



Sundhedsaftalen 2015-2018

**Den permanente arbejdsgruppe
vedr. data om Økonomi og Aktivitet
27. november 2018**

Notat om rapporten

”UDVIKLING I KOMMUNAL MEDFINANSIERING I REGION HOVEDSTADEN OG KOMMUNER FRA 2013 TIL 2015”

Baggrund og sammenfatning

I 2016 besluttede Den Administrative Styregruppe at iværksætte et analysearbejde, som havde til formål at undersøge hvilke faktorer, der har betydning for ændringer i den enkelte kommunes medfinansieringsudgifter.

Det tidligere Forskningscenter for forebyggelse og sundhed i Region Hovedstaden, nu Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, blev valgt til at udføre analysearbejdet.

Første delrapport fra 2016 så på hvilke faktorer, der har betydning for niveauet for kommunal medfinansiering. Nu foreligger anden delrapport, hvor der ses på faktorer, der kan forklare forskelle i udviklingen i medfinansieringen mellem kommuner.

I rapporterne er betydningen af en række socioøkonomiske faktorer analyseret. Det har af forskellige årsager, herunder manglende data, ikke været muligt at inddrage alle de faktorer, som oprindeligt blev vurderet interessante for en analyse af udviklingen.

I anden delrapport er det undersøgt, om de socioøkonomiske faktorer kan forklare forskelle i udviklingen i den kommunale medfinansiering mellem kommuner. Analyserne viser, at nogle af de socioøkonomiske faktorer har ændret betydning for den kommunale medfinansiering fra 2013 til 2015, og dermed kan medvirke til at forklare forskelle i udviklingen mellem kommuner. Analyserne belyser imidlertid ikke, hvorfor de socioøkonomiske faktorer har ændret betydning. Derudover er der også forskelle mellem kommunerne, som ikke kan forklares af forskelle i udviklingen i de socioøkonomiske faktorer.

Analyserne er foretaget på data fra før omlægningen af den kommunale medfinansieringsmodel pr. 1.1.2018. Det betyder, at de store variationer i udviklingen i den kommunale medfinansiering som ses i 2018, ikke er genstand for analyserne.

I det følgende opsummeres først resultaterne fra delrapport 1 og dernæst sammenfattes resultaterne af delrapport 2.

Rapporten fra 2016 om kommunal medfinansiering

I 2016 udkom rapporten ”Betydende faktorer for kommunal medfinansiering”, der bidrager med viden om hvilke socioøkonomiske faktorer (efterfølgende benævnt faktorer), der har betydning for den kommunale medfinansiering i kommunerne i hovedstadsregionen. Rapporten fokuserer alene på de somatiske kontakter til sygehusvæsenet, dvs. somatiske ambulante besøg og somatiske indlæggelser, da disse bidrager til størstedelen af den kommunale medfinansiering. Analysen blev foretaget for året 2012.

Den kommunale medfinansiering i 2012 blev undersøgt ud fra 3 forskellige perspektiver:

1. Andelen af borgere med kommunal medfinansiering
2. Størrelsen af den kommunale medfinansiering blandt borgere, der har en udgift til kommunal medfinansiering
3. De 5% og 1% dyreste patienter.

De faktorer, der blev belyst i forhold til deres betydning for den kommunale medfinansiering, var følgende: køn, alder etnicitet, uddannelsesniveau, indkomstniveau, samlivsstatus, antal kroniske sygdomme, antal kontakter til almen praksis og antal kontakter til speciallæge, samt betydningen af bopælskommune.

På nogle områder viste rapporten en tydelig sammenhæng, således falder andelen af borgere med kommunal medfinansiering med stigende uddannelsesniveau. Ligeledes stiger andel af borgere med kommunal medfinansiering med antallet af kroniske sygdomme.

På andre områder er sammenhængen mere usikker. Fx har mænd fra ikke-vestlige lande en højere sandsynlighed for at have en kommunal medfinansiering sammenlignet med mænd med dansk baggrund, mens det samme ikke er tilfældet for kvinder.

Analysen viser, at der ikke er en entydig forskel mellem borgerne fra de mere og mindre velstillede kommuner.

Rapport om årsagerne til udvikling i kommunal medfinansiering fra 2013 til 2015.

Den første rapport viste således forskellige faktorer påvirkning af den kommunale medfinansiering i et enkelt år. Det rejser imidlertid spørgsmålet om faktorerne påvirkning af den kommunale medfinansiering er den samme over tid, eller om deres påvirkning ændrer sig fra år til år. Hvis en given faktor har forskellig betydning for den kommunale medfinansiering i forskellige år, kan det i sig selv give anledning til en ændring i den kommunale medfinansiering. Det

gælder både størrelsen af den kommunale medfinansiering og den relative fordeling heraf mellem kommunerne.

Det er baggrunden for denne anden rapport om årsagerne til ændringerne i den kommunale medfinansiering fra 2013 til 2015.

Igen er analysen begrænset til den somatiske del, som udgør langt hovedparten af den kommunale medfinansiering.

Analysen foretages i 3 dele

1. En generel deskriptiv analyse af ændringerne fra 2013 til 2015 af kommunal medfinansiering i Region Hovedstaden(kapitel 2).
2. En analyse af ændringen i sandsynligheden for at have en udgift til kommunal medfinansiering fra 2013 til 2015 i Region Hovedstaden. Sandsynligheden for at en person bidrager til den kommunale medfinansiering betegnes idet følgende som **patientrisikoen**, idet den angiver risikoen for at en person er en patient, som medfører et kommunalt medfinansieringsbidrag(kapitel 3).
3. En analyse af ændringen i størrelsen af den kommunale medfinansiering for den enkelte patient fra 2013 til 2015 i Region Hovedstaden. Størrelsen af en patients bidrag til den kommunale medfinansiering betegnes i det følgende, som **patientudgiften**, idet den angiver det kommunale medfinansieringsbidrag som patienten giver anledning til(kapitel 4).

En generel analyse af udviklingen i den somatiske del af udgifterne til den kommunale medfinansiering

Fra 2013 til 2015 steg bidraget til kommunal medfinansiering i Region Hovedstaden fra 5.038 mio.kr til 5.433 mio.kr eller med 395 mio.kr, dvs. 7,8 pct. Udgifterne er opgjort i faste priser. Stigningen var fordelt med 100 mio.kr. på indlæggelser, 210 mio.kr på planlagte ambulante besøg og 85 mio.kr på akut ambulante besøg. Stigningen for akut ambulante besøg kan i stort omfang tilskrives 1813-ordningen, der førte til at ambulant aktivitet, som ikke blev registreret i Landspatientregisteret i 2013, kom til at indgå i Landspatientregisteret i 2015 og dermed også i den somatiske del af den kommunale medfinansiering. Det skal bemærkes, at kommunerne blev kompenseret for denne ekstra udgift.

En opdeling af de samlede **udgifter** på køn, alder og aktivitetstype viser et entydigt billede af væksten fra 2013 til 2015. For begge køn og i alle aldersgrupper er udgiften steget fra 2013 til 2015 for de ambulante besøg. Det samme gælder for indlæggelser med undtagelse af ”0-2 årige drenge”, hvor der observeres et fald.

Analyseres udviklingen i **andelen** af borgere med mindst ét ambulant besøg ses den at være steget fra 47 pct. i 2013 til 52 pct. i 2015 for kvinder og fra 37 pct. i 2013 til 41 pct. i 2015 for mænd. Der er en stigning i alle aldersgrupper, men stigningen er dog markant højest for de 0-2 årige.

Andelen af borgere med **mindst én indlæggelse** er steget fra 14,3 pct i 2013 til 14,6 pct. i 2015 for kvinder, mens den er 11,3 pct. både i 2013 og i 2015 for mænd. Med så små forskelle mellem årene tegner der sig ikke noget entydigt billede når der opdeles på aldersgrupper. Det er dog fælles for kvinder og mænd, at der er et lille fald i andelen af borgere med mindst én indlæggelse for de 0-2 årige og en lille stigning for de to ældste aldersgrupper, dvs de 65-69 årige og de 80+ årige.

For antallet af besøg **pr. patient** og antallet af indlæggelser pr. patient tegner der sig et lignende billede som for andelen med mindst ét besøg eller mindst én indlæggelse. Antallet af ambulante besøg pr. patient stiger fra 5,64 til 5,73 fra 2013 til 2015 for kvinder og fra 5,26 til 5,28 for mænd. Der er en stigning i antallet af ambulante besøg pr. patient for alle aldersgrupper for kvinder og for mænd, bortset fra de 3-64 årige mænd. Antallet af indlæggelser pr. patient falder fra 1,64 til 1,62 fra 2013 til 2015 for kvinder og fra 1,83 til 1,82 for mænd.

Ovenstående peger på, at væksten i antallet af personer, der får et ambulant besøg, er den vigtigste faktor for væksten i udgiften fra 2013 til 2015. Dette afspejles også af nedenstående tabel 1, der viser ændringen i den gennemsnitlige udgift til kommunal medfinansiering (KMF) fra 2013 til 2015 set i forhold til antal borgere og i forhold til antal patienter.

Den største procentvise stigning findes for ambulante besøg pr. borger, hvilket netop udtrykker, at det er andelen af patienter med kommunal medfinansiering – patientrisikoen – som er den væsentligste ændring fra 2013 til 2015.

Tabel 1. Kommunalt medfinansieringsbidrag pr. borger og pr. patient i 2013 og 2015. Kr.

	Borgere				Patienter			
	KMF pr. borger 2013	KMF pr. borger 2015	Forskel-KMF pr. borger	Forskel-KMF pr. borger %	KMF pr. patient 2013	KMF pr. patient 2015	Forskel-KMF pr. patient 2013	Forskel-KMF pr. patient %
Ambulant Mand	1.109	1.234	125	11%	2.969	2.989	20	1%
Ambulant Kvinder	1.385	1.542	157	11%	2.947	2.956	10	0%
Indlæggelser mand	1.546	1.577	30	2%	13.679	13.898	219	2%
Indlæggelser Kvinder	1.767	1.784	16	1%	12.348	12.253	-94	-1%

En standardiseret beregning, hvor ændringen i kommunal medfinansiering opdeles efter ændringer i befolkningens størrelse, borgere med hospitalskontakt og udgift i kommunal medfinansiering pr. patient er vist i tabel 2.

Tabel 2. Standardberegning af betydningen af 3 forhold for ændring i kommunal medfinansiering.

	Ambulante besøg	Indlæggelser
--	-----------------	--------------

Ændring i befolkningens størrelse	15,3	59,5
Ændring i andel af borgere med hospitalskontakt	79,1	31,5
Ændring i udgift til KMF pr. patient	3,5	8,1

Anm: af beregningstekniske grunde summer kolonnerne ikke til 100

For indlæggelser forklares 60 pct. af væksten af befolkningens størrelse, mens knap 80 pct. af væksten for ambulante besøg forklares af en højere andel med hospitalskontakt.

Analyse af ændringen i sandsynlighed for at have en udgift til kommunal medfinansiering (patientrisiko)

I kapitel 3 analyseres ændringer i patientrisikoen. Det undersøges om forskellige faktorer kan forklare udviklingen fra 2013 til 2015. Resultatet af denne undersøgelse giver en større indsigt i den kommunale medfinansiering. Hvis det viser sig, at der sker en ændring over tid i faktorernes indflydelse på den kommunale medfinansiering, vil det kunne give anledning til refleksion over, hvad der er anledning til disse ændringer. Der kan være mange mulige årsager, fx udvikling i befolkningens sygelighed, ændringer i organisatoriske forhold eller politiske interventioner, som fx forebyggelsesinitiativer.

Indledningsvist vises det, at der er sket signifikante stigninger i patientrisikoen fra 2013 til 2015, når der justeres for alder. Det gælder både for ambulante besøg og for indlæggelser. Opdeles de ambulante besøg på akut ambulante og planlagte besøg, ses stigningen at være markant højere for de akut ambulante besøg.

Herefter undersøges betydningen af de samme faktorer, som blev undersøgt i analysen af den kommunale medfinansiering for 2012, men denne gang for ændringen i den kommunale medfinansiering fra 2013 til 2015. Det gælder køn, alder, etnicitet, uddannelsesniveau, indkomstniveau, samlivsstatus, antal kroniske sygdomme, antal kontakter til almen praksis og antal kontakter til speciallæge, samt bopælskommune.

Fx findes det, at patientrisikoen har ændret sig fra 2013 til 2015 for alderen. Ændringen i risiko for ambulante besøg er relativt set højere blandt de yngste aldersgrupper i forhold til ændringen i referencegruppen, som er de 39-48 årige. Det gælder både for mænd og kvinder. Det betyder, at aldersfordelingen i sig selv giver et bidrag til at forklare udviklingen i patientrisikoen og dermed at dens betydning har ændret sig 2013 til 2015.

For indlæggelser er der også signifikante forskelle. Ændringen i patientrisikoen er relativt set mindre i de yngre aldersgrupper og relativt højere i de ældste aldersgrupper end i referencegruppen, både for mænd og kvinder.

En skematisk oversigt over resultaterne er givet i tabel 3.

Oversigten viser, at samtlige faktorer – på nær uddannelsesniveau - har betydning for ændring i patientrisikoen for ambulante besøg for mænd. Samtlige faktorer – på nær samlivsstatus – har betydning for ændring i patientrisikoen for ambulante besøg for kvinder.

For ændringen i patientrisikoen for indlæggelser er det færre af faktorerne, som har betydning. For mænds vedkommende har alder, samlivsstatus, antal kroniske sygdomme og antal kontakter til almen praksis betydning. For kvinders vedkommende har alder, indkomstniveau og antal kroniske sygdomme betydning.

Tabel 3. Forskellige faktorerers indflydelse på ændring i patientrisikoen i forhold til referencegruppen fra 2013 til 2015 (RL=relativt lavere, RH=relativt højere)

Faktor	Ambulante besøg		Indlæggelser		referencegruppe
	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	
Alder relativt lavere		18-28	0-8	0-8	39-48 årige
Alder relativt højere	0-28,49-78	0-17	69-78, 89+	9-17,59-89+	
Etnisk baggrund RL	An. vestl.lande	An.vestl.lande			dansk baggrund
Etnisk baggrund RH	Ikke-vest.land				
Uddannelsesniv. RL	Grundskol/gym Kort/mell.v.u Lang vidg.udd				erhvervsfaglig uddannelse
Uddannelsesniv. RH					
Indkomstniveau. RL	0-250000, 525000+	0-250000	0-250.000, 375000- 525000+		250.000 kr - 375.000 kr
Indkomstniveau RH					
Samlivsstatus RH					samlevende
Samlivsstatus RL		Enlig		Enlig	
Antal kron.syg. RL	1-3+	1-3+	2-3+	1-3+	Ingen sygdomme
Antal kron.syg. RH					
Kontakt til praksis RL					1-2 kontakter
Kontakt til praksis RH	5-20+	3-20+		20+	
Kontakt til spec.læ RL					0 kontakter
Kontakt til spec.læ RH	1-4+	4+			

Endelig er der foretaget analyser af, om ændringen i patientrisikoen fra 2013 til 2015 er forskellig mellem kommunerne. I disse analyser udelades kontakter til læger og speciallæger, da de ikke har betydning, når der tages højde for de øvrige faktorer.

Tages højde for alder, uddannelsesniveau, indkomstniveau, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme, har kommunen ingen betydning for ændringen i patientrisikoen for indlæggelser.

For akutte ambulante besøg er de 6 faktorer imidlertid ikke i stand til fuldt ud at forklare ændringen i patientrisikoen fra 2013 til 2015. Kommune har derfor en betydning. Det gælder både for kvinder og for mænd. Referencegruppen er her regionsgennemsnittet. Fortegnet på ændringen i patientrisikoen i forhold til regionsgennemsnittet er vist i tabel 4.

Af tabel 4 fremgår det, at nogle kommuner, som fx Bornholm og Brøndby har en signifikant højere ændring i patientrisiko for mænd end referencegruppen, selv når de 6 forklarende faktorer inddrages. På samme måde har fx Ballerup og Herlev en signifikant lavere ændring i patientrisikoen for mænd end referencegruppen.

For de planlagte ambulante besøg er de 6 faktorer heller ikke i stand til fuldt ud at forklare ændringen i patientrisikoen for kvindernes vedkommende. Der er dermed forskel i ændringen i patientrisikoen i kommunerne.

Når kommune har betydning for ændringen i patientrisikoen er det udtryk for, at vi med de 6 valgte faktorer ikke har været fuldt ud i stand til at forklare ændringen i patientrisikoen.

Tabel 4 Signifikans af kommune-variablen for relative ændringer i patientrisikoen fra 2013 til 2015.

Kommune social-gruppe	Kommune	akut ambulante besøg		planlagt ambulante besøg	
		Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd
4	Albertslund	+			
4	Bornholm	+	+	+	-
4	Brøndby	+	+	-	
4	Høje-Taastrup			-	
4	Ishøj				
4	Kbh Bispebjerg	-	-		
4	Kbh Brønshøj-Husum				+
4	Kbh Nørrebro		-		
4	Kbh Valby	+			
4	Kbh Vestbro/Kg.Enghave				
3	Ballerup		-		
3	Glostrup				
3	Halsnæs			-	
3	Herlev		-		
3	Hvidovre			-	
3	Kbh Amager Vest	-	-		-
3	Kbh Amager Øst	-	-		
3	København	-	-		
3	Rødovre		-		
3	Tårnby	-	-		
2	Frederiksberg	-	-		
2	Frederikssund				
2	Gladsaxe				
2	Gribskov				
2	Helsingør		+		
2	Hillerød		+		
2	Kbh Indre by				
2	Kbh Vanløse				
2	Kbh Østerbro	-			
2	Vallensbæk				
1	Allerød				
1	Dragør				
1	Egedal	-			

1	Fredensborg		+		
1	Furesø				
1	Gentofte	-	-	+	
1	Hørsholm				
1	Lyngby-Taarbæk				
1	Rudersdal			+	

Analyse af ændringen i gennemsnitlig udgift pr. patient til kommunal medfinansiering (patientudgiften)

I kapitel 4 analyseres ændringer i den gennemsnitlige udgift pr. patient til kommunal medfinansiering, i det følgende betegnet patientudgiften. Det undersøges om forskellige faktorer har den samme påvirkning i 2013 og i 2015. Resultatet af denne undersøgelse giver en større indsigt i den kommunale medfinansiering.

Indledningsvist fastslås det, at der ikke er sket signifikante stigninger i patientudgiften fra 2013 til 2015 for kvinder, når der justeres for alder. Det gælder både ambulante besøg og indlæggelser. For mænd ses der signifikante stigning på ca. 1 pct. for indlæggelser. For ambulante besøg ses også en stigning på 1% for alle patienter, dog ikke for aldersgruppen 18+ årige.

Opdeles de ambulante besøg på akut ambulante og planlagte besøg, ses signifikante stigninger i patientudgiften for begge køn for akut ambulante besøg. For de planlagte besøg ses et fald for mænd, men en stigning for 18+ årige kvinder.

Herefter undersøges betydningen af de samme 8 faktorer, som blev undersøgt for patientrisikoen. En skematisk oversigt over resultaterne er givet i tabel 5.

Oversigten viser, at 5 faktorer har betydning for ændring i patientudgiften for ambulante besøg for mænd, og 6 faktorer har betydning for ændring i patientudgiften for ambulante besøg for kvinder.

For ændringen i patientudgiften for indlæggelser er der ingen af faktorerne som har betydning for kvinder, mens alder og etnicitet har betydning for mænd.

Tabel 5. Forskellige faktors indflydelse på ændringen i patientudgiften i forhold til referencegruppen fra 2013 til 2015(RL=relativt lavere, RH=relativt højere)

Faktor	Ambulante besøg		Indlæggelser		referencegruppe
	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	
Alder relativt lavere	9-38			2-8	39-48 årige
Alder relativt højere	0-8,49-88	0-28,59-88		79-89+	
Etnisk baggrund RL	Ikke-vestl.land	Ikke-vestl.lan		Ikke-vestl.lan	dansk baggrund
Etnisk baggrund RH					
Uddannelsesniv. RL					erhvervsfaglig uddannelse
Uddannelsesniv. RH					
Indkomstniveau. RL	0-250000,				

	375000-525000+				
Indkomstniveau RH					
Samlivsstatus RH					
Samlivsstatus RL					samlevende
Antal kron.syg. RL	2-3+	1-3+			
Antal kron.syg. RH					Ingen sygdomme
Kontakt til praksis RL					
Kontakt til praksis RH	5-20+	10-20+			1-2 kontakter
Kontakt til spec.læ RL					
Kontakt til spec.læ RH	2-4+	4+			0 kontakter

Endelig analyseres, om ændringen i patientudgiften fra 2013 til 2015 er forskellig mellem kommunerne. Referencegruppe er regions gennemsnittet.

Tabel 6 Signifikans af kommune-variablen for relative ændringer i patientudgiften fra 2013 til 2015.

Kommune social-gruppe	Kommune	akut ambulante besøg		planlagt ambulante besøg	
		Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd
4	Albertslund				-
4	Bornholm	+	+	-	
4	Brøndby				
4	Høje-Taastrup				
4	Ishøj				
4	Kbh Bispebjerg				
4	Kbh Brønshøj-Husum		-		
4	Kbh Nørrebro	-			
4	Kbh Valby				
4	Kbh Vestbro/Kg.Enghave				
3	Ballerup		-		
3	Glostrup		-		
3	Halsnæs				+
3	Herlev		-		
3	Hvidovre	+			
3	Kbh Amager Vest				
3	Kbh Amager Øst		+		
3	København	-			
3	Rødovre			+	
3	Tårnby		+	+	
2	Frederiksberg	-	-	+	
2	Frederikssund		+		
2	Gldsaxe		-		
2	Gribskov				
2	Helsingør	+	+		
2	Hillerød		+		
2	Kbh Indre by				
2	Kbh Vanløse				
2	Kbh Østerbro		-		
2	Vallensbæk				

1	Allerød				
1	Dragør				
1	Egedal				
1	Fredensborg		+		
1	Furesø				
1	Gentofte	-	-		
1	Hørsholm		+		-
1	Lyngby-Taarbæk	-	-		
1	Rudersdal				

Hvis de socioøkonomiske faktorer ikke inddrages ses der forskelle mellem kommunerne i ændringen af patientudgiften for både akutte og planlagte ambulante besøg for kvinder og for akutte besøg for mænd. For indlæggelser er der ingen signifikant forskel.

Hvis betydningen af alder, uddannelsesniveau, indkomstniveau, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme inddrages har kommune ikke nogen betydning for ændring i patientudgiften fra 2013 til 2015 for planlagte ambulante besøg for mænd.

For akutte ambulante besøg for kvinder og mænd og for planlagte ambulante besøg for kvinder er de 6 faktorer imidlertid ikke i stand til fuldt ud at forklare ændringen i patientudgiften fra 2013 til 2015. Kommune har også en betydning. Betydningen er vist i tabel 6. Det gælder både for kvinder og for mænd. Referencegruppen er her regionsgennemsnittet. Fortegnet på ændringen i patientudgiften i forhold til gennemsnittet er vist i tabel 6. Fx er ændringen i patientudgiften signifikant højere end ændringen i regionsgennemsnittet for akut ambulante besøg for Bornholms Kommune, mens den er lavere for Lyngby-Taarbæk kommune.

Konklusion

Der er foretaget en analyse af ændringen i den kommunale medfinansiering i kommunerne i Region Hovedstaden fra 2013 til 2015, hvor den steg med 395 mill.kr. eller 7,8 pct. Trefjerdedel af stigningen vedrører ambulante besøg, mens en fjerdedel vedrører indlæggelser.

En overordnet analyse peger på, at den vigtigste faktor for væksten i de ambulante udgifter er, at flere borgere får en hospitalskontakt, dvs. at sandsynligheden for at en borger også er en patient stiger (patientrisikoen).

For indlæggelserne er det derimod væksten i befolkningens størrelse, som har størst betydning.

Det undersøges nu hvilken betydning en række forskellige faktorer har for ændringen i den kommunale medfinansiering fra 2013 til 2015. De valgte faktorer er køn, alder, etnicitet, uddannelsesniveau, indkomstniveau, samlivsstatus, antal kroniske sygdomme, antal kontakter til almen praksis og antal kontakter til speciallæge.

Ændringen i patientrisikoen for ambulante besøg er påvirket af alle faktorer for mænds vedkommende. For kvinder påvirker alle faktorerne – på nær samlivsstatus – også ændringen i patientrisikoen for ambulante besøg.

Ændringen i patientrisikoen påvirkes for indlæggelser af færre faktorer.

Det undersøges herefter, om der er forskel i ændringen mellem kommunerne. For indlæggelser forklarer de valgte faktorer ændringen i patientrisikoen fra 2013 til 2015 for både kvinder og mænd. Det gælder ligeledes for planlagte ambulante besøg for mænd. I disse tilfælde har kommune ingen betydning.

For planlagte ambulante besøg for kvinder og for akut ambulante besøg for både kvinder og mænd forklarer faktorerne ikke kommuneforskellene fuldt ud. Forskellen må altså også skyldes andre forhold.

Ændringen i udgiften pr. patient fra 2013 til 2015 er tilsvarende analyseret. Alder, etnisk baggrund, antal kroniske sygdomme, antal kontakter til almen praksis og til speciallæge har betydning for ændringen i patientudgiften for ambulante besøg for både mænd og kvinder, mens indkomstniveau kun har betydning for kvinder. For indlæggelser har alder og etnicitet betydning for mænd.

For akut ambulante besøg for mænd og kvinder og planlagte besøg for kvinder har kommune betydning, mens det ikke er tilfældet for planlagte besøg for mænd og for indlæggelser.

Afslutningsvist skal det understreges, at analysen ikke viser noget om kommunernes mulighed for at påvirke den kommunale medfinansiering. Analysen viser, at en stor del af udviklingen i den kommunale medfinansiering kan forklares ud fra nogle socioøkonomiske faktorer. Det kan være vanskeligt at påvirke de socioøkonomiske faktorer, som er identificeret i analysen, men de forklarer på den anden side ikke hele udviklingen fra 2013 til 2015. Den ikke-forklarede del kan fx være udvikling i sygelighed, forebyggelsesinitiativer og ændringer i organisatoriske forhold. Med de data, der har været til rådighed, og den valgte analysemetode, har det ikke været muligt at kvantificere disse forholds eventuelle betydning.