



Betydende faktorer for kommunal medfinansiering

Region Hovedstaden
Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed

Titel: Betydende faktorer for kommunal medfinansiering

Copyright: © 2016 Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
Alle rettigheder forbeholdes
ISBN 978-87-997898-6-8

Forfattere: Nanna Borup Johansen
Cecilie Goltermann Funder
Anne Helms Andreasen
Gert Mehl Virenfelt
Ann Nielsen

Forsidebillede: Stock vektor af 'samfund, partnerskab og enkelhed'/Colourbox

Udgiver: Region Hovedstaden
Center for Sundhed
Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
Nordre Ringvej 57, bygning 84/85
2600 Glostrup
Telefon: 3863 3260

Publikationen citeres således:

Johansen, NB; Funder, CG; Andreasen, AH; Virenfelt, GM; Nielsen, A: Betydende faktorer for kommunal medfinansiering, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden; 2016.

Sammenfatning

Denne rapport bidrager med viden om hvilke faktorer, der har betydning for den kommunale medfinansiering i kommunerne i hovedstadsregionen. Der er udelukkende fokuseret på somatiske kontakter til hospitalsvæsenet dvs. somatisk ambulante og somatisk stationære kontakter, eftersom disse bidrager til størstedelen af den kommunale medfinansiering. Hensigten er at give kommunerne en større indsigt i niveauet og udviklingen i den kommunale medfinansiering. Analyserne er foretaget på data fra år 2012. Nedenfor er udvalgte resultater opsummeret på baggrund af rapportens analyser, som anskuer den kommunale medfinansiering fra 3 forskellige perspektiver:

- 1) Andelen af borgere med kommunal medfinansiering
- 2) Størrelsen af den kommunale medfinansiering blandt borgere som *har* en udgift til kommunal medfinansiering
- 3) De 5 % og 1 % dyreste borgere blandt borgere der *har* en udgift til kommunal medfinansiering

Udvalgte resultater

1)
Analyserne for *sandsynligheden for at have en udgift* til kommunal medfinansiering viser, at køn og alder har en betydning. Det ses bl.a. at sandsynligheden stiger i takt med stigende alder for mænd fra 29 år og opefter. For kvinder i den fødedygtige alder og aldersgruppen 49-68 år er der en høj sandsynlighed for

kommunal medfinansiering. Samtidig ses det, at kvinder i alderen 18-68 år har en højere sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering end mænd, hvor modsatte forhold gør sig gældende fra 69 år og opefter. For betydningen af etnicitet viser analyserne, at det kun er mænd fra ikke-vestlige lande, som har en forhøjet sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering. For uddannelsesniveau og indkomstniveau viser rapporten, at sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering er faldende med stigende uddannelsesniveau og indkomstniveau over 250.000 kr. for begge køn. Analyserne viser desuden, at sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering stiger markant med stigende antal kroniske sygdomme, stigende antal kontakter til almen praksis og stigende antal kontakter til speciallæge for både kvinder og mænd. Afslutningsvis viser analyserne for sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering, at der ikke er en entydig forskel mellem borgere fra de mere og mindre velstillede kommuner.

2)
Analyserne i rapportens anden del viser, at køn og alder også har en betydning for *størrelsen* af den kommunale medfinansiering. For køn ses det, at for alderen 9-48 år har kvinder en udgift til kommunal medfinansiering, der er større end blandt mænd, hvor modsatte forhold gør sig gældende fra 49 år og opefter. For både

kvinder og mænd findes de største udgifter til kommunal medfinansiering for borgere fra 69 år og opefter. For betydningen af etnicitet ses det, at kvinder og mænd fra ikke-vestlige lande har den største udgift til kommunal medfinansiering. Størrelsen af den kommunale medfinansiering falder desuden med stigende uddannelsesniveau og indkomstniveau over 150.000 kr. for både kvinder og mænd. Endvidere ses det, at størrelsen af den kommunale medfinansiering stiger med stigende antal kroniske sygdomme, stigende antal kontakter til almen praksis og stigende antal kontakter til speciallæge for både kvinder og mænd. Endeligt viser analyserne, at størrelsen af den kommunale medfinansiering generelt er størst i de kommuner, som er blandt de mindst velstillede kommuner.

3)

Analyserne for de omkostningstunge borgere – *de 5 % og 1 % dyreste borgere* – viser, at køn og alder ligeledes har betydning her. I aldersgruppen 18-38 år har kvinder en højere sandsynlighed end mænd for at tilhøre de 5 % dyreste borgere. Fra 49 år og opefter har mænd højere sandsynlighed end kvinder for at være blandt de mest omkostningstunge borgere – både de 5 % og 1 % dyreste. Med hensyn til alder stiger sandsynligheden for henholdsvis at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere med stigende alder fra henholdsvis 9 år og 18 år for både kvinder og mænd.

For betydningen af etnicitet ses det, at borgere med dansk baggrund har størst sandsynlighed for at være blandt de 5 % dyreste borgere, mens der for de 1 % dyreste borgere ikke ses nogen forskel for forskellig etnicitet. Resultaterne viser, at sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere falder med stigende uddannelsesniveau og indkomstniveau. Endvidere viser rapporten, at sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere stiger med stigende antal kroniske sygdomme. For betydningen af kontakter til almen praksis ses det, at sandsynligheden for at være blandt de 5 % dyreste borgere stiger med stigende antal kontakter, dog først ved mindst 7 kontakter for kvinder og ved mindst 5 kontakter for mænd. For sandsynligheden for at være blandt de 1 % dyreste borgere ses der en øget sandsynlighed ved mindst 15 kontakter for kvinder og ved mindst 10 kontakter for mænd. I modsætning hertil og i modsætning til resultaterne for kontakter til speciallæge i afsnit 1) og 2) viser rapporten, at sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere er størst hos borgere, som *ikke* har nogle kontakter til speciallæge. Afslutningsvis ses det, at borgere i kommuner, som er blandt de mindst velstillede kommuner, har større sandsynlighed for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere i forhold til borgere fra de mere velstillede kommuner.

Indholdsfortegnelse

1.0 Introduktion.....	6
1.1 Baggrund og formål.....	6
1.2 Metode.....	6
1.3 Læsevejledning.....	8
1.4 Medarbejdere.....	11
2.0 Sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering	12
2.1 Andel af befolkningen med udgifter til kommunal medfinansiering	12
2.2 Deskriptive tal for andelen og antallet af borgere med udgift til kommunal medfinansiering	13
2.3 Betydende faktorer for sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering	16
2.4 Opsamling på sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering.....	23
3.0 Størrelsen af den kommunale medfinansiering	24
3.1 Den mediane omkostning til kommunal medfinansiering.....	24
3.2 Deskriptive tal for den mediane omkostning til kommunal medfinansiering.....	25
3.3 Betydende faktorer for størrelsen af den kommunale medfinansiering.....	28
3.4 Opsamling på størrelsen af den kommunale medfinansiering.....	35
4.0 De 5 % og 1 % dyreste borgere.....	36
4.1 Andel af befolkningen der er blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere	36
4.2 Deskriptive tal for andelen og antallet af borgere der er blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere	38
4.3 Betydende faktorer for sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere	40
4.4 Opsamling på de 5 % og 1 % dyreste borgere.....	48
5.0 Perspektivering.....	49
6.0 Referencer	52
7.0 Bilag	53
7.1 Beskrivelse af data og analysemetode	53
7.2 Populationer.....	53
7.3 Variable	53
7.4 Statistisk metode.....	56

1.0 Introduktion

1.1 Baggrund og formål

Hensigten med indførelsen af den kommunale medfinansiering i 2007 var at give kommunerne et incitament til at varetage plejeopgaven og forebyggelsen effektivt og som følge heraf at nedsætte behovet for sygehusbehandling [1]. Antallet af kontakter til det danske sundhedsvæsen er alligevel steget fra 67,9 mio. kontakter i 2009 til 71,7 mio. kontakter i 2014 [2], og i samme periode er de samlede udgifter til kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet vokset fra 15 mia. kr. i 2007 til 18 mia. kr. i 2011 [1].

I 2015 publicerede Udviklingsgruppen vedr. data om økonomi og aktivitet rapporten *Afrapportering fra Arbejdsgruppen vedrørende gennemsigthed i kommunal medfinansiering* [3]. Rapporten fremhævede, at de eksisterende tal for medfinansieringen, som kommunerne har adgang til, er meget komplekse og svære at forstå. En dybdegående analyse af årsager til niveauet for kommunal medfinansiering samt ændringer er derfor nødvendig.

Formålet med nærværende rapport er således at øge gennemsigtheden i den kommunale medfinansiering ved at tydeliggøre, hvilke faktorer der påvirker den kommunale medfinansiering og dermed give kommunerne et arbejdsredskab,

hvormed kommunerne kan opnå større indsigt i den kommunale medfinansiering. Projektet er foranlediget af Udviklingsgruppen vedr. data om økonomi og aktivitet (samarbejde mellem Region Hovedstaden og kommunerne i hovedstadsregionen), og rapporten er udarbejdet af Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden.

1.2 Metode

Analyserne i denne rapport har udelukkende fokus på den kommunale medfinansiering fra det somatiske sygehusforbrug, herunder ambulante og stationære somatiske kontakter, som udgør ca. 85 % af udgifterne til kommunal medfinansiering. At dette fokus er valgt skyldes, at 90 % af væksten i den kommunale medfinansiering, fra 2013 til 2014 i Region Hovedstaden, kan forklares ved en stigning på det somatiske område [3].

Population

Som grundlag til udarbejdelse af nærværende rapport tages der udgangspunkt i et datamateriale fra 2012, som blev oparbejdet og benyttet til Sundhedsprofilen 2013 – Kronisk Sygdom [4]. En detaljeret beskrivelse af populationen findes i bilaget.

Kommunal medfinansiering

Kommunal medfinansiering er anskuet fra 3 forskellige perspektiver:

- 1) Andelen af borgere med kommunal medfinansiering
- 2) Størrelsen af den kommunale medfinansiering blandt borgere som *har* en udgift til kommunal medfinansiering
- 3) De 5 % og 1 % dyreste borgere blandt borgere der *har* en udgift til kommunal medfinansiering

Forklarende faktorer

Figur 1.1 illustrerer de faktorer, som formodes at have indflydelse på størrelsen af den kommunale medfinansiering, og som er blevet testet i analyserne. Der skelnes mellem børn og unge under 18 år og voksne ≥ 18 år, da der ikke eksisterer data på samlivsstatus, uddannelsesniveau, indkomstniveau og bopælsstatus for børn og unge under 18 år. For uddybende definition af de forklarende faktorer henvises til tabel 7.1 i bilaget.

Statistisk analyse

Til analyserne for andelen af borgere med kommunal medfinansiering samt for de 5 % og 1 % dyreste borgere er anvendt logistisk regression. Til analyserne for størrelsen af den kommunale medfinansiering er anvendt lineær regression.

Analyserne vedrørende andelen med kommunal medfinansiering og størrelsen af kommunal medfinansiering er foretaget separat for kvinder og mænd, fordi effekten af størstedelen af de betydende faktorer er forskellig for de to køn. I analysen af de dyreste borgere er der ikke foretaget særskilte analyser for kvinder og mænd, da der ikke var signifikant

forskel mellem køn på effekten af faktorerne med undtagelse af alder og kontakter til almen praksis.

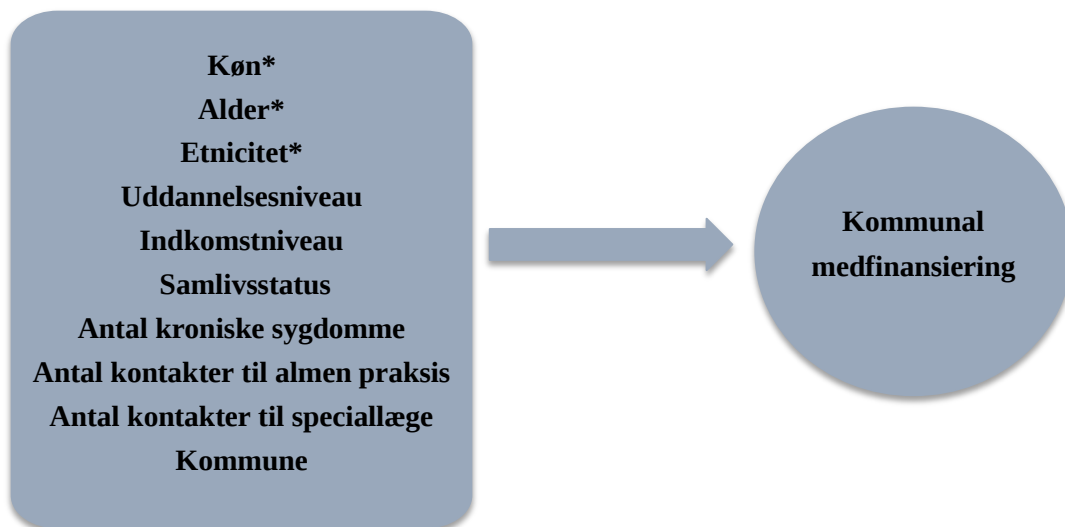
I alle analyserne er der taget hensyn til betydningen af alder, eftersom alder påvirker effekten af alle de testede faktorer. Derudover er der taget højde for etnicitet, samlivsstatus, uddannelse og indkomst i analyserne for kroniske sygdomme og yderligere taget højde for kroniske sygdomme i analyserne for kontakter til almen praksis, speciallægepraksis og bopælskommuner.

I analyser, hvor der justeres for samlivsstatus, uddannelse og indkomst, er populationen begrænset til borgere på 18 år og derover.

I alle analyserne sammenlignes resultaterne med en referencegruppe, som er den gruppe, der har værdien 1. Referencegruppen vælges i samtlige analyser på baggrund af den gruppe, hvor der er flest borgere. Detaljeret beskrivelse af de statistiske metoder er beskrevet i bilaget.

Opbygning af rapporten

Rapporten er opbygget som følge af, at den kommunale medfinansiering anskues fra 3 forskellige perspektiver, og kapitel 2,3 og 4 fortolker analyserne af de 3 perspektiver. Indledningsvis til hvert kapitel vises deskriptive tal og figurer, hvorefter analyserne for de betydende faktorer fortolkes med tilhørende tabeller. Som afslutning på hvert kapitel gives en kort opsummering på resultaterne. I perspektiveringen, kapitel 5, sammendrages resultaterne fra de 3 foregående kapitler, og der gives endvidere forklaringer på udvalgte resultater.



*For hele populationen

Figur 1.1. Faktorer for kommunal medfinansiering blandt borgere ≥ 18 år

1.3 Læsevejledning

I denne rapport præsenteres de fleste resultater som odds ratio værdier (OR) med tilhørende 95 % sikkerhedsinterval (CI). Eneste undtagelse er analysen af størrelsen på den kommunale medfinansiering, hvor resultaterne præsenteres som estimat med tilhørende 95 % sikkerhedsinterval (CI). I det følgende vises en tabel med de to typer af resultater, og det forklares, hvordan tabellerne skal læses.

Odds Ratio(OR)

OR beskriver forholdet mellem den enkelte kategori og referencekategorien, som er den kategori, der har værdien 1. Er OR mindre end 1 betyder det, at sandsynligheden er lavere sammenlignet med referencekategorien. Er OR større end 1 betyder det modsat, at sandsynligheden er større end referencekategorien. Nedenstående er et eksempel på, hvordan OR skal læses og forstås.

Tabel 2.6 Betydning af indkomstniveau for sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering blandt kvinder og mænd (≥ 18 år)

Indkomstniveau (kr.)	Kvinder		Mænd	
	OR	(95 % CI)	OR	(95 % CI)
0 - < 100.000	0,54	(0,53;0,55)	0,77	(0,75;0,78)
100.000 - < 150.000	0,93	(0,91;0,94)	1,10	(1,08;1,12)
150.000 - < 250.000	1,04	(1,03;1,06)	1,15	(1,13;1,16)
250.000 - < 375.000	1,00		1,00	
375.000 - < 525.000	0,91	(0,90;0,92)	0,83	(0,82;0,85)
≥ 525.000	0,83	(0,82;0,85)	0,72	(0,70;0,73)

I analyserne er der taget hensyn til betydningen af alder

Kvinder med en indkomst på 100.000 - < 150.000 kr. har en OR på 0,93. De har således en lavere sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering sammenlignet med kvinder med en indkomst på 250.000 - < 375.000 kr., som er referencegruppen. Kvinder med en indkomst på 150.000 - < 250.000 kr. har en OR på 1,04, og har derfor en lidt højere sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering sammenlignet med referencegruppen.

Reference-
gruppe..

Sikkerhedsinterval (95 % CI) beskriver usikkerheden på OR-værdien. Hvis sikkerhedsintervaller indeholder 1,00, er det udtryk for at OR-værdien ikke er statistisk signifikant.

Figur 1.2 Forklaring af tabel med OR

Estimat

På baggrund af resultaterne fra analyserne vedr. størrelsen af den kommunale medfinansiering præsenteres resultaterne som estimater blandt de personer, som har en udgift til kommunal medfinansiering. Resultaterne skal læses som procentvis forskel fra referencegruppen. Er estimatet mindre end 1 betyder det, at størrelsen af den kommunale medfinan-

siering er lavere sammenlignet med referencegruppen. Er estimatet større end 1 betyder det modsat, at størrelsen af den kommunale medfinansiering er større end hos referencegruppen. Figur 1.3 viser et eksempel på, hvordan estimat i denne rapport skal læses og forstås.

Tabel 3.6 Betydningen af indkomstniveau for størrelsen af den kommunale medfinansiering (≥ 18 år)

Indkomstniveau (kr.)	Kvinder		Mænd	
	Estimat	(95 % CI)	Estimat	(95 % CI)
0 - < 100.000	0,97	(0,94;0,99)	1,11	(1,08;1,15)
100.000 - < 150.000	1,26	(1,24;1,28)	1,25	(1,23;1,28)
150.000 - < 250.000	1,19	(1,17;1,20)	1,17	(1,15;1,19)
250.000 - < 375.000	1,00		1,00	
375.000 - < 525.000	0,88	(0,86;0,89)	0,90	(0,88;0,91)
≥ 525.000	0,79	(0,78;0,81)	0,85	(0,83;0,87)

I analyserne er der taget hensyn til betydningen af alder

Et estimat på 1,19 for kvinder med en indkomst på 150.000 - < 250.000 kr. betyder, at udgiften til kommunal medfinansiering blandt disse kvinder er 19 % større end blandt kvinder med en indkomst på 250.000 - < 375.000 kr., som er referencegruppen. Modsat har kvinder med en indkomst på 375.000 - < 525.000 kr. en udgift til kommunal medfinansiering, der er 12 % mindre end i referencegruppen.

Reference-
gruppe.

Sikkerhedsinterval (95 % CI). Beskriver usikkerheden på estimatet. Hvis sikkerhedsintervaller indeholder 1,00, er det udtryk for at estimatet ikke er statistisk signifikant.

Figur 1.3 Forklaring af tabel med estimat

1.4 Medarbejdere

En arbejdsgruppe under den *Permanente arbejdsgruppe vedrørende data om økonomi og aktivitet* har medvirket som sparingsparter under analysefasen. Arbejdsgruppen har bestået af Inger Piper, Conni Christiansen og Per Stenberg Christensen fra regionen og Jannie Kilsmark, Helle Risager Lund og Pernille Eriksen fra kommunerne. Den *Permanente arbejdsgruppe vedrørende data om økonomi og aktivitet* er nedsat i regi af

Sundhedsaftalerne mellem Region Hovedstaden og kommunerne i hovedstadsregionen.

Medarbejdere fra Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden: Nanna Borup Johansen, Ann Nielsen, Anne Helms Andreasen, Gert Mehl Virenfelt og Cecilie Goltermann Funder har udarbejdet analyserne og rapporten.

2.0 Sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering

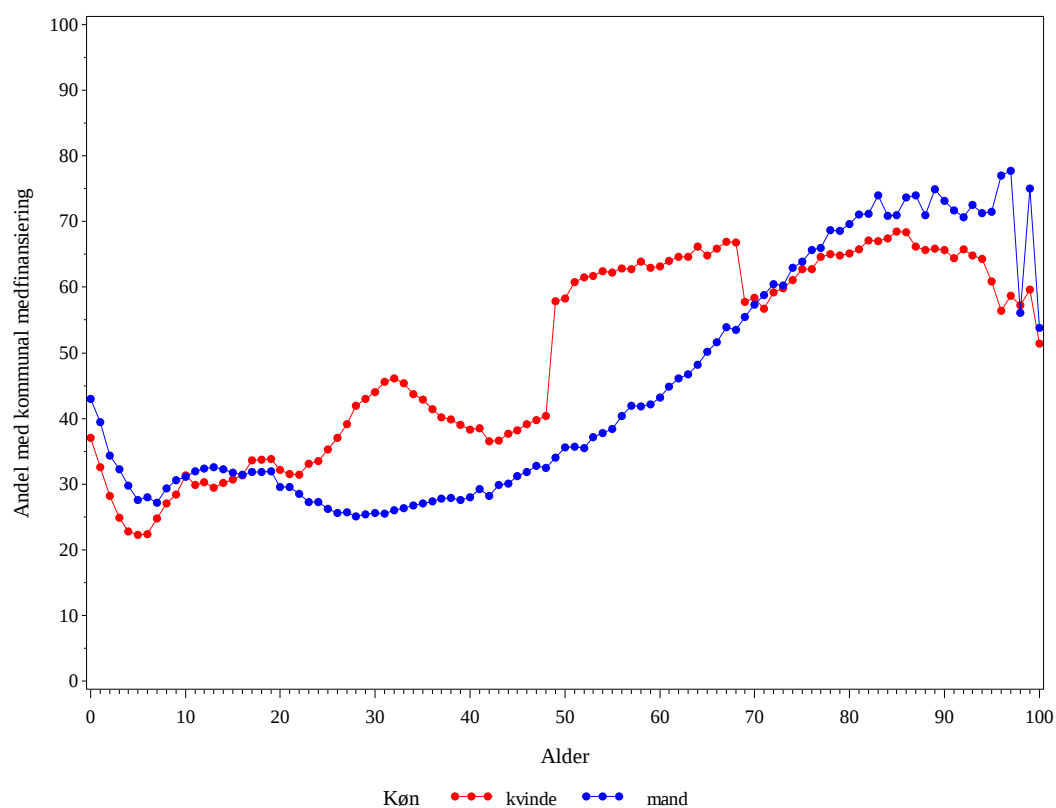
I det følgende præsenteres de faktorer, som formodes at have betydning for sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering (ambulante og stationære somatiske kontakter).

Indledningsvis præsenteres deskriptive tabeller (tabel 2.1.1 og 2.1.2) og en figur (figur 1.2), som viser andelen og antallet af borgere med kommunal medfinansiering.

2.1 Andel af befolkningen med udgifter til kommunal medfinansiering

Figur 2.1 viser andelen af borgere i Region Hovedstaden, fordelt på køn og alder, som har en udgift til kommunal medfinansiering (ambulante og stationære somatiske kontakter), hvilket svarer til sandsynligheden for at have minimum én kontakt til det somatiske hospitalsvæsen. Figuren viser, at andelen med kontakt til hospitalsvæsenet stiger i takt med

stigende alder for mænd fra 29 år. For kvinder i 30-års alderen og aldersgruppen 49-68 år er der en høj sandsynlighed for kommunal medfinansiering. Samtidig ses det, at kvinder i alderen 18-68 år har en højere sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering end mænd, hvor modsatte forhold gør sig gældende fra 69 år og opefter.



Figur 2.1 Andel af borgere i Region Hovedstaden med udgift til kommunal medfinansiering for kvinder og mænd afhængigt af alder

2.2 Deskriptive tal for andelen og antallet af borgere med udgift til kommunal medfinansiering

Tabel 2.1 viser andelen og antallet af borgere med kommunal medfinansiering blandt alle borgere i Region Hovedstaden fordelt på køn, etnicitet og alder. Det ses, at 40,8 % af Region Hovedstadens borgere har en udgift til kommunal medfinansiering, hvilket svarer til 700.276 personer. Det ses for kvinder, at der ud

af 875.605 kvinder er 45,6 % med kommunal medfinansiering, hvilket svarer til 399.246 kvinder. For mænd viser tabellen, at der ud af 838.881 mænd er 35,9 % med kommunal medfinansiering, hvilket svarer til 301.030 mænd. På samme måde vises deskriptive tal for alder og etnicitet for alle borgere.

Tabel 2.1 Andelen og antallet af borgere med kommunal medfinansiering (KMF)

	Total antal borgere	%	Antal borgere med KMF
Total	1.714.486	40,8	700.276
Kvinder	875.605	45,6	399.246
Mænd	838.881	35,9	301.030
Alder (år)			
0-1	42.195	38,0	16.040
2-8	141.556	27,3	38.662
9-17	172.961	31,2	53.964
18-28	256.899	31,5	80.816
29-38	250.820	34,9	87.606
39-48	254.537	34,3	87.172
49-58	207.183	49,5	102.523
59-68	195.319	56,9	111.053
69-78	118.165	60,7	71.701
79-88	59.262	68,2	40.441
≥ 89	15.589	66,1	10.298
Etnicitet			
Danmark	1.437.817	41,9	601.915
Andre vestlige lande	88.045	31,7	27.901
Ikke-vestlige lande	188.624	37,4	70.460

Tabel 2.2 viser andelen og antallet af borgere med kommunal medfinansiering blandt borgere ≥ 18 år fordelt på socio-demografi, sygelighed og kontakter til sundhedsvæsenet. Tabellen viser, at analyserne for disse faktorer inddrager 1.357.774 personer ≥ 18 år, hvoraf der er 43,6 % borgere med en udgift til kommunal medfinansiering, hvilket svarer til 591.610 personer. Følgende viser tabellen, at der ud af 701.651 kvinder ≥ 18 år

er 49,8 % med en udgift til kommunal medfinansiering, hvilket svarer til 349.256 kvinder. For mænd viser tabellen, at der ud af 656.123 mænd ≥ 18 år er 36,9 % med udgift til kommunal medfinansiering, hvilket svarer til 242.354 mænd. På samme måde vises deskriptive tal for uddannelsesniveau, indkomstniveau, samlivsstatus, kronisk sygdom, kontakter til almen praksis og kontakter til speciallæge for alle borgere ≥ 18 år.

Tabel 2.2 Andelen og antallet borgere med kommunal medfinansiering (KMF) (≥ 18 år)

	Total antal borgere	%	Antal borgere med KMF
Total ≥ 18 år	1.357.774	43,6	591.610
Kvinder	701.651	49,8	349.256
Mænd	656.123	36,9	242.354

Tabel 2.2 fortsat

Uddannelsesniveau			
Grundskole og gymnasial uddannelse	454.722	44,2	201.068
Erhvervsfaglig uddannelse	374.172	48,3	180.621
Kort- og mellemlang videregående uddannelse	282.472	43,4	122.538
Lang videregående uddannelse	164.546	37,0	60.896
Indkomstniveau (kr.)			
0 - < 100.000	123.751	27,8	34.396
100.000 - < 150.000	185.941	48,9	90.942
150.000 - < 250.000	321.520	49,4	158.697
250.000 - < 375.000	362.113	45,2	163.609
375.000 - < 525.000	215.771	41,5	89.472
≥ 525.000	110.000	38,8	42.642
Samlivsstatus			
Samlevende	790.860	44,1	348.532
Enlig	566.914	42,9	243.078
Kronisk sygdom (antal)			
0	903.797	34,6	312.157
1	299.201	55,3	165.401
2	107.264	69,4	74.417
≥ 3	47.512	83,4	39.635
Kontakter til almen praksis (antal)			
0	220.885	15,7	34.561
1-2	243.459	28,6	69.664
3-4	203.668	37,2	75.672
5-6	162.062	45,0	72.862
7-9	176.851	52,7	93.166
10-14	170.555	62,5	106.560
15-19	84.783	71,6	60.719
≥ 20	95.511	82,1	78.406
Kontakter til speciallæge (antal)			
0	899.295	36,0	324.019
1	168.042	52,2	87.697
2-3	153.789	59,0	90.709
≥ 4	136.648	65,3	89.185

2.3 Betydende faktorer for sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering

Betydning af alder

Tabel 2.3 viser, at kvinder i alle aldersgrupper under 39 år har lavere sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering end kvinder i alderen 39-48 år, med undtagelse af kvinder i alderen 29-38 år. Modsat har alle kvinder fra 49 år højere sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering, og den er stort set stigende i takt med stigende alder.

For drenge og mænd viser tabellen, at for samtlige aldersgrupper under 39 år har nyfødte drenge størst sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering, efterfulgt af drenge i alderen 9-17 år. Fra 29 år stiger sandsynligheden for mænd for at have en udgift til kommunal medfinansiering i takt med stigende alder.

Tabel 2.3 Betydning af alder for sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering blandt kvinder og mænd

Aldersgruppe (år)	Kvinder		Mænd	
	OR	(95 % CI)	OR	(95 % CI)
0-1	0,85	(0,83;0,88)	1,62	(1,57;1,67)
2-8	0,52	(0,51;0,54)	0,98	(0,97;1,00)
9-17	0,71	(0,69;0,72)	1,08	(1,06;1,10)
18-28	0,86	(0,84;0,87)	0,90	(0,88;0,91)
29-38	1,22	(1,20;1,24)	0,84	(0,83;0,85)
39-48	1,00		1,00	
49-58	2,54	(2,50;2,59)	1,40	(1,37;1,42)
59-68	2,98	(2,93;3,03)	2,15	(2,11;2,18)
69-78	2,44	(2,40;2,49)	3,63	(3,55;3,71)
79-88	3,19	(3,11;3,26)	5,71	(5,54;5,90)
≥ 89	2,84	(2,73;2,95)	6,16	(5,74;6,63)

Betydning af etnicitet

Tabel 2.4 viser, at alle kvinder med anden etnisk baggrund end dansk har lavere sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering med den laveste OR for kvinder fra andre vestlige lande. For mænd viser tabellen, at mænd fra andre vestlige lande har lavere sand-

synlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering end mænd med dansk baggrund. Modsat har mænd fra ikke-vestlige lande en højere sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering sammenlignet med mænd med dansk baggrund.

Tabel 2.4 Betydning af etnisk baggrund for sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering blandt kvinder og mænd

Etnisk baggrund	Kvinder		Mænd	
	OR	(95 % CI)	OR	(95 % CI)
Danmark	1,00		1,00	
Andre vestlige lande	0,67	(0,66;0,68)	0,66	(0,64;0,67)
Ikke-vestlige lande	0,97	(0,96;0,99)	1,07	(1,05;1,08)

I analyserne er der taget hensyn til betydningen af alder

Betydning af uddannelsesniveau

Tabel 2.5 viser, at sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering falder med stigende uddannelsesniveau blandt både kvinder og

mænd. Betydningen af uddannelsesniveau er dog større hos mænd end hos kvinder.

Tabel 2.5 Betydning af uddannelsesniveau for sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering blandt kvinder og mænd (≥ 18 år)

Uddannelsesniveau	Kvinder		Mænd	
	OR	(95 % CI)	OR	(95 % CI)
Grundskole og gymnasial uddannelse	0,96	(0,94;0,97)	0,99	(0,98;1,00)
Erhvervsfaglig uddannelse	1,00		1,00	
Kort- og mellemlang videregående uddannelse	0,92	(0,91;0,94)	0,79	(0,78;0,81)
Lang videregående uddannelse	0,82	(0,80;0,83)	0,68	(0,67;0,69)

I analyserne er der taget hensyn til betydningen af alder

Betydning af indkomstniveau

Tabel 2.6 viser, at kvinder og mænd som befinder sig i den indkomstgruppe med den laveste indkomst (under 100.000 kr.), har en lav sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering. Modsat har kvinder og mænd med en indkomst på 150.000-250.000 kr. størst

sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering. For kvinder og mænd med en indkomst på 250.000 kr. og derofter falder sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering med stigende indkomst.

Tabel 2.6 Betydning af indkomstniveau for sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering blandt kvinder og mænd (≥ 18 år)

Indkomstniveau (kr.)	Kvinder		Mænd	
	OR	(95 % CI)	OR	(95 % CI)
0 - < 100.000	0,54	(0,52;0,55)	0,77	(0,75;0,78)
100.000 - < 150.000	0,92	(0,91;0,94)	1,10	(1,08;1,12)
150.000 - < 250.000	1,04	(1,03;1,06)	1,15	(1,13;1,16)
250.000 - < 375.000	1,00		1,00	
375.000 - < 525.000	0,91	(0,90;0,92)	0,83	(0,82;0,85)
≥ 525.000	0,83	(0,82;0,85)	0,72	(0,70;0,73)

I analyserne er der taget hensyn til betydningen af alder

Betydning af samlivsstatus

Tabel 2.7 viser, at enlige kvinder har en lavere sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering sammenlignet med samlevende kvinder. For mænd er forskellen mellem enlige og

samlevende meget lille, og enlige mænd har således kun en marginal større sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering sammenlignet med samlevende mænd.

Tabel 2.7 Betydning af samlivsstatus for sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering blandt kvinder og mænd (≥ 18 år)

Samlivsstatus	Kvinder		Mænd	
	OR	(95 % CI)	OR	(95 % CI)
Samlevende	1,00		1,00	
Enlig	0,86	(0,85;0,87)	1,02	(1,01;1,03)

I analyserne er der taget hensyn til betydningen af alder

Betydning af antal kroniske sygdomme

Tabel 2.8 viser, at sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering stiger i takt med stigende antal kroniske sygdomme for både kvinder

og mænd. Betydningen af flere kroniske sygdomme er større for mænd end for kvinder.

Tabel 2.8 Betydning af antal kroniske sygdomme for sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering blandt kvinder og mænd (≥ 18 år)

Kronisk sygdom (antal)	Kvinder		Mænd	
	OR	(95 % CI)	OR	(95 % CI)
0	1,00		1,00	
1	1,80	(1,78;1,82)	2,08	(2,05;2,11)
2	2,87	(2,82;2,93)	3,53	(3,46;3,61)
≥ 3	5,54	(5,36;5,74)	7,15	(6,87;7,46)

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

Betydning af antal kontakter til almen praksis

Tabel 2.9 viser, at sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering stiger i takt med stigende antal kontakter til almen praksis for både

kvinder og mænd. Betydningen af stigende antal kontakter er lidt større hos kvinder end hos mænd.

Tabel 2.9 Betydning af antal kontakter til almen praksis for sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering blandt kvinder og mænd (≥ 18 år)

Kontakter til almen praksis (antal)	Kvinder		Mænd	
	OR	(95 % CI)	OR	(95 % CI)
0	0,60	(0,59;0,62)	0,49	(0,48;0,50)
1-2	1,00		1,00	
3-4	1,32	(1,29;1,34)	1,45	(1,43;1,48)
5-6	1,74	(1,70;1,77)	1,89	(1,86;1,93)
7-9	2,28	(2,24;2,33)	2,35	(2,30;2,39)
10-14	3,26	(3,19;3,32)	3,14	(3,07;3,21)
15-19	4,62	(4,51;4,74)	4,18	(4,05;4,31)
≥ 20	7,12	(6,93;7,31)	6,66	(6,43;6,90)

I analyserne er der taget hensyn til betydningen af alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og kronisk sygdom

Betydning af antal kontakter til speciallæge

Tabel 2.10 viser, at sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering stiger i takt med stigende an-

tal kontakter til speciallæge for både kvinder og mænd.

Tabel 2.10 Betydning af antal kontakter til speciallæge for sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering blandt kvinder og mænd (≥ 18 år)

Kontakter til Speciallæge (antal)	Kvinder		Mænd	
	OR	(95 % CI)	OR	(95 % CI)
0	0,70	(0,69;0,71)	0,63	(0,62;0,64)
1	1,00		1,00	
2-3	1,22	(1,19;1,24)	1,28	(1,25;1,31)
≥ 4	1,45	(1,42;1,48)	1,47	(1,44;1,51)

I analyserne er der taget hensyn til betydningen af alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og kronisk sygdom

Betydning af bopælskommune

Tabel 2.11 viser, at der ikke kan drages en endegyldig konklusion for sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering med hensyn til kommuner og bydele i de fire kommunesocialgrupper. Det ses således, at borgere i alle de københavnske bydele har en lavere sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering sammenlignet med regionsgennemsnittet, uanset hvilken kommunesocialgrup-

pe bydelene tilhører. Inden for kommunesocialgrupperne er der både kommuner, der ligger under og over regionsgennemsnittet. Samlet set har borgere fra Bornholm den højeste sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering, hvorimod borgere fra Dragør har den laveste sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering.

Tabel 2.11 Betydning af kommunesocialgruppe for sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering (≥ 18 år)

	Kvinder		Mænd	
Bopælskommune	OR	(95 % CI)	OR	(95 % CI)
Region Hovedstaden	1,00		1,00	
Kommune-socialgruppe 4				
Albertslund	1,13	(1,09;1,18)	1,08	(1,04;1,13)
Bornholm	1,33	(1,29;1,37)	1,27	(1,23;1,31)
Brøndby	1,07	(1,03;1,11)	1,07	(1,03;1,11)
Høje-Taastrup	0,94	(0,91;0,97)	0,90	(0,87;0,93)
Ishøj	1,05	(1,00;1,10)	0,98	(0,94;1,03)
Kbh Bispebjerg	0,90	(0,88;0,93)	0,96	(0,93;0,99)
Kbh Brønshøj-Husum	0,95	(0,91;0,98)	0,92	(0,89;0,95)
Kbh Nørrebro	0,85	(0,83;0,87)	0,87	(0,85;0,90)
Kbh Valby	0,92	(0,89;0,94)	0,92	(0,89;0,95)
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	0,86	(0,83;0,88)	0,86	(0,84;0,89)
Kommune-socialgruppe 3				
Ballerup	1,10	(1,06;1,13)	1,01	(0,98;1,05)
Glostrup	1,16	(1,11;1,21)	1,11	(1,05;1,16)
Halsnæs	1,14	(1,09;1,18)	1,22	(1,18;1,27)
Herlev	1,10	(1,06;1,15)	1,06	(1,01;1,10)
Hvidovre	1,05	(1,02;1,08)	1,00	(0,97;1,03)
Kbh Amager Vest	0,92	(0,89;0,94)	0,92	(0,89;0,94)
Kbh Amager Øst	0,90	(0,88;0,93)	0,99	(0,96;1,02)
København	0,89	(0,88;0,90)	0,91	(0,90;0,92)
Rødovre	0,95	(0,92;0,98)	0,91	(0,88;0,95)
Tårnby	0,94	(0,91;0,97)	0,98	(0,94;1,01)
Kommune-socialgruppe 2				
Frederiksberg	0,91	(0,89;0,93)	0,95	(0,92;0,97)
Frederikssund	1,10	(1,07;1,14)	1,07	(1,03;1,10)
Gladsaxe	1,08	(1,05;1,10)	1,02	(0,99;1,05)
Gribskov	1,03	(1,00;1,07)	1,08	(1,04;1,12)
Helsingør	1,16	(1,13;1,19)	1,18	(1,15;1,22)
Hillerød	1,16	(1,13;1,20)	1,13	(1,10;1,17)
Kbh Indre By	0,85	(0,82;0,87)	0,87	(0,84;0,90)
Kbh Vanløse	0,92	(0,89;0,95)	0,93	(0,90;0,97)
Kbh Østerbro	0,90	(0,88;0,92)	0,88	(0,86;0,91)
Vallensbæk	1,02	(0,96;1,07)	0,95	(0,90;1,01)

Tabel 2.11 fortsat

Kommune-socialgruppe 1				
Allerød	1,02	(0,98;1,07)	1,06	(1,01;1,11)
Dragør	0,82	(0,78;0,87)	0,86	(0,81;0,91)
Egedal	0,96	(0,93;1,00)	0,97	(0,93;1,00)
Fredensborg	1,00	(0,97;1,04)	1,05	(1,01;1,08)
Furesø	0,90	(0,87;0,93)	0,89	(0,86;0,93)
Gentofte	1,08	(1,05;1,11)	1,16	(1,13;1,20)
Hørsholm	1,00	(0,96;1,05)	1,05	(1,00;1,10)
Lyngby-Taarbæk	1,04	(1,01;1,07)	1,05	(1,02;1,09)
Rudersdal	1,01	(0,98;1,04)	1,02	(0,99;1,05)

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

2.4 Opsamling på sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering

Resultaterne på baggrund af rapportens første analyser har vist, at alle de testede faktorer, med undtagelse af kommunesocialgruppe, har en betydning for sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering. Resultaterne har vist følgende:

Generelt stiger andelen af borgere, som har en udgift til kommunal medfinansiering, med stigende alder. Dog er der en særlig høj andel med kommunal medfinansiering blandt kvinder i den fødedygtige alder og blandt kvinder mellem 49 og 68 år. Sidstnævnte kan forklares med at kvinder i denne aldersgruppe regelmæssigt screenes for brystcancer. I aldersklassen 18-68 år ses der derfor en højere andel blandt kvinder med kommunal medfinansiering end blandt mænd.

For betydningen af etnicitet ses det, at blandt kvinder og mænd fra samtlige etniske grupper, er det kun mænd fra ikke-vestlige lande, som har en OR større end 1, og dermed har en forhøjet sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering i forhold til mænd med dansk baggrund.

For betydningen af uddannelsesniveau falder sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering

med stigende uddannelsesniveau for begge køn.

På indkomstniveau har kvinder og mænd med en indkomst mellem 150.000-250.000 kr. størst sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering. Sandsynligheden falder derefter med stigende indkomst over 250.000 kr.

For betydningen af samlivsstatus ses det, at enlige kvinder har en lavere sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering sammenlignet med samlevende kvinder. Forholdet mellem enlige mænd og samlevende mænd er derimod marginal.

Sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering stiger markant med stigende antal kroniske sygdomme, stigende antal kontakter til almen praksis og stigende antal kontakter til speciallæge for både kvinder og mænd.

Afslutningsvis ses det, at der for betydningen af kommunesocialgruppe ikke tegner sig et entydigt billede for sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering. Derimod ses det, at alle de københavnske bydele har en lavere sandsynlighed for kommunal medfinansiering i forhold til regions gennemsnittet.

3.0 Størrelsen af den kommunale medfinansiering

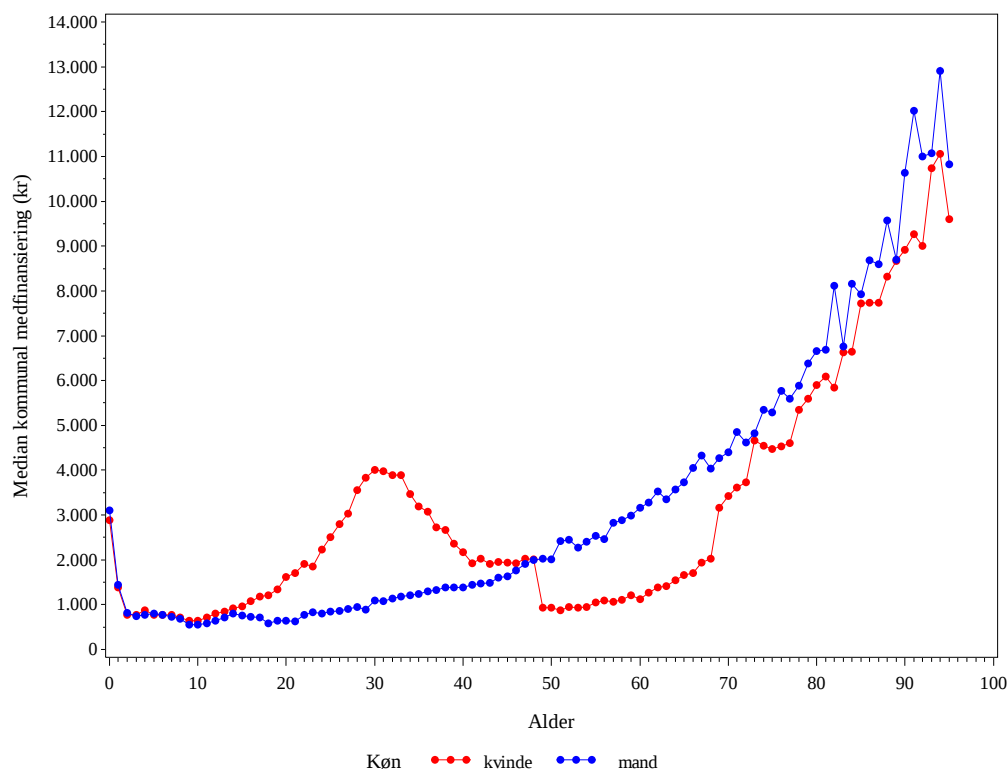
I det følgende præsenteres de faktorer, som formodes at have betydning for størrelsen af den kommunale medfinansiering blandt de personer, som *har* en udgift til kommunal medfinansiering (ambulante og stationære somatiske kon-

takter). Indledningsvis præsenteres en figur (figur 3.1) og deskriptive tabeller (tabel 3.1.1 og 3.1.2), som viser den gennemsnitlige omkostning til kommunal medfinansiering.

3.1 Den mediane omkostning til kommunal medfinansiering

Figur 3.1 viser den mediane omkostning til kommunal medfinansiering fordelt på køn og alder blandt de borgere, som har en udgift til kommunal medfinansiering. Figuren viser, at der ikke er nogen forskel i udgiften til kommunale medfinansiering for piger og drenge i alderen 0-8 år. For alderen 9-17 år har piger en lidt højere udgift til kommunal medfinansie-

ring end drenge, mens der for alderen 18-48 år ses en stor forskel i den mediane omkostning mellem kvinder og mænd. For denne aldersgruppe er den mediane omkostning også størst for kvinder. Fra 49 år og opefter har mænd derimod en median omkostning, der er større end hos kvinder, og forskellen ses størst for alderen 49-68 år.



Figur 3.1 Den mediane omkostning til kommunal medfinansiering hos kvinder og mænd afhængigt af alder

3.2 Deskriptive tal for den mediane omkostning til kommunal medfinansiering

Tabel 3.1 viser den mediane omkostning til kommunal medfinansiering blandt alle personer, som har en udgift til kommunal medfinansiering. Tabellen viser, at der er 700.276 borgere med en udgift til kommunal medfinansiering, og den mediane omkostning er 1.991 kr. med en 25-75 % percentil på 518-7.728 kr. Den mediane omkostning betyder den ”midterste værdi i fordelingen”, dvs. at der er lige mange borgere, som har en omkostning til kommunal medfinansiering, der er lavere og henholdsvis højere end 1.991 kr. Dernæst betyder 25-75 % percentilen, at fordelingen er opdelt i 4 lige store grupper, og 25 % percentilen antager den værdi, som adskiller de 25 % la-

veste værdier fra de 75 % højeste, og 75 % percentilen antager den værdi, der adskiller de 75 % laveste værdier fra de 25 % højeste. For kvinder ses det, at 399.246 kvinder har en udgift til kommunal medfinansiering. Den mediane omkostning for kvinder er 2.037 kr. med en 25-75 % percentil på 518-8.135 kr. For mænd viser tabellen, at der er 301.030 mænd med en udgift til kommunal medfinansiering. Den mediane omkostning for mænd er 1.923 kroner med en 25-75 % percentil på 528-7.202 kr. På samme måde vises deskriptive tal for alder og etnicitet for alle borgere, der har en udgift til kommunal medfinansiering.

Tabel 3.1 Den mediane udgift til kommunal medfinansiering (KMF) blandt personer med en udgift til kommunal medfinansiering

	Total antal borgere med KFM	Median (kr.)	25-75 % percentilen (kr.)
Total	700.276	1.991	518-7.728
Kvinder	399.246	2.037	518-8.135
Mænd	301.030	1.923	518-7.202
Alder (år)			
0-1	16.040	2.632	455-5.564
2-8	38.662	777	259-3.429
9-17	53.964	777	259-3.037
18-28	80.816	1.384	259-5.725
29-38	87.606	2.250	583-8.639
39-48	87.172	1.839	538-6.260
49-58	102.523	1.454	259-5.942
59-68	111.053	2.247	521-8.705
69-78	71.701	4.453	1380-15.446
79-88	40.441	7.038	1798-19.110
≥ 89	10.298	9.645	2116-19.217
Etnicitet			
Danmark	601.915	1.998	518-7.782
Andre vestlige lande	27.901	2.054	518-8.018
Ikke-vestlige lande	70.460	1.923	518-6.781

Tabel 3.2 viser den mediane omkostning til kommunal medfinansiering blandt borgere ≥ 18 år, som har en udgift til kommunal medfinansiering fordelt på sociodemografi, sygelighed og kontakter til sundhedsvæsenet. Tabellen viser, at der er 349.256 kvinder ≥ 18 år med en udgift til kommunal medfinansiering, hvor den mediane omkostning er 2.282 kr. med en 25-75 % percentil på 539-8.982 kr. For mænd viser tabellen, at der er 242.354 mænd ≥ 18 år med en udgift til kommunal medfinansiering, hvor den mediane udgift er 2.341 kr. med en 25-75 % percentil på 518-7.202 kr. På samme måde vises deskriptive tal for uddannelsesniveau, indkomstniveau,

samlivsstatus, kronisk sygdom, kontakter til almen praksis og kontakter til speciallæge for alle borgere ≥ 18 år. Bl.a. kan det fremhæves, at der er 312.157 kvinder og mænd uden kronisk sygdom, som har en udgift til kommunal medfinansiering. Den mediane omkostning til kommunal medfinansiering for denne gruppe er 1.446 kr. med en 25-75 % percentil på 323-6.160 kr. Følgende viser tabellen, at der er 39.635 kvinder og mænd med mindst 3 kroniske sygdomme, som har en udgift til kommunal medfinansiering. Den mediane omkostning til kommunal medfinansiering er for denne gruppe 8.667 kr. med en 25-75 % percentil på 2.520-22.255.

Tabel 3.2 Den mediane udgift til kommunal medfinansiering (KMF) blandt personer med en udgift til kommunal medfinansiering (≥ 18 år)

	Total antal borgere med KMF	Median (kr.)	25-75 % percentilen (kr.)
Total ≥ 18 år	591.610	2316	544-8750
Kvinder	349.256	2.282	539-8.982
Mænd	242.354	2.341	554-8.421
Uddannelsesniveau			
Grundskole og gymnasial uddannelse	201.068	2.407	539-8.972
Erhvervsfaglig uddannelse	180.621	2.428	583-8.991
Kort- og mellemlang videregående uddannelse	122.538	1.957	518-7.693
Lang videregående uddannelse	60.896	2.135	630-8.242
Indkomstniveau (kr.)			
0 - < 100.000	34.396	1.594	324-6.207
100.000 - < 150.000	90.942	3.808	873-12.927
150.000 - < 250.000	158.697	2.978	772-10.646
250.000 - < 375.000	163.609	2.107	518-8.047
375.000 - < 525.000	89.472	1.705	371-6.531
≥ 525.000	42.642	1.563	324-5.834
Samlivsstatus			
Samlevende	34.853	2.144	539-8.236
Enlig	24.307	2.598	630-9.661
Kronisk sygdom (antal)			
0	312.157	1.446	323-6.160
1	165.401	2.709	788-9.169
2	74.417	4.386	1.284-14.025
≥ 3	39.635	8.667	2.520-22.255
Kontakter til almen praksis (antal)			
0	34.561	777	259-3.263
1-2	69.664	1.052	259-4.329
3-4	75.672	1.360	259-5.028
5-6	72.862	1.646	464-6.003
7-9	93.166	2.122	583-7.584
10-14	106.560	3.004	844-10.103
15-19	60.719	4.472	1.183-13.015
≥ 20	78.406	8.059	2.112-19.679

Tabel 3.2 fortsat

Kontakter til speciallæge (antal)			
0	324.019	1.995	426-8.601
1	87.697	2.407	643-8.856
2-3	90.709	2.536	785-8.591
≥ 4	89.185	3.026	942-9.286

3.3 Betydende faktorer for størrelsen af den kommunale medfinansiering

Betydning af alder

Tabel 3.3 viser, at kvinder i aldersgrupperne 0-1 år, 2-8 år og 9-17 år har en udgift til kommunal medfinansiering, der er henholdsvis 17 %, 49 % og 47 % lavere end hos kvinder i alderen 39-48 år. Modsat har kvinder i alderen 29-38 år en udgift til kommunal medfinansiering, der er hele 40 % højere sammenlignet med kvinder i alderen 39-48 år. Fra 39 år til 68 år falder størrelsen af den kommunale medfinansiering igen hos kvinder, mens den efter 69 år stiger endnu en gang, og i aldersgruppen ≥ 89 år er størrelsen af den kommunale medfinansie-

ring næsten 3 gange større end blandt kvinder i alderen 39-48 år.

For drenge og mænd viser tabellen, at nyfødte drenge har en udgift til kommunal medfinansiering, der er 6 % højere end hos mænd i alderen 39-48 år. Fra 9-års alderen stiger udgiften til kommunal medfinansiering hos mænd i takt med stigende alder, og i aldersgruppen ≥ 89 år er størrelsen af den kommunale medfinansiering 4 gange større end blandt mænd i alderen 39-48 år.

Tabel 3.3 Betydning af alder for størrelsen af den kommunale medfinansiering blandt kvinder og mænd

Aldersgruppe (år)	Kvinder		Mænd	
	Estimat	(95 % CI)	Estimat	(95 % CI)
0-1	0,83	(0,80;0,87)	1,06	(1,02;1,10)
2-8	0,51	(0,49;0,52)	0,62	(0,60;0,63)
9-17	0,53	(0,52;0,54)	0,55	(0,54;0,57)
18-28	1,01	(0,99;1,03)	0,62	(0,61;0,63)
29-38	1,40	(1,37;1,43)	0,80	(0,78;0,82)
39-48	1,00		1,00	
49-58	0,53	(0,52;0,54)	1,42	(1,39;1,45)
59-68	0,73	(0,72;0,75)	2,08	(2,04;2,12)
69-78	1,89	(1,85;1,93)	2,75	(2,69;2,81)
79-88	2,59	(2,53;2,66)	3,56	(3,46;3,67)
≥ 89	2,92	(2,81;3,04)	4,13	(3,89;4,38)

Betydning af etnicitet

Tabel 3.4 viser, at kvinder og mænd fra andre vestlige lande kun har en lidt lavere udgift til kommunal medfinansiering sammenlignet med kvinder og mænd med dansk baggrund. Omvendt har kvinder og mænd fra ikke-vestlige lande

en noget højere udgift til kommunal medfinansiering, på henholdsvis 15 % for kvinder og 6 % for mænd, sammenlignet med kvinder og mænd med dansk baggrund.

Tabel 3.4 Betydning af etnisk baggrund for størrelsen af den kommunale medfinansiering blandt kvinder og mænd

Etnisk baggrund	Kvinder		Mænd	
	Estimat	(95 % CI)	Estimat	(95 % CI)
Danmark	1,00		1,00	
Andre vestlige lande	0,97	(0,94;0,99)	0,96	(0,93;0,99)
Ikke-vestlige lande	1,15	(1,13;1,17)	1,06	(1,04;1,08)

I analyserne er der taget hensyn til betydningen af alder

Betydning af uddannelsesniveau

Tabel 3.5 viser, at størrelsen af den kommunale medfinansiering overvejende falder med stigende uddannelsesniveau for både kvinder og mænd. Kvinder og mænd med en grundskole og gymnasial uddannelse som højst fuldførte uddannelse har således en noget større udgift til kommunal medfinansiering, på henholdsvis 6 % for kvinder og 8 % for

mænd, sammenlignet med kvinder og mænd med en erhvervsfaglig uddannelse. Modsat har kvinder og mænd med en lang videregående uddannelse en lavere udgift til kommunal medfinansiering, på henholdsvis 3 % for kvinder og 10 % for mænd, end kvinder og mænd med en erhvervsfaglig uddannelse.

Tabel 3.5 Betydning af uddannelsesniveau for størrelsen af den kommunale medfinansiering blandt kvinder og mænd (≥ 18 år)

Uddannelsesniveau	Kvinder		Mænd	
	Estimat	(95 % CI)	Estimat	(95 % CI)
Grundskole og gymnasial uddannelse	1,06	(1,05;1,08)	1,08	(1,06;1,10)
Erhvervsfaglig Uddannelse	1,00		1,00	
Kort- og mellemlang videregående Uddannelse	0,93	(0,92;0,95)	0,93	(0,91;0,95)
Lang videregående uddannelse	0,97	(0,95;0,99)	0,90	(0,88;0,92)

I analyserne er der taget hensyn til betydningen af alder

Betydning af indkomstniveau

Tabel 3.6 viser, at den kommunale medfinansiering er størst blandt kvinder og mænd med en indkomst på 100.000-150.000 kr. De har en udgift til kommunal medfinansiering, der er henholdsvis 26 % og 25 % større end kvinder og mænd med en indkomst på 250.000-375.000 kr. Størrelsen af den kommunale medfinansiering falder med stigende

indkomst over 150.000 kr. for både kvinder og mænd. Kvinder og mænd med den højeste indkomst på 525.000 kr. og derover har således den mindste udgift til kommunal medfinansiering, der er henholdsvis 21 % lavere for kvinder og 15 % lavere for mænd, sammenlignet med kvinder og mænd med en indkomst på 250.000-375.000 kr.

Tabel 3.6 Betydning af indkomstniveau for størrelsen af den kommunale medfinansiering blandt kvinder og mænd (≥ 18 år)

Indkomstniveau (kr.)	Kvinder		Mænd	
	Estimat	(95 % CI)	Estimat	(95 % CI)
0 - < 100.000	0,97	(0,94;0,99)	1,11	(1,08;1,15)
100.000 - < 150.000	1,26	(1,24;1,28)	1,25	(1,23;1,28)
150.000 - < 250.000	1,18	(1,17;1,20)	1,17	(1,15;1,19)
250.000 - < 375.000	1,00		1,00	
375.000 - < 525.000	0,88	(0,86;0,89)	0,89	(0,88;0,91)
≥ 525.000	0,79	(0,78;0,81)	0,85	(0,83;0,87)

I analyserne er der taget hensyn til betydningen af alder

Betydning af samlivsstatus

Tabel 3.7 viser, at enlige kvinder og enlige mænd har en noget højere udgift til kommunal medfinansiering, på hen-

holdsvis 8 % for kvinder og 17 % for mænd, sammenlignet med samlevende kvinder og mænd.

Tabel 3.7 Betydning af samlivsstatus for størrelsen af den kommunale medfinansiering blandt kvinder og mænd (≥ 18 år)

Samlivsstatus	Kvinder		Mænd	
	Estimat	(95 % CI)	Estimat	(95 % CI)
Samlevende	1,00		1,00	
Enlig	1,08	(1,06;1,09)	1,17	(1,16;1,19)

I analyserne er der taget hensyn til betydningen af alder

Betydning af antal kroniske sygdomme

Tabel 3.8 viser, at størrelsen af den kommunale medfinansiering stiger med stigende antal kroniske sygdomme for både kvinder og mænd. Kvinder og mænd med 1 kronisk sygdom har en udgift til kommunal medfinansiering, der er ca. 1,5 gange større sammenlignet

med kvinder og mænd uden kronisk sygdom. For kvinder og mænd med mindst 3 kroniske sygdomme er udgiften til kommunal medfinansiering henholdsvis næsten 3,5 gange og 3 gange større end hos kvinder og mænd uden kronisk sygdom.

Tabel 3.8 Betydning af antal kroniske sygdomme for størrelsen af den kommunale medfinansiering blandt kvinder og mænd (≥ 18 år)

Kronisk sygdom (antal)	Kvinder		Mænd	
	Estimat	(95 % CI)	Estimat	(95 % CI)
0	1,00		1,00	
1	1,50	(1,48;1,52)	1,43	(1,41;1,45)
2	2,12	(2,08;2,16)	1,91	(1,87;1,95)
≥ 3	3,47	(3,39;3,55)	2,82	(2,74;2,89)

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

Betydning af antal kontakter til almen praksis

Tabel 3.9 viser, at størrelsen af den kommunale medfinansiering stiger med stigende antal kontakter til almen praksis for både kvinder og mænd. Således har kvinder og mænd med 0 kontakter til almen praksis en udgift til kommunal medfinansiering, der er henholdsvis 19 % og 14 % lavere end blandt kvinder og

mænd med 1-2 kontakter. Modsat har kvinder og mænd med mindst 20 kontakter en meget større udgift til kommunal medfinansiering end kvinder og mænd med 1-2 kontakter. Den er omtrent 3 gange større for kvinder og 2,5 gange større for mænd.

Tabel 3.9 Betydning af antal kontakter til almen praksis for størrelsen af den kommunale medfinansiering blandt kvinder og mænd (≥ 18 år)

Kontakter til almen praksis (antal)	Kvinder		Mænd	
	Estimat	(95 % CI)	Estimat	(95 % CI)
0	0,81	(0,78;0,84)	0,86	(0,84;0,89)
1-2	1,00		1,00	
3-4	1,13	(1,11;1,16)	1,10	(1,08;1,13)
5-6	1,32	(1,29;1,35)	1,20	(1,17;1,23)
7-9	1,54	(1,51;1,58)	1,33	(1,30;1,36)
10-14	1,93	(1,89;1,98)	1,54	(1,50;1,57)
15-19	2,37	(2,31;2,43)	1,87	(1,82;1,93)
≥ 20	3,28	(3,20;3,36)	2,61	(2,54;2,68)

I analyserne er der taget hensyn til betydningen af alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og kronisk sygdom

Betydning af antal kontakter til speciallæge

Tabel 3.10 viser, at borgere med mindst 4 kontakter til speciallæge har en højere udgift til kommunal medfinansiering end borgere med færre kontakter. Den kommunale medfinansiering er henholdsvis 7 % større for kvinder og 3 % større for

mænd med mindst 4 kontakter sammenlignet med kvinder og mænd med 1 kontakt. Der ses ingen forskel mellem personer med færre end 4 kontakter til speciallæge.

Tabel 3.10 Betydning af antal kontakter til speciallæge for størrelsen af den kommunale medfinansiering blandt kvinder og mænd (≥ 18 år)

Kontakter til speciallæge (antal)	Kvinder		Mænd	
	Estimat	(95 % CI)	Estimat	(95 % CI)
0	0,98	(0,97;1,00)	0,95	(0,93;0,97)
1	1,00		1,00	
2-3	1,00	(0,98;1,02)	1,01	(0,98;1,03)
≥ 4	1,07	(1,05;1,10)	1,03	(1,01;1,06)

I analyserne er der taget hensyn til betydningen af alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og kronisk sygdom

Betydning af bopælskommune

Tabel 3.11 viser en tendens til, at borgere bosiddende i de mindst velstillede kommuner (kommuner i kommunesocialgruppe 4) har en højere udgift til kommunal medfinansiering end regionsgennemsnittet. I de mest velstillede kommuner (kommuner i kommunesocialgruppe 1) er udgiften til kommunal finansiering lavere end regionsgennem-

snittet. Der ses altså en tendens til, at størrelsen af den kommunale medfinansiering falder, des mere velstillet kommune borgerne bor i. Uanset kommunesocialgruppe ses det, at størrelsen af den kommunale medfinansiering er højere end regionsgennemsnittet for alle de københavnske bydele fraset Kbh Amager Øst.

Tabel 3.11 Betydning af kommunesocialgruppe for størrelsen af den kommunale medfinansiering

Bopælskommune	Kvinder		Mænd	
	Estimat	(95 % CI)	Estimat	(95 % CI)
Region Hovedstaden	1,00		1,00	
Kommune-socialgruppe 4				
Albertslund	1,01	(0,97;1,05)	1,02	(0,98;1,07)
Bornholm	0,88	(0,86;0,91)	0,82	(0,79;0,85)
Brøndby	1,06	(1,02;1,10)	0,99	(0,95;1,03)
Høje-Taastrup	0,96	(0,93;0,99)	1,01	(0,98;1,05)
Ishøj	1,05	(1,00;1,10)	1,01	(0,96;1,07)
Kbh Bispebjerg	1,10	(1,07;1,14)	1,14	(1,10;1,18)
Kbh Brønshøj-Husum	1,10	(1,06;1,14)	1,11	(1,07;1,16)
Kbh Nørrebro	1,11	(1,08;1,14)	1,12	(1,08;1,16)
Kbh Valby	1,10	(1,07;1,14)	1,09	(1,05;1,13)
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	1,09	(1,05;1,12)	1,12	(1,08;1,16)
Kommune-socialgruppe 3				
Ballerup	0,99	(0,96;1,02)	1,04	(1,00;1,08)
Glostrup	1,04	(0,99;1,09)	0,96	(0,91;1,01)
Halsnæs	0,95	(0,92;0,99)	0,94	(0,90;0,98)
Herlev	1,02	(0,98;1,06)	1,06	(1,01;1,11)
Hvidovre	1,10	(1,07;1,13)	1,05	(1,01;1,09)
Kbh Amager Vest	1,09	(1,05;1,12)	1,04	(1,00;1,08)
Kbh Amager Øst	1,00	(0,97;1,04)	0,98	(0,95;1,02)
København	1,08	(1,07;1,10)	1,10	(1,08;1,11)
Rødovre	1,04	(1,00;1,08)	1,04	(1,00;1,09)
Tårnby	1,04	(1,01;1,08)	1,00	(0,96;1,03)

Tabel 3.11 fortsat

Kommune-socialgruppe 2				
Frederiksberg	1,07	(1,05;1,10)	1,06	(1,04;1,09)
Frederikssund	0,91	(0,88;0,94)	0,91	(0,88;0,94)
Gladsaxe	1,03	(1,00;1,06)	1,00	(0,97;1,04)
Gribskov	0,92	(0,89;0,96)	0,93	(0,90;0,97)
Helsingør	0,92	(0,90;0,95)	0,89	(0,86;0,91)
Hillerød	0,90	(0,87;0,93)	0,92	(0,89;0,95)
Kbh Indre By	1,06	(1,02;1,09)	1,13	(1,09;1,18)
Kbh Vanløse	1,06	(1,02;1,10)	1,14	(1,09;1,19)
Kbh Østerbro	1,12	(1,09;1,15)	1,10	(1,07;1,14)
Vallensbæk	1,00	(0,95;1,06)	0,97	(0,91;1,04)
Kommune-socialgruppe 1				
Allerød	0,93	(0,89;0,97)	0,94	(0,89;0,99)
Dragør	1,00	(0,94;1,06)	1,01	(0,94;1,08)
Egedal	0,89	(0,86;0,92)	0,96	(0,92;1,00)
Fredensborg	0,91	(0,88;0,95)	0,93	(0,89;0,97)
Furesø	0,90	(0,87;0,94)	0,99	(0,94;1,03)
Gentofte	0,97	(0,94;1,00)	0,91	(0,89;0,94)
Hørsholm	0,90	(0,86;0,94)	0,94	(0,89;0,99)
Lyngby-Taarbæk	0,96	(0,94; 0,99)	0,93	(0,89;0,96)
Rudersdal	0,90	(0,88; 0,93)	0,92	(0,89;0,96)

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

3.4 Opsamling på størrelsen af den kommunale medfinansiering

Resultaterne på baggrund af analyserne vedrørende størrelsen af den kommunale medfinansiering viser, at alle de testede faktorer har en betydning for størrelsen af den kommunale medfinansiering. Resultaterne har vist følgende:

Generelt ses det, at størrelsen af den kommunale medfinansiering stiger med stigende alder for begge køn. Dog har kvinder i alderen 18-48 år en udgift til kommunal medfinansiering, der er større end hos mænd. Modsat har mænd fra 49 år og opefter en udgift til kommunal medfinansiering, der er større end blandt kvinder.

For betydningen af etnicitet ses det, at kvinder og mænd fra ikke-vestlige lande har en større udgift til kommunal medfinansiering end kvinder og mænd med dansk baggrund. Modsat har kvinder og mænd fra andre vestlige lande en kommunal medfinansiering, der kun er en anelse lavere end blandt borgere med dansk baggrund.

Størrelsen af den kommunale medfinansiering falder med stigende uddannelsesniveau for både kvinder og mænd. Det samme ses for indkomstniveau, hvor størrelsen af den kommunale medfinansiering falder for kvinder og mænd med stigende indkomst på over 150.000 kr.

Enlige kvinder og mænd har en større udgift til kommunal medfinansiering sammenlignet med samlevende kvinder og mænd.

Størrelsen af den kommunale medfinansiering stiger desuden med stigende antal kroniske sygdomme, stigende antal kontakter til almen praksis og endvidere ved mindst 4 kontakter til speciallæge for både kvinder og mænd.

Endelig er udgiften til kommunal medfinansiering generelt lavest i kommuner fra kommunesocialgruppe 1 – de mest velstillede kommuner – og højest i de københavnske bydele.

4.0 De 5 % og 1 % dyreste borgere

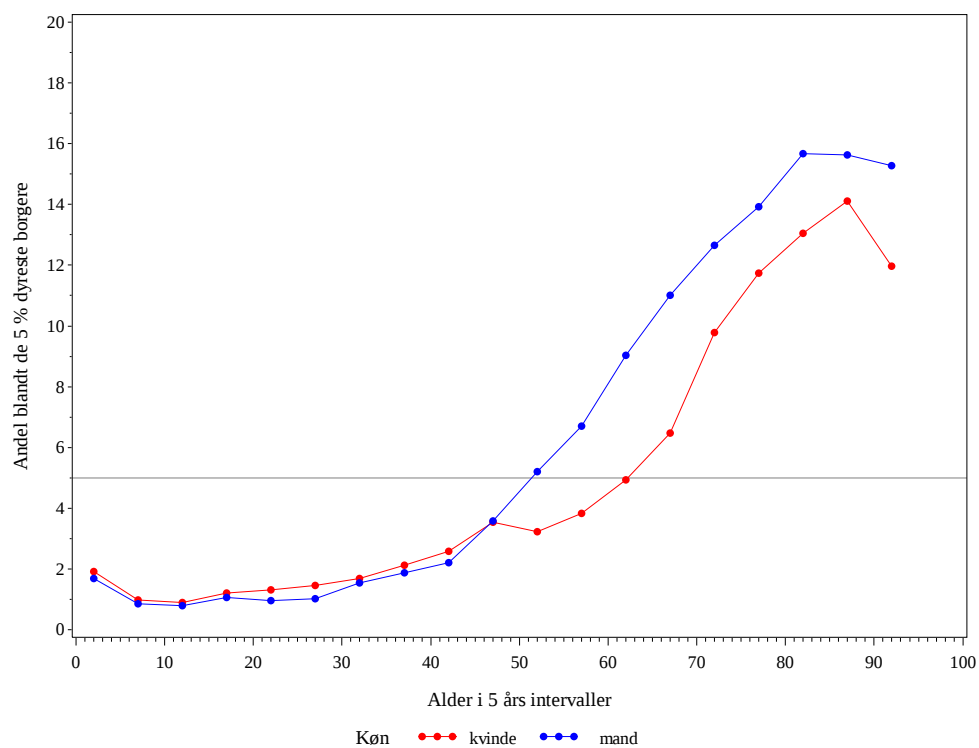
I det følgende præsenteres de faktorer, som formodes at have betydning for sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere, blandt de personer som *har* en udgift til kommunal medfinansiering (ambulante og stationær

somatiske kontakter). Indledningsvis præsenteres figurer (figur 4.1 og 4.2) og deskriptive tal (tabel 4.1 og 4.2) for andelen og antallet af borgere, der bidrager til de 5 % og 1 % dyreste borgere.

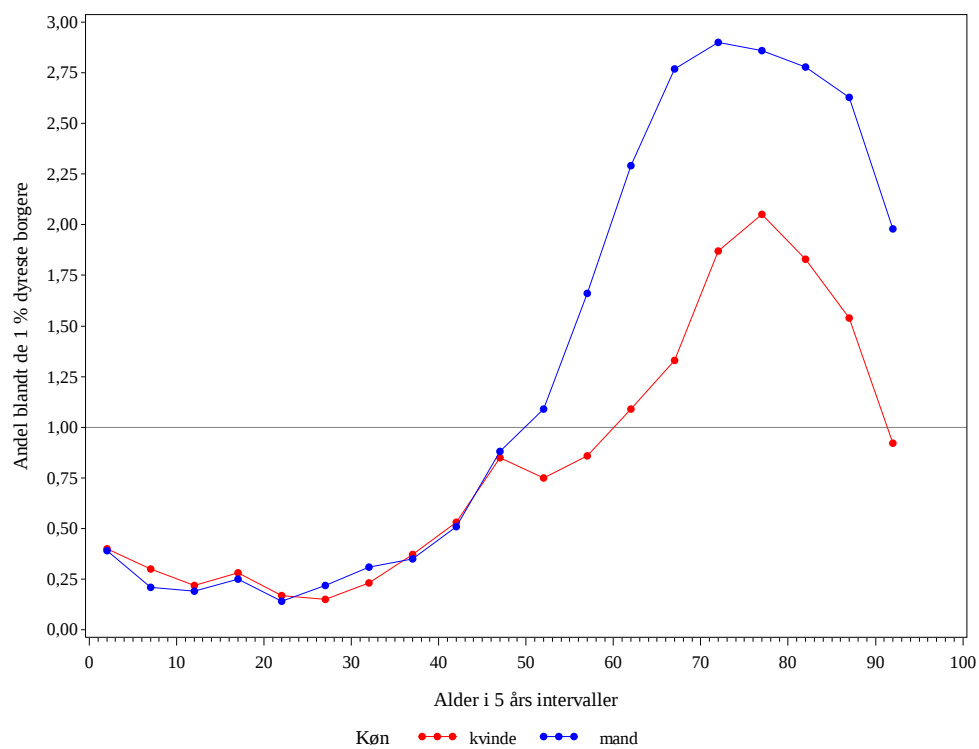
4.1 Andel af befolkningen der er blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere

Figur 4.1 og 4.2 viser, at andelen af borgere, der er blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere stort set er identisk for kvinder og mænd i aldersgruppen 0-48 år. Fra 49 år bliver forskellen mellem de to køn større samtidig med at andelen af kvinder og mænd, som er blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere stiger. For både

de 5 % og de 1 % dyreste borgere viser figurerne, at mænd bidrager med en større andel end kvinder. For figur 4.2 ses det endvidere, at andelen af kvinder og mænd, som er blandt de 1 % dyreste borgere, falder noget igen fra 79 års alderen.



Figur 4.1 Procentvis andel af kvinder og mænd, som er blandt de 5 % dyreste borgere



Figur 4.2 Procentvis andel af kvinder og mænd, som er blandt de 1 % dyreste borgere

4.2 Deskriptive tal for andelen og antallet af borgere der er blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere

Tabel 4.1 viser antallet af borgere med kommunal medfinansiering samt andelen og antallet af borgere, der er blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere. Det totale antal borgere med kommunal medfinansiering er 700.276, hvoraf der er 35.013 personer, som er blandt de 5 % dyreste borger og 7.002 personer, som er blandt de 1 % dyreste borgere. Det ses for kvinder, at der ud af 399.246 kvinder, som har en udgift til kommunal medfinansiering er 4,6 %, som er blandt de 5 % dyreste borgere, hvilket svarer til 18.223 kvinder. For mænd viser tabellen, at der ud af 301.030 mænd, som har en udgift til kommunal medfinansiering,

er 5,6 % blandt de 5 % dyreste borgere, hvilket svarer til 16.790 mænd. Ligeledes viser tabellen, at der er 0,8 % kvinder og 1,2 % mænd, der er blandt de 1 % dyreste borgere.

På samme måde vises deskriptive tal for alder og etnicitet for alle borgere med kommunal medfinansiering. Det ses således, at for de 0-1 årige er der henholdsvis 2,3 % og 0,5 % der er blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere, mens der for borgere mellem 79 og 88 år er hele 14 % og 2 %, der er blandt de henholdsvis 5 % og 1 % dyreste borgere.

Tabel 4.1 Andelen og antallet af borgere der er blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere blandt personer med en udgift til kommunal medfinansiering (KMF)

	Total antal borgere med KMF	5 % dyreste borgere		1 % dyreste borgere	
		%	antal	%	antal
Total	700.276	5,0	35.013	1,0	7.002
Kvinder	399.246	4,6	18.223	0,8	3.288
Mænd	301.030	5,6	16.790	1,2	3.714
Alder (år)					
0-1	16.040	2,3	369	0,5	81
2-8	38.662	1,0	382	0,3	97
9-17	53.964	1,0	524	0,2	124
18-28	80.816	1,2	982	0,2	134
29-38	87.606	1,8	1.608	0,3	271
39-48	87.172	3,0	2.634	0,7	615
49-58	102.523	4,5	4.562	1,0	1.049
59-68	111.053	7,5	8.356	1,8	1.956
69-78	71.701	11,8	8.474	2,4	1.702
79-88	40.441	14,3	5.798	2,1	849
≥ 89	10.298	12,9	1.324	1,2	124
Etnicitet					
Danmark	601.915	5,3	31.614	1,0	6.271
Andre vestlige lande	27.901	4,6	1.279	0,9	255
Ikke-vestlige lande	70.460	3,0	2.120	0,7	476

Tabel 4.2 viser antallet af borgere ≥ 18 år med kommunal medfinansiering fordelt på sociodemografi, sygelighed og kontakter til sundhedsvæsenet samt andelen og antallet af borgere, der er blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere. Det kan bl.a. fremhæves, at der er 312.157 borgere uden kronisk sygdom, som har en udgift til kommunal medfinansiering. Blandt dem er der 2,7 %, som bidrager til de 5 % dyreste borgere

og 0,4 %, som bidrager til de 1 % dyreste borgere, hvilket svarer til 8.405 og 1.353 borgere. Følgende viser tabellen, at der er 39.635 borgere med mindst 3 kroniske sygdomme, som har en udgift til kommunal medfinansiering. Blandt dem er der 18,2 %, der bidrager til de 5 % dyreste borgere og 4,2 %, der bidrager til de 1 % dyreste borgere, hvilket svarer til henholdsvis 7.201 og 1.676 personer.

Tabel 4.2 Andelen og antallet af borgere der er blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere blandt personer med en udgift til kommunal medfinansiering (KMF) (≥ 18 år)

	Total antal borgere med KMF	5 % dyreste borgere		1 % dyreste borgere	
		%	antal	%	antal
Total ≥ 18 år	591.610	5,7	33.738	1,1	6.700
Kvinder	349.256	5,0	17.600	0,9	3.140
Mænd	242.354	6,7	16.138	1,5	3.560
Uddannelsesniveau					
Grundskole og gymnasial uddannelse	201.068	6,3	12.632	1,2	2.417
Erhvervsfaglig uddannelse	180.621	6,5	11.693	1,3	2.417
Kort- og mellemlang videregående uddannelse	122.538	4,3	5.313	0,9	1.101
Lang videregående uddannelse	60.896	4,0	2.417	0,8	509
Indkomstniveau (kr.)					
0 - < 100.000	34.396	3,2	1.084	0,6	219
100.000 - < 150.000	90.942	9,2	8.325	1,7	1.548
150.000 - < 250.000	158.697	7,3	11.572	1,4	2.266
250.000 - < 375.000	163.609	4,7	7.680	1,0	1.550
375.000 - < 525.000	89.472	3,8	3.422	0,9	764
≥ 525.000	42.642	3,6	1.517	0,8	338
Samlivsstatus					
Samlevende	348.532	4,9	17.175	1,1	3.670
Enlig	243.078	6,8	16.563	1,3	3.030

Tabel 4.2 fortsat

Kroniske sygdomme (antal)					
0	312.157	2,7	8.405	0,4	1.353
1	165.401	6,3	10.467	1,3	2.124
2	74.417	10,3	7.665	2,1	1.547
≥3	39.635	18,2	7.201	4,2	1.676
Kontakter til almen praksis (antal)					
0	34.561	2,4	825	0,6	222
1-2	69.664	2,4	1.654	0,6	419
3-4	75.672	2,8	2.100	0,6	446
5-6	72.862	3,2	2.336	0,6	454
7-9	93.166	4,1	3.826	0,8	728
10-14	106.560	5,7	6.068	1,1	1.134
15-19	60.719	8,2	4.964	1,5	905
≥ 20	78.406	15,3	11.965	3,1	2.392
Kontakter til special-læge (antal)					
0	324.019	5,5	17.877	1,2	3.781
1	87.697	6,3	5.479	1,3	1.134
2-3	90.709	5,8	5.212	1,1	964
≥ 4	89.185	5,8	5.170	0,9	821

4.3 Betydende faktorer for sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere

Alder og kontakter til almen praksis har forskellig betydning for kvinder og mænd for sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere, og resultaterne for disse to faktorer vises

derfor separat for køn. De resterende tabeller i dette kapitel vises samlet for kvinder og mænd, da alle andre faktorer ikke har forskellig betydning for kvinder og mænd.

Betydning af alder

Tabel 4.3 og 4.4 viser, at sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere for kvinder stiger med stigende alder fra henholdsvis 9 år og 18 år. For mænd tegner sig samme billede.

Undtagelsesvis, for begge køn, ses der et lille fald i sandsynligheden for både at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere i aldersgruppen ≥ 89 år.

Tabel 4.3 Betydning af alder for sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere blandt **kvinder**

Kvinder	5 % dyreste borgere		1 % dyreste borgere	
Aldersgruppe (år)	OR	(95 % CI)	OR	(95 % CI)
0-1	0,80	(0,69; 0,94)	0,77	(0,55;1,06)
2-8	0,33	(0,28; 0,38)	0,39	(0,28;0,52)
9-17	0,33	(0,29; 0,38)	0,35	(0,26;0,45)
18-28	0,45	(0,41; 0,49)	0,23	(0,17;0,29)
29-38	0,61	(0,56; 0,66)	0,42	(0,35;0,51)
39-48	1,00		1,00	
49-58	1,15	(1,08; 1,23)	1,15	(1,00;1,32)
59-68	1,92	(1,80; 2,04)	1,74	(1,54;1,98)
69-78	3,76	(3,54; 3,99)	2,82	(2,48;3,21)
78-88	4,92	(4,62; 5,24)	2,46	(2,13;2,84)
≥ 89	4,28	(3,92; 4,66)	1,31	(1,00;1,69)

Tabel 4.4 Betydning af alder for sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere blandt **mænd**

Mænd	5 % dyreste borgere		1 % dyreste borgere	
Aldersgruppe (år)	OR	(95 % CI)	OR	(95 % CI)
0-1	0,72	(0,62; 0,84)	0,66	(0,47;0,91)
2-8	0,32	(0,27; 0,37)	0,33	(0,24;0,44)
9-17	0,30	(0,26; 0,35)	0,30	(0,23;0,40)
18-28	0,33	(0,29; 0,37)	0,24	(0,18;0,32)
29-38	0,58	(0,52; 0,64)	0,46	(0,37;0,58)
39-48	1,00		1,00	
49-58	2,08	(1,94; 2,24)	1,95	(1,68;2,25)
59-68	3,70	(3,47; 3,96)	3,66	(3,21;4,18)
69-78	5,01	(4,68; 5,35)	4,14	(3,62;4,74)
78-88	6,11	(5,68; 6,57)	3,91	(3,35;4,55)
≥ 89	5,93	(5,26; 6,67)	2,82	(2,08;3,74)

Betydning af etnicitet

Tabel 4.5 viser, at sandsynligheden for at være blandt de 5 % dyreste borgere er lavere for borgere fra andre vestlige lande og fra ikke-vestlige lande sammenlignet med borgere med dansk baggrund.

Med hensyn til sandsynligheden for at være blandt de 1 % dyreste borgere ses der ingen forskel blandt borgere med forskellig etnisk baggrund.

Tabel 4.5 Betydning af etnisk baggrund for sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere

	5 % dyreste borgere		1 % dyreste borgere	
Etnisk baggrund	OR	(95 % CI)	OR	(95 % CI)
Danmark	1,00		1,00	
Andre vestlige lande	0,87	(0,82;0,92)	0,90	(0,79;1,02)
Ikke-vestlige lande	0,94	(0,89;0,98)	1,01	(0,91;1,11)

I analyserne er der taget hensyn til betydningen af køn og alder

Betydning af uddannelsesniveau

Tabel 4.6 viser, at sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste

borgere falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 4.6 Betydning af uddannelsesniveau for sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere (≥ 18 år)

	5 % dyreste borgere		1 % dyreste borgere	
Uddannelsesniveau	OR	(95 % CI)	OR	(95 % CI)
Grundskole og gymnasial uddannelse	1,15	(1,12;1,18)	1,12	(1,06;1,19)
Erhvervsfaglig uddannelse	1,00		1,00	
Kort- og mellemlang videregående uddannelse	0,82	(0,80;0,85)	0,83	(0,78;0,90)
Lang videregående uddannelse	0,75	(0,72;0,79)	0,76	(0,69;0,83)

I analyserne er der taget hensyn til betydningen af køn og alder

Betydning af indkomstniveau

Tabel 4.7 viser, at sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere er størst hos borgere med en

indkomst på 100.000-150.000 kr., og sandsynligheden falder herefter i takt med stigende indkomst over 150.000 kr.

Tabel 4.7 Betydning af indkomstniveau for sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere (≥ 18 år)

Indkomstniveau (kr.)	5 % dyreste borgere		1 % dyreste borgere	
	OR	(95 % CI)	OR	(95 % CI)
0 - < 100.000	1,23	(1,15;1,32)	1,35	(1,16;1,55)
100.000 - < 150.000	1,43	(1,38;1,49)	1,53	(1,42;1,65)
150.000 - < 250.000	1,31	(1,27;1,35)	1,35	(1,26;1,44)
250.000 - < 375.000	1,00		1,00	
375.000 - < 525.000	0,84	(0,81;0,88)	0,90	(0,82;0,98)
≥ 525.000	0,73	(0,69;0,77)	0,78	(0,69;0,87)

I analyserne er der taget hensyn til betydningen af køn og alder

Betydning af samlivsstatus

Tabel 4.8 viser, at sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste

borgere er størst blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Tabel 4.8 Betydning af samlivsstatus for sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere (≥ 8 år)

Samlivsstatus	5 % dyreste borgere		1 % dyreste borgere	
	OR	(95 % CI)	OR	(95 % CI)
Samlevende	1,00		1,00	
Enlig	1,31	(1,28;1,34)	1,24	(1,18;1,31)

I analyserne er der taget hensyn til betydningen af køn og alder

Betydning af antal kroniske sygdomme

Tabel 4.9 viser, at sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere stiger meget med stigende antal kroniske sygdomme. Borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme har således

en sandsynlighed, der er henholdsvis næsten 4 gange og 6 gange større for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom.

Tabel 4.9 Betydning af antal kroniske sygdomme for sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere (≥ 18 år)

Kronisk sygdom (antal)	5 % dyreste borgere		1 % dyreste borgere	
	OR	(95 % CI)	OR	(95 % CI)
0	1,00		1,00	
1	1,72	(1,67;1,78)	2,21	(2,06;2,38)
2	2,38	(2,30;2,46)	3,12	(2,88;3,37)
≥ 3	3,83	(3,69;3,98)	5,82	(5,37;6,30)

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

Betydning af antal kontakter til almen praksis

Tabel 4.10 viser for kvinder, at sandsynligheden for at være blandt de 5 % dyreste borgere først er større ved mindst 7 kontakter til almen praksis sammenlignet med kvinder med 1-2 kontakter. For sandsynligheden for at være blandt de 1 % dyreste ses der først en reel forskel ved mindst 15 kontakter til almen praksis, hvor sandsynligheden ses at være større end hos kvinder med 1-2 kontakter.

Tabel 4.11 viser, at mænd har en større sandsynlighed for at være blandt de 5 % dyreste borgere ved mindst 5 kontakter til almen praksis sammenlignet med mænd med 1-2 kontakter. Derimod ses der først en forskel ved mindst 10 kontakter til almen praksis for sandsynligheden for at være blandt de 1 % dyreste borgere, hvor sandsynligheden er større end for mænd med 1-2 kontakter.

Tabel 4.10 Betydning af antal kontakter til almen praksis for sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere (≥ 18 år) blandt **kvinder**

Kvinder Kontakter til almen praksis (antal)	5 % dyreste borgere		1 % dyreste borgere	
	OR	(95 % CI)	OR	(95 % CI)
0	1,07	(0,93;1,23)	1,15	(0,88;1,50)
1-2	1,00		1,00	
3-4	1,07	(0,97;1,19)	1,01	(0,82;1,24)
5-6	1,08	(0,98;1,20)	0,74	(0,59;0,91)
7-9	1,25	(1,14;1,37)	0,89	(0,74;1,08)
10-14	1,58	(1,45;1,73)	1,08	(0,91;1,30)
15-19	2,00	(1,83;2,19)	1,27	(1,05;1,53)
≥ 20	3,22	(2,96;3,52)	2,04	(1,72;2,44)

I analyserne er der taget hensyn til betydningen af alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og kronisk sygdom

Tabel 4.11 Betydning af antal kontakter til almen praksis for sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere (≥ 18 år) blandt **mænd**

Mænd Kontakter til almen praksis (antal)	5 % dyreste borgere		1 % dyreste borgere	
	OR	(95 % CI)	OR	(95 % CI)
0	0,97	(0,87;1,09)	1,03	(0,82;1,27)
1-2	1,00		1,00	
3-4	1,07	(0,97;1,17)	0,80	(0,66;0,96)
5-6	1,19	(1,09;1,31)	0,99	(0,83;1,18)
7-9	1,45	(1,34;1,58)	1,09	(0,92;1,29)
10-14	1,84	(1,71;2,00)	1,35	(1,15;1,58)
15-19	2,37	(2,18;2,57)	1,67	(1,42;1,97)
≥ 20	3,73	(3,46;4,04)	2,84	(2,45;3,31)

Betydning af antal kontakter til speciallæge

Tabel 4.12 viser, at sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere er størst blandt borgere, der ikke har haft kontakt til speciallæge. Borgere

med mindst 4 kontakter til speciallæge har således den laveste sandsynlighed for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere.

Tabel 4.12 Betydning af antal kontakter til speciallæge for sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere (≥ 18 år)

Kontakter til Speciallæge (antal)	5 % dyreste borgere		1 % dyreste borgere	
	OR	(95 % CI)	OR	(95 % CI)
0	1,16	(1,12;1,20)	1,19	(1,11;1,27)
1	1,00		1,00	
2-3	0,84	(0,80;0,87)	0,76	(0,69;0,83)
≥ 4	0,77	(0,74;0,80)	0,59	(0,53;0,64)

I analyserne er der taget hensyn til betydningen af køn, alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og kronisk sygdom

Betydning af bopælskommune

Tabel 4.12 viser, at sandsynligheden for at være blandt de 5 % dyreste er størst for borgere bosiddende i de mindst velstillede kommuner (kommuner i kommunesocialgruppe 4) med undtagelse af Bornholm, som har den lavest andel af borgere blandt de 5 % dyreste borgere. Omvendt har borgere i de mest velstillede kommuner, kommunesocialgruppe 1, den laveste sandsynlighed for at være blandt de 5 % dyreste. Sammenhængen mellem kommunesocialgruppe og sandsynligheden for at være blandt de 1 % dyreste er mindre udtalt. For borgere i de københavnske bydele ses der en højere sandsynlighed for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere uanset kommunesocialgruppe.

Tabel 4.13 Betydning af bopælskommune i forhold til regions gennemsnittet for sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere

	5 % dyreste borgere		1 % dyreste borgere	
Bopælskommune	OR	(95 % CI)	OR	(95 % CI)
Region Hovedstaden	1,00		1,00	
Kommune-socialgruppe 4				
Albertslund	1,00	(0,91;1,10)	1,26	(1,06;1,51)
Bornholm	0,78	(0,72;0,83)	0,68	(0,58;0,80)
Brøndby	0,99	(0,92;1,08)	0,95	(0,80;1,12)
Høje-Taastrup	1,05	(0,98;1,12)	1,03	(0,89;1,20)
Ishøj	1,11	(1,00;1,23)	1,03	(0,82;1,29)
Kbh Bispebjerg	1,25	(1,16;1,34)	1,19	(1,02;1,39)
Kbh Brønshøj-Husum	1,11	(1,02;1,19)	1,14	(0,98;1,34)
Kbh Nørrebro	1,11	(1,03;1,19)	1,16	(1,00;1,34)
Kbh Valby	1,12	(1,04;1,20)	0,98	(0,83;1,17)
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	1,00	(0,92;1,09)	0,97	(0,81;1,16)
Kommune-socialgruppe 3				
Ballerup	0,97	(0,90;1,03)	0,96	(0,83;1,12)
Glostrup	1,05	(0,95;1,16)	1,14	(0,93;1,38)
Halsnæs	0,94	(0,87;1,02)	0,91	(0,76;1,08)
Herlev	0,91	(0,83;1,00)	0,70	(0,56;0,88)
Hvidovre	1,01	(0,95;1,08)	0,88	(0,76;1,02)
Kbh Amager Vest	1,10	(1,02;1,18)	1,23	(1,06;1,42)
Kbh Amager Øst	1,16	(1,08;1,25)	1,08	(0,92;1,28)
København	1,11	(1,09;1,14)	1,11	(1,06;1,17)
Rødovre	0,95	(0,88;1,03)	1,01	(0,85;1,19)
Tårnby	1,11	(1,03;1,19)	1,15	(0,99;1,33)
Kommune-socialgruppe 2				
Frederiksberg	1,11	(1,06;1,17)	1,10	(0,98;1,22)
Frederikssund	0,91	(0,84;0,98)	0,94	(0,81;1,10)
Gldsaxe	0,98	(0,92;1,04)	1,08	(0,95;1,22)
Gribskov	0,85	(0,78;0,91)	0,83	(0,70;0,98)
Helsingør	0,88	(0,83;0,94)	0,84	(0,74;0,96)
Hillerød	0,92	(0,85;0,99)	1,04	(0,90;1,21)
Kbh Indre By	1,12	(1,04;1,21)	1,16	(0,98;1,37)
Kbh Vanløse	1,10	(1,02;1,20)	1,18	(1,00;1,41)
Kbh Østerbro	1,11	(1,04;1,18)	1,09	(0,95;1,25)
Vallensbæk	1,10	(0,97;1,25)	0,85	(0,63;1,15)

Tabel 4.13 fortsat

Kommune-socialgruppe 1				
Allerød	0,90	(0,81;1,00)	1,06	(0,85;1,31)
Dragør	0,97	(0,86;1,11)	1,27	(1,00;1,62)
Egedal	0,89	(0,81;0,96)	0,84	(0,70;1,01)
Fredensborg	0,92	(0,85;0,99)	0,92	(0,77;1,09)
Furesø	0,87	(0,80;0,95)	0,77	(0,64;0,95)
Gentofte	0,97	(0,91;1,03)	1,09	(0,96;1,24)
Hørsholm	0,95	(0,86;1,05)	1,00	(0,82;1,23)
Lyngby-Taarbæk	0,97	(0,90;1,04)	0,93	(0,80;1,08)
Rudersdal	0,96	(0,90;1,03)	0,97	(0,84;1,13)

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

4.4 Opsamling på de 5 % og 1 % dyreste borgere

Resultaterne vedrørende de dyreste borgere viser, at alle de testede faktorer har en betydning for sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere. Resultaterne har vist følgende:

Andelen af kvinder og mænd, der er blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere, er stort set identisk blandt borgere i aldersgruppen 0-48 år. Fra 49 år stiger andelen af kvinder og mænd med stigende alder, samtidig med at forskellen mellem de to køn bliver større, og det ses, at mænd i denne aldersgruppe bidrager med en større andel, til både de 5 % og 1 % dyreste borgere, end kvinder.

Borgere med dansk baggrund har størst sandsynlighed for at være blandt de 5 % dyreste borgere. Modsat ses der ingen forskel blandt borgere med forskellig etnicitet for sandsynligheden for at være blandt de 1 % dyreste borgere.

Sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere falder med stigende uddannelsesniveau samt stigende indkomst på over 150.000 kr.

Det ses endvidere, at sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere er størst blandt enlige borgere sammenlignet med samlevende.

Sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere stiger med stigende antal kroniske sygdomme.

Sandsynligheden blandt kvinder for henholdsvis at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere stiger ved mindst 7 og 15 kontakter til almen praksis sammenlignet med kvinder, der har 1-2 kontakter. For mænd ses stigningen ved mindst 5 og 10 kontakter til almen praksis.

For betydningen af kontakter til speciallæge ses det, at sandsynligheden for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere er størst blandt borgere, der ikke har haft kontakt til speciallæge.

Endelig viser analyserne, at sandsynligheden for at være blandt de 5 % dyreste borgere er størst for borgere i kommuner fra kommunesocialgruppe 4 – de mindre velstillede kommuner, og lavest i kommuner fra kommunesocialgruppe 1 – de mest velstillede kommuner. Kommunesocialgruppe har ikke en entydig sammenhæng med de 1 % dyreste borgere.

5.0 Perspektivering

Denne rapport har undersøgt, hvilke faktorer der har betydning for den kommunale medfinansiering i kommunerne i Region Hovedstaden. Undersøgelsen har taget udgangspunkt i eksisterende data fra 2012 og har undersøgt betydningen af sociodemografiske faktorer, sygelighed og kontakter til sundhedsvæsenet for kommunal medfinansiering ud fra 3 forskellige perspektiver:

- 1) Andelen af borgere med kommunal medfinansiering
- 2) Størrelsen af den kommunale medfinansiering blandt borgere som *har* en udgift til kommunal medfinansiering
- 3) De 5 % og 1 % dyreste borgere (de omkostningstunge borgere) blandt borgere der *har* en udgift til kommunal medfinansiering

I det følgende gives der en opsummering af rapportens resultater samt mulige forklaringer på udvalgte resultater.

Sociodemografiske faktorer:

Køn og alder

For køn og alder ses det, at der blandt børn under 2 år er en relativ høj andel, som har en udgift til kommunal medfinansiering – lidt højere for drenge end for piger – og at størrelsen af den kommunale medfinansiering i de første leveår er relativt høj sammenlignet med børne- og ungdomsårene. Årsagen hertil kan bl.a. skyldes for tidlig fødsel, dehydrering, gulsot, fejlnæring og dårlig trivsel og dermed mange indlæggelser i de første leveår (Sundhedsdatastyrelsen 2016 [5]). Kønsforskellen i andelen med

kommunal medfinansiering kan være forklaret af en øget risiko for sygdomme i åndedrætsorganerne hos nyfødte drenge sammenlignet med nyfødte piger [6].

For kvinder mellem 20 og 40 år ses en markant højere andel af borgere med kommunal medfinansiering sammenlignet med mænd, og størrelsen af den kommunale medfinansiering er også markant forskellig i denne aldersgruppe mellem kvinder og mænd, værende højere for kvinder end for mænd. Denne kønsforskel tilskrives graviditetsbesøg og hospitalsfødsler. Det er endvidere iøjnefaldende, at der i aldersgruppen 49-68 år ses en markant *højere* andel af kvinder i forhold til mænd med udgift til kommunal medfinansiering, men samtidig en *lavere* gennemsnitlig kommunal medfinansiering for kvinder end for mænd. Dette kan forklares ved, at screeningsprogrammet for brystcancer inkluderer kvinder i alderen 50 til 70 år, og at denne undersøgelse er en relativt billig undersøgelse for kommunerne. Generelt ses det, at andelen af omkostningstunge borgere stiger med alderen indtil 80 år. For borgere over 80 år er andelen af omkostningstunge borgere lavere, hvilket kan tilskrives at dette er en gruppe af relativt sunde ældre borgere.

Etnicitet

Kvinder og mænd fra andre vestlige lande har overordnet set den laveste sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering og for at være blandt de mest omkostningstunge borgere. Samtidig er størrelsen af den kom-

munale medfinansiering også lavest for borgere fra andre vestlige lande. Kvinder fra ikke-vestlige lande har en lavere sandsynlighed end danske kvinder for at have en udgift til kommunal medfinansiering og for at være blandt de mest omkostningstunge borgere. Dog blandt de borgere, som *har* en udgift til kommunal medfinansiering, er beløbet højere for kvinder og mænd fra ikke-vestlige lande i forhold til borgere med dansk baggrund, hvoraf den største forskel ses blandt kvinder. Dette fund kan fortolkes således, at borgere med dansk baggrund bliver hyppigere henvist til hospitalsvæsenet end borgere med ikke-vestlig baggrund, og at borgere med ikke-vestlig baggrund, som er henvist til det somatiske sygehusvæsen, har flere og dyrere kontakter. Ifølge Sundhedsprofilen 2013 [4] kan forskellen ikke forklares ved et større antal kroniske sygdomme blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Indkomst

For kvinder og mænd, som *har* en udgift til kommunal medfinansiering, har borgere med en indkomst på 100.000-150.000 kr. den største udgift til kommunal medfinansiering, og andelen af omkostningstunge borgere er også størst i denne indkomstgruppe i forhold til borgere fra de øvrige indkomstgrupper. Størrelsen af den kommunale medfinansiering og andelen af omkostningstunge borgere falder med stigende indkomst over 150.000 kr. Det skal bemærkes at borgere i den laveste indkomstgruppe (0-100.000 kr.) har den laveste sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering. Den lave andel kan tilskrives, at denne gruppe hovedsageligt består af unge studerende på SU modsat personer med en indkomst på 100.000-

150.000 kr. som i høj grad er personer på kontanthjælp.

Uddannelse

For uddannelsesniveau ses det, at når man anskuer den kommunale medfinansiering fra 3 forskellige perspektiver er resultatet ens, dvs. at andelen af borgere med kommunal medfinansiering, størrelsen af den kommunale medfinansiering samt andelen af omkostningstunge borgere falder med stigende uddannelsesniveau.

Samlivsstatus

I forhold til samlivsstatus viser rapporten, at enlige kvinder her en lavere sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering end samlevende kvinder. For enlige mænd og samlevende mænd er forskellen marginal. Endvidere ses det, at både enlige kvinder og enlige mænd har en højere udgift til kommunal medfinansiering, og andelen af omkostningstunge borgere er markant højere blandt enlige sammenlignet med samlevende kvinder og mænd. Den større udgift til kommunal medfinansiering kan skyldes, at enlige har flere kroniske sygdomme end samlevende [4].

Sygelighed

Det ses, at det at leve med en eller flere kroniske sygdomme, har en enorm betydning for både sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering, størrelsen af den kommunale medfinansiering samt sandsynligheden for at være blandt de mest omkostningstunge borgere. Bl.a. ses det, at størrelsen af den kommunale medfinansiering for kvinder og mænd med mindst 3 kroniske sygdomme er henholdsvis næsten 3,5 og 3 gange større sammenlignet med kvinder og mænd uden kronisk sygdom.

Kontakter til sundhedsvæsenet

For betydningen af kontakter til speciallægepraksis viser rapporten, at sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering stiger med stigende antal kontakter. I modsætning her-til viser rapporten, at kvinder og mænd uden kontakter til speciallægepraksis har en højere sandsynlighed for at være blandt de 5 % og 1 % dyreste borgere sammenlignet med kvinder og mænd med 2 eller flere kontakter. Det må betyde, at de borgere som bidrager til de 5 % og 1 % dyreste borgere hovedsageligt har kontakt til og bliver behandlet på hospitalet og ikke i speciallægepraksis.

Bopælskommune

Med hensyn til bopælskommune er der en tendens til – dog ikke entydig – at den kommunale medfinansiering er lavest blandt borgere fra de mest velstillede kommuner, som overordnet set også har færrest borgere blandt de mest omkostningstunge borgere. Det modsatte gør sig gældende for de mindre velstillede kommuner med undtagelse af Bornholms kommune. Bornholm har den største andel af borgere med udgift til kommunal medfinansiering, samtidig med at størrelsen af den kommunale medfinansiering er lavest på Bornholm, og andelen af omkostningstunge borgere også er lavest her. En forklaring på dette fænomen kan være, at borgere fra Bornholm, som henvises til sygehus, har relativt få og billige kontakter. I de københavnske bydele ser det anderledes ud. Her er der en klar tendens til, at andelen af borgere med kommunal medfinansiering er lavere end regionsgennemsnittet, mens størrelsen af den kommunale medfinansiering og andelen af omkostningstunge borgere er større end regionsgennemsnittet. Forklaringen herpå kan være,

at de borgere fra København, der bliver henvist til sygehus, har mange kontakter til sygehuset, fx i form af genindlæggelser og overflytninger, hvilket øger udgiften til den kommunale medfinansiering.

Konklusion

Antallet af kroniske sygdomme synes at have en markant effekt på den kommunale medfinansiering – også når der er taget højde for sociodemografiske faktorer. Der synes således at være grundlag for et fokus på forebyggelsen af kroniske sygdomme samt rehabiliterende indsats hos borgere med kroniske sygdomme med henblik på at reducere udgiften til kommunal medfinansiering til det somatiske hospitalsvæsen. Rapporten kan ikke entydigt vise, at de mindst velstillede kommuner har det største antal borgere med kommunal medfinansiering samt den største udgift. Derimod synes der at være en geografisk tendens, eftersom de københavnske bydele, uanset kommunesocialgruppe, har det laveste antal borgere med kommunal medfinansiering, men den største gennemsnitlige udgift per borger til kommunal medfinansiering samt den største andel af omkostningstunge borgere.

Denne rapport har belyst nogle af de faktorer, som har betydning for den kommunale medfinansiering, og dermed bidrager den til at øge gennemsigtigheden af den kommunale medfinansiering. Når data for 2016 foreligger, kan denne rapport danne baggrund for analyser, som belyser årsager til ændringer i den kommunale medfinansiering over tid. Denne viden vil kunne bruges som et værktøj for kommunerne med henblik på at sætte ind med de rette indsatser for at nedbringe udgifterne til den kommunale medfinansiering.

6.0 Referencer

- [1] Finansieringsudvalget: Analyse af den kommunale medfinansiering. Økonomi- og Indenrigsministeriet; 2013.
- [2] Danske Regioner: Fakta og tal om sundhedsvæsenet. Hentet fra: <http://www.regioner.dk/sundhed/kvalitet-og-styring/fakta-og-tal-om-sundhedsvaesenet>; 15. december 2016.
- [3] Udviklingsgruppen vedr. data om økonomi og aktivitet: Afrapportering fra Arbejdsgruppen vedrørende gennemsigthed i kommunal medfinansiering. Region Hovedstaden; 2015.
- [4] Lau, C.L., M; Andreassen, AH; Bekker-Jeppesen, M; Buhelt, LP; Robinson, KM; Glümer, C: Sundhedsprofil 2013 – Kronisk Sygdom. Forskningscenter for forebyggelse og sundhed; 2015.
- [5] Sundhedsdatastyrelsen: Monitorering af indlæggelse af nyfødte - metodebeskrivelse. 2016.
- [6] Danmarks Statistik: Små drenge er mere på hospital; 2006. Hentet fra: <http://www.dst.dk/da/Statistik/bagtal/2006/2006-05-23-Drenge-mere-paa-hospital>; 15. december 2016.
- [7] Robinson, K.L., M; Hansen, BH; Andreassen, AH; Jeppesen, M; Buhelt, LP; Lau, CJ; Glümer, C: Sundhedsprofil for region og kommuner 2013. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed; 2014.

7.0 Bilag

7.1 Beskrivelse af data og analysemetode

Denne rapport er baseret på data fra en lang række af de danske sundhedsregistre samt registre vedrørende sociale og demografiske forhold. I de følgende afsnit er data og populationer, der indgår i rapporten, beskrevet. Dertil kommer et afsnit om de statistiske metoder, der er anvendt og ligger til grund for rapportens resultater.

7.2 Populationer

Til brug i denne rapport er der foretaget registerudtræk omfattende alle borgere, som var bosat i Region Hovedstaden d. 1. januar 2012. Borgere bosat på Christiansø er udeladt, da der ikke er kommunal medfinansiering for disse.

Registerudtrækket omfatter **1.714.486 personer** og disse personer indgår i analyserne for betydning af alder, køn og etnicitet. I analyserne, hvor betydningen af samlivsstatus, uddannelse, indkomst, kronisk sygdom, kontakter til almen praksis og speciallægepraksis samt bopælskommune er undersøgt, er populationen begrænset til borgere på 18 år og derover. Dette datasæt indeholder oplysninger fra 1.357.774 personer.

7.3 Variable

Kommunal medfinansiering

For kommunale omkostninger til den somatiske hospitalssektor benyttes oplysninger fra Takstdata på eSundhed. Omkostningerne er baseret på DRG- og DAGS-registreringer (diagnoserelaterede grupper og dansk ambulant gruppe-

ringssystem) i 2012 på hovedstadsregionens hospitaler. Ligeledes er kommunale omkostninger ved offentligt betalte kontakter på private hospitaler også medtaget.

Andelen af borgere med kommunal medfinansiering er defineret ved at beregne forholdet mellem summen af personer med kommunal medfinansiering og det samlede antal personer.

I analyserne for *størrelsen af den kommunale medfinansiering* er udelukkende inkluderet borgere, som *har* en udgift til kommunal medfinansiering i 2012.

De 5% og 1% dyreste borgere er defineret ved at udregne summen af kommunal medfinansiering for hver person i 2012, som *har* en udgift til kommunal medfinansiering og herefter rangere personerne efter størrelsen af den kommunale medfinansiering. Personerne over henholdsvis 95% og 99% percentilen indgår herefter i grupperne 5% og 1% dyreste borgere.

Sociodemografiske faktorer:

Køn og alder er defineret på baggrund af CPR-nummer indhentet fra CPR-registret. Alder pr. d. 1. januar 2012 er anvendt. Etnicitet er defineret ud fra oplysning om oprindelsesland i register over indvandrere og efterkommere og er inddelt i 3 grupper: Danmark, andre vestlige lande og ikke-vestlige lande. Uddannelse er indhentet fra uddannelsesregistret og er kategoriseret i 4 grupper i henhold til den højst fuldførte ud-

dannelse pr. 1. januar 2012. Indkomst er indhentet fra indkomststatistikregistret og er defineret på baggrund af oplysninger fra 2007-2012. Samlivsstatus og bopælskommune er indhentet fra registeret over befolkningen (BEF) og er status d. 1. januar 2012.

Kontakter til almen praksis og speciallægepraksis

Kontakter til almen praksis og speciallægepraksis er indhentet fra sygesikringsregistret for 2012.

Kroniske sygdomme

De nationale registre fra sundhedsvæsenet giver ikke direkte information om, hvorvidt en borger har en kronisk sygdom eller ej. Det er derfor nødvendigt at koble data fra forskellige registre for at få viden om, hvorvidt en borger har en given sygdom. Til dannelse af sygdomsvariable anvendes diagnosekoder fra indlæggelser og ambulante kontakter på hospital fra Landspatientregistret (LPR), op-

lysninger vedrørende indløsning af recepter fra lægemiddeldatabasen (LMDB) samt evt. ydelseskoder fra sygesikringsregistret ved kontakt til almen praksis. For at definere forekomsten af kronisk sygdom for hver enkelt borger pr. 1. januar 2012 er data fra LPR, LMDB og sygesikringsregistret fra de 5 foregående år (dvs. fra 2007-2011) anvendt.

Definitioner

Definitionerne på de anvendte variable er givet i tabel 7.1. En mere detaljeret definition af uddannelse er beskrevet i Sundhedsprofilen 2013 [7], og algoritmerne til definition af kroniske sygdomme samt kontakter til almen praksis og speciallægepraksis er detaljeret beskrevet i Sundhedsprofilen – Kronisk sygdom 2013 [4].

Databehandling

Al databehandling og alle statistiske analyser er foretaget på Danmarks Statistik under forskerordningen.

Tabel 7.1 Definition og kort beskrivelse af variable

Variabel	Definition
Omkostning	
Kommunal medfinansiering til den somatiske hospitalssektor	Samlede kommunale omkostninger ved somatiske hospitalskontakter (indlæggelser, ambulante kontakter, skadestuekontakter, genoptræning) i 2012 er inkluderet. I disse omkostninger indgår summen af følgende oplysninger fra 2012: • KOMPRIS fra DRG somatik (hvis udsktype='sgh' og mrk_kommed=1) • KOMPRIS fra DAGS somatik (hvis mrk_kommed=1) • 70% af GENOPPRIS fra DRG somatik (hvis udsktype='sgh' og mrk_kommed=1) • GENOPPRIS fra DAGS somatik (hvis mrk_kommed=1)

Tabel 7.1 fortsat

Sociodemografiske faktorer	Alle sociodemografiske faktorer er defineret pr. 1. januar 2012
Køn	Køn er defineret på baggrund af sidste ciffer i CPR-nummeret.
Alder	Alder er udregnet ud fra CPR-nummer. Alder inddeles i følgende grupper på baggrund af den aldersafhængige sandsynlighed for kontakt til sundhedsvæsenet : 0-1, 2-8, 9-17, 18-28, 29-38, 39-48, 49-58, 59-68, 69-78, 79-88, ≥ 89 år
Etnicitet	Etnisk baggrund opgøres på baggrund af registeroplysninger fra IEPE om borgernes oprindelsesland defineret af Danmarks Statistik ud fra oplysninger om borgerens fødeland og statsborgerskabsland samt forældrenes fødeland og statsborgerskabsland. Inddeles i 3 grupper • Danmark • Andre vestlige lande: 27 EU-lande plus Andorra, Island, Lichtenstein, Monaco, Norge, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand. • Ikke vestlige lande: Alle øvrige lande inklusiv Kroatien, som først blev EU-land midt i 2013.
Uddannelse	På baggrund af registeroplysninger inddeles højst fuldførte uddannelse i følgende 4 grupper baseret på nedenstående variable fra Danmarks Statistik: Grundskole og gymnasial uddannelse: • Grundskole • Almen gymnasial uddannelse • Erhvervsgymnasial uddannelse Erhvervsfaglig uddannelse • Erhvervsfaglig uddannelse (praktik- og hovedforløb) Kort- og mellemlang videregående uddannelse • Kort videregående uddannelse • Mellemlang videregående uddannelse • Bacheloruddannelse Lang videregående uddannelse • Lang videregående uddannelse • Forskeruddannelse
Indkomst	Årlig indkomst er defineret som gennemsnittet af de seneste 5 års husstandsindkomst pr. voksen i husstanden og er inddelt i følgende kategorier: 0 - < 100.000 kr., 100.000 - < 150.000 kr., 150.000 - < 250.000 kr., 250.000 - < 375.000 kr., 375.000 - < 525.000 kr. og ≥ 525.000 kr.
Samlivsstatus	Samlivsstatus (enlig eller samlevende) er baseret på oplysninger om folkeregisteradresse.
Bopælskommune	Bopælskommune er defineret på baggrund af kommunekode.

Tabel 7.1 fortsat

Kontakter	Antal kontakter er optalt for perioden 1. januar til 31. december 2012.
Almen praksis	Antal kontakter til praktiserende læge, inkl. email-konsultation, telefonkonsultation og hjemmebesøg men ekskl. vagtlægekontakt, er medtaget.
Privat praktiserende speciallæge	Antal kontakter til praktiserende speciallæge ekskl. kontakter til gynækolog/obstetriker er medregnet.
Kroniske sygdomme	Antallet af kroniske sygdomme er sammentalt for hver borger og er kategoriseret som 0,1,2 eller 3 og flere kroniske sygdomme. Definitionen af kroniske sygdomme er primært baseret på relevante diagnoser fra LPR og LPR-PSYK (både aktions- og bi-diagnoser) inden for de seneste 5 år samt relevante medicinudleveringer fra LMDB (2 udleveringer inden for 12 måneder de seneste 5 år). Nedenstående 13 kroniske sygdomme er inkluderet. Nedenfor er anført de registre, der er anvendt for hver af de kroniske sygdomme.
Diabetes	Det nationale diabetesregister
Hjertesygdom	LPR og/eller LMDB
Apopleksi	LPR
KOL	Minimum 35 år, LPR og/eller LMDB og/eller sygesikringsregistret (spirometri)
Astma	LPR og/eller LMDB
Kræft	LPR
Inflammatoriske ledsygdomme	LPR og/eller LMDB
Leddegigt	LPR og/eller LMDB
Knogleskørhed	LPR og/eller LMDB
Langvarig behandling med antidepressiv medicin	LMDB og minimum 2 år mellem første og sidste udlevering
Svær psykisk lidelse	LPR-PSYK og/eller medicin
Demens	Minimum 65 år, LPR og/eller LPR-PSYK og/eller LMDB (dog kun 1 recept)
Luftvejsallergi	LPR og/eller LMDB (dog 2 recepter inden for 24 måneder)

LMDB: lægemiddeldatabasen, LPR: landspatientregistret, LPR-PSYK: landspatientregistret for psykiatrien

7.4. Statistisk metode

Det følgende afsnit er ikke afgørende for forståelsen af rapportens resultater, men kan læses såfremt der ønskes mere indgående viden om, hvorledes den statistiske bearbejdning af data er foregået.

Deskriptive analyser

De deskriptive analyser vedrørende andelen af befolkningen med kommunal medfinansiering er beregnet ved at udregne forholdet mellem antallet af personer med kommunal medfinansiering og det samlede antal personer i de an-

givne grupper. For størrelsen af den kommunale medfinansiering er summen af kommunal medfinansiering for hver person udregnet. Den mediane værdi for kommunal medfinansiering samt 25% og 75% percentilen er angivet for de angivne grupper. I de deskriptive analyser for de 1% og 5% dyreste borgere er andelen af borgere i hver gruppe, som bidrager til de henholdsvis 1% og 5% dyreste borgere, udregnet.

Forklarende analyser

Sandsynligheden for udgift til kommunal medfinansiering

Ved logistisk regression er det undersøgt, om følgende faktorer har en indflydelse på sandsynligheden for at have kommunal medfinansiering: Alder, køn, etnicitet, uddannelsesniveau, indkomstniveau, samlivsstatus, antal kontakter til almen praksis og speciallæge, antallet af kroniske sygdomme samt bopælskommune. Eftersom der er interaktion med køn for alle faktorer er analyserne foretaget separat for mænd og kvinder. I alle analyser er der justeret for alder, og i analyserne vedr. kroniske sygdomme er der yderligere justeret for etnicitet, uddannelse, indkomst og samlivsstatus. I analyserne vedr. kontakter til almen praksis og speciallæge samt bopælskommune er der yderligere justeret for antal kroniske sygdomme. Resultaterne er vist som odds ratioer (OR) og for alle analyser gælder det, at det er gruppen med flest borgere, som er valgt som referencegruppe.

Størrelsen af den kommunale medfinansiering

Ved lineær regression er det undersøgt om førnævnte faktorer har betydning for størrelsen af den kommunale medfinan-

siering. Disse analyser inkluderer udelukkende personer som *har* en udgift til kommunal medfinansiering. Eftersom kommunal medfinansiering ikke er normalfordelt, er analyserne foretaget på logaritmetransformerede værdier og derefter tilbagetransformeret, således at resultaterne skal læses som procentvis forskel fra referencegruppen. Gruppen med flest borgere er valgt som referencegruppe. Som i foregående analyser er analyserne foretaget separat for mænd og kvinder pga. interaktion med øvrige variable og samme justeringsvariable er anvendt.

5% og 1% dyreste borgere

Betydningen af førnævnte faktorer for sandsynligheden for at være blandt de 5% og 1% dyreste borgere er undersøgt ved logistisk regression. Disse analyser inkluderer udelukkende personer, som *har* en udgift til kommunal medfinansiering. Det er undersøgt om der er interaktion med køn, og det gør sig kun gældende for alder og kontakter til almen praksis, hvorfor resultaterne for alder og kontakter til almen praksis vises separat for mænd og kvinder. For de øvrige faktorer vises resultaterne samlet for mænd og kvinder. I alle analyser er der justeret for alder, køn og interaktionen mellem alder og køn. I analyser vedr. kroniske sygdomme er der yderligere justeret for etnicitet, uddannelse, indkomst og samlivsstatus. I analyserne for kontakter til almen praksis og speciallægepraksis samt bopælskommune er der endvidere justeret for antallet af kroniske sygdomme. Resultaterne er vist som odds ratioer (OR), og for alle analyser gælder det, at det er gruppen med flest borgere, som er valgt som referencegruppe.



**Region
Hovedstaden**

**FORSKNINGSCENTER FOR
FOREBYGGELSE OG SUNDHED**



**Region Hovedstaden
Center for Sundhed**

Forskningscenter for Forebyggelse og
Sundhed
Nordre Ringvej 57, bygning 84/85
2600 Glostrup

Telefon: 3863 3260
www.fcfs.dk