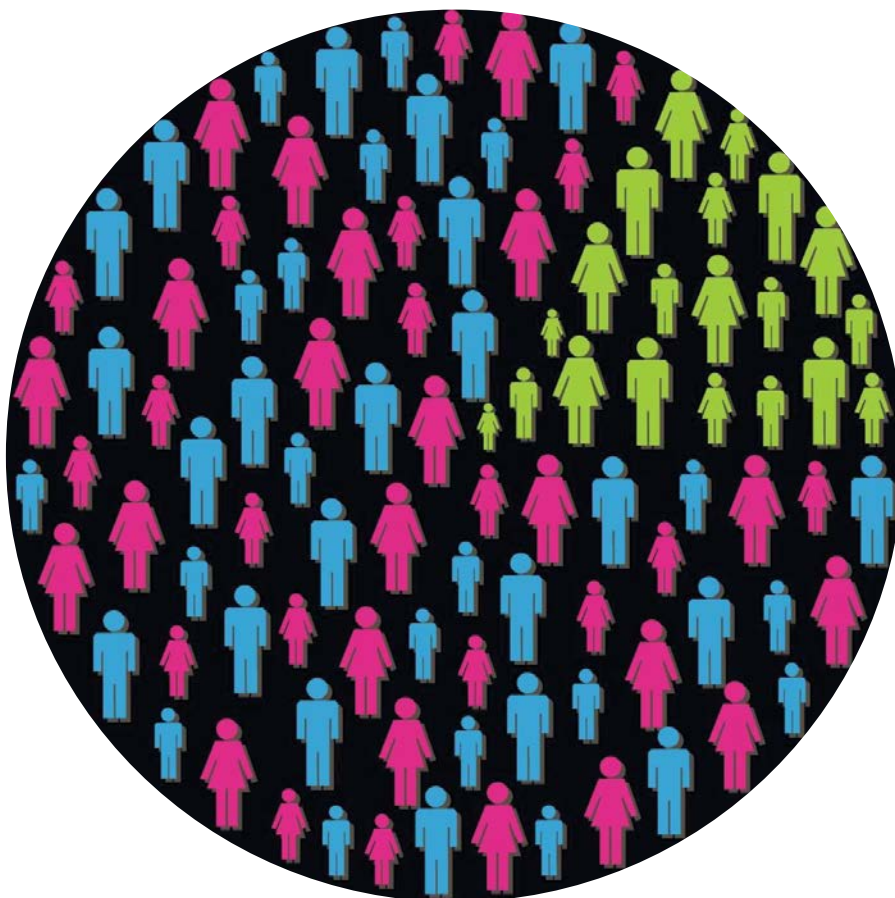




Udvikling i kommunal medfinansiering i Region Hovedstaden og kommuner fra 2013 til 2015

Titel: Udvikling i kommunal medfinansiering i Region Hovedstaden og kommuner fra 2013 til 2015

Copyright: © 2018 Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Alle rettigheder forbeholdes
ISBN 978-87-93775-00-8

Forfattere: Anne Helms Andreasen
 Mette Aadahl
 Signe Thorup Gjendal
 Charlotta Pisinger

Forsidebillede: Colourbox

Udgiver: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
 Frederiksberg Hospital
 Hovedvejen 5
 Nordre Fasanvej 57
 2000 Frederiksberg
 Telefon: 38 16 31 00

Publikationen citeres således: Andreasen AH; Aadahl M; Gjendal ST; Pisinger C: Udvikling i kommunal medfinansiering i Region Hovedstaden og kommuner fra 2013 til 2015, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2018

Sammenfatning

Denne rapport omhandler kommunal medfinansiering i Region Hovedstaden i årene 2013 og 2015. I rapporten fokuseres på at undersøge, hvorvidt og hvordan udvalgte forklarende sociodemografiske faktorer har betydning for ændring fra 2013 til 2015 i 1) sandsynlighed for at have en ændring i udgift til kommunal medfinansiering (dvs. andel af borgere med en udgift) og 2) størrelsen af den kommunale medfinansiering (gennemsnit pr. patient). De forklarende sociodemografiske faktorer omfatter: Køn, alder, etnisk baggrund, uddannelsesniveau, indkomstniveau, samlivsstatus, antal kroniske sygdomme, antal kontakter til primærsektor samt bopælskommune.

Rapporten består af en beskrivende del (kapitel 2) og en del, der analyserer de forklarende faktorer betydning (kapitel 3 og 4). I hele rapporten præsenteres separate resultater for ambulante besøg og indlæggelser og separate resultater for kvinder og mænd, da mange af de forklarende faktorer har forskellig betydning for kvinder og mænd.

Generelt for kommunerne i Region Hovedstaden ses en stigning i den kommunale medfinansiering på 395 millioner kroner fra 2013 til 2015. Omkring tre fjerdedele af denne stigning kommer fra en stigning i udgifterne til ambulante besøg. Samtidigt ses en stigning i antal borgere i Region Hovedstaden, en stigning i andelen af borgere med mindst ét ambulant besøg og en mindre stigning i den gennemsnitlige udgift pr. patient til kommunal medfinansiering af ambulante besøg. Der ses også stigninger, men betydeligt mindre, for andelen af borgere med mindst én indlæggelse og for den gennemsnitlige udgift pr. patient til kommunal medfinansiering for indlæggelser. Simple beregninger peger på, at den største del af stigningen i kommunal medfinansiering for ambulante besøg kan tilskrives stigningen i andelen af borgere med mindst ét besøg, mens den største del af stigningen for indlæggelser ser ud til at kunne tilskrives stigningen i antal borgere i Region Hovedstaden.

De omtalte stigninger i andelen med kommunal medfinansiering kan genfindes stort set overalt, for mænd, kvinder, i hver aldersgruppe og i hver gruppe i de øvrige faktorer. De statistiske analyser viser dog, at mange af de forklarende faktorer har betydning for ændringerne, således at stigningerne ikke er lige store for f.eks. aldersgrupperne og grupperne efter uddannelse.

Resultaterne af analyserne af de forklarende faktorer betydning kan opsummeres således:

For ændringer fra 2013 til 2015 i sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering (dvs. ændring i andel af borgere med en udgift) findes, at mange af de undersøgte faktorer har betydning (tabel A). Det er kun for kvinder, at ændringerne i andelen med mindst ét ambulant besøg er forskellige mellem kommunerne, for mænd ses ingen forskel på kommunerne. Der ses ikke forskel på kommunerne i ændringerne i andelen med mindst én indlæggelse, hverken for kvinder eller mænd. Dvs. ændringerne i andelen af borgere med udgift til kommunal medfinansiering for indlæggelser ser ud til at være den samme i alle kommuner.

For ændringer fra 2013 til 2015 i størrelsen af den kommunale medfinansiering (gennemsnitlig udgift pr. patient) findes, at det kun er få af de undersøgte faktorer, som har betydning (tabel B). Ændringerne i størrelsen af udgiften til kommunal medfinansiering for ambulante besøg er forskellig mellem kommunerne, dvs. ændringerne er ikke de samme i alle kommuner. Der ses ikke forskel på kommunerne i ændringerne i størrelsen af udgiften for indlæggelser, hverken for kvinder eller mænd. Dvs. størrelsen af udgiften til kommunal medfinansiering for indlæggelser ser ud til at være den samme i alle kommuner.

Samlet set findes for kommunerne

- Forskel på ændring i andelen af kvinder med ambulante besøg
- Ingen forskel på ændring i andelen af mænd med ambulante besøg
- Forskel på ændring i den gennemsnitlige udgift pr. patient for ambulante besøg (for både kvinder og mænd)
- Ingen forskelle i ændringer i kommunal medfinansiering af indlæggelser hverken hvad angår andelen af borgere med mindst én indlæggelse eller for den gennemsnitlige udgift pr. patient

Tabel A. Faktorer med betydning for ændringen i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering for ambulante besøg og indlæggelser

Ambulante besøg	Indlæggelser
• Alder • Etnisk baggrund • Indkomstniveau • Antal kroniske sygdomme • Antal kontakter til almen praksis • Antal kontakter til speciallæge • Samlivsstatus (kun for mænd) • Uddannelse (kun for kvinder) • Kommune (kun for kvinder)	• Alder • Antal kroniske sygdomme • Indkomstniveau (kun for kvinder) • Samlivsstatus (kun for mænd) • Antal kontakter til almen praksis (kun for mænd)

Tabel B. Faktorer med betydning for ændringen i størrelsen af udgift til kommunal medfinansiering for ambulante besøg og indlæggelser

Ambulante besøg	Indlæggelser
• Alder • Etnisk baggrund • Antal kroniske sygdomme • Antal kontakter til almen praksis • Antal kontakter til speciallæge • Kommune • Indkomstniveau (kun for kvinder)	• Alder (kun for mænd) • Etnisk baggrund (kun for mænd)

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning	3
Definition af nøglebegreber og forkortelser	6
Farvebrug i rapporten	6
Medarbejdere	6
1. Introduktion	7
1.1 Baggrund og formål	7
1.2 Kommunal medfinansiering	8
1.3 Opbygning af rapporten, metoder og analyser	9
2. Beskrivelse af udviklingen i kommunal medfinansiering	10
2.1 Antal og andel med ambulante besøg og indlæggelser	12
2.2 Udgifter til kommunal medfinansiering for ambulante besøg og indlæggelser	14
2.3 Opdeling af den samlede udgift til kommunal medfinansiering	16
2.4 Kommunal medfinansiering i forhold til diagnosegrupper	17
3. Ændringer i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering	21
3.1 Ændring, når der tages hensyn til betydningen af alder	22
3.2 Betydningen af de enkelte faktorer	23
3.2.1 Betydningen af alder	23
3.2.2 Betydningen af etnisk baggrund	24
3.2.3 Betydningen af uddannelsesniveau og indkomstniveau	24
3.2.4 Betydningen af samlivsstatus	26
3.2.5 Betydningen af antal kroniske sygdomme	26
3.2.6 Betydningen af antal kontakter til almen praksis	27
3.2.7 Betydningen af antal kontakter til speciallæge	28
3.2.8 Betydningen af kommune	28
4. Ændring i størrelsen af den kommunale medfinansiering	34
4.1 Ændring, når der er taget hensyn til betydningen af alder	35
4.2 Betydningen af de enkelte faktorer	36
4.2.1 Betydning af alder	36
4.2.2 Betydningen af etnisk baggrund	37
4.2.3 Betydningen af uddannelsesniveau	37
4.2.4 Betydningen af indkomstniveau	38
4.2.5 Betydningen af samlivsstatus	38
4.2.6 Betydningen af antallet af kroniske sygdomme	39
4.2.7 Betydning af antal kontakter til almen praksis	40
4.2.8 Betydningen af antal kontakter til speciallæge	41
4.2.9 Betydningen af kommune	42
5. Referencer	47
Bilag 1: Oplysninger for kommunerne (kapitel 2)	49
Bilag 2: Beregninger til opdeling af den samlede udgift til kommunal medfinansiering	58
Bilag 3: Sociodemografiske faktorer og andel med hospitalskontakt	60
Bilag 4: Sociodemografiske faktorer og udgift til kommunal medfinansiering	64
Bilag 5: Statistisk metode	68
Bilag 6: Betydning af kommune, ujusteret (kapitel 3)	72
Bilag 7: Betydning af kommune, ujusteret (kapitel 4)	76

Definition af nøglebegreber og forkortelser

Borger: En person i henholdsvis region og kommune uanset om vedkommende har givet anledning til udgift til kommunal medfinansiering.

EVA: Enstrengt Visiteret Akutsystem, Akut-telefonen 1813.

Hospitalskontakt: Ambulante besøg og indlæggelser, der kan tilskrives fysisk sygdom, men ikke psykiske lidelser.

KMF: Forkortelse for kommunal medfinansiering benyttes i udvalgte figurer og tabeller.

KOL: Kronisk obstruktiv lungesygdom.

Kronisk sygdom: Bruges i rapportens analyser, hvor betydningen af antal af kroniske sygdomme for kommunal medfinansiering undersøges. De kroniske sygdomme omfatter her diabetes, hjertesygdom, KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom), astma, kræft, inflammatorisk ledsygdom, knogleskørhed, langvarig depression, svær psykisk lidelse og demens. For specifik definition af de enkelte kroniske sygdomme henvises til "Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 - Kronisk Sygdom" (5).

OR: Odds Ratio. Odds Ratio er et mål for sandsynlighed. I denne rapport brugt som mål for sandsynligheden for at have kommunal medfinansiering til ambulante besøg i 2015 i forhold til 2013. Hvis OR er større end 1 er sandsynligheden i 2015 højere end i 2013. Hvis OR er mindre end 1 er sandsynligheden i 2015 lavere end i 2013.

Patient: En person som har givet anledning til kommunal medfinansiering.

Samlivsstatus: Angivelse af hvorvidt en person er samboende med partner eller ægtefælle eller ej.

Farvebrug i rapporten

I rapporten benyttes følgende farver i tabeller og figurer :

Fordelinger på henholdsvis indlæggelser og ambulante besøg	
Indlæggelser	
Ambulante besøg	
Separate analyser for henholdsvis mænd og kvinder	
Kvinder	
Mænd	

Medarbejdere

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse har udarbejdet denne rapport. Følgende medarbejdere har bidraget til analyserne og rapporten: Anne Helms Andreasen, Mette Aadahl, Signe Thorup Gjendal samt Charlotta Pisinger. Derudover har Nanna Borup Johansen været involveret i den indledende fase, mens Louise Hjarnaa og Cecilie Goltermann Funder har bistået med tidlige udkast til figurer og rapport. Maj Bekker-Jeppesen har hjulpet med opsætning af rapporten.

En arbejdsgruppe under den Permanente arbejdsgruppe vedrørende data om økonomi og aktivitet har medvirket som sparingsparter under analysefasen. Arbejdsgruppen har bestået af Conni Christiansen, Olaf Ingerslev 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.

1. Introduktion

1.1 Baggrund og formål

I 2007 blev den kommunale medfinansiering indført med ønsket om at give kommunerne et incitament til at varetage plejeopgaven og forebyggelsen effektivt. Formålet var at nedsætte behovet for sygehusbehandling (1).

Foranlediget af Udviklingsgruppen vedr. data om økonomi og aktivitet (samarbejde mellem Region Hovedstaden og kommunerne i hovedstadsregionen) publicerede Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed rapporten "Betydende faktorer for kommunal medfinansiering" i 2016 (4). Rapporten havde til formål at øge gennemsigtigheden i den kommunale medfinansiering i 2012. En rapport over udgifter i hele Danmark viste at væsentlige årsager til stigningen i kommunal medfinansiering var, at det samlede antal kontakter til sundhedsvæsenet var steget til 72,2 mio. i 2015 og antallet af borgere med kontakt til sundhedsvæsenet ligeledes var steget. I 2015 var 90 % af befolkningen i kontakt med sundhedsvæsenet (2).

Formålet med herværende rapport er at give kommunerne en større indsigt i udviklingen i den kommunale medfinansiering fra 2013 til 2015.

Rapporten viser, hvordan socioøkonomiske faktorer, kroniske sygdomme samt kontakter til primærsektoren har påvirket udviklingen i den kommunale medfinansiering.

Denne rapport indeholder resultaterne af del 2 af en samlet analyse af kommunal medfinansiering, som har til formål at øge gennemsigtigheden heraf.

Projektet er igen foranlediget af Udviklingsgruppen vedr. data om økonomi og aktivitet, og rapporten er udarbejdet af Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, som hører under Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler i Region Hovedstaden.

1.2 Kommunal medfinansiering

Næsten al vækst i den kommunale medfinansiering kan forklares ved en stigning på det somatiske område, dvs. hospitalskontakter pga. fysisk sygdom og ikke pga. psykiske lidelser (3). Derfor indgår kun de somatiske hospitalskontakter, som udløser kommunal medfinansiering for kommunerne i Region Hovedstaden i denne rapport. Udtrykket "hospitalskontakt" dækker over ambulante besøg og indlæggelser, der ikke primært kan tilskrives psykiske lidelser.

Det er valgt at se på udviklingen i kommunal medfinansiering fra 2013 til 2015. I denne periode er der ikke sket ændringer i beregningsmodellen for kommunal medfinansiering, og opgørelserne er fra perioden før indførelsen af Sundhedsplatformen.

Udgiften til den kommunale medfinansiering i en kommune kan ændre sig over tid, hvis der sker ændringer i én eller flere af følgende forhold:

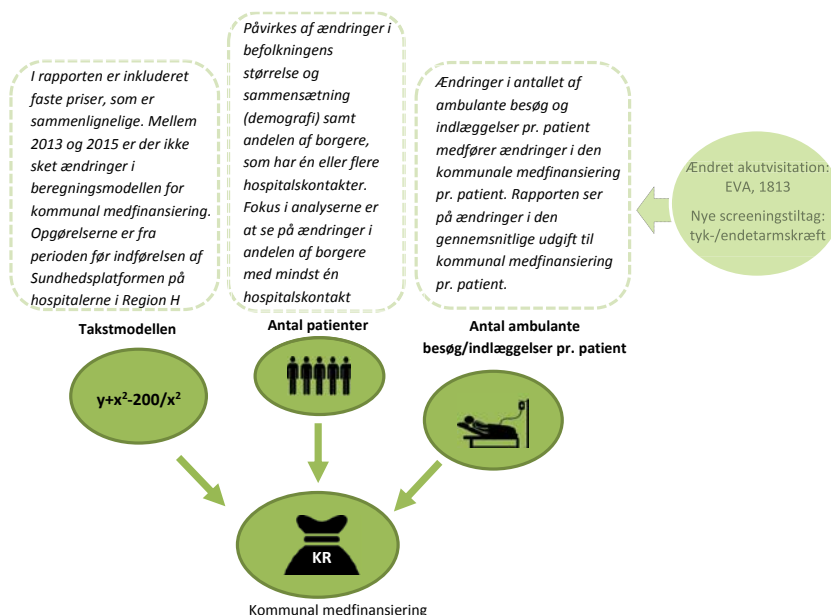
1. Takstmodellen
2. Antallet af patienter (dvs. borgere med mindst én hospitalskontakt)
3. Antallet af ambulante besøg og indlæggelser pr. patient.

De sidste to forhold har været påvirket af strukturelle forandringer i den observerede periode. Kommunerne er dog blevet kompenseret økonomisk for disse ændringer. Se figur 1.1 for skematisk fremstilling.

Da det forventes, at der kan være stor forskel på ændringerne for ambulante besøg og for indlæggelser, er alle analyser og opgørelser foretaget separat for ambulante besøg og for indlæggelser. Bemærk, at dette adskiller sig fra analyserne i den første rapport om kommunal medfinansiering (4).

For at se lidt nærmere på effekten af Enstrengt Visiteret Akutsystem (EVA) er der desuden foretaget analyser for betydningen af kommunerne separat for akutte ambulante besøg og for planlagte ambulante besøg, da EVA forventes at have størst betydning for ændringer for akutte ambulante besøg.

Figur 1.1 Udgiften til kommunal medfinansiering påvirkes af tre faktorer: Takstmodellen, antallet af patienter (dvs. borgere med mindst én hospitalskontakt) samt antallet af ambulante besøg og indlæggelser pr. patient



1.3 Opbygning af rapporten, metoder og analyser

Rapporten har fokus på ændringer i kommunal medfinansiering for perioden 2013 til 2015. I første del af rapporten beskrives andelen af borgere med kommunal medfinansiering og størrelsen af udgifter til kommunal medfinansiering for de 29 kommuner i regionen samlet set. Dette er opgjort for mænd og kvinder separat, samt for forskellige alders- og diagnosegrupper og fordelt på ambulante besøg og indlæggelser. Derefter er dette opgjort for de enkelte kommuner.

Der benyttes data fra de personer, som har givet anledning til udgift til kommunal medfinansiering i Region Hovedstaden. Der foretages opgørelser pr. borger, dvs. en person i henholdsvis region og kommune uanset om vedkommende har givet anledning til udgift til kommunal medfinansiering, og pr. patient, dvs. en person som har givet anledning til kommunal medfinansiering ved at have haft enten ambulante besøg og/eller indlæggelse.

Patienter opdeles i 2 kategorier:

- Patienter, som har haft mindst ét ambulant besøg
- Patienter, som har haft mindst én indlæggelse

I den anden del af rapporten foretages analyser, der undersøger hvilke individuelle faktorer, der har betydning for ændringer i den kommunale medfinansiering. Der ses på betydningen af: Køn, alder, etnisk baggrund, uddannelsesniveau, indkomstniveau, samlivsstatus, antal kroniske sygdomme, antal kontakter til primærsektor samt bopælskommune. I alle analyserne tages hensyn til betydningen af alder, eftersom alder påvirker effekten af alle de øvrige faktorer (figur 1.2).

Derudover er der i analyserne med antal af kroniske sygdomme taget højde for: Etnisk baggrund, samlivsstatus, uddannelsesniveau og indkomstniveau.

I analyserne med antal kontakter til almen praksis og antal kontakter til speciallægepraksis og kommuner er der yderligere taget højde for antallet af kroniske sygdomme.

Der indgår samme individuelle forklarende faktorer som i den første rapport om kommunal medfinansiering (4). Der er dog sket ændringer i nogle af registre, hvilket medfører små ændringer i den måde variablene for uddannelse og indkomst er defineret på. Information om etnisk baggrund er kun tilgængelig for personer på 18 år og derover.

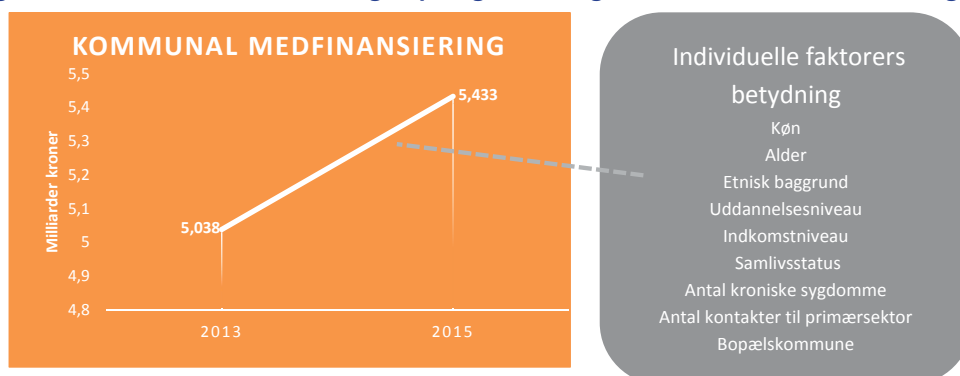
Ligesom i den første rapport om kommunal medfinansiering er analyserne foretaget separat for kvinder og mænd, da der er forskel på betydningen af de øvrige faktorer for de to køn (4). For hver individuel forklarende faktor er der valgt en gruppe der sammenlignes med (reference); defineret som den gruppe, hvor der er flest borgere. Der ses på, om betydningen af den forklarende faktor, f.eks. antal kroniske sygdomme, er den samme i 2013 og 2015 eller om der er sket ændringer. Beregningerne er foretaget på udtræk af nationale registre og omfatter alle borgere, som var bosat i Region Hovedstaden hhv. d. 1. januar 2013 og d. 1. januar 2015.

Der indgår ca. 1,7 millioner borgere i analyserne af køn og alders betydning. I analyserne, der ser på de andre faktors betydning for at have en udgift til kommunal medfinansiering indgår kun borgere på 18 år og derover, da oplysningerne om de sociodemografiske faktorer kun er tilgængelige for borgere på 18 år og derover. Der er således ca. 300.000 færre personer med i disse analyser.

I alle opgørelser og analyser medtages kun information om de ambulante besøg og indlæggelser, som har kommunal medfinansiering.

For mere detaljeret beskrivelse af de statistiske analyser, se bilag 5.

Figur 1.2 Individuelle faktorer* med mulig betydning for ændringer i den kommunale medfinansiering



*I analyserne i kapitel 3 og 4 er der taget højde for betydningen af disse faktorer

2. Beskrivelse af udviklingen i kommunal medfinansiering

Vigtigste fund

Udgiften til kommunal medfinansiering er steget 395 mio. kr. fra 2013 til 2015

- Den største stigning er sket for ambulante besøg

Simple beregninger peger på, at:

- Den største del af stigningen for ambulante besøg kan tilskrives stigningen i andelen af borgere med mindst ét besøg
- Den største del af stigningen for indlæggelser ser ud til at kunne tilskrives stigningen i antal borgere i Region Hovedstaden

Fra 2013 til 2015 er der i Region Hovedstaden sket en stigning i kommunal medfinansiering på i alt 395 millioner kroner, svarende til en stigning på 7,8 % i forhold til 2013 (tabel 2.1).

Omkring en fjerdedel af stigningen stammer fra øgede udgifter til kommunal medfinansiering for indlæggelser. Lidt mindre end en fjerdedel af stigningen stammer fra øgede udgifter til kommunal medfinansiering for akutte ambulante besøg, mens lidt over halvdelen af stigningen stammer fra øgede udgifter til kommunal medfinansiering for planlagte ambulante besøg. Stigningen i udgifter fordeler sig som vist i figur 2.1 på henholdsvis akutte ambulante besøg, planlagte ambulante besøg og indlæggelser.

Udgiften til kommunal medfinansiering for akutte ambulante besøg er næsten fordoblet. En del af dette skyldes indførelsen af Enstrengt visiteret akutsystem (EVA, akuttefonen 1813) i 2014 og deraf følgende flytning af kontakter fra praksisområdet til hospitalsområdet. Kommunal medfinansiering for indlæggelser og for planlagte ambulante besøg er steget med mere end en tiendedel.

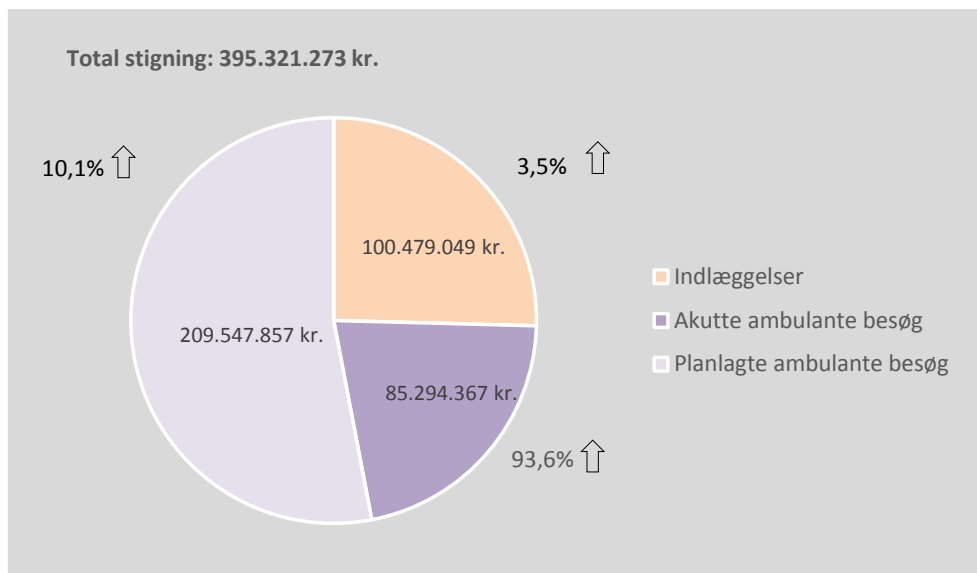
Det er dog vigtigt at bemærke, at selvom der er sket en meget stor stigning i udgiften til kommunal medfinansiering for akutte ambulante besøg udgør de faktiske udgifter til akutte ambulante besøg også i 2015 en meget lille del af de samlede udgifter til kommunal medfinansiering.

Udgifterne til kommunal medfinansiering er steget for både kvinder og mænd (figur 2.2 og bilag 1, tabel B1.1). Der ses ligeledes en stigning i alle kommuner (Bilag1, Tabel B1.4, B1.5 og B1.6).

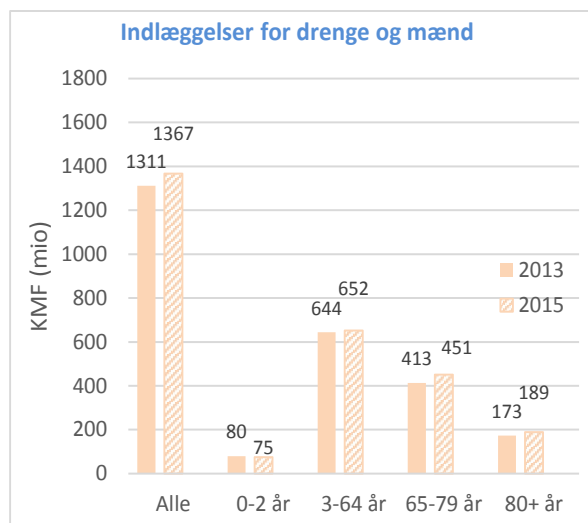
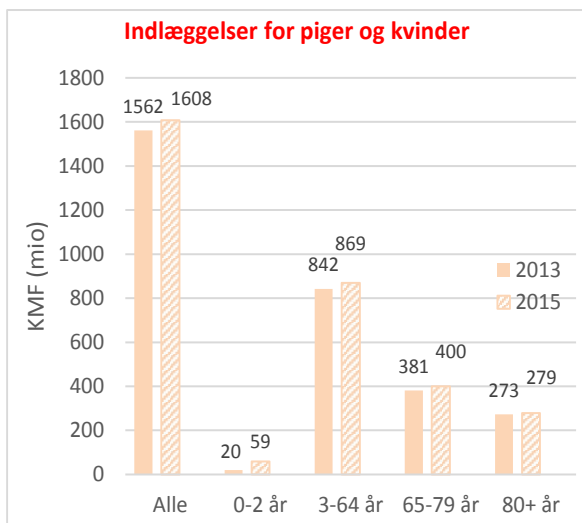
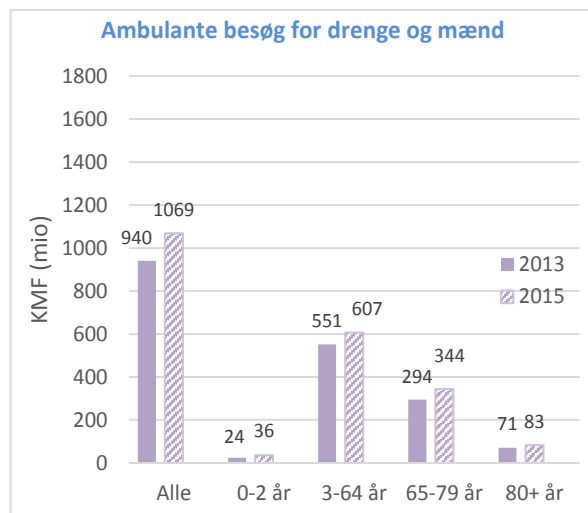
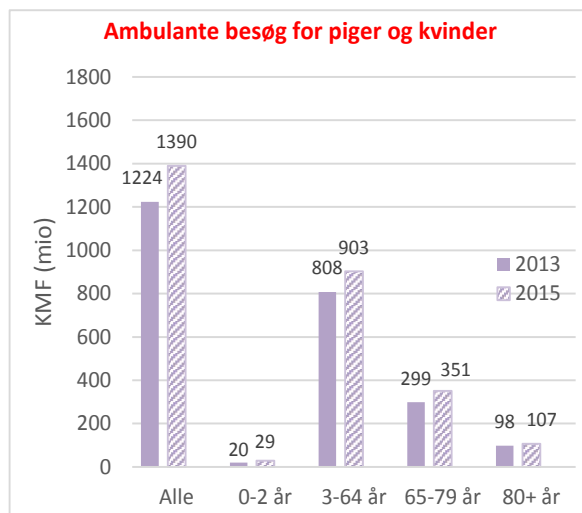
Tabel 2.1 Totale udgifter til kommunal medfinansiering (KMF) i 2013 og 2015, fordelt på indlæggelser og ambulante besøg

	Total KMF 2013 (kr.)	Total KMF 2015 (kr.)	Ændring i total KMF 2013-15 (kr.)
Region Hovedstaden	5.038.063.737	5.433.385.010	395.321.273
Indlæggelser	2.873.505.711	2.973.984.760	100.479.049
Ambulante besøg	2.164.558.026	2.459.400.250	294.842.224
Akutte ambulante besøg	91.141.966	176.436.333	85.294.367
Planlagte ambulante besøg	2.073.416.060	2.282.963.917	209.547.857

Figur 2.1 Fordeling af stigning i udgifter til kommunal medfinansiering fra 2013 til 2015.



Figur 2.2 Samlet udgift til kommunal medfinansiering (KMF) for ambulante besøg og indlæggelser opdelt på køn og alder



2.1 Antal og andel med ambulante besøg og indlæggelser

Antallet af borgere i Region Hovedstaden steg fra 2013 til 2015. Denne stigning er sket for både kvinder og mænd og for de fleste aldersgrupper med undtagelse af de alleryngste. Det skal bemærkes, at selvom der på regionsniveau er sket en stigning i antal borgere er der kommuner, hvor antallet af mænd og/eller kvinder falder (bilag 1, tabel B1.2 og B1.3).

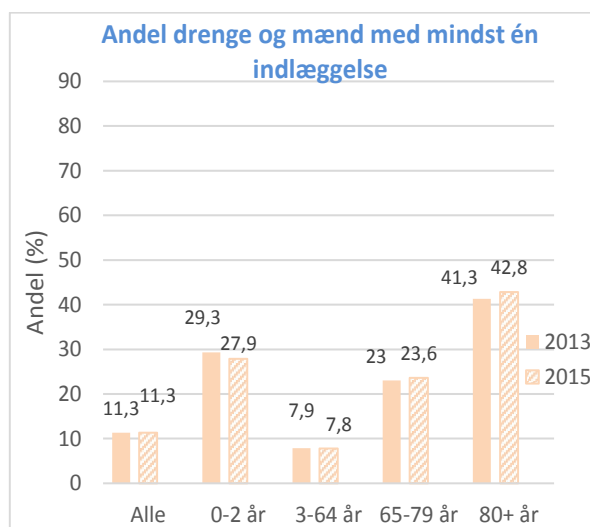
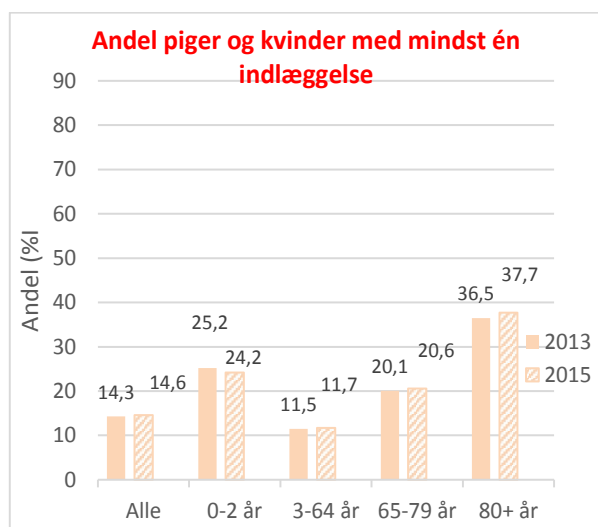
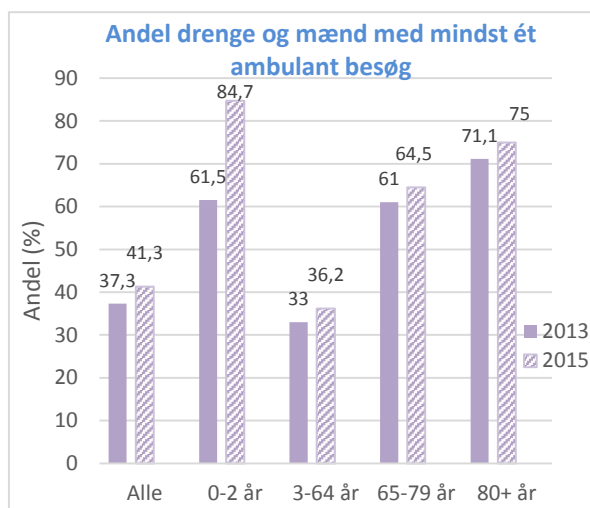
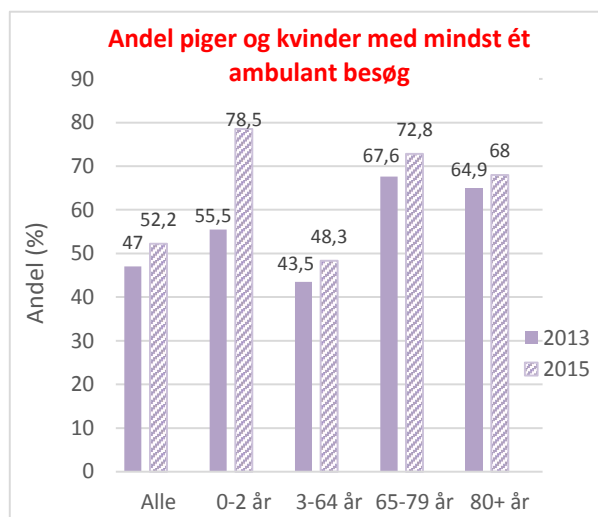
Andelen af borgere med mindst ét ambulant besøg steg fra 42,3 til 46,8 % (tabel 2.2). Der sås en stigning blandt alle aldersgrupper for både kvinder og mænd (figur 2.3 og tabel 2.2). Stigningen var størst blandt de 0-2 årige, hvilket formentlig skyldes at denne aldersgruppe har et stort forbrug af besøg hos vagtlæge/akutklinik og i øvrigt ellers ikke har særlig

mange ambulante besøg, hvorfor indførelsen af Enstrengt Visiteret Akutsystem (EVA) har haft størst betydning for denne aldersgruppe.

Andelen af borgere med mindst én indlæggelse steg marginalt fra 12,8 til 13,0 % fra 2013 til 2015 (tabel 2.2).

I alle kommuner ses en stigning i andelen af borgere med mindst ét ambulant besøg, mens der både er kommuner med en lille stigning og kommuner med et lille fald i andelen af borgere med mindst én indlæggelse.

Figur 2.3 Andelen med mindst ét ambulant besøg eller mindst én indlæggelse i 2013 og 2015 opdelt på køn og alder



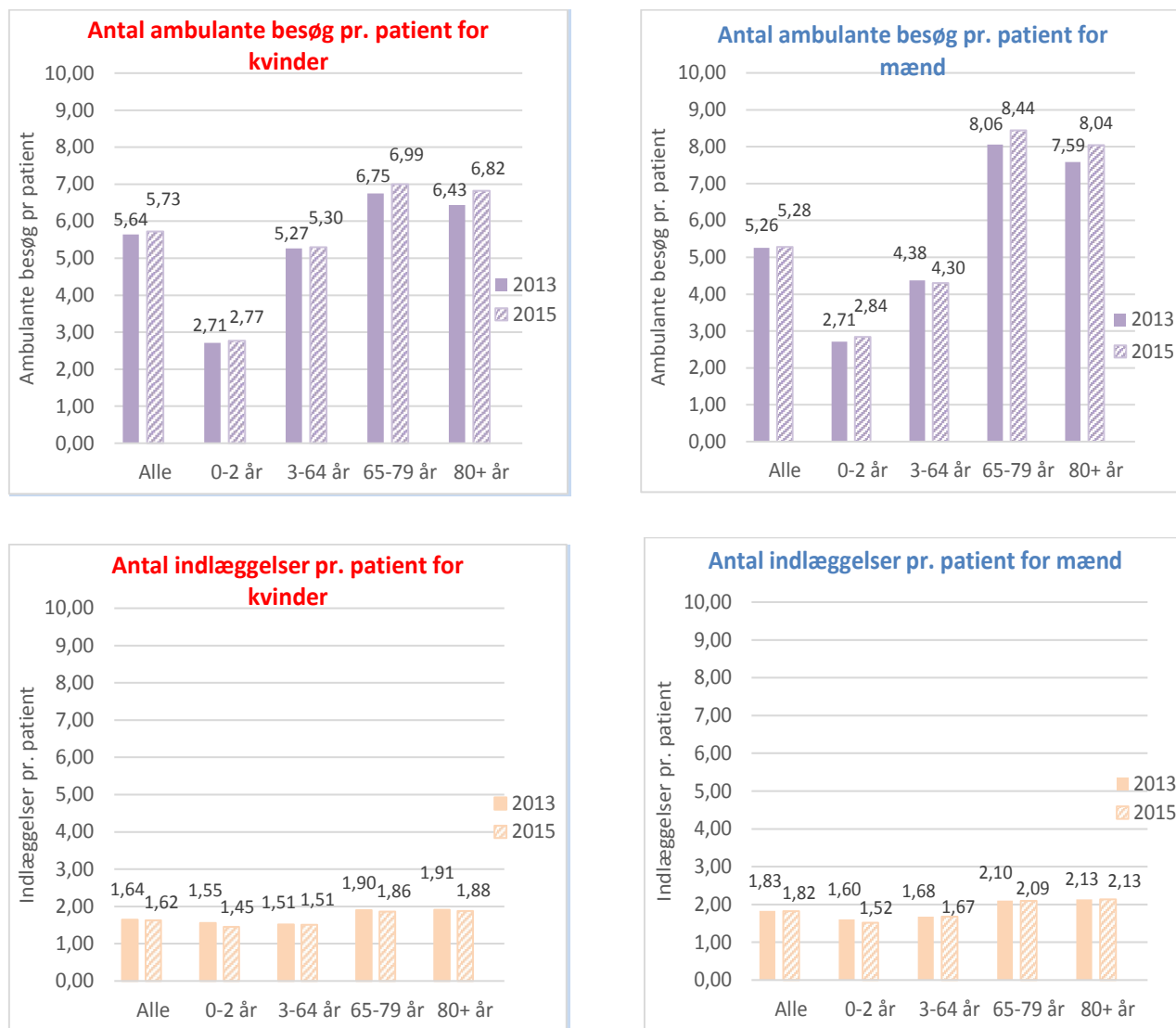
Tabel 2.2 Antal og andel patienter med mindst ét ambulant besøg og mindst én indlæggelse i 2013 og 2015, fordelt på køn og alder.
Forskellen vises som %-point

	Antal borgere i Region H			Antal ambulante patienter Andel ambulante patienter			Antal indlagte patienter Andel indlagte patienter		
	2013	2015	Forskel 2013-15	2013 N (%)	2015 N (%)	Forskel 2013-15 (%-point)	2013 N (%)	2015 N (%)	Forskel 2013-15 (%-point)
Region H Alle	1.731.976	1.768.034	36.058	732.186 (42,3 %)	827.928 (46,8 %)	95.742 (4,6)	222.379 (12,8 %)	229.507 (13,0 %)	7.128 (0,1)
Mænd Alle	847.926	866.784	18.858	316.693 (37,3 %)	357.814 (41,3 %)	41.121 (3,9)	95.840 (11,3 %)	98.323 (11,3 %)	2.483 (0,0)
0-2 år	32.057	31.252	-805	19.717 (61,5 %)	26.460 (84,7 %)	6.743 (23,2)	9.401 (29,3 %)	8.721 (27,9 %)	-680 (-1,4)
3-64 år	694.141	707.562	13.421	228.795 (33,0 %)	256.440 (36,2 %)	27.645 (3,3)	54.782 (7,9 %)	55.262 (7,8 %)	480 (-0,1)
65-79 år	98.908	104.168	5.260	60.377 (61,0 %)	67.231 (64,5 %)	6.854 (3,5)	22.710 (23,0 %)	24.632 (23,6 %)	1.922 (0,7)
80 + år	22.820	23.802	982	16.226 (71,1 %)	17.850 (75,0 %)	1.624 (3,9)	9.432 (41,3 %)	10.180 (42,8 %)	748 (1,4)
Kvinder Alle	884.050	901.250	17.200	415.493 (47,0 %)	470.114 (52,2 %)	54.621 (5,2)	126.539 (14,3 %)	131.184 (14,6 %)	4.645 (0,2)
0-2 år	30.531	29.553	-978	16.946 (55,5 %)	23.186 (78,5 %)	6.240 (23,0)	7.690 (25,2 %)	7.150 (24,2 %)	-540 (-1,0)
3-64 år	694.473	706.817	12.344	301.917 (43,5 %)	341.374 (48,3 %)	39.457 (4,8)	80.042 (11,5 %)	82.897 (11,7 %)	2.855 (0,2)
65-79 år	114.833	120.620	5.787	77.609 (67,6 %)	87.816 (72,8 %)	10.207 (5,2)	23.078 (20,1 %)	24.858 (20,6 %)	1.780 (0,5)
80 + år	44.213	44.260	47	28.710 (64,9 %)	30.085 (68,0 %)	1.375 (3,0)	16.149 (36,5 %)	16.666 (37,7 %)	517 (1,1)

2.2 Udgifter til kommunal medfinansiering for ambulante besøg og indlæggelser

Det gennemsnitlige antal ambulante besøg pr. patient steg en smule fra 2013 til 2015 for borgere på 65 år og derover (figur 2.4). Desuden sås en lille stigning for 0-2 årige drenge og et lille fald for 3-64 årige drenge/mænd. Det gennemsnitlige antal indlæggelser pr. patient faldt en smule for de 0-2 årige og var nogenlunde konstant for de øvrige aldersgrupper.

Figur 2.4 Antal indlæggelser/ambulante besøg pr. patient i 2013 og 2015 opdelt på køn og alder



Den gennemsnitlige udgift pr. borger til kommunal medfinansiering:

- Ambulante besøg: Udgiften steg med 125 kroner for mænd og 157 kroner for kvinder. Stigningerne var størst blandt de 0-2 årige og blandt mænd på 80 år og derover (tabel 2.3).
- Indlæggelser: Udgiften steg med 30 kroner for mænd og 16 kroner for kvinder (tabel 2.4). Stigningerne var størst blandt mænd på 65 år og derover og blandt kvinder på 80 år og derover. Derimod sås et fald blandt de 0-2 årige.

♂	Ambulante besøg: 125 kr.	↑	} Pr. borger
	Indlæggelser: 30 kr.	↑	
♀	Ambulante besøg: 157 kr.	↑	
	Indlæggelser: 16 kr.	↑	

Den gennemsnitlige udgift pr. patient til kommunal medfinansiering:

- Ambulante besøg: Udgiften steg med 20 kroner for mænd og 10 kroner for kvinder (tabel 2.3). Stigningerne var størst blandt de ældste borgere, og der sås et mindre fald for de 3-64 årige.
- Indlæggelser: Udgiften steg med 219 kroner for mænd, mens der sås et fald på 94 kroner for kvinder (tabel 2.4). Den største stigning sås for mænd på 80 år og derover, mens det største fald sås for kvinder i alderen 65-79 år.

	Ambulante besøg: 20 kr. ↑	} Pr. patient
	Indlæggelser: 219 kr. ↑	
	Ambulante besøg: 10 kr. ↑	
	Indlæggelser: 94 kr. ↓	

Tabel 2.3 Kommunal medfinansiering (KMF) for ambulante besøg for borgere og patienter i 2013 og 2015 opdelt på køn og alder

	Borgere			Patienter		
	KMF pr. borger i 2013 (kr.)	KMF pr. borger i 2015 (kr.)	Forskel KMF pr. borger (kr.)	KMF pr. patient i 2013 (kr.)	KMF pr. patient i 2015 (kr.)	Forskel KMF pr. patient (kr.)
Mænd						
Alle	1.109	1.234	125	2.969	2.989	20
0-2 år	762	1.138	376	1.238	1.344	106
3-64 år	794	858	64	2.408	2.366	-42
65-79 år	2.973	3.307	333	4.871	5.123	253
80+ år	3.097	3.476	378	4.356	4.635	279
Kvinder						
Alle	1.385	1.542	157	2.947	2.956	10
0-2 år	658	977	320	1.185	1.245	61
3-64 år	1.163	1.277	114	2.675	2.644	-31
65-79 år	2.605	2.911	306	3.855	3.999	144
80+ år	2.207	2.432	216	3.399	3.565	166

Tabel 2.4 Kommunal medfinansiering (KMF) for indlæggelser for borgere og patienter i 2013 og 2015 opdelt på køn og alder

	Borgere			Patienter		
	KMF pr. borger i 2013 (kr.)	KMF pr. borger i 2015 (kr.)	Forskel KMF pr. borger (kr.)	KMF pr. patient i 2013 (kr.)	KMF pr. patient i 2015 (kr.)	Forskel KMF pr. patient (kr.)
Mænd						
Alle	1.546	1.577	30	13.679	13.898	219
0-2 år	2.498	2.386	-112	8.518	8.549	31
3-64 år	928	922	-7	11.761	11.799	39
65-79 år	4.181	4.326	146	18.207	18.295	88
80+ år	7.589	7.952	363	18.361	18.593	232
Kvinder						
Alle	1.767	1.784	16	12.348	12.253	-94
0-2 år	2.166	2.004	-162	8.600	8.284	-316
3-64 år	1.213	1.229	17	10.523	10.482	-41
65-79 år	3.318	3.316	-2	16.512	16.093	-419
80+ år	6.175	6.309	134	16.905	16.755	-150

2.3 Opdeling af den samlede udgift til kommunal medfinansiering

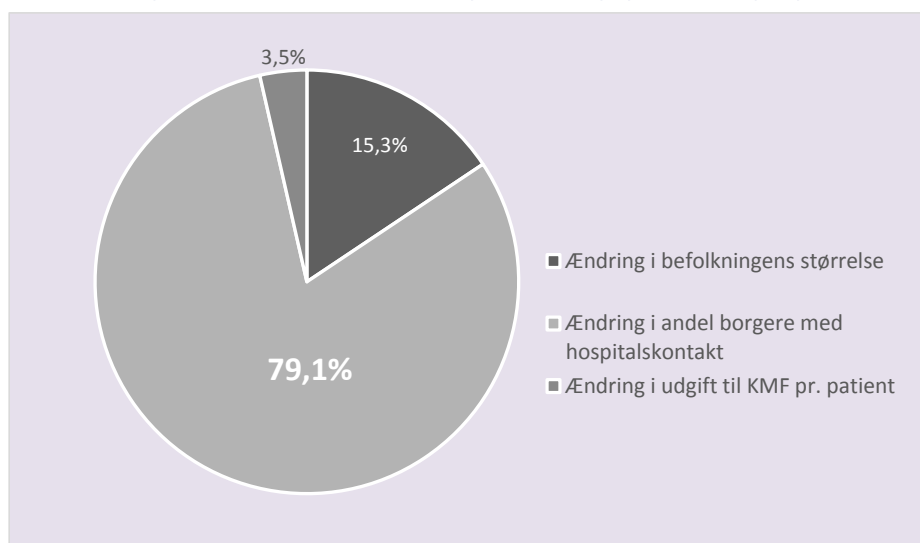
Resultaterne i dette afsnit er baseret på simple beregninger. Resultaterne er et *skøn* på en opdeling af den samlede udgift til kommunal medfinansiering og ikke en præcis udregning. Bilag 2 indeholder en detaljeret beskrivelse af beregningerne bag resultaterne.

Fra 2013 til 2015 er der sket ændring i befolkningens størrelse, ændring i andel borgere med kontakt til hospitalsvæsenet og ændring i gennemsnitlig udgift til kommunal medfinansiering pr. patient.

For ambulante besøg ses, at omkring 80 % af den samlede ændring i kommunal medfinansiering stammer fra ændring i andel borgere med hospitalskontakt, mens ca. 15 % af den samlede ændring i kommunal medfinansiering stammer fra ændring i befolkningens størrelse og 3,5 % stammer fra ændringer i den gennemsnitlige udgift pr. patient (figur 2.5).

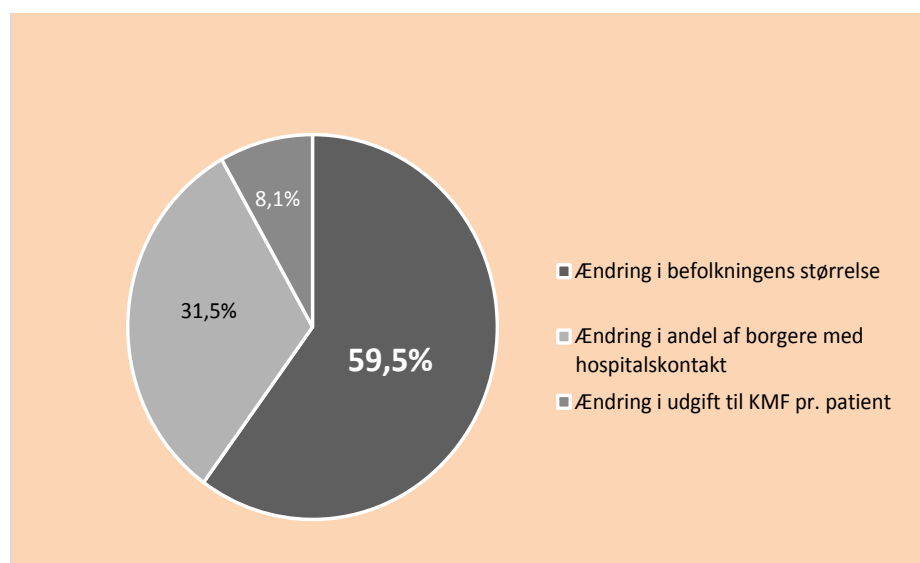
For indlæggelser ser billedet helt anderledes ud, idet det ser ud til at omkring 60 % af den samlede ændring i kommunal medfinansiering stammer fra ændring i befolkningens størrelse, mens omkring en tredjedel stammer fra ændring i andel med mindst én indlæggelse og mindre end en tiendedel stammer fra ændringer i den gennemsnitlige udgift pr. patient (figur 2.6).

Figur 2.5 Andel af ændring i kommunal medfinansiering (KMF) til ambulante besøg, som stammer fra ændring i befolkning, ændring i andel med udgift til kommunal medfinansiering hhv. ændring i gennemsnitlig udgift pr. patient*



* Andel for ambulante besøg summerer ikke præcist til 100%, da der er en lille forskel på betydningen af hvert forhold hvis der først er ændret på ét af de andre forhold

Figur 2.6 Andel af ændring i kommunal medfinansiering (KMF) til indlæggelser, som stammer fra ændring i befolkning, ændring i andel med udgift til kommunal medfinansiering hhv. ændring i gennemsnitlig udgift pr. patient*



*Andel for indlæggelser summerer ikke præcist til 100%, da der er en lille forskel på betydningen af hvert forhold hvis der først er ændret på ét af de andre forhold

2.4 Kommunal medfinansiering i forhold til diagnosegrupper

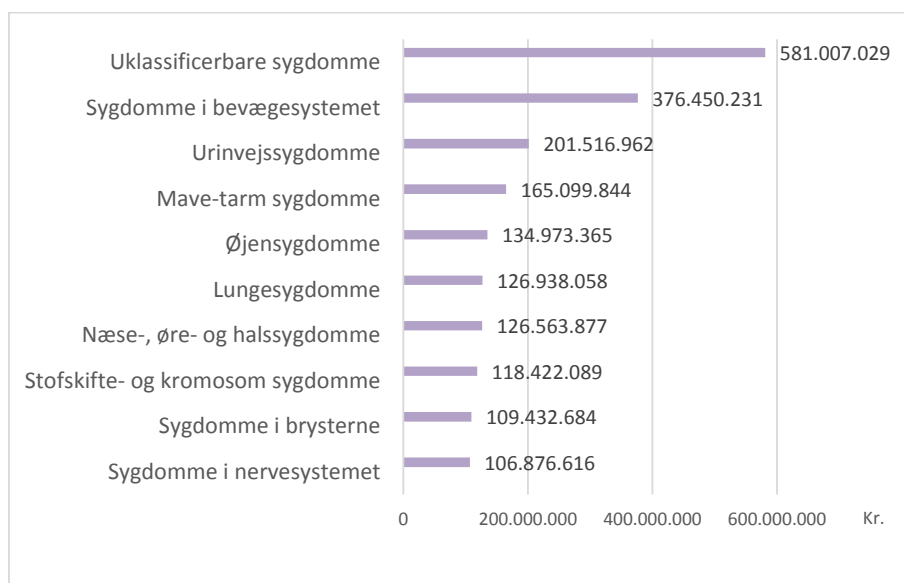
I dette afsnit ses på udgifterne til kommunal medfinansiering og ændringerne i denne i forhold til diagnosegrupper.

Ambulante besøg

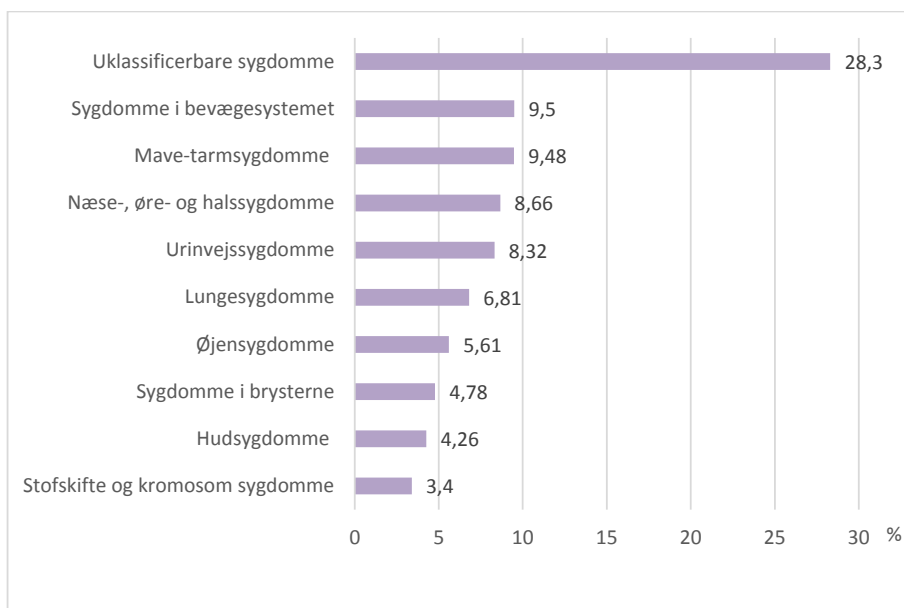
De største udgifter til kommunal medfinansiering for ambulante besøg i 2015 findes for diagnosegrupperne uklassificerbare sygdomme, sygdomme i bevægesystemet og urinvejssygdomme (figur 2.7).

De største stigninger i kommunal medfinansiering for ambulante besøg, i perioden 2013 til 2015, er sket for uklassificerbare sygdomme, sygdomme i bevægesystemet, mave-tarmsygdomme og næse- øre- og halssygdomme. Disse diagnosegrupper står for lidt over halvdelen af stigningen i udgiften til kommunal medfinansiering (figur 2.8).

Figur 2.7 Top 10 over de diagnosegrupper, der er dyrest i kommunal medfinansiering af ambulante besøg i 2015



Figur 2.8 Top 10 over de diagnosegrupper, der har haft den største stigning i kommunal medfinansiering for ambulante besøg



I gruppen af uklassificerbare sygdomme er stigningen i kommunal medfinansiering især forårsaget af diagnoserne:

- Kontakt mhp. radiologisk undersøgelse (DZ016),
- Observation pga. mistanke om anden hjerte-karlidelse (DZ035)
- Graviditet -førstegangsfødende (DZ340),
- Kontakt mhp. ortopædisk efterbehandling (DZ479)
- Besvimelse eller kollaps (DR559)

Tabel 2.5 Diagnosegrupper for ambulante besøg i 2013 og 2015 i Region Hovedstaden. Diagnosegrupper med størst stigning står øverst

Diagnosegruppe	KMF 2013 (kr.)	KMF 2015 (kr.)	Ændring KMF (kr.)	Andel af total ændring ambulant (%)
023: Uklassificerbare	498.367.988	581.007.029	82.639.041	28,03
010: Sygdomme i bevægelsesystem, inkl. bylder og karlæsion på arme/ben	348.443.750	376.450.231	28.006.481	9,50
008: Mave-tarmsygdomme	137.136.226	165.099.844	27.963.618	9,48
015: Næse-, øre- og halssygdomme	101.036.911	126.563.877	25.526.966	8,66
009: Urinvejssygdomme og sygdomme i mandlige kønsorganer	176.998.562	201.516.962	24.518.400	8,32
002: Lungesygdomme	106.846.837	126.938.058	20.091.221	6,81
014: Øjensygdomme	118.426.847	134.973.365	16.546.518	5,61
018: Sygdomme i brysterne (mamma)	95.332.074	109.432.684	14.100.610	4,78
013: Hudsygdomme (heri inkl. læbe-ganespalte og visse ydre misdannelser på hoved samt forbrændinger og ætsninger af hud) og kønssygdomme	85.104.747	97.678.766	12.574.019	4,26
016: Stofskifte- og kromosom sygdomme	108.387.792	118.422.089	10.034.297	3,40
001: Infektionssygdomme	19.582.465	28.628.632	9.046.167	3,07
003: Sygdomme i nervesystem	97.885.393	106.876.616	8.991.223	3,05
004: Sygdomme i hjertet og de store kar	82.305.007	89.623.661	7.318.654	2,48
007: Blodsygdomme	55.752.976	61.927.745	6.174.769	2,09
011: Gynækologiske sygdomme	61.707.600	63.626.479	1.918.879	0,65
006: Årekner i underekstremiteter	9.340.453	10.434.352	1.093.899	0,37
021: Forgiftninger	1.221.336	1.788.513	567.177	0,19
012: Sygdomme ved graviditet, fødsel og i perioden lige efter fødsel (perinatalt)	26.542.731	26.824.151	281.420	0,10
020: Hjernerystelse	614.673	872.269	257.596	0,09
022: Levendefødt barn	5.722	36.576	30.854	0,01
019: Sterilisationer (mænd og kvinder)	1.343.009	1.356.290	13.281	0,00
005: Sygdomme i blodkar og lymfesystem (excl. årekner)	13.939.469	13.642.225	-297.244	-0,10
000: Ingen aktionsdiagnose	3.034.906	1.968.670	-1.066.236	-0,36
017: Mentale sygdomme	15.200.552	13.711.166	-1.489.386	-0,51

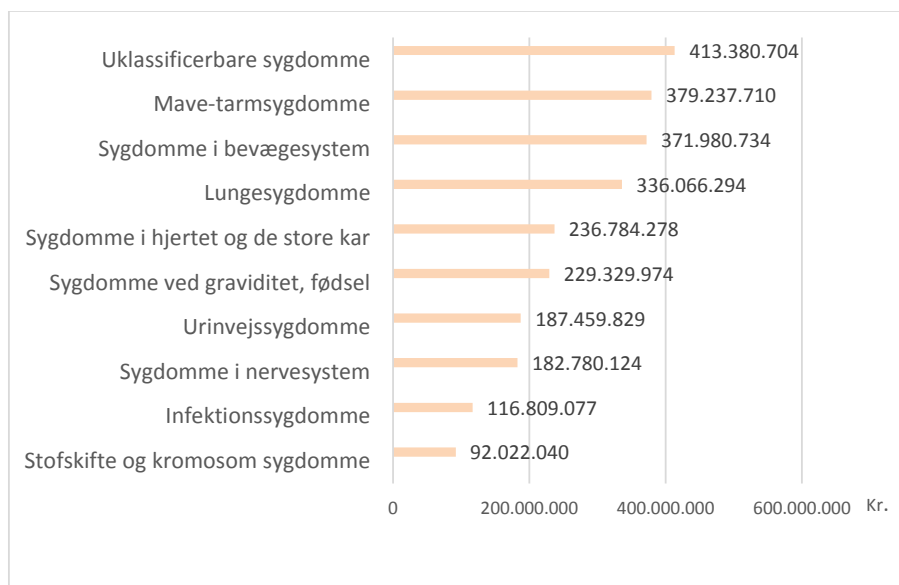
Det ses, at der er sygdomme, hvor der er sket et fald fra 2013 til 2015 (tabel 2.5). Det største fald ses for mentale sygdomme, hvor ændringen dog kun svarer til en halv procent af den samlede ændring i udgiften til kommunal medfinansiering for ambulante besøg.

Indlæggelser

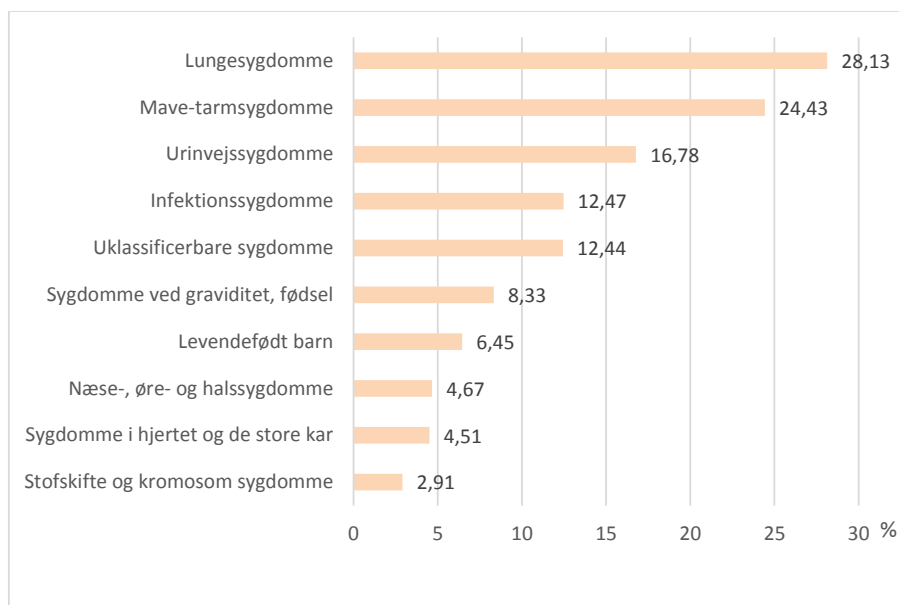
De største udgifter til kommunal medfinansiering for indlæggelser i 2015 findes for diagnosegrupperne uklassificerbare sygdomme, mave-tarmsygdomme og sygdomme i bevægesystemet (figur 2.9).

De diagnosegrupper, som bidrager mest til stigningen i kommunal medfinansiering for indlæggelser er lungesygdomme, mave-tarmsygdomme, urinvejssygdomme og infektionssygdomme (figur 2.10). Tilsammen står disse 4 diagnosegrupper for omkring 80 % af den samlede ændring fra 2013 til 2015. Det største fald ses for sygdomme i bevægesystemet, hvor faldet er omkring 9 % af den samlede ændring i kommunal medfinansiering for indlæggelser (tabel 2.6).

Figur 2.9 Top 10 over de diagnosegrupper, der er dyrest i kommunal medfinansiering af indlæggelser i 2015



Figur 2.10 Top 10 over de diagnosegrupper der har haft den største stigning i kommunal medfinansiering for indlæggelser



I gruppen af uklassificerbare sygdomme er stigningen i kommunal medfinansiering især forårsaget af diagnoseerne:

- Kontakt mhp. genoptræning (DZ509)
- Kontakt mhp. anden form for genoptræning (DZ508)
- Symptom i nervesystemet (DR298A)
- Andre bryst smerter (DR073)
- Anamnese med kræft i mamma (DZ853)

Tabel 2.6 Diagnosegrupper for indlæggelser i 2013 og 2015 i Region Hovedstaden

Diagnosegruppe	KMF 2013 (kr.)	KMF 2015 (kr.)	Ændring KMF (kr.)	Andel af total ændring indlæggelser (%)
002: Lungesygdomme	307.801.895	336.066.294	28.264.399	28,13
008: Mave-tarmsygdomme	354.690.351	379.237.710	24.547.359	24,43
009: Urinvejssygdomme og sygdomme i mandlige kønsorganer	170.600.300	187.459.829	16.859.529	16,78
001: Infektionssygdomme	104.284.187	116.809.077	12.524.890	12,47
023: Uklassificerbare	400.880.617	413.380.704	12.500.087	12,44
012: Sygdomme ved graviditet, fødsel og i perinatalperiode	220.959.768	229.329.974	8.370.206	8,33
022: Levendefødt barn	18.853.780	25.339.317	6.485.537	6,45
015: Næse-, øre- og halssygdomme	62.729.577	67.426.065	4.696.488	4,67
004: Sygdomme i hjertet og de store kar	232.251.417	236.784.278	4.532.861	4,51
016: Stofskifte-og kromosomsygdomme	89.098.878	92.022.040	2.923.162	2,91
013: Hudsygdomme (heri inkl. læbe-ganespalte og visse ydre misdannelser på hoved samt forbrændinger og ætsninger af hud) og kønssygdomme	74.132.965	75.638.134	1.505.169	1,50
014: Øjensygdomme	10.790.650	11.927.829	1.137.179	1,13
018: Sygdomme i brysterne (mamma)	36.525.078	37.134.774	609.696	0,61
006: Åreknuder i benene	1.452.368	1.458.102	5.734	0,01
000: Ingen aktionsdiagnose	-	-	-	0,00
017: Mentale sygdomme	37.355.869	37.236.700	-119.169	-0,12
005: Sygdomme i blodkar og lymfesystem (excl. åreknuder)	43.891.700	43.582.770	-308.930	-0,31
019: Sterilisationer (mænd og kvinder)	857.689	310.107	-547.582	-0,54
020: Hjernerystelse	3.926.165	3.303.483	-622.682	-0,62
021: Forgiftninger	10.858.980	9.757.577	-1.101.403	-1,10
011: Gynækologiske sygdomme	42.682.889	40.155.827	-2.527.062	-2,52
007: Blodsygdomme	78.516.849	74.863.311	-3.653.538	-3,64
003: Sygdomme i nervesystem	189.149.239	182.780.124	-6.369.115	-6,34
010: Sygdomme i bevægesystem, inkl. bylder og karlæsion på arme/ben	381.214.500	371.980.734	-9.233.766	-9,19

3. Ændringer i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering

I denne del af rapporten præsenteres resultater fra analyser, der undersøger hvilke faktorer, der har betydning for ændringer i den kommunale medfinansiering. Der ses på betydningen af: Køn, alder, etnisk baggrund, uddannelsesniveau, indkomstniveau, samlivsstatus, antal kroniske sygdomme, antal kontakter til primærsektor samt bopælskommune. I alle analyser undersøges hvorvidt hver enkelt faktor har betydning for:

1. Ændring i sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering (kapitel 3)
2. Ændring i størrelsen af den kommunale medfinansiering (kapitel 4)

I alle analyserne tages hensyn til betydningen af alder, eftersom alder påvirker effekten af alle de øvrige faktorer. Derudover er der i analyserne med antal af kroniske sygdomme taget højde for: Etnisk baggrund, samlivsstatus, uddannelsesniveau og indkomstniveau. I analyserne med antal kontakter til almen praksis og antal kontakter til speciallægepraksis og kommuner er der yderligere taget højde for antallet af kroniske sygdomme.

At have en udgift til kommunal medfinansiering er det samme som at have haft mindst ét ambulant besøg og/eller én indlæggelse. Der ses separat på sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering for ambulante besøg og for indlæggelser. For kommunerne ses endvidere separat på sandsynligheden for at have en udgift til akutte ambulante besøg og planlagte ambulante besøg.

Resultater i hovedtræk

- Mange af de undersøgte faktorer har betydning for ændringer i andel med kommunal medfinansiering fra 2013 til 2015
- For ambulante besøg ses for både kvinder og mænd, at alder, etnisk baggrund, indkomstniveau, antal kroniske sygdomme, antal kontakter til almen praksis, og antal kontakter til speciallæge har betydning for ændring i sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering
- For ambulante besøg ses for kvinder desuden betydning af uddannelsesniveau og kommune, mens der for mænd desuden ses betydning af samlivsstatus. Det er således kun for kvinder, at ændringerne i andelen med mindst ét ambulant besøg er forskellig mellem kommunerne
- For indlæggelse ses det, at alder og antal kroniske sygdomme har betydning for ændring i sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering af indlæggelser både hos kvinder og mænd
- For indlæggelse ses desuden for kvinder betydning af indkomstniveau, mens der for mænd desuden ses betydning af samlivsstatus og antal kontakter til almen praksis. Det skal bemærkes, at der ikke ses betydning af kommune, dvs. ændringerne i andelen af borgere med udgift til kommunal medfinansiering for indlæggelser ser ud til at være den samme i alle kommuner

I bilag 3 findes opgørelser for borgere på 18 år og derover. I bilagets tabel B3.1 (kvinder) og tabel B3.2 (mænd) findes oplysninger for 2013 og 2015 for hver gruppe i de faktorer, som indgår i de efterfølgende analyser. For hver gruppe vises antal personer i gruppen, andelen af personer med oplysning om faktoren i den aktuelle gruppe samt andelen af personer i gruppen med udgift til kommunal medfinansiering for ambulante besøg og indlæggelser.

3.1 Ændring, når der tages hensyn til betydningen af alder

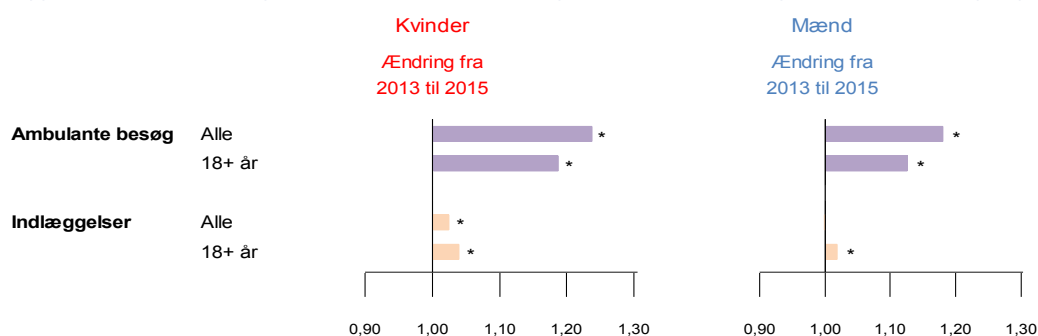
I det følgende præsenteres først resultater i form af estimater for ændringen i sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering fra 2013 til 2015, når der er taget hensyn til betydningen af alder. Disse resultater præsenteres i søjlediagrammer.

* En stjernemarkering angiver, at der er sket en statistisk signifikant ændring fra 2013 til 2015.

Andelen af borgere med ambulante besøg og andelen af borgere med indlæggelser steg fra 2013 til 2015, som allerede præsenteret i rapportens første del. Dette fund genfindes her i analyser, der tager hensyn til betydningen af alder.

Stigningen er større for ambulante besøg end for indlæggelser, og for ambulante besøg er stigningen endvidere større for kvinder end for mænd, mens der ikke er forskel på stigningen for kvinder og mænd for andelen med mindst én indlæggelse (tabel 3.1).

Tabel 3.1 Ændring fra 2013 til 2015 i sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering af ambulante besøg og indlæggelser blandt kvinder og mænd. I analyserne er der taget hensyn til betydningen af alder. Ændring opgøres som OR



*Ændringen fra 2013 til 2015 er statistisk signifikant

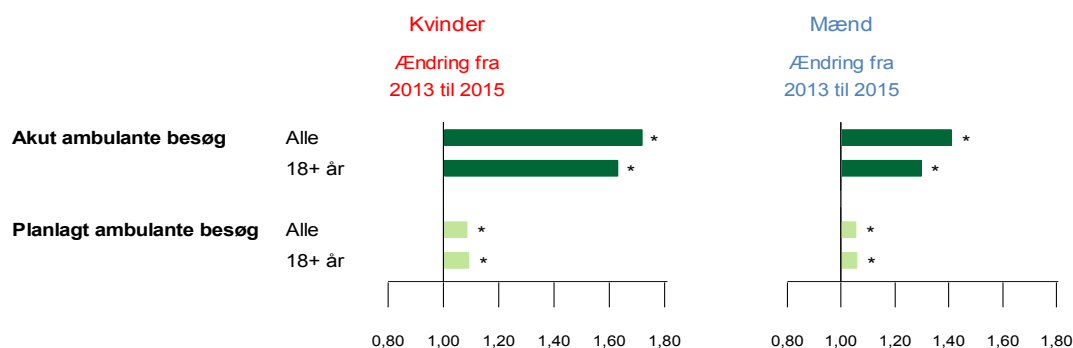
Når ændringen er over 1 er der sket en stigning fra 2013 til 2015, når der justeres for alder

Når ændringen er under 1 er der sket et fald fra 2013 til 2015, når der justeres for alder

Tilsvarende ses en stigning i sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering for både akutte og planlagte ambulante besøg for både kvinder og mænd (tabel 3.2). Mens stigningen for planlagte ambulante besøg er den samme for kvinder og mænd ses en større stigning i sandsynlighed

for at have en udgift til kommunal medfinansiering for akut ambulante besøg for kvinder end for mænd. Stigningen for akutte ambulante besøg ses endvidere at være væsentligt større end stigningen for planlagte ambulante besøg. Dette formodes at skyldes indførelsen af EVA (og dermed 1813).

Tabel 3.2 Ændring fra 2013 til 2015 i sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering af akutte hhv. planlagte ambulante besøg blandt kvinder og mænd. I analysen er der taget hensyn til betydningen af alder. Ændring opgøres som OR



*Ændringen fra 2013 til 2015 er statistisk signifikant

Når ændringen er over 1 er der sket en stigning fra 2013 til 2015, når der justeres for alder

Når ændringen er under 1 er der sket et fald fra 2013 til 2015, når der justeres for alder

3.2 Betydningen af de enkelte faktorer

Her præsenteres de enkelte sociodemografiske faktoreres betydning for ændringen fra 2013 til 2015 i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering. Et statistisk test ligger til grund for vurderingen af, om faktoren har betydning for ændringen (Bilag 5, Tabel B5.1)

For hver af de sociodemografiske faktorer vælges en referencegruppe, for uddannelse f.eks. borgere med erhvervsfaglig uddannelse. Resultaterne vises som forskellen mellem ændringen i den aktuelle gruppe (f.eks. borgere med lang videregående uddannelse) og ændringen i referencegruppen (f.eks. borgere med erhvervsfaglig uddannelse). Forskel i ændring beregnes som den **relative** forskel, altså den procentuelle forskel i

ændring mellem de to grupper af borgere (f.eks. borgere med lang videregående uddannelse i forhold til referencegruppen med erhvervsfaglig uddannelse). En forskel på 1,04 vil således betyde, at den aktuelle gruppe har en ændring som er 4 % større end ændringen i referencegruppen, mens en forskel på 0,95 betyder, at den aktuelle gruppe har en ændring som er 5 % mindre end ændringen i referencegruppen. Resultaterne præsenteres i søjlediagrammer for den relative forskel i ændring.

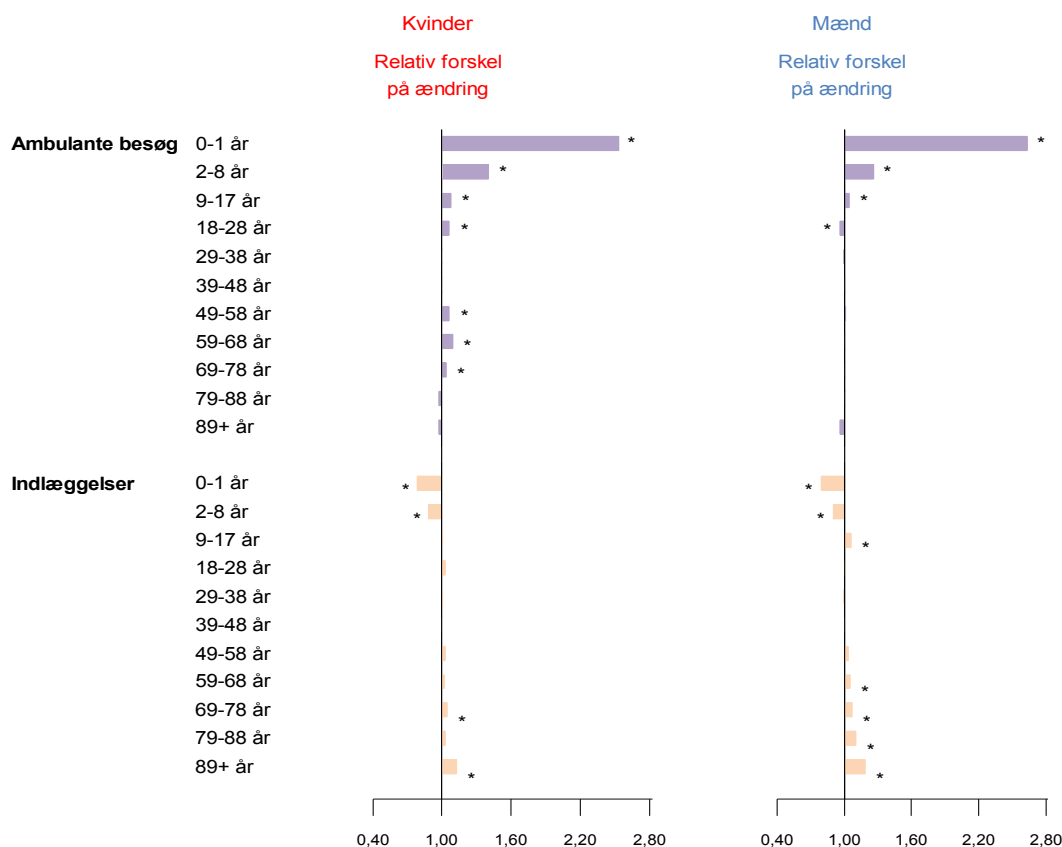
* En stjernemarkering angiver, at der er statistisk signifikant forskel i ændring mellem den aktuelle gruppe og referencegruppen. Bemærk, at søjlediagrammerne ikke har samme akser, disse varierer for hver af de undersøgte forklarende faktorer.

3.2.1 Betydningen af alder

Alder har stor betydning for ændring i sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering for ambulante besøg for både kvinder og mænd (tabel 3.3). For begge køn ses en signifikant større ændring (stigning) i sandsynligheden for ambulante besøg blandt de 0-1 årige end for alle andre aldersgrupper. Denne ændring skyldes formentlig indførelsen af 1813 i 2014.

Alder har ligeledes stor betydning for ændring i sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering af indlæggelser for både kvinder og mænd. I forhold til de øvrige aldersgrupper ses en mindre ændring fra 2013 til 2015 i andelen med kommunal medfinansiering for indlæggelser blandt de yngste borgere.

Tabel 3.3 Betydning af alder. Ændring fra 2013 til 2015 i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering i forhold til ændring i referencegruppen



* Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i referencegruppen (39-48 år)

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i referencegruppen

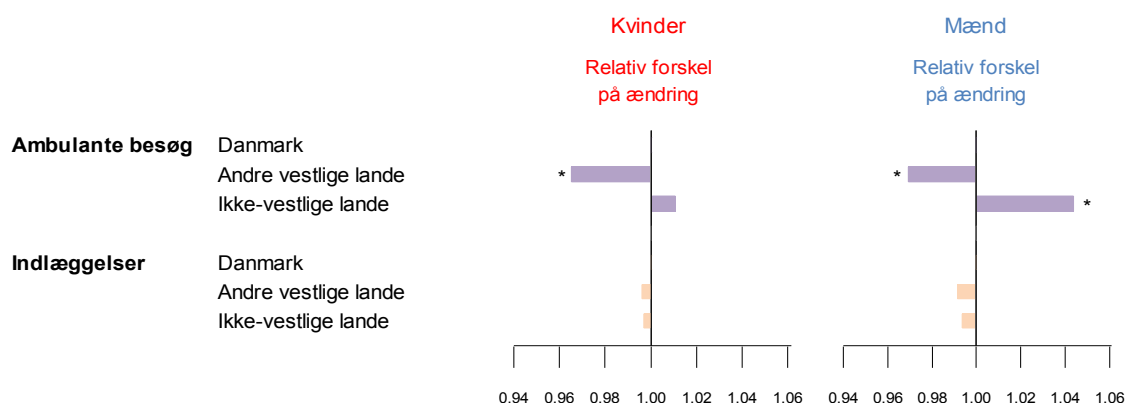
Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i referencegruppen

3.2.2 Betydningen af etnisk baggrund

Etnisk baggrund har betydning for ændringen i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering for ambulante besøg for både kvinder og mænd (tabel 3.4). Ændringen er mindre for mænd og kvinder fra andre vestlige lande end for mænd og kvinder fra Danmark. Ændringen er større for mænd fra ikke-vestlige lande end for mænd fra Danmark.

Etnisk baggrund har ikke signifikant betydning for ændringen i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering for indlæggelser, hverken for kvinder eller mænd. Ændringen er den samme uanset etnisk baggrund.

Tabel 3.4 Betydning af etnisk baggrund. Ændring fra 2013 til 2015 i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering i forhold til ændring i referencegruppen



*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i referencegruppen (Danmark)

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder

Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder

3.2.3 Betydningen af uddannelsesniveau og indkomstniveau

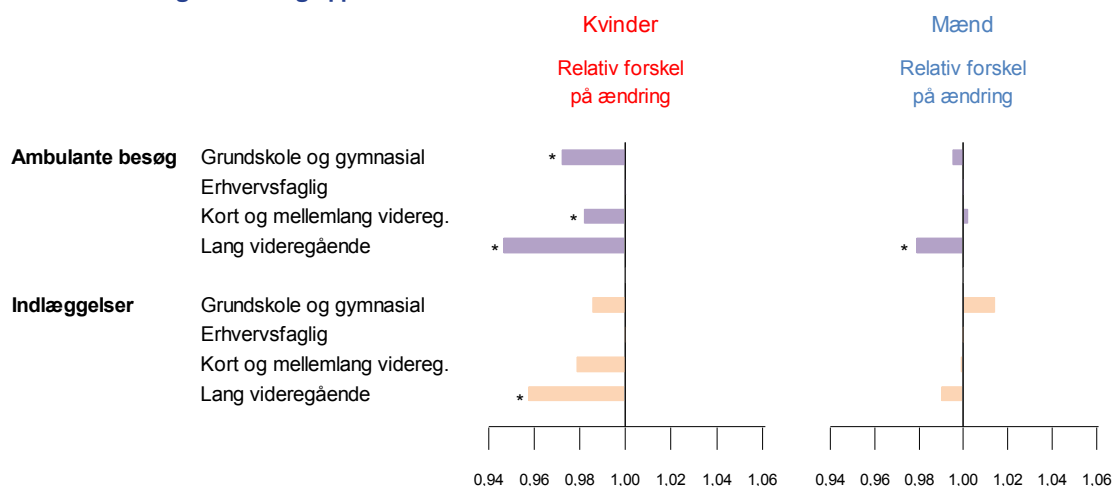
Uddannelsesniveau har betydning for ændring i sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering af ambulante besøg for kvinder, men ikke for mænd (tabel 3.5). For kvinder ses, at ændringen i sandsynligheden er mindre blandt borgere med grundskole og gymnasial uddannelse, kort og mellemlang videregående uddannelse samt lang videregående uddannelse i forhold til borgere med erhvervsfaglig uddannelse. For mænd ses en tendens til at ændringen i sandsynligheden er mindre blandt borgere med lang videregående uddannelse i forhold til borgere med erhvervsfaglig uddannelse.

Uddannelsesniveau har kun betydning for ændring i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering for indlæggelser blandt kvinder, hvor ændringen i sandsynligheden er mindre blandt kvinder med lang videregående uddannelse i forhold til kvinder med erhvervsfaglig uddannelse (tabel 3.5).

Indkomstniveau har stor betydning for ændring i sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering til ambulante besøg for både mænd og kvinder (tabel 3.6). For begge køn ses mindre ændring i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering for ambulante besøg blandt de lavere indkomstgrupper i forhold til referencegruppen 250.000-375.000. For kvinder ses mindre ændring i sandsynligheden i den højeste indkomstgruppe, mens der ikke er forskel på referencegruppen og de højere indkomstgrupper blandt mænd.

Indkomstniveau har betydning for ændring i sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering til indlæggelser for kvinder, men ikke for mænd (tabel 3.6). Blandt kvinder ses signifikant mindre ændring i sandsynlighed for medfinansiering til indlæggelser blandt alle højere og lavere indkomstgrupper sammenlignet med referencegruppen med mellemindkomst på 250.000-375.000. Blandt mænd ses en tendens til mindre ændring i sandsynlighed blandt gruppen med indkomster på 100.000-150.00 i forhold til gruppen med mellemindkomst på 250.000-375.000.

Tabel 3.5 Betydning af uddannelsesniveau. Ændring fra 2013 til 2015 i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering i forhold til ændring i referencegruppen

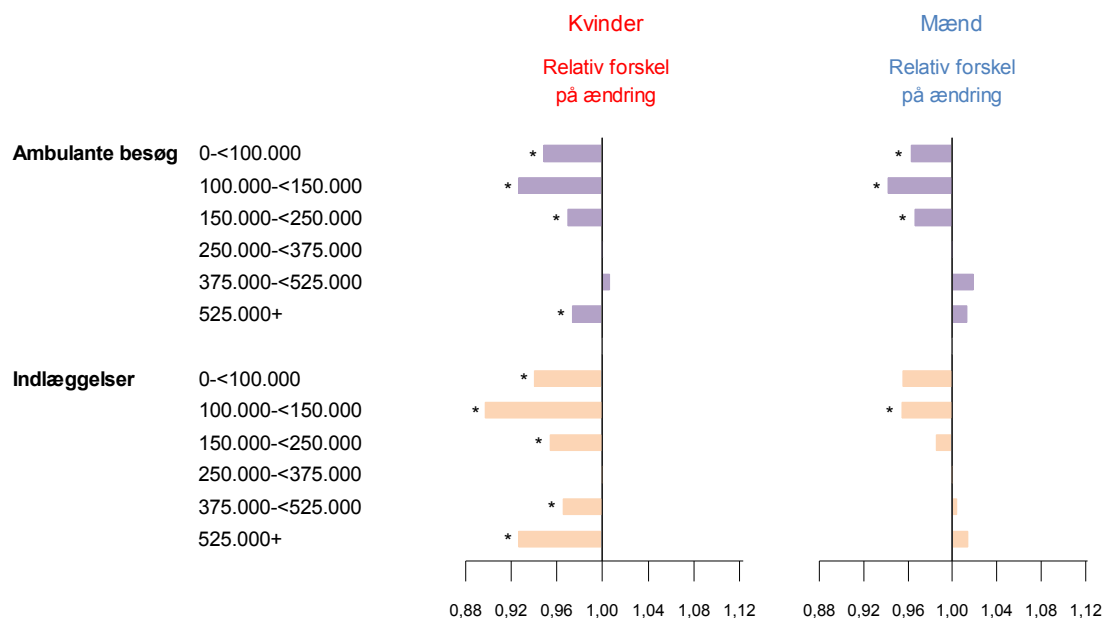


*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i referencegruppen (Erhvervsfaglig)

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder

Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder

Tabel 3.6 Betydning af indkomstniveau. Ændring fra 2013 til 2015 i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering i forhold til ændring i referencegruppen



*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i referencegruppen (250.000-<375.000)

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder

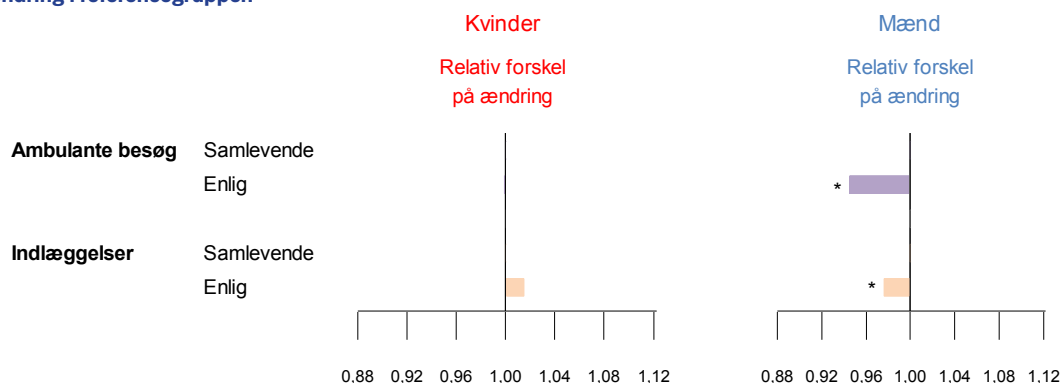
Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder

3.2.4 Betydningen af samlivsstatus

For kvinder ses ingen betydning af samlivsstatus for ændring i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering til hverken ambulante besøg eller indlæggelser (tabel 3.7).

For mænd ses signifikant mindre ændring i sandsynlighed for kommunal medfinansiering blandt enlige end blandt samlevende, både når det gælder ambulante besøg og indlæggelser.

Tabel 3.7 Betydning af samlivsstatus. Ændring fra 2013 til 2015 i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering i forhold til ændring i referencegruppen



*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i referencegruppen (samlevende)

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder

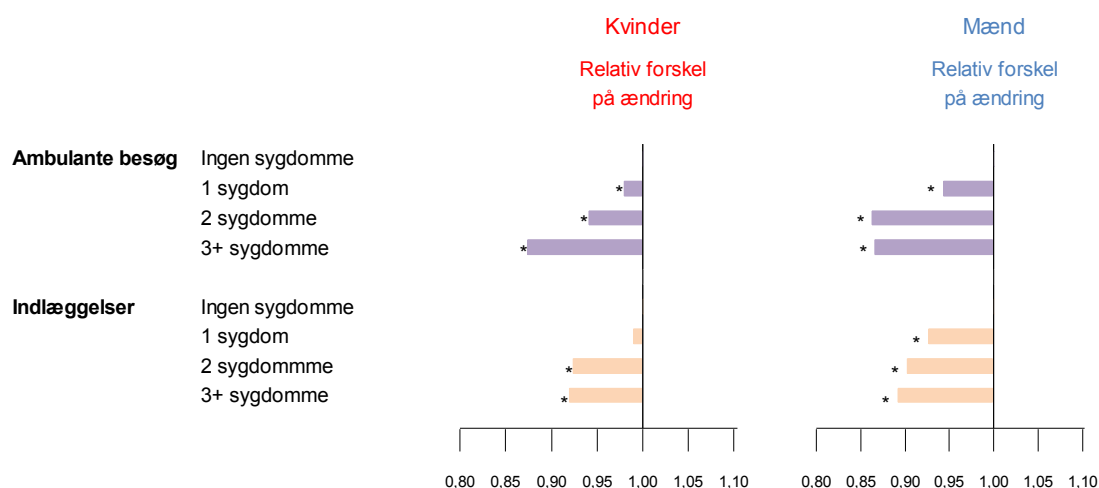
Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder

3.2.5 Betydningen af antal kroniske sygdomme

Antallet af kroniske sygdomme har betydning for ændring i sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering til både ambulante besøg og indlæggelser (tabel 3.8).

For både kvinder og mænd ses, at borgere med én eller flere kroniske sygdomme har mindre ændring i sandsynlighed for medfinansiering sammenlignet med borgere uden kroniske sygdomme. Dette gælder både for ambulante besøg og for indlæggelser.

Tabel 3.8 Betydning af antal kroniske sygdomme. Ændring fra 2013 til 2015 i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering i forhold til ændring i referencegruppen



*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i referencegruppen (Ingen sygdomme)

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund og samlivsstatus

Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund og samlivsstatus

Antal kroniske sygdomme blandt følgende: Diabetes, hjertesygdom, apopleksi, KOL, astma, kræft, inflammatorisk ledsygdom, knogleskørhed, langvarig depression, svær psykisk lidelse og demens. For definition af de enkelte kroniske sygdomme se "Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 - Kronisk Sygdom" (5)

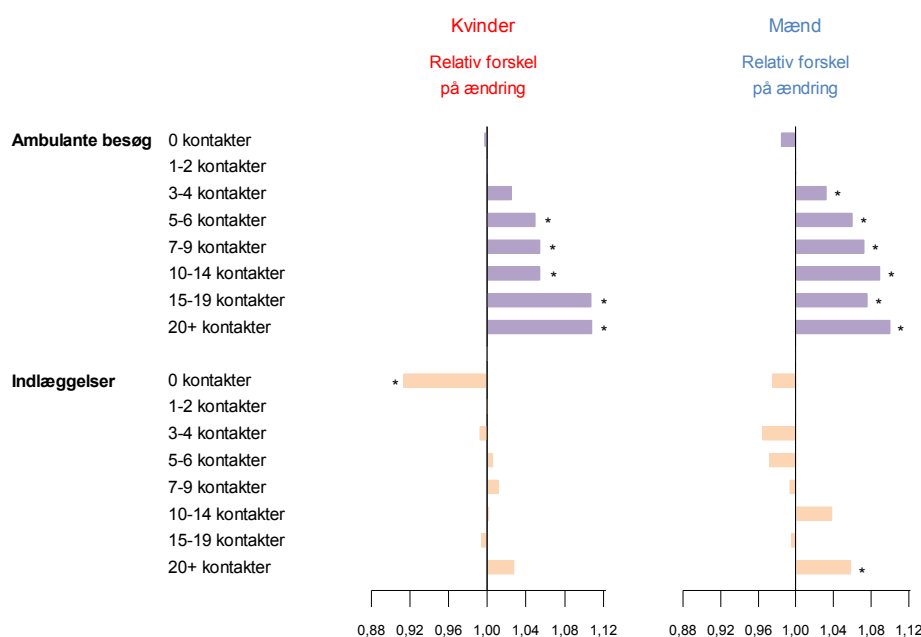
3.2.6 Betydningen af antal kontakter til almen praksis

Antal kontakter til almen praksis har betydning for ændringen i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering for ambulante besøg for både kvinder og mænd (tabel 3.9). Der ses en større ændring blandt borgere med mange besøg i forhold til referencegruppen med 1-2 besøg.

Antal kontakter til almen praksis har betydning for ændring i sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering for indlæggelser for mænd, men ikke for kvinder.

For mænd ses en større ændring i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering blandt borgere med 20+ kontakter, sammenlignet med gruppen med 1-2 besøg. For kvinder ses en tendens til at ændringen er mindre blandt kvinder uden kontakt til almen praksis i forhold til gruppen med 1-2 besøg til almen praksis.

Tabel 3.9 Betydningen af antal kontakter til almen praksis. Ændring fra 2013 til 2015 i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering i forhold til ændring i referencegruppen



*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i referencegruppen (1-2 kontakter)

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

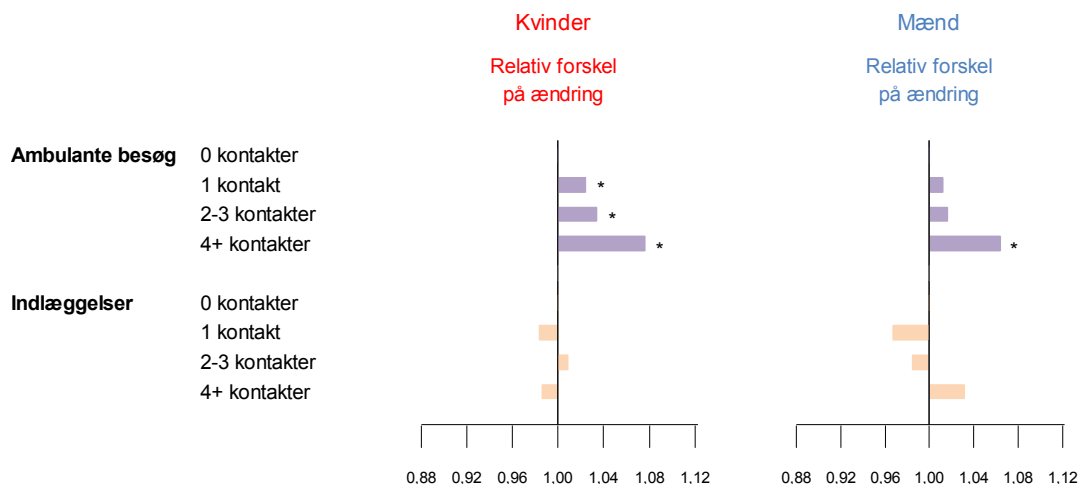
Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

3.2.7 Betydningen af antal kontakter til speciallæge

Antal kontakter til speciallæge har betydning for ændringen i sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering af ambulante besøg (tabel 3.10). Ændringen er større blandt mænd med 4 eller flere kontakter og blandt kvinder med 1 eller flere kontakter sammenlignet med borgere uden kontakter til speciallæge.

Antal kontakter til speciallæge har ingen betydning for ændringen i sandsynligheden for medfinansiering af indlæggelser hos hverken kvinder eller mænd.

Tabel 3.10 Betydningen af antal kontakter til speciallæge. Ændring fra 2013 til 2015 i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering i forhold til ændring i referencegruppen



*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i referencegruppen (0 kontakter)

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

3.2.8 Betydningen af kommune

Ændring i sandsynlighed for at have kommunal medfinansiering til ambulante besøg

Når der tages hensyn til betydningen af alder, uddannelsesniveau, indkomstniveau, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme findes i et overordnet test, at kommune har betydning for ændringen i sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering for ambulante besøg for kvinder, men ikke for mænd (tabel 3.11). Der er således forskel mellem kommunerne på størrelsen af ændringen fra 2013 til 2015 for kvinder, men ikke for mænd. For kvinder findes, at nogle få kommuner har ændringer, som er statistisk signifikant større eller mindre end den gennemsnitlige ændring, men for de fleste kommuner adskiller ændringen sig ikke statistisk signifikant fra den gennemsnitlige ændring.

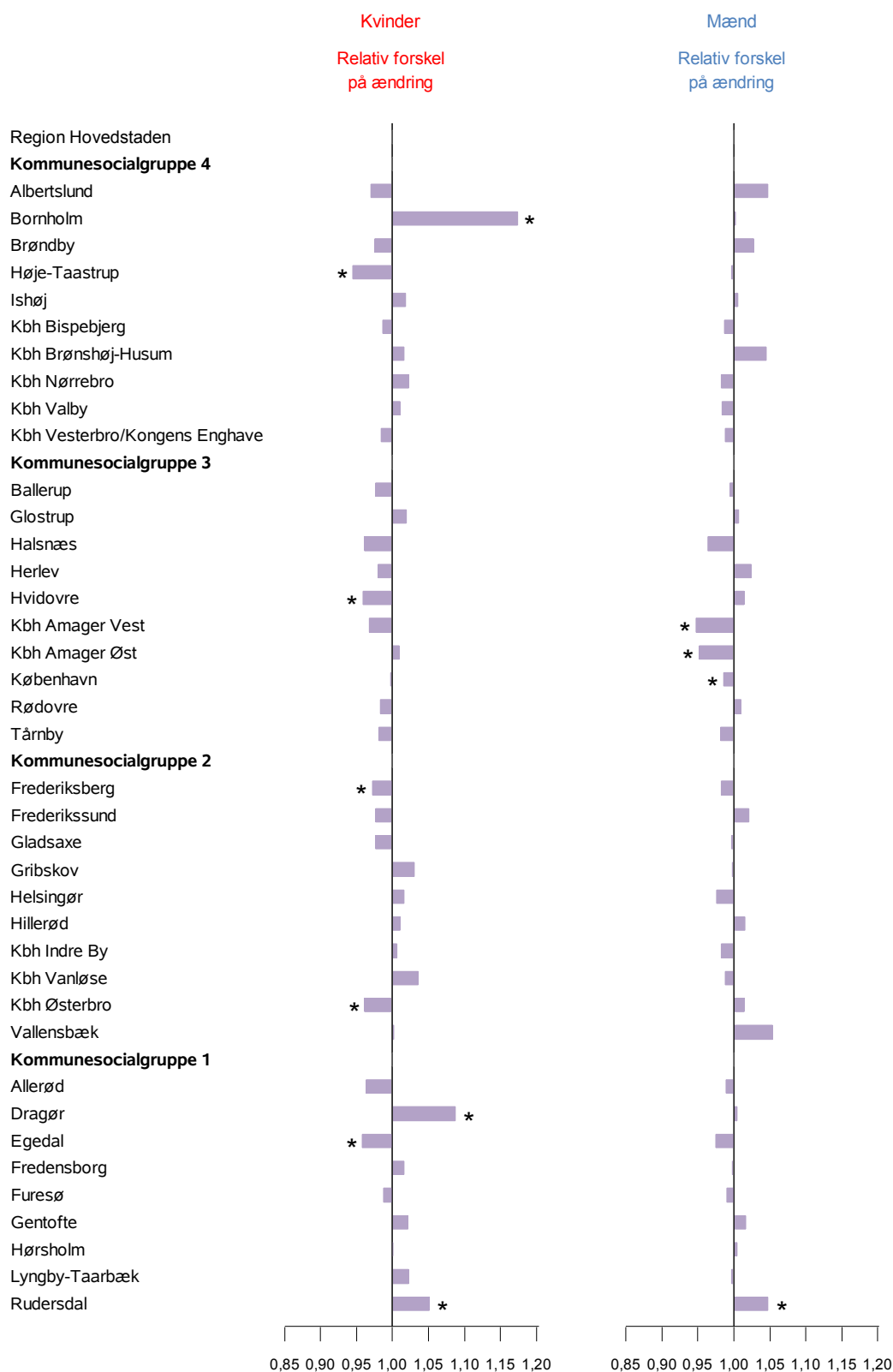
Sammenlignet med regionsgennemsnittet findes for kvinder en meget større stigning fra 2013 til 2015 i kommunal medfinansiering til ambulante besøg for Bornholms Regionskommune. Der ses også en stigning som er større end regionsgennemsnittet for Rudersdal og Dragør Kommuner. Desuden ses ændringer som er mindre end regionsgennemsnittet for Høje-Taastrup, Frederiksberg, Hvidovre og Egedal kommuner samt for bydelen Østerbro.

Selvom der overordnet set ikke er forskel på ændringerne i kommunerne for mænd, når der er taget hensyn til betydningen af faktorerne nævnt ovenfor, ses dog alligevel i tabel 3.11, at

ændringen er en smule større end gennemsnittet for Rudersdal Kommune og en smule mindre end gennemsnittet for Københavns Kommune og to bydele i Københavns Kommune.

For både kvinder og mænd ses en betydning af kommune på ændring i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering for ambulante besøg, når der ikke tages hensyn til de nævnte faktorer (bilag 6, tabel B6.1). Når der tages hensyn til faktorerne ses ikke længere en betydning af kommune for mænd. For mænd forklarer faktorerne alder, uddannelsesniveau, indkomstniveau, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme derfor de forskelle på ændring som ses mellem kommunerne i bilag 6, tabel B6.1. Dette ses ikke for kvinder, hvor forskellene i ændringer mellem kommunerne, må skyldes andre forhold end de forklarende faktorer, der er taget hensyn til i analysen. De kommuner der oplever ændringer som adskiller sig fra regionsgennemsnittet ligger geografisk spredt over hele regionen. Der kan derfor ikke være tale om ændringer på ét af hospitalerne i regionen. Samtidigt er det kun en lille andel af kommunerne, som oplever ændringer i forhold til regionsgennemsnittet for både mænd og kvinder. Årsagen til ændringerne skal derfor næppe søges i forhold som påvirker alle borgere i den enkelte kommune. Der ses især for Bornholms Regionskommune en ændring, som er meget større end den gennemsnitlige ændring i regionen, og der kan muligvis være tale om lokale forhold, herunder afstanden til resten af regionen, som kun har betydning for kvinderne på Bornholm.

Tabel 3.11 Betydningen af kommune. Ændring fra 2013 til 2015 i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering for ambulante besøg i forhold til ændring i referencegruppen



*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i regionsgennemsnittet

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i regionsgennemsnittet, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i regionsgennemsnittet, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

Ændring i sandsynlighed for at have kommunal medfinansiering til indlæggelser

Når der er taget hensyn til betydningen af alder, uddannelsesniveau, indkomstniveau, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme har kommune ikke betydning for ændringen i sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering for indlæggelser fra 2013 til 2015.

Omend der ud fra en samlet betragtning (et samlet test) ikke er forskel på kommunerne, er der dog alligevel nogle enkelte kommuner, hvor ændringen adskiller sig fra den gennemsnitlige ændring i regionen (tabel 3.12). Det kan ikke udelukkes, at der blot er tale om tilfældige fund og resultaterne bør derfor fortolkes med en vis forsigtighed. Men det ser for kvinder ud til, at ændringen er lidt større end gennemsnittet for Ishøj og Gribskov kommuner samt for bydelen Amager Øst. For Gladsaxe Kommune samt for bydelen Brønshøj-Husum ses ændringer som er mindre end regionsgennemsnittet.

For mænd findes en lidt større ændring end den gennemsnitlige ændring i regionen for Fredensborg, Frederikssund og Høje-Taastrup kommuner. For Gentofte og Københavns Kommune samt for bydelen Bispebjerg ses lidt mindre ændringer end gennemsnittet for regionen.

Kommune har betydning for ændringen i sandsynlighed for at have kommunal medfinansiering til indlæggelser, når der ikke tages hensyn til andre faktorer (bilag 6, tabel B6.2). Når der tages hensyn til faktorerne ser vi ingen forskelle på kommunerne. Det betyder, at det meste af variationen mellem kommunerne i forhold til ændringen fra 2013 til 2015 kan forklares af de faktorer, der tages hensyn til.

Ændring i sandsynligheden for at have en udgift til akutte og planlagte ambulante besøg

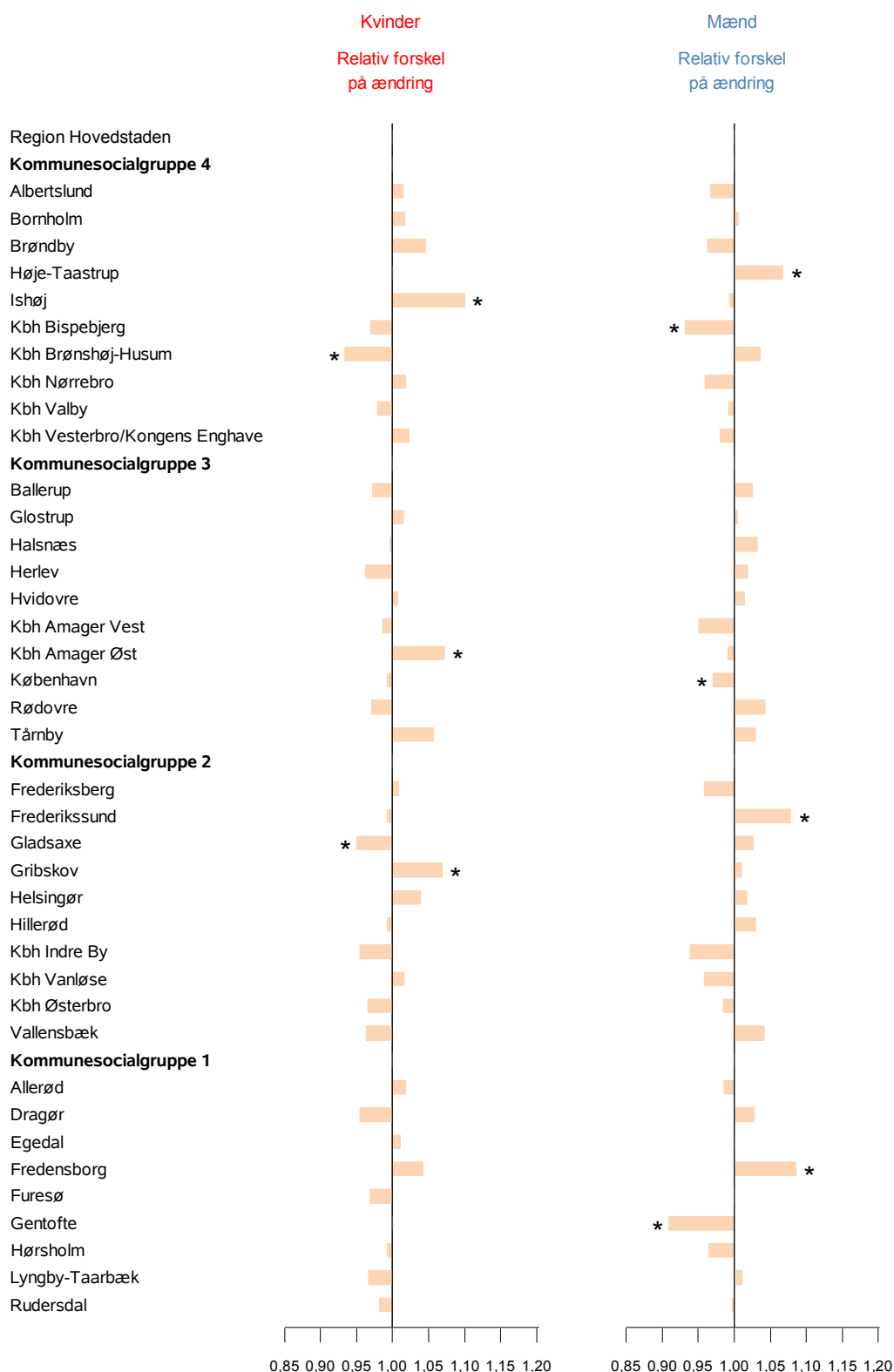
I tabel 3.13 og tabel 3.14 vises resultater for ambulante besøg opdelt i akutte ambulante besøg og planlagte ambulante besøg.

Kommune har betydning for ændringen i sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering for akutte ambulante besøg for både kvinder og mænd (tabel 3.13). For kvinder ses større ændring end for gennemsnittet for Albertslund, Bornholm og Brøndby kommuner og bydelen Valby samt mindre ændringer end gennemsnittet for Frederiksberg, København, Tårnby, Egedal og Gentofte kommuner samt bydelene Bispebjerg, Amager Vest, Amager Øst og Østerbro. For mænd ses større ændringer end gennemsnittet for Fredensborg, Helsingør, Hillerød, Bornholm og Brøndby kommuner og ændringer som er mindre end gennemsnittet for Rødovre, København, Tårnby, Ballerup, Gentofte, Frederiksberg og Herlev kommune samt bydelene Nørrebro, Amager Vest, Amager Øst og Bispebjerg.

Kommune har betydning for ændring i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering for planlagte ambulante besøg for kvinder, men ikke for mænd (tabel 3.14). For kvinder ses ændringer som er større end gennemsnittet for Rudersdal, Bornholm og Gentofte kommuner, mens der ses ændringer som er mindre end gennemsnittet for Hvidovre, Høje-Taastrup, Halsnæs og Brøndby kommuner. For mænd er der ikke forskel på ændringen i de enkelte kommuner i et samlet test, trods dette ses tegn på ændringer som er større end gennemsnittet for Bornholms Regionskommune og ændringer som er mindre end gennemsnittet for bydelene Brønshøj-Husum og Amager Vest.

Kommune har betydning for ændringen i den kommunale medfinansiering til både akutte og planlagte ambulante besøg for både mænd og kvinder, når der ikke tages hensyn til andre faktorer (bilag 6, tabel B6.3 og B6.4). Det er således kun for mænd for planlagte ambulante besøg, at de nævnte faktorer forklarer det meste af variationen mellem kommunerne. For kommunal medfinansiering til akutte ambulante besøg og planlagte ambulante besøg for kvinder har andet end de nævnte faktorer således også betydning for forskellen mellem kommunerne.

Tabel 3.12 Betydningen af kommune. Ændring fra 2013 til 2015 i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering for indlæggelser i forhold til ændring i referencegruppen



*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i regionsgennemsnittet

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i regionsgennemsnittet, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i regionsgennemsnittet, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

Tabel 3.13 Betydning af kommune. Ændring fra 2013 til 2015 i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering for akutte ambulante besøg i forhold til ændring i referencegruppen

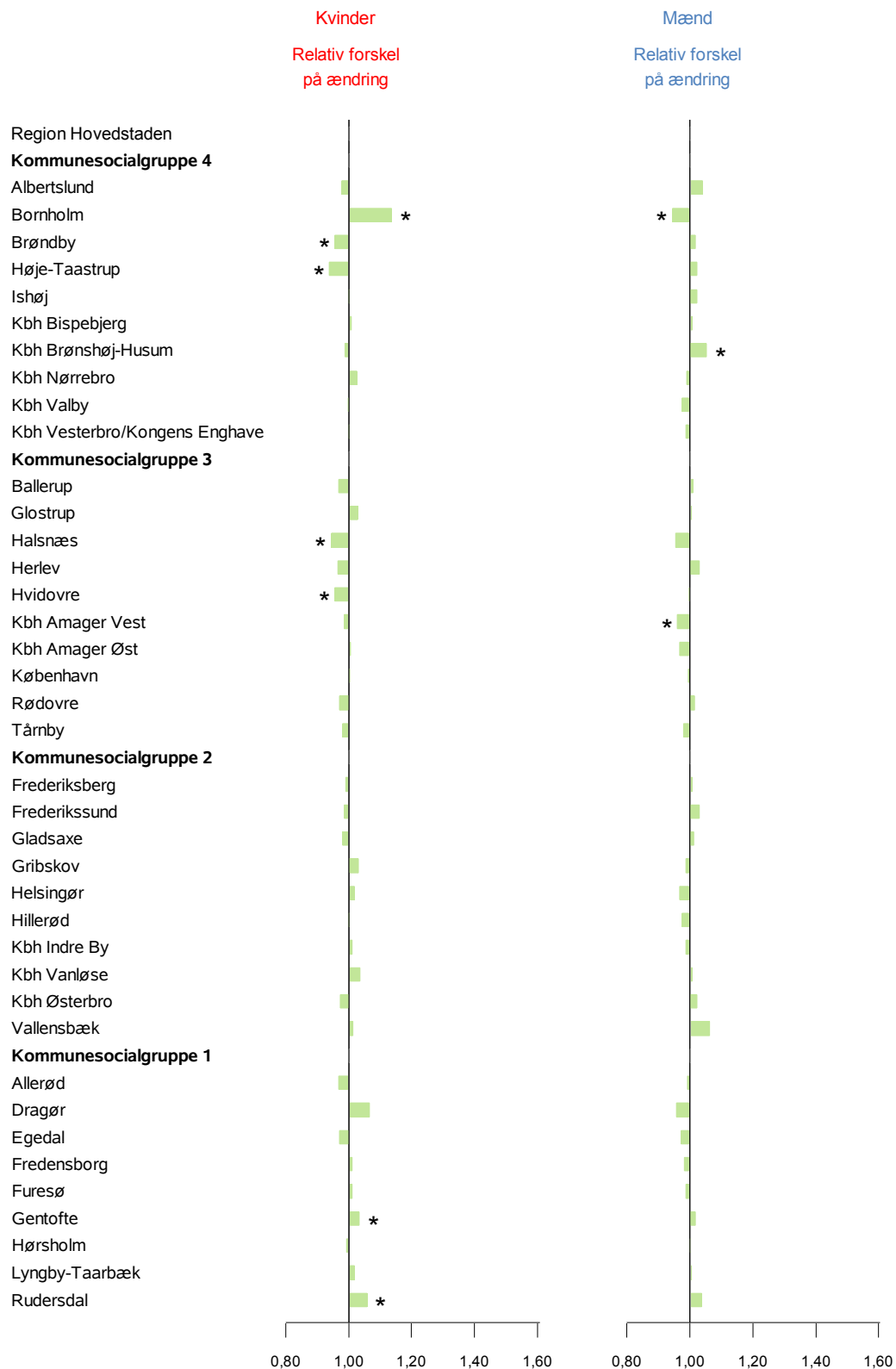


*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i regionsgennemsnittet

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i regionsgennemsnittet, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i regionsgennemsnittet, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

Tabel 3.14 Betydning af kommune. Ændring fra 2013 til 2015 i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering for planlagte ambulante besøg i forhold til ændring i referencegruppen



*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i regionsgennemsnittet

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i regionsgennemsnittet, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i regionsgennemsnittet, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

4. Ændring i størrelsen af den kommunale medfinansiering

I det følgende præsenteres resultater fra analyser af faktorer som formodes at have betydning for ændringen i størrelsen af kommunal medfinansiering blandt de personer, som har en udgift til kommunal medfinansiering, dvs. blandt patienter.

Der ses separat på størrelsen af udgift til kommunal medfinansiering for ambulante besøg og størrelsen af udgift til kommunal medfinansiering for indlæggelser. For kommune ses endvidere separat på størrelsen af udgift til akutte ambulante besøg og planlagte ambulante besøg.

I dette kapitel ser vi på ændringer i den gennemsnitlige udgift til kommunal medfinansiering, hvor gennemsnittet udregnes blandt patienterne, evt. indenfor en given gruppe. Da sammenligningen sker pr. patient er det muligt at sammenligne grupper af patienter med forskellig størrelse, f.eks. patienter i forskellige aldersgrupper.

Resultater i hovedtræk

- Faktorer af betydning for ændringer i størrelsen af udgiften til kommunal medfinansiering til ambulante besøg blandt de borgere, som har en udgift (dvs. blandt patienterne), omfatter alder, etnisk baggrund, antal kroniske sygdomme, antal kontakter til almen praksis, antal kontakter til speciallæge samt kommune
- Ændringerne i udgifter til kommunal medfinansiering for indlæggelser ser generelt ud til at være ret små, hvilket måske er årsagen til, at de undersøgte forklarende faktorer ikke har betydning for ændringerne i den gennemsnitlige udgift til kommunal medfinansiering for indlæggelser
- For ændringer i udgifter til kommunal medfinansiering for indlæggelser ses dog for mænd en betydning af alder samt en lille betydning af etnisk baggrund, som dog kan være et tilfældigt fund og ikke skal tillægges særlig betydning
- Her ses således heller ikke forskelle på kommunerne i udgifter til kommunal medfinansiering for indlæggelser hvad angår den gennemsnitlige udgift pr. patient

I bilag 4 findes deskriptive opgørelser for borgere på 18 år og derover. I bilagets tabel B4.1 (kvinder) og tabel B4.2 (mænd) findes oplysninger for 2013 og 2015 for hver gruppe i de faktorer, som indgår i de efterfølgende analyser. For hver gruppe vises antal personer med udgift til kommunal medfinansiering (dvs. antal patienter) i gruppen samt den gennemsnitlige udgift til kommunal medfinansiering for ambulante besøg og indlæggelser for patienterne i denne gruppe.

4.1 Ændring, når der er taget hensyn til betydningen af alder

I det følgende præsenteres først resultater i form af estimater for ændringen i størrelsen af udgiften til kommunal medfinansiering fra 2013 til 2015, når der er taget hensyn til betydningen af alder. Disse resultater er præsenteret som den relative forskel på 2015 og 2013 i søjlediagrammer, hvor en stjernemarker angiver, at der er sket en statistisk signifikant ændring fra 2013 til 2015.

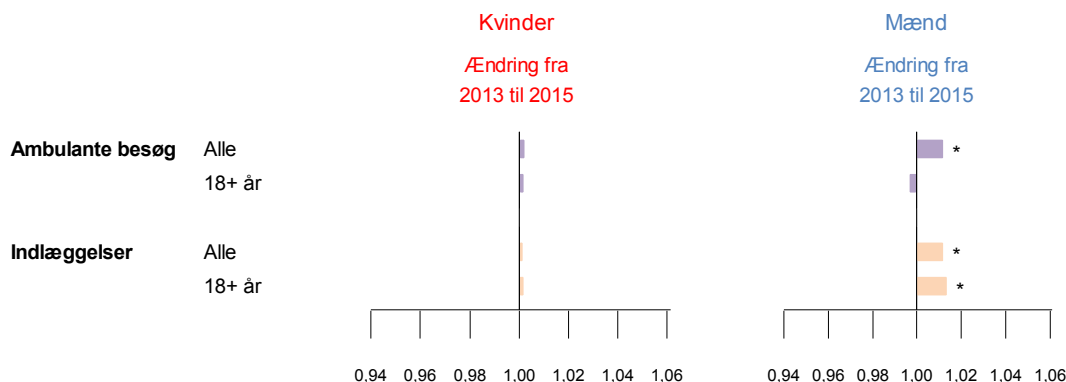
For mænd ses en lille stigning på 1 % i kommunal medfinansiering til ambulante besøg, når der ses på datasættet med alle mænd, og der er taget højde for betydning af alder (tabel 4.1). Der ses ingen ændring blandt 18+ årige mænd eller kvinder.

For mænd ses en lille stigning i kommunal medfinansiering til indlæggelser fra 2013 til 2015, både blandt alle mænd og blandt 18+ årige (tabel 4.1). Derimod ses ingen ændringer i størrelsen af kommunal medfinansiering til indlæggelser for kvinder.

Opdeles de ambulante besøg på akutte og planlagt ambulante besøg ses et noget andet billede (tabel 4.2). Her findes, at den gennemsnitlige udgift til kommunal medfinansiering for akutte ambulante besøg er steget meget for både kvinder og mænd, stigningerne er på mellem 14 % og 19 %.

Til gengæld ses for kvinder en lille stigning på 1 % blandt de 18+ årige kvinder og et lille fald på 1 % for mænd i den gennemsnitlige udgift til kommunal medfinansiering for planlagte ambulante besøg (tabel 4.2).

Tabel 4.1 Ændring i størrelsen af kommunal medfinansiering fra 2013 til 2015. Ændring er relativ forskel på estimat for 2015 og 2013

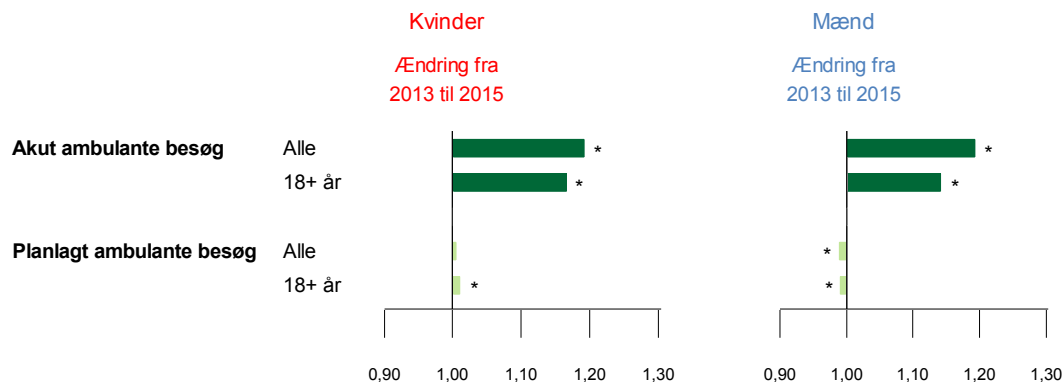


*Ændringen fra 2013 til 2015 er statistisk signifikant.

Når ændringen er over 1 er der sket en stigning fra 2013 til 2015, når der justeres for alder

Når ændringen er under 1 er der sket et fald fra 2013 til 2015, når der justeres for alder

Tabel 4.2 Ændring i størrelsen af kommunal medfinansiering for akutte og planlagte ambulante besøg fra 2013 til 2015. Ændring er relativ forskel på estimat for 2015 og 2013



*Ændringen fra 2013 til 2015 er statistisk signifikant.

Når ændringen er over 1 er der sket en stigning fra 2013 til 2015, når der justeres for alder

Når ændringen er under 1 er der sket et fald fra 2013 til 2015, når der justeres for alder

4.2 Betydningen af de enkelte faktorer

Herefter præsenteres de enkelte faktoreres betydning for ændringen i størrelsen af udgift til kommunal medfinansiering fra 2013 til 2015. Et statistisk test ligger til grund for vurderingen af, om faktoren har betydning for ændringen (Bilag 5, Tabel B5.2)

For hver af de sociodemografiske faktorer vælges en referencegruppe, for uddannelse f.eks. patienter med erhvervsfaglig uddannelse. Resultaterne vises som forskellen på ændringen i den aktuelle gruppe (f.eks. patienter med lang videregående uddannelse) og ændringen i referencegruppen (f.eks. patienter med erhvervsfaglig uddannelse). Forskellen på ændringerne beregnes som den relative forskel, således at de viste estimater er den procentuelle forskel på ændringerne i de to grupper af

patienter (f.eks. patienter med lang videregående uddannelse og med erhvervsfaglig uddannelse). En forskel på 1,04 vil således betyde, at den aktuelle gruppe har en ændring som er 4 % større end ændringen i referencegruppen, mens en forskel på 0,95 betyder, at den aktuelle gruppe har en ændring som er 5 % mindre end ændringen i referencegruppen. Resultaterne præsenteres i søjlediagrammer for den relative forskel i ændring.

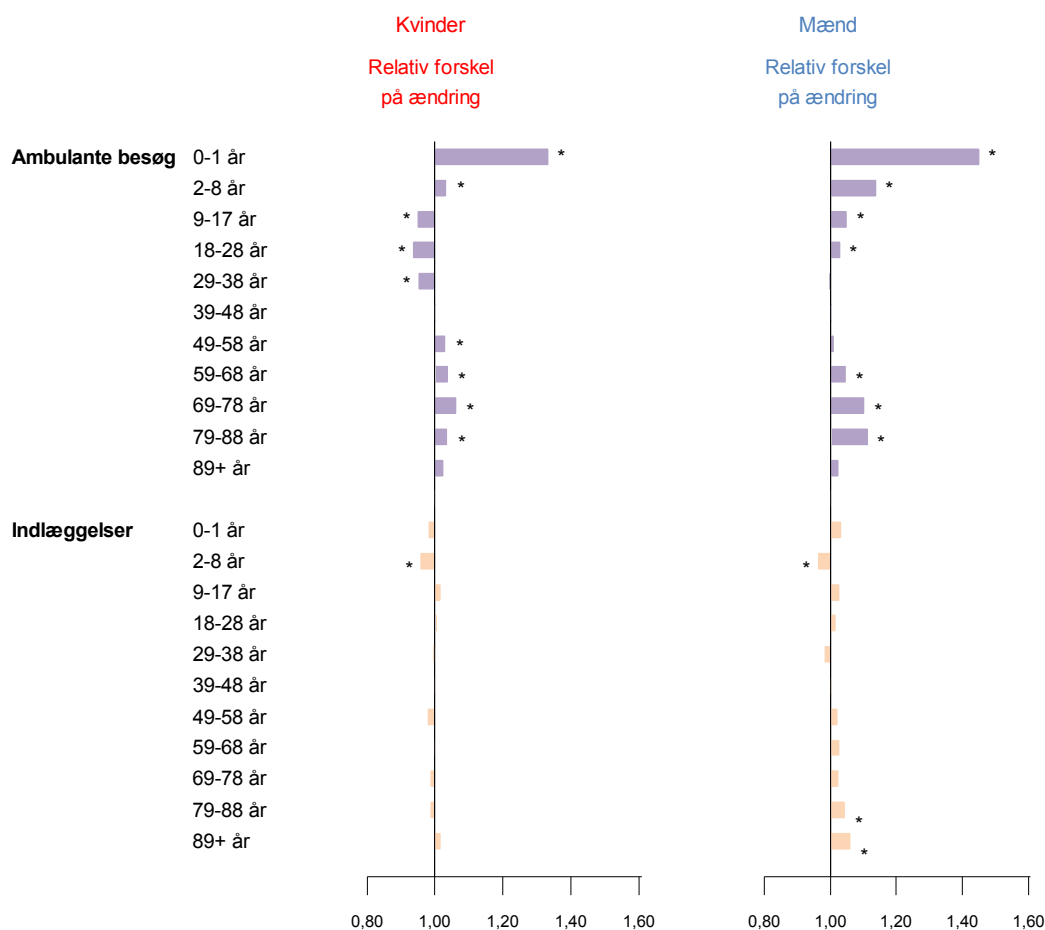
* En stjernemarkering angiver, at der er statistisk signifikant forskel i ændringen i den aktuelle gruppe og i referencegruppen. Bemærk, at søjlediagrammerne ikke har samme akser. Akserne er for hver faktor valgt, så det er muligt at se forskel på grupperne i faktoren.

4.2.1 Betydning af alder

Alder har betydning for ændringen i kommunal medfinansiering for ambulante besøg for både kvinder og mænd (tabel 4.3). Ændringen er større blandt de 0-1 årige piger end blandt de øvrige aldersgrupper. Ændringen er større blandt de 0-8 årige drenge (især de 0-1 årige) end for de øvrige aldersgrupper.

Alder har betydning for ændring i udgiften til kommunal medfinansiering for indlæggelser for mænd, men ikke for kvinder (tabel 4.3). For mænd er ændringen større for de ældste aldersgrupper end for de øvrige aldersgrupper.

Tabel 4.3 Betydning af alder. Ændring fra 2013 til 2015 i størrelsen af den kommunale medfinansiering i forhold til ændring i referencegruppen



* Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i referencegruppen (39-48 år)

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i referencegruppen

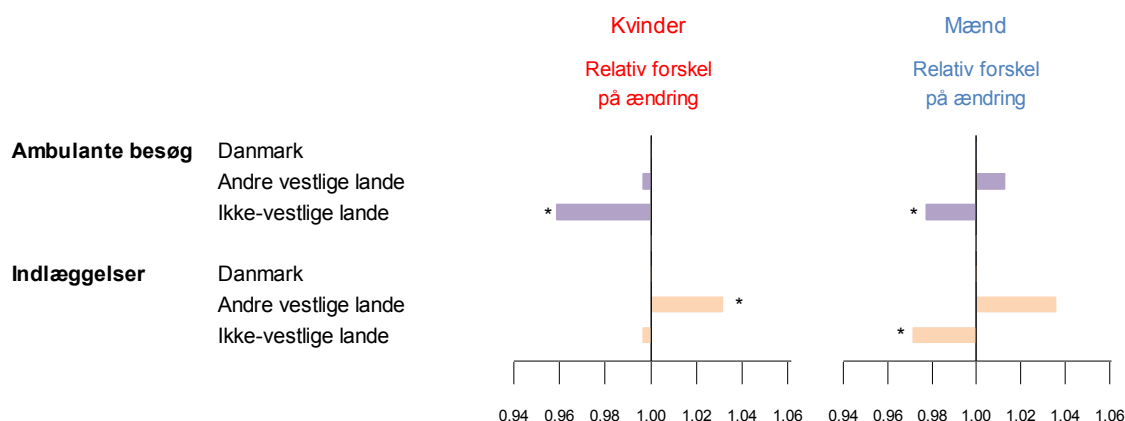
Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i referencegruppen

4.2.2 Betydningen af etnisk baggrund

Etnisk baggrund har betydning for ændringen i størrelsen af den kommunale medfinansiering til ambulante besøg for både kvinder og mænd (tabel 4.4). Ændringen er mindre blandt borgere fra ikke-vestlige lande end blandt øvrige borgere.

Etnisk baggrund har betydning for ændringen i størrelsen af den kommunale medfinansiering til indlæggelser for mænd, men ikke for kvinder. Ændringen er mindre blandt mænd fra ikke-vestlige lande i forhold til ændringen for de øvrige mænd. For kvinder ses en tendens til at kvinder fra andre vestlige lande oplever lidt større ændring end kvinder fra Danmark.

Tabel 4.4 Betydning af etnisk baggrund. Ændring fra 2013 til 2015 i størrelsen af den kommunale medfinansiering i forhold til ændring i referencegruppen



*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i referencegruppen (Danmark)

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder

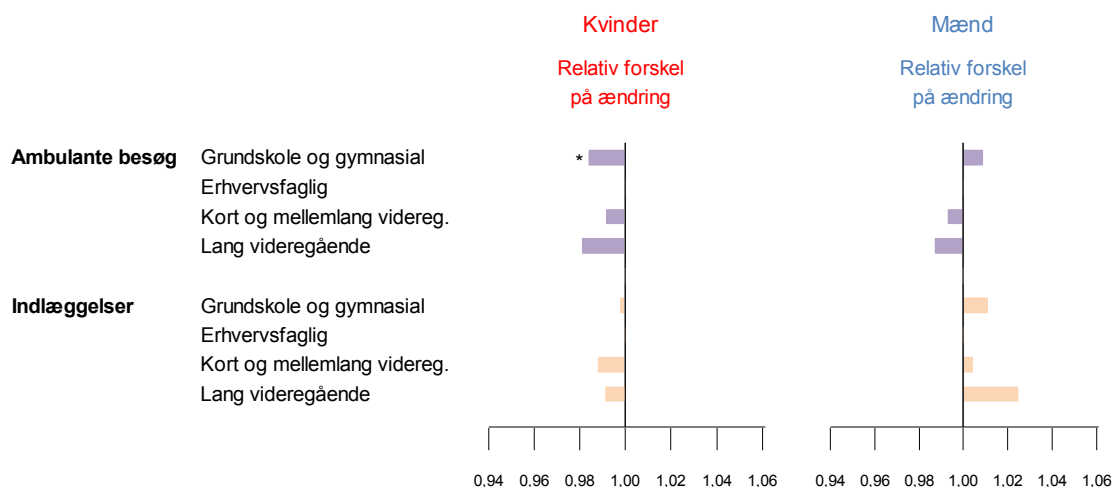
Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder

4.2.3 Betydningen af uddannelsesniveau

Uddannelsesniveau har ikke betydning for ændringen i størrelsen af udgiften til kommunal medfinansiering til både ambulante besøg og indlæggelser, hverken for kvinder eller mænd (tabel 4.5).

For kvinder ses dog en tendens til at ændringen for udgift til ambulante besøg er mindre blandt kvinder med grundskole og gymnasial uddannelse i forhold til kvinder med erhvervsfaglig uddannelse.

Tabel 4.5 Betydning af uddannelsesniveau. Ændring fra 2013 til 2015 i størrelsen af den kommunale medfinansiering i forhold til ændring i referencegruppen



*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i referencegruppen (Erhvervsfaglig)

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder

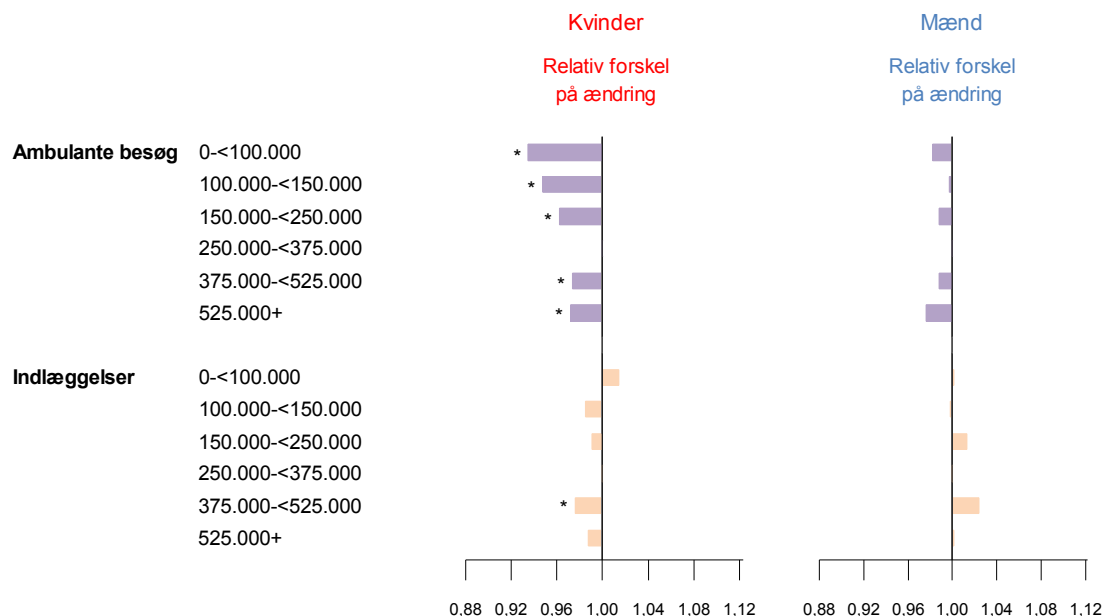
Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder

4.2.4 Betydningen af indkomstniveau

Indkomstniveau har betydning for ændringen i størrelsen af kommunal medfinansiering til ambulante besøg for kvinder, men ikke for mænd (tabel 4.6). Ændringen er mindre blandt kvinder med lavere og højere indkomst, end blandt kvinder med indkomst på 250.000-375.000 kr.

Med hensyn til ændring i størrelse af kommunal medfinansiering for indlæggelser, har indkomst ingen betydning for ændringen fra 2013 til 2015, for hverken mænd eller kvinder.

Tabel 4.6 Betydning af indkomstniveau. Ændring fra 2013 til 2015 i størrelsen af den kommunale medfinansiering i forhold til ændring i referencegruppen



*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i referencegruppen (250.000-375.000)

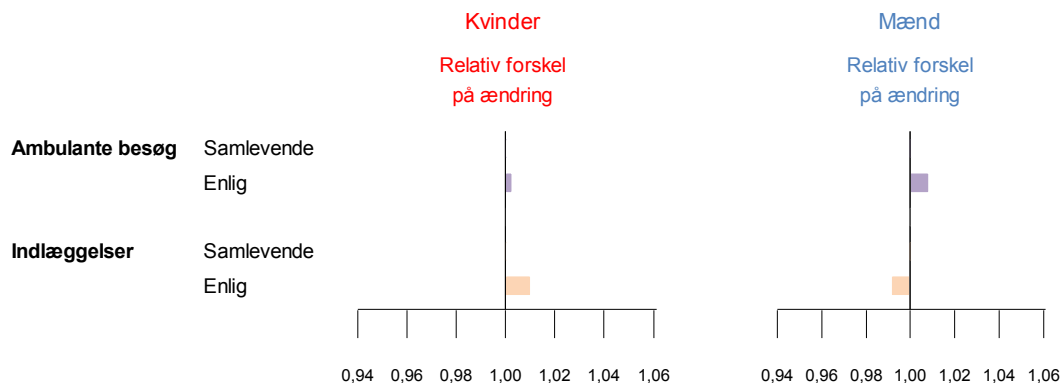
Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder

Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder

4.2.5 Betydningen af samlivsstatus

Samlivsstatus har ikke betydning for ændringen fra 2013 til 2015 (tabel 4.7). Ændringen er den samme for samlevende og enlige for både kvinder og mænd og både for udgiften til kommunal medfinansiering for ambulante besøg og indlæggelser.

Tabel 4.7 Betydning af samlivsstatus. Ændring fra 2013 til 2015 i størrelsen af den kommunale medfinansiering i forhold til ændring i referencegruppen



*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i referencegruppen (Samlevende)

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder

Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder

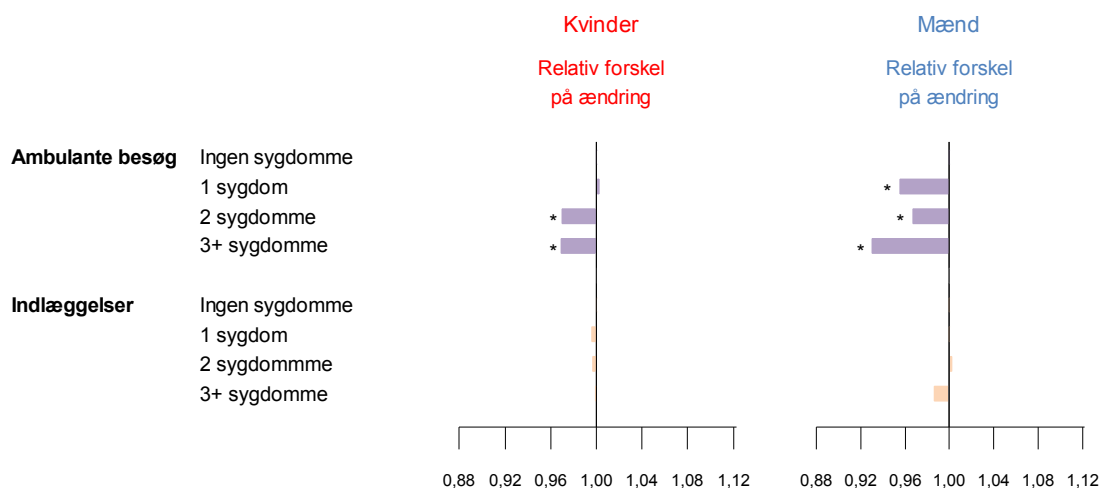
4.2.6 Betydningen af antallet af kroniske sygdomme

Antallet af kroniske sygdomme har betydning for ændringen i udgiften til kommunal medfinansiering for ambulante besøg for både mænd og kvinder (tabel 4.8). For kvinder ses at ændringen i udgift har været mindre blandt patienter med to eller flere kroniske sygdomme i forhold til patienter med

ingen eller én kronisk sygdom. For mænd ses at ændringen har været mindre blandt mænd med kronisk sygdom end blandt mænd uden kronisk sygdom.

Antallet af kroniske sygdomme har ikke betydning for ændringen i udgift til kommunal medfinansiering for indlæggelser.

Tabel 4.8 Betydning af antal kroniske sygdomme. Ændring fra 2013 til 2015 i størrelsen af den kommunale medfinansiering i forhold til ændring i referencegruppen



*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i referencegruppen (Ingen sygdomme)

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund og samlivsstatus

Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund og samlivsstatus

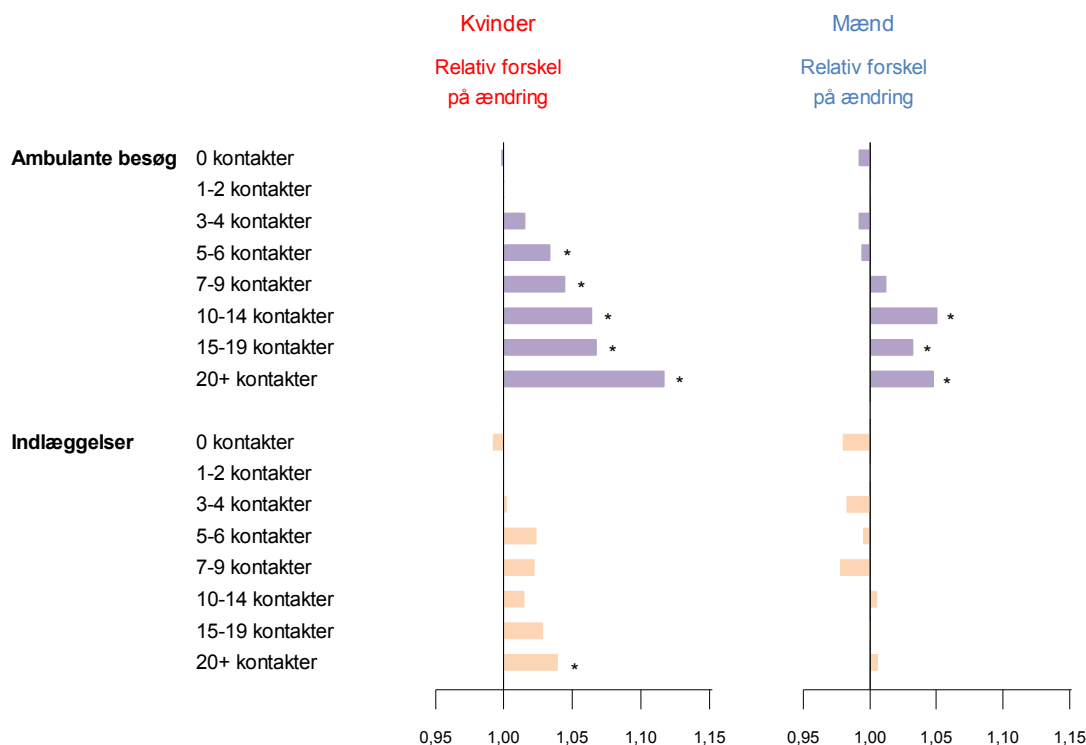
Antal kroniske sygdomme blandt følgende: Diabetes, hjertesygdom, apopleksi, KOL, astma, kræft, inflammatorisk ledsygdom, knogleskørhed, langvarig depression, svær psykisk lidelse og demens. For definition af de enkelte kroniske sygdomme se "Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 - Kronisk Sygdom" (5)

4.2.7 Betydning af antal kontakter til almen praksis

I tabel 4.9 ses for både kvinder og mænd, at antal kontakter til almen praksis har betydning for ændringen i udgiften til kommunal medfinansiering for ambulante besøg. Ændringen er større blandt kvinder med 5 eller flere kontakter til almen praksis end blandt kvinder med færre kontakter til almen praksis, og ændringen bliver større jo flere kontakter til almen praksis der er tale om. Ændringen er større blandt mænd med mindst 10 kontakter til almen praksis end blandt mænd med færre kontakter til almen praksis.

Antal kontakter til almen praksis har ikke betydning for ændringen i udgiften til kommunal medfinansiering for indlæggelser, hverken for kvinder eller mænd. For kvinder ses dog en tendens til at ændringen er større blandt kvinder med 20 eller flere kontakter til almen praksis i forhold til kvinder med 1-2 kontakter til almen praksis.

Tabel 4.9 Betydning af antal kontakter til almen praksis. Ændring fra 2013 til 2015 i størrelsen af den kommunale medfinansiering i forhold til ændring i referencegruppen



*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i referencegruppen (1-2 kontakter)

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

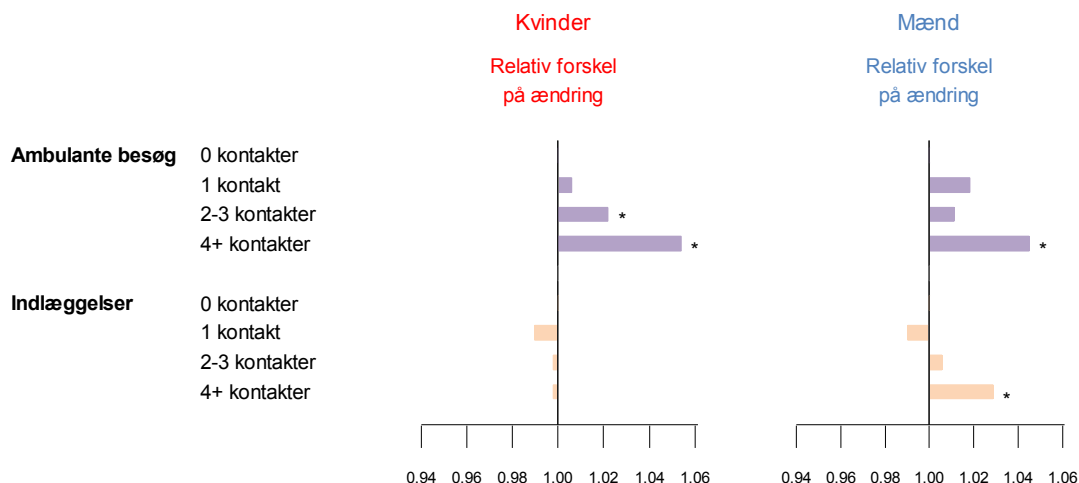
Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

4.2.8 Betydningen af antal kontakter til speciallæge

Antal kontakter til speciallæge har betydning for ændringen i kommunal medfinansiering til ambulante besøg for både kvinder og mænd (tabel 4.10). For begge køn er ændringen relativt set større blandt patienter med mindst 4 kontakter til speciallæge i forhold til borgere med færre eller ingen kontakter.

Antal kontakter til speciallæge har ikke betydning for ændringen i kommunal medfinansiering til indlæggelser, hverken for kvinder eller mænd. Der ses dog for mænd en tendens til at ændringen er større for mænd med 4 eller flere kontakter i forhold til mænd uden kontakter til speciallæge.

Tabel 4.10 Betydning af antal kontakter til speciallæge. Ændring fra 2013 til 2015 i størrelsen af den kommunale medfinansiering i forhold til ændring i referencegruppen



*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i referencegruppen (0 kontakter)

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i referencegruppen, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

4.2.9 Betydningen af kommune

Ændring i udgifter til kommunal medfinansiering for ambulante besøg

Når der tages hensyn til faktorerne alder, uddannelsesniveau, indkomstniveau, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme findes forskelle på kommunerne i forhold til ændring i størrelsen af udgift til kommunal medfinansiering for ambulante besøg for både kvinder og mænd (tabel 4.11).

Sammenlignet med regionsgennemsnittet findes for kvinder, at ændringen er større end regionsgennemsnittet for Rødovre, Tårnby og Helsingør kommuner. Ændringen er mindre end regionsgennemsnittet for Bornholms Regionskommune, Københavns Kommune samt bydelen Valby.

For mænd er der kun tre kommuner, hvor ændringen er anderledes end for regionsgennemsnittet. I Gentofte Kommune er ændringen mindre end gennemsnittet og i Halsnæs og Helsingør kommuner er ændringen større end gennemsnittet.

For både kvinder og mænd ses en betydning af kommune på ændring i størrelsen af udgift til kommunal medfinansiering for ambulante besøg, når der ikke tages hensyn til de nævnte faktorer (bilag 7, tabel B7.1). For kvinder ses, at der er mange kommuner, hvor ændringen adskiller sig fra den gennemsnitlige ændring, når der ikke tages hensyn til de nævnte faktorer. En del af forskellene i ændringer mellem kommunerne er således, især for kvinder, blevet forklaret af de faktorer, der tages hensyn til i analysen beskrevet her i afsnittet. Men de nævnte faktorer kan ikke forklare al forskel på kommunerne, der er også forskelle som må skyldes andre forhold.

Ændring i udgift til kommunal medfinansiering for indlæggelser

Når der tages hensyn til faktorerne alder, uddannelsesniveau, indkomstniveau, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme har kommune ikke betydning for ændringen i udgiften til den kommunale medfinansiering til indlæggelser, hverken for kvinder eller mænd (tabel 4.12). Det ses dog alligevel at en enkelt kommune for kvinder (Hillerød Kommune) har en ændring som adskiller sig fra den gennemsnitlige ændring ved at være lidt større end gennemsnittet. For mænd ser det ud til at ændringen er lidt større end gennemsnittet for Gentofte Kommune og lidt mindre end gennemsnittet for Københavns Kommune.

Når der ikke tages hensyn til de nævnte faktorer ses tilsvarende, at der ikke er forskel på ændringen i udgift til kommunal medfinansiering mellem kommunerne (bilag 7, bilag B7.2), hverken for kvinder eller mænd.

Ændring i udgift til kommunal medfinansiering for akutte og planlagte ambulante besøg

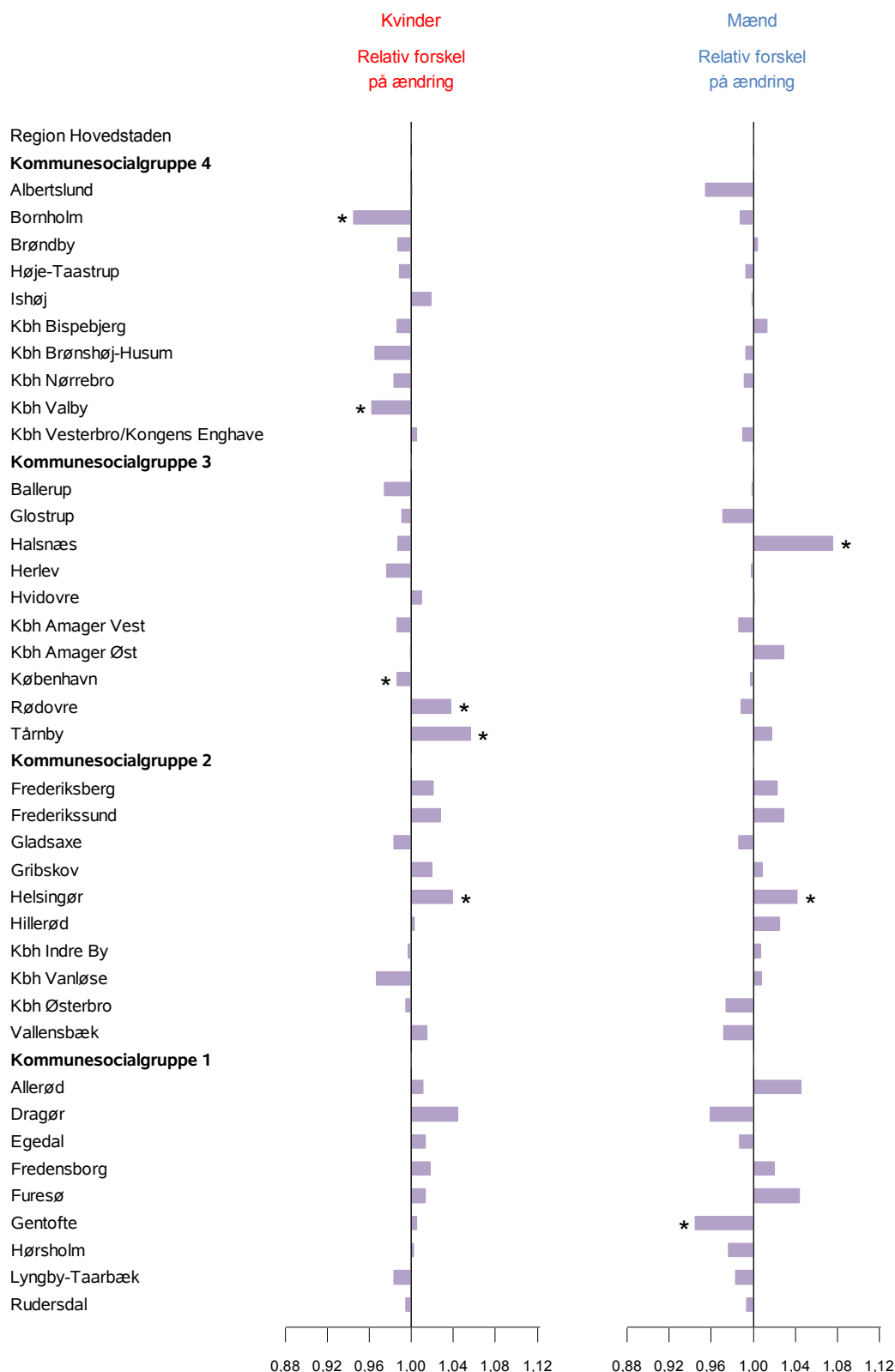
I tabel 4.13 og tabel 4.14 ses separat på betydningen af kommune i forhold til ændringer i størrelsen af den kommunale medfinansiering for akutte og planlagte ambulante besøg.

Kommune har betydning for ændringen i den kommunale medfinansiering til akutte ambulante besøg for både kvinder og mænd, når der tages hensyn til faktorerne alder, uddannelsesniveau, indkomstniveau, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme (tabel 4.13). For kvinder er ændringen større end gennemsnittet for Hvidovre og Helsingør kommuner samt Bornholms Regionskommune og mindre end gennemsnittet for Lyngby-Taarbæk, Gentofte, København og Frederiksberg kommuner og bydelen Nørrebro. For mænd er ændringen større end gennemsnittet for Tårnby, Fredensborg, Frederikssund, Helsingør, Hillerød, Hørsholm og Bornholm kommuner samt bydelen Amager Øst og mindre end gennemsnittet for Lyngby-Taarbæk, Ballerup, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Herlev og Frederiksberg kommuner samt for bydelene Østerbro og Brønshøj-Husum.

Når der tages hensyn til faktorerne alder, uddannelsesniveau, indkomstniveau, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme har kommune betydning for ændringen i den kommunale medfinansiering til planlagte ambulante besøg for kvinder, men ikke for mænd (tabel 4.14). For kvinder ses større ændring end for gennemsnittet for Rødovre, Tårnby og Frederiksberg kommuner og mindre ændring end gennemsnittet for Bornholms Regionskommune. For mænd er den gennemsnitlige ændring i udgiften til kommunal medfinansiering for planlagte ambulante besøg ikke forskellig mellem kommunerne i et overordnet test. Der ses dog alligevel en større ændring end for gennemsnittet for Halsnæs Kommune og en mindre ændring end for gennemsnittet for Gentofte og Albertslund kommuner.

Kommune har betydning for ændringen i den kommunale medfinansiering til både akutte og planlagte ambulante besøg for både kvinder og mænd, når der ikke tages hensyn til andre faktorer (bilag 7, tabel B7.3 og B7.4). Det er således kun for mænd for planlagte ambulante besøg, at de nævnte faktorer forklarer det meste af variationen mellem kommunerne. For kommunal medfinansiering til akutte ambulante besøg og planlagte ambulante besøg for kvinder har andet end de nævnte faktorer således også betydning for forskellen på kommunerne.

Tabel 4.11 Betydning af kommune. Ændring fra 2013 til 2015 i størrelsen af den kommunale medfinansiering for ambulante besøg i forhold til ændring i referencegruppen

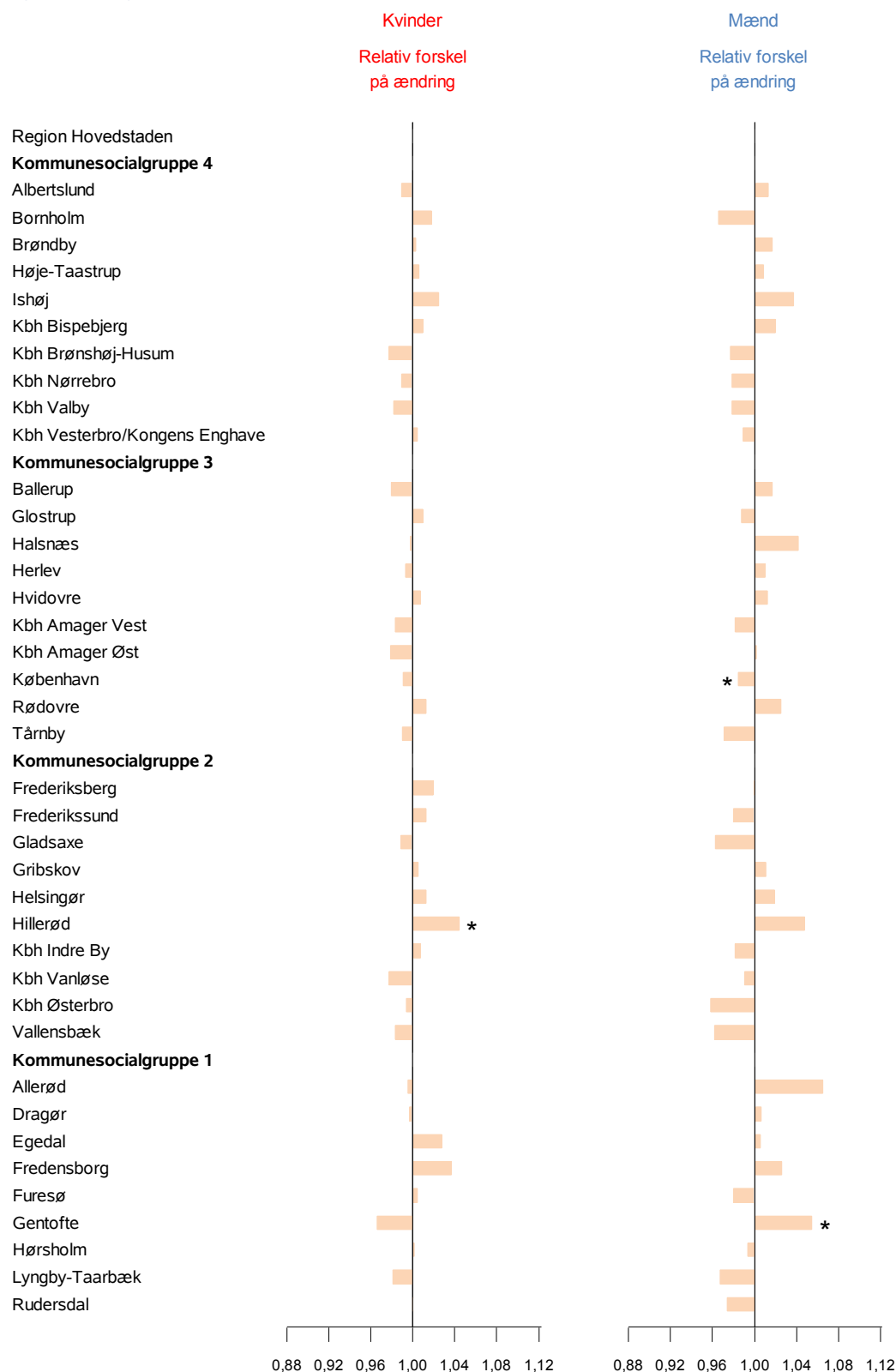


*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i regionsgennemsnittet

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i regionsgennemsnittet, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i regionsgennemsnittet, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

Tabel 4.12 Betydningen af kommune. Ændring fra 2013 til 2015 i størrelsen af den kommunale medfinansiering for indlæggelser i forhold til ændring i referencegruppen

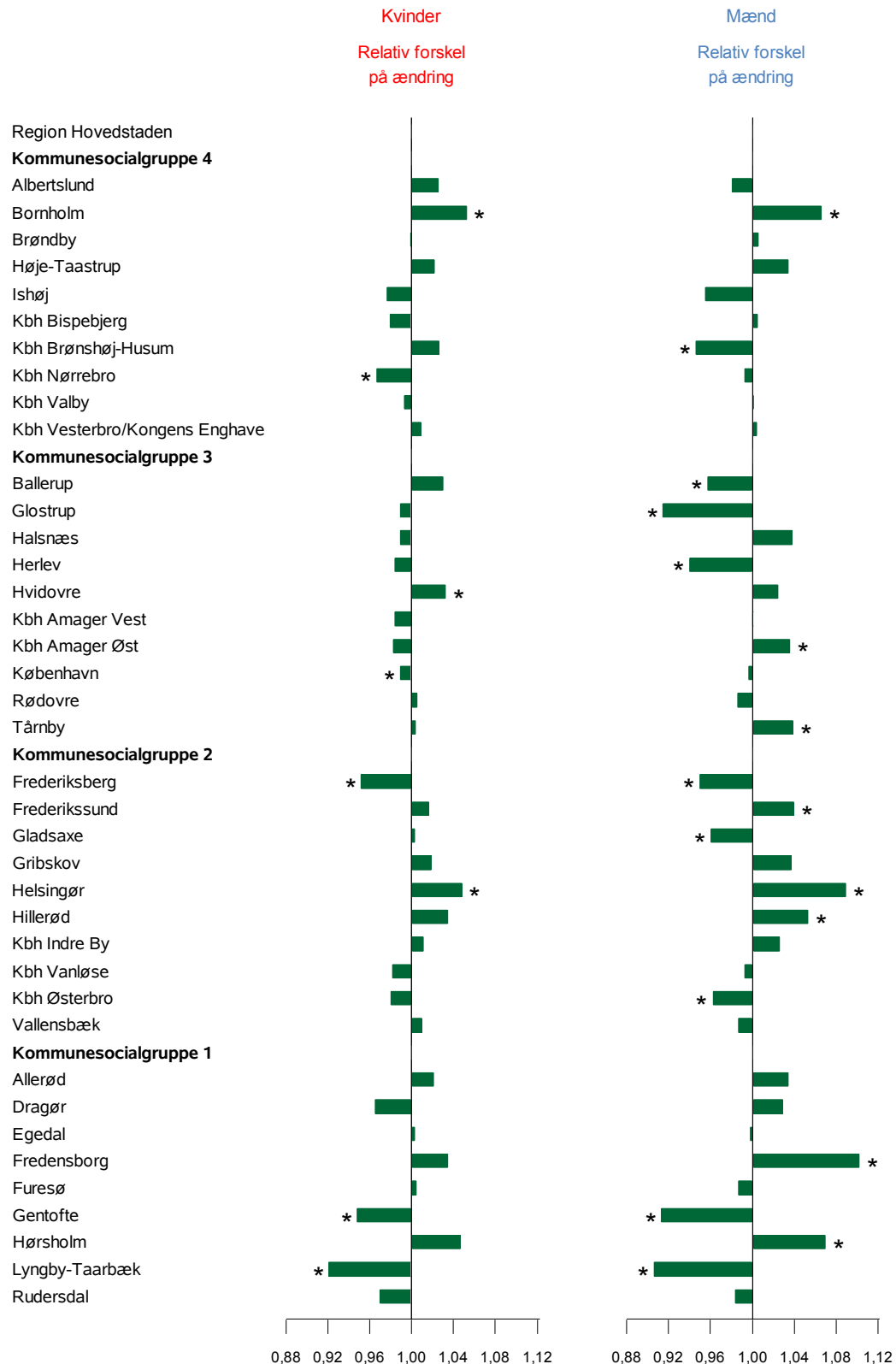


* Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i regionsgennemsnittet

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i regionsgennemsnittet, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i regionsgennemsnittet, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

Tabel 4.13 Betydning af kommune. Ændring fra 2013 til 2015 i størrelsen af den kommunale medfinansiering for akutte ambulante besøg i forhold til ændring i referencegruppen



* Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i regionsgennemsnittet

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i regionsgennemsnittet, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i regionsgennemsnittet, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

Tabel 4.14 Betydning af kommune. Ændring fra 2013 til 2015 i størelsen af den kommunale medfinansiering for planlagte ambulante besøg i forhold til ændring i referencegruppen



*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i regionsgennemsnittet

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i regionsgennemsnittet, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i regionsgennemsnittet, når der justeres for alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme

5. 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>; juni 2018.
3. Udviklingsgruppen vedr. data om økonomi og aktivitet: Afrapportering fra Arbejdsgruppen vedrørende gennemsigtighed i kommunal medfinansiering. Region Hovedstaden; 2015.
4. Johansen, NB; Funder, CG; Andreasen, AH; Virenfelt, GM; Nielsen, A: Betydende faktorer for kommunal medfinansiering, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden; 2016
5. Johansen NB; Lykke MB; Bekker-Jeppesen M; Buhelt LP; Allesøe K; Andreasen AH; Lau CJ: Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Kronisk sygdom. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, 2018

Bilag 1: Oplysninger for kommunerne (kapitel 2)

Tabel B1.1: Totale udgifter til kommunal medfinansiering (KMF) i 2013 og 2015, fordelt på indlæggelser og ambulante besøg. Sidstnævnte underopdeles i hhv. akut- og planlagte ambulante besøg

KVINDER	Total KMF 2013 (kr.)	Total KMF 2015 (kr.)	Ændring i total KMF 2013-15 (kr.)
Region Hovedstaden	2.786.866.142	2.997.327.532	210.461.390
Indlæggelser	1.562.496.537	1.607.458.595	44.962.058
Ambulante besøg	1.224.369.605	1.389.868.937	165.499.332
Akut ambulante besøg	42.423.798	88.986.469	46.562.671
Planlagte ambulante besøg	1.181.945.807	1.300.882.468	118.936.661

MÆND	Total KMF 2013 (kr.)	Total KMF 2015 (kr.)	Ændring i total KMF 2013-15 (kr.)
Region Hovedstaden	2.251.197.595	2.436.057.478	184.859.883
Indlæggelser	1.311.009.174	1.366.526.165	55.516.991
Ambulante besøg	940.188.421	1.069.531.313	129.342.892
Akut ambulante besøg	48.718.168	87.449.864	38.731.696
Planlagte ambulante besøg	891.470.253	982.081.449	90.611.196

Tabel B1.2 Antal og andel patienter med mindst ét ambulant besøg og mindst én indlæggelse i 2013 og 2015, fordelt på kommuner. Mænd

Mænd				Ambulante besøg			Indlæggelser		
	Antal mænd i Region H			Antal patienter Andel patienter			Antal patienter Andel patienter		
	2013	2015	Forskel 2013-15	2013 N (%)	2015 N (%)	Forskel 2013-15 (%-point)	2013 N (%)	2015 N (%)	Forskel 2013-15 (%-point)
Region H	847.926	866.784	18.858	316.693 37,3 %	357.814 41,3 %	41.121 3,9	95.840 11,3 %	98.323 11,3 %	2.483 0
Kommunesocialgruppe 1									
Allerød	11.776	11.934	158	4.418 37,5 %	4.954 41,5 %	536 4	1.250 10,6 %	1.358 11,4 %	108 0,8
Dragør	6.798	6.839	41	2.551 37,5 %	2.846 41,6 %	295 4,1	772 11,4 %	804 11,8	32 0,4
Egedal	20.859	21.120	261	7.617 36,5 %	8.717 41,3 %	1.100 4,8	2.207 10,6 %	2.304 10,9	97 0,3
Furesø	18.592	19.051	459	6.646 35,7 %	7.745 40,7 %	1.099 4,9	1.952 10,5 %	2.145 11,3 %	193 0,8
Gentofte	34.664	35.381	717	13.694 39,5 %	15.354 43,4 %	1.660 3,9	3.551 10,2 %	3.491 9,9 %	-60 -0,4
Hørsholm	11.519	11.690	171	4.538 39,4 %	5.014 42,9 %	476 3,5	1.414 12,3 %	1.439 12,3 %	25 0
Lyngby-Taarbæk	26.077	26.540	463	9.975 38,3 %	11.145 42 %	1.170 3,7	2.705 10,4 %	2.793 10,5 %	88 0,2
Rudersdal	26.530	26.981	451	10.051 37,9 %	11.585 42,9 %	1.534 5,1	2.796 10,5 %	2.991 11,1 %	195 0,5
Kommunesocialgruppe 2									
Fredensborg	19.113	19.296	183	7.459 39 %	8.403 43,5 %	944 4,5	2.240 11,7 %	2.471 12,8 %	231 1,1
Frederiksberg	48.094	48.582	488	17.135 35,6 %	19.161 39,4 %	2.026 3,8	5.164 10,7 %	5.035 10,4 %	-129 -0,4
Frederikssund	21.958	22.007	49	9.211 41,9 %	10.269 46,7 %	1.058 4,7	2.899 13,2 %	3.252 14,8 %	353 1,6
Gladsaxe	32.464	33.137	673	12.505 38,5 %	14.170 42,8 %	1.665 4,2	3.656 11,3 %	3.883 11,7 %	227 0,5
Helsingør	30.118	30.023	-95	12.802 42,5 %	14.143 47,1 %	1.341 4,6	3.824 12,7 %	4.092 13,6 %	268 0,9
Hillerød	23.574	24.024	450	9.406 39,9 %	10.732 44,7 %	1.326 4,8	2.840 12 %	3.089 12,9 %	249 0,8
Vallensbæk	7.359	7.587	228	2.987 40,6 %	3.434 45,3 %	447 4,7	923 12,5 %	931 12,3 %	8 -0,3

Mænd				Ambulante besøg			Indlæggelser		
	Antal mænd i Region H			Antal patienter Andel patienter			Antal patienter Andel patienter		
	2013	2015	Forskel 2013-15	2013 N (%)	2015 N (%)	Forskel 2013-15 (%-point)	2013 N (%)	2015 N (%)	Forskel 2013-15 (%-point)
Region H	847.926	866.784	18.858	316.693 37,3 %	357.814 41,3 %	41.121 3,9	95.840 11,3 %	98.323 11,3 %	2.483 0
Kommunesocialgruppe 3									
Ballerup	23.658	23.701	43	9.202 38,9 %	10.355 43,7 %	1.153 4,8	2.790 11,8 %	2.979 12,6 %	189 0,8
Glostrup	10.681	11.055	374	4.697 44 %	5.294 47,9 %	597 3,9	1.447 13,5 %	1.513 13,7 %	66 0,1
Gribskov	20.205	20.322	117	8.344 41,3 %	9.309 45,8 %	965 4,5	2.698 13,4 %	2.888 14,2 %	190 0,9
Herlev	13.096	13.642	546	5.416 41,4 %	6.268 45,9 %	852 4,6	1.661 12,7 %	1.772 13 %	111 0,3
Hvidovre	25.246	25.768	522	10.192 40,4 %	11.515 44,7 %	1.323 4,3	3.189 12,6 %	3.206 12,4 %	17 -0,2
København	276.256	286.916	10.660	93.757 33,9 %	107.015 37,3 %	13.258 3,4	28.200 10,2 %	27.654 9,6 %	-546 -0,6
Rødovre	18.222	18.428	206	7.028 38,6 %	7.946 43,1 %	918 4,6	2.182 12 %	2.329 12,6 %	147 0,7
Tårnby	20.310	21.050	740	8.136 40,1 %	9.090 43,2 %	954 3,1	2.357 11,6 %	2.385 11,3 %	28 -0,3
Kommunesocialgruppe 4									
Albertslund	13.930	13.876	-54	5.689 40,8 %	6.443 46,4 %	754 5,6	1.758 12,6 %	1.745 12,6 %	-13 0
Bornholm	20.128	19.716	-412	9.003 44,7 %	9.972 50,6 %	969 5,8	2.770 13,8 %	2.940 14,9 %	170 1,1
Brøndby	16.718	17.181	463	7.123 42,6 %	8.094 47,1 %	971 4,5	2.364 14,1 %	2.273 13,2 %	-91 -0,9
Halsnæs	15.325	15.332	7	6.593 43 %	7.263 47,4 %	670 4,4	2.237 14,6 %	2.422 15,8 %	185 1,2
Høje-Taastrup	24.116	24.560	444	9.408 39 %	10.548 42,9 %	1.140 3,9	2.922 12,1 %	3.120 12,7 %	198 0,6
Ishøj	10.540	11.045	505	4.264 40,5 %	4.912 44,5 %	648 4	1.365 13 %	1.381 12,5 %	16 -0,4

Tabel B1.3 Antal og andel patienter med mindst ét ambulant besøg og mindst én indlæggelse i 2013 og 2015, fordelt på kommuner.
Kvinder

Kvinder				Ambulante besøg			Indlæggelser		
	Antal kvinder i Region H			Antal patienter Andel patienter			Antal patienter Andel patienter		
	2013	2015	Forskel 2013-15	2013 N (%)	2015 N (%)	Forskel 2013-15 (%-point)	2013 N (%)	2015 N (%)	Forskel 2013-15 (%-point)
Region H	884.050	901.250	17.200	415.493 47 %	470.114 52,2 %	54.621 5,2	126.539 14,3 %	131.184 14,6 %	4.645 0,2
Kommunesocialgruppe 1									
Allerød	12.297	12.477	180	5.801 47,2 %	6.597 52,9 %	796 5,7	1.510 12,3 %	1.622 13 %	112 0,7
Dragør	7.119	7.189	70	3.289 46,2 %	3.766 52,4 %	477 6,2	903 12,7 %	888 12,4 %	-15 -0,3
Egedal	21.159	21.453	294	9.955 47 %	11.225 52,3 %	1.270 5,3	2.679 12,7 %	2.909 13,6 %	230 0,9
Furesø	19.644	20.026	382	9.170 46,7 %	10.529 52,6 %	1.359 5,9	2.514 12,8 %	2.696 13,5 %	182 0,7
Gentofte	38.696	39.551	855	18.911 48,9 %	21.253 53,7 %	2.342 4,9	4.814 12,4 %	4.978 12,6 %	164 0,1
Hørsholm	13.024	13.166	142	6.362 48,8 %	7.084 53,8 %	722 5	1.866 14,3 %	2.000 15,2 %	134 0,9
Lyngby-Taarbæk	27.763	28.238	475	13.780 49,6 %	15.454 54,7 %	1.674 5,1	3.685 13,3 %	3.724 13,2 %	39 -0,1
Rudersdal	28.297	28.460	163	13.427 47,5 %	15.272 53,7 %	1.845 6,2	3.523 12,5 %	3.688 13 %	165 0,5
Kommunesocialgruppe 2									
Fredensborg	20.349	20.476	127	9.779 48,1 %	11.100 54,2 %	1.321 6,2	2.851 14 %	3.083 15,1 %	232 1
Frederiksberg	53.935	54.610	675	25.094 46,5 %	27.658 50,6 %	2.564 4,1	7.854 14,6 %	7.885 14,4 %	31 -0,1
Frederikssund	22.407	22.406	-1	11.633 51,9 %	12.881 57,5 %	1.248 5,6	3.483 15,5 %	3.671 16,4 %	188 0,8
Gladsaxe	33.566	34.210	644	16.653 49,6 %	18.833 55,1 %	2.180 5,4	5.053 15,1 %	5.176 15,1 %	123 0,1
Helsingør	31.495	31.609	114	16.252 51,6 %	18.290 57,9 %	2.038 6,3	4.702 14,9 %	5.063 16 %	361 1,1
Hillerød	24.741	25.084	343	12.521 50,6 %	14.158 56,4 %	1.637 5,8	3.794 15,3 %	3.981 15,9 %	187 0,5
Vallensbæk	7.438	7.617	179	3.819 51,3 %	4.244 55,7 %	425 4,4	1.167 15,7 %	1.162 15,3 %	-5 -0,4

Kvinder				Ambulante besøg			Indlæggelser		
	Antal kvinder i Region H			Antal patienter Andel patienter			Antal patienter Andel patienter		
	2013	2015	Forskel 2013-15	2013 N (%)	2015 N (%)	Forskel 2013-15 (%-point)	2013 N (%)	2015 N (%)	Forskel 2013-15 (%-point)
Region H	884.050	901.250	17.200	415.493 47 %	470.114 52,2 %	54.621 5,2	126.539 14,3 %	131.184 14,6 %	4.645 0,2
Kommunesocialgruppe 3									
Ballerup	24.553	24.654	101	12.338 50,3 %	13.634 55,3 %	1.296 5,1	3.750 15,3 %	3.853 15,6 %	103 0,4
Glostrup	11.188	11.302	114	6.034 53,9 %	6.695 59,2 %	661 5,3	1.943 17,4 %	1.987 17,6 %	44 0,2
Gribskov	20.450	20.533	83	10.329 50,5 %	11.775 57,3 %	1.446 6,8	3.061 15 %	3.381 16,5 %	320 1,5
Herlev	13.862	14.506	644	7.375 53,2 %	8.417 58 %	1.042 4,8	2.326 16,8 %	2.474 17,1 %	148 0,3
Hvidovre	26.095	26.612	517	13.178 50,5 %	14.860 55,8 %	1.682 5,3	4.125 15,8 %	4.217 15,8 %	92 0
København	283.184	293.268	10.084	122.152 43,1 %	140.834 48 %	18.682 4,9	39.057 13,8 %	39.665 13,5 %	608 -0,3
Rødovre	19.129	19.315	186	9.478 49,5 %	10.638 55,1 %	1.160 5,5	3.067 16 %	3.108 16,1 %	41 0,1
Tårnby	21.262	21.523	261	10.287 48,4 %	11.628 54 %	1.341 5,6	3.032 14,3 %	3.223 15 %	191 0,7
Kommunesocialgruppe 4									
Albertslund	13.894	13.930	36	7.170 51,6 %	7.951 57,1 %	781 5,5	2.106 15,2 %	2.266 16,3 %	160 1,1
Bornholm	20.587	20.112	-475	11.214 54,5 %	12.796 63,6 %	1.582 9,2	3.030 14,7 %	3.201 15,9 %	171 1,2
Brøndby	17.492	17.869	377	9.126 52,2 %	10.361 58 %	1.235 5,8	2.920 16,7 %	3.115 17,4 %	195 0,7
Halsnæs	15.478	15.404	-74	8.190 52,9 %	9.021 58,6 %	831 5,6	2.622 16,9 %	2.727 17,7 %	105 0,8
Høje-Taastrup	24.355	24.670	315	12.159 49,9 %	13.480 54,6 %	1.321 4,7	3.856 15,8 %	4.035 16,4 %	179 0,5
Ishøj	10.591	10.980	389	5.260 49,7 %	6.170 56,2 %	910 6,5	1.699 16 %	1.880 17,1 %	181 1,1

Tabel B1.4 Samlede udgifter til kommunal medfinansiering og udgifter fordelt på ambulante besøg og indlæggelser i 2013 og 2015, fordelt på kommuner. For alle borgere

	Ambulante besøg		Indlæggelser		Total	
	2013	2015	2013	2015	2013	2015
Region H	2.164.558.026	2.459.400.250	2.873.505.711	2.973.984.760	5.038.063.737	5.433.385.010
Kommunesocialgruppe 1						
Allerød	27.988.495	32.787.193	34.339.799	38.266.080	62.328.294	71.053.273
Dragør	17.521.330	20.680.463	23.930.707	24.781.732	41.452.037	45.462.195
Egedal	51.028.125	57.975.007	61.532.881	65.419.358	112.561.006	123.394.365
Fredensborg	47.793.097	55.628.988	64.428.291	73.407.723	112.221.388	129.036.711
Furesø	45.257.985	54.593.415	57.871.925	61.139.012	103.129.910	115.732.427
Gentofte	94.917.066	108.555.358	109.819.227	110.140.690	204.736.293	218.696.048
Hørsholm	30.884.770	35.422.864	42.510.799	43.542.441	73.395.569	78.965.305
Lyngby-Taarbæk	73.195.800	81.851.705	85.593.141	84.719.809	158.788.941	166.571.514
Rudersdal	71.505.652	79.659.640	84.392.771	86.864.005	155.898.423	166.523.645
Kommunesocialgruppe 2						
Frederiksberg	127.095.716	145.215.936	172.532.786	175.432.810	299.628.502	320.648.746
Frederikssund	57.769.492	66.853.471	82.670.667	89.508.598	140.440.159	156.362.069
Gladsaxe	88.685.582	99.032.215	114.555.795	115.372.023	203.241.377	214.404.238
Gribskov	55.255.539	62.906.202	75.587.925	83.495.176	130.843.464	146.401.378
Helsingør	78.866.533	90.886.487	110.446.103	121.070.185	189.312.636	211.956.672
Hillerød	59.488.096	67.156.364	80.111.183	86.966.318	139.599.279	154.122.682
Vallensbæk	20.541.977	22.265.289	26.038.460	25.402.340	46.580.437	47.667.629
Kommunesocialgruppe 3						
Ballerup	67.313.673	75.319.427	85.353.065	90.235.293	152.666.738	165.554.720
Glostrup	31.377.468	35.104.834	44.445.687	44.500.910	75.823.155	79.605.744
Halsnæs	44.077.699	49.252.682	64.747.915	69.474.119	108.825.614	118.726.801
Herlev	40.006.001	46.440.102	50.668.256	54.285.768	90.674.257	100.725.870
Hvidovre	72.436.510	82.298.100	91.495.117	94.755.847	163.931.627	177.053.947
København	625.608.945	710.884.084	844.137.881	846.711.164	1.469.746.826	1.557.595.248
Rødovre	51.095.025	58.490.009	66.117.343	69.286.787	117.212.368	127.776.796
Tårnby	55.220.634	63.064.659	79.783.424	80.379.386	135.004.058	143.444.045
Kommunesocialgruppe 4						
Albertslund	36.772.737	39.753.663	47.630.655	49.913.528	84.403.392	89.667.191
Bornholm	53.753.767	59.345.527	82.077.777	85.525.980	135.831.544	144.871.507
Brøndby	50.892.925	56.846.707	66.594.122	69.008.394	117.487.047	125.855.101
Høje-Taastrup	61.253.293	68.707.855	85.325.177	89.900.534	146.578.470	158.608.389
Ishøj	26.954.094	32.422.004	38.766.832	44.478.750	65.720.926	76.900.754

Tabel B1.5 Samlede udgifter til kommunal medfinansiering og udgifter fordelt på ambulante besøg og indlæggelser i 2013 og 2015, fordelt på kommuner. For kvinder

KVINDER	Ambulante besøg		Indlæggelser		Total	
	2013	2015	2013	2015	2013	2015
Region H	1.224.369.605	1.389.868.937	1.562.496.537	1.607.458.595	2.786.866.142	2.997.327.532
Kommunesocialgruppe 1						
Allerød	15.501.807	18.396.330	18.167.743	18.897.069	33.669.550	37.293.399
Dragør	9.038.964	11.265.880	12.532.283	11.981.788	21.571.247	23.247.668
Egedal	27.339.343	30.912.487	31.822.569	34.328.350	59.161.912	65.240.837
Fredensborg	26.597.379	31.512.927	33.757.669	37.936.923	60.355.048	69.449.850
Furesø	25.157.386	30.868.108	30.667.060	31.998.298	55.824.446	62.866.406
Gentofte	54.364.188	62.416.015	62.921.696	60.009.516	117.285.884	122.425.531
Hørsholm	17.561.961	20.763.783	23.434.560	24.320.984	40.996.521	45.084.767
Lyngby-Taarbæk	41.592.146	47.056.757	47.036.396	47.435.290	88.628.542	94.492.047
Rudersdal	39.862.768	43.340.905	45.657.670	46.236.019	85.520.438	89.576.924
Kommunesocialgruppe 2						
Frederiksberg	76.392.878	86.121.360	100.415.131	102.344.785	176.808.009	188.466.145
Frederikssund	31.532.219	35.948.618	42.020.794	44.567.601	73.553.013	80.516.219
Gladsaxe	50.860.040	56.268.734	62.232.078	62.907.547	113.092.118	119.176.281
Gribskov	27.975.794	33.834.201	38.740.152	42.733.799	66.715.946	76.568.000
Helsingør	42.671.580	48.624.140	56.856.117	62.023.940	99.527.697	110.648.080
Hillerød	32.867.965	38.147.106	43.740.537	46.970.103	76.608.502	85.117.209
Vallensbæk	11.862.508	12.841.506	13.997.432	13.167.314	25.859.940	26.008.820
Kommunesocialgruppe 3						
Ballerup	38.311.401	41.373.134	46.493.559	47.874.174	84.804.960	89.247.308
Glostrup	17.889.975	19.509.939	23.804.869	23.660.918	41.694.844	43.170.857
Halsnæs	23.749.355	25.935.752	32.742.928	34.049.295	56.492.283	59.985.047
Herlev	22.632.053	25.858.464	28.041.791	29.219.338	50.673.844	55.077.802
Hvidovre	41.044.508	46.426.590	50.254.990	51.494.360	91.299.498	97.920.950
København	360.191.944	408.926.695	469.989.504	471.657.447	830.181.448	880.584.142
Rødovre	29.175.093	33.266.912	37.581.294	38.279.250	66.756.387	71.546.162
Tårnby	31.009.803	35.383.676	42.519.545	43.192.391	73.529.348	78.576.067
Kommunesocialgruppe 4						
Albertslund	20.623.285	22.734.873	24.719.763	26.646.810	45.343.048	49.381.683
Bornholm	29.312.391	32.539.260	40.207.402	43.454.181	69.519.793	75.993.441
Brøndby	29.511.848	32.665.245	35.946.925	37.994.255	65.458.773	70.659.500
Høje-Taastrup	34.452.864	38.218.778	45.810.566	47.936.112	80.263.430	86.154.890
Ishøj	15.286.159	18.710.762	20.383.514	24.140.738	35.669.673	42.851.500

Tabel B1.6 Samlede udgifter til kommunal medfinansiering og udgifter fordelt på ambulante besøg og indlæggelser i 2013 og 2015, fordelt på kommuner. For mænd

MÆND	Ambulante besøg		Indlæggelser		Total	
	2013	2015	2013	2015	2013	2015
Region H	940.188.421	1.069.531.313	1.311.009.174	1.366.526.165	2.251.197.595	2.436.057.478
Kommunesocialgruppe 1						
Allerød	12.486.688	14.390.863	16.172.056	19.369.011	28.658.744	33.759.874
Dragør	8.482.366	9.414.583	11.398.424	12.799.944	19.880.790	22.214.527
Egedal	23.688.782	27.062.520	29.710.312	31.091.008	53.399.094	58.153.528
Fredensborg	21.195.718	24.116.061	30.670.622	35.470.800	51.866.340	59.586.861
Furesø	20.100.599	23.725.307	27.204.865	29.140.714	47.305.464	52.866.021
Gentofte	40.552.878	46.139.343	46.897.531	50.131.174	87.450.409	96.270.517
Hørsholm	13.322.809	14.659.081	19.076.239	19.221.457	32.399.048	33.880.538
Lyngby-Taarbæk	31.603.654	34.794.948	38.556.745	37.284.519	70.160.399	72.079.467
Rudersdal	31.642.884	36.318.735	38.735.101	40.627.986	70.377.985	76.946.721
Kommunesocialgruppe 2						
Frederiksberg	50.702.838	59.094.576	72.117.655	73.088.025	122.820.493	132.182.601
Frederikssund	26.237.273	30.904.853	40.649.873	44.940.997	66.887.146	75.845.850
Gladsaxe	37.825.542	42.763.481	52.323.717	52.464.476	90.149.259	95.227.957
Gribskov	27.279.745	29.072.001	36.847.773	40.761.377	64.127.518	69.833.378
Helsingør	36.194.953	42.262.347	53.589.986	59.046.245	89.784.939	101.308.592
Hillerød	26.620.131	29.009.258	36.370.646	39.996.215	62.990.777	69.005.473
Vallensbæk	8.679.469	9.423.783	12.041.028	12.235.026	20.720.497	21.658.809
Kommunesocialgruppe 3						
Ballerup	29.002.272	33.946.293	38.859.506	42.361.119	67.861.778	76.307.412
Glostrup	13.487.493	15.594.895	20.640.818	20.839.992	34.128.311	36.434.887
Halsnæs	20.328.344	23.316.930	32.004.987	35.424.824	52.333.331	58.741.754
Herlev	17.373.948	20.581.638	22.626.465	25.066.430	40.000.413	45.648.068
Hvidovre	31.392.002	35.871.510	41.240.127	43.261.487	72.632.129	79.132.997
København	265.417.001	301.957.389	374.148.377	375.053.717	639.565.378	677.011.106
Rødovre	21.919.932	25.223.097	28.536.049	31.007.537	50.455.981	56.230.634
Tårnby	24.210.831	27.680.983	37.263.879	37.186.995	61.474.710	64.867.978
Kommunesocialgruppe 4						
Albertslund	16.149.452	17.018.790	22.910.892	23.266.718	39.060.344	40.285.508
Bornholm	24.441.376	26.806.267	41.870.375	42.071.799	66.311.751	68.878.066
Brøndby	21.381.077	24.181.462	30.647.197	31.014.139	52.028.274	55.195.601
Høje-Taastrup	26.800.429	30.489.077	39.514.611	41.964.422	66.315.040	72.453.499
Ishøj	11.667.935	13.711.242	18.383.318	20.338.012	30.051.253	34.049.254

Bilag 2: Beregninger til opdeling af den samlede udgift til kommunal medfinansiering

I det følgende beskrives med formler, hvordan det er muligt at opsplitte de samlede udgifter til kommunal medfinansiering i et år i et produkt af faktorerne:

- Antal borgere
- Andelen af borgere som har mindst én hospitalskontakt
- Den gennemsnitlige udgift til kommunal medfinansiering pr. patient

hvor en patient er en borger som har mindst én hospitalskontakt.

Herefter vises med formler, hvordan forskellen på de samlede udgifter til kommunal medfinansiering i 2015 og 2013 ligeledes kan skrives som et produkt af tre faktorer. I denne opskrivning forestiller man sig, at der først sker en ændring i én af de tre faktorer nævnt ovenfor, derefter at der sker en ændring i én anden faktor og til sidst at der sker en ændring i den tredje faktor. Herefter kan formelen f.eks. være en opskrivning af ændringerne i samlede udgifter til kommunal medfinansiering fra 2013 til 2015 i faktorerne:

- Ændring i antal borgere
- Ændring i andelen af borgere med mindst én hospitalskontakt
- Ændring i den gennemsnitlige udgift til kommunal medfinansiering pr. patient

Formlerne bliver forskellige afhængige af hvilken faktor der ændres først, som nummer to og sidst, men vores beregninger viser at resultaterne kun adskiller sig en smule fra hinanden. Hovedkonklusionerne er de samme uanset rækkefølgen på ændringerne.

Dette, at ændringerne sker én ad gangen, er naturligvis en tilnærmelse til den virkelige verden, hvor ændringerne for alle tre faktorer vil ske løbende over tid. Der er derfor ikke tale om en formel som giver et eksakt svar på, hvordan de samlede ændringer i kommunal medfinansiering over tid fordeler sig på de tre faktorer, men om en formel som forsøger at give et bud på et svar på dette spørgsmål. I vores beregninger benytter vi endvidere befolkningstallet i Region Hovedstaden pr. 1/1-2013 hhv. 1/1-2015, hvilket også er en tilnærmelse til antallet af borgere i Region Hovedstaden i de to år.

Beregningerne foretages separat for udgifter til kommunal medfinansiering til ambulante besøg og indlæggelser.

Opsplitning af samlede udgifter til kommunal medfinansiering i tre faktorer:

Lad bef13 hhv. bef15 betegne antal borgere i Region Hovedstaden i 2013 hhv. 2015, patient13 hhv. patient15 betegner antallet af borgere med mindst én hospitalskontakt i hhv. 2013 og 2015, og lad kmf13 og kmf15 betegne de samlede udgifter til kommunal medfinansiering (for hhv. ambulante besøg og indlæggelser). For 2013 hhv. 2015 er følgende regnestykke blot et resultat af at gange og dividere med samme størrelse:

Opsplitning af ændring i kommunal medfinansiering i tre faktorer:

$$kmf13 = kmf13 * \frac{patient13}{patient13} * \frac{bef13}{bef13}$$

Flyttes rundt på parametrene kan dette omskrives til:

$$kmf13 = \frac{kmf13}{patient13} * \frac{patient13}{bef13} * bef13$$

hvor første led ($kmf13/patient13$) er den gennemsnitlige udgift pr. patient, andet led ($patient13/bef13$) er andelen af borgere med mindst én hospitalskontakt og sidste led ($bef13$) er antal borgere i Region Hovedstaden.

I denne opsplitning tænker vi, at der først er sket en ændring i størrelsen af befolkningen, derefter en ændring i andelen af borgere med mindst én hospitalskontakt og til sidst en ændring i den gennemsnitlige udgift til kommunal medfinansiering pr. patient.

Der opskrives således: Ændringen i kommunal medfinansiering fra 2013 til 2015 beregnes, og der omregnes ved at lægge det samme til og trække det fra igen, derefter flyttes rundt på leddene og til sidst samles disse:

$$\begin{aligned}
 kmf15 - kmf13 &= \frac{kmf15}{patient15} * \frac{patient15}{bef15} * bef15 - \frac{kmf13}{patient13} * \frac{patient13}{bef13} * bef13 \\
 &+ \frac{kmf13}{patient13} * \frac{patient13}{bef13} * bef15 - \frac{kmf13}{patient13} * \frac{patient13}{bef13} * bef15 \\
 &+ \frac{kmf13}{patient13} * \frac{patient15}{bef15} * bef15 - \frac{kmf13}{patient13} * \frac{patient15}{bef15} * bef15 \\
 &= \frac{kmf13}{patient13} * \frac{patient13}{bef13} * bef15 - \frac{kmf13}{patient13} * \frac{patient13}{bef13} * bef13 \\
 &+ \frac{kmf13}{patient13} * \frac{patient15}{bef15} * bef15 - \frac{kmf13}{patient13} * \frac{patient13}{bef13} * bef15 \\
 &+ \frac{kmf15}{patient15} * \frac{patient15}{bef15} * bef15 - \frac{kmf13}{patient13} * \frac{patient15}{bef15} * bef15 \\
 &= \frac{kmf13}{patient13} * \frac{patient13}{bef13} * (bef15 - bef13) + \frac{kmf13}{patient13} * \left(\frac{patient15}{bef15} - \frac{patient13}{bef13} \right) * bef15 \\
 &\quad + \left(\frac{kmf15}{patient15} - \frac{kmf13}{patient13} \right) * \frac{patient15}{bef15} * bef15
 \end{aligned}$$

Nu svarer første led til hvad der sker, hvis befolkningens størrelse ændres, mens den gennemsnitlige udgift pr. patient og andelen patienter fastholdes som i 2013. Andet led svarer til, hvad der sker, hvis befolkningens størrelse er ændret, og der så sker en ændring i andelen af patienter, mens den gennemsnitlige udgift pr. patient fastholdes som i 2013. Det sidste led svarer til hvad der sker, hvis befolkningens størrelse og andelen af patienter er ændret til nivauerne for 2015, og der så sker en ændring i den gennemsnitlig udgift pr. patient.

Omregninger svarende til beregninger med en anden rækkefølge af ændringer sker på tilsvarende måde.

Bilag 3: Sociodemografiske faktorer og andel med hospitalskontakt

Tabel B3.1 Antal og andel borgere i hver gruppe af de sociodemografiske faktorer samt andel med ambulant besøg og andel med indlæggelser i 2013 og 2015 for kvinder

	2013				2015			
	Antal borgere	Andel i gruppen (%)	Andel med ambulante besøg (%)	Andel med indlæggelser (%)	Antal borgere	Andel i gruppen (%)	Andel med ambulante besøg (%)	Andel med indlæggelser (%)
Kvinder								
Region Hovedstaden	709.640		49,4	15,2	726.141		53,4	15,6
Aldersgrupper								
18-28 år	135.705	19,1	33,9	11,4	142.683	19,6	38,0	11,6
29-38 år	124.770	17,6	43,1	17,2	123.516	17,0	47,0	17,7
39-48 år	126.362	17,8	39,1	10,2	126.458	17,4	42,6	10,3
49-58 år	105.559	14,9	60,8	11,4	111.448	15,3	65,3	11,8
59-68 år	100.456	14,2	64,7	14,9	97.602	13,4	69,4	15,2
69-78 år	67.824	9,6	61,8	21,4	75.263	10,4	66,0	22,1
79-88 år	36.972	5,2	63,7	32,4	36.936	5,1	66,1	32,8
89+ år	11.992	1,7	54,3	39,2	12.235	1,7	57,3	41,5
Etnisk baggrund								
Danmark	590.585	83,2	50,8	15,5	596.578	82,2	55,0	15,9
Andre vestlige lande	43.919	6,2	37,8	11,7	47.824	6,6	40,5	11,9
Ikke-vestlige lande	74.991	10,6	44,6	15,2	81.656	11,2	49,3	15,6
Uddannelse								
Grundskole og gymnasial	233.572	35,1	49,1	16,5	228.790	33,7	53,1	17,1
Erhvervsfaglig	180.419	27,1	54,9	16,3	180.086	26,5	60,0	17,2
Kort eller mellemlang videregående	171.351	25,8	50,0	13,3	179.948	26,5	54,3	13,6
Lang videregående	79.851	12,0	44,7	12,9	89.665	13,2	47,9	12,9
Indkomst								
0-<100.000	51.977	7,5	27,4	8,3	54.438	7,7	30,6	8,5
100.000-<150.000	67.671	9,8	45,6	16,4	63.292	9,0	47,2	15,4
150.000-<250.000	196.738	28,5	54,7	20,4	198.684	28,1	58,3	21,1
250.000-<375.000	189.717	27,5	53,2	15,5	185.729	26,3	58,1	16,9
375.000-<525.000	120.171	17,4	50,0	12,2	127.790	18,1	54,9	12,6
525.000+	63.555	9,2	48,4	10,3	76.193	10,8	52,8	10,3
Samlevsstatus								
Samlevende	396.020	55,8	50,6	14,5	405.108	55,8	54,8	14,9
Enlig	313.620	44,2	47,9	16,2	321.033	44,2	51,6	16,5

	2013				2015			
Kvinder	Antal borgere	Andel i gruppen (%)	Andel med ambulante besøg (%)	Andel med indlæggelser (%)	Antal borgere	Andel i gruppen (%)	Andel med ambulante besøg (%)	Andel med indlæggelser (%)
Antal kroniske sygdomme								
0	500.114	70,5	41,9	11,6	511.941	70,5	45,9	11,8
1	147.140	20,7	63,0	18,9	149.762	20,6	67,3	19,5
2	44.094	6,2	75,9	31,3	45.176	6,2	79,1	31,6
3+	18.292	2,6	81,1	46,7	19.262	2,7	83,6	47,5
Antal kontakter til almen praksis								
0	64.521	9,1	19,7	2,6	67.381	9,3	21,8	2,3
1-2	95.040	13,4	31,5	5,0	97.845	13,5	34,8	5,1
3-4	104.216	14,7	38,5	7,4	105.351	14,5	42,3	7,4
5-6	95.731	13,5	45,1	10,1	95.482	13,1	49,7	10,3
7-9	113.731	16,0	52,9	14,3	114.203	15,7	57,6	14,7
10-14	115.448	16,3	62,7	20,9	117.178	16,1	66,9	21,2
15-19	57.778	8,1	71,1	29,0	59.526	8,2	75,5	29,2
20+	63.175	8,9	80,4	42,6	69.175	9,5	83,5	43,6
Antal kontakter til speciallæge								
0	387.313	54,6	40,4	13,2	394.602	54,3	44,1	13,5
1	99.507	14,0	55,0	16,7	102.243	14,1	59,3	17,0
2-3	110.555	15,6	59,5	17,0	115.372	15,9	63,6	17,6
4+	112.265	15,8	65,4	19,3	113.924	15,7	69,8	19,5

Tabel B3.2 Antal og andel borgere i hver gruppe af de sociodemografiske faktorer samt andel med ambulant besøg og andel med indlæggelser i 2013 og 2015 for mænd

	2013				2015			
Mænd	Antal borgere	Andel i gruppen (%)	Andel med ambulante besøg (%)	Andel med indlæggelser (%)	Antal borgere	Andel i gruppen (%)	Andel med ambulante besøg (%)	Andel med indlæggelser (%)
Region Hovedstaden	664.508		36,6	11,3	682.522		39,3	11,5
Aldersgrupper								
18-28 år	129.812	19,5	27,3	5,5	136.973	20,1	29,0	5,4
29-38 år	123.862	18,6	26,1	5,8	123.065	18,0	28,5	5,6
39-48 år	128.362	19,3	30,0	7,6	127.976	18,8	32,6	7,5
49-58 år	106.368	16,0	37,2	11,1	112.841	16,5	40,3	11,2
59-68 år	93.538	14,1	48,5	16,9	90.650	13,3	51,5	17,2
69-78 år	56.395	8,5	60,9	24,4	63.505	9,3	63,5	24,9
79-88 år	22.216	3,3	67,9	36,3	23.248	3,4	70,6	37,2
89+ år	3.955	0,6	62,7	44,8	4.264	0,6	65,0	47,4
Etnisk baggrund								
Danmark	553.037	83,2	37,6	11,8	559.228	81,9	40,5	12,1
Andre vestlige lande	39.993	6,0	25,7	7,3	45.045	6,6	27,0	7,1
Ikke-vestlige lande	71.335	10,7	34,6	9,9	78.136	11,5	38,2	9,9
Uddannelse								
Grundskole og gymnasial	220.680	35,3	37,1	11,9	220.460	34,7	39,9	12,3
Erhvervsfaglig	193.641	31,0	42,2	13,8	192.527	30,3	45,9	14,4
Kort eller mellemlang videregående	117.829	18,9	34,6	9,6	123.670	19,4	37,6	9,8
Lang videregående	92.728	14,8	31,0	7,9	99.476	15,6	33,5	8,0
Indkomst								
0-<100.000	60.056	9,3	24,0	6,1	64.501	9,7	25,4	5,8
100.000-<150.000	65.557	10,2	39,7	14,5	64.049	9,7	39,8	13,2
150.000-<250.000	164.358	25,5	43,4	16,1	168.078	25,4	46,3	16,7
250.000-<375.000	170.090	26,4	38,2	11,3	164.025	24,8	42,0	12,0
375.000-<525.000	114.173	17,7	33,7	8,6	119.126	18,0	37,5	9,1
525.000+	69.303	10,8	31,4	7,7	81.880	12,4	34,9	8,1
Samlevsstatus								
Samlevende	402.065	60,5	37,6	10,9	410.834	60,2	40,8	11,2
Enlig	262.443	39,5	35,1	12,0	271.688	39,8	37,0	12,0

	2013				2015			
Mænd	Antal borgere	Andel i gruppen (%)	Andel med ambulante besøg (%)	Andel med indlæggelser (%)	Antal borgere	Andel i gruppen (%)	Andel med ambulante besøg (%)	Andel med indlæggelser (%)
Antal kroniske sygdomme								
0	498.596	75,0	28,8	7,3	510.796	74,8	31,3	7,3
1	120.105	18,1	53,9	18,0	123.461	18,1	57,2	18,1
2	32.588	4,9	74,1	33,4	33.959	5,0	75,8	33,8
3+	13.219	2,0	83,3	50,4	14.306	2,1	85,3	51,0
Antal kontakter til almen praksis								
0	158.790	23,9	13,8	2,5	160.230	23,5	14,6	2,3
1-2	153.325	23,1	26,3	5,5	154.496	22,6	28,2	5,5
3-4	104.444	15,7	36,0	8,6	107.195	15,7	38,9	8,4
5-6	70.682	10,6	43,9	11,9	74.049	10,8	47,6	11,6
7-9	66.838	10,1	52,5	16,0	70.397	10,3	56,1	16,0
10-14	56.318	8,5	62,4	22,6	59.047	8,7	66,2	23,2
15-19	25.519	3,8	72,5	32,4	26.544	3,9	75,3	32,3
20+	28.592	4,3	81,9	48,4	30.564	4,5	84,2	49,9
Antal kontakter til speciallæge								
0	470.177	70,8	29,7	9,2	483.133	70,8	32,1	9,3
1	74.588	11,2	47,2	14,8	76.470	11,2	50,3	14,8
2-3	66.000	9,9	54,4	16,4	68.068	10,0	57,7	16,8
4+	53.743	8,1	60,6	19,2	54.851	8,0	64,4	20,1

Bilag 4: Sociodemografiske faktorer og udgift til kommunal medfinansiering

Tabel B4.1 Antal patienter og gennemsnitlig udgift til kommunal medfinansiering pr. patient for ambulante besøg og indlæggelser i 2013 og 2015 for kvinder. Bemærk, antal patienter svarer til antal observationer i analyserne i kapitel 4

	Ambulante besøg				Indlæggelser			
	2013		2015		2013		2015	
Kvinder	Antal patienter	Beløb pr. patient	Antal patienter	Beløb pr. patient	Antal patienter	Beløb pr. patient	Antal patienter	Beløb pr. patient
Region Hovedstaden	350.398	3.241	387.686	3.313	107.964	12.934	113.263	12.808
Aldersgrupper								
18-28 år	46.019	2.562	54.264	2.460	15.463	9.103	16.583	9.067
29-38 år	53.823	3.216	58.057	3.206	21.416	9.488	21.854	9.468
39-48 år	49.460	3.091	53.816	3.109	12.860	10.619	12.982	10.674
49-58 år	64.168	2.685	72.724	2.766	12.066	12.863	13.202	12.550
59-68 år	65.001	3.325	67.761	3.478	14.937	15.451	14.841	15.204
69-78 år	41.883	4.515	49.643	4.734	14.545	16.879	16.613	16.475
79-88 år	23.535	4.130	24.416	4.332	11.980	17.279	12.106	16.978
89+ år	6.509	2.646	7.005	2.819	4.697	16.487	5.082	16.583
Etnisk baggrund								
Danmark	300.285	3.264	328.064	3.343	91.450	13.321	94.840	13.203
Andre vestlige lande	16.620	3.011	19.362	3.168	5.128	12.079	5.696	12.296
Ikke-vestlige lande	33.443	3.157	40.252	3.133	11.372	10.210	12.723	10.093
Uddannelse								
Grundskole og gymnasial	114.641	3.351	121.562	3.393	38.560	13.737	39.116	13.672
Erhvervsfaglig	99.137	3.361	108.094	3.490	29.401	13.598	31.016	13.510
Kort eller mellemlang videregående	85.651	3.086	97.708	3.159	22.726	11.880	24.530	11.784
Lang videregående	35.700	3.053	42.942	3.094	10.306	10.411	11.544	10.577
Indkomst								
0-<100.000	14.226	2.599	16.631	2.518	4.331	10.076	4.649	9.893
100.000-<150.000	30.862	3.503	29.893	3.301	11.116	13.716	9.734	12.935
150.000-<250.000	107.547	3.672	115.859	3.783	40.212	14.620	41.899	14.468
250.000-<375.000	100.856	3.197	107.906	3.402	29.434	12.215	31.311	12.461
375.000-<525.000	60.054	2.962	70.179	3.029	14.617	11.348	16.147	11.120
525.000+	30.730	2.680	40.194	2.798	6.551	11.029	7.884	11.291
Samlivsstatus								
Samlevende	200.234	3.131	222.058	3.219	57.252	11.657	60.293	11.608
Enlig	150.164	3.389	165.628	3.439	50.712	14.377	52.970	14.174

	Ambulante besøg				Indlæggelser			
	2013		2015		2013		2015	
Kvinder	Antal patienter	Beløb pr. patient	Antal patienter	Beløb pr. patient	Antal patienter	Beløb pr. patient	Antal patienter	Beløb pr. patient
Antal kroniske sygdomme								
0	209.378	2.496	235.132	2.469	57.849	10.287	60.585	10.236
1	92.726	3.797	100.728	3.969	27.769	13.927	29.259	13.636
2	33.465	5.057	35.724	5.388	13.806	17.331	14.261	17.088
3+	14.829	6.192	16.102	6.918	8.540	20.529	9.158	20.516
Antal kontakter til almen praksis								
0	12.736	2.212	14.712	2.075	1.662	13.742	1.554	13.470
1-2	29.961	2.270	34.017	2.224	4.768	11.765	4.992	11.201
3-4	40.113	2.435	44.558	2.376	7.756	10.945	7.846	10.628
5-6	43.183	2.620	47.486	2.605	9.713	10.875	9.796	10.685
7-9	60.121	2.930	65.814	2.956	16.262	10.999	16.734	10.923
10-14	72.399	3.357	78.391	3.444	24.145	11.718	24.827	11.417
15-19	41.091	3.979	44.948	4.110	16.771	12.911	17.362	12.686
20+	50.794	4.846	57.760	5.182	26.887	16.687	30.152	16.559
Antal kontakter til speciallæge								
0	156.471	3.028	174.176	3.041	50.937	13.723	53.374	13.621
1	54.737	3.252	60.633	3.382	16.586	12.976	17.415	12.808
2-3	65.785	3.341	73.409	3.404	18.770	12.244	20.287	12.098
4+	73.405	3.600	79.468	3.772	21.671	11.646	22.187	11.503

Tabel B4.2 Antal patienter og gennemsnitlig udgift til kommunal medfinansiering pr. patient for ambulante besøg og indlæggelser i 2013 og 2015 for mænd. Bemærk, antal patienter svarer til antal observationer i analyserne i kapitel 4

	Ambulante besøg				Indlæggelser			
	2013		2015		2013		2015	
Mænd	Antal patienter	Beløb pr. patient	Antal patienter	Beløb pr. patient	Antal patienter	Beløb pr. patient	Antal patienter	Beløb pr. patient
Region Hovedstaden	243.193	3.483	268.286	3.556	75.287	15.038	78.528	15.174
Aldersgrupper								
18-28 år	35.430	1.751	39.764	1.731	7.148	8.902	7.400	8.706
29-38 år	32.382	2.142	35.129	2.060	7.140	9.760	6.953	9.645
39-48 år	38.458	2.610	41.737	2.505	9.789	11.751	9.535	11.487
49-58 år	39.613	3.397	45.477	3.420	11.789	14.346	12.597	14.362
59-68 år	45.388	4.658	46.679	4.769	15.796	17.244	15.564	17.555
69-78 år	34.354	5.364	40.320	5.678	13.778	18.853	15.810	18.718
79-88 år	15.089	5.053	16.410	5.544	8.074	18.784	8.646	19.023
89+ år	2.479	3.547	2.770	3.691	1.773	17.403	2.023	17.816
Etnisk baggrund								
Danmark	208.186	3.543	226.274	3.643	65.337	15.371	67.583	15.558
Andre vestlige lande	10.298	3.194	12.165	3.320	2.905	13.819	3.196	14.605
Ikke-vestlige lande	24.672	3.102	29.829	2.991	7.033	12.445	7.747	12.062
Uddannelse								
Grundskole og gymnasial	81.861	3.306	87.929	3.414	26.305	14.986	27.020	15.131
Erhvervsfaglig	81.723	3.817	88.329	3.905	26.816	15.710	27.716	15.863
Kort eller mellemlang videregående	40.732	3.417	46.530	3.506	11.254	14.287	12.078	14.526
Lang videregående	28.750	3.225	33.309	3.299	7.326	14.061	7.961	14.415
Indkomst								
0-<100.000	14.392	2.264	16.414	2.187	3.666	11.359	3.719	10.978
100.000-<150.000	26.004	3.758	25.500	3.752	9.520	16.228	8.445	15.734
150.000-<250.000	71.402	4.092	77.767	4.239	26.473	16.659	28.094	16.914
250.000-<375.000	65.001	3.466	68.942	3.609	19.229	14.533	19.653	14.850
375.000-<525.000	38.460	3.172	44.719	3.229	9.828	13.594	10.789	13.881
525.000+	21.738	3.077	28.569	3.122	5.358	13.281	6.657	13.708
Samlivsstatus								
Samlevende	151.181	3.564	167.817	3.615	43.866	14.708	46.006	14.975
Enlig	92.012	3.350	100.469	3.458	31.421	15.497	32.522	15.457

	Ambulante besøg				Indlæggelser			
	2013		2015		2013		2015	
Mænd	Antal patienter	Beløb pr. patient	Antal patienter	Beløb pr. patient	Antal patienter	Beløb pr. patient	Antal patienter	Beløb pr. patient
Antal kroniske sygdomme								
0	143.353	2.378	159.778	2.367	36.156	11.657	37.393	11.551
1	64.694	4.251	70.576	4.365	21.569	16.010	22.372	16.110
2	24.134	5.847	25.727	6.314	10.898	19.269	11.470	19.685
3+	11.012	8.179	12.205	8.630	6.664	23.308	7.293	23.787
Antal kontakter til almen praksis								
0	21.965	2.350	23.336	2.302	3.906	12.173	3.705	11.527
1-2	40.393	2.540	43.636	2.444	8.461	11.165	8.460	11.124
3-4	37.623	2.724	41.739	2.711	8.986	12.013	8.973	11.992
5-6	31.056	3.028	35.264	3.001	8.406	12.360	8.620	12.223
7-9	35.074	3.434	39.510	3.507	10.724	13.593	11.254	13.495
10-14	35.163	4.041	39.081	4.291	12.711	15.109	13.682	15.293
15-19	18.504	4.980	20.000	5.014	8.263	17.167	8.576	17.011
20+	23.415	6.049	25.720	6.537	13.830	21.590	15.258	21.945
Antal kontakter til speciallæge								
0	139.495	3.122	155.251	3.162	43.148	15.253	44.802	15.408
1	35.213	3.813	38.455	3.887	11.016	15.442	11.285	15.270
2-3	35.924	3.915	39.250	4.051	10.823	14.829	11.443	14.894
4+	32.561	4.197	35.330	4.375	10.300	13.922	10.998	14.416

Dette bilag indeholder en mere teknisk forklaring på de statistiske metoder, som anvendes til analyserne i kapitel 3 og 4.

I kapitel 3 regnes på ændringen i sandsynligheden for at have et ambulant besøg med kommunal medfinansiering og på ændringen i sandsynligheden for at have en indlæggelse med kommunal medfinansiering. I kapitel 4 regnes på ændringen i størrelsen af den kommunale medfinansiering blandt de personer, som har mindst ét ambulant besøg eller mindst én indlæggelse (dvs. der regnes blandt patienter).

Til analyserne i kapitel 3 anvendes multipel logistisk regression. Til analyserne i kapitel 4 anvendes multipel lineær regression. For at normalfordelingsantagelsen er opfyldt i analyserne i kapitel 4, er analyserne foretaget på logaritmen til størrelsen af den kommunale medfinansiering, således at ændringen bliver en relativ ændring. I alle analyser indgår data fra både 2013 og 2015, således at det er muligt at vurdere udviklingen/ændringen fra 2013 til 2015.

Mange personer bor i Region Hovedstaden i både 2013 og 2015, og data indeholder derfor i mange tilfælde observationer fra den samme person i de to forskellige år. Disse observationer fra den samme person kan ikke antages at være uafhængige, hvilket er en forudsætning i både logistisk og lineær regression. For at tage hensyn til dette benyttes derfor GEE (generalised estimating equations) i begge typer regressionsmodeller. På denne måde korrigeres beregningerne for, at observationer fra den samme person indgår flere gange.

Ligesom i den første rapport om kommunal medfinansiering (5) er analyserne foretaget separat for kvinder og mænd, da der er forskel på betydningen af faktorerne for de to køn.

I alle analyserne er der taget hensyn til betydningen af alder, eftersom alder har stor betydning for både sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering og størrelsen af udgiften. Desuden er der en sammenhæng mellem alder og de øvrige inkluderede faktorer. Derudover er der taget hensyn til betydningen af etnisk baggrund, samlivsstatus, uddannelsesniveau og indkomstniveau i analyserne for antallet af kroniske sygdomme og yderligere taget hensyn til betydningen af antallet af kroniske sygdomme i analyserne for antal kontakter til almen praksis, antal kontakter til speciallægepraksis og kommuner.

Alle analyser, undtagen analyserne for alder, er foretaget på populationerne begrænset til borgere på 18 år og derover. Denne begrænsning er foretaget, da de fleste faktorer kun findes i registerdata for borgere på 18 år og derover.

Alle analyser undersøger hypotesen, om den aktuelle faktor har betydning for ændringen fra 2013 til 2015. Dette gøres ved at inddrage data fra både 2013 og 2015 i samme analysemodel (regressionsanalyse) og teste, om den statistiske interaktion mellem år og faktoren er signifikant. Hvis denne interaktion er signifikant, betyder det, at ændringen/udviklingen fra 2013 til 2015 er forskellig i de forskellige grupper af faktoren. Dvs. faktoren har betydning for ændringen. Resultaterne af disse tests

ses i tabel B5.1 og tabel B5.2 her i bilaget. I analyserne i kapitel 3 måles ændringen i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering ved en odds ratio (OR) for 2015 i forhold til 2013. I analyserne i kapitel 4 måles ændringen som den relative forskel på størrelsen af udgift til kommunal medfinansiering i 2015 og 2013.

I analyserne for de øvrige faktorer tages højde for alder ved at inddrage alder og interaktionen mellem alder og år i modellen, således at modellerne tager hensyn til, at ændringen fra 2013 til 2015 kan være forskellig i de forskellige aldersgrupper.

I de analyser, hvor der tages hensyn til yderligere faktorer inddrages ligeledes interaktioner mellem år og disse faktorer i modellerne.

Til analyserne og præsentationen af resultaterne vælges for hver faktor en referencegruppe. Referencegruppen vælges som den gruppe, hvor der er flest personer, da usikkerheden på resultaterne af analysen så bliver mindst. Denne gruppe er i de fleste tilfælde også den gruppe, som er mest interessant at sammenligne de øvrige grupper med. For uddannelse vælges f.eks. borgere med erhvervsfaglig uddannelse, for etnisk baggrund vælges borgere med dansk baggrund, mens der for alder vælges borgere i aldersgruppen '39-48 år'.

En konsekvens af at inkludere de omtalte interaktioner mellem år og alder i analyserne er, at ændringen for hver gruppe i faktoren, f.eks. for borgere med lang videregående uddannelse, afhænger af aldersgruppen. For analyserne som inddrager yderligere faktorer er ændringen for hver gruppe i faktoren, f.eks. for en kommune, afhængig af hvilken gruppe vi ser på i de faktorer, der tages hensyn til. Dette komplicerer præsentationen af resultaterne, da der ikke er én bestemt aldersgruppe (og én bestemt gruppe for de øvrige faktorer), som det vil være mest naturligt at vise ændringer for. Endvidere vil det give stor risiko for overfortolkning af resultaterne, da en læser nemt bliver fristet til at tro, at den viste ændring, som kun vil være for en bestemt aldersgruppe, gælder for alle uanset aldersgruppe.

På baggrund af ovenstående vælger vi at vise resultaterne som forskellen på ændringen i den aktuelle gruppe (f.eks. borgere med lang videregående uddannelse) og ændringen i referencegruppen (f.eks. borgere med erhvervsfaglig uddannelse). Denne forskel er den samme uanset aldersgruppe. Forskellen på ændringerne beregnes som den relative forskel, således at de viste estimater er den procentuelle forskel på ændringerne i de to grupper af patienter (f.eks. borgere med lang videregående uddannelse og med erhvervsfaglig uddannelse). En forskel på 1,04 vil således betyde, at den aktuelle gruppe har en ændring, som er 4 % større end ændringen i referencegruppen, mens en forskel på 0,95 betyder, at den aktuelle gruppe har en ændring, som er 5 % mindre end ændringen i referencegruppen. I tabellerne i rapporten markeres med *, når der er statistisk signifikant forskel på ændringen i den aktuelle gruppe og ændringen i referencegruppen.

I rapporten omtales og markeres kun de ændringer og forskelle som er statistisk signifikante, når der foretages tests med 5 % signifikansniveau (som er standard at bruge i fortolkningen af

statistiske analyser).

Alle analyser er foretaget på Danmarks Statistiks computere under forskerordningen. Til analyserne har vi benyttet SAS (version 9.4 (TS1M3) med SAS/STAT 14.1). Tabeller og figurer til rapporten er dannet på Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse dels i SAS (version 9.4 (TS1M1)) og dels i Excel.

Tabel B5.1 P-værdier fra tests for interaktioner mellem år og sociodemografisk variabel. Denne p-værdi ligger til grund for beskrivelsen af om en sociodemografisk variabel har betydning for ændring i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering (kapitel 3)

Sociodemografisk variabel		Kvinder	Mænd
Alder (tabel 3.3)	Ambulante besøg	<0,0001	<0,0001
	Indlæggelser	<0,0001	<0,0001
Etnisk baggrund (tabel 3.4)	Ambulante besøg	0,007	<0,0001
	Indlæggelser	0,97	0,89
Uddannelsesniveau (tabel 3.5)	Ambulante besøg	<0,0001	0,16
	Indlæggelser	0,063	0,52
Indkomstniveau (tabel 3.6)	Ambulante besøg	<0,0001	<0,0001
	Indlæggelser	<0,0001	0,10
Samlivsstatus (tabel 3.7)	Ambulante besøg	0,88	<0,0001
	Indlæggelser	0,11	0,01
Antal kroniske sygdomme (tabel 3.8)	Ambulante besøg	<0,0001	<0,0001
	Indlæggelser	<0,0001	<0,0001
Antal kontakter til almen praksis (tabel 3.9)	Ambulante besøg	<0,0001	<0,0001
	Indlæggelser	0,13	0,002
Antal kontakter til speciallæge (tabel 3.10)	Ambulante besøg	<0,0001	0,0001
	Indlæggelser	0,38	0,06
Kommune (tabel 3.11 og 3.12)	Ambulante besøg	<0,0001	0,23
	Indlæggelser	0,064	0,070
Kommune, ujusteret (tabel B6.1 og B6.2)	Ambulante besøg	<0,0001	<0,0001
	Indlæggelser	0,002	<0,0001
Kommune (tabel 3.13 og 3.14)	Akutte ambulante besøg	<0,0001	<0,0001
	Planlagte ambulante besøg	<0,0001	0,12
Kommune, ujusteret (tabel B6.3 og B6.4)	Akutte ambulante besøg	<0,0001	<0,0001
	Planlagte ambulante besøg	<0,0001	<0,0001

Et test er signifikant hvis p-værdien er mindre end 0,05 (p<0,05)

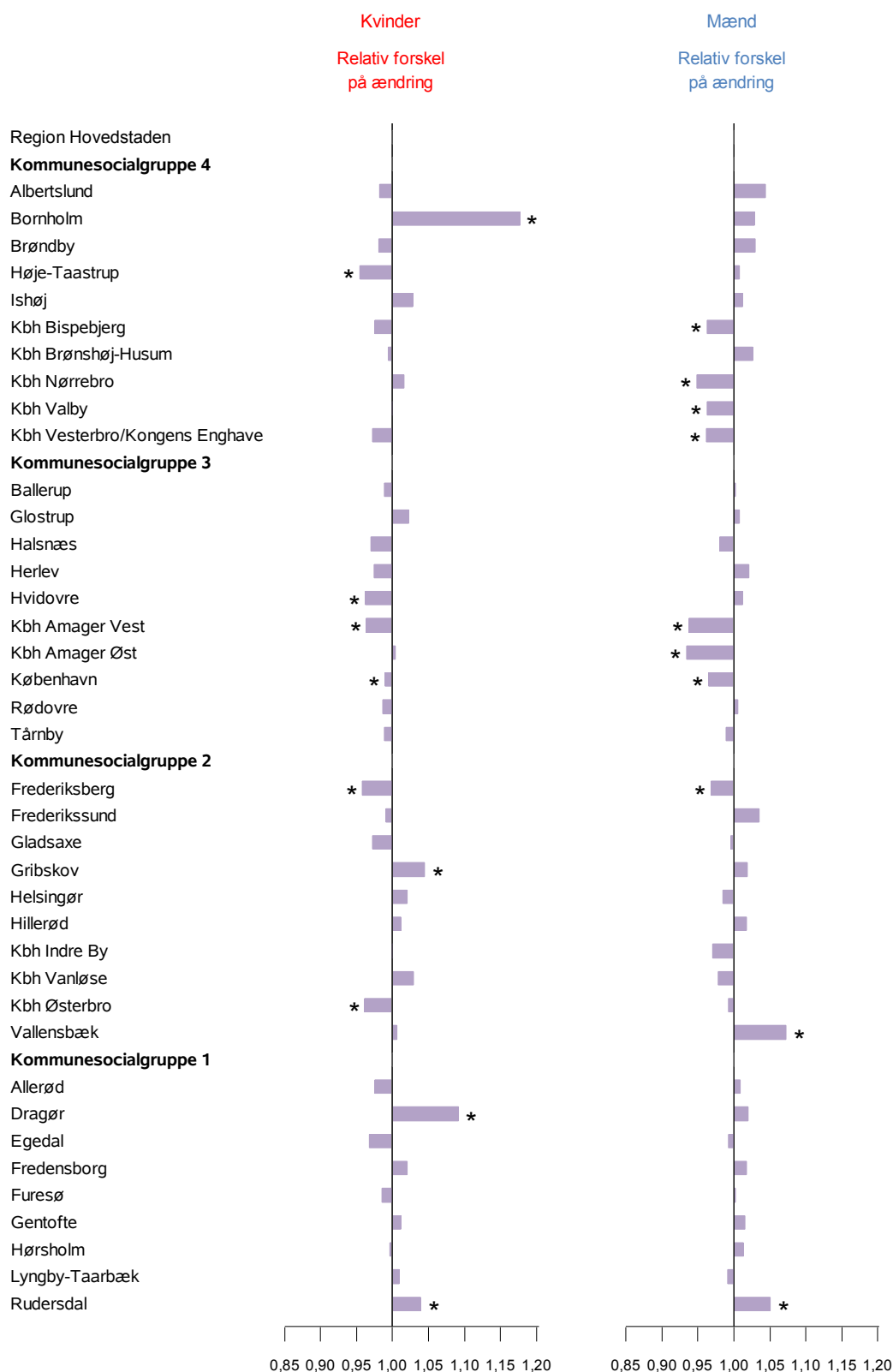
Tabel B5.2 P-værdier fra tests for interaktioner mellem år og sociodemografisk variabel. Denne p-værdi ligger til grund for beskrivelsen af om en sociodemografisk variabel har betydning for ændring i størrelsen af den kommunale medfinansiering (kapitel 4)

Sociodemografisk variabel		Kvinder	Mænd
Alder (tabel 4.3)	Ambulante besøg	<0,0001	<0,0001
	Indlæggelser	0,17	0,0009
Etnisk baggrund (tabel 4.4)	Ambulante besøg	<0,0001	0,047
	Indlæggelser	0,10	0,022
Uddannelsesniveau (tabel 4.5)	Ambulante besøg	0,09	0,19
	Indlæggelser	0,58	0,38
Indkomstniveau (tabel 4.6)	Ambulante besøg	<0,0001	0,40
	Indlæggelser	0,16	0,54
Samlivsstatus (tabel 4.7)	Ambulante besøg	0,72	0,24
	Indlæggelser	0,17	0,34
Antal kroniske sygdomme (tabel 4.8)	Ambulante besøg	0,002	<0,0001
	Indlæggelser	0,97	0,85
Antal kontakter til almen praksis (tabel 4.9)	Ambulante besøg	<0,0001	<0,0001
	Indlæggelser	0,11	0,58
Antal kontakter til speciallæge (tabel 4.10)	Ambulante besøg	<0,0001	0,0004
	Indlæggelser	0,77	0,10
Kommune (tabel 4.11 og 4.12)	Ambulante besøg	0,0006	0,009
	Indlæggelser	0,91	0,52
Kommune, ujusteret (tabel B7.1 og B7.2)	Ambulante besøg	<0,0001	0,0006
	Indlæggelser	0,90	0,31
Kommune (tabel 4.13 og 4.14)	Akutte ambulante besøg	<0,0001	<0,0001
	Planlagte ambulante besøg	0,002	0,050
Kommune, ujusteret (tabel B7.3 og B7.4)	Akutte ambulante besøg	<0,0001	<0,0001
	Planlagte ambulante besøg	<0,0001	0,009

Et test er signifikant hvis p-værdien er mindre end 0,05 ($p < 0,05$)

Bilag 6: Betydning af kommune, ujusteret (kapitel 3)

Tabel B6.1 Betydningen af kommune. Ændring fra 2013 til 2015 i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering for ambulante besøg i forhold til ændring i referencegruppen. Ujusteret analyse

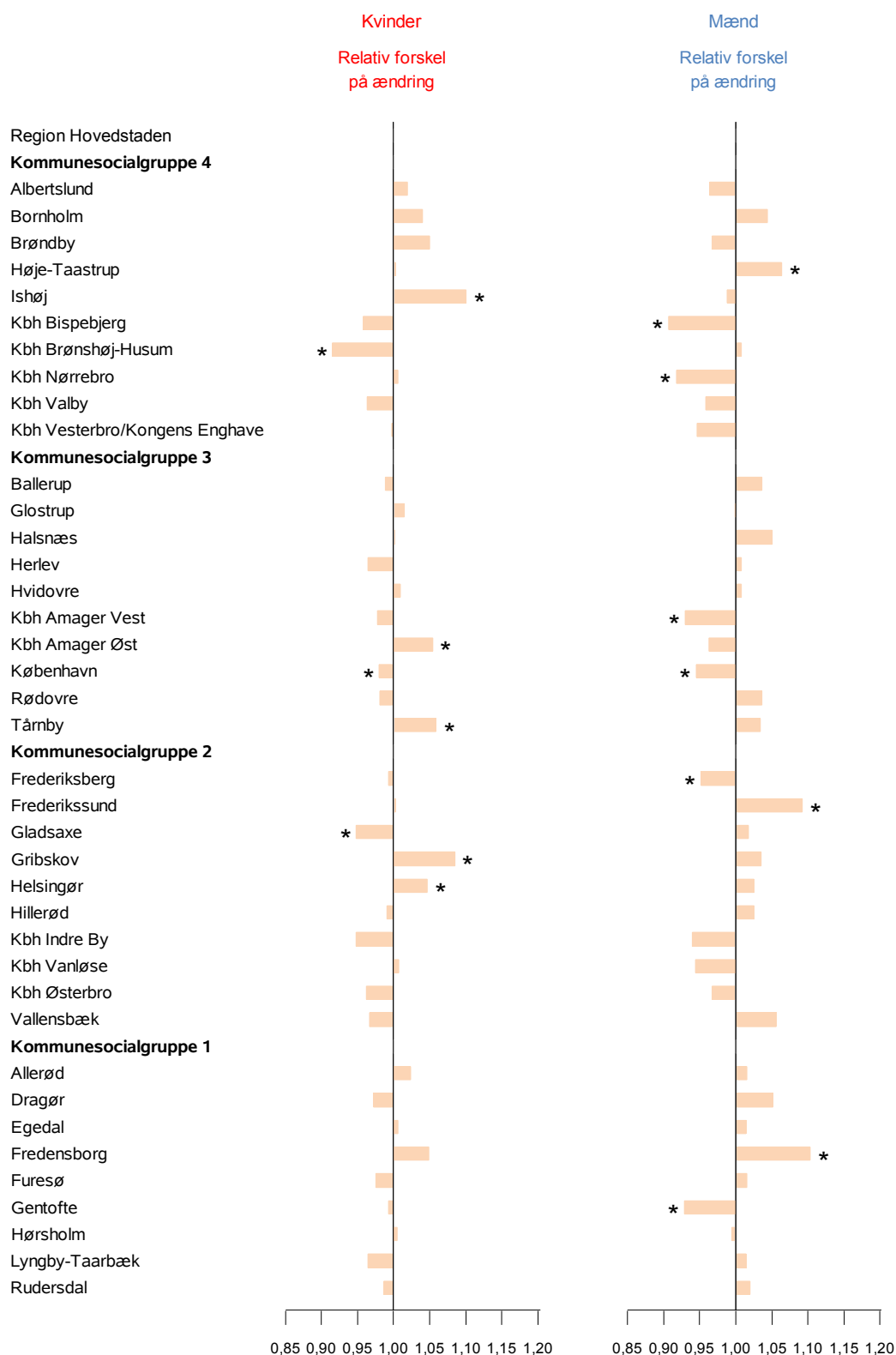


*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i regionsgennemsnittet

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i regionsgennemsnittet

Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i regionsgennemsnittet

Tabel B6.2 Betydningen af kommune. Ændring fra 2013 til 2015 i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering for indlæggelser i forhold til ændring i referencegruppen. Ujusteret analyse

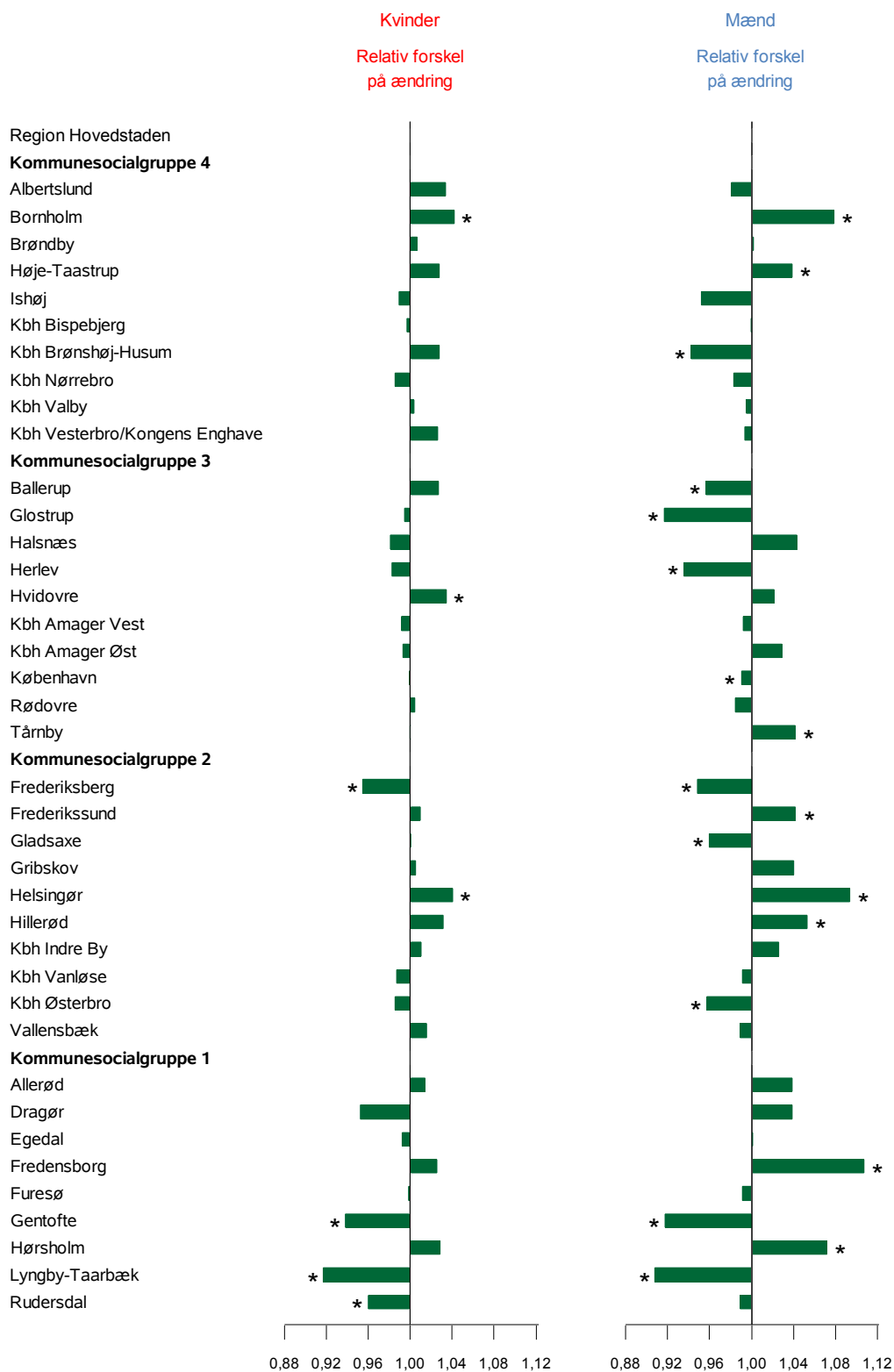


*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i regionsgennemsnittet

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i regionsgennemsnittet

Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i regionsgennemsnittet

Tabel B6.3 Betydning af kommune. Ændring fra 2013 til 2015 i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering for akutte ambulante besøg i forhold til ændring i referencegruppen. Ujusteret analyse



*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i regionsgennemsnittet

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i regionsgennemsnittet

Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i regionsgennemsnittet

Tabel B6.4 Betydning af kommune. Ændring fra 2013 til 2015 i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering for planlagte ambulante besøg i forhold til ændring i referencegruppen. Ujusteret analyse



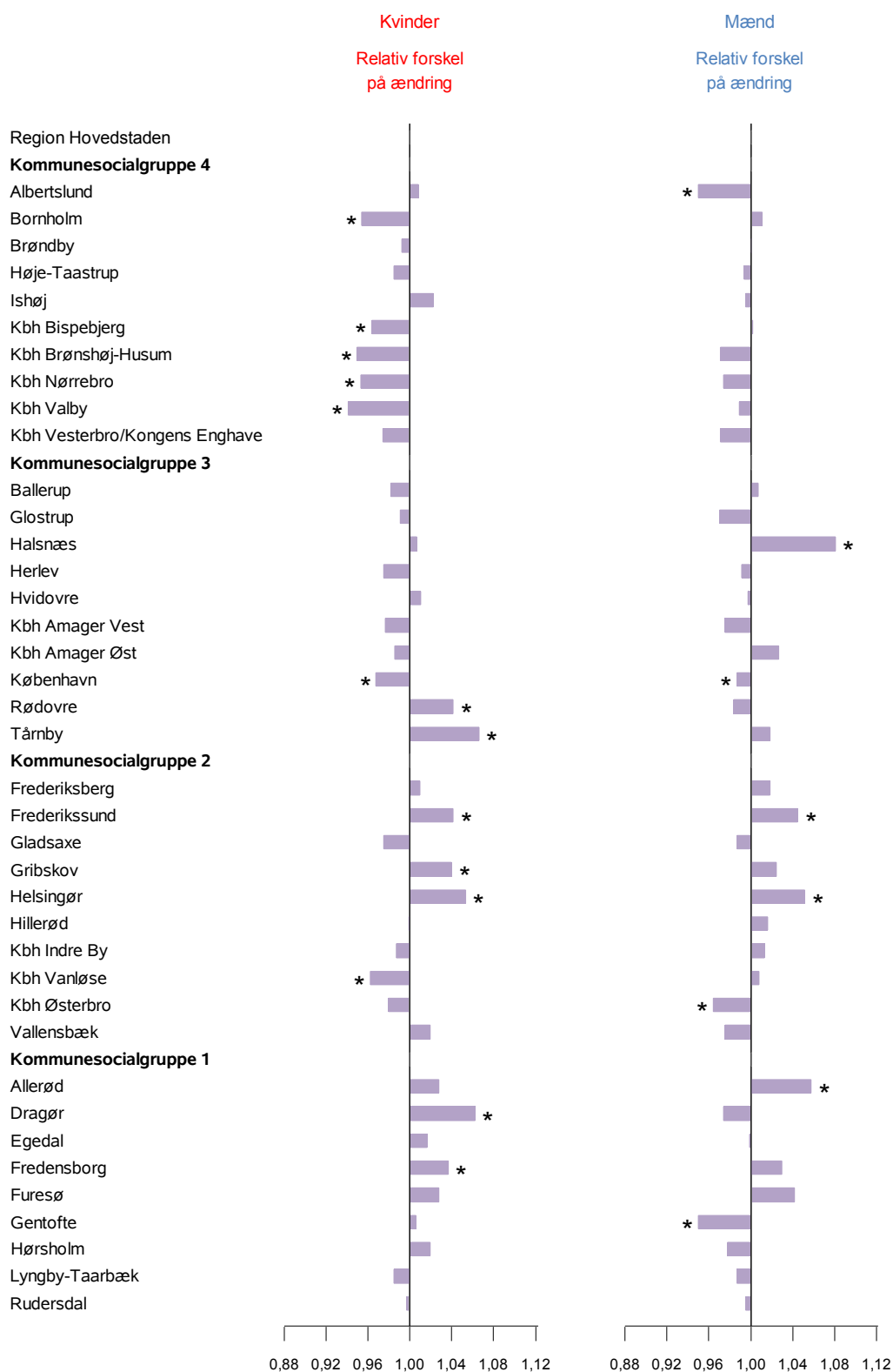
*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i regionsgennemsnittet

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i regionsgennemsnittet

Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i regionsgennemsnittet

Bilag 7: Betydning af kommune, ujusteret (kapitel 4)

Tabel B7.1 Betydning af kommune. Ændring fra 2013 til 2015 i størrelsen af den kommunale medfinansiering for ambulante besøg i forhold til ændring i referencegruppen. Ujusteret analyse

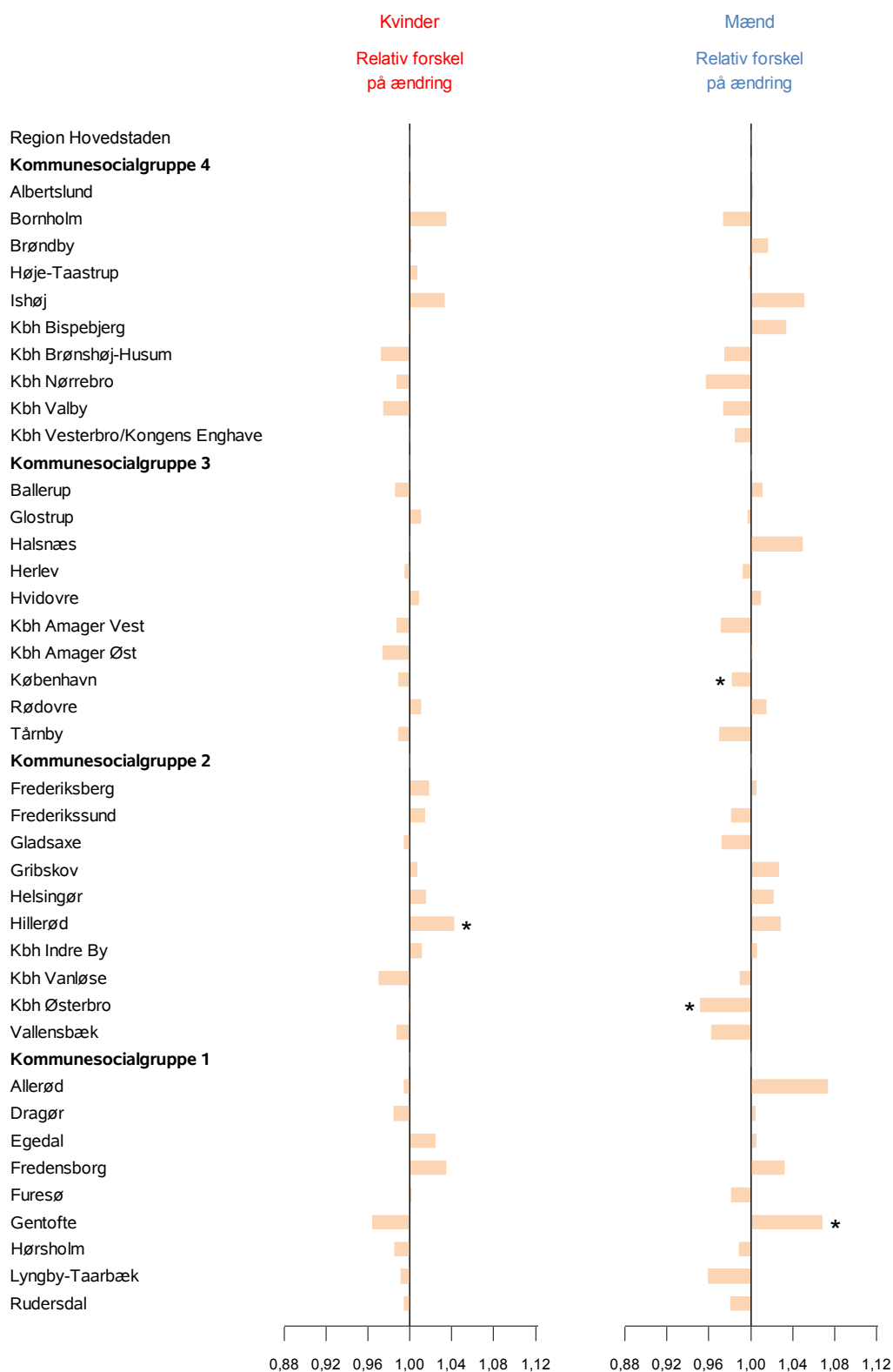


*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i regionsgennemsnittet

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i regionsgennemsnittet

Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i regionsgennemsnittet

Tabel B7.2 Betydning af kommune. Ændring fra 2013 til 2015 i størrelsen af den kommunale medfinansiering for indlæggelser i forhold til ændring i referencegruppen. Ujusteret analyse

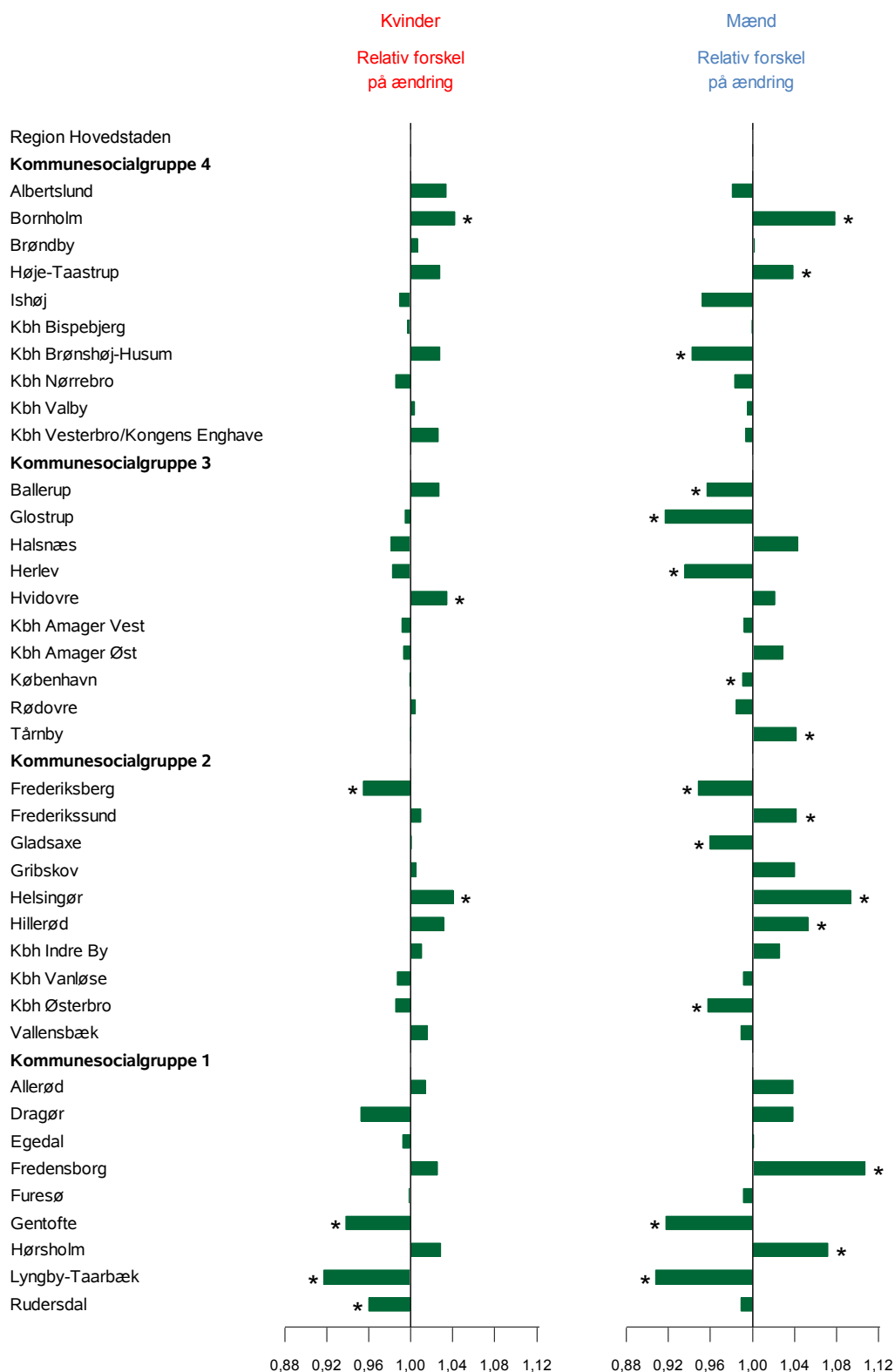


*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i regionsgennemsnittet

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i regionsgennemsnittet

Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i regionsgennemsnittet

Tabel B7.3 Betydning af kommune. Ændring fra 2013 til 2015 i størrelsen af den kommunale medfinansiering for akutte ambulante besøg i forhold til ændring i referencegruppen. Ujusteret analyse



*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i regionsgennemsnittet

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i regionsgennemsnittet

Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i regionsgennemsnittet

Tabel B7.4 Betydning af kommune. Ændring fra 2013 til 2015 i størrelsen af den kommunale medfinansiering for planlagte ambulante besøg i forhold til ændring i referencegruppen. Ujusteret analyse



*Ændringen er statistisk signifikant forskellig fra ændringen i regionsgennemsnittet

Når den relative forskel på ændring er under 1 er ændringen i gruppen mindre end ændringen i regionsgennemsnittet

Når den relative forskel på ændring er over 1 er ændringen i gruppen større end ændringen i regionsgennemsnittet



**Region
Hovedstaden**

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse

**Center for Klinisk
Forskning og Forebyggelse**
Frederiksberg Hospital
Hovedvejen 5
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg

Telefon: 36 16 31 00

ISBN 978-87-93775-00-8