lukkede eSundhed skal man oprettes som bruger og anvende digital medarbejdersignatur for at logge på portalen. Ansøgning og oprettelse til det lukkede eSundhed sker lokalt som oftest af en lokal administrator for eSundhed.

I det følgende beskrives kort følgende udtræksværktøjer fra det lukkede eSundhed:

- Afregningssiden
- Niveau 1
- Niveau 2
- Grunddata
- KØS brugergrænsefladen samt
- Det nye KØS

Afregningssiden

På afregningssiden er det muligt at se opgørelser for afregningen af henholdsvis den kommunale medfinansiering og kommunale finansiering, der finder sted mellem regioner og kommuner. Det er muligt at eksportere udtrækket til Excel som csv fil.

Niveau 1

Fra udtræksværktøjet Niveau 1 er det muligt at se opgørelser for afregningen af den kommunale medfinansiering samt fuldfinansiering på regions- og kommuneniveau fordelt på henholdsvis somatisk og psykiatrisk stationær og ambulant behandling samt fordeling af medfinansiering til almen lægepraksis opgjort på almen lægeydelser samt specialelægeydelser.

Det er muligt at eksportere udtrækket til Excel som csv fil.

Niveau 2

Niveau 2 indeholder summerede standardtabeller til belysning af den kommunale medfinansiering samt fuldfinansiering med et lidt højere detaljeringsniveau end Niveau 1.

Via Niveau 2 er det muligt at danne simple tabeller, hvor medfinansieringen eller fuldfinansieringen opgøres på henholdsvis somatik, psykiatri og almen lægepraksis (der afregnes alene medfinansiering under almen lægepraksis).

Udtrækket kan opgøres for enten aktivitet, produktionsværdi, medfinansiering eller fuldfinansiering for hele landet, regionerne eller kommuner med mulighed for at gruppere på enten behandlingssted, DAGS- eller DRG-gruppe eller alder og køn. Det endelige udtræk kan eksporteres til Excel som csv fil.

Grunddata

Fra Grunddata er det muligt for regioner og kommuner at tilgå sundhedsdata på individniveau. Det er alene muligt at hente data, hvor regionen eller kommunen har det fulde myndighedsansvar. Som kommune er det muligt at se individdata for kommunens egen genoptræning, færdigbehandlede psykiatriske eller somatiske patienter, ambulant genoptræning på sygehus eller vederlagsfri fysioterapi under almen praksis.

Udtrækket eksporteres til Excel som csv format.

KØS brugergrænsefladen

I 2010 blev adgangen til KommunalØkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS) udvidet med en brugergrænseflade på eSundhed. Baggrunden for etableringen af dette analyse- og udtræksværktøj var kommunernes stigende behov for at tilgå sundhedsdata på individniveau for at kunne udmønte intentionerne i struktur- og finansieringsreformen fra 2007.

Med KØS brugergrænsefladen kan regioner og kommuner tilgå sundhedsdata beriget med oplysninger fra CPR registeret og arbejdsmarkedsdata fra Beskæftigelsesministeriets DREAM register. KØS henvender sig primært til kommunerne, som ikke har samme mulighed som regionerne for at tilgå individdata. Fra KØS brugergrænsefladen kan der foretages avancerede udtræk med mulighed for at vælge data fra forskellige sundhedsområder samtidigt og afgrænse på dimensioner og tællevariable inden udtrækket foretages. Endvidere er det muligt at uploade CPR populationer på borgere eksempelvis fra de kommunale omsorgssystemer, hvorefter data i KØS afgrænses til denne gruppe borgere. For hvert udtræk er det muligt at se det samlede antal unikke borgere, udtrækket vedrører.

KØS brugergrænsefladen er et anvendeligt analyseværktøj for kommunerne, men er også vanskeligt at navigere i på grund af de mange afgrænsningsmuligheder. Som følge heraf har Statens Serum Institut udviklet en ny KØS løsning, hvorfor den nuværende KØS brugergrænseflade sandsynligvis udfases i løbet af 2015.

Det er muligt at eksportere udtræk fra KØS brugergrænsefladen til Excel eller SAS.

Det nye KØS

I slutningen af 2014 blev det nye KØS lanceret på eSundhed. Intentionen med det nye KØS er at stille KØS datagrundlaget til rådighed for regioner og kommuner i en mere brugervenlig løsning samt nå ud til en bredere målgruppe. Herudover er datagrundlaget udvidet så det ud over sundhedsdata og arbejdsmarkedsdata ligeledes omfatter kommunale omsorgsdata (EOJ), befolkningsdata, en angivelse af om borgerne enten bor i plejebolig eller har en kronisk lidelse eller specifik sygdom og det er muligt at fordele data ned på sogneniveau.

På nuværende tidspunkt arbejdes der fortsat på at udbygge datagrundlaget for borgere med kroniske lidelser eller specifikke sygdomme samt borgere i plejebolig.

Det nye KØS består af tre analyse- og udtræksværktøjer henholdsvis:

- KØS Standardudtræk
- KØS Analyse
- KØS Avanceret

KØS Standardudtræk

Fra KØS Standardudtræk bliver det muligt at tilgå præfabrikerede udtræk under syv hovedtemaer henholdsvis: Befolkningen, Børn & Unge, Over 65 år, Plejebolig, Arbejdsmarked, Hjemmehjælp og Kroniske lidelser. For nuværende er der standardudtræk under Børn & Unge, Borgere over 65 år samt Befolkningen.

I et standardudtræk præsenteres KØS data i tre udtrækstyper: En tabel, diagrammer og på danmarkskort. Tabellen viser faktiske tal og tal pr. 1000 indbygger, mens diagrammer og danmarkskort viser tal pr. 1000

indbygger. Som bruger skal der alene tages stilling til 1) udtrækstype samt, hvilke 2) år og 3) kommune(r) udtrækket skal vedrøre.

Udtræk kan eksporteres til pdf eller excelfil og eksempelvis indsættes i notater eller rapporter i forbindelse med ledelsesinformation.

KØS Analyse

Opbygningen af KØS Analyse er inspireret af Niveau 3 på eSundhed, som ikke er tilgængeligt på eSundhed. KØS Analyse understøttes af Excel Services, hvilket betyder at arbejdet med data foregår i en for mange velkendt pivottabel i Excel.

Fra KØS Analyse tilgår brugeren sundhedsdata opdelt på henholdsvis somatik, psykiatri og sygesikring med mulighed for at afgrænse sundhedsdata på, hvad der medfinansieres og fuldfinansieres af kommunerne. Alt efter hvilket dataperspektiv, der vælges, tilpasses dimensioner og tællevariable. Det er således ikke muligt for brugeren at foretage et ”forkert” udtræk, da der altid vil være en relation mellem dimensioner og tællevariable.

I KØS Analyse er det muligt at se arbejdsmarkedsdata i relation til sundhedsydelser eksempelvis opgørelser af indlæggelser for borgere på overførselsindkomst.

Det er muligt at gemme afgrænsningerne i et udtræk og eksempelvis månedsvis hente udtrækket fra KØS Analyse, når KØS data er opdateret. Udtræk fra KØS Analyse kan eksporteres til Excel.

KØS Avanceret

Som bruger kan man fra KØS Avanceret tilgå det fulde KØS datagrundlag bestående af sundhedsdata beriget med arbejdsmarkedsdata, kommunale omsorgsdata (EOJ), befolkningsdata, angivelse af borgere med kroniske lidelser eller specifikke sygdomme og borgere i plejebolig. Herudover er datakvaliteten forbedret, og der er dannet en række hjælpemarkører, som gør KØS Avanceret brugervenligt.

Blandt hjælpemarkørerne kan eksempelvis nævnes muligheden for at afgrænse på de forebyggelige indlæggelser, mulighed for at opdele indlæggelser på indlæggelsestidspunkt, mulighed for at afgrænse på bidiagnoser og procedurekoder, fordele data på sognedistrikter, mulighed for at benytte ”antal unikke CPR” som tællevariabel etcetera.

I KØS Avanceret kan der foretages udtræk med afgrænsning på tværs af de tilgængelige dataområder somatik, psykiatri, almen lægepraksis og befolkningsdata. Endvidere er det muligt at uploade CPR populationer i KØS Avanceret således, at primært kommunerne kan foretage analyser med specifikke borgere kendt af kommunen eksempelvis borgere i plejebolig eller modtagere af hjemmehjælp.

Afgrænsningerne fra et udtræk kan gemmes og eksempelvis hentes månedligt, når KØS data er opdateret. Det er muligt at eksportere udtræk fra KØS Avanceret til Excel.

Vurdering af Lukket eSundhed

Fra eSundhed er det muligt for regioner og kommuner at tilgå relevante sundhedsdata til statistik og analysebrug.

Udbuddet af forskellige analyse- og udtræksværktøjer giver muligheden for overordnede såvel som detaljerede analyser primært af relevans for kommunerne, der qua den manglede adgang til individdata på sundhedsområdet får værktøjer, som blandt andet kan understøtte forebyggelsesrelaterede opgaver på sundhedsområdet.

I forhold til at skabe mere transparens i udviklingen af den kommunale medfinansiering kunne et oplæg til Statens Serum Institut være, at det fra KØS Standardudtræk bliver muligt at hente standardudtræk med prognoser for kommende års udvikling i den kommunale medfinansiering samt standardudtræk med historiske standardiserede data for den kommunale medfinansiering baseret på den demografiske udvikling og forbrugskvoter. Herved bliver det muligt for regionen og kommunerne at estimere udgifter til den kommunale medfinansiering og benchmarke sig med nøglekommuner.

KØS grunddata via forskermaskinen

I 2014 blev KØS maskinen, som fysisk var placeret på Statens Serum Institut, erstattet af en fjernadgang til KØS grunddata via forskermaskinen på Staten Serum Institut.

Fjernadgangen til KØS grunddata betyder, at flere brugere kan tilgå KØS grunddata samtidigt og det "hjemmefra". Som bruger tilgår man det fulde KØS datagrundlag på krypteret individniveau og kan foretage avancerede analyser, modellere data og koble egne CPR populationer på KØS grunddata.

Dataarbejdet foregår med analyseværktøjet SAS og forespørgslerne foregår hurtigt, da fjernadgangen understøttes af en effektiv server. Har kommunen ikke selv en SAS ressource er det muligt at benytte en ekstern SAS ressource.

Udtræk fra KØS grunddata må alene anvendes til statistik og analyseformål og ikke til sagsbehandling af enkeltpersoner. Udtræk skal derfor være på et aggregeret niveau inden de sendes til brugerens arbejdsmail.

Vurdering af KØS grunddata

Den nye fjernadgang til KØS grunddata er en væsentlig forbedring i forhold til den tidligere KØS maskine. Der kan foretages mange spændende analyser med data fra KØS grunddata, men det er væsentligt at fremhæve at mange analyser også kan foretages ved anvendelse af analyse- og udtræksværktøjerne fra det lukkede eSundhed.

Forslag til øget funktionalitet i det nye KØS

Det nye KØS er fortsat i en udviklingsproces og arbejdsgruppen har vurderet, at det aktuelt er muligt at påvirke *prioriteringen af udviklingsønsker hos Statens Seruminstitut*.

På vegne af hele arbejdsgruppen er der til Statens Seruminstitut fremsendt forslag om etablering af følgende standardudtræk:

- Kommunal medfinansieringsprognose for et kommende år på kommuneniveau
- Kommunal medfinansieringsprognose for det indeværende år

- Medfinansiering pr. indbygger
- Standardiseret medfinansiering (køn- og aldersstandardisering)
- Standardiserede opgørelser med kronikere
- Standardiserede opgørelser for borgere med multiple kroniske lidelser
- Medfinansieringsudgifter til gråzonepatienter
- Andelen af gråzonekontakter ud af samtlige hospitalskontakter

Forslagene til KØS standardudtræk er udbygget med anbefaling af metoder og afgrænsninger, hvilket fremgår af bilag 3 til denne rapport.

Den eksisterende regionale/kommunale ledelsesinformation i Region Hovedstaden – og erfaringer fra andre regioner

I dette afsnit præsenteres først hvad Region Hovedstaden udarbejder af data til belysning af det tværsektorielle samarbejde. Derefter præsenteres resultatet af en rundspørge arbejdsgruppen har foretaget til de øvrige regioner. I afsnittet beskrives datasamarbejdet mellem region og kommuner i hovedstadsregionen og i de øvrige regioner i Danmark. Der er lavet en opgørelse over de løbende og faste opgørelser af data, der udarbejdes i samarbejdet og en opgørelse over hvilke ad hoc analyser, der foretages. Der er i arbejdsgruppens videre arbejde med gennemslagsindikatorer taget udgangspunkt i bl.a. erfaringerne fra samarbejdet i de øvrige regioner.

Region Hovedstaden

For løbende at følge udviklingen i samarbejde mellem kommunerne i hovedstadsområdet og Region Hovedstadens Hospitaler udarbejdes der løbende ledelsesinformation indenfor følgende områder

- Sundhedsaftalen - det somatiske område – 1 gang i kvartalet
- Sundhedsaftalen - forebyggelige (gen)indlæggelser– 1 gang i kvartalet
- Sundhedsaftalen – det psykiatriske område – 1 gang i kvartalet
- Overflytninger mellem hospitalerne i Region Hovedstaden– 1 gang pr halvår

Kendetegnede for de 3 første ledelsesinformationer er, at de ikke er udarbejdet med henblik på at understøtte viden om den kommunale medfinansiering, men er rettet mod de aktivitetsområder, hvor kommuner og region har samarbejde enten i form af patientovergange mellem sektorerne eller forebyggende indsats.

Ledelsesinformationen er bygget op så den giver et overblik og sætter fokus på udviklingen i aktiviteten for den enkelte kommune, hospital og samordningsudvalg. Spørgsmål af typen ”hvorfor” bliver ikke besvaret, men kræver iværksættelse af yderligere analyser.

Indikatorerne, der monitoreres på, tager som udgangspunkt afsæt i de af Statens Seruminstitut fastsatte definitioner. Dog er der flere steder hvor kommuner og regionen i fællesskab er enige om at fravige definitioner fra Statens Serum Institut, da specielle forhold i hovedstadsregionen influerer på data. Eksempelvis genindlæggelser, hvor data om indlæggelsesforløb kobles på tværs af hospitaler og derfor viser ”ægte” genindlæggelser og ikke alle genindlæggelser, der generes, fordi patienten bliver overflyttet til andet hospital under indlæggelsen.

For at tage højde for manglende og/eller fejlbehæftede indberetninger til LPR – generes data for aktuel måned først 2 måneder senere. Aktuel datagrundlag er derfor altid 2 måneder gammelt.

Ledelsesinformation vedrørende sundhedsaftalerne fremsendes til samtlige kommunale hovedpostkasser samt hospitalsdirektionerne og indgår som udgangspunkt for drøftelser om aktuelle tiltag i samordningsudvalgene.

Indenfor det somatiske området er det valgt at monitorere på

- Fordelingen af genoptræningsplaner på typer
- 0-dagsindlæggelser
- Akutte genindlæggelser inden for 30 dage
- Færdigbehandlede dage
- Forebyggelige (gen)indlæggelser

Indenfor det psykiatriske området er det valgt at monitorere på

- Liggetid
- Akutte genindlæggelser inden for 30 dage
- Unikke CPR-numre, som er genindlagt
- Færdigbehandlede dage

Ledelsesinformation om overflytninger af patienter mellem hospitalerne i Region Hovedstaden viser både aktivitet og kommunal medfinansiering fordelt på kommuner og hospitaler.

Ad hoc analyser:

Der har siden regionens dannelse løbende været udarbejdet ad hoc analyser relateret til den kommunale medfinansiering:

- Specialanalyse af kommunal medfinansiering for udvalgte kommuner 2009-2010
- Analyse af det ambulante område og speciallægeområdet
- Rapport om børn med livsstilsygdomme
- Analyse af forebyggelige indlæggelser- herunder udtrækskriterier
- Rapport om kommunal medfinansiering 2012-2013
- Analyse af korttidsindlæggelser

Region Sjælland

Der udarbejdes et omfattende materiale i Region Sjælland bestående af både faste og ad hoc leverancer.

Faste leverancer

- Kommunal medfinansiering
 - Der udgives en prognose tre gange om året og fjerde gang er det regnskabet. Prognosen udarbejdes på regionsniveau for sygehussektoren, sygesikringen og for den kommunale finansiering (de tre bilag sendes ud sammen med dem). Prognoserne udarbejdes med udgangspunkt i udvikling i kommunal medfinansiering det foregående år.
 - Resultatindikatorerne leveres halvårligt. Opgørelsen består dels af en opgørelse på regionsniveau og dels en gennemgang for hver kommune. Her opgøres antal forebyggelige indlæggelse og kommunal medfinansiering hertil, antal genindlæggelser og kommunale medfinansiering hertil og antallet af færdigbehandlede patienter samt udgifterne hertil.
 - En gang årlig udgives en opgørelse over køns- og aldersstandardisering. Det køns- og aldersstandardiserede indeks viser forholdet mellem den faktisk afregnede kommunale medfinansiering, og det der ville være afregnet, såfremt kommunens udgifter til kommunal medfinansiering pr. borger i hver køns- og aldersklasse havde været som i Region Sjælland som helhed. Det køns- og aldersstandardiserede indeks er således korrigeret for forskelle mellem kommunerne med hensyn til befolkningens fordeling på køn og alder.
- Sundhedsaftaler

Som opfølgning på indholdet i sundhedsaftalerne er der herudover etableret en værktøjskasse med referencer til de enkelte dele af aftalen.

Ad hoc leverancer

Udover de faste leverancer, er der ligesom i Region Hovedstaden udarbejdet særlige analyser. Her nævnes for eksempel en liste over de 10 mest anvendte diagnoser for kontakt til sygehusvæsnet og tabeller over fordelingen af genindlæggelser på kommuner.

Region Syddanmark

I Region Syddanmark blev der i 2007 nedsat en gruppe, der skulle lave en liste over nøgletal, som blev præsenteret løbende for kommunerne på en hjemmeside, der blev kaldt det kommunale vindue. I arbejdsgruppen var kommunerne repræsenteret. Der var i gruppen enighed om, at de relevante opfølgningsemner var:

- Indlæggelser for forebyggelige sygdomme
- Genindlæggelser af borgere i Region Syddanmark
- Overførsler mellem Region Syddanmarks sygehuse

- Manglende færdigregistreringer
- Korte indlæggelser i Region Syddanmark
- Afregningstal vedrørende kommunal medfinansiering
- Registrerede genoptræningsplaner i Region Syddanmark

Der er løbende fulgt op på, hvor mange besøg siden havde, og det kommunale vindue blev i 2014 lukket, da arbejdet med at opdatere data ikke stod mål med anvendelsen af siden.

Der har, udover det kommunale vindue, været ad hoc efterspørgsler på større eller mindre analyser af forbruget fra forskellige kommuner, hvor regionen har deltaget.

Ad hoc leverancer:

Blandt andet har der været en større analyse af borgernes forbrug af sundhedsydelser i Esbjerg Kommune, hvor kommunen, regionen og sygehuset deltog.

Region Midtjylland

Faste leverancer

- Halvårlige nøgletal, som opfølgning på sundhedsaftalerne:
Udvikling i Kommunal medfinansiering for ambulante og stationære, udvikling i antal ambulante besøg og antal udskrivninger, antal udskrivninger pr. 1000 borgere, antal ambulante besøg pr. borger, kommunal medfinansiering pr. borger, forebyggelige indlæggelser pr. 1000 borgere, DRG-værdi pr. borger, gennemsnitlig antal sengedage, antal genoptræningsplaner og antal specialiserede genoptræningsplaner.
- Kvartalsvise prognoser for den kommunale medfinansiering og kommunale finansiering opdelt på kommuner. Her periodiseres på baggrund af erfaringerne fra foregående år. Eksempelvis vil den kommunale medfinansiering for perioden januar til oktober blive fremskrevet med en procentsats, der afspejler den andel, som udbetalingerne for januar til oktober 2013 kom til at udgøre set i forhold til slutopgørelsen for 2013 på data per 10. marts 2014. Det betyder, at medfinansieringen for januar til oktober 2014 er opskrevet med en faktor 1,22 med henblik på en prognose for aktivitetsåret 2014. Prognosen for sygesikring er baseret på betalingerne fra januar til september 2014, da opgørelsen af disse er forsinket med en måned i forhold til de øvrige opgørelser.

Ad hoc leverancer:

- Her nævnes regionale sidenotater om udvikling i kommunal medfinansiering for udvalgte kommuner - eksempelvis Ringkøbing-Skjern kommune

Region Nordjylland.

Faste leverancer:

- Der opgøres halvårligt data for målene i sundhedsaftalerne:
 - Færdigbehandlingsdage
 - Indlæggelser og udskrivninger herunder forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser somatik og psykiatri
 - Ventetider til udredning for det psykiatriske område
- Prognoser over kommunal medfinansiering på kommuneniveau opdateres kvartalsvis:
 - Opgøres på baggrund af det sidste år og de sidste tre år. Opgørelsen sker efter en prædefineret skabelon og periodisering. Prognoserne for kommunal medfinansiering er baseret på tidligere års aktivitetsmønster korrigeret for efterregistrering. Efterregistreringen er baseret på tidligere års registreringsmønster inden for de forskellige områder (somatik, psykiatri, sygesikring).
 - Den ene prognose tager udgangspunkt i mønstrene for 2011, 2012 og 2013 (vægtende med hhv. 25 og 50 procent), mens den anden prognose udelukkende baseres på 2013.
- Der er udarbejdet et ledelsesinformationssystem stillet til rådighed for kommunerne i Region Nordjylland. Systemet opdateres årligt.

Region	Faste leverancer		Ad hoc leverancer
	Sundhedsaftaler	Kommunal medfinansiering	
Hovedstaden	<p>Somatiske område opgøres kvartalsvist:</p> <p>Fordelingen af genoptræningsplaner på typer 0-dagsindlæggelser Akutte genindlæggelser inden for 30 dage Færdigbehandlede dage Forebyggelige (gen)indlæggelser</p> <p>Psykiatriske Liggetid Akutte genindlæggelser indenfor 30 dage</p> <p>Unikke CPR-numre, som er genindlagt</p> <p>Færdigbehandlede dage</p>	Her opgøres halvårligt antal overflytninger af patienter mellem hospitalerne i Region Hovedstaden, og der opgøres både aktivitet og kommunal medfinansiering fordelt på kommuner og hospitaler.	<p>Specialanalyse af kommunalmedfinansiering for udvalgte kommuner 2009-2010</p> <p>Analyse af det ambulante område og speciallægeområdet</p> <p>Rapport om kommunal medfinansiering 2012-2013</p> <p>Analyse af korttidsindlæggelser</p>
Sjælland	Værktøjskasse Referencer til vejledninger og retningslinjer	Prognose tre gange om året og fjerde gang er den regnskabet. Resultatindikatorerne leveres halvårligt. Køns- og aldersstandardiserede indeks	Analyser af udvikling i kommunal medfinansiering for udvalgte kommuner
Syddanmark	Faste leverancer standset, p.g.a. manglende brug af data stillet til rådighed.		Analyser af udvikling i kommunal medfinansiering for udvalgte kommuner
Midtjylland	Halvårlige nøgletal,	Kvartalsvis prognose på kommuneniveau	Analyser af udvikling i kommunal medfinansiering for udvalgte kommuner
Nordjylland	Ledelsesinformationssystem, opdateres årligt Mål i sundhedsaftaler opdateres halvårligt	Kvartalsvise prognoser på baggrund af sidste år og sidste tre år. Opgøres på kommuneniveau.	

Vurdering af det tværsektorielle data-samarbejde i andre regioner

- 4 ud af 5 regioner udarbejder nøgletal til brug for opfølgning på sundhedsaftalerne
- 3 ud af 5 regioner udarbejder prognoser for forventet kommunal medfinansiering. Prognoserne udarbejdes primært på baggrund af foregående års afregning
- Alle regioner gennemfører uanset om der udarbejdes prognoser eller ej ad hoc analyser til belysning af den kommunale medfinansiering

Arbejdsgruppen vil på baggrund af erfaringerne fra de øvrige regioner i Danmark anbefale, at der fremadrettet udarbejdes kvartalsvise mekaniske prognoser for den kommunale medfinansiering. Prognoserne foreslås udarbejdet på kommuneniveau med inspiration fra modellen fra Region Midtjylland.

Forslag til nye regionale indikatorer

Et væsentligt bidrag i denne rapport er forslag til nye indikatorer, der kan fremme gennemsigtighed i den kommunale medfinansiering.

Intentionen med de nye indikatorer er, at skabe større åbenhed om udviklingen i den kommunale medfinansiering samt at understøtte kommunernes behov for løbende information om, hvad der kan være forklarende årsager til aktivitetsudviklingen af den kommunale medfinansiering i Region Hovedstaden.

Kriterierne for de indikatorer, der indgår i denne rapport, er inspireret af den debat, der foregår internt i Region Hovedstaden, om aktivitetsudviklingen i den kommunale medfinansiering og af de fokusområder, der peges på i nationale såvel som regionale aftaler herunder sundhedsaftalen for 2015 til 2018 mellem Region Hovedstaden og kommunerne i hovedstadsregionen.

Arbejdsgruppen foreslår, at Region Hovedstadens eksisterende ledelsesinformation udvides til ligeledes at omfatte udviklingen i følgende otte regionale indikatorer:

- Aktivitetsbestemt medfinansiering for de 10 procent dyreste somatiske patienter
- Aktivitetsbestemt medfinansiering for de 10 procent dyreste psykiatriske patienter

- Antal unikke ældre medicinske patienter
- Antal indlæggelser af ældre medicinske patienter
- Antal ambulante besøg af ældre medicinske patienter

- Akutte unikke genindlagte patienter
- Liggetiden for primærindlæggelser
- Antal dage mellem primærindlæggelse og genindlæggelse

Med oplægget til regionale indikatorer har arbejdsgruppen forsøgt at imødekomme efterspørgslen på en række aktivitetsindikatorer herunder fokus på de dyreste patienter. Fokus på den ældre medicinske patient, der ofte er kendetegnet ved et stort forbrug af hospitalsydelser qua flere samtidige medicinske lidelser herunder kroniske sygdomme, og endelig et fokus på akutte genindlæggelser inklusiv forebyggelige indlæggelser.

I forhold til den ældre medicinske patient foreligger der ikke en national definition af, hvad det vil sige at være ældre medicinsk patient. Arbejdsgruppen har besluttet at afgrænse den ældre medicinske patient ved følgende kriterier: 1) Patienten skal være 65 år ved (første) indlæggelse, 2) Patienten skal være indlagt mindst tre gange på en medicinsk afdeling inden for de seneste 12 måneder og 3) den medicinske afdeling er afgrænset ved hjælp af de medicinske specialer⁶.

I Region Hovedstaden har særligt kommunerne i planområde Nord⁷ oplevet en stigning i den kommunale medfinansiering fra 2013 til 2014. Som følge heraf har kommunerne i planområde Nord indtaget en særlig rolle i forbindelse med den praktiske test af indikatorerne. I rapporten kommer dette til udtryk ved, at alle opgørelser med indikatorerne afbilder kommunerne i planområde Nord med en rød farve i søllediagram-

6 Intern medicin, Geriatri, Hepatologi, Hæmatologi, Infektionsmedicin, Kardiologi, Med. Allergologi, Med. Endokrinologi, Med. Gastroenterologi, Med. Lungesygdomme, Nefrologi, Reumatologi, Dermato-venerologi, Neurologi og Onkologi.

7 Kommunerne i planområde Nord omfatter: Allerød, Helsingør, Frederikssund, Hørsholm, Hillerød, Gribskov, Fredensborg og Halsnæs.

merne, mens øvrige kommuner har fået en blå farve. Region Hovedstaden (alle kommuner) fremstår i diagrammerne med gul farve.

Nedenfor præsenteres de otte regionale indikatorer under følgende tre overskrifter:

- De 10 procent dyreste borgere
- Ældre medicinske patienter
- Akutte genindlæggelser

De 10 procent dyreste borgere

Arbejdsgruppen har valgt at se på, hvor stor en del af kommunal medfinansiering de 10 procent dyreste borgere står for samt grænseværdien for de 10 procent dyreste fordelt på kommuner.

Der medtages kun medfinansiering knyttet til hospitalsaktivitet og genoptræning under indlæggelse. Der er set på de 10 procent dyreste somatiske patienter, de 10 procent dyreste psykiatriske patienter og de 10 procent dyreste i alt, som det fremgår af tabel 3.

Beregningen er foretaget på følgende måde:

- Summen af den kommunale medfinansiering er beregnet som hospitalsaktivitet per CPR nummer. Metoden til beregningen er en summering af de samlede udgifter til sygehusforbrug (kommunal medfinansiering) pr. cpr nr indenfor et år.
- Der beregnes en 10 procent percentil. 10 procent percentilen angiver den samlede kommunale medfinansiering, hvor 10 procent af cpr-numrene er over og 90 procent under. 10 procent percentilen angiver, hvor stor den samlede kommunale medfinansiering mindst skal være for at en given patient er en del af de 10 procent dyreste patienter. En høj værdi angiver dermed at kommunens dyreste patienter er relativt dyre sammenlignet med de øvrige kommuner.

Udviklingen fra 2013 og 2014 har været meget lille, hvorfor der i dette afsnit kun er medtaget tal for 2014.

Tabel 2. Antal dyreste patienter (10 procent percentil) 2014

Kommune	Antal dyreste patienter (10 procent percentil)
Albertslund	1.151
Allerød	1.152
Ballerup	2.352
Bornholm	2.603
Brøndby	1.779
Dragør	761
Egedal	1.613
Fredensborg	1.868
Frederiksberg	4.534
Frederikssund	2.513
Furesø	1.827
Gentofte	3.265
Gladsaxe	2.861
Glostrup	1.176
Gribskov	2.364
Halsnæs	1.905
Helsingør	3.448
Herlev	1.310
Hillerød	2.212
Hvidovre	2.370
Høje-Taastrup	1.945
Hørsholm	1.497
Ishøj	840
København	15.706
Lyngby-Taarbæk	2.507
Rudersdal	2.794
Rødovre	1.871
Tårnby	2.025
Vallensbæk	715
Region Hovedstaden	72.964

Antallet af patienter i 10 procent percentilen fremgår af tabel 2. I afsnittet dækker analysen derved 72.964 patienter for hele Region Hovedstaden.

I tabellen er kommunerne i planområde Nord markeret med fed. Tabellen viser, at tre af de otte kommuner i planområde Nord har en 10 procent percentil, der ligger over regionspercentilen, mens de resterende fem kommuners 10 procent's percentil ligger under. De dyreste 10 procent af borgerne i planområde Nord afviger dermed ikke væsentligt fra udgiftsniveau for de dyreste 10 procent af patienterne i de øvrige kommuner i regionen.

Tabel 3 viser, at i Region Hovedstaden har de 10 procent dyreste patienter en kommunal medfinansiering på 19.509 kr. og derover. Ses der alene på somatisk sygehusaktivitet er den kommunale medfinansiering på 17.879 kr. og derover, mens den psykiatriske medfinansiering udgør 21.279 kr. og derover.

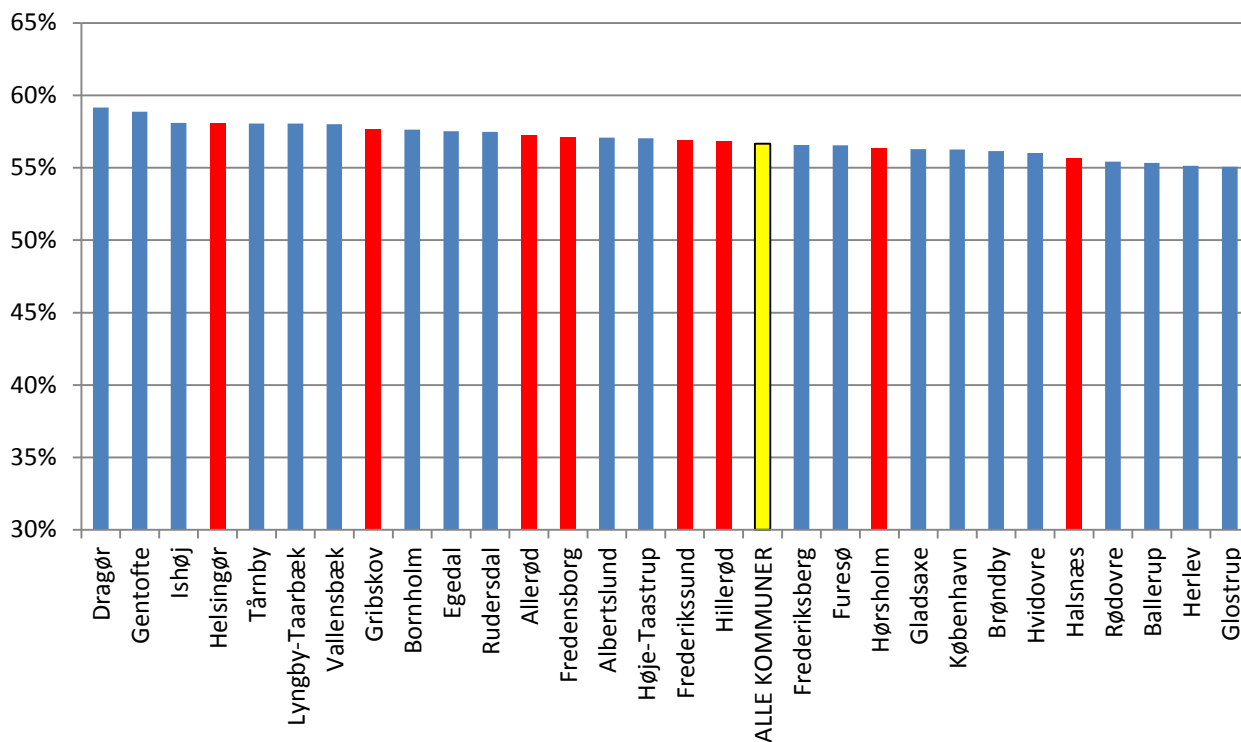
Halsnæs er den kommune med den højeste 10 procent percentil for den samlede kommunal medfinansiering. De 10 procent dyreste borgere i Halsnæs kommune koster således 22.091 kr. og derover pr. borger. Gentofte kommune er den kommune med den laveste 10 procent percentil for den samlede kommunal medfinansiering. De 10 procent dyreste borgere i Gentofte kommune koster således 17.534 kr. og derover pr. borger.

Tabel 3. Minimum prisen i kr. for de 10 procent dyreste i 2014

Kommune	somatik	psykiatri	samlet
Halsnæs	20.052	19.203	22.091
Ballerup	18.963	23.873	20.843
Brøndby	18.834	17.127	20.667
Tårnby	19.161	18.710	20.497
Gribskov	19.304	18.684	20.490
Glostrup	18.832	17.140	20.411
Hvidovre	18.753	22.317	20.376
Rødovre	18.760	18.683	20.323
Frederikssund	19.000	16.608	20.238
Dragør	18.771	13.494	20.237
Frederiksberg	18.119	22.317	19.909
Bornholm	18.067	14.532	19.872
Herlev	17.941	20.759	19.792
ALLE KOMMUNER	17.879	21.279	19.509
Gladsaxe	17.582	22.313	19.337
Hørsholm	18.450	16.084	19.317
Ishøj	17.431	18.163	19.229
Helsingør	17.941	20.772	19.177
Hillerød	17.476	22.317	19.151
Furesø	17.864	18.684	19.090
Vallensbæk	17.584	21.798	19.090
Fredensborg	17.792	19.203	18.888
Høje-Taastrup	17.285	19.722	18.858
København	16.609	22.329	18.781
Rudersdal	17.694	17.672	18.739
Albertslund	17.108	18.161	18.701
Lyngby-Taarbæk	17.399	19.223	18.633
Allerød	17.561	18.165	18.488
Egedal	17.325	17.127	18.415
Gentofte	16.404	20.249	17.534

Figur 1 og 2 viser, hvor stor en andel af kommunens samlede medfinansiering til hospitalsaktivitet for hhv. somatik og psykiatri, der udgøres af de 10 procent dyreste patienter.

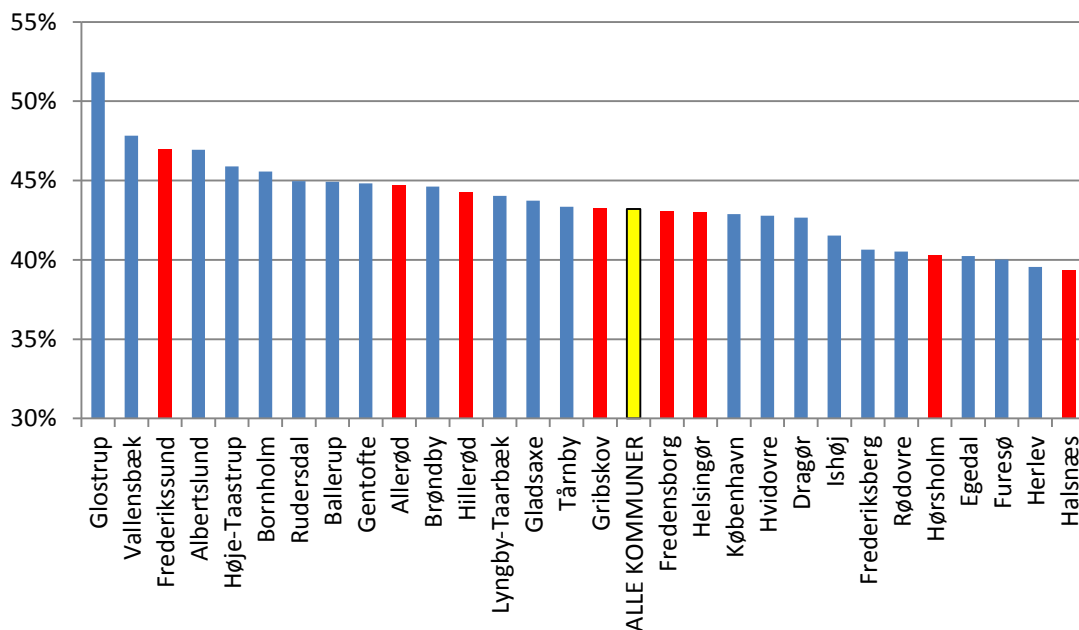
Figur 1. Andelen af den somatiske medfinansiering for de 10 procent dyreste patienter i 2014



Andelen af kommunal medfinansiering for de 10 procent dyreste somatiske patienter for kommunerne under ét er 56,7 procent. Andelen spænder fra 59,2 procent i Dragør kommune til 55,1 procent i Glostrup kommune. Seks af de otte kommuner fra planområdet Nord ligger over gennemsnittet og to under det regionale gennemsnit.

Der kan konstateres en variation på 4,1 procent i andelen af kommunal medfinansiering knyttet til de 10 procent dyreste somatiske patienter på tværs af kommunerne. Denne sammenhæng kan til dels forklares ud fra demografi, socioøkonomiske forhold og patientsammensætning.

Figur 2. Andelen af den psykiatriske medfinansiering for de 10 procent dyreste patienter i 2014



Andelen af kommunal medfinansiering knyttet til de 10 procent dyreste psykiatriske patienter for kommunerne under et er 43 procent. Andelen spænder fra 52 procent i Glostrup kommune til 39 procent i Halsnæs kommune. Fire af kommunerne fra planområde Nord ligger over gennemsnittet og fire under det regionale gennemsnit.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at den gennemførte analyse viser, at denne relativt lille gruppes store andel af udgifterne til kommunal medfinansiering bidrager til øget gennemslagskraft. Det er derfor gruppens anbefaling, at der arbejdes videre med denne indikator. Det er dog også gruppens vurdering, at grænsen på 10 procent nok er for høj. Inden en eventuel rapportering iværksættes bør der udarbejdes analyser med eksempelvis de fem procent dyreste.

Ældre medicinske patienter

Der findes ingen national definition af den ældre medicinske patient. Arbejdsgruppen har derfor drøftet, hvordan man kan afgrænse denne patientgruppe. Arbejdsgruppen har på baggrund af disse drøftelser følgende forslag til definition af den ældre medicinske patient:

- Indlagt mindst tre gange på en medicinsk afdeling indenfor de seneste 12 måneder
- Patienten skal på indlæggelsestidspunktet være 65 år eller derover
- Medicinsk afdeling er afgrænset ved, at afdelingens vigtigste speciale er en af følgende.:
 - Intern medicin
 - Geriatri
 - Hepatologi
 - Hæmatologi
 - Infektionsmedicin
 - Kardiologi
 - Med. Allergologi
 - Med. Endokrinologi

- Med. Gastroenterologi
- Med. Lungesygdomme
- Nefrologi
- Reumatologi
- Dermato-venerologi
- Neurologi
- Onkologi

Tabel 4. Andelen af ældre medicinske patienter 2014

Kommune	Ældre medicinske patienter	Andel i fht. indbyggere over 65 år	Andel i fht. alle indlagte	Andel i fht. indlagte over 65 år
Halsnæs	305	4,3procent	5,9procent	16procent
Brøndby	282	4,3procent	5,1procent	16procent
Frederikssund	393	4,2procent	5,7procent	16procent
Glostrup	173	4,2procent	4,7procent	15procent
Frederiksberg	696	4,1procent	5,0procent	15procent
Albertslund	189	4,1procent	4,5procent	16procent
Ishøj	125	3,9procent	3,8procent	15procent
Hvidovre	336	3,8procent	4,3procent	14procent
Hillerød	329	3,8procent	4,6procent	15procent
København	2168	3,7procent	3,0procent	14procent
Herlev	185	3,6procent	4,4procent	14procent
Høje-Taastrup	295	3,6procent	4,2procent	15procent
Vallensbæk	98	3,6procent	4,4procent	14procent
Tårnby	276	3,6procent	4,8procent	14procent
Gribskov	336	3,5procent	5,4procent	14procent
ALLE KOMMUNER	10.035	3,5procent	4,2procent	14procent
Helsingør	461	3,5procent	5,0procent	13procent
Ballerup	336	3,5procent	4,8procent	14procent
Dragør	110	3,4procent	6,3procent	14procent
Rødovre	240	3,4procent	4,3procent	13procent
Gladsaxe	363	3,3procent	4,0procent	13procent
Bornholm	326	3,1procent	5,4procent	13procent
Gentofte	440	3,1procent	5,1procent	13procent
Allerød	142	3,0procent	4,6procent	12procent
Lyngby-Taarbæk	316	3,0procent	4,7procent	13procent
Fredensborg	234	3,0procent	4,2procent	13procent
Egedal	197	2,7procent	3,7procent	12procent
Furesø	211	2,7procent	4,3procent	12procent
Hørsholm	169	2,6procent	5,0procent	11procent
Rudersdal	304	2,5procent	4,5procent	11procent

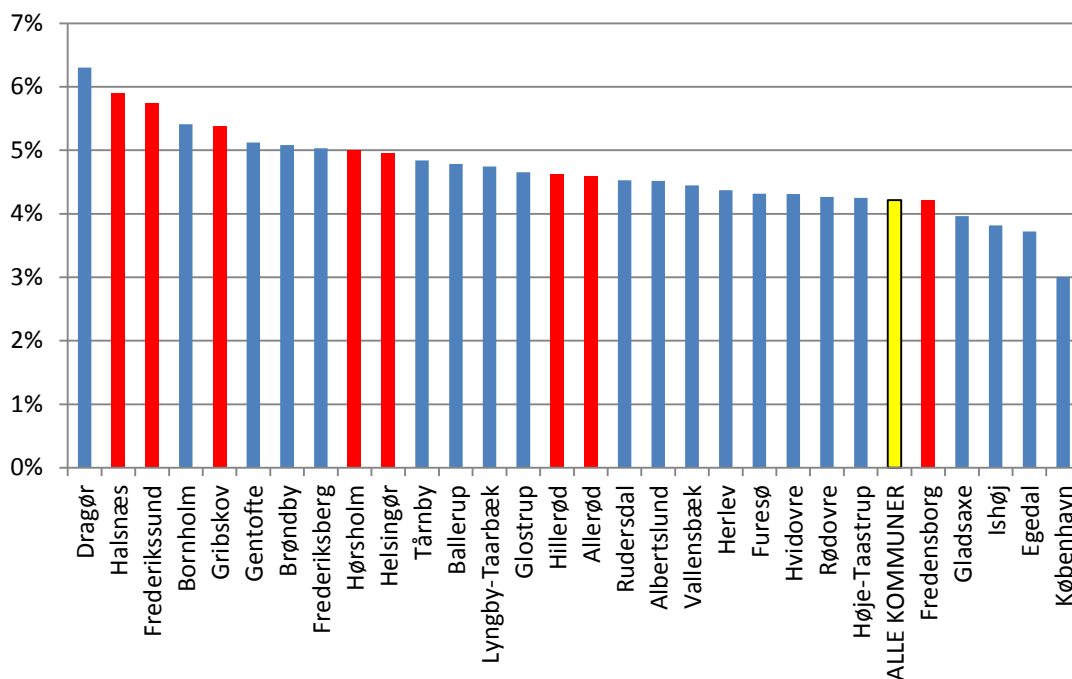
Tabel 4 viser, hvor stor en andel de ældre medicinske patienter udgør i forhold til indbyggere over 65 år, i forhold til alle indlagte og i forhold til alle indlagte over 65 år. For regionen som helhed er der i 2014 10.035 ældre medicinske patienter, hvilket svarer til 3,5 procent af alle indbyggere over 65 år, 4,2 procent af alle indlagte og 14 procent af alle indlagte over 65 år.

Andelen af ældre medicinske patienter i forhold til indbyggere over 65 år spænder fra 2,5 procent i Rudersdal kommune til 4,3 procent i Halsnæs kommune. Af de nordsjællandske kommuner ligger fire kommuner over regionsgennemsnittet på 3,5 procent og fire kommuner under regionsgennemsnittet.

Andelen af ældre medicinske patienter i forhold til alle indlagte spænder fra 3,0 procent i Københavns kommune til 5,9 procent i Halsnæs kommune. Af de nordsjællandske kommuner ligger syv kommuner over regionsgennemsnittet og en kommune på niveau med regionsgennemsnittet.

Andelen af ældre medicinske patienter i forhold til indlagte over 65 år spænder fra 11 procent i Hørsholm og Rudersdal kommuner til 16 procent i kommunerne Halsnæs, Brøndby og Frederikssund. Af de nordsjællandske kommuner ligger tre over regionsgennemsnittet, fire under og en kommune på regionsgennemsnittet.

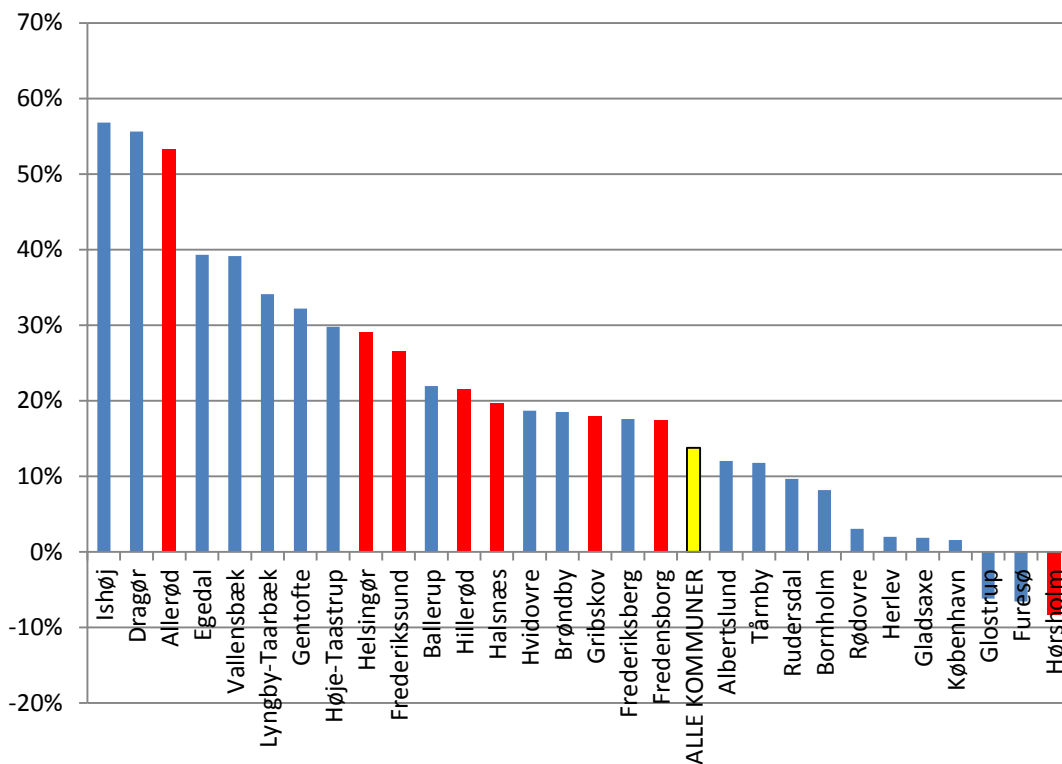
Figur 3. Procentvis ændring i antal ældre medicinske patienter 2013-2014



Antal ældre medicinske patienter er fra 2013-2014 steget med 4,2 Procent. Ændringen spænder fra en stigning i Københavns kommune på 3,0 procent til en stigning i Dragør kommune på 6,3 procent. Syv af de otte nordsjællandske kommuner har en stigning større end regionen som helhed.

Det kan således ikke afvises, at en del af stigningen i medfinansiering for kommunerne i planområde nord kan tilskrives en vækst i ældre medicinske patienter.

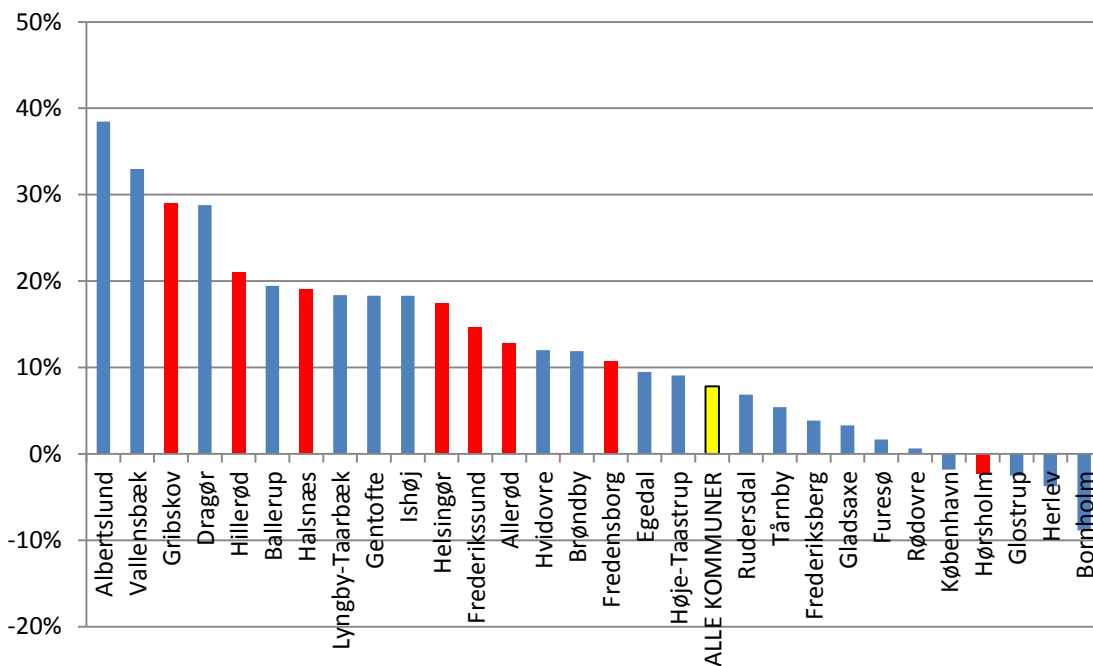
Figur 4. Procentvis ændring i antal ambulante besøg for ældre medicinske patienter 2013-2014:



Antal ambulante besøg for ældre medicinske patienter er i perioden 2013-2014 steget med 14 procent i Region Hovedstaden. Udviklingen spænder fra en stigning på 57 procent i Ishøj kommune til et fald på 8 procent i Hørsholm kommune. Syv ud af de otte kommuner i planområde Nord ligger over regionsgennemsnittet.

Antal sygehusudskrivinger for ældre medicinske patienter er i perioden 2013-2014 steget med 7,8 procent for hele regionen. Ændringen spænder fra et fald i Bornholms kommune på 8,8 procent til en stigning i Albertslund kommune på 38,5 Procent. Syv af de otte nordsjællandske kommuner ligger over regionsgennemsnittet.

Figur 5. Procentvis ændring i antal sygehusudskrivinger for ældre medicinske patienter 2013-2014:



Det er arbejdsgruppens vurdering, at løbende opfølgning på en indikator for den aktivitet, der vedrører ældre medicinske patienter, vil kunne bidrage til et mere nuanceret billede af udviklingen i kommunal medfinansiering.

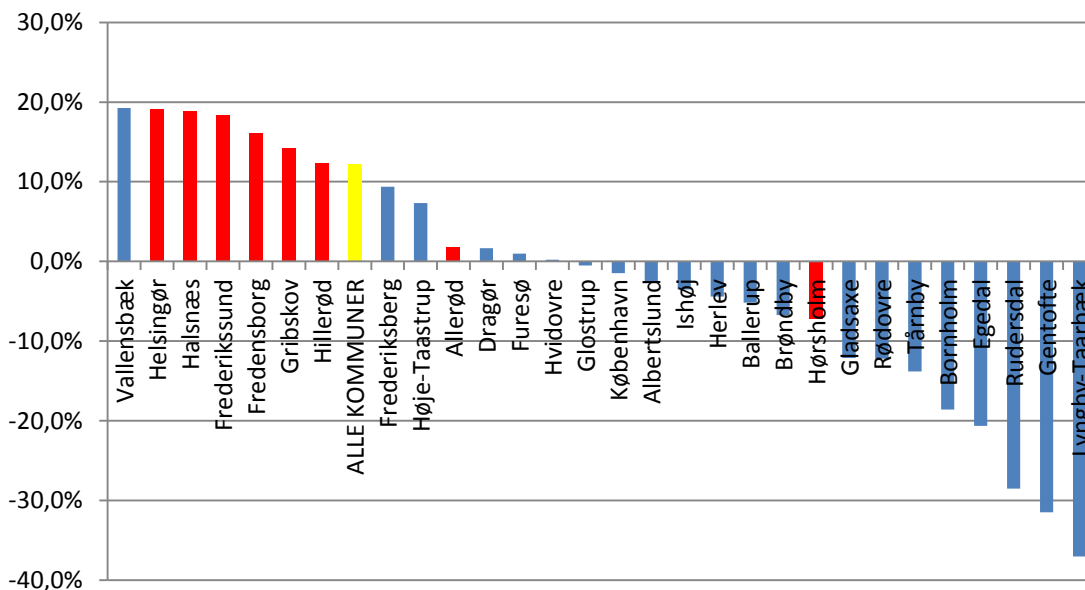
Akutte genindlæggelser

Forebyggelse af genindlæggelser sker bedst i et samarbejde mellem region og kommuner. Af sundhedsaftalen fremgår det, at der er fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser, hvis det kan forebygges gennem en tidlig koordineret indsats. Aftalen skal medvirke til at undgå hospitalsindlæggelser og genindlæggelser, der kan forebygges ved rettidig og effektiv opsporing, behandling, pleje og træning i kommuner og praksissektor og i samarbejde med ambulatorier og andre afdelinger på hospitalet.

Arbejdsgruppen har drøftet indikatorer, der kan øge gennemsigtigheden på dette område. Arbejdsgruppen har følgende forslag til nye indikatorer:

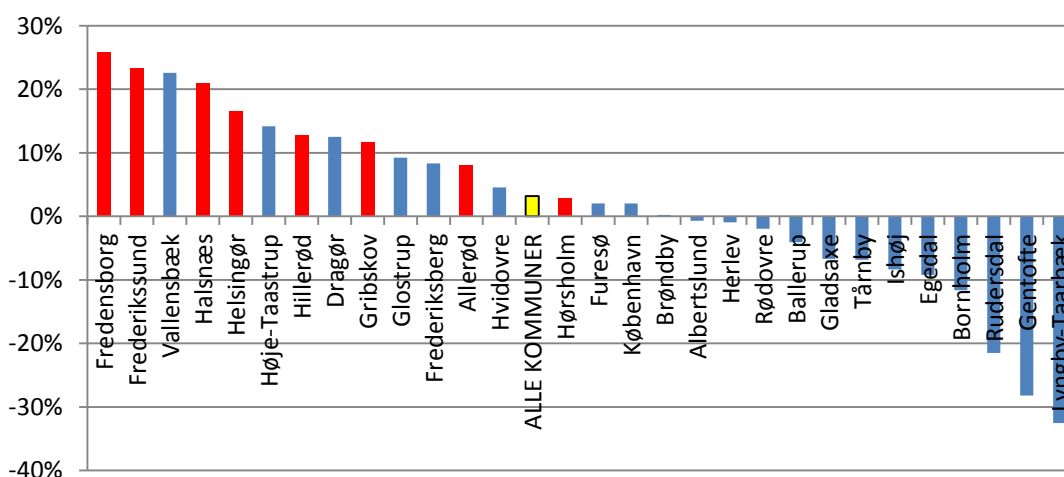
- Antal unikke genindlagte patienter
- Liggetid på primærindlæggelsen
- Antal dage mellem primærindlæggelsen og genindlæggelsen

Figur 6. Ændring i antal akutte genindlæggelser 2013-2014



Af årsopgørelsen for LIS 2014 (figur 6) fremgår, at antallet af genindlæggelser i Region Hovedstaden er steget fra 6,4 procent i 2013 til 6,7 procent i 2014. I kommunerne i planområde Nord er antallet af genindlæggelser i perioden steget med 14 procent. Seks af de otte kommuner i planområder Nord ligger over regionsgennemsnittet.

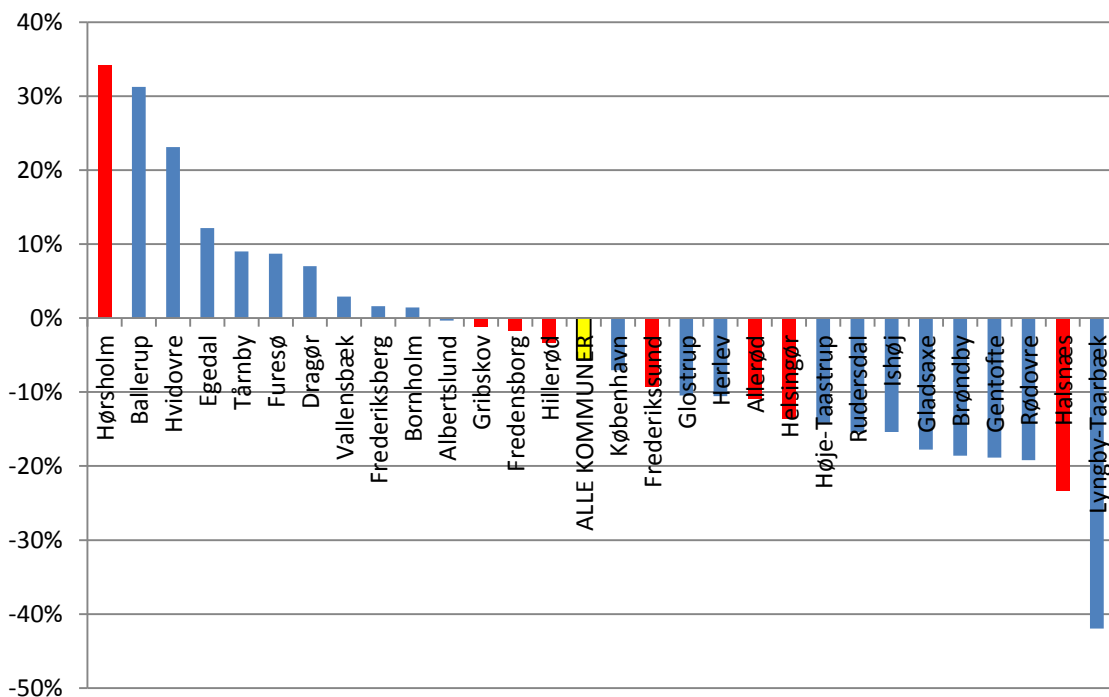
Figur 7. Ændring i procent i antal akutte genindlagte patienter 2013-2014



Antallet af genindlagte patienter er fra 2013-2014 steget med 3 procent i Region Hovedstaden. Udviklingen spænder fra et fald i Lyngby Taarbæk kommune på 33 procent til en stigning i Fredensborg kommune på 26 procent. Syv ud af de otte kommuner i Planområde Nord har oplevet en stigning større end gennemsnittet.

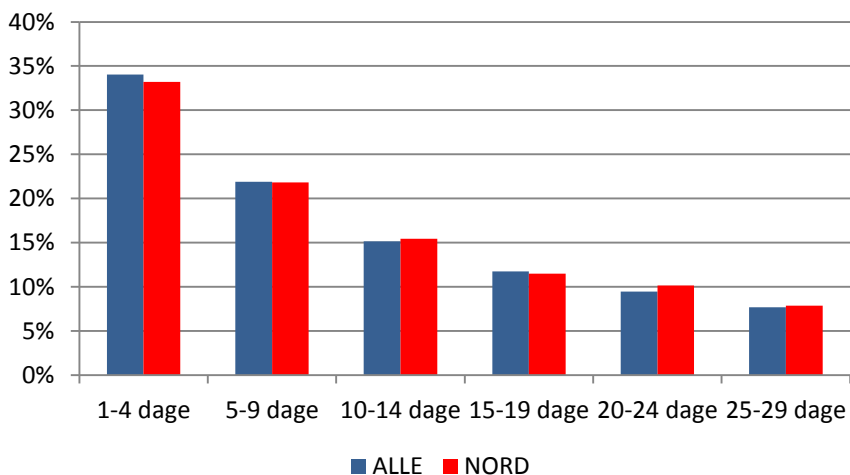
Af figur 6 fremgår, at kommunerne i planområde Nord har en større stigning i antal genindlæggelser end de øvrige kommuner i regionen. Af tabel 7 fremgår, at kommunerne i planområde Nord også har den største stigning i antal genindlagte patienter. Det er dermed ikke de samme patienter, der er omfattet af genindlæggelser.

Figur 8. Procentvis ændring i liggetid på primærindlæggelsen 2013-2014



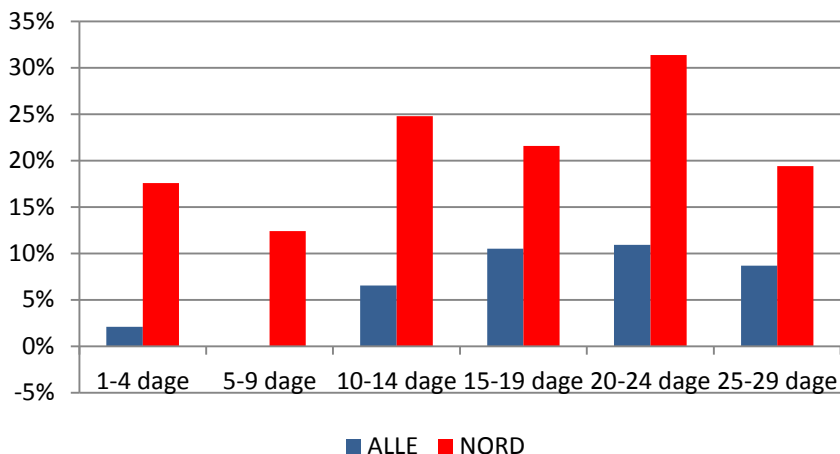
For regionen som helhed er liggetid på primærindlæggelsen faldet med 6 procent. Her bør det bemærkes, at der generelt i hovedstaden er fokus på effektivisering og accelererede patientforløb. Ændringer i liggetid spænder fra en stigning på 34 procent i Hørsholm kommune til et fald på 42 procent i Lyngby Taarbæk kommune. Af de nordsjællandske kommuner ligger fire kommuner over gennemsnittet og fire kommuner under gennemsnittet.

Figur 9. Antal dage mellem primærindlæggelsen og genindlæggelsen 2014



Der er ikke forskel i antallet af dage mellem primærindlæggelse og genindlæggelse for kommunerne i planområde Nord sammenlignet med regionens øvrige kommuner. For alle kommunerne under ét bliver 56 procent genindlagt indenfor de første 9 dage, mens det i planområde Nord er 55 procent. 15 procent bliver både i planområde Nord og de øvrige kommuner genindlagt indenfor 15 dage. I planområde Nord bliver 30 procent genindlagt 15-29 dage efter indlæggelse, mens det tilsvarende tal for alle kommuner er 29 procent.

Figur 10. Udviklingen i antal genindlæggelser fordelt på dage mellem primærindlæggelse og genindlæggelse 2013-2014



Antallet af genindlæggelser stiger mere i planområde Nord end regionen som helhed. For alle kommuner er det især genindlæggelser efter 10 dage fra primærindlæggelsen, der stiger. For planområde Nord stiger genindlæggelser indenfor 14 dage fra primærindlæggelsen med 9 procent, mens genindlæggelser efter 14 dage stiger med 30 procent.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at den skitserede udvidelse af rapporteringen for genindlæggelser vil kunne bidrage til et mere nuanceret billede af udviklingen i den kommunale medfinansiering.

Forslag til nye kommunale indikatorer

For kommunerne i hovedstadsregionen er det væsentligt, at det eksisterende fokus på udviklingen i den kommunale medfinansiering udvides til ligeledes at omfatte kommunale indikatorer, der kan understøtte en større gennemsigtighed i den kommunale medfinansiering.

Hovedparten af kommunernes medfinansiering sker i relation til somatiske hospitalskontakter, hvor muligheden for at forebygge unødige hospitalskontakter i nationale og regionale aftaler har fokus på blandt andet *akutte og forebyggelige (stationære) indlæggelser* for ældre borgere, kendt af kommunen.

Som et supplement til de regionale indikatorer, beskrevet på de foregående sider, foreslås følgende kommunale indikatorer som bidrag til en øget transparens i den kommunale medfinansiering:

- Akutte indlæggelser for 65+årige unikke borgere med en EOJ⁸-kontakt i form af leveret hjemmehjælp
- Akutte forebyggelige indlæggelser for 65+årige unikke borgere med en EOJ-kontakt i form af leveret hjemmehjælp
- Akutte indlæggelser for 65+årige unikke borgere med en EOJ-kontakt i form af hjemmesygepleje
- Akutte forebyggelige indlæggelser for 65+årige unikke borgere med en EOJ-kontakt i form af hjemmesygepleje
- Akutte indlæggelser for 65+årige unikke borgere i plejecenter⁹
- Akutte forebyggelige indlæggelser for 65+årige unikke borgere i plejecenter

Alle seks kommunale indikatorer tager udgangspunkt i, at borgeren på indlæggelsestidspunktet er i kontakt med kommunen enten i form af modtaget (leveret) hjemmehjælp, planlagt hjemmesygepleje eller som følge af, at borgeren på indlæggelsestidspunktet bor på et plejecenter.

Som beskrevet i afsnittet om *information stillet til rådighed af staten*, er det muligt for både regioner og kommuner at tilgå forskellige analyse- og udtræksværktøjer via det lukkede eSundhed. Ovenstående kommunale indikatorer er alle udarbejdet i det nye KØS¹⁰, hvorfra det blandt andet er muligt at tilgå sundhedsdata herunder forebyggelige indlæggelser, EOJ data samt oplysninger om borgere i plejecenter.

Det skal retfærdigvis bemærkes, at det nye KØS er under udvikling, hvorfor der kan forekomme datastøj i forhold til oplysningerne om borgere i plejecenter. Det er imidlertid oplyst arbejdsgruppen, at Statens Serum Institut arbejder på en opdatering af plejeboligoplysningerne, der er valideret af kommunerne. Det er forventningen, at de opdaterede plejeboligoplysninger stilles til rådighed i KØS i 2015.

⁸ EOJ står for Elektroniske OmsorgsJournaler (EOJ) og vedrører data om borgere, som modtager hjemmehjælp og hjemmesygepleje. EOJ data indberettes af kommunerne til Danmarks Statistik, der videreformidler data til det nye KØS.

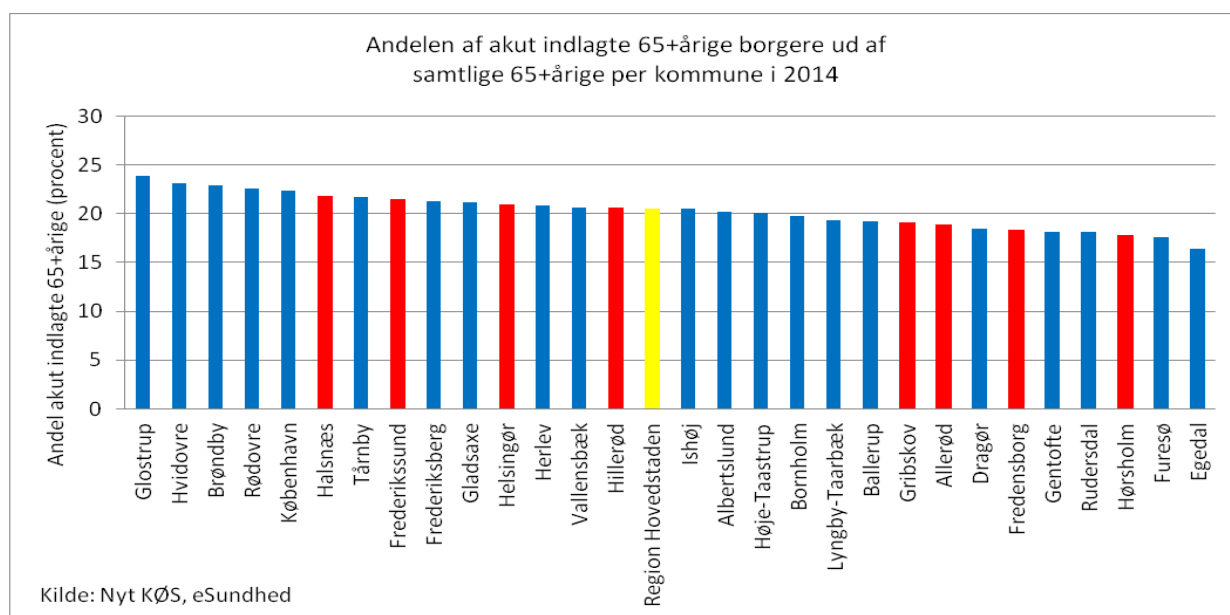
⁹ Borgere i plejecenter omfatter borgere i enten plejebolig eller plejehjem

¹⁰ KØS står for KommunalØkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag. KØS stilles gratis til rådighed for regioner og kommuner via det lukkede eSundhed, som Statens Serum Institut driver.

Endvidere må det bemærkes, at kvaliteten af EOJ data i KØS afspejler sig i den enkelte kommunes indberetning af EOJ data til Danmarks Statistik, hvorfra EOJ input hentes til det nye KØS. Arbejdsgruppen ville gerne have vist en udvikling med EOJ data fra 2012 til 2014, men da EOJ data kun er opdateret til august 2014, vises udviklingen i kommunal medfinansiering i stedet for fra 2012 til 2013.

Nedenstående figur 11 viser andelen af akut indlagte 65+årige unikke borgere ud af den samlede borgergruppe på 65+ år i kommunerne, og er tiltænkt som en hjælp i forbindelse med gennemgangen af de kommunale indikatorer. Finder en kommune eksempelvis, at antallet af akutte indlæggelser per 65+årig EOJ borger er for lavt i forhold til den faktiske andel indlæggelser for 65+årige, som vist i diagrammet, kan dette skyldes mangelfuld indberetning af EOJ oplysninger.

Figur 11: Andelen af akutte indlagte 65+årige unikke borgere ud af samtlige 65+årige unikke borgere i 2014



I bilagsmaterialets afsnit 4 gennemgås et eksempel på afgrænsningerne i det nye KØS for den kommunale indikator vedrørende borgere i plejebolig, indlagt med en akut forebyggelig diagnose. Eksemplet skal gerne give kommunerne inspiration til at selv at trække data fra det nye KØS.

I nedenstående afsnit kommenteres de enkelte kommunale indikatorer under overskrifterne:

- EOJ borgere (unikke) der modtager leveret hjemmehjælp
- EOJ borgere (unikke) der modtager planlagt hjemmesygepleje
- Borgere (unikke) der bor i plejecenter

EOJ borgere (unikke) der modtager leveret hjemmehjælp

Følgende afsnit omhandler kommunal medfinansiering til akutte indlæggelser og akutte forebyggelige indlæggelser for 65+årige unikke borgere, som på indlæggelsestidspunktet er kendt af kommunen i form af, at borgerne har modtaget leverede hjemmehjælpsydelse. I det nye KØS er sundhedsdata og EOJ data for leve-

ret hjemmehjælp koblet således, at en borger skal have modtaget mindst et hjemmehjælpsbesøg 10 dage inden indlæggelsen, hvilket danner grundlag for indikatorerne i det følgende.

Akutte indlæggelser for 65+årige borgere, der får leveret hjemmehjælp

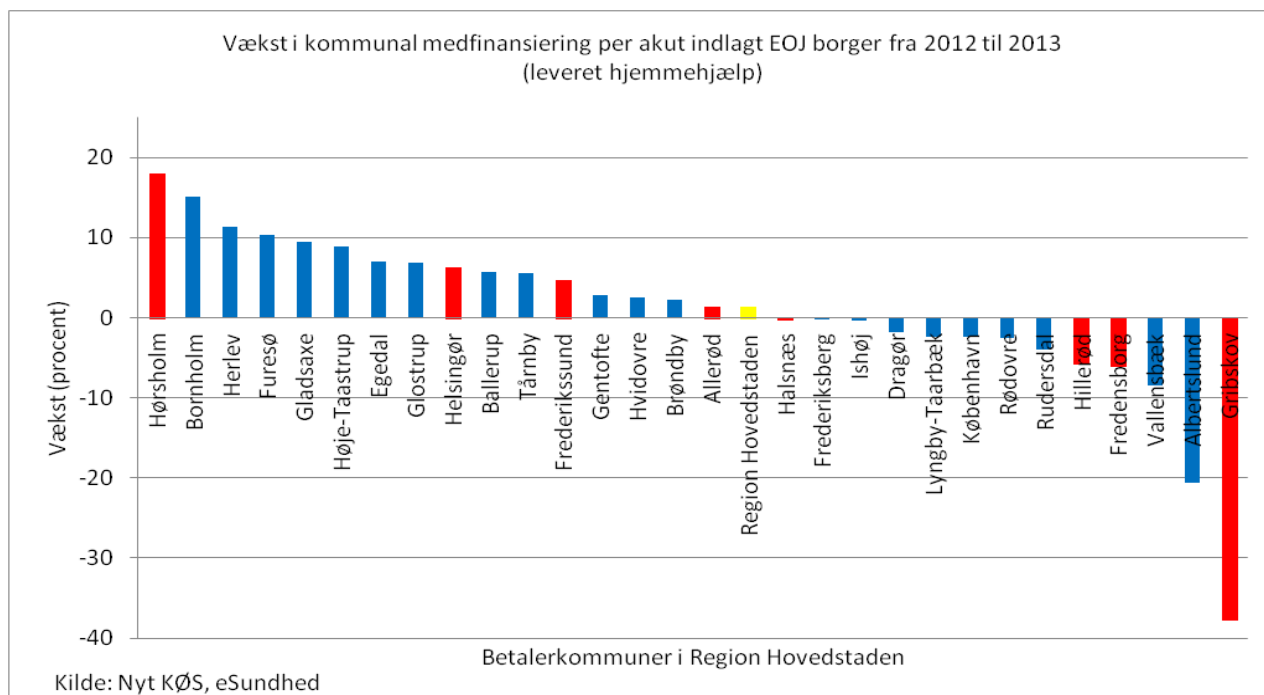
Med henblik på at bidrage til en større gennemsigtighed i udviklingen af den kommunale medfinansiering foreslår arbejdsgruppen, at kommunerne i Region Hovedstaden følger udviklingen i akutte indlæggelser for 65+årige unikke borgere med en EOJ-kontakt i form af, at borgerne har fået leveret hjemmehjælp op til indlæggelsestidspunktet.

Figur 12 viser den procentvise vækst fra 2012 til 2013 i den kommunale medfinansiering per akut indlagt 65+årig borger, der har modtaget leveret hjemmehjælp. Figuren viser udviklingen i væksten for kommunerne i Region Hovedstaden. Som nævnt indledningsvist i dette afsnit ville arbejdsgruppen gerne have vist en udvikling i EOJ data fra 2012 til 2014, men da EOJ data kun er opdateret til august 2014, vises væksten i stedet for fra 2012 til 2013.

Af figur 12 fremgår, at der er en vis spredning blandt kommunerne i væksten af kommunal medfinansiering per akut indlagt modtager af leveret hjemmehjælp fra 2012 til 2013. Overordnet er der i Region Hovedstaden en mindre vækst på 1 procent fra 2012 til 2013, mens Hørsholm, Bornholm og Herlev har en vækst på henholdsvis 18 procent, 15 procent og 11 procent i medfinansieringen per akut indlagt modtager af leveret hjemmehjælp i perioden.

Albertslund og Gribskov har begge markante fald i væksten fra 2012 til 2013 på henholdsvis -21 procent og -38 procent. Det skal bemærkes, at antallet af unikke modtagere af leveret hjemmehjælp for Gribskov var lavt, hvilket kan give anledning til at undersøge om indsamlingen af EOJ data fra denne kommune er indrettet til Danmarks Statistik, hvorfra det nye KØS får EOJ data.

Figur 12: Vækst i kommunal medfinansiering fra 2012 til 2013 per unik akut indlagt EOJ borger, der har modtaget leveret hjemmehjælp inden indlæggelsen



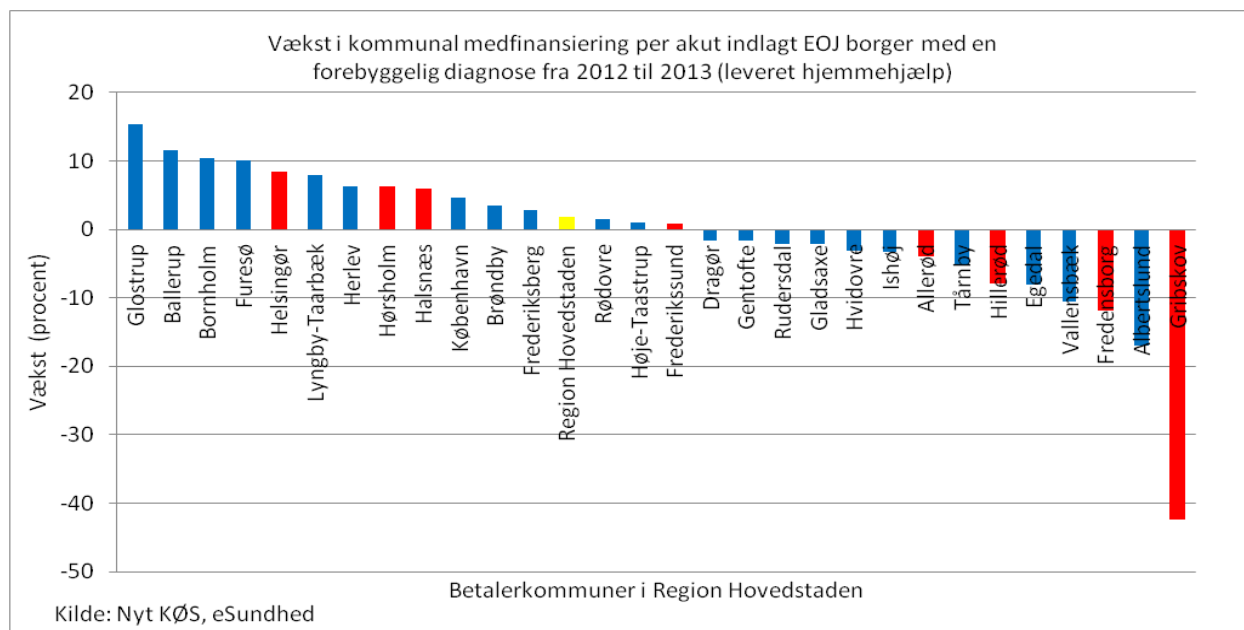
Akutte forebyggelige indlæggelser for 65+årige borgere, der får leveret hjemmehjælp

I det følgende afsnit behandles væksten i medfinansiering fra 2012 til 2013 for akutte forebyggelige indlæggelser, hvor borgergruppen er afgrænset til 65+årige unikke borgere, der op til indlæggelsestidspunktet har modtaget hjemmehjælp.

Af nedenstående figur 13 ses det, at flere af kommunerne, der oplevede et fald i medfinansieringen per akut indlagt modtager af leveret hjemmehjælp (figur 12) ligeledes oplever et tilsvarende fald fra 2012 til 2013 i medfinansieringen per akut indlagt modtager af leveret hjemmehjælp, når der yderligere afgrænses til forebyggelige indlæggelser. Dog bemærkes, at Frederiksberg, København og Rødovre oplever en mindre vækst fra 2012 til 2013 i medfinansieringen per akut indlagt EOJ borger (leveret hjemmehjælp), når der afgrænses på de forebyggelige diagnoser.

Blandt kommunerne med den største stigning i medfinansieringen per akut indlagt EOJ borger, hvor indlæggelsen har været forebyggelige er Hørsholm, Bornholm og Herlev.

Figur 13: Vækst i medfinansieringen fra 2012 til 2013 per unik akut indlagt EOJ borger, der har modtaget leveret hjemmehjælp og indlæggelsen er blandt de forebyggelig diagnoser



EOJ borgere der modtager planlagt hjemmesygepleje

Dette afsnit omhandler medfinansiering til akutte indlæggelser og akutte forebyggelige indlæggelser for 65+årige borgere, som på indlæggelsestidspunktet er kendt af kommunen i form af, at borgerne har modtaget et planlagt hjemmesygeplejebesøg.

I det nye KØS er sundhedsdata og EOJ data i forhold til hjemmesygepleje koblet således, at en borger skal have modtaget mindst et hjemmesygeplejebesøg i perioden 10 dage inden indlæggelsen. Denne afgrænsning danner udgangspunkt for indikatorerne i det følgende med borgere, der har modtaget planlagt hjemmesygepleje.

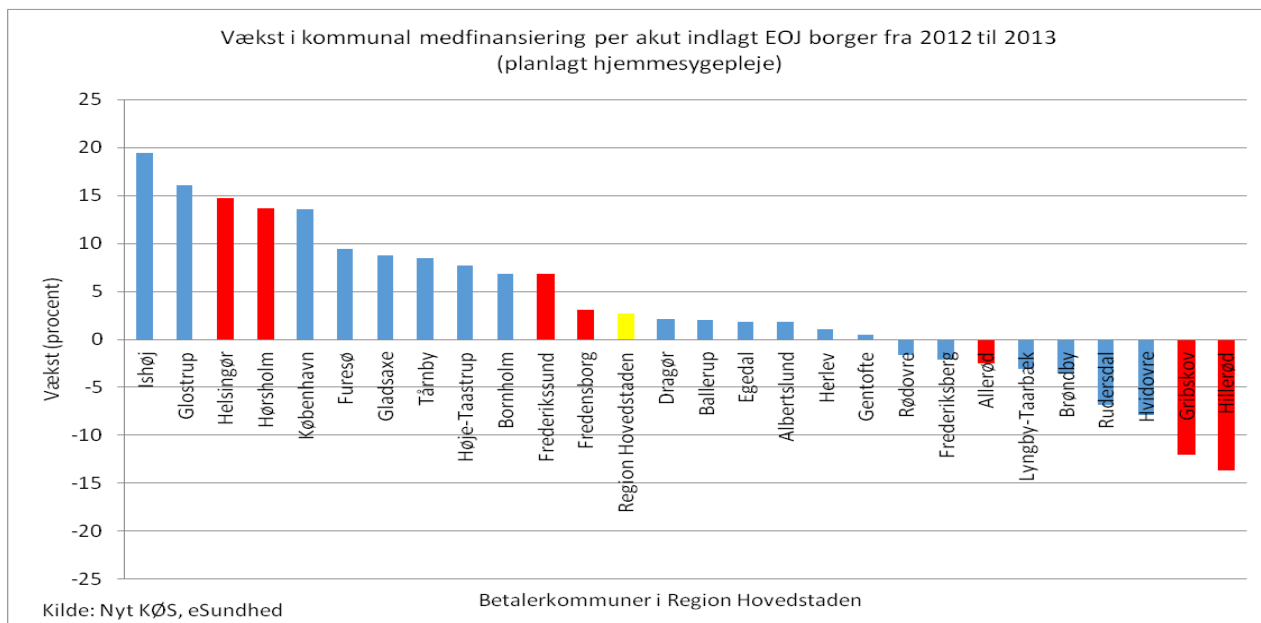
Det skal bemærkes, at det er muligt både at afgrænse på akutte og planlagte hjemmesygeplejebesøg. Da fokus i forbindelse med de kommunale indikatorer er på kommunernes handlemulighed i forhold til, at borgerne skal være kendt af kommunen på indlæggelsestidspunktet, er det besluttet alene at medtage planlagte hjemmesygeplejebesøg i det følgende.

Akutte indlæggelser for 65+årige borgere, der har haft et planlagt hjemmesygeplejebesøg

Af figur 14 fremgår væksten i medfinansiering per unik akut indlagt 65+årig modtager af et planlagt og udført hjemmesygeplejebesøg. Figuren viser en vis spredning blandt kommunerne, hvor den største vækst i medfinansieringen per EOJ borger ses hos Ishøj, Glostrup, Helsingør, Hørsholm og København, der alle oplever en vækst på mellem 19 procent og 13 procent fra 2012 til 2013.

Hillerød kommune oplever det største fald i medfinansieringen til unik akut indlagte modtagere af hjemmesygepleje på næsten 14 procent. Det skal bemærkes, at Vallensbæk kommune og Halsnæs kommune ikke indgår i figur 14, som følge af mangelfuldt datagrundlag, hvilket ligeledes synes at gøre sig gældende for Gribskov, der har få EOJ observationer i KØS.

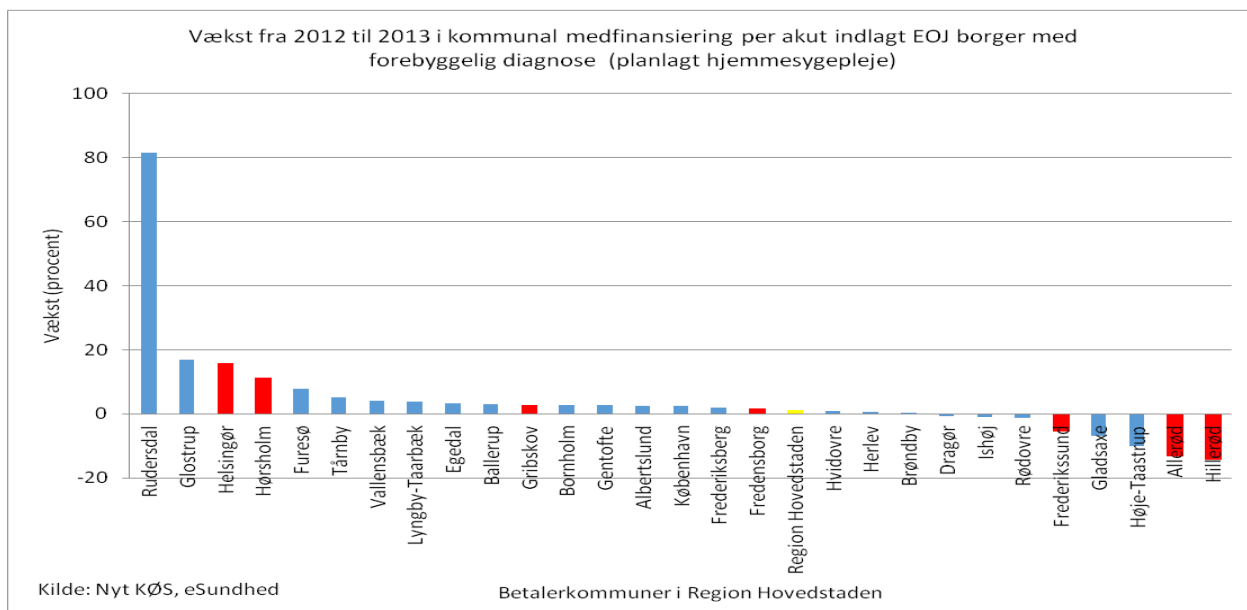
Figur 14: Vækst fra 2012 til 2013 i medfinansiering per unik akut indlagt EOJ borger, der har modtaget planlagt hjemmesygepleje



Akutte forebyggelige indlæggelser for 65+årige borgere, der har haft et planlagt hjemmesygeplejebesøg

I nedenstående figur 15 er fokus på væksten i medfinansiering til akutte forebyggelige indlæggelser for 65+årige modtagere af planlagt hjemmesygeplejebesøg. Af figur 15 fremgår det, at Rudersdal kommune oplever en markant vækst i medfinansieringen til forebyggelige indlæggelser af 65+årige modtagere af planlagt hjemmesygepleje. En nærmere granskning af data for Rudersdal viser imidlertid, at væksten bygger på relativt få observationer.

Figur 15: Vækst fra 2012 til 2013 i medfinansiering per unik akut indlagt EOJ borger med forebyggelig diagnose, der har modtaget planlagt hjemmesygepleje



Ud over Rudersdal kommune oplever Glostrup, Helsingør og Hørsholm alle en vækst i medfinansieringen til forebyggelige indlæggelser af 65+årige modtagere af planlagt hjemmesygepleje på mellem 16 procent og 11 procent, mens Høje-Taastrup, Allerød og Hillerød oplever et fald på mellem 10 procent og 14 procent.

Til figur 15 skal det bemærkes, at Halsnæs kommune ikke indgår som følge af et mangelfuldt datagrundlag.

Borgere der bor i plejecenter

Dette afsnit omhandler medfinansiering af akutte indlæggelser og akutte forebyggelige indlæggelser for 65+årige borgere, som på indlæggelsestidspunktet er kendt af kommunen qua, borgeren bor på plejecenter.

I det nye KØS er sundhedsdata og oplysning om en borgers folkeregisteradresse på plejecenter koblet, så er muligt at afgrænse sundhedsdata til at omfatte borgere i plejecenter på indlæggelsestidspunktet. Det skal bemærkes, at datakvaliteten af de nuværende plejeboligdata er mangelfuld, hvilket Statens Serum Institut har gjort opmærksom på. Af samme grund er datagrundlaget for borgere i plejebolig ved at blive opdateret af Statens Serum Institut.

Arbejdsgruppen har valgt at undlade at vise udviklingen for de to indikatorer, der vedrører borgere i plejecenter begrundet i den mangelfulde datakvalitet. Det er dog arbejdsgruppens forventning, at indikatorerne kan være med til at øge transparensen af den kommunale medfinansiering på et område, hvor kommunerne har mulighed for imødekomme unødige indlæggelser.

I der følgende beskrives indikatorerne, som de tænkes præsenteret, når datagrundlaget for plejecentre foreligger i KØS.

Akutte indlæggelser for 65+årige borgere, der bor på plejecenter

Indikatoren skal angive den procentuelle udvikling i kommunal medfinansiering til antallet af akutte indlæggelser for borgere over 65 år, der på indlæggelsestidspunktet har folkeregisteradresse på et plejecenter.

Akutte forebyggelige indlæggelser for 65+årige borgere, der bor på plejecenter

Denne indikator skal angive den procentuelle udvikling i den kommunale medfinansiering til akutte forebyggelige indlæggelser af 65+årige borgere, som på indlæggelsestidspunktet har folkeregisteradresse på et plejecenter.

Vurdering af de kommunale indikatorer

Det er arbejdsgruppens vurdering, at alle seks kommunale indikatorer kan bidrage til viden om udviklingen i den kommunale medfinansiering, om end det retfærdigvis skal siges, at indikatorerne har en snæver målgruppe i form af 65+årige borgere, der enten modtager hjemmehjælp, planlagt hjemmesygepleje eller bor i plejebolig. Omdrejningspunktet for de kommunale indikatorer har imidlertid været kommunernes mulighed for at forebygge unødige indlæggelser.

De udvalgte kommunale indikatorer kan derfor ikke stå alene i forhold til at forklare udsving i den kommunale medfinansiering. Som følge heraf bør kommunerne i arbejdet med medfinansieringen også anvende de regionale indikatorer og øvrigt materiale, der udsendes af Region Hovedstaden med henblik på at skabe større gennemsigtighed af den kommunale medfinansiering.

Sammenligning af kommuner – standardisering og kommunesocialgrupper

En måde at øge gennemsigtigheden omkring kommunal medfinansiering (KMF) er, at køns- og aldersstandardisere¹¹ forbruget af regionale sundhedsydelser og deraf følgende udgifterne til kommunal medfinansiering.

Derved bliver det muligt at beskrive – og sammenligne KMF-niveauet for de enkelte kommuner, uafhængigt af den enkelte kommunes konkrete køns- og alderssammensætning.

Ved at køns- og aldersstandardisere for årene 2012, 2013 og 2014 bliver det også muligt at se på ændringen mellem år og forholde sig til den betydelige vækst i kommunal medfinansiering mellem disse år, der har berørt kommunerne forskelligt.

Supplerende er såvel niveau som udvikling set i forhold til de fire kommunesocialgrupper, der er udviklet af ForskningsCenter for Forebyggelse og Sundhedsfremme (FCFS) i sundhedsprofilerne¹².

Analysen koncentrerer sig udelukkende om kommunal medfinansiering fra somatisk sygehusforbrug, der udgør op mod 85 procent af udgifterne til kommunal medfinansiering og op mod 90 procent af væksten i kommunal medfinansiering fra 2013 til 2014. Den kommunale medfinansiering er endvidere ”standardiseret” til at ligge i samme pris/løn-niveau uanset hvilket år der ses på.

Den ganske omfattende analyse, der er foretaget, fremgår i sin helhed inklusiv metodebeskrivelse af denne rapportes bilag 5. I dette afsnit fremhæves og kommenteres hovedkonklusionerne af den gennemførte analyse.

KMF-niveau

I tabellen er de kommunale medfinansieringsudgifter køns- og aldersstandardiseret og derefter indekseret ud fra regionsgennemsnittet (Region Hovedstaden =100). Tabellen viser kommunerne opdelt efter kommunesocialgrupper (KSG). Tabellen udtrykker, hvor meget den enkelte kommune bruger i forhold til regionsgennemsnittet, hvis den enkelte kommunes forbrug bliver opgjort, som havde kommunen Danmarks befolkning.

¹¹ Direkte standardisering med Danmarks befolkning som referencebefolkning

¹² Kilde med definition: Region Hovedstadens FCFS (2015): Sundhedsprofil for region og kommuner 2013, s. 42f

Tabel 5. Indeks for kommunal medfinansiering 2013 og 2014

KSG	Kommune	Indeks 2013	Indeks 2014
1	Furesø	86,9	91,1
	Hørsholm	87,6	86,7
	Rudersdal	87,9	88,8
	Allerød	88,8	94,6
	Gentofte	89,4	89,3
	Dragør	92,5	94,0
	Fredensborg	93,8	96,8
	Lyngby-Taarbæk	94,7	94,6
	Egedal	95,6	98,6
	Interval	87 – 96	87 – 99
2	Hillerød	98,5	100,2
	Helsingør	99,4	102,6
	Gribskov	99,6	103,6
	Frederiksberg	100,2	102,2
	Frederikssund	102,6	106,5
	Gladsaxe	104,7	101,7
	Vallensbæk	104,8	106,6
	Interval	99 – 105	100 – 107
3	Ballerup	103,9	105,7
	Rødovre	104,1	106,6
	Tårnby	106,3	105,7
	Herlev	107,5	107,9
	København	107,9	104,7
	Hvidovre	109,2	111,1
	Halsnæs	110,8	111,6
	Glostrup	113,0	113,0
Interval	104 - 113	105 - 113	
4	Bornholm	99,4	96,6
	Høje Tåstrup	106,7	106,3
	Albertslund	110,3	111,6
	Ishøj	112,2	118,2
	Brøndby	112,9	112,2
	Interval (uden Bornholm)	107 – 113	106-118
	Region Hovedstaden	100,0	100,0
	Danmark	93,9	92,4
KSG	= KommuneSocialGruppe		

Note: Kommunerne er rangordnet efter deres indekssværdi i 2013.

Det er således tydeligt, at selvom der er visse overlap mellem kommunesocialgrupperne, er der en sammenhæng mellem hvilket niveau for kommunal medfinansiering en kommune har og den kommunesocialgruppe, kommunen tilhører:

- *Kommunesocialgruppe 1* ligger indeks-mæssigt i intervallet 87 – 99
- *Kommunesocialgruppe 2* ligger indeks-mæssigt i intervallet 99 – 107
- *Kommunesocialgruppe 3* ligger indeks-mæssigt i intervallet 104 – 113
- *Kommunesocialgruppe 4* ligger index-mæssigt i intervallet 107 – 118 (med Bornholm atypisk placering med en indeks-værdi på under 100, nemlig 97).

Det overordnede mønster er, at jo højere kommunesocialgruppe en kommune befinder sig i, des større er kommunens udgifter til kommunal medfinansiering i forhold til gennemsnittet af kommuner. Dette gælder både i 2013 og 2014.

Der er herudover en udpræget tendens til, at kommuner i samme kommunesocialgruppe ligger forholdsvis tæt på hinanden både i 2013 og 2014. Selvom nogle kommuner har oplevet en stor stigning fra 2013 til 2014, forbliver disse kommuner i deres respektive kommunesocialgruppe.

KMF-ændring

Helt overordnet vil der være fem forhold, der samtidigt kan påvirke udviklingen fra år til år i kommunal medfinansiering, og de kan samles i to hovedgrupper:

- a) Ændringer i befolkningstal og befolkningssammensætning
 1. Et *stigende befolkningstal* vil øge kommunal medfinansiering, når alt andet er lige, herunder uændrede forbrugskvotienter¹³
 2. En *ændret befolkningssammensætning* med flere ældre vil, når alt andet er lige, øge kommunal medfinansiering, da hospitalsaktiviteten er stigende med alderen. Tilsvarende bliver medfinansieringen mindre, hvis befolkningen er yngre.
- b) En mere behandlingskrævende befolkning, ekstra behandling og priseffekter
 3. En *mere behandlingskrævende befolkning*, kan øge den kommunale medfinansiering, hvis hospitalsvæsenet tilpasser sine behandlinger til de ændrede forhold
 4. En *forstærket behandling* i form af mere intensiv (dyrere) behandling af de samme slags patienter og/eller behandling til patienter, der ikke tidligere fik behandling, vil øge den kommunale medfinansiering
 5. En *ændring af taksterne/takststrukturen* kan også betyde en stigning i den kommunale medfinansiering. Dette blev dokumenteret ved omlægningen til flere gråzonetakster i den fælles kommunale/regionale rapport om udviklingen i kommunal medfinansiering fra

¹³ Forbrugskvotienten findes ved at dividere antallet af fx 36-årige indbyggere op i det samlede forbrug, som de 36-årige mænd havde i et givet år. Dermed får man forbruget per indbygger for den pågældende køns- og aldersgruppe. Der regnes kun på forbruget af kommunal medfinansiering (KMF) for somatisk aktivitet (både indlæggelser og ambulante besøg). Dette somatiske forbrug kaldes for S-KMF.

2012 – 2013¹⁴. Dette fordi ændringer i takststrukturen forventes at slå ens igennem for alle kommuner.

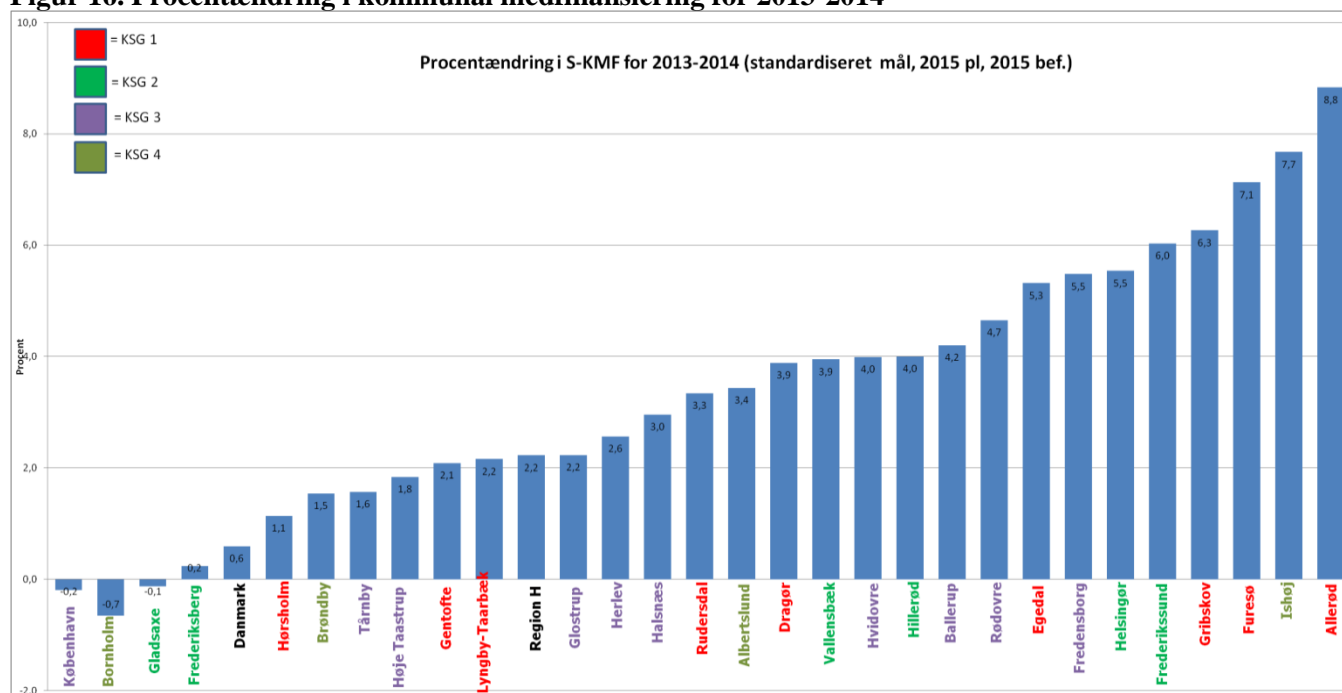
Med den standardisering, der er foretaget i den gennemførte analyse, er der neutraliseret for ændringer i befolkningstal og befolkningssammensætning. Dermed er en mere behandlingskrævende befolkning den grundlæggende forklaring på væksten i den *standardiserede* kommunale medfinansiering fra 2013 til 2014, hvor den *faktiske (rå) vækst* naturligvis kan være forstærket eller det modsatte af faktiske ændringer i befolkningstal og -sammensætning.

Når der standardiseret kan dokumenteres en vækst, er der for grupperne under et sket en vækst i forbrugskvotienterne.

Grafisk fordeler væksten fra 2013 til 2014 sig som vist nedenfor.

København, Bornholm og Gladsaxe har haft et mindre fald, hele Danmark en mindre vækst på 0,6 procent, Region Hovedstaden på 2,2 procent. De øvrige kommuner i Region Hovedstaden har oplevet en vækst fra 0,2 procent for Frederiksberg Kommunes vedkommende, mens Furesø, Ishøj og Allerød Kommuner alle har oplevet en vækst på henholdsvis 7,1 procent, 7,7 procent og 8,8 procent.

Figur 16. Procentændring i kommunal medfinansiering for 2013-2014



Kommunesocialgrupperne er markeret i grafen og viser, at der er henholdsvis lav og stor vækst repræsenteret i alle kommunesocialgrupper.

¹⁴ Rapport om stigningen i den kommunale medfinansiering fra 2012 til 2013 i Region Hovedstaden, Udviklingsgruppen vedrørende data om økonomi og aktivitet, juni 2014

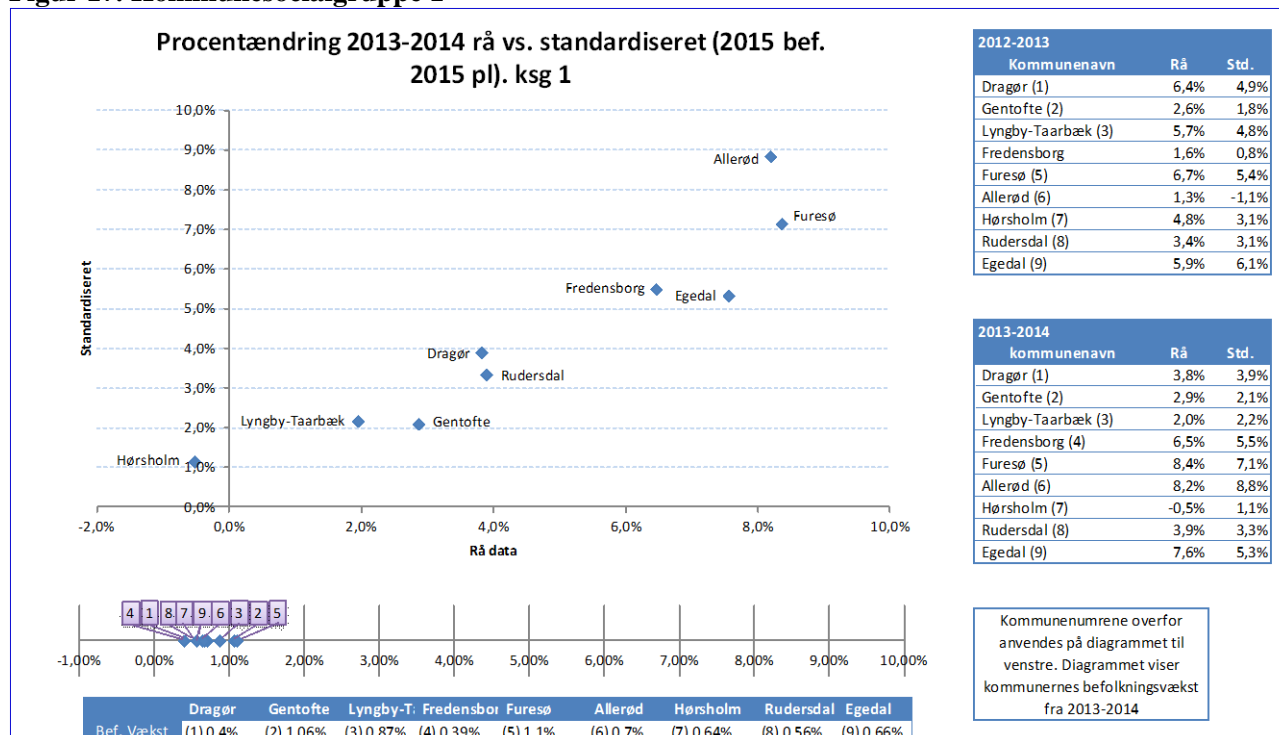
Standardiseret og faktisk (rå) vækst

I de følgende fire grafer vises for de fire kommunesocialgrupper sammenhængen mellem den beregnede standardiserede vækst i kommunal medfinansiering af somatisk aktivitet fra 2013 til 2014 og den faktiske (rå) vækst.

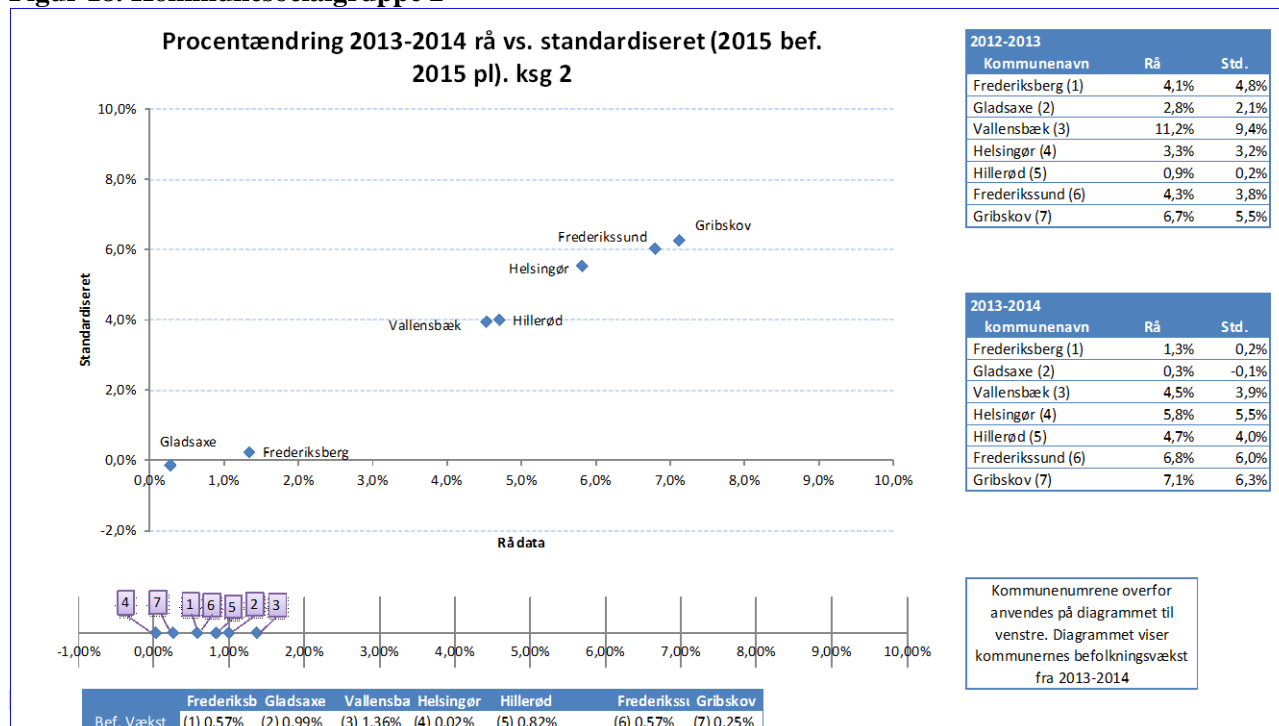
Til højre i graferne vises i to tabeller: Nederst den afbildede vækst fra 2013 til 2014 og øverst den tilsvarende vækst fra 2012 til 2013. Befolkningsvæksten er afbildet nederst.

Helt generelt viser graferne en overensstemmelse mellem den standardiserede vækst og den faktiske (rå), hvilket indikerer, at væksten i kommunal medfinansiering fra 2013 til 2014 er forårsaget af andet end befolkningsudviklingen. Det fremgår endvidere, at der er en eller flere kommuner i alle kommunesocialgrupper, der har oplevet store stigninger i deres faktiske kommunale medfinansiering fra 2013 til 2014. Og der er kommuner, hvor væksten er meget forskellig fra henholdsvis 2012 til 2013 og 2013 til 2014.

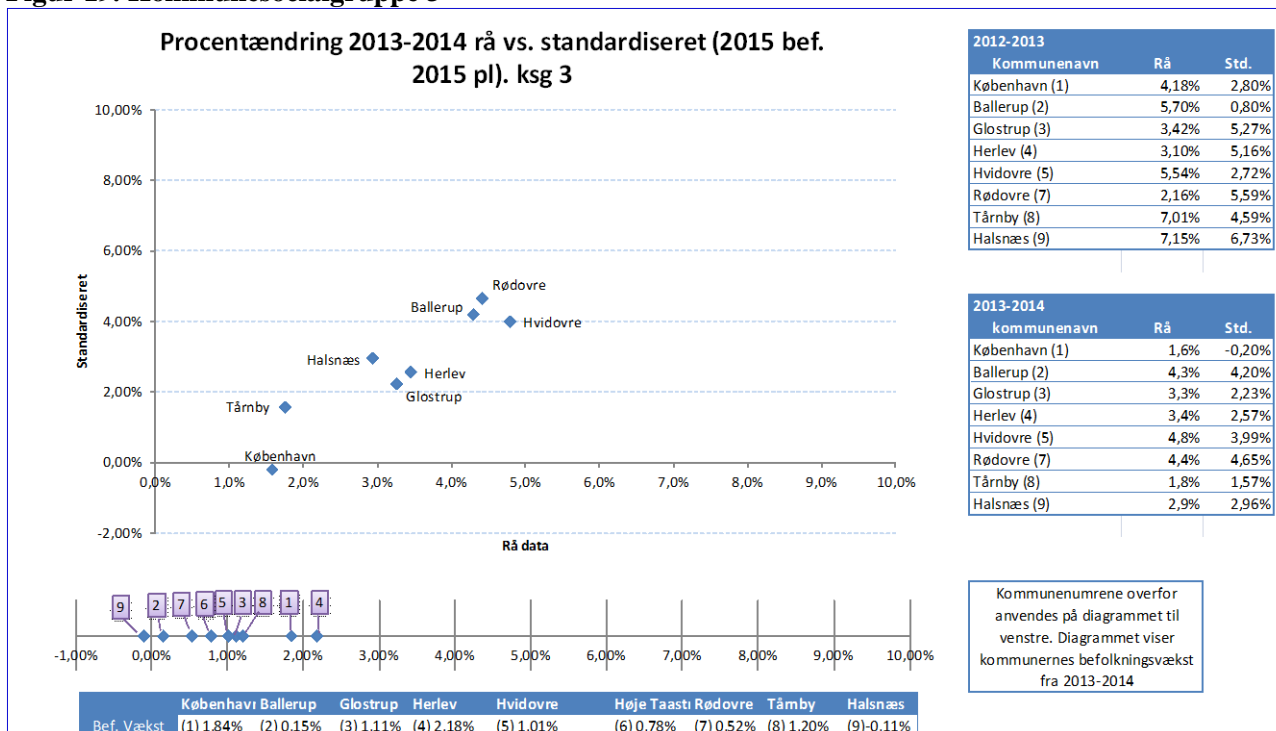
Figur 17. Kommunesocialgruppe 1



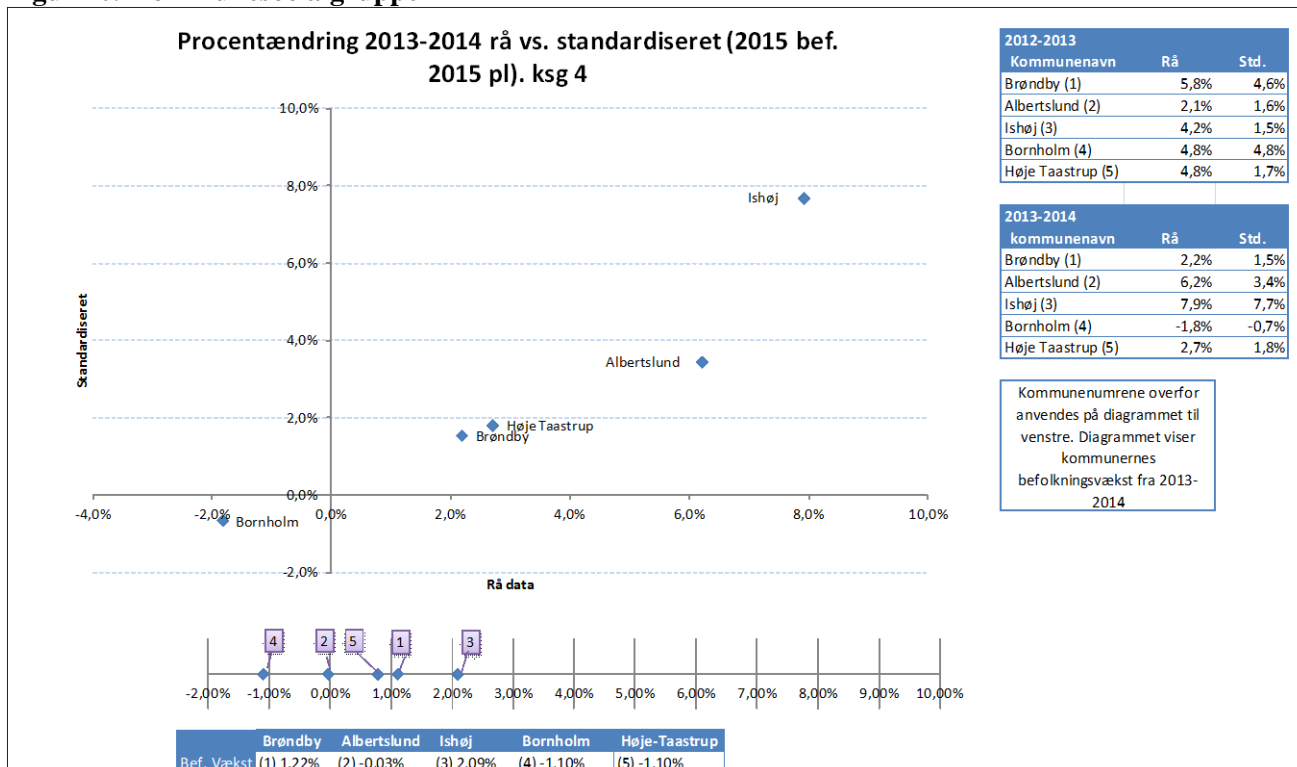
Figur 18. Kommunesocialgruppe 2



Figur 19. Kommunesocialgruppe 3



Figur 20. Kommunesocialgruppe 4

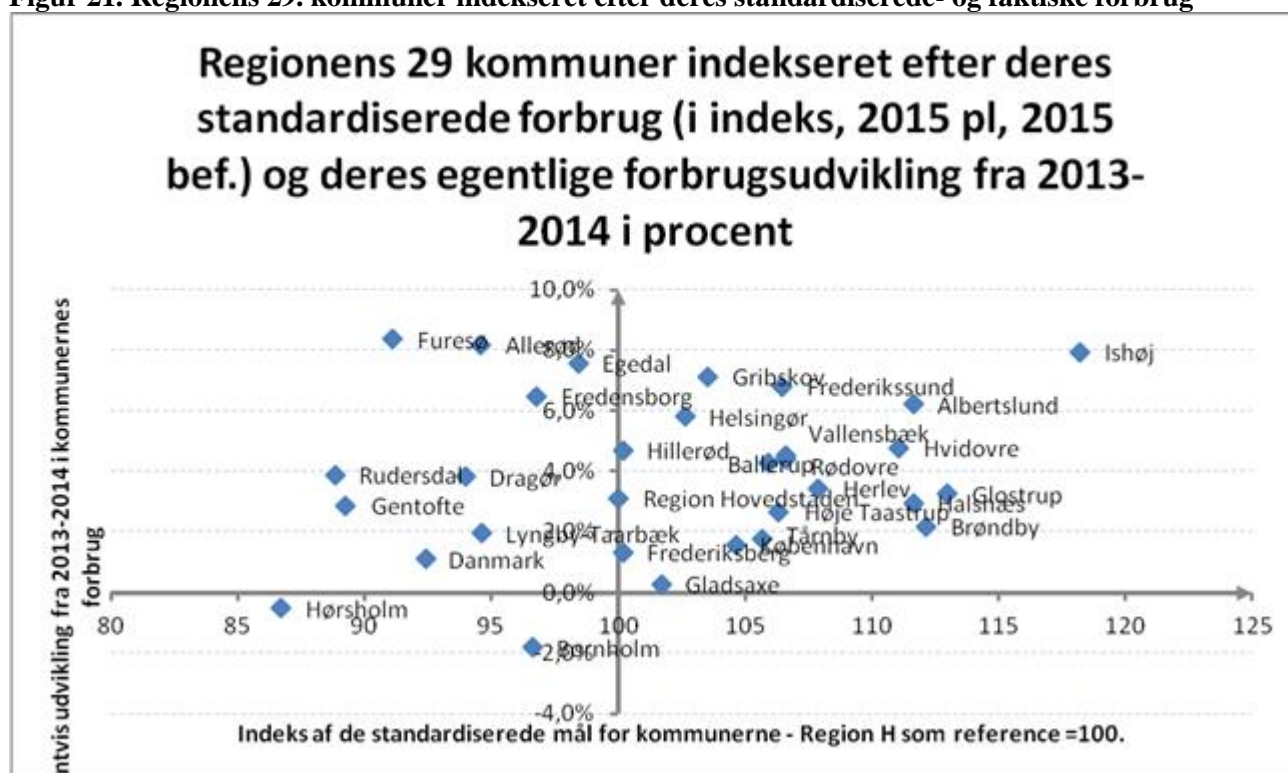


Niveau og faktisk vækst

Ovenfor blev der fokuseret på de enkelte kommuners indekserede og standardiserede ”plads” i forhold til regionsgennemsnittet (sat til 100). Dernæst blev der fokuseret på hhv. den standardiserede og faktiske (rå) vækst i kommunal medfinansiering fra 2013. Nedenfor sammenkobles henholdsvis den standardiserede indeksering i forhold til regionsgennemsnittet (niveau) med den faktiske vækst i kommunal medfinansiering for somatisk aktivitet fra 2013 til 2014.

Grafisk fremkommer herved dette billede af regionens 29 kommuner. Af den vandrette akse fremgår den enkelte kommunes ”plads” i forhold til regionsgennemsnittet. På den lodrette akse fremgår den faktiske (rå) vækst i kommunal medfinansiering.

Figur 21. Regionens 29 kommuner indekseret efter deres standardiserede- og faktiske forbrug



Som det ses, er der også kommuner med et indekstal på under 100, der fra 2013 til 2014 har oplevet en stor vækst.

Vurdering

Analysen som denne er arbejdsmæssigt meget krævende og ikke egnet til løbende rapportering. Det er dog arbejdsgruppens opfattelse, at analysen bidrager til forståelse af nogle væsentlige sammenhænge, der har medvirket til at øge gennemsigtigheden af den kommunale medfinansiering.

Blandt de væsentligste bidrag skal opsummeres:

- Der er stor sammenhæng mellem en kommunes socialgruppeplacering og niveauet for kommunal medfinansiering
- Som tommelfingerregel gælder, at selv en stor vækst fra det ene år til det andet for en enkelt kommune ikke bringer den pågældende kommune til at afvige fra resten af kommunerne i kommunesocialgruppen
- Vækst i den standardiserede kommunale medfinansiering skyldes helt overvejende, at der er sket en vækst i forbruget/forstærket behandling
- Den viste sammenhæng mellem den standardiserede kommunale medfinansiering og den faktiske (rå) kommunale medfinansiering vedrørende udviklingen fra 2013 til 2014 viser stor sammenhæng mellem standardiseret vækst og faktisk vækst. Altså skyldes også den faktiske vækst i kommunal medfinansiering i stort omfang, at forbruget er vokset/der er ydet en forstærket behandlingsindsats. Et forhold der kan være forstærket eller det modsatte af den faktiske befolkningsudvikling
- Der er sket stor vækst i kommunal medfinansiering (såvel standardiseret som faktisk) for enkelte kommuner i alle kommunesocialgrupper

Skal man dybere ned i forklaringen af årsager til ændringer i niveau eller vækst (positiv såvel som negativ) eller begge dele samtidig, er det arbejdsgruppens anbefaling, at der udvikles en egentlig model for screening af en kommunes udgifter til kommunal medfinansiering og de aktiviteter, der ligger bag.

Et sådant arbejde – som arbejdsgruppen anbefaler – lader sig ikke udføre administrativt i region/kommuner. Det er derfor arbejdsgruppens anbefaling, at findes midler til at løse opgaven eksternt og på konsulentbasis i samarbejde med region og kommuner i hovedstadsregionen.

Bilag

1. Kommissorium

Udviklingsgruppen vedr. data om økonomi og aktivitet



27. januar 2015

Kommissorium for arbejdsgruppe om kommunal medfinansiering

Kommunal medfinansiering er sammen med sundhedsaftalerne med til at sætte sundhed og det kommunalt/regionale samarbejde i fokus.

Fra kommuneside fremhæves ofte, at det er ganske svært at forstå, hvad der forårsager udviklingen i den kommunale medfinansiering, at den kommunale medfinansierings indhold og retning er meget lidt transparent.

I forlængelse af drøftelse på møde i Kommune Kontaktudvalget (KKU) den 14. november 2014 er det mellem kommunerne i regionen og Region Hovedstaden aftalt, at der nedsættes en arbejdsgruppe med den opgave:

- At gennemgå og vurdere den information om kommunal medfinansiering, der fra staten stilles til rådighed for parterne, herunder vurdere om anvendelsen af denne kan optimeres
- At indhente erfaringer fra andre regioner om initiativer, der gør udviklingen i kommunal medfinansiering mere transparent
- At gennemgå og vurdere den i fællesskab udviklede fælles ledelsesinformation, herunder vurdere om denne kan forbedres/anvendelsen af den kan forbedres
- At udvikle nye regionale indikatorer med forklaringskraft for kommunalt medfinansieringsniveau og afdække disse – eksempelvis kommunal medfinansiering af de 10 procent dyreste borgere i kommuner, patienter med kroniske sygdomme eller lignende

- At udvikle kommunale indikatorer med forklaringskraft for kommunalt medfinansieringsniveau og afteste disse – eksempelvis aldersprofil, psykiatri, misbrug, plejeudgifter de 10 procent dyreste 65+ årige eller lignende.

Hovedfokus i arbejdet skal være en *øget gennemsigtighed i, hvad der forårsager ændringer i udgifterne til kommunal medfinansiering.*

Arbejdsgruppen etableres i relation til Udviklingsgruppen vedrørende data om økonomi og aktivitet, der refererer til Den Administrative Styregruppe. Kommunesiden af Udviklingsgruppen udpeger kommunale medlemmer af arbejdsgruppen, regionssiden regionale medlemmer af arbejdsgruppen, størrelse: 5-8 personer. Region Hovedstaden er sekretariat for arbejdsgruppens arbejde – begge parter bidrager med arbejdskraft forbundet med opgavens løsning.

Kommune Kontaktudvalget holdes orienteret om fremdriften i arbejdsgruppens arbejde, første gang på udvalgets møde i februar.

Tidsplan:

December 2014	Kommissorium godkendes, arbejdsgruppemedlemmer udpeges
Januar 2015	Arbejdet igangsættes
	Gennemgang/vurdering af eksisterende kilder til vurdering af kommunal medfinansierings omfang/udvikling
Februar 2015 -	Bearbejdning og aftestning af forslag til nye rapporteringer
April 2015	Forelæggelse for Udviklingsgruppen
Maj 2015	Forelæggelse for Den Administrative Styregruppe
August 2015	Afrapportering til Kommunekontaktudvalget

2. Arbejdsgruppens sammensætning

Kommunerne i Region Hovedstaden:

Tobias Rosenberger, Furesø Kommune
Anne Svanholm, Frederiksberg Kommune
Lars Engberg, Københavns Kommune
Tine Pantou, Helsingør Kommune

Region Hovedstaden

Inger Piper, Center for Økonomi
Eva Bartels Hansen, Center for Økonomi
Conni Christiansen, Center for Sundhed
Per Stenberg Christensen, Center for Økonomi

3. Fremsendte forslag til Statens Serum Institut vedrørende KØS standardudtræk fra eSundhed

Den 14. november 2014 blev det på et Kommune Kontaktudvalgsmøde (KKU) aftalt at nedsætte en arbejdsgruppe bestående af regionale og kommunale repræsentanter. Arbejdsgruppens hovedfokus er øget gennemsigtighed i forhold til den kommunale medfinansiering herunder at finde indikatorer, der kan fremme forståelsen for udsving i den kommunale medfinansiering og derved skabe rum for at imødekomme disse.

I forbindelse med arbejdsgruppens arbejde er der sat fokus på de mange muligheder for at følge udviklingen i den kommunale medfinansiering i det nye KØS på eSundhed herunder særligt muligheden for at hente standardudtræk.

Med henblik på at skabe en større transparens i udviklingen af den kommunale medfinansiering foreslår arbejdsgruppen, at Statens Serum Institut danner fremsendte forslag til KØS standardudtræk med det formål at øge transparens og styringsmulighed for regioner og kommuner i forhold til kommunal medfinansiering.

Følgende standardudtræk foreslås:

1. Kommunal medfinansieringsprognose for et kommende år på kommuneniveau

Prognosen af den kommunale medfinansiering for 2016 baseres på forbruget i 2014 i forhold til medfinansieringen per borger opdelt i femårs eller etårs køn- og aldersgrupper for hver kommune. Disse forbrugskvoter ganges med kommunens befolkningsprognose for 2016, der ligeledes er opdelt på i femårs eller etårs køn- og aldersgrupper. Forbrugskvoterne for 2014 p/l fremskrives til 2016 niveau. Prognosen forudsætter, at forbrugskvoterne er identiske i 2014 og 2016.

Det foreslås, at prognosen udarbejdes eksempelvis i maj eller juni måned i det indeværende år, det vil sige i 2015 for prognosen for 2016.

2. Kommunal medfinansieringsprognose for det indeværende år

Prognosen baseres på den månedlige afregning og vil udarbejdes månedligt fra maj i det indeværende år. Denne prognose tiltænkes som supplement til KL's skøn for den kommunale medfinansiering.

Fremgangsmåde for prognosen eksempelvis for 2015:

Input til prognosen hentes fra Niveau 1, hvor kommunernes medfinansiering i maj 2014 samt den samlede medfinansiering for 2014 findes.

Den faktor, hvormed man skal gange maj-2014-regningen for at få 2014-årsregningen, kaldes for totalfaktoren. Denne totalfaktor ganges på den regning, som blev modtaget ultimo maj-2015. Hermed findes prognosen for hele 2015. Prognosen forudsætter, at sæsonen er den samme i 2014 og 2015.

Modellen kan anvendes indenfor delområder af den kommunale medfinansiering. Eksempelvis kan der udarbejdes en prognose for stationær og ambulans somatik under ét, hvilket kan kaldes områdefaktormodellen. Ved anvendelse af områdefaktormodellen kan der også udarbejdes en selvstændig prognose for sygesikring og så videre.

3. *Medfinansiering pr. indbygger*
Prognose for den kommunale medfinansieringsudgift per indbygger med og uden pris- og lønregulering på kommuneniveau.
4. *Standardiseret medfinansiering*
Køn- og aldersstandardiserede medfinansieringsudgifter på kommuneniveau som indekseres.
5. *Standardiserede opgørelser med kronikere*
Køn- og aldersstandardiserede opgørelser af medfinansieringsudgifter til borgere med kroniske lidelser eller specifikke sygdomme på kommuneniveau.
6. *Standardiserede opgørelser for borgere med multiple kroniske lidelser*
Køn- og aldersstandardiserede opgørelser af medfinansieringsudgifter til borgere med multiple kroniske lidelser eller specifikke sygdomme på kommuneniveau.
7. *Medfinansieringsudgifter til gråzonepatienter*
Uviklingen i medfinansieringsudgifter til gråzonepatienter opgjort per indbygger på indekseret kommuneniveau.
8. *Andelen af gråzonekontakter ud af samtlige hospitalskontakter*
Udviklingen i andelen af gråzonekontakter ud af samtlige hospitalskontakter opgøres på kommuneniveau som indekseres.

På vegne af arbejdsgruppen vedrørende kommunal medfinansiering.

Kommunerne i Region Hovedstaden:

Tobias Rosenberger, Furesø Kommune
Anne Svanholm, Frederiksberg Kommune
Lars Engberg, Københavns Kommune
Tine Pantou, Helsingør Kommune

Region Hovedstaden:

Inger Piper, Center for Økonomi
Eva Bartels Hansen, Center for Økonomi
Conni Christiansen, Center for Sundhed
Per Stenberg Christensen, Center for Økonomi

4. Eksempel på afgrænsninger af data i det nye KØS i forhold til den kommunale indikator – borgere i plejecenter (forebyggelige diagnoser)

I udtrækket for akutte forebyggelige indlæggelser er der afgrænset på følgende:

1. Stationær somatik
2. Akutte indlæggelser
3. 65+årige borgere
4. Bopælsregion – Region Hovedstaden
5. Plejeboliger, hvor ukendt og ikke relateret er fravalgt
6. Forebyggelige indlæggelser, hvor ukendt, øvrige diagnoser og ikke relateret er fravalgt

Her trækkes dimensioner og tællevariable ned for at opnå den ønskede præsentation af data

KØS AVANCERET Eksporter Gem analyse Udlad CPR.nr...

Filer: Data * Søg

Dataområde hierarki Somatik Stationær
 Akut indlæggelse Akut
 < 64 år/65+ år 65+
 Bopælsregion 1084 - Region Hovedstaden
 Plejebolig (Flere elementer)
 Forebyggelig indlæggelse (Flere elementer)

Her ses afgrænsning af data (filtrering)

Pivottabelfelter

Vis felter: (Alle)

Almen lægepraksis
 Antal ydeser
 Bruttohonorar
 Kommunal medfinansiering (Alme...

Befolkningsdata
 Antal borgere

Psykiatri
 Antal besøg
 Antal færdighe... dage
 Antal senge... dage - færdighe...
 Antal udskrivninger
 Antal udskrivninger - færdighe...
 Kommunal medfinansiering (Psyki...

Træk felter mellem områder nedenfor:

FILTRE
 Dataområde hierarki
 Akut indlæggelse
 3. < 64 år/65+ år
 1. Bopælsregion
 Plejebolig
 Forebyggelig indlæg...

KOLONNER
 - Værdier
 - 1. år
 -

Rækker
 2. Bopælskommune

VÆRDIER
 - Antal sygehusudsk...
 - Kommunal medfin...
 - Antal unikke perso...
 - Antal borgere

Række	Antal sygehusudskrivninger			Kommunal medfinansiering (Somatik)			Antal unikke personer (total)			Antal borgere		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
101 - København	733	679	558	7.664.128	7.397.306	5.629.333	598	520	427	58.172		
147 - Frederiksberg	205	185	160	2.088.752	2.035.704	1.666.234	164	149	133	16.540		
151 - Ballerup	58	60	67	597.273	652.246	656.488	50	48	47	9.518		
153 - Brøndby	43	49	70	423.057	555.610	691.734	37	35	53	6.404		
155 - Dragør	14	13	6	170.187	150.191	58.429	14	9	5	3.135		
157 - Gentofte	97	94	73	1.065.027	1.090.077	740.503	80	77	56	13.689		
159 - Gladsaxe	125	121	120	1.284.762	1.303.516	1.208.789	92	96	90	10.839		
161 - Glostrup	37	31	54	357.681	329.275	487.775	28	21	46	4.085		
163 - Herlev										4.974		
165 - Albertslund	16	14	17	155.496	165.081	170.472	10	12	10	4.449		
167 - Hvidovre	62	58	58	640.048	634.801	643.801	53	49	52	8.633		
169 - Høje-Taastrup	59	39	46	635.643	414.935	473.892	53	34	42	7.866		
173 - Lyngby-Taarbæk	48	41	44	519.778	482.566	444.558	39	36	38	10.465		
175 - Rødovre	79	65	84	867.965	718.763	835.151	61	51	59	6.593		
183 - Ishøj	34	24	32	324.139	271.248	308.726	25	17	21	3.048		
185 - Tårnby	110	91	77	1.140.623	1.004.909	817.574	79	65	62	7.568		
187 - Vallensbæk	28	37	39	282.764	414.329	365.279	21	30	27	2.638		
190 - Furesø	9	9	9	104.347	101.863	102.903	8	7	7	7.714		
201 - Allerød	37	34	35	380.967	358.038	355.723	27	26	27	4.502		
210 - Fredensborg	40	51	48	394.878	554.170	524.583	35	41	37	7.490		
217 - Helsingør	69	67	80	744.405	722.513	806.665	58	63	65	12.916		

5. Sammenligning af kommuner via standardisering

En række kommuner i Region Hovedstaden har oplevet stigninger i den kommunale medfinansiering fra 2012 til 2013. Endvidere har en række (andre) kommuner oplevet stigninger i den kommunale medfinansiering fra 2013 til 2014. I et vist omfang har disse stigninger været uventede.

Hovedkonklusioner efter standardisering af kommunerne

Når man opgør *niveauet* af den kommunale medfinansiering af somatisk aktivitet er der en klar *tendens*: Kommunerne i kommunesocialgruppe 4 har et vist overlap i forbruget med det i øvrigt lavere forbrug blandt kommunerne i gruppe 3, som har et mindre overlap med det i øvrigt lavere forbrug i gruppe 2, som – uden overlap er større end forbruget blandt kommunerne i gruppe 1. Dette gælder både i 2013 og 2014. Det betyder, at kommunerne kan forskyde sig indbyrdes indenfor gruppen fra 2013 til 2014, men de fleste ”forbliver som hovedregel i gruppen”.

Når man opgør *stigningen* fra 2013 til 2014 viser det sig, at den kommunale medfinansiering af somatisk aktivitet for kommunerne i Region Hovedstaden er steget ganske pænt fra 2013 til 2014. Det har ramt kommunerne forskelligt. Nogle har haft en vækst på i størrelsesorden 8 % andre har haft et mindre fald. Alle fire kommunesocialgrupper er repræsenteret blandt de kommuner, som har de største stigninger fra 2013 til 2014.

Standardiseringen viser, at de store stigninger i et betydeligt omfang skyldes, at forbruget per indbygger er steget fra det ene år til det andet.

1. Således bliver kommunernes udvikling gjort sammenlignelig

I dette kapitel er fokus på udviklingen i den kommunale medfinansiering (=KMF), som dækker somatiske indlæggelser og ambulante besøg. Den kaldes i det følgende for S-KMF = somatisk kommunal medfinansiering. I 2014 fyldte S-KMF 83 % af kommunernes samlede kommunale medfinansiering.

I dette kapitel belyses kommunernes udvikling over tid. Og kommunerne rangordnes med hensyn til deres forbrug af kommunal medfinansiering. For at neutralisere prisændringer fra det ene år til det andet regnes alt om i 2015-pl.

For at neutralisere udviklingen i den enkelte kommunes befolkningstal og befolkningssammensætning ganges den enkelte kommunes forbrugskvotienter i et givet år ind i den befolkningssammensætning, som Danmark havde i 2015. For hver kommune er der for fx 2013 beregnet forbrugskvotienter for køn og 1-års al-

dersgrupper. Således har hver kommune godt 200 forbrugskvotienter. En forbrugskvotient udsiger, hvor meget kommunen har betalt i S-KMF per indbygger, fx for 38 årige kvinder. Forbrugskvotienterne er byggestenene i standardiseringen.

Den enkelte kommunes godt 200 forbrugskvotienter i 2012 pl'es til 2015-pl og ganges derefter ind i Danmarks befolkning i 2015, som også er opdelt på godt 200 køns- og aldersgrupper. Herefter findes den samlede sum af kommunens således *standardiserede S-KMF*. Det samme sker med forbrugskvotienterne i 2013 og 2014. De er også pl'et til 2015-pl og de lægges også ind i DK-2015-befolkning, som således er referencbefolkningen. Dermed er hver kommunes forbrug (i hvert af de tre år) lagt ind i den *samme* befolkning, nemlig Danmarks befolkning medio 2015.

Ved at lægge det hele om i 2015-pl og ind i Danmarks 2015-befolkning kan alle forskelle mellem 2012, 2013 og 2014 (for den enkelte kommune og kommunerne indbyrdes) henføres til forskelle i de enkelte kommuners (netto)forbrug af kommunal medfinansiering fra det ene år til det andet.

For den enkelte kommune er det hvert af årenes samlede sum af S-KMF-udgifter, der bruges til de videre udregninger (altså tre tal). Og de videre udregninger handler om at finde procentændringer eller indeks for disse tre tal. Det vil sige, at det absolutte niveau for en kommunes S-KMF ikke spiller nogen rolle, når en kommunes udvikling over tid belyses eller når kommunerne rangordnes.

Tallene viser, at fx Allerøds standardiserede S-KMF steg med 8,8 % fra 2013 til 2014. Som følge af den ovenfor beskrevne metode kan vi slå fast, at den stigning alene skyldes, at der samlet set har været en stigning i de godt 200 forbrugskvotienter fra 2013 til 2014. Stigningen skyldes ikke ændringer i befolkningstal eller – sammensætning. Ejheller udvikling i priser og lønninger. Årsagen er alene, at der samlet set er sket en stigning i forbrugskvotienterne. Ændringen kan også beskrives således: S-KMF-udgifterne i Allerød kommune per ”standardiseret indbygger” er steget med 8,8 % fra 2013 til 2014.

2. Hvad påvirker udviklingen i S-KMF fra år til år?

I det følgende skal omtales fem forhold, som samtidig kan påvirke udviklingen år for år i S-KMF i samme pl, fx 2015-pl. Disse forhold vil typisk gøre sig gældende samtidig.

De fem mulige påvirkninger samles i det følgende i to kategorier, a) og b).

a) Ændringer i befolkningstal og befolkningssammensætning

1. Et *stigende befolkningstal* vil øge forbruget, når alt andet er lige, herunder uændrede forbrugskvotienter.
2. Et uændret befolkningstal med *en befolkning som er blevet ældre* vil øge forbruget, da det som tommelfingerregel er sådan, at forbruget af S-KMF stiger med alderen. Dette gælder under en betingelse om at alt andet lige, herunder uændrede forbrugskvotienter.

Eksempelvis kan kommune A ud af de 29 kommuner have et forbrug på 18,3 mia. kr. Kommune B kan have et forbrug på 19,7 mia kr. Da befolkningen er ens for A og B kommuner (nemlig Danmarks befolkning medio 2015), betyder det, at A i det store og hele har lavere forbrugskvotienter end B. De mest nærliggende forklaringer er, at enten får borgerne i kommune A en ringere behandling end borgerne i kommune B, eller også betyder det, at borgerne i kommune A er sundere end borgerne i kommune B.

Nu kan man for de 29 kommuner indbyrdes sammenligne: i) *niveauet* i forbruget for et givet år via en indeksering, som således giver en rangordning af kommunerne i forhold til Region Hovedstaden og ii) størrelsen af den enkelte kommunes *procentvise ændring* fra et år til det næste i forbruget, iii) ligesom disse ændringer kan bruges til at rangordne kommunerne indbyrdes.

Man finder således i), ii) og iii) gennem den direkte standardisering. Dermed neutraliserer man i vidt omfang de i punkt 1) og 2) nævnte forhold.

Kommunerne bør have kendskab til omfanget af demografiske ændringer og i et vist omfang have en fornemmelse af hvor meget disse ændringer kan slå igennem på udviklingen i forbruget fra et år til det næste – fx ved at bruge en alt andet lige betragtning.

b) Sygere befolkning, ekstra behandling og priseffekter

Ovenstående betragtninger gør, at hovedvægten i dette notat ligger på de følgende tre ændringer, som også kan påvirke udviklingen i den enkelte kommunes S-KMF fra det ene år til det næste.

3. Kommunerne får fra det ene år til det andet en *sygere befolkning*, dvs en mere behandlingskrævende befolkning, hvilket kan øge S-KMF forbruget, hvis hospitalsvæsenet tilpasser sine behandlinger til den sygere befolkning. Det vil – alt andet lige – føre til en stigning i forbrugskvotienterne. Stigningen kan skyldes, at de samme borgere får flere af samme behandlinger eller at de får nogle dyrere behandlinger end de ellers ville have fået, eller at der behandles en større andel af unikke cpr.nr end der blev tidligere¹⁵. Det antages – i overensstemmelse med virkeligheden - at ikke alle behandlinger (kontakter) ramte KMF-loftet før folk blev sygere. Således er der plads til at forbrugskvotienterne kan stige.
4. Kommunerne har fra det ene år til det andet en uændret grad af rask befolkning, men på trods af det, *én forstærket behandling* (enten i form af en dyrere behandling eller flere behandlinger til de ”samme” cpr.nr eller en inddragelse af ”helt nye” cpr.nr, som tidligere ikke fik en behandling). Dette vil øge S-KMF, når alt andet er lige. En forstærket behandling vil således bidrage til en stigning i forbrugskvotienterne.
5. En *ændring af taksterne/takststrukturen* kan betyde en stigning i S-KMF. Her vil der være tale om en priseffekt og ikke en mængdeeffekt. Omlægning til flere gråzonetakster kan betyde en stigning i S-

¹⁵ Der kan ske flytninger til eller fra en kommune af mennesker, som har en væsentlig anden sundhedstilstand end de oprindelige borgere i samme køns- og aldersgrupper. Hvis antallet af flytninger er tilstrækkeligt stor kan det have en indflydelse på de relevante køns- og aldersgruppers forbrugskvotienter, når vi antager, at der er en sammenhæng mellem sundhedstilstand og behandlingsomfang. Der er ikke analyseret for sådanne (netto)flytninger, men en umiddelbar fornemmelse tilsiger, at de ganske store udsving der har været i nogle af kommunernes standardiserede S-KMF forbrug fra et år til det næste, ikke kan tilskrives den type af flytninger.

KMF. Det var tilfældet fra 2012 til 2013¹⁶. En sådan stigning vil – andet lige – udmønte sig som en stigning i (nogle af) forbrugskvotienterne. Imidlertid må det antages, at en ændring i takststrukturen, som giver en netto-priseffekt, vil slå nogenlunde lige hårdt igennem på alle kommuner, hvorfor denne effekt ved sammenligning af kommunerne indbyrdes næppe har den store betydning¹⁷.

Som det fremgår, kan en sygere befolkning, en forstærket behandling (måske overbehandling?) og ændringer i takststrukturen fra et år til det næste give ændringer i forbrugskvotienterne. I dette notat søges der ikke skelnet mellem effekten af hver enkelt af ovenstående 3, 4 og 5. Men den samlede effekt af nettoændringerne i en kommunes S-KMF forbrugskvotienter fra det ene år til det andet identificeres.

Et eksempel: Når Allerød Kommunes standardiserede forbrug stiger med 8,8 % fra 2013 til 2014, afspejler det i langt overvejende grad punkt 3 og 4 (og 5) ovenfor. Forbrugskvotienterne for 2013 og 2014 er pl'et til samme niveau (2015-pl) og forbrugskvotienterne for de to år er ganget ind i samme befolkning (DKs 2015-befolkning). Derfor er forskellen mellem 2013 og 2014 et udtryk for hvorledes effekten af nettoændringerne i forbrugskvotienterne slår igennem i det samlede forbrug.

Det bør bemærkes, at nettoændringerne i forbrugskvotienterne er meget vanskelige for kommunerne både at forudsige og påvirke.

De kommuner, som har oplevet en stor stigning fra 2013 til 2014 i den standardiserede S-KMF, har ikke nødvendigvis haft en stor stigning fra 2012 til 2013. Eksempelvis havde Allerød Kommune en ændring fra 2012 til 2013 på -1,07 % (altså et fald).

3. Resultater

1. Med udgangspunkt i det standardiserede S-KMF-forbrug i henholdsvis 2013 og 2014 har kommunerne oplevet meget forskellig vækst fra det ene år til det andet. Nogle kommuner har oplevet en vækst på op til 8,8 % andre kommuner har oplevet et mindre fald.
2. Som overordnet mønster gælder, at jo højere kommunesocialgruppe en kommune ligger i, jo større er kommunens udgifter til S-KMF. Dette gælder både i 2013 og 2014. De kommuner, som har det højeste standardiserede S-KMF i 2014, tilhører alle kommunesocialgruppe 3 eller 4.
3. Der er en udpræget tendens til, at kommunerne i samme kommunesocialgruppe "ligger forholdsvis" tæt på hinanden i henholdsvis 2013 og 2014. Så selv om nogle kommuner har oplevet en stor stigning fra 2013 til 2014 er der alligevel en stærk tendens til, at også disse kommuner "forbliver i deres gruppe".
4. Der er en klar tendens til, at de kommuner, som har oplevet en stor stigning i deres forbrugskvotienter fra 2013 til 2014 (= en stigning i deres standardiserede forbrug), også oplever en stor stigning i deres vækst i deres faktiske (=rå) S-KMF, som er den S-KMF, som kommunerne betaler.
5. Der er en klar tendens til, at kommunernes rå vækst i S-KMF fra 2013 til 2014 (alt sammen i 2015-pl) overstige deres befolkningsvækst. Det resultat peger på, at der er sket en vækst i forbrugskvoti-

¹⁶ Jvf "Rapport om stigningen i den kommunale medfinansiering fra 2012 til 2013 i Region Hovedstaden", udarbejdet af Udviklingsgruppen vedr. økonomi og aktivitet, juni 2014.

¹⁷ Teoretisk kunne man forestille sig, at taksterne i særlig grad blev forhøjet for kronisk sygdomme, som i betydeligt omfang knytter sig til livsstil og handlemuligheder. Hvis sådanne forhøjelser havde fundet sted, måtte det forventes at slå igennem især på kommuner i kommunesocialgruppe 3 og 4.

enterne (taget under ét). Dette bekræftes af, at Region H i sit standardiserede forbrug (hvor der er neutraliseret for befolkningsudviklingen) havde en vækst på 2,2% fra 2013 til 2014.

6. Den enkelte kommunes vækstprocent for den rå S-KMF fra 2012 til 2013 kan være ganske forskellige for den tilsvarende vækstprocent fra 2013 til 2014. På samme måde der pæne forskellige på de to tilsvarende standardiserede vækstprocenter, jvf de to bokse på figur F, G, H og I. Allerød Kommune er et eksempel herpå, jvf de to bokse i figur F. Med andre ord: Over en tre-årige periode kan vækstprocenterne være ganske forskellige.
7. Der er en eller flere kommuner i alle kommunesocialgrupper som har oplevet store stigninger i deres rå S-KMF fra 2013 til 2014. De to kommuner, Furesø og Allerød, som har oplevet de største stigninger, havde i 2014 et standardiseret S-KMF, som lå under regionsgennemsnittet.
8. Sammenfattende kan man sige, at den faktiske (rå) vækst i kommunal medfinansiering i vidt omfang skyldes, at behandlingen/forbruget er vokset, hvilket enten kan være forstærket eller svækket af den faktiske befolkningsudvikling. Eksempelvis har Københavns Kommune et lille fald i det standardiserede S-KMF fra 2013 til 2014, men har alligevel en mindre stigning i det faktiske (rå) forbrug. Det skyldes befolkningstilvæksten fra 2013 til 2014.

4. Andet om metoden

Den kommunale medfinansiering (KMF) omfatter stationær somatik (47 %) og ambulans somatik (37 %), genoptræning under indlæggelse (1,6 %), sygesikring (9,8 %), samt stationær og ambulans psykiatri (5,3%). Tallene i parentes angiver procentfordelingen af de 29 kommunernes KMF-betalinger i 2014. Det ses, at alene stationær og ambulans somatik tilsammen udgør 83 % af kommunernes samlede KMF-betaling. På grund af sin store andel af den samlede KMF er (ændringerne i) S-KMF målet for den følgende analyse.

Begrebet forbrugskvotient skal uddybes her. Et eksempel: Københavns Kommune havde i 2014 en samlet S-KMF-betaling på 6.512.275 kr. for kommunens 5.476 mandlige indbyggere på 36 år. Det giver en S-KMF betaling på 1.189 kr. per mandlig 36-årig københavnsk indbygger. De 1.189 kr er en forbrugskvotient.

På samme måde beregnes forbrugskvotienter for alle øvrige 1-årige køns- og aldersgrupper. Således har hver kommune godt 200 forbrugskvotienter for et givet år. Vi har fundet disse forbrugskvotienter for alle 29 kommuner for hhv 2012, 2013 og 2014. Vi har efterfølgende pl´et dem til 2015-pl.

Det bør bemærkes, at de faktiske forbrug for 2014 er til og med den regning, som kommunerne modtog i januar 2015. Til den regning mangler de små justeringer, som kom i februar og marts måned 2015. Således er tallene for 2014 ikke de endelige – men tæt på de endelige.

Alle S-KMF og befolkningsoplysninger, som anvendes til beregningerne, er hentet på e-sundhed under det nye KØS, som er tilgængeligt for alle kommuner.

Alle forbrugskvotienter for alle år er omregnet til 2015-pl. Fra 2012-2013: 1,4 %, fra 2013-2014: 1,1 % og fra 2014-2015: 1,7%.

De absolutte og standardiserede S-KMF-værdier for selve Region Hovedstaden er de aggregerede KMF-udgifter for regionens 29 kommuner. Der er dermed ikke direkte tale om regionens KMF-indtægter. I de 29 kommuners forbrug er i hele bilaget indregnet de små S-KMF-udgifter, som den enkelte kommuner har til andre regioner end Region Hovedstaden.

5. Om kommunesocialgrupperne.

Kommunerne er inddelt i socialgrupper på baggrund af følgende kategorier:

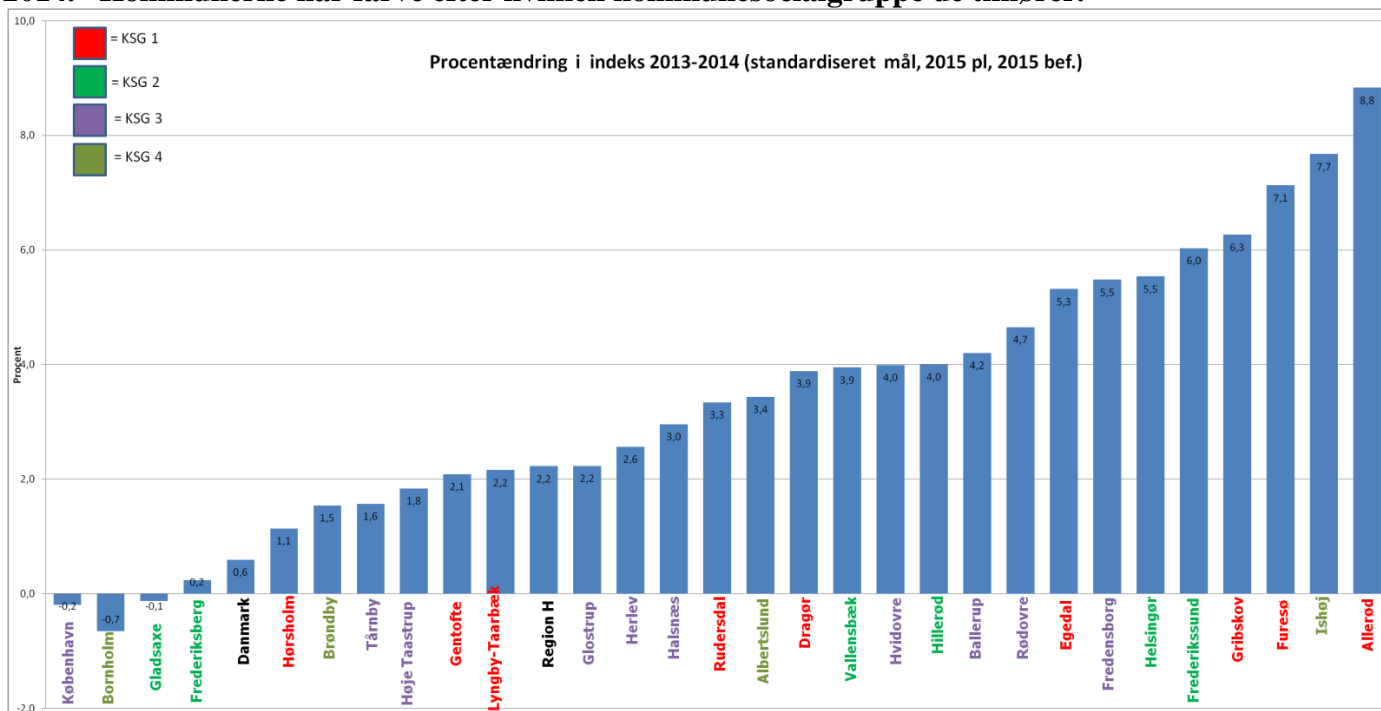
- Andel af borgere med kort uddannelse
- Andel af borgere, som er udenfor arbejdsmarkedet:
 - arbejdsløse (i mindst et halvt år),
 - førtidspensionister,
 - modtagere af kontanthjælp,
 - sygedagpenge, uddannelsesgodtgørelse,
 - og orlovsydelse
- Gennemsnitlig bruttoindkomst.

For **hver** kategori rangordnes kommunerne og inddeles i fire lige store grupper. Kommunerne tildeles points fra 1-4:

- 1 point, hvis kommunen er i den fjerdedel af kommuner med **mindst** andel af borgere med kort uddannelse; 4 points, hvis kommunen er i den fjerdedel med **størst** andel af borgere med kort uddannelse.
- 1 point, hvis kommunen er i den fjerdedel af kommuner med **mindst** andel af borgere uden for arbejdsmarkedet; 4 points, hvis kommunen er i den fjerdedel med **størst** andel af borgere uden for arbejdsmarkedet.
- 1 point, hvis kommunen er i den fjerdedel af kommuner med **højest** gennemsnitlig bruttoindkomst; 4 points, hvis kommunen er i den fjerdedel med **lavest** gennemsnitlig bruttoindkomst. Summen af points afgør, hvilken kommunesocialgruppe kommunen placeres i. Den fjerdedel af kommunerne, der har færrest points, udgør den højeste kommunesocialgruppe, mens den fjerdedel af kommunerne, som har flest points, udgør den laveste kommunesocialgruppe. Hvis der er flere kommuner med samme antal points, benyttes gennemsnitlig bruttoindkomst til rangordning af disse kommuner. Inden for hver kommunesocialgruppe er kommunerne vist i alfabetisk orden. Tabel 2.14 viser grundlaget for inddelingen af kommunesocialgrupperne. Figur 2.6 viser inddelingen i kommunesocialgrupper i Region Hovedstaden.

Kilde til ovenstående er Region Hovedstadens Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, som i 2015 udgav "Sundhedsprofil for region og kommuner 2013", jvf s. 42f.

Figur A: Procentvis ændring i de enkelte kommuners standardiserede S-KMF forbrug fra 2013 til 2014. Kommunerne har farve efter hvilken kommunesocialgruppe de tilhører.



Teknisk om standardisering: Der er for hver kommune udregnet forbrugskvotienter på køn og 1-årsaldersgrupper i henholdsvis 2013 og 2014. Der er således godt 200 forbrugskvotienter for hver kommune i det enkelte år. Disse forbrugskvotienter er pl'et til 2015 og ganget ind i Danmarks befolkning i 2015 opdelt på køn- og 1 års aldersgrupper. Herefter er kommunens samlede udgifter til S-KMF fundet i henholdsvis 2013 og 2014. Den procentvise ændring er herefter beregnet.

Det fremgår af figur A, at Danmarks forbrug er steget med 0,6 % fra 2013 til 2014, medens Region H har haft en stigning på 2,2 %.

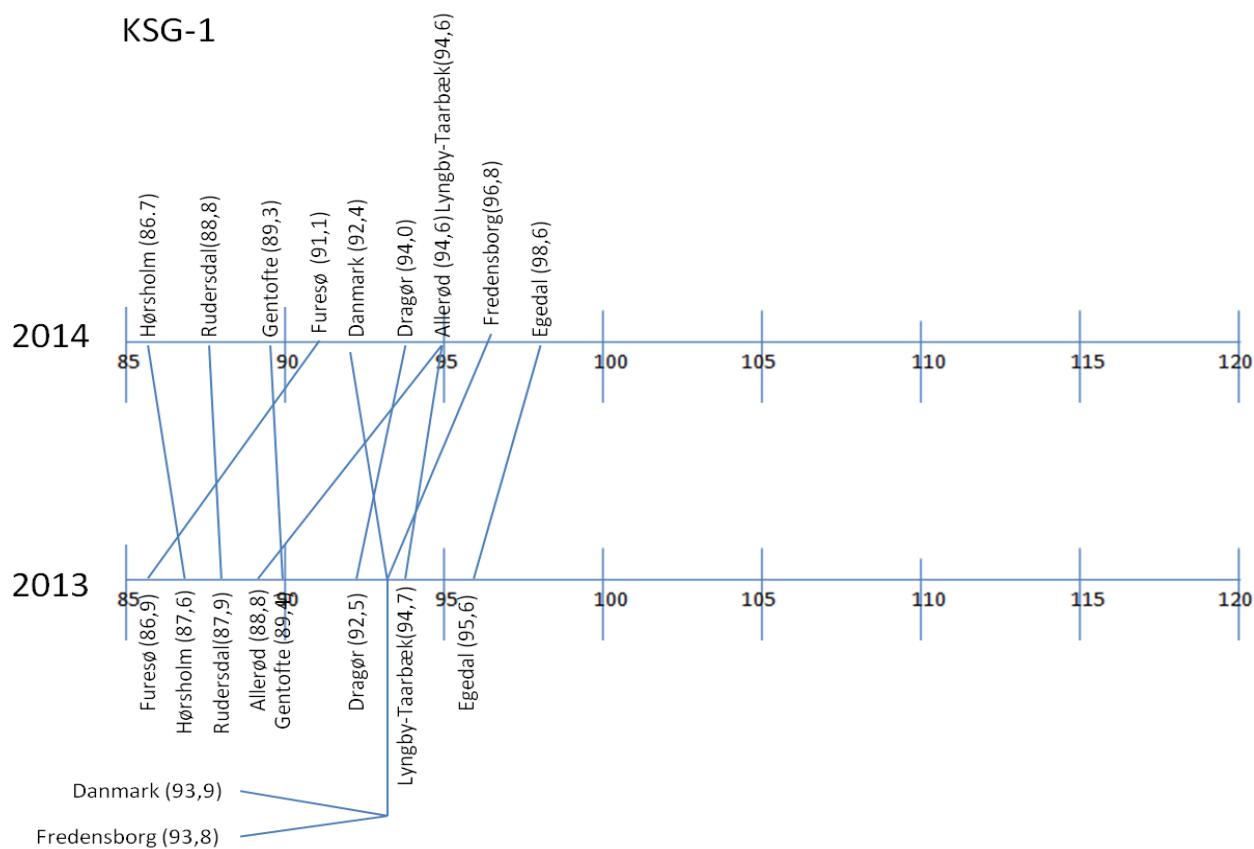
Endvidere ses, at Allerød, Ishøj og Furesø er de tre kommuner, som har haft den største stigning fra 2013 til 2014. I størrelsesorden 8 %. Metoden med standardisering indebærer, at disse stigninger skyldes de forhold, som er anført i punkt 3, 4 eller 5 i afsnit 2. Altså at befolkningerne i de kommuner, som har haft en stigning i deres standardiserede forbrug, er blevet sygere og/eller har fået en forstærket behandling og/eller at der er sket en ændring taksterne/takststrukturen, herunder at der er fx kommet flere gråzoner. Sidste forhold må formodes at slå lige hårdt igennem på alle kommuner, hvorfor det må være de to første som forklarer forskellen mellem kommunerne (altså at befolkningen er blevet sygere eller at befolkningen har fået en forstærket behandling).

Endelig fremgår det af figur A, at København, Bornholm og Gladsaxe har haft et mindre fald fra 2013 til 2014.

Sammenfattende:

Med udgangspunkt i det standardiserede S-KMF-forbrug i henholdsvis 2013 og 2014 har kommunerne oplevet meget forskellig vækst fra det ene år til det andet. Nogle kommuner har oplevet en vækst på op til 8,8 % andre kommuner har oplevet et mindre fald. Alle kommunesocialgrupper er repræsenteret blandt de kommuner, som har haft den højeste vækst fra 2013 til 2014.

Figur B: Indeksering (= rangordning) af den enkelte kommunes standardiserede S-KMF forbrug i henholdsvis 2013 og 2014. Indekseringen omfatter kommunesocialgruppe 1. Region H = 100.



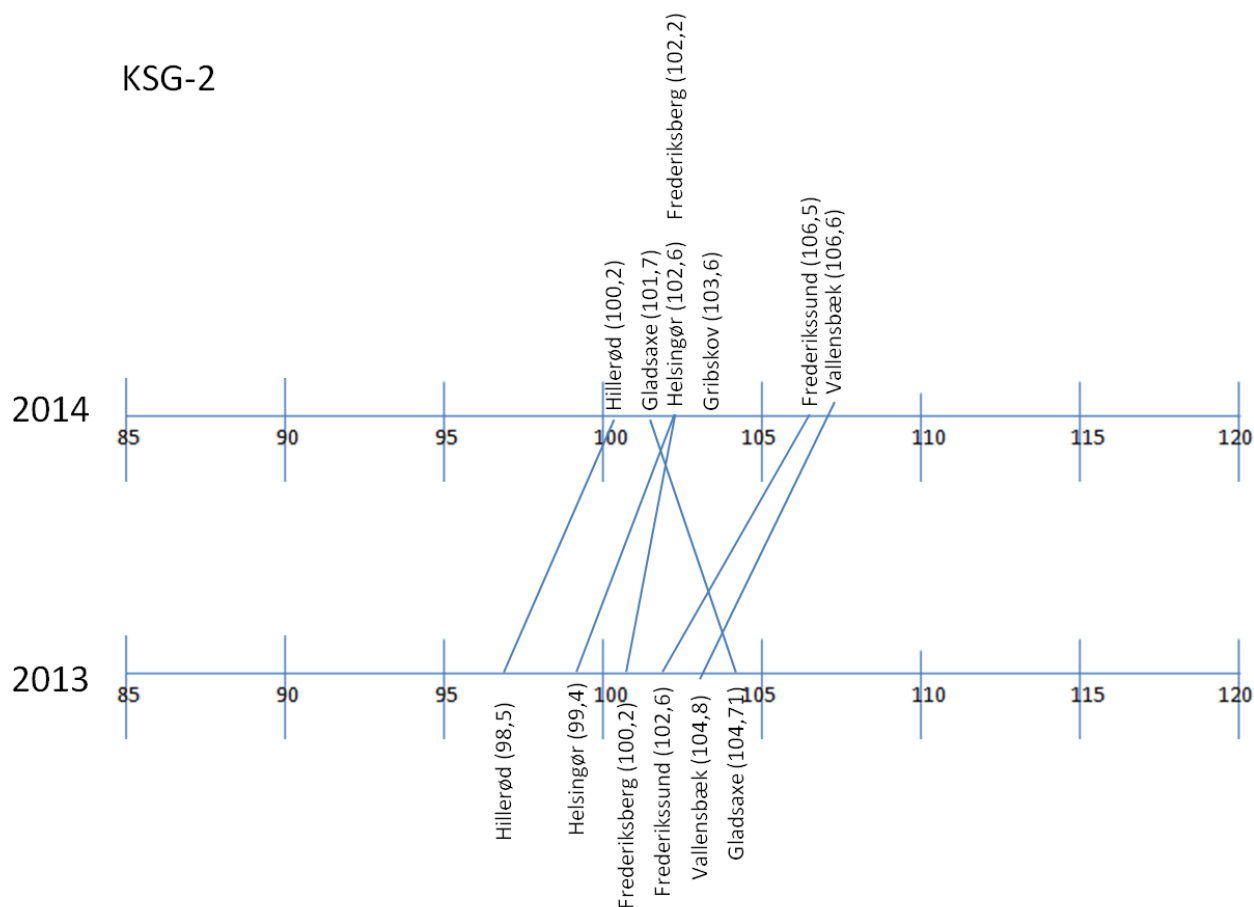
Teknisk om indeksering: Region H er sat til 100 (idet Region Hs forbrug er standardiseret på samme måde som de enkelte kommuners, jvf teknisk note til figur A). Herefter er de enkelte kommuners forbrug indplaceret i forhold til de 100. Eksempel: Gentoftes forbrug i 2014 lå 10,7 % (100 – 89,3) under Region Hovedstadens.

Det bør bemærkes, at X-kommune kan ligge på fx 98 i både 2013 og 2014. Placeringen i 2013 på 98 fortæller X-kommune ligger i forhold til gennemsnittet for alle 29 kommuner (= regionens placering = 100) i 2013. Hvis regionens forbrug stiger med 6 % fra 2013 til 2014 er regionens gennemsnit i 2014 stadig 100. Hvis X-kommune stadig har tallet 98, så betyder det, at kommunens placering i forhold til regionsgennemsnittet i 2014 er uændret, og det betyder, at kommunens forbrug også er steget med 6 % fra 2013 til 2014. Hvis en kommune ligger på et højere tal i 2014 end i 2013 betyder det, at kommunens forbrug er steget mere end gennemsnittet af kommunerne (= regionen). Fra figur A ved vi, at regionen standardiserede forbrug steg med 2,2% fra 2013 til 2014.

Det fremgår af figur B, at alle kommunerne i kommunesocialgruppe 1 både i 2013 og 2014 havde et forbrug af S-KMF som lå under regionsgennemsnittet. Det fremgår også, at selv om Furesø og Allerød ændrede placering fra 2013 til 2014 i forhold til regionsgennemsnit (=100), jvf også figur A, så ligger de to kommuner stadig ”inde i” kommunesocialgruppe 1.

Det ses også af figur B, at der fra 2013 til 2014 var tre kommuner, som øgede afstanden til regionsgennemsnittet, nemlig Hørsholm, Rudersdal og Gentofte kommuner.

Figur C: Indeksering (= rangordning) af den enkelte kommunes standardiserede S-KMF forbrug i henholdsvis 2013 og 2014. Indekseringen omfatter kommunesocialgruppe 2. Region H = 100.



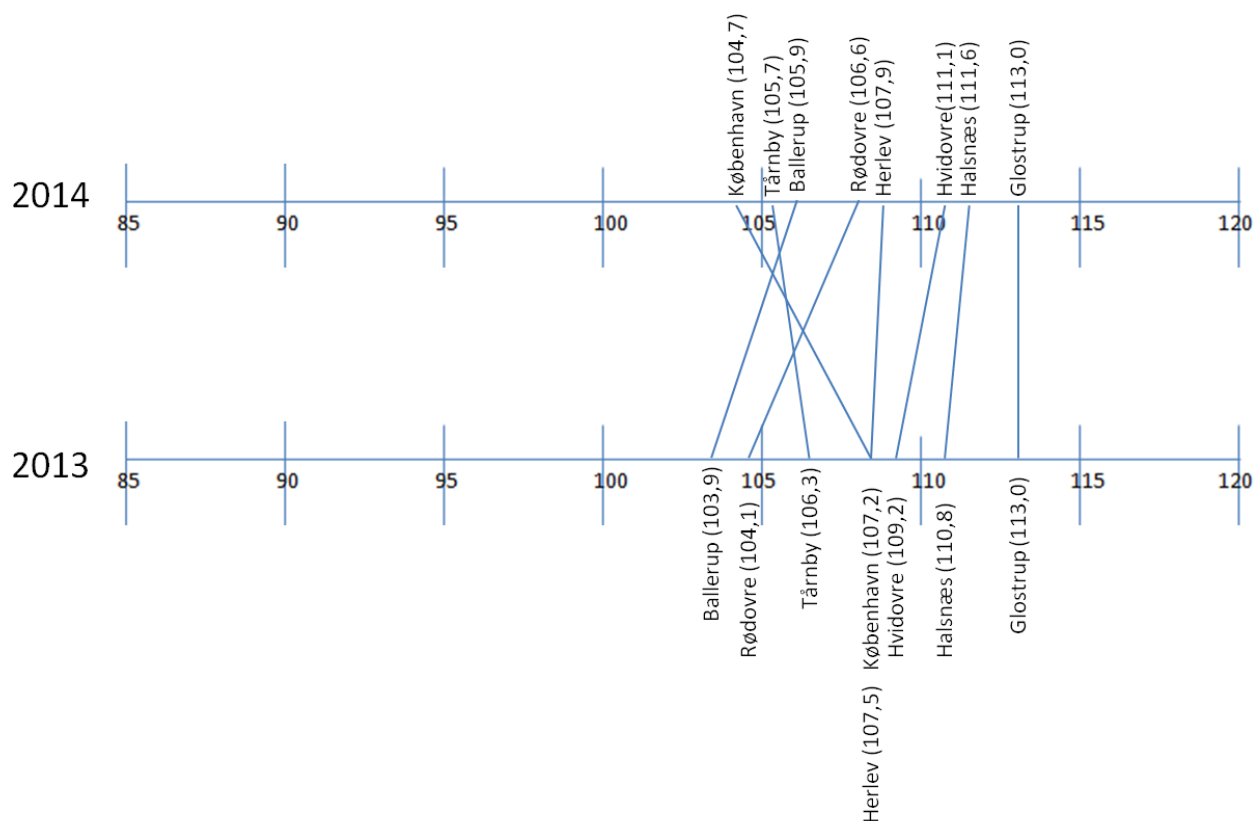
Tekniske noter: Se noterne til figur A og B.

Bemærk at skalaen på figur C er den samme som figur B (og figur D og E). Således ses ved en sammenligning af figur B og C, at samtlige kommuner i kommunesocialgruppe 2 har flere udgifter til S-KMF end kommunerne i gruppe 1. Dette gælder både i 2013 og 2014. Kommunerne i socialgruppe 1 har ”holdt sammen” fra 2013 til 2014. Det samme gør kommunerne i gruppe 2.

Det bemærkes, at eksempelvis Vallensbæk Kommune i 2014 havde et forbrug, som var 6,6 % højere end regionsgennemsnittet.

Figur D: Indeksering (= rangordning) af den enkelte kommunes standardiserede S-KMF forbrug i henholdsvis 2013 og 2014. Indekseringen omfatter kommunesocialgruppe 3. Region H = 100.

KSG-3

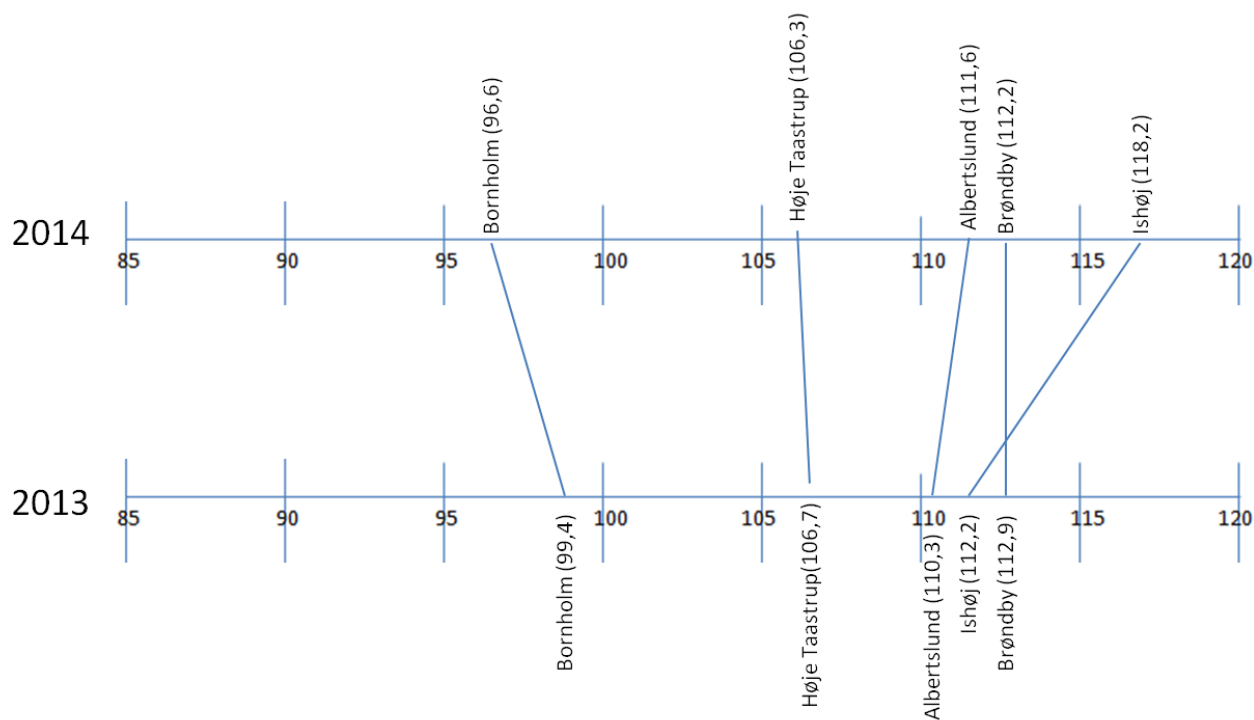


Tekniske noter: Se noterne til figur A og B.

Nu er vi nået til kommunesocialgruppe 3. Ved en sammenligning af figur C og D bemærkes, at (de fleste af) kommunerne i kommunesocialgruppe 3 har flere udgifter til S-KMF end (de fleste af) kommunerne i gruppe 2. Dette gælder i både i 2013 og 2014. Der er altså et vist overlap mellem de to kommunesocialgrupper. Det ses også, at alle kommuner i gruppe 3 har et forbrug, som ligger over gennemsnittet for regionen. Endvidere ses, at kommunerne i gruppe 3 ”holder sammen” fra 2013 til 2014. Det bemærkes, at i 2014 er Glostrup Kommune den kommune med næststørst forbrug – kun overgået af Ishøj Kommune, jvf figur E.

Figur E: Indeksering (= rangordning) af den enkelte kommunes standardiserede S-KMF forbrug i henholdsvis 2013 og 2014. Indekseringen omfatter kommunesocialgruppe 4. Region H = 100.

KSG-4



Tekniske noter: Se noterne til figur A og B.

Det ses, at Bornholm har et forbrug, som er under det regionale gennemsnit. De øvrige fire kommuner i kommunesocialgruppe 4 har en pæn spredning i deres forbrug, dog pegende mod at ligge forholdsvis højt.

Sammenfattende med baggrund i figur, B, C, D og E:

- Som overordnet mønster gælder, at jo højere kommunesocialgruppe en kommune ligger i, jo større er kommunens udgifter til S-KMF (i forhold til gennemsnittet af kommunerne). Dette gælder både i 2013 og 2014.
- Der er en udpræget tendens til, at kommunerne i samme kommunesocialgruppe "ligger forholdsvis" tæt på hinanden i henholdsvis 2013 og 2014. Så selv om nogle kommuner har oplevet en stor stigning fra 2013 til 2014 er der alligevel en tendens til, at også disse kommuner "forbliver i deres gruppe".

Introduktion til figurerne F, G, H og I

På de følgende fire sider er der én figur for hver kommunesocialgruppe.

På hver side er der bl.a. et koordinatsystem. På den vandrette akse er afbildet den procentvise ændring i den faktiske S-KMF (de rå tal, som dog er pl'et til 2015-pl). Der er de tal, som kommunerne kan se på e-sundhed på niveau 1 og det er det som kommunerne betaler til regionerne.

På den lodrette akse er afbildet den procentvise ændring i det standardiserede S-KMF-forbrug fra 2013 til 2014.

Generelt gælder, at en stigning i det standardiserede forbrug fra et år til det næste er udtryk for at forbrugskvotienterne taget under ét, er steget. Af koordinatsystemerne på de følgende fire sider fremgår, at man nogenlunde fra nulpunktet og ”skråt op mod højre” kan man tegne en ret linje, som ”sammenfatter” den enkelte kommunes forhold mellem kommunens vækstprocent i de rå data og kommunens vækstprocent i de standardiserede data. Jo højere væksten er i det standardiserede, jo højere er væksten i de rå data. Man kan også sige det således: En vækst fra det ene år til det næste i en kommunes forbrugskvotienter (taget under ét) bidrager til at der kommer en vækst i det rå forbrug.

Nederst på hver af de følgende fire sider er der en vandret akse, som viser den procentvise ændring i kommunens befolkningstal fra 2013 til 2014. Bemærk, at skalaen på den akse er stort set den samme, som skalaen på den vandrette akse lige ovenfor (som viser ændringen i den rå S-KMF). Københavns Kommune har haft et lille fald i det standardiserede forbrug fra 2013 til 2014, men en stigning i det rå (faktiske) forbrug på grund af en pæn befolkningstilvækst, jvf figur H.

Endvidere er der på de næste fire sider to bokse med tal for de kommuner, som indgår i den pågældende kommunesocialgruppe. Den nederste af de to bokse (de procentvise ændringer fra 2013 til 2014) indeholder de tal, som indgår i koordinatsystemet. Den øverste boks viser de samme tal – blot med ændringen fra 2012 til 2013.

Sammenfatning af læsningen af figur F, G, H og I

- Der er en klar tendens til, at de kommuner, som har oplevet en stor stigning i deres forbrugskvotienter fra 2013 til 2014 (= en stigning i deres standardiserede forbrug), også oplever en stor stigning i deres vækst i deres rå S-KMF.
- Der er en klar tendens til, at kommunernes rå vækst i S-KMF fra 2013 til 2014 (alt sammen i 2015-pl) overstiger deres befolkningsvækst. Det resultat peger på, at der er sket en vækst i forbrugskvotienterne (taget under ét). Dette bekræftes af, at Region H i sit standardiserede forbrug (hvor der er neutraliseret for befolkningsudviklingen) havde en vækst på 2,2% fra 2013 til 2014.
- Den enkelte kommunes vækstprocent for den rå S-KMF fra 2012 til 2013 kan være ganske forskellige for den tilsvarende vækstprocent fra 2013 til 2014. På samme måde er der pæne forskelle på de to tilsvarende standardiserede vækstprocenter, jvf de to bokse på figur F, G, H og I. Allerød Kommu-

ne er et eksempler herpå, jvf de to bokse i figur F. Med andre ord: Over en tre-årige periode kan vækstprocenterne være ganske forskellige.

Om figur J

Ud af den vandrette akse er kommunerne rangordnet efter hvor stort deres standardiserede S-KMF var i 2014 i forhold til regionens (= 100). Den rangordning svarer til den indplacering, som kommunerne har på 2014-aksen i figur B, C, D og E. Der er derfor en tendens til, at kommunerne i socialgruppe 1 ligger til venstre for 100, gruppe 2 ligger omkring 100 og noget over, kommunegruppe 3 ligger længere ude mod højre og glider over i gruppe 4.

Op ad den lodrette akse findes den procentvise stigning i den rå S-KMF, som kommunerne oplevede fra 2013 til 2014. Den rå S-KMF for både 2013 og 2014 er pl-et til 2015-pl. Noget af den stigning kan forklares af udviklingen i kommunens befolkningstal. Men som vi så i figurene F, G, H og I skyldes en stor del af de fleste kommuners stigning, at der har været en stigning i deres forbrugskvotienter fra 2013 til 2014. Den rå S-KMF er den kommunale medfinansiering, som kommunerne de facto har betalt til regionerne. De kommuner, som har oplevet de største stigninger er: Furesø, Allerød, Ishøj, Egedal, Gribskov, Frederikssund og Fredensborg.

Anden-aksen repræsenterer således de de-facto stigninger som kommunerne har oplevet fra 2013 til 2014. De kommuner, som ligger øverst både i første og andet kvadrant, er således de kommuner, som har oplevet de største stigninger fra 2013 til 2014. Det ses, at disse stigninger rammer kommuner i alle fire kommunesocialgrupper. Det ses, at Furesø, Allerød og Ishøj kommuner har oplevet de største stigninger i den rå S-KMF fra 2013 til 2014. Svarende til deres placering i figur A, hvor stigningerne var i det standardiserede S-KMF.

Det ses også, at der *blandt* de kommuner, som har oplevet en stor stigning fra 2013 til 2014, er kommuner, som i 2014 (nu er vi nede på førsteaksen) stadigvæk har et standardiseret S-KMF-forbrug, som ligger under det regionale gennemsnit. Det gælder i særlig grad for Furesø og Allerød kommuner, som begge tilhører kommunesocialgruppe 1.

Ishøj Kommune lå ganske højt i sit standardiserede forbrug allerede i 2013, jvf figur E. På grund af den meget store stigning fra 2013 til 2014 i sit S-KMF-forbrug er Ishøj den kommune, som i 2014 har det højeste standardiserede S-KMF forbrug, jvf figur J

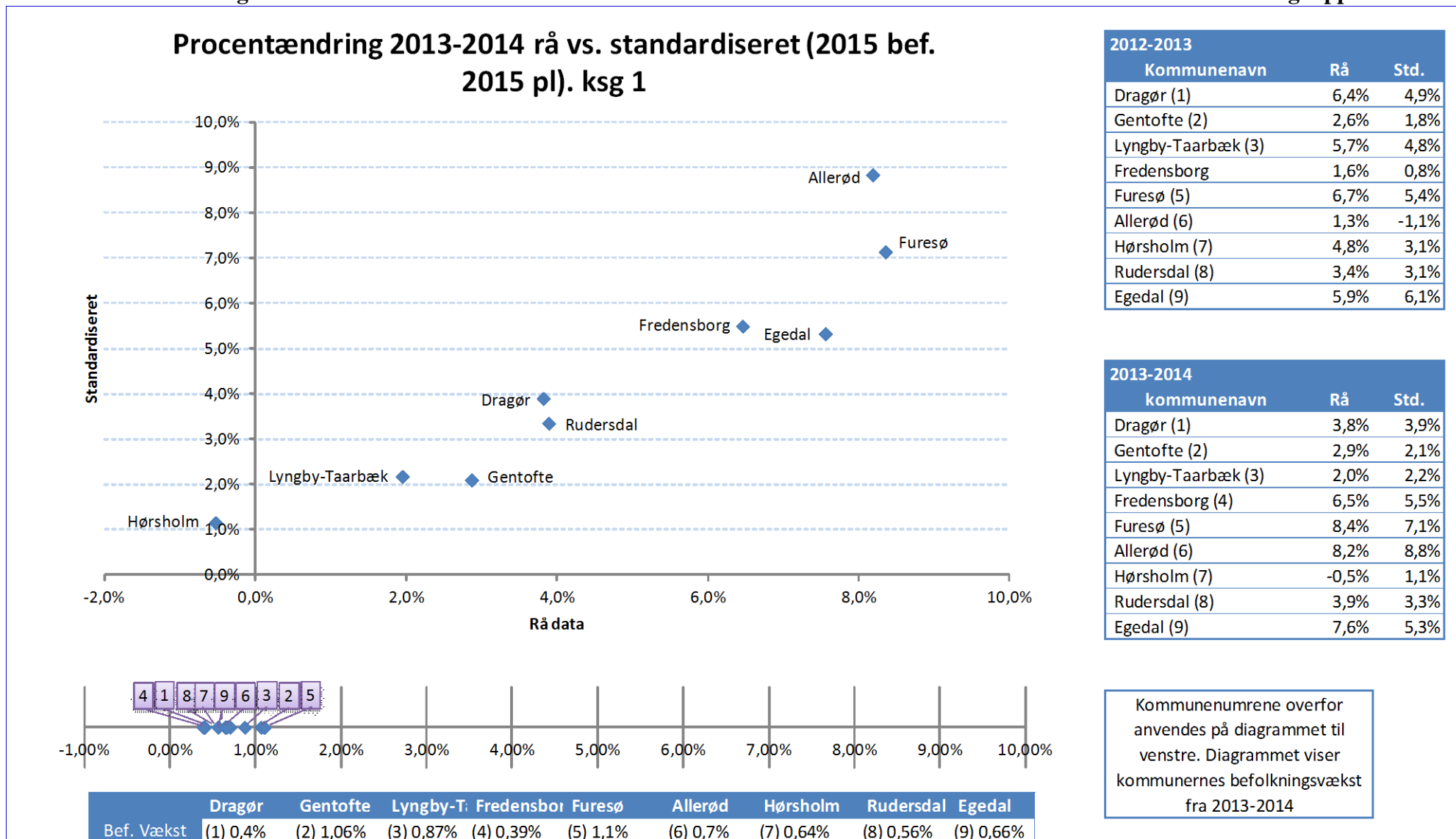
De kommuner som i 2014 havde det højeste standardiserede forbrug var (jævnfør førsteaksen i figur J): Hvidovre, Albertslund, Halsnæs, Brøndby, Glostrup og Ishøj. Tre af disse kommuner tilhører kommunesocialgruppe 4 og de tre andre tilhører den ”høje” ende af gruppe 3.

Sammenfattende om figur J:

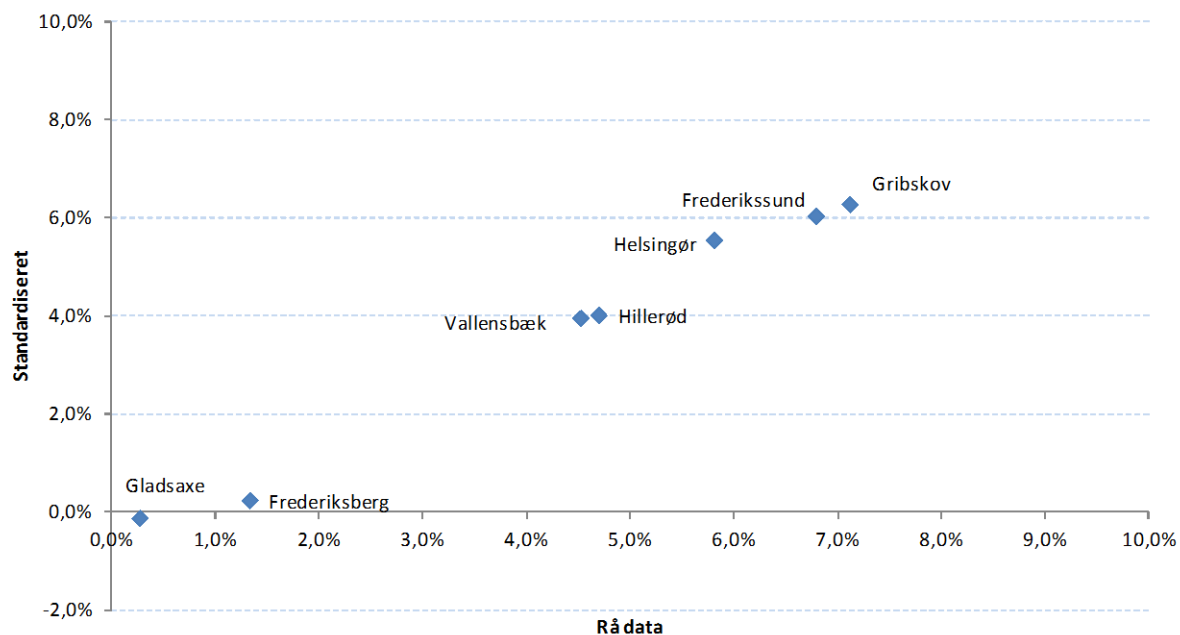
- Der er en eller flere kommuner i alle kommunesocialgrupper som har oplevet store stigninger i deres rå S-KMF fra 2013 til 2014.

- De to kommuner, Furesø og Allerød, som har oplevet de største stigninger havde i 2014 et standardiseret S-KMF, som lå under regionsgennemsnittet.
- De kommuner, som har det højeste standardiserede S-KMF i 2014 tilhører alle kommunesocialgruppe 3 eller 4.

Figur F: Procentvise ændringer fra 2013 til 2014 (alt i 2015-pl) i den "rå" S-KMF, den standardiserede S-KMF (i DK-2015-befolkning) samt ændring i befolkningstallet fra 2013 til 2014. Kommunesocialgruppe 1.

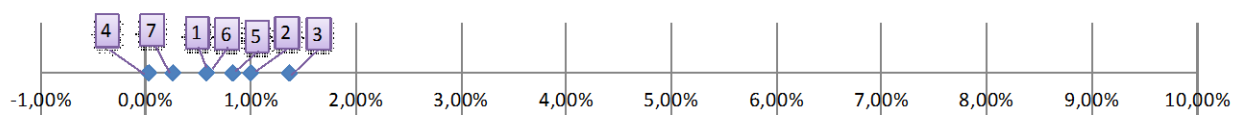


Procentændring 2013-2014 rå vs. standardiseret (2015 bef. 2015 pl). ksg 2



2012-2013		
Kommunenavn	Rå	Std.
Frederiksberg (1)	4,1%	4,8%
Gladsaxe (2)	2,8%	2,1%
Vallensbæk (3)	11,2%	9,4%
Helsingør (4)	3,3%	3,2%
Hillerød (5)	0,9%	0,2%
Frederikssund (6)	4,3%	3,8%
Gribskov (7)	6,7%	5,5%

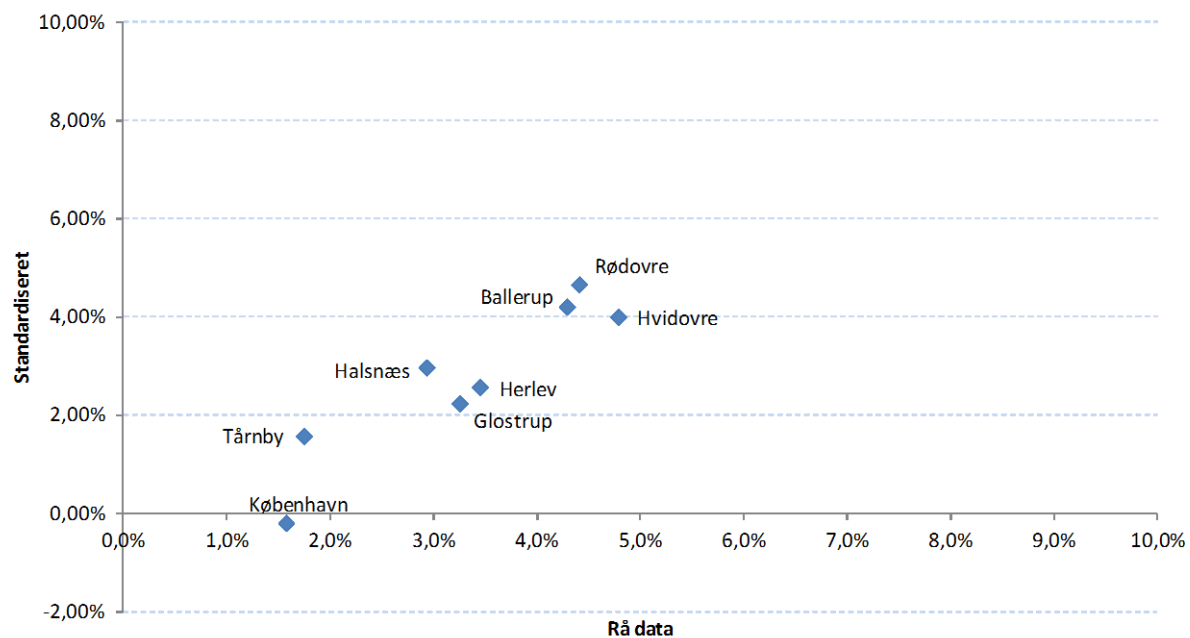
2013-2014		
kommunenavn	Rå	Std.
Frederiksberg (1)	1,3%	0,2%
Gladsaxe (2)	0,3%	-0,1%
Vallensbæk (3)	4,5%	3,9%
Helsingør (4)	5,8%	5,5%
Hillerød (5)	4,7%	4,0%
Frederikssund (6)	6,8%	6,0%
Gribskov (7)	7,1%	6,3%



Bef. Vækst	Frederiksb (1)	Gladsaxe (2)	Vallensba (3)	Helsingør (4)	Hillerød (5)	Frederikssi (6)	Gribskov (7)
	0,57%	0,99%	1,36%	0,02%	0,82%	0,57%	0,25%

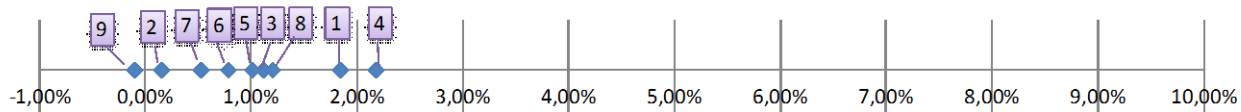
Kommunenumrene overfor anvendes på diagrammet til venstre. Diagrammet viser kommunernes befolkningsvækst fra 2013-2014

Procentændring 2013-2014 rå vs. standardiseret (2015 bef. 2015 pl). ksg 3



2012-2013		
Kommunenavn	Rå	Std.
København (1)	4,18%	2,80%
Ballerup (2)	5,70%	0,80%
Glostrup (3)	3,42%	5,27%
Herlev (4)	3,10%	5,16%
Hvidovre (5)	5,54%	2,72%
Rødovre (7)	2,16%	5,59%
Tårnby (8)	7,01%	4,59%
Halsnæs (9)	7,15%	6,73%

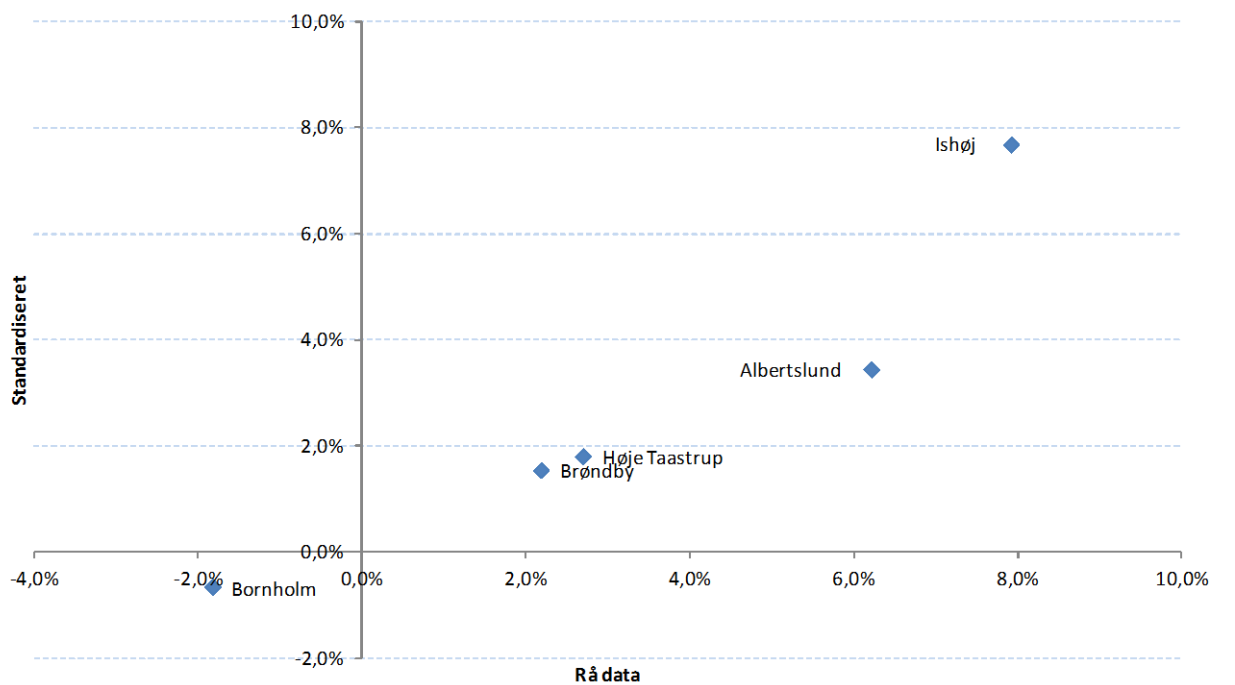
2013-2014		
kommunenavn	Rå	Std.
København (1)	1,6%	-0,20%
Ballerup (2)	4,3%	4,20%
Glostrup (3)	3,3%	2,23%
Herlev (4)	3,4%	2,57%
Hvidovre (5)	4,8%	3,99%
Rødovre (7)	4,4%	4,65%
Tårnby (8)	1,8%	1,57%
Halsnæs (9)	2,9%	2,96%



	København	Ballerup	Glostrup	Herlev	Hvidovre	Høje Taast	Rødovre	Tårnby	Halsnæs
Bef. Vækst	(1) 1,84%	(2) 0,15%	(3) 1,11%	(4) 2,18%	(5) 1,01%	(6) 0,78%	(7) 0,52%	(8) 1,20%	(9)-0,11%

Kommunenumrene overfor anvendes på diagrammet til venstre. Diagrammet viser kommunernes befolkningsvækst fra 2013-2014

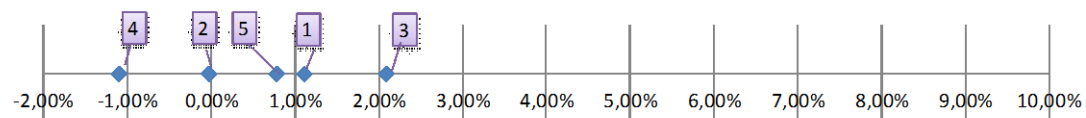
Procentændring 2013-2014 rå vs. standardiseret (2015 bef. 2015 pl). ksg 4



2012-2013		
Kommunenavn	Rå	Std.
Brøndby (1)	5,8%	4,6%
Albertslund (2)	2,1%	1,6%
Ishøj (3)	4,2%	1,5%
Bornholm (4)	4,8%	4,8%
Høje Taastrup (5)	4,8%	1,7%

2013-2014		
kommunenavn	Rå	Std.
Brøndby (1)	2,2%	1,5%
Albertslund (2)	6,2%	3,4%
Ishøj (3)	7,9%	7,7%
Bornholm (4)	-1,8%	-0,7%
Høje Taastrup (5)	2,7%	1,8%

Kommunenumrene overfor anvendes på diagrammet til venstre. Diagrammet viser kommunernes befolkningsvækst fra 2013-2014



	Brøndby	Albertslund	Ishøj	Bornholm	Høje-Taastrup
Bef. Vækst	(1) 1,22%	(2) -0,03%	(3) 2,09%	(4) -1,10%	(5) -1,10%

Figur J: Førsteaksen: Kommunernes standardiserede S-KMF er indekseret for 2014 (jvf figur B, C, D og E). Andenaksen: Kommunernes procentændringer i deres rå S-KMF fra 2013 til 2014 (i 2015-pl), jvf boksene i figur F, G, H og I.

