

RAPPORT VEDRØRENDE BEDRE GRUNDLAG FOR FOREBYGGELSESSINDSATSEN I KOMMUNERNE

- MAJ 2008



KL
Danske Regioner
Finansministeriet
Sundhedsstyrelsen
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Kolofon

Rapport vedrørende bedre grundlag for forebyggelsesindsatsen i kommunerne

Udarbejdet af: Arbejdsgruppen vedrørende bedre grundlag for forebyggelsesindsatsen

Copyright: Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Udgivet af:

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Slotsholmsgade 10-12

1216 København K.

Telefon: 72 26 90 00

Telefax: 72 26 90 01

E-post: sum@sum.dk

EAN-lokationsnummer: 5798000362055

Grafisk design: 1508 A/S

Udgivelsesår: 2008

ISBN: 978-87-7601-258-8 (elektronisk version)

Version: 1.0

Versionsdato: 13. juni 2008

Publikationen er tilgængelig på <http://www.sum.dk>

Indholdsfortegnelse:

1 Indledning og sammenfatning	4
1.1 Indledning.....	4
1.2 Baggrund.....	4
1.3 Hovedkonklusioner i rapporten.....	5
2 Beskrivelse af kommunernes opgaver og finansieringsmodellen på sundhedsområdet	14
2.1 Indledning og sammenfatning	14
Kapitlet beskriver opgavefordelingen mellem stat, kommuner og regioner efter kommunalreformen, samt finansieringsmodellen på sundhedsområdet, herunder den kommunale medfinansiering.	14
2.2 Opgavefordelingen mellem stat, kommuner og regioner	15
2.2.1 Finansieringsmodellen på sundhedsområdet.....	16
2.2.2 Øvrige forhold af betydning for regionernes og kommunernes styring af sundhedsområdet	18
2.3 Beskrivelse af kommunernes sundheds- og sundhedsrelaterede tilbud og af samspillet mellem kommuner og regioners tilbud.....	26
2.4 Formaliseringen af samarbejdet mellem regioner, praktiserende læger og kommunerne	27
2.5 Hvilke redskaber har kommunerne til rådighed?	30
3. Udviklingen i sundhedsudgifter og forbrug af sundhedsydelse ...	33
3.1 Indledning og sammenfatning	33
3.2 Den generelle udvikling på sundhedsområdet	34
3.2.1 Udviklingen i udgifterne til sundhedsområdet.....	34
3.2.2 Udviklingen i aktiviteten på sundhedsområdet	36
3.2.3 Udviklingen i sygehusvæsenets kapacitet.....	37
3.3 Sammensætningen i befolkningens forbrug af sundhedsydelse....	40
3.3.1 Udskrivninger efter område	40
3.3.2 Ældre medicinske patienter	40
3.3.3 Færdigbehandlede patienter.....	42
3.3.4 Fordeling af befolkningens forbrug af sundhedsydelse	43
3.4 Fokus på de patienter, der bruger en stor andel af sundhedsudgifterne.....	47
3.4.1 Sundhedsudgifter til de dyreste patienter	47
3.4.2 Forbruget af sundhedsydelse blandt de dyreste patienter	48
3.4.3 Sygdomsbilledet for de dyreste patienter	50
3.5 Forbruget af sundhedsydelse på kommuneniveau	52
4 Kommunernes udgifter til aktivitetsafhængig medfinansiering af sundhedsområdet	55
4.1 Indledning og sammenfatning	55
4.2 De kommunale sundhedsudgifter.....	57
4.2.1 Kommunal medfinansiering fordelt på aldersgrupper	58
4.2.2 Kommunal medfinansiering fordelt på sygdomskategorier	59
4.3 Kommunale forskelle i udgifterne til aktivitetsafhængig medfinansiering.....	60

4.3.1 Kommunale forskelle i udgifterne til aktivitetsafhængig medfinansiering (køns- og aldersstandardiserede)	64
4.4 Geografiske forskelle i udgifterne til kommunalmedfinansiering	65
4.5 Sammenhæng mellem forbrug af sundhedsydelser og kommunal medfinansiering	68
4.6 Variation i kommunal medfinansiering på regions- og kommuneniveau	70
4.6.1 Variation i kommunal medfinansiering på regions- og kommuneniveau	70
4.6.2 Kommunal medfinansiering og det sociale indeks.....	73
4.6.3 Variation i den kommunale medfinansiering på sygehus- og kommuneniveau	78
4.7 Uhensigtsmæssige indlæggelser og sengedage	81
4.7.1 Uhensigtsmæssige indlæggelser.....	81
4.7.2 Uhensigtsmæssige sengedage	82
4.7.3 Samlet potentiale for at reducere behovet for sengekapa- citet ..	86
4.8 Kommunernes udgifter til aktivitetsafhængig medfinansiering opgjort ud fra forbruget af sundhedsydelser i 2006 og 2007	87
5. Case-analyse af kommuner og indikatorer for den kommunale medfinansiering	91
5.1. Indledning og sammenfatning	91
5.2 Kommunale muligheder for analyser af den kommunale medfinansiering	92
5.3 Analyser korrigeret for geografiske og sociale forhold	98
5.4 Case-analyse af kommuner på Københavns vestegn.....	99
5.5 Case-analyse af kommuner i Nordsjælland	100
5.6 Case-analyse af kommuner i Nordjylland.....	103
Bilag 1. Arbejdsgruppens kommissorium m.v.....	110
Kommissorium for arbejdsgruppe om bedre grundlag for forebyggelsesindsatsen i kommunerne	110
Arbejdsgruppens sammensætning og møder	111

1 Indledning og sammenfatning

1.1 Indledning

Sundhedsvæsenet står over for en række udfordringer i de kommende år. Servicen skal udvikles samtidigt med, at der er begrænsede rammer for væksten i de offentlige udgifter, og det bliver vanskeligere at rekruttere arbejdskraft. For at imødekomme disse udfordringer, er der behov for at overveje, hvordan de eksisterende ressourcer anvendes bedst muligt, således at der kan skabes mest mulig sundhed for pengene, herunder at de specialiserede ressourcer i sundhedsvæsenet forbeholdes dem med størst behov.

Formålet med denne rapport er, at give kommunerne et bedre grundlag for den forebyggende indsats, herunder bidrage til kommunernes videre arbejde med styring af de kommunale sundhedsudgifter, bl.a. ved at undgå at kommunernes borgere unødigt indlægges på sygehus.

1.2 Baggrund

Med kommunalreformen blev de 14 amter og H:S omdannet til fem nye regioner og 98 kommuner blev dannet ud af de hidtidige 271 kommuner.

Med kommunalreformen fik kommunerne tilført en række nye opgaver. Kommunerne fik dermed en større rolle på sundhedsområdet. I dag har kommunerne ansvaret for al genoptræning, som ikke foregår under indlæggelse. Kommunerne har desuden ansvaret for den forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Endelig har kommunerne ansvaret for omsorgs- og specialtandpleje, samt behandling af alkohol- og stofmisbrug.

Den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering af regionernes sundhedsopgaver er med til at tilskynde kommunerne til en mere målrettet forebyggende indsats, herunder bidrage til at undgå de u hensigtsmæssige sygehusindlæggelser, der er både dyre for samfundet og dårlige for patienten. Det stiller krav til kommunernes informationsgrundlag for tilrettelæggelse og prioritering af indsatsen, ligesom styringen af sundhedsudgifterne fordrer brugbare informationer til at opnå overblik over fordelingen af medfinansieringen på forskellige sygdomstyper m.v.

Kommunernes styrkede rolle på sundhedsområdet har givet kommunerne behov for et mere præcist informationsmæssigt grundlag for at kunne tilrettelægge deres indsats, f.eks. med henblik på:

- Styring og opfølgning på forbrug af sundhedsydelser samt udgifter under den kommunale medfinansieringsordning.
- Dialog med regionerne om driften og udviklingen af sundhedsvæsenet i regionerne.
- Systematiske sammenligningsanalyser mellem kommuner og internt mellem distrikter inden for den enkelte kommune.

Det fremgår af økonomiaftalen for 2008 mellem regeringen og KL, at der er enighed om *"vigtigheden af, at kommunerne får adgang til relevant information om borgernes sundhedstilstand, så de har et solidt grundlag for prioritering af forebyggelsesindsatsen. Der er enighed om at skabe en fælles og*

forpligtende ramme for drøftelser af de konkrete informationsbehov, herunder om tilgængeligheden af relevante data og udgifter, så såvel som om de potentielle foranstaltninger til at udnytte de potentielle muligheder ved den aktivitetsbestemte medfinansiering understøttes bedst muligt.”

Med henblik på at give kommunerne et bedre grundlag for forebyggelsesindsatsen er der nedsat en arbejdsgruppe, der har haft til opgave (jf. bilag 1) at:

- beskrive kommunernes opgaver og finansieringsmodel på sundhedsområdet
- afdække allerede tilgængelige data (primært via DRG-systemet) hos de centrale sundhedsmyndigheder
- sammenligne kommunernes forbrug af sundhedsydelser, herunder variationer i kommunernes aktivitetsbestemte medfinansiering
- belyse, hvordan indførelsen af den kommunale medfinansiering pr. 1. januar 2007 har påvirket kommunernes sygehusforbrug i forhold til 2006
- analysere, om der er systematiske forskelle mellem sygehusenes optageområder
- identificere gode case-eksempler fra kommuner/sygehuse
- analysere forklarende faktorer på variationer i kommunernes udgifter til medfinansiering, herunder dekomponere udgifterne og årsagerne til kommunal udgiftsvariation.

Hensigten med analysen er at medvirke til at klarlægge, hvilke faktorer der er centrale fra en kommunal styringsvinkel, bl.a. med henblik på at fremhæve de potentielle (kommunale og øvrige samfundsøkonomiske) gevinster ved at undgå forebyggelige og unødvendige indlæggelser

Der er med arbejdsgruppens arbejde foretaget den første kortlægning og analyse af kommunernes medfinansieringsudgifter samt identificeret særlige områder, hvor kommunerne kan målrette forebyggelsesindsatsen og potentielt reducere udgifterne til kommunal medfinansiering. Der vurderes med den foreliggende rapport at være fulgt op på den opgave vedr. kommunernes grundlag for prioritering af forebyggelsesindsatsen, som indgik i økonomiaftalen for 2008.

Der har i arbejdsgruppen været enighed om, at spørgsmålet om en fælles og forpligtende ramme for drøftelser af de konkrete informationsbehov ikke skulle indgå i nærværende arbejde, men vil blive adresseret i anden sammenhæng.

1.3 Hovedkonklusioner i rapporten

Arbejdsgruppens analyser viser, at der er forholdsvis store variationer mellem kommunernes udgifter til medfinansiering og sammensætningen af forbruget af sundhedsydelser. Denne variation gør sig også gældende mellem kommuner, der er sammenlignelige, for så vidt angår befolkningens sociale sammensætning og aldersfordeling. Samtidig kan der konstateres variationer på tværs af regioner og sygehuse. Disse variationer peger overordnet på, at der er et potentiale i forhold til den kommunale indsats, i for-

hold til indsatsen i regioner og sygehuse, samt i forhold til at skabe bedre sammenhæng mellem de forskellige aktører på sundhedsområdet.

Hovedkonklusionerne i rapporten er følgende:

- Der er betydelig variation i udgiftsniveauet for den kommunale medfinansiering på tværs af kommuner, regioner og på tværs af sygehuse.
- Variationen i udgifterne både på tværs af og inden for regioner afspejler både kommunespecifikke forhold knyttet til kommunernes indsats, socioøkonomiske forhold og regionsspecifikke forhold i form af forskelle knyttet til det regionale sundhedsvæsen. Dertil kommer effekten af lægers henvisningspraksis, som ikke er belyst særskilt i denne rapport.
- Der er væsentlig variation på tværs af kommunerne, hvad angår en række indikatorer for den kommunale forebyggelsesindsats, som ikke alene lader sig forklare af forskelle i befolkningens sociale sammensætning, alders- eller kønsfordeling eller faktorer på sygehusniveau.
- Den uforklarede variation mellem kommunerne indikerer et potentiale for kommunerne til at påvirke deres udgifter til kommunal medfinansiering bl.a. gennem tilrettelæggelsen af den kommunale indsats vedr. ældrepleje, forebyggelse mv. samt via dialog med regioner og sygehuse samt andre kommuner.
- Det vurderes, at patienter på 65 år og derover er den patientgruppe, hvor kommunerne har det største potentiale for at forebygge indlæggelser og undgå uhensigtsmæssige indlæggelser, idet denne aldersgruppe oftere indlægges på sygehus og den kommunale indsats bl.a. i ældreplejen kan påvirke sygehusforbruget for denne gruppe.
- Analyserne viser, at jo færre indlæggelser og jo større andelen af behandlinger på et lavere specialiseringsniveau, jo lavere vil kommunernes udgifter til den kommunale medfinansiering være. Dermed understøtter medfinansieringsmodellen kommunernes forebyggende og sundhedsfremmende indsats.
- Der er til rapporten udarbejdet et datasæt for de 98 kommuner, som muliggør sammenligninger af udgifter til kommunal medfinansiering mellem de enkelte kommuner. Datasættet indeholder sammenlignelige opgørelser af de udgiftstyper, hvor kommunerne igennem deres forebyggelsesindsats har særlige muligheder for at påvirke den kommunale medfinansiering.
- Datasættet kan give inspiration til kommuner, der ønsker et sammenligneligt billede af deres kommunale medfinansieringsudgifter på områder som f.eks. diabeteforløb, genindlæggelser samt ældre medicinske patienter.
- Datasættet er således et godt skridt på vejen til, at kommunerne bedre kan styre og analysere forbruget af sundhedsydelse samt udgifterne under den kommunale medfinansieringsordning. Ved at identificere områder med særlige muligheder for forbedringer kan dette arbejde således også bidrage til, at kommunerne kan indfri de identificerede potentialer for reduktion af den kommunale medfinansiering.

Det bemærkes, at arbejdsgruppen i dette arbejde ikke er gået ind i en nærmere analyse af de økonomiske incitamenters styrke eller en egentlig evaluering af den kommunale medfinansieringsordning, men belyser en række bagvedliggende forudsætninger ved den nuværende model.

Nedenfor gives en sammenfatning af resultaterne af rapportens enkelte kapitler.

Kapitel 2: Beskrivelse af kommunernes opgaver og finansieringsmodellen på sundhedsområdet

Kapitel 2 beskriver de generelle rammevilkår for sundhedsvæsenet, samt finansieringsmodellen på sundhedsområdet.

Kommunerne har med kommunalreformen fået en større rolle på sundhedsområdet, herunder et øget økonomisk ansvar som følge af den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering på sundhedsområdet. Den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet skal således give kommunerne en tilskyndelse til at holde borgerne raske og ude af det specialiserede sygehustilbud i de tilfælde, hvor opgaven kan løftes på et lavere niveau, fordi uhensigtsmæssige indlæggelser ofte er både uhensigtsmæssige for borgeren og dyrt for samfundet. Det kan fx ske ved at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser af bl.a. ældre medicinske patienter, som kunne være forebygget eller undgået.

Baggrunden for den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet er at den forebyggende og sundhedsfremmende indsats ligger i naturlig forlængelse af og spiller sammen med de opgaver, som kommunerne i øvrigt varetager. Kommunerne er tæt på borgerne og danner rammen om en stor del af borgernes dagligdag, bl.a. på børneinstitutioner, skoler, kommunale arbejdspladser, ældreplejen m.v. Det giver kommunerne et afsæt for at løfte de nye opgaver på sundhedsområdet og tænke den forebyggende indsats ind i de institutionelle rammer, som kommunerne har ansvaret for.

Det aktivitetsafhængige bidrag indebærer, at kommunerne skal afregne med regionerne, hver gang en borger har fået en regionalt finansieret sundhedsydelse inden for dækningsområdet. Bidragets størrelse afspejler antallet af indlæggelser og ambulante behandlinger på sygehusene og hos de praktiserende læger og speciallæger mv. Det betyder overordnet set, at jo mindre borgerne i en kommune trækker på sundhedsvæsenet, jo mindre vil kommunen skulle svare i kommunal medfinansiering.

Medfinansieringsordningen giver kommunerne mulighed for selv at identificere de områder, som de med fordel kan fokusere deres indsats mod. Samtidig giver modellen mulighed for, at de enkelte kommuner og regioner i fællesskab kan tilrettelægge og samordne deres indsats på sundhedsområdet på grundlag af de forskellige lokale forhold og muligheder. Den kommunale indsats er især relevant i forhold til de plejkrævende ældre, herunder ældre med et genoptrænings- og rehabiliteringsbehov, hvor der er og kan udvikles hensigtsmæssige alternativer til egentlig sygehusindlæggelse.

Endvidere skal afregningen tilgodese regionernes udgiftsansvarlighed, herunder sikre fortsat incitament til at reducere liggetider og omlægning til ambulante behandling, idet den kommunale medfinansiering er marginalt større ved ambulante behandling end ved indlæggelse.

Endelig giver sundhedsaftalerne mulighed for, at de enkelte kommuner og regioner i fællesskab kan tilrettelægge og samordne deres indsats på sundhedsområdet på grundlag af de forskellige lokale forhold og muligheder. Det gælder bl.a. i forhold til udskrivningsforløb for svage, ældre patienter og indlæggelsesforløb, som begge indgår som obligatoriske indsatsområder i sundhedsaftalerne.

Kapitel 3: Udviklingen i sundhedsudgifter og forbrug af sundhedsydelser

Kapitel 3 har til formål at identificere de overordnede tendenser og udfordringer i sundhedsvæsenet, samt at sætte fokus på de områder, der har særlig relevans i forhold til den kommunale indsats. Kapitlet belyser således den overordnede udvikling i aktiviteten, forbrugssammensætningen og udgifterne i sundhedsvæsenet. Endvidere belyses udviklingen i aktivitet, forbrug og udgifter i sundhedsvæsenet fordelt på kommuner. Det fremgår således at:

- Aktiviteten er vokset. Antallet af behandlede borgere er således steget fra 1,9 mio. i 1997 til 2,2 mio. i 2006, svarende til en stigning på 20 pct. Stigningen er især sket i forhold til ambulante behandlinger. Antallet af ambulante besøg er vokset fra 4,8 mio. besøg i 1997 til 7,1 mio. besøg i 2006, svarende til en årlig stigning på 4,5 pct.
- Antallet af udskrivninger er i samme periode øget med 1,5 pct. årligt. Sideløbende er ventetiderne reduceret med 29 dage fra 2001 til 2007, svarende til et fald på ca. 32 pct.
- Antallet af sengedage i perioden 1997-2005 er blevet reduceret med 1,7 pct. årligt, mens belægningsprocenten har været konstant på omkring 88 pct.
- Reduktionen i antallet af sengedage har fundet sted som følge af kortere indlæggelsestider. Den gennemsnitlige indlæggelsesvarighed (liggetid) er således faldet fra omkring 6 dage i 1997 til omkring 4,5 dage i 2005. Denne udvikling skyldes bl.a. medicinske teknologiske fremskridt, som bl.a. betyder at patienterne hurtigere genvinder deres funktionsevne efter operation.
- Hvad angår andelen af det samlede antal sengepladser som optages af færdigbehandlede patienter på det somatiske område, er den samlede sengekapacitet blevet reduceret fra ca. 3,3 pct. i 1997 til ca. 1,7 pct. i 2007, svarende til et fald fra ca. 205.000 sengedage til ca. 122.000 sengedage. På det psykiatriske område optog de færdigbehandlede patienter 5,1 pct. af det samlede antal sengepladser i 2007, svarende til ca. 53.000 sengedage.

For en række sygdomsområder er den kommunale indsats tæt forbundet med sygehusforbruget, fx i forhold til ældre medicinske patienter og kronikere. Udviklingen viser, at de ældre medicinske patienter tegner sig for en stadigt stigende andel af det samlede antal udskrivninger. Ældre medicinske patienters andel af det samlede antal udskrivninger er således steget fra knap 21 pct. i 1995 til godt 25 pct. i 2007. Samtidig udgjorde de ældre

patienter på 65 år og derover omkring halvdelen af udskrivningerne på de medicinske afdelinger i 2007, mens deres andel af befolkningen udgjorde ca. 15 pct. Samtidig er sundhedsudgifterne pr. indbygger ikke overraskende størst for de ældre patienter på 65 år og derover.

Derfor vurderes det, at patienter på 65 år og derover er den patientgruppe, hvor kommunerne har det største potentiale for at forebygge indlæggelser og undgå uhensigtsmæssige indlæggelser, idet den kommunale indsats bl.a. i ældreplejen påvirker sygehusforbruget for denne gruppe. Der vurderes også at være et potentiale i forhold til de kronisk syge, men denne gruppe er mindre homogen og kan dermed være sværere at identificere, da de trækker på en bredere vifte af sundhedsydelse end de ældre medicinske patienter. Det bemærkes, at der vil være et vist sammenfald mellem de to nævnte patientgrupper

Forbruget af sundhedsydelse er endvidere skævt fordelt på tværs af befolkningen. Således kan 45 pct. af de samlede sundhedsudgifter henføres til de 3 pct. af befolkningen, der forbruger flest sundhedsydelse. En forholdsvis lille andel af befolkningen forbruger således en forholdsvis stor andel af de samlede sundhedsudgifter. Ser man nærmere på disse patienter viser det sig, at en stor del af dem er mellem 55 og 85 år og er karakteriseret ved at være indlagt hyppigere end øvrige patienter. Samtidig er omtrent halvdelen af den dyreste patientgruppe karakteriseret ved at have mange kontakter med sygehuset over flere år, heraf er en stor del af disse kontakter ambulante besøg og indlæggelser.

Det fremgår endvidere, at antallet af kontakter med sundhedsvæsenet pr. indbygger varierer betydeligt på tværs af kommuner – også efter køns- og aldersstandardisering. Det peger på, at variationen i antallet kontakter med sundhedsvæsenet i stedet skal søges forklaret ved andre forhold, herunder forskelle i tilgængelighed til sundhedsydelse, forskelle i udbyderadfærd eller den kommunale indsats. Desuden varierer de regionale sundhedsudgifter mellem kommunerne.

Kapitel 4: Kommunernes udgifter til aktivitetsafhængig medfinansiering af sundhedsområdet

I kapitel 4 foretages der en nærmere analyse af variationen i de kommunale udgifter til den aktivitetsafhængige medfinansiering på sundhedsområdet. Det undersøges desuden, om der er systematiske forskelle mellem sygehusenes optageområder. Der foretages endvidere en analyse af forklarende faktorer på variationer i kommunernes udgifter til medfinansiering, herunder en dekomponering af udgifterne og årsagerne til kommunal udgiftsvariation.

De samlede udgifter til kommunal aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering i 2007 kan pr. marts 2008 opgøres til godt 9,2 mia. kr. eller 1.684 kr. pr. indbygger. Kommunerne i Østdanmark har generelt højere udgifter end kommunerne i Vestdanmark. Niveauet for den kommunale medfinansiering i Vestdanmark ligger således mellem 7,6 pct.enheder og 15,7 pct.enheder under niveauet i Region Hovedstaden efter korrektion for køns- og alderssammensætning samt socioøkonomiske forhold.

En analyse af betydningen af socioøkonomiske forhold for niveauet af kommunal medfinansiering foretaget for alle landets kommuner under ét viser en moderat sammenhæng mellem socioøkonomiske forhold og den kommunale medfinansiering. Denne analyse tager imidlertid ikke højde for, at der kan være strukturelle forskelle fra region til region, som kan "skygge" over det sociale indeks reelle forklaringskraft på landsplan. Det betyder, at effekten af det sociale indeks ikke er undersøgt inden for de enkelte regioner.

Derfor foretages en mere detaljeret statistisk analyse, hvor der søges korigeret for en evt. regionseffekt. Resultatet af denne analyse indikerer, at omtrent halvdelen af variationen i den kommunale medfinansiering kan forklares af regionsniveauet og socioøkonomiske forhold. Generelt gælder det således, at der er en positiv sammenhæng mellem de socioøkonomiske forhold og niveauet for den kommunale medfinansiering. Stiger det sociale indeks med 10 pct. enheder øges det kommunale indeks for den kommunale medfinansiering med 1,1 pct. enheder.

Analysen viser imidlertid også, at halvdelen af variationen i den kommunale medfinansiering ikke kan forklares af forskelle mellem regionerne eller af værdien på det sociale indeks. Der er således en uforklaret variation, der i et vist omfang må formodes at skyldes variation mellem kommunerne, herunder forskelle i den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, samt forskelle på de praktiserende lægers henvisningspraksis m.v. Noget af den resterende variation indenfor regionerne må dog også formodes, at skyldes en forskel mellem sygehus-specifikke forhold.

Der ses der også nærmere på om det sociale indeks er i stand til at forklare variationen i medfinansieringsudgifter i forhold til en række kommunale nøglevariable, herunder de kommunale udgifter til uhensigtsmæssige indlæggelser, diabetesbehandling pr. indbygger, genindlæggelser og medicinske udskrivinger af ældre patienter. Umiddelbart viser analysen, at det sociale indeks kun i begrænset omfang kan forklare variationen i udgifterne til de forskellige nøglevariable. Diabetesbehandlingen er imidlertid en undtagelse, idet det sociale indeks kan forklare 44 pct. af variationen i de kommunale udgifter til medfinansiering af diabetesbehandling. Det skal dog bemærkes, at disse analyser er foretaget for alle regionerne under ét. Det betyder, at effekten af det sociale indeks på de forskellige nøglevariable ikke er undersøgt inden for de enkelte regioner, hvor der formentlig vil være en tydeligere sammenhæng.

For at få et fingerpeg om, hvorvidt forskellene i kommunernes medfinansieringsudgifter kan tilskrives systematiske forskelle på tværs af eller indenfor sygehusenes optageområder, er der set nærmere på variationen i medfinansieringsudgifterne for kommuner, der primært anvender samme sygehus. Denne sammenligning viser, at der for mange af sygehusene er en relativt stor forskel på størrelsen af den kommunale medfinansiering mellem kommunerne. For en række af sygehusene spænder udgifterne således med i størrelsesordenen fem procentenheder, mens der for andre af sygehusene er forskelle på op til 20-25 procentenheder. Det indikerer, at

sygehusspecifikke forhold i nogle tilfælde har betydning for udgifterne, mens udgifterne i andre tilfælde varierer i et sådant omfang, at det må tilskrives andre forhold end sygehusspecifikke forhold. En del af variationen mellem sygehuse og kommuner må også formodes at skyldes geografiske og demografiske forskelle, samt forskelle i de praktiserende lægers indsats. Disse forhold undersøges dog ikke nærmere i nærværende analyse.

Denne analyse af variationen inden for og mellem sygehuse indikerer, at der er potentiale for at forbedre indsatsen i forhold til uhensigtsmæssige indlæggelser, behandlingen af diabetes patienter, genindlæggelser og de ældre medicinske patienter. En del af dette potentiale vurderes at kunne indfries via forbedringer i den kommunale indsats og af samarbejdet mellem kommune, praktiserende læger og de regionale sygehuse, fx i regi af Sundhedsaftalerne eller Sundhedskoordinationsudvalgene.

Man kan danne sig et billede af betydningen af variationen mellem kommunerne ved at se på, hvor meget de samlede udgifter til kommunal medfinansiering ville være, hvis alle kommuner havde den samme udgift pr. indbygger, som kommunen med de 40. laveste medfinansieringsudgifter og sammenholde dette med den faktiske landsudgift. Det kan således beregnes, at hvis alle kommuner havde samme gennemsnitlige udgift pr. indbygger som den 40. billigste, så ville kommunernes medfinansieringsudgifter være knap ½ mia. kr. lavere end de 9,2 mia. kr. på landsplan, som de udgør i dag. Det bemærkes, at knap ½ mia.kr. i kommunale medfinansieringsudgifter svarer til knap 5 mia.kr. i samlede regionale sundhedsudgifter.

Undersøgelser viser, at andelen af uhensigtsmæssige indlæggelser svinger mellem 5-33 pct. Et beregningseksempel med Bispebjerg sygehus som eksempel viser, at der er et betydeligt potentiale for at frigøre sengekapacitet, hvis unødige indlæggelser undgås og hvis uhensigtsmæssigt lange indlæggelser (fx som følge af interne ventetider og færdigbehandlede patienter) undgås. Eksemplet viser, at ca. 9 pct. af sengedagene på de medicinske afdelinger kan frigøres, hvis antallet af uhensigtsmæssige og forlængede indlæggelser lå på et landgennemsnitligt niveau. Det indikerer, at der er et potentiale for at reducere belægningsprocenterne på sygehuse, herunder især på de medicinske afdelinger.

Kapitel 5: Case-analyse af kommuner og indikatorer for den kommunale medfinansiering

I kapitel 5 foretages en række opgørelser, som kommuner kan anvende i forbindelse med analyser af potentialet for at nedbringe borgernes træk på sundhedsvæsenet og dermed kommunens udgifter til den kommunale medfinansiering. Der opstilles således en række indikatorer, som kommunerne kan bruge som udgangspunkt for egne videre analyser af forebyggelsesindsatsen. De konkrete indikatorer gør det muligt for kommunerne at sammenligne sig med andre kommuner, der har en tilsvarende befolkningssammensætning.

Indikatorerne udgør tilsammen et analyseværktøj, der kan bidrage til at identificere mulige indsatsområder i kommunerne og give anledning til målrettet at hente inspiration fra og udveksle erfaringer med andre kommuner.

De konkrete indikatorer kan desuden bidrage til at kvalificere dialogen med regionerne om borgernes brug af sundhedsvæsenets ydelser. Indikatorerne vil eksempelvis kunne anvendes i forbindelse med indgåelse af sundhedsaftalerne mellem kommunalbestyrelser og regionsråd. Der vil således kunne opstilles målsætninger for de enkelte indikatorer, fx i forhold til andelen af genindlæggelser, andelen af uhensigtsmæssige indlæggelser, færdigbehandlede patienter, medfinansieringsudgifter til diabetespatienter m.v. På den baggrund vil kommuner og regioner i fællesskab kunne foretage en løbende opfølgning på opfyldelsen af målsætningerne for de enkelte indikatorer. Dermed vil sundhedsaftalerne kunne udgøre et mere aktivt redskab for både kommuner og regioner i forhold til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatsen på sundhedsområdet, herunder særligt den patientrettede forebyggelsesindsats. En eventuel indarbejdelse af indikatorer i sundhedsaftalerne vil således skabe et bedre grundlag for dialog mellem kommuner og regioner, samt en højere grad af forpligtelse i forhold til at opfylde de aftalte målsætninger.

I kapitel 5 præsenteres desuden en række case-analyser af grupper af kommuner indenfor samme geografiske område, der hovedsageligt anvender ét eller to bestemte hospitaler i området. Case-analyserne viser, at der også findes forskelle på niveauet af den kommunale medfinansiering mellem kommuner, der primært anvender samme hospitaler, og at forskellen ikke alene kan forklares ud fra kommunernes befolkningssammensætning defineret som værdien på det sociale indeks.

I en analyse af 7 kommuner på Københavns vestegn skiller fx Albertslund og Hvidovre kommuner sig særligt ud. Albertslund Kommune, der primært bruger Glostrup hospital, har et relativt højt socialt indeks, men har forholdsvis lave udgifter til den kommunale medfinansiering. Hvidovre Kommune, der primært anvender Hvidovre hospital, er derimod kendetegnet ved, at den kommunale medfinansiering ligger på et væsentligt højere niveau set i forhold til kommunens værdi på det sociale indeks. Sammenlignet med Glostrup kommune, der har et omtrentligt identisk socialt indeks og ligesom Hvidovre har et hospital placeret i kommunen, er forskellen næsten syv procentenheder. Denne forskel indikerer, at der også er en vis variation mellem hospitaler.

En analyse af 10 kommuner i Nordsjælland, der primært anvender Nordsjællands hospital viser, at det største forbrug af sundhedsydelser findes i Halsnæs og Helsingør kommuner. Helsingør Kommune har dog et lavere forbrug af de regionale sundhedsydelser end borgerne fra Halsnæs Kommune trods et socialt indeks, der er næsten 8 pct. over det sociale indeks i Halsnæs Kommune. I begge kommuner ligger antallet af genindlæggelser, udskrivningerne af ældre medicinske patienter samt niveauet for kommunal medfinansiering af de syv udvalgte diagnoser over landsgennemsnittet.

Endeligt viser en analyse af 6 nordjyske kommuner, som alle primært bruger Aalborg sygehus, at alle kommunerne har medfinansieringsudgifter, der er lavere end landsgennemsnittet. Aalborg Kommune har eksempelvis en kommunal medfinansieringsudgift, der ligger 9 pct. under landsgennemsnittet, og har færre genindlæggelser og indlæggelser af medicinske patienter

end landsgennemsnittet. Ligeledes er udgifterne til den kommunale medfinansiering blandt de syv udvalgte diagnoser under landsgennemsnittet. Mariagerfjord og Vesthimmerland kommuner har lidt højere udgifter til kommunal medfinansiering end Aalborg kommune og har samtidig et lidt lavere socialt indeks. Det kan bl.a. henføres til, at begge kommuner ligger over landsgennemsnittet med hensyn til antallet af genindlæggelser, indlagte ældre medicinske patienter og kommunal medfinansiering knyttet til de udvalgte syv diagnoser.

Case-analyserne viser generelt, at socioøkonomiske forhold forklarer noget af variationen i udgifterne til den kommunale medfinansiering mellem kommunerne, men viser samtidig også, at der er en uforklaret variation mellem kommunerne, som ikke kan henføres til den geografiske beliggenhed eller sygehusene, idet disse forhold er gjort konstante. Analyserne indikerer således, at en del af variationen mellem kommunerne må tilskrives en række forhold på kommuneniveau. Det skal bemærkes, at der kan være gode grunde til at de kommunale medfinansieringsudgifter varierer mellem kommunerne. Case-analyserne har således blot til hensigt at påpege en uforklaret variation, som eventuelt kan give anledning til videre analyser i kommunerne og erfaringsudveksling på tværs af kommunerne.

2 Beskrivelse af kommunernes opgaver og finansieringsmodellen på sundhedsområdet

2.1 Indledning og sammenfatning

Kapitlet beskriver opgavefordelingen mellem stat, kommuner og regioner efter kommunalreformen, samt finansieringsmodellen på sundhedsområdet, herunder den kommunale medfinansiering.

Efterfølgende gives en kort beskrivelse af kommunernes sundhedsrelaterede tilbud. Desuden beskrives samspillet mellem kommunernes og regionernes tilbud, samt de formelle rammer for samarbejdet mellem kommuner og regioner. Endelig er der en generel sammenfatning af hvilke redskaber kommunerne har til rådighed i deres forebyggelsesindsats.

Kommunerne har med kommunalreformen fået en større rolle på sundhedsområdet, herunder et øget økonomisk ansvar som følge af den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering på sundhedsområdet. Kommunernes opgavevaretagelse skal bidrage til at levere en sammenhængende indsats for de borgere, der er i kontakt med sundhedsvæsenet.

Den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet har til formål at styrke kommunernes incitament til forebyggelse, og udvikling af (billigere) alternativer til sygehusindlæggelser, herunder en mere effektiv varetagelse af pleje- og hjemmesygeplejeopgaven. Det kan fx ske ved at undgå uhenigtsmæssige indlæggelser af bl.a. ældre medicinske patienter, som kunne være forebygget eller undgået. Den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet skal således give kommunerne en tilskyndelse til at holde borgerne raske og ude af det specialiserede sygehusstilbud. I de tilfælde, hvor opgaven kan løftes på et lavere niveau, vil indlæggelser være både uhenigtsmæssige for borgeren og dyrt for samfundet.

Baggrunden for den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet er at den forebyggende og sundhedsfremmende indsats ligger i naturlig forlængelse af og spiller sammen med de opgaver, som kommunerne i øvrigt varetager. Kommunerne er tæt på borgerne og danner rammen om en stor del af borgernes dagligdag, bl.a. på børneinstitutioner, skoler, kommunale arbejdspladser, ældreplejen m.v. Det giver kommunerne et afsæt for at løfte de nye opgaver på sundhedsområdet og tænke den forebyggende indsats ind i de institutionelle rammer, som kommunerne har ansvaret for.

Den kommunale indsats er især relevant i forhold til de plejekrævende ældre, herunder ældre med et genoptrænings- og rehabiliteringsbehov, hvor der er og kan udvikles hensigtsmæssige alternativer til egentlig sygehusindlæggelse. Desuden er målet - via medfinansiering på sygesikringsområdet - at skabe større incitament til forebyggelse og koordinering på det sociale område, f.eks. en hurtigere opfølgning på sygedagpengesager.

Hensynet bag indretningen af den nuværende model for medfinansiering var, at kommunerne på den ene side skulle kunne bære udgifterne til kommunal medfinansiering, mens taksten og niveauet for den kommunale med-

finansiering på den anden side skulle være højt nok til at give kommunerne incitamenter til at investere i forebyggelse og mulige alternativer til sygehusindlæggelse uden samtidig at skabe en modsætning mellem finansieringsansvar og beslutningskompetence på sundhedsområdet. Endvidere skal den kommunale medfinansiering tilgodese regionernes udgiftsansvarlighed, herunder sikre fortsat incitament til at reducere liggetider og omlægning til ambulante behandling på sygehusene, idet den kommunale medfinansiering er marginalt større ved ambulante behandling end ved indlæggelse.

Det aktivitetsafhængige bidrag indebærer, at kommunerne skal afregne med regionerne, hver gang en borger har fået en regionalt finansieret sundhedsydelse inden for dækningsområdet. Bidragets størrelse afspejler antallet af indlæggelser og ambulante behandlinger på sygehusene og hos de praktiserende læger og speciallæger mv. Det betyder overordnet set, at jo mindre borgerne i en kommune trækker på sundhedsvæsenet, jo mindre vil kommunen skulle svare i kommunal medfinansiering. Medfinansieringsordningen giver kommunerne mulighed for selv at identificere de områder, som de med fordel kan fokusere deres indsats mod.

Endelig giver sundhedsaftalerne mulighed for, at de enkelte kommuner og regioner i fællesskab kan tilrettelægge og samordne deres indsats på sundhedsområdet på grundlag af de forskellige lokale forhold og muligheder. Det gælder bl.a. i forhold til udskrivningsforløb for svage, ældre patienter og indlæggelsesforløb, som begge indgår som obligatoriske indsatsområder i sundhedsaftalerne.

Det har bl.a. fra kommunal side været fremført, at den kommunale medfinansieringsmodel ikke giver kommunerne tilstrækkeligt stærke incitamenter til at forebygge indlæggelser, idet den kommunale medfinansiering udgør en mindre del af de samlede sundhedsudgifter. Det er desuden blevet nævnt som en begrænsning ved modellen, at incitamenterne ikke er målrettet de områder, hvor potentialet for den kommunale forebyggelsesindsats er størst, bl.a. på det medicinske område.

2.2 Opgavefordelingen mellem stat, kommuner og regioner

Med kommunalreformen blev de 14 amter omdannet til fem nye regioner og 98 kommuner blev dannet ud af de hidtidige 271 kommuner.

Kommunalreformen har også medført en ny opgavefordeling i den offentlige sektor. Amtenes hidtidige opgaver blev fordelt mellem regionerne, kommunerne og staten. Desuden blev en række opgaver flyttet mellem stat og kommuner.

Med kommunalreformen har kommunerne fået tilført en række nye opgaver og har dermed fået en større rolle på sundhedsområdet.

I dag har kommunerne ansvaret for al genoptræning, som ikke foregår under indlæggelse. Regionerne har dog leveringsansvaret for den specialiserede ambulante genoptræning. Kommunerne varetager desuden den del af den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, som ikke foregår i for-

bindelse med behandling. Kommunerne har således hovedansvaret for den borgerrettede forebyggende og sundhedsfremmende indsats, mens den patientrettede forebyggelse foregår i samarbejde med regionerne. Desuden har kommunerne ansvaret for behandling af alkohol- og stofmisbrug, samt ansvaret for det specialiserede tandplejetilbud til sindslidende, psykisk udviklingshæmmede m.v. Kommunerne varetager herudover ansvaret for en række sundhedsrelaterede tilbud, herunder ældrepleje og hjemmesygepleje. Kommunernes opgavevaretagelse skal bidrage til at levere en sammenhængende indsats for de borgere, der er i kontakt med sundhedsvæsenet.

Regionerne har ansvaret for driften af sygehusvæsenet, herunder den behandlende psykiatri, sygesikringsområdet, herunder praktiserende læger og speciallæger, samt den patientrettede forebyggelse i samarbejde med kommunerne. Regionerne finansierer således via sygesikringen den vederlagsfri behandling ved praktiserende læger og speciallæger, tilskud til behandling ved andre praktiserende sundhedspersoner f.eks. fysioterapeuter og tandlæger samt tilskud til medicin, ernæringspræparater m.v.

For at sikre sammenhæng mellem regionernes og kommunernes indsats på sundhedsområdet, er regionerne og kommunerne forpligtede til at samarbejde i et sundhedskoordinationsudvalg, der skal sikre en dialog om sammenhæng i behandling, genoptræning, forebyggelse og pleje. Regionerne og kommunerne skal desuden indgå sundhedsaftaler, som bl.a. skal indeholde aftaler om udskrivningsforløb for svage ældre patienter og aftaler om forebyggelse og genoptræning.

2.2.1 Finansieringsmodellen på sundhedsområdet

Regionerne har i modsætning til amterne ikke ret til at opkræve skat. Regionernes opgaver på sundhedsområdet finansieres gennem fire former for tilskud: et generelt statsligt bloktilskud, et statsligt, aktivitetsafhængigt tilskud, et kommunalt grundbidrag pr. indbygger og et kommunalt aktivitetsafhængigt tilskud. Tilsammen udgør den statslige finansiering i alt ca. 80 pct. af regionernes indtægter, mens den kommunale finansiering udgør i alt ca. 20 pct., jf. tabel 2.1 herunder.

Tabel 2.1 Finansieringen af regionernes udgifter til sundhedsområdet

Pct.	Generelle tilskud	Aktivitetsafhængige midler	I alt
Staten	Generelt bloktilskud fra staten fordelt efter objektive kriterier (ca. 77 pct.)	Aktivitetsafhængig pulje fordelt mellem regionerne efter samme nøgle som bloktilskuddet (ca. 3 pct.)	Ca. 80 pct.
Kommunerne	Kommunalt grundbidrag fordelt efter indbyggertal (ca. 7 pct.)	Aktivitetsafhængigt bidrag baseret på indbyggers forbrug af sundhedsydelser (ca. 12 pct.)	Ca. 20 pct.
I alt	Ca. 84 pct.	Ca. 15 pct.	99 pct. ¹

Anm.: De faktiske procenter kan afvige fra de her angivne. De aktivitetsafhængige midler fra staten er her angivet inkl. den del, der overføres til kommunerne, og udmøntes via den kommunale medfinansiering.

1. Den øvrige finansiering på 1 pct. af regionernes udgifter til sundhedsområdet tilvejebringes gennem regionernes optagelse af lån.

Det statslige bloktilskud udgør ca. 77 pct. af regionernes indtægter. Bloktilskuddet fordeles dels som et basisbeløb og dels med udgangspunkt i en række objektive udgiftsbehovskriterier, der kan have betydning for forbruget af sundhedsydelser (fx befolkningens aldersmæssige sammensætning, socioøkonomiske forhold mv.). Udgiftsbehovskriterierne skal sikre regionerne et ensartet økonomisk grundlag for at løse deres sundhedsopgaver. Kriterierne afhænger ikke af aktiviteten på sundhedsområdet. Dermed er fordelingen af bloktilskuddet ikke afhængigt af hvilke ydelser, der produceres på sygehusene.

Det statslige aktivitetsafhængige tilskud udgør p.t. ca. 3 pct. af regionernes indtægter. Tilskuddet udbetales på baggrund af regionernes realiserede aktivitet og fordeles til regionerne efter samme nøgle som det statslige bloktilskud. Tilskuddet udmøntes til aktivitet, der ligger over et på forhånd aftalt aktivitetsniveau, der betegnes som *baseline*. Det statslige aktivitetsafhængige tilskud blev i 2007 delt op i to puljer. Den ene pulje er en generel aktivitetspulje, mens den anden pulje er reserveret til strålebehandling på kræftområdet. Puljerne giver regionerne incitament til at øge deres aktivitet ud over baseline, da det alene er aktivitet ud over dette aktivitetsniveau, der udløser tilskudsmidler fra puljerne. Det økonomiske incitament til at øge aktiviteten er dog betinget af, at sygehusene kan producere ydelserne til en lavere omkostning, end den DRG-takst der afregnes for øget aktivitet.

Der er forskellige principper for udbetaling af puljemidlerne. Den generelle aktivitetspulje har en variabel afregningstakst, dvs. at taksten reduceres ved produktion over et bestemt niveau (knæk-punktet). Den første andel af den generelle pulje udbetales med 100 pct. af DRG-taksten, mens den anden andel udbetales med 70 pct. af DRG-taksten. Dette skal give regionerne tilskyndelse til at udføre den marginale produktion på de sygehuse/afdelinger, der kan gennemføre behandlingerne mest effektivt. Aktivitetspuljen på stråleområdet udbetales udelukkende med 100 pct. af den optjente DRG-værdi.

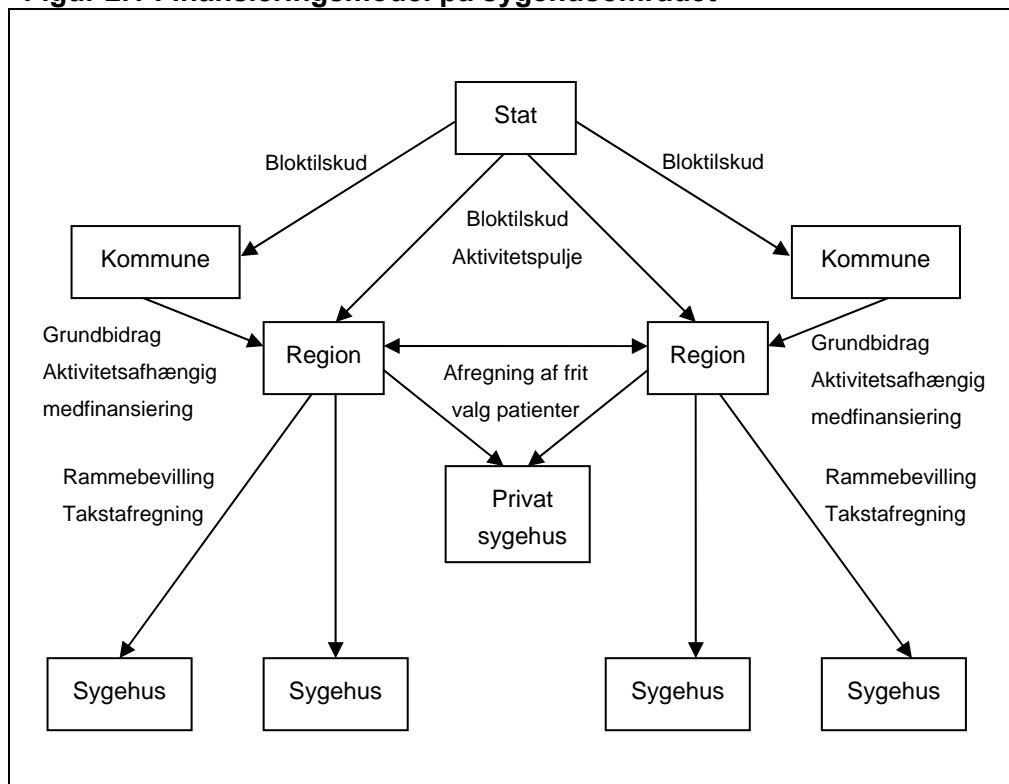
Finansieringsmodellen på sundhedsområdet indebærer desuden, at kommunerne har et medansvar for finansieringen af regionernes sundhedsopgaver. Den kommunale medfinansiering af sundhedsområdet har til formål at give kommunerne et større incitament til at forebygge sygehusindlæggelser mv. gennem bedre ældrepleje, genoptræning, forebyggelse og sundhedsfremme.

Det kommunale grundbidrag fastsættes af regionerne efter drøftelser med kommunerne i regionen. Bidragets størrelse er fastsat til 1.134 kr. pr. indbygger (08-PL), men kan forhøjes til maksimalt 1.701 kr. pr. indbygger (08-PL). 2/3 af regionens kommuner kan blokere for stigninger i bidraget, der ligger ud over pris- og lønudviklingen. Det kommunale grundbidrag udgør ca. 7 pct. af regionernes finansieringsgrundlag.

Det kommunale aktivitetsafhængige tilskud udgør i 2007 ca. 9,2mia. kr. eller ca. 12 pct. af regionernes indtægter. Tilskudsordningen indebærer, at kommunerne skal afregne med regionerne, hver gang en borger har fået en regionalt finansieret sundhedsydelse inden for dækningsområdet. Afregningen sker månedligt på baggrund af en opgørelse via DRG-systemet. Satserne for afregning af den aktivitetsbestemte, kommunale medfinansiering fremgår af tabel 1 i afsnit 2.2.2. nedenfor.

Finansieringsmodellen på sygehusområdet er illustreret i figur 2.1 nedenfor.

Figur 2.1 Finansieringsmodel på sygehusområdet



2.2.2 Øvrige forhold af betydning for regionernes og kommunernes styring af sundhedsområdet

Takststyring af regionernes sygehuse

Takststyring er i stigende grad blevet indført som en central del af den økonomiske styring i sygehusvæsenet. Indførelsen af takststyring er sket med henblik på at sikre en øget aktivitet og fremme en større omkostningseffektivitet i sygehusvæsenet og i overensstemmelse med en række aftaler, der er blevet indgået mellem regeringen og Danske Regioner (tidligere Amtsrådsforeningen), jf. boks 2.1 nedenfor.

Takststyring indebærer, at bevillingernes størrelse afhænger af den præsterede aktivitet. Takststyring er således en aktivitetsbaseret finansieringsform, der indebærer, at sygehusenes indtægter stiger proportionalt med deres samlede aktivitet. Dermed skaber takststyringen en automatisk tilpasning mellem ændringer i aktiviteten og bevillingernes størrelse. På den måde skabes der incitament til øget aktivitet, så længe afregningstaksten

pr. produceret ydelse overstiger de marginale omkostninger ved produktio-
 ommåbærelsestrækthed.

Med oprettelsen af den statslige aktivitetspulje fra og med Finansloven for 2002 blev takststyringen af sygehusene øget. Midlerne blev udmøntet fra stat til de daværende amter, men ved indførelsen blev det tilkendegivet, at puljemidlerne skulle føres ud til de producerende sygehuse og sygehusafdelinger. Den statslige aktivitetspulje medvirkede dermed til at øge den del af sygehusenes bevillinger, der udmøntes aktivitetsafhængigt.

I dag findes der fortsat forskellige modeller for takstafregning af sygehusene i regionerne. Modellerne har dog det til fælles, at de indeholder en grundbevilling og takstafregning ud over et bestemt niveau. De takster, der afregnes mellem regionerne og sygehusene er desuden typisk lavere end 100 pct. af DRG-taksten. Det giver incitament til at føre aktiviteten hen på de sygehuse, der kan levere aktiviteten til den laveste omkostning.

Frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg

Det frie sygehusvalg trådte i kraft den 1. januar 1993, mens det udvidede frie sygehusvalg trådte i kraft den 1. juli 2002. Reglerne for det frie sygehusvalg og det udvidede frie sygehusvalg er fastsat i Sundhedsloven nr. 546 af 24. juni 2005 og i bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling mv. nr. 1085 af 14. september 2007.

Det frie sygehusvalg indebærer, at personer, der er henvist af en læge til undersøgelse og behandling på et sygehus frit kan vælge mellem de offentlige sygehuse samt visse private specialsygehuse og klinikker, som kan udføre undersøgelsen og behandlingen. Personen har også frit sygehusvalg til højt specialiserede afdelinger på universitetssygehuse mv. En sygehusafdeling kan dog sige nej til at modtage en fritvalgspatient fra en anden region, hvis afdelingen har kapacitetsmæssige vanskeligheder, dvs. har væsentlig længere ventetider end andre lignende afdelinger og hensynet til egne patienter tilsiger det. Højt specialiserede afdelinger på universitetssygehuse mv. skal først og fremmest tage sig af patienter, som har særligt behov for deres særlige ekspertise. Andre patienter vil derfor oftere kunne opleve, at disse afdelinger ikke kan modtage dem af kapacitetsmæssige årsager.

Det udvidede frie sygehusvalg indebærer, at en person, der er henvist til undersøgelse og behandling på et offentligt sygehus eller et af de ovenfor omtalte specialsygehuse eller klinikker, i dag skal informeres af sygehuset om, hvorvidt det er muligt at tilbyde behandling inden for 1 måned. Venteperioden blev den 1. oktober 2007 nedsat fra 2 måneder til 1 måned.

Hvis det ikke er muligt, skal sygehuset give patienten et tilbud om viderehenvisning til et privat eller udenlandsk sygehus eller klinik, som har indgået en særlig aftale herom med regionerne. Patienten kan selv vælge blandt disse sygehuse og klinikker.

Regionerne har mulighed for indbyrdes at aftale at afregne patienter under det frie sygehusvalg til en anden sats end 100 pct. af DRG-taksten. Regio-

ernes afregning med de private sygehuse som følge af det udvidede frie sygehusvalg sker på baggrund af de forhandlede takster. Taksterne forhandles med udgangspunkt i DRG-taksterne, men den faktiske takst kan afvige fra DRG-taksterne. Regionerne har dermed incitament til at selv at behandle patienterne, så længe de selv kan behandle patienten for en marginaludgift, der ligger under DRG-taksten.

Kommunernes økonomi

Kommunernes overordnede økonomiske rammer fastlægges hver år i aftale om kommunernes økonomi, der indgås mellem kommunerne og regeringen.

Kommunernes indtægtskilder kan deles op i følgende kategorier:

- Skatter (indkomstskatter, ejendomsskatter mv.)
- Drifts- og anlægsindtægter (bl.a. på forsyningsvirksomhed, dagsinstitutioner, salg af grunde mv.)
- Refusioner fra staten – herunder særligt på det sociale område
- Generelle tilskud fra staten (bloktilskud)
- Låntagning (begrænses af de kommunale låneregler)

Indtægtskilderne udgør tilsammen kommunernes økonomiske ramme. Kommunerne er således underlagt en overordnet rammestyring. Denne rammestyring tillader dels, at kommunerne indbyrdes kan prioritere inden for den overordnede økonomiske ramme, fx i forhold til kommunale skatter og afgifter, anlægsudgifter m.v., dels at kommunerne hver især har frihed til at prioritere deres indsats og midler ud fra lokale ønsker og behov.

Den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet

Finansieringsmodellen på sundhedsområdet indebærer, at kommunerne har et medansvar for finansieringen af regionernes sundhedsopgaver. Et væsentligt sigte med den kommunale medfinansiering af sundhedsområdet, herunder særligt det aktivitetsafhængige bidrag, er at kommunerne skal:

- tage højde for samspillet mellem deres indsats vedr. ældrepleje, forebyggelse, genoptræning m.v. og sundhedsudgifterne i deres planlægning af indsatsen og
- bidrage til en hensigtsmæssig prioritering af ressourcerne på sundhedsområdet og en effektiv udgiftsstyring, herunder medvirke til at fremme befolkningens sundhed gennem tilrettelæggelsen af den forebyggende indsats i bred forstand, dvs. kommunale indsats vedr. ældrepleje, forebyggelse, genoptræning m.v.

Det aktivitetsafhængige bidrag indebærer, at kommunerne skal afregne med regionerne, hver gang en borger har fået en regionalt finansieret sundhedsydelse inden for dækningsområdet. Bidragets størrelse afspejler antallet af indlæggelser og ambulante behandlinger på sygehuse og hos de praktiserende læger og speciallæger mv. Det betyder overordnet set, at jo mindre borgerne i en kommune trækker på sundhedsvæsenet, jo mindre vil kommunen skulle svare i kommunal medfinansiering.

For sygehus- og speciallægebehandlinger er hovedreglen, at kommunen betaler en medfinansiering på 30 pct. af udgiften dog aldrig mere end et nærmere fastsat loft, jf. tabel 1. På det somatiske område betaler kommunerne f.eks. maksimalt 4.615 pr. (08-PL) for stationær behandling. De to undtagelser er genoptræning under indlæggelse, hvor den kommunale medfinansiering udgør hhv. 70 pct. af genoptræningstaksten, og stationær behandling af psykiatriske patienter, hvor den kommunale medfinansiering udgør 60 pct. af sengedagstaksten med et maksimum på 7.381 kr. pr. indlæggelse.

For ydelser på sygesikringsområdet undtaget speciallægebehandling betaler kommunerne 10 pct. af honorarerne.

Tabel 1 Aktivitetsbestemt, kommunal medfinansiering (2008 pris- og lønniveau)

Beregning vedr. somatisk aktivitet på private og offentlige sygehuse	
Stationær behandling	30 pct. af DRG-takst, dog maksimalt 4.615 kr. pr. indlæggelse
Ambulant behandling	30 pct. af DAGS-takst, dog maksimalt 307 kr. pr. besøg. Det maksimale beløb for gråzonepatienter udgør 4.615 kr.
Genoptræning under indlæggelse	70 pct. af genoptræningstakst
Beregning vedr. psykiatrisk aktivitet på private og offentlige sygehuse	
Stationær behandling	60 pct. af sengedagstakst, dog maksimalt 7.381 kr. pr. indlæggelse
Ambulant behandling	30 pct. af besøgstakst
Beregning vedr. praksissektoren	
Speciallægebehandling	30 pct. af honorarer, dog maksimalt 307 kr. pr. ydelse
Almen lægebehandling	10 pct. af honorarer for grundydelse
Fysioterapeutisk behandling	10 pct. af honorarer
Kiropraktor behandling	10 pct. af honorarer
Psykologhjælp	10 pct. af honorarer
Fodterapeutisk behandling	10 pct. af honorarer
Tandlægebehandling	10 pct. af honorarer
Tilskud til anden behandling	10 pct. af honorarer

Kilde: Cirkulære om aktivitetsbestemt, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet, bilag 2.

Den konkrete afregning mellem kommuner og regioner foregår ved, at Sundhedsstyrelsen pr. den 10. i hver måned foretager en foreløbig opgørelse af det forbrug af sundhedsydelser, som er indberettet til Sundhedsstyrelsens registre. Den kommunale medfinansiering beregnes ud fra regionernes forbrug den foregående måned med evt. tillæg eller fradrag for ikke-tidligere afregnede ydelser. På den baggrund opkræver regionsrådene den kommunale medfinansiering for den foregående måned den 25. i hver måned, eller den førstkommende hverdag herefter. Sundhedsstyrelsen foretager en endelig opgørelse af den kommunale medfinansiering den 1. marts efter ydelsesåret. Ved årsopgørelsen for 2007 er det anvendte datagrund-

lag fra den 12. marts efter aftale med regionerne. Herefter opkræver eller udbetaler regionsrådene eventuel resterende eller overskydende kommunal medfinansiering til kommunerne.

Det kommunale medfinansieringsansvar på sundhedsområdet i form af takstbetaling for kommunens borgere har til formål at styrke kommunernes incitament til forebyggelse, og udvikling af (billigere) alternativer til sygehusindlæggelser, herunder en mere effektiv varetagelse af pleje- og hjemmesygeplejeopgaven.

Ordningen giver kommunerne mulighed for selv at identificere de områder, som de med fordel kan fokusere deres indsats mod. Samtidig giver modellen mulighed for, at de enkelte kommuner og regioner i fællesskab kan tilrettelægge og samordne deres indsats på sundhedsområdet på grundlag af de forskellige lokale forhold og muligheder.

Den kommunale indsats er især relevant i forhold til de plejekrævende ældre, herunder ældre med et genoptrænings- og rehabiliteringsbehov, hvor der er og kan udvikles hensigtsmæssige alternativer til egentlig sygehusindlæggelse. Desuden er målet - via større medfinansiering på sygesikringsområdet - at skabe større incitament til forebyggelse og koordinering på det sociale område, f.eks. en hurtigere opfølgning på sygedagpengesager. Den kommunale medfinansiering kan dermed medvirke til understøtte en faglig udvikling, hvor flere af de nuværende sygehusopgaver varetages tættere på borgerne og i folks eget hjem (gennem bl.a. en styrkelse af hjemmesygeplejen).

Hensynet bag indretningen af den nuværende model for medfinansiering var således, at kommunerne på den ene side skulle kunne bære udgifterne til kommunal medfinansiering, mens taksten og niveauet for den kommunale medfinansiering på den anden side skulle være højt nok til at give kommunerne incitament til at investere i forebyggelse og mulige alternativer til sygehusindlæggelse uden samtidig at skabe en modsætning mellem finansieringsansvar og beslutningskompetence på sundhedsområdet. Formålet med medfinansieringen er at tilskynde kommunerne til at bidrage med substituerbart tilbud, hvor der er et rationelt alternativ, jf. LEON-princippet¹.

Afregningen skal samtidig tilgodese regionernes udgiftsansvarlighed, herunder sikre fortsat incitament til at reducere liggetider og omlægning til ambulans behandling. Derfor blev takstandelen fastsat til 30 pct. af DRG-taksten og med et afregningsloft pr. indlæggelse.

Den kommunale medfinansiering blev indført pr. 1. januar 2007 samtidig med kommunalreformens opgaveflytninger m.v. Det var derfor et hensyn, at man måtte lægge lidt forsigtigt ud i forhold til den kommunale medfinansiering for at undgå, at medfinansieringen bidrog til for store udsving i den kommunale økonomi. Af bemærkningerne til sundhedsloven fremgik det, at

¹ LEON er en forkortelse af lavest effektive omkostningsniveau. Princippet indebærer, at behandlingen ikke bør foregå på et højere specialiseringsniveau, end hvad der er omkostnings- og behandlingsmæssigt nødvendigt.

den kommunale medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen løbende vil blive fulgt med henblik på, om den opfylder formålet, herunder den forventede størrelse.

Øvrig kommunal finansiering

Ud over den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet, har regionerne fra 1. januar 2007 skullet opkræve en plejetakst for færdigbehandlede patienter, der venter på tilbud fra kommunen. Den obligatoriske opkrævning gælder for såvel somatiske som psykiatriske patienter. En patient er færdigbehandlet i stationært regi, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs. når behandlingen er afsluttet, eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling. Plejetaksten skal betales fra den dag patienten registreres færdigbehandlet, til den dag patienten udskrives. Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning om sundhedsaftaler skal der indgås aftale om varsling af kommunen inden færdigbehandling. Der skal således inden færdigbehandling ske en varsling af borgerens hjemkommune med henblik på modtagelse af patienten i kommunen, såfremt patienten har et plejebæhov. Sundhedsaftalerne indeholder derfor også aftaler om varsling i forbindelse med udskrivning, jf. afsnit 2.5. Plejetaksten for færdigbehandlede patienter udgør 1701 kr. pr. dag (08-PL), jf. tabel 2.3 nedenfor.

Tabel 2.3 Beregning af kommunale tilskud til sundhedsvæsenet

Beregning vedr. somatisk aktivitet på private og offentlige sygehuse	
Færdigbehandlede patienter	Maksimalt 1701 kr. pr. dag (08-PL)
Genoptræningsgruppe 1, ambulant	659 kr. (08-PL)
Genoptræningsgruppe 2, ambulant	881kr. (08-PL)
Genoptræningsgruppe 3, ambulant	1.423 kr. (08-PL)
Beregning vedr. psykiatrisk aktivitet på private og offentlige sygehuse	
Færdigbehandlede psykiatriske patienter	Maksimalt 1701 kr. pr. dag (08-PL)
Beregning vedr. hospice	
Patienter på hospice	Maksimalt 1701 kr. pr. dag (08-PL)

Kilde: Sundhedsstyrelsen

Fra den 1. januar 2007 har kommunerne desuden haft myndigheds- og finansieringsansvaret for den ambulante genoptræning efter sygehusudskrivning. Til brug for afregningen af den specialiserede genoptræning er der udviklet et særligt takst- og afregningssystem, jf. tabel 2.3.

Afregning af den specialiserede ambulante genoptræning og færdigbehandlede patienter foretages af Sundhedsstyrelsen med udgangspunkt i taksterne i tabel 2.3 med mindre afregningsaftalen aktivt opsiges af både kommune og region. Almindelig ambulant genoptræning i sygehusregi afregnes kun af Sundhedsstyrelsen, såfremt kommuner og regioner aktivt tilmelder sig ordningen.

Tværgående betragtninger om regionernes og kommunernes styring af sundhedsområdet

Størrelsen af kommunernes aktivitetsafhængige medfinansiering hænger sammen med antallet af producerede ydelser i sygehusvæsenet og til dels

også med omkostningerne ved de enkelte ydelser. Afregningsloftet ved indlæggelser og ambulante besøg betyder dog, at der er en øvre grænse for, hvor stor en del af omkostningerne ved de enkelte ydelser, kommunerne bærer.

I forbindelse med økonomiforhandlingerne mellem staten og kommunerne skønnes der over kommunernes forventede udgifter til aktivitetsafhængig, kommunal medfinansiering givet den aktivitetsvækst på sundhedsområdet, som regionerne sikres finansiering til. Kommunerne kompenseres således for den udgift, der følger af den aftalte realvækst i sundhedsudgifterne og som der aftales finansiering til i forbindelse med de årlige økonomiforhandlinger. Dermed tages der ved udmålingen af det statslige bloktilskud til kommunerne højde for disse udgifter og samtidig sikres, at der er konsistens mellem forudsætningerne i aftalerne med regioner og kommuner.

Hvis aktiviteten i eksempelvis sygehusvæsenet – opgjort som produktionsværdi - vokser hurtigere end forudsat i økonomiaftalen kan det indebære merudgifter for kommunerne. I det omfang aktivitetsvæksten skyldes et større antal ydelser (indlæggelser eller ambulante besøg) vil virkningen alt andet lige være en højere udgift til kommunal medfinansiering. Hvis aktivitetsvæksten derimod kan tilskrives, at der produceres ydelser med en højere gennemsnitspris vil effekten ikke være entydig. Det skyldes loftet over kommunernes medfinansiering af de enkelte indlæggelser og ambulante besøg.

Regeringen og KL er med økonomiaftalen for 2008 enige om, at eventuelle væsentlige afvigelser fra det forudsatte niveau for den aktivitetsbestemte medfinansiering kan drøftes i forbindelse med en midtvejsvurdering af aktiviteten i 2008.

Modellen sikrer på den ene side, at kommunerne under ét har et tilstrækkeligt finansieringsgrundlag til at kunne afholde udgifterne til medfinansieringen, mens der på den anden side bevares et incitament for såvel den enkelte kommune som for kommunerne under ét til at søge at påvirke borgernes forbrug af sundhedsydelser og udgifterne til kommunal medfinansiering.

Takststyring giver som tidligere nævnt tilskyndelse til at udføre ekstra aktivitet, så længe afregningstaksten pr. produceret ydelse overstiger de marginale omkostninger ved produktionen af en ekstra enhed. Regionerne har gennem udformningen af deres takststyringsmodeller mulighed for at påvirke sygehusenes aktivitets- og produktivetsniveau.

Såfremt regionerne kan øge produktiviteten med mere end de 2 pct. om året, der er forudsat i økonomiaftalerne mellem regeringen og Danske Regioner, vil det alt andet lige betyde en merudgift for kommunerne til aktivitetsafhængig medfinansiering i det omfang mervæksten i produktiviteten omsættes i flere behandlinger. Som følge af loftet over kommunernes medfinansiering af de enkelte indlæggelser og ambulante besøg vil kommunerne derimod ikke nødvendigvis i fuldt omfang høste fordelene af produktivetsgevinster på prissiden i form af lavere medfinansiering. Afregningsloftet

for indlæggelser og ambulante besøg betyder imidlertid også, at kommunerne ikke vil svare en højere medfinansiering, såfremt patienttyngden på sygehusene øges. Det vil alt andet lige betyde, at kommunerne har lavere medfinansieringsudgifter, end hvis der ikke var et afregningsloft pr. behandling.

Praksissektoren

De praktiserende læger og speciallæger udgør en vigtig del af det samlede sundhedsvæsen, idet den enkelte patients første kontakt til sundhedsvæsenet som hovedregel finder sted ved en praktiserende læge. Almen praksis er de fleste patienters indgang til sundhedsvæsenet. 90 pct. af patienterne behandles i praksissektoren, mens 10 pct. kommer i sygehusbehandling – ofte efter henvisning fra en praktiserende læge eller speciallæge. De praktiserende læger varetager således en *gatekeeper* funktion i forhold til det øvrige sundhedsvæsen. De praktiserende lægers henvisningspraksis har dermed en afgørende betydning på udgifts- og aktivitetsniveauet på sygehusene.

For de fleste patienters vedkommende er der tale om ukomplicerede patientforløb, der ikke kræver en særlig, koordineret opfølgning hos egen læge eller i kommunen. Men for nogle patientgrupper er det netop den sammenhængende og koordinerede indsats mellem de forskellige aktører/sektorer, der er afgørende for et hensigtsmæssigt forløb, dels for patientoplevelsen (service og tryghed), dels for behandlingsresultatet (effekt og kvalitet). Og her er særligt tale om en stigende andel af ældre, medicinske patienter og kronisk syge patienter.

Der ligger en stor udfordring i at skabe sammenhængende patientforløb, hvor der sker en koordinering af opgavevaretagelsen, hvor der er kommunikation mellem de forskellige aktører, og hvor der planlægges samlet og i fællesskab på tværs af patienternes forløb, det vil typisk sige mellem almen praksis, sygehus og den kommunale plejesektor. Disse udfordringer vil bl.a. blive taget op i forbindelse med det udvalg vedrørende almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen, der er nedsat på baggrund af økonomaftalen for 2008. Udvalget skal bl.a. beskrive og analysere rammerne for et hensigtsmæssigt og forpligtende samspil mellem almen praksis og sygehusvæsenet, kommunale sundhedstilbud og den øvrige del af praksissektoren. Udvalget afgiver en samlet rapport i oktober 2008.

De praktiserende lægers henvisningspraksis adresseres desuden i forbindelse med et projekt vedr. praktiserende lægers henvisningspraksis, der er iværksat i regi af Styregruppen for Tværoffentligt Samarbejde (STS). Projektet følger af aftalen om regionernes økonomi for 2008, hvor regeringen, Danske Regioner og KL blev enige om at igangsætte en analyse af almen praksissektorens henvisningspraksis i regi af Samarbejdsprojektet for den decentrale offentlige sektor under STS. På denne baggrund er der nedsat en arbejdsgruppe under STS, der er ansvarlig for, at der gennemføres en analyse af henvisningsmønstre og -årsager i almen praksis.

Analysen skal kortlægge henvisningsmønstre blandt praktiserende læger i Danmark på praksis-, kommune og regionsniveau. Der skal således ske en

kortlægning af variationen og udviklingen over tid i antallet af henvisninger og evt. antallet af genhenvisninger til undersøgelser og behandling på sygehus (ambulatorium eller indlæggelse), til speciallæge eller til røntgen- eller laboratorieundersøgelse m.v.

Analysen skal desuden afdække årsager til forskelle i henvisningsmønstre. Dette gøres på baggrund af identificerede sammenhænge med forskellige faktorer, såsom bl.a. patientsammensætning, organisering og arbejdstilrettelæggelse i almen praksis og sammenspillet med sundhedsvæsenet i øvrigt samt på baggrund af eventuel identificeret sammenhæng med variationer i ydelses- og evt. medicineringsmønstre. Resultaterne af projektet ventes at foreligge juni 2008.

2.3 Beskrivelse af kommunernes sundheds- og sundhedsrelaterede tilbud og af samspillet mellem kommuner og regioners tilbud

Med kommunalreformen har kommunerne fået et større ansvar på sundhedsområdet. Kommunerne har således i dag en række opgaver, der grænser op til sygehusvæsenet, og som for mange patienters vedkommende er en del af behandlingsforløbet: kommunernes indsats i forhold til forebyggelse, genoptræning og på plejeområdet påvirker sygehusforbruget og brugen af praktiserende læger mv.

Kommunerne har bl.a. ansvaret for den kommunale ældre pleje og hjemmepleje, herunder praktisk hjælp og personlig pleje. I 2006 modtog ca. 1/4 af alle ældre borgere på 67 år eller derover varig hjemmehjælp. For de ældre borgere på 80 år eller derover modtog halvdelen varig hjemmehjælp. I alt modtog ca. 200.000 personer varig hjemmehjælp i 2006. Kommunerne har dermed via hjemmehjælpen en ganske betydelig kontakt med de ældre borgere i kommunerne.

Den kommunale varetagelse af de primære sundhedsopgaver har til formål at give kommunerne mulighed for effektivt at løse opgaver i ældreplejen mv., som kommunerne allerede havde ansvaret for forud for kommunalreformen. Kommunerne har desuden fået mulighed for i højere grad at koordinere deres indsats med sygehusene og regionerne, f.eks. omkring indlæggelse og udskrivning, genoptræning osv. gennem sundhedsaftalerne, der indgås mellem kommunerne og regionerne (jf. afsnit 2.5 nedenfor). Den kommunale medfinansiering skal ses i sammenhæng med kommunernes muligheder for at påvirke deres borgeres sundhedstilstand og træk på sundhedsvæsenet via en effektiv løsning af deres opgaver på sundhedsområdet og et effektivt samarbejde med regionerne.

Med henblik på at skabe et mere sammenhængende patientforløb, er det afgørende at skabe et velfungerende samarbejde mellem sygehuse, de praktiserende læger, herunder vagtlæger og den kommunale sektor, særligt i forhold til behandlingsforløbene for de ældre, medicinske patienter, som mere hensigtsmæssigt kunne have været behandlet ambulantly på sygehus, i praksissektoren eller i kommunalt regi.

Den kommunale indsats skal således medvirke til at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser af ældre medicinske patienter på sygehuset. I den sammenhæng kan det være nyttigt at skelne mellem forskellige typer af uhensigtsmæssige indlæggelser, som har forskellige karakteristika. Der kan skelnes mellem tre typer af uhensigtsmæssige indlæggelser: Forkerte indlæggelser, forebyggelige indlæggelser og forlængede indlæggelser².

Hvad angår de forkerte indlæggelser er de karakteriserede ved at være betinget af ikke-somatiske årsager, men i stedet forskellige sociale og plejemæssige årsager. Disse borgere har ikke et medicinsk begrundet behov for lægefaglig udredning eller behandling. De forkerte indlæggelser er således karakteriseret ved, at de helt kunne undgås gennem en mere hensigtsmæssig håndtering i den primære sundheds- og plejesektor.

De forebyggelige indlæggelser er indlæggelser, som det med de nuværende kommunale sundhedsrelaterede ydelser og med den nuværende viden om uhensigtsmæssige indlæggelser og patientrettet forebyggelse, må anses for forebyggelige i kommunalt regi. Her er typisk tale om mindre specialiserede diagnoser, som relaterer sig til forhold som generel svækkelse, manglende væske og ernæring, samt forskellige former for betændelsestilstande, såsom lungebetændelse, blærebetændelse mv. Også visse former for mave-tarm-sygdomme tegner sig for en andel af de uhensigtsmæssige indlæggelser. Diagnosen mave-tarm-sygdom dækker dog over en række forskelligartede diagnoser. Der kan både være tale om specialiserede lidelser, men også om ikke-specialiserede lidelser, fx diarré eller infektion.

Forlængede indlæggelser kan defineres som indlæggelser, som i en kortere eller længere periode bliver uhensigtsmæssige, fordi de ikke længere er klinisk begrundede. Disse patienter betragtes ud fra et lægefagligt og behandlingsmæssigt synspunkt som færdigbehandlede. I kapitel 3, 4 og 5 vil de uhensigtsmæssige og forebyggelige indlæggelser blive analyseret nærmere.

2.4 Formaliseringen af samarbejdet mellem regioner, praktiserende læger og kommunerne

Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

I Sundhedsloven er det fastlagt, at regionsrådet i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen skal nedsætte et sundhedskoordinationsudvalg vedrørende den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet og om indsatsen mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

Det er i Sundhedsloven desuden fastlagt, at regionsrådet og kommunalbestyrelsen i regionen skal indgå såkaldte sundhedsaftaler om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet. Sundhedsaftalerne indsendes til Sundhedsstyrelsen til godkendelse.

² *Uhensigtsmæssige indlæggelser – muligheder og perspektiver for kommunerne*, DSI, 2007

Formålet med de lovpligtige sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler er at bidrage til at sikre sammenhæng for de patientforløb, der går på tværs af regionens og kommunens myndhedsområde. Udvalgene og aftalerne skal således bidrage til at sikre en ensartet høj kvalitet i sundhedsydelserne, samt at bidrage til en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet.

Sundhedskoordinationsudvalg

Sundhedskoordinationsudvalget har til formål at understøtte sammenhængende behandlingsforløb på tværs af det regionale og kommunale myndighedsansvar. Sundhedskoordinationsudvalget er således et centralt forum for en styrkelse af samarbejdet mellem regionens sygehuse, praksissektoren og den kommunale indsats på sundhedsområdet.

Sundhedskoordinationsudvalget består af repræsentanter for regionen, kommunerne i regionen og praksissektoren. Den nærmere sammensætning af udvalget kan aftales mellem regionsrådet og kommunekontaktrådet i regionen, dog således at mindst et medlem repræsenterer praksissektoren. Såfremt der ikke aftales andet, er udvalgets sammensætning følgende:

- 3 medlemmer udpeget af regionsrådet
- 5 medlemmer udpeget af kommunekontaktrådet
- 2 medlemmer udpeget af praksisudvalget for almen praksis i regionen

Sundhedsloven fastsætter en række opgaver, som sundhedskoordinationsudvalget skal løse. Derudover har regionsrådet og kommunalbestyrelserne stor frihed til at foreslå opgaver, man ønsker at udvalget skal varetage, ligesom udvalget på eget initiativ kan drøfte emner og problemstillinger på sundhedsområdet. Sundhedskoordinationsudvalgene er tillagt følgende konkrete opgaver:

- Udarbejdelse af et generelt udkast til de sundhedsaftaler, der efter Sundhedsloven skal indgås mellem regionen og de enkelte kommuner i regionen.
- Opfølgning og drøftelse af sundhedsaftalernes praktiske gennemførelse, samt vurderinger af sundhedsaftalerne, som stilles til rådighed for aftaleparterne.
- Vurdering af udkast til regionens sundhedsplan, samt anbefalinger til, hvordan sundhedsplanen kan fremme en sammenhængende indsats mellem sygehuse, praksissektor og kommuner.
- Drøftelse af emner, der er relevante for sammenhæng i behandlingsforløb mellem sygehuse, praksissektor og kommuner.
- Information af de øvrige regioner om forhold vedrørende samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praksissektor i regionen, hvor der er behov for at fremme koordinationen af behandlingsforløb mellem regionerne.

Sundhedsaftaler

Sundhedsaftalerne er en formaliseret, forpligtende samarbejdsaftale mellem regionen og kommunerne i regionen, som omhandler partens fælles

ansvar for at sikre varetagelsen og koordineringen af opgaverne på sundhedsområdet. Sundhedsaftalerne har til formål, at sikre sammenhæng og koordinering af mellem myndigheder og sektorer, som bidrager til at løse opgaver på sundhedsområdet samt på tilgrænsende områder, fx det sociale område.

De lovpligtige sundhedsaftaler skal omfatte en række obligatoriske indsatsområder, der er fastlagt i bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Sundhedsaftalerne indgås mellem regioner og kommuner. Det betyder, at sundhedsaftalerne indgås mellem de to parter, der har ansvaret for tre væsentlige grupper af aktører indenfor sundhedsvæsenet; sygehuse, praksissektor og den kommunale sundhedssektor. Sundhedsaftalerne omfatter dermed en væsentlig del af de patientforløb, som involverer sygehuset, den alment praktiserende læge og kommunen. Det er dog ikke muligt at forpligte de alment praktiserende læger via sundhedsaftalerne.

I bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, er der fastlagt seks obligatoriske indsatsområder, som regionsrådet og kommunalbestyrelsen skal indgå aftaler om. Det er endvidere fastlagt, at sundhedsaftaler på de obligatoriske indsatsområder skal indsendes til godkendelse i Sundhedsstyrelsen. De obligatoriske indsatsområder fremgår af boks 2.3 herunder.

Boks 2.2 Obligatoriske indsatsområder i sundhedsaftalerne

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter 2. Indlæggelsesforløb 3. Træningsområdet 4. Hjælpemiddelområdet 5. Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse 6. Indsatsen for mennesker med sindslidelser |
|---|

Kilde: *Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*, Sundhedsstyrelsen, august 2006.

Der er i bekendtgørelsen stillet en række konkrete krav til indholdet af sundhedsaftalen på hvert af de ovenstående indsatsområder. Kravene vedrører overgange mellem regionens sygehuse, praksissektoren og den kommunale indsats på sundhedsområdet. Kravene skal sikre parternes samarbejde omkring opgaveløsningen på sundhedsområdet og omfatter fem hovedtemaer:

- Beskrivelse af arbejdsdelingen
- Koordinering af indsatsen, herunder sikre kommunikation mellem aktører samt til patienten/borgeren
- Planlægning og styring af kapaciteten
- Udvikling og kvalitetssikring af den tværgående indsats
- Opfølgning på aftalerne

Ovenstående krav skal være opfyldt i sundhedsaftalerne for hvert af de seks obligatoriske indsatsområder, jf. boks 2.2.

I forhold til at undgå uhensigtsmæssige og forebyggelige indlæggelser på sygehusene bemærkes, at særligt tre krav på tre af indsatsområderne er relevante. Eksempelvis er det bl.a. et krav til indholdet i sundhedsaftalen om udskrivningsforløb for svage, ældre patienter, at det beskrives, hvordan parterne sikrer rettidig afklaring af den enkelte patients behov efter udskrivning fra sygehus, herunder koordinering af udskrivningstidspunkt og udskrivningsydelse. Desuden er det et krav til indholdet af sundhedsaftalen om indlæggelsesforløb, at det beskrives, hvordan parterne forebygger uhensigtsmæssige akutte indlæggelser. Endeligt skal sundhedsaftalerne om forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse indeholde en beskrivelse af, hvordan parterne sikrer, at indsatsen for patienter med et konstateret behov for patientrettet forebyggelse koordineres i overensstemmelse med den faglige evidens og viden herom.

Endvidere var der i forbindelse med aftalen om den kommunale økonomi for 2008 mellem regeringen og KL enighed om, at der er behov for at følge udviklingen for færdigbehandlede patienter, og at udviklingen og mulige lokale tiltag i denne anledning bl.a. kan drøftes i sundhedskoordinationsudvalgene og tages op i de sundhedsaftaler, der indgås mellem kommunerne og regionerne.

2.5 Hvilke redskaber har kommunerne til rådighed?

Kommunernes sundhedsfremme- og forebyggelsesopgaver gælder både den borgerrettede forebyggelse, som er et kommunalt ansvar, og den patientrettede forebyggelse, som foregår i et samarbejde med regionerne. Den borgerrettede forebyggelse har til formål at undgå, at sygdom opstår, mens den patientrettede indsats skal medvirke til at hindre, at sygdom udvikler sig yderligere, og at der opstår komplikationer i forbindelse med sygdom.

Kommunernes styrkede rolle på sundhedsvæsenet hænger sammen med, at kommunerne danner rammen om en stor del af borgernes daglige liv. En effektiv forebyggelse sker netop ved at tænke indsatsen ind i den dagligdag, som borgerne befinder sig i. Kommunen har således en række muligheder for at sætte rammerne for en sund livsstil i de kommunale skoler og institutioner, på kommunens arbejdspladser, i bymiljøet, i boligområder, i ældreplejen og i forbindelse med planlægningen af kommunens fysiske miljø m.v. De forskellige områder i kommunen – fx børne- og ungeområdet, arbejdsmarkedsområdet, socialområdet samt teknik- og miljøområdet – kan alle bidrage til at understøtte kommunens målsætninger og handleplaner og give borgerne mere sundhedsmæssig kvalitet i de tilbud, kommunen er ansvarlig for.

Som et centralt element er kommunen forpligtet til at etablere forebyggende tilbud til borgerne. Det kan fx være rygestopkurser, kostvejledning eller forskellige tilbud om fysisk aktivitet. Kommunen behøver ikke selv at varetage opgaverne, men har ansvaret for, at der er tilbud til rådighed for borgerne. Det kan fx ske i tæt samarbejde med frivillige eller private organisationer, idrætsforeninger m.fl. Kommunen kan også vælge at løse opgaven i et tværkommunalt samarbejde.

Hertil kommer de formelle rammer for samarbejdet mellem kommuner og region, som er etableret med Sundhedskoordinationsudvalgene og Sundhedsaftalerne, jf. afsnit 2.4 ovenfor. Disse rammer giver kommunerne mulighed for at koordinere den kommunale og regionale indsats på sundhedsområdet, samt indgå konkrete aftaler på en række fokusområder.

Kommunernes styrkede rolle på sundhedsområdet stiller krav til kommunernes informationsgrundlag for tilrettelæggelse og prioritering af indsatsen.

I forbindelse med finansieringsreformen på sundhedsområdet stiller Sundhedsstyrelsen informations- og afregningssystemet eSundhed til rådighed for kommuner og regioner. Systemet formidler og afregner den kommunale medfinansiering og finansiering af sundhedsområdet. Herudover formidler systemet den aktivitet, der ligger bag de økonomiske opgørelser og indeholder ligeledes et detaljeret analyseværktøj.

Systemet dækker en række af kommunernes behov for at varetage deres nye planlægningsopgaver på sundhedsområdet ved at stille informationer til rådighed om den aktivitet på sygehuse m.v., der ligger til grund for de månedlige kommunale betalinger.

Kommunerne har imidlertid udtrykt ønske om yderligere relevante informationer for at kunne varetage deres økonomiske planlægningsbehov med henblik på at udmønte intentionerne i den nye sundhedslovgivning.

I økonomaftalen for 2008 mellem regeringen og KL fremgår det, at: *"Der er enighed om at skabe en fælles og forpligtende ramme for drøftelser af de konkrete informationsbehov, herunder fordelingen af eventuelle afledte udgifter, så mulighederne for at indfri potentialet ved den aktivitetsbestemte medfinansiering understøttes bedst muligt"*.

For at imødekomme kommunernes behov for yderligere og mere detaljerede data, foregår et løbende arbejde med at udvide og videreudvikle dataformidlingen på eSundhed-portalen.

Samtidig arbejdes der på at etablere en dataplatform, hvor Sundhedsstyrelsens afregningsgrunddata sammenholdes med CPR-oplysninger, data fra kommunale omsorgssystemer og arbejdsmarkedsdata, jf. faktaboks. Det er herefter tanken, at kommunerne på det berigede data kan definere specifikke afgrænsninger og få leveret specialiserede og detaljerede udtræk på ikke-individ niveau. Således vil kommunerne få et bedre grundlag for en målrettet prioritering af deres indsats i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse, samt sundhedsrelaterede ydelser. Det vil ligeledes kunne anvendes som et væsentligt input i den kommunaløkonomiske planlægning.

Faktaboks. Projekt om databerigelse i Københavns kommune

Københavns kommune har i samarbejde med Sundhedsstyrelsen iværksat et pilot-projekt om databerigelse.

I projektet er Sundhedsstyrelsens afregningsgrunddata sammenkørt med CPR-data og data fra kommunens omsorgssystem. Det giver Københavns kommune mulighed for bedre at vurdere kommunens samlede sundhedsindsats. Det er eksempelvis muligt at sammenholde sygdomsmønstre med hjemmeplejeforbrug ligesom det er muligt at lave sammenligninger mellem forskellige distrikter. I yderste instans vil det blive muligt at sammenligne populationsgrupper – eksempelvis beboere på forskellige plejehjem.

Erfaringerne fra projektet vil indgå som et væsentligt element i udviklingen af den nationale dataplatform af berigede sundhedsdata.

Desuden har alle regioner – undtagen Region Sjælland – udgivet sundhedsprofiler for indbyggerne i regionen og i de tilhørende kommuner. Sundhedsprofilerne indeholder typisk oplysninger, der ikke umiddelbart er tilgængelige i Sundhedsstyrelsens registre. Det drejer sig om risikofaktorer så som rygning, fysisk inaktivitet, overvægt mv. Sundhedsprofilerne giver kommunerne en grundlæggende viden om borgernes sundhedstilstand og mulige indsatsområder for den kommunale planlægning af sundhedsfremme og -forebyggelsesinitiativer.

3. Udviklingen i sundhedsudgifter og forbrug af sundhedsydelse

3.1 Indledning og sammenfatning

Kapitel 3 har til formål at identificere de overordnede tendenser og udfordringer i sundhedsvæsenet, samt at sætte fokus på de områder, der har særlig relevans i forhold til den kommunale indsats. Kapitellet belyser således den overordnede udvikling i aktiviteten, forbrugssammensætningen og udgifterne i sundhedsvæsenet. Endvidere belyses udviklingen i aktivitet, forbrug og udgifter i sundhedsvæsenet fordelt på kommuner.

Aktiviteten er vokset markant fra 2001 og frem. Antallet af behandlede borgere er steget fra 1,9 mio. i 1997 til 2,2 mio. i 2006, svarende til en stigning på i alt 20 pct. eller knap 2 pct. årligt. Stigningen er især sket i forhold til ambulante behandlinger. Antallet af ambulante besøg er vokset fra 4,8 mio. besøg i 1997 til 7,1 mio. besøg i 2006, svarende til en årlig stigning på 4,5 pct. Antallet af udskrivinger er i samme periode øget med 1,5 pct. årligt, jf. afsnit 3.2.3. Sideløbende er ventetiderne reduceret med 29 dage fra 2001 til 2007, svarende til et fald på ca. 32 pct.

I perioden 1997-2005 er antallet af sengedage blevet reduceret med 1,7 pct. årligt, mens belægningsprocenten har været konstant på omkring 88 pct. Reduktionen i antallet af sengedage har fundet sted som følge af kortere indlæggelsestider. Den gennemsnitlige indlæggelsesvarighed (liggetid) er således faldet fra omkring 6 dage i 1997 til omkring 4,5 dage i 2005. Denne udvikling skyldes medicinsk-teknologiske fremskridt, som bl.a. betyder at patienterne hurtigere genvinder deres funktionsevne efter operation. Hvad angår andelen af det samlede antal sengepladser, som optages af færdigbehandlede patienter på det somatiske område, er der sket en reduktion fra ca. 3,3 pct. af den samlede sengekapacitet i 1997 til ca. 1,7 pct. i 2007.

For en række sygdomsområder er den kommunale indsats tæt forbundet med sygehusforbruget, fx i forhold til ældre medicinske patienter og kronikere. Udviklingen viser, at de ældre medicinske patienter tegner sig for en stadigt stigende andel af det samlede antal udskrivinger. Andelen af ældre medicinske patienter er således steget fra knap 21 pct. i 1995 til godt og vel 25 pct. i 2007. Således udgjorde de ældre patienter på 65 år og derover omkring halvdelen af udskrivingerne på de medicinske afdelinger i 2007, mens deres andel af befolkningen udgjorde ca. 15 pct. Samtidig er sundhedsudgifterne pr. indbygger ikke overraskende størst for de ældre patienter på 65 år og derover.

Derfor vurderes det, at patienter på 65 år og derover er den patientgruppe, hvor kommunerne har det største potentiale for at forebygge indlæggelser og undgå uhensigtsmæssige indlæggelser, idet den kommunale indsats bl.a. i ældreplejen påvirker sygehusforbruget for denne gruppe.

Forbruget af sundhedsydelse er endvidere skævt fordelt på tværs af befolkningen. Således kan 45 pct. af de samlede sundhedsudgifter henføres til de 3 pct. af befolkningen, der forbruger flest sundhedsydelse. En for-

holdsvis lille andel af befolkningen forbruger således en forholdsvis stor andel af de samlede sundhedsudgifter. Ser man nærmere på disse patienter viser det sig, at en stor del af dem er mellem 55 og 85 år og er karakteriseret ved at være indlagt hyppigere end øvrige patienter. Samtidig er omtrent halvdelen af den dyreste patientgruppe karakteriseret ved at have mange kontakter med sygehuset over flere år, heraf er en stor del af disse kontakter ambulante besøg og indlæggelser.

Det fremgår endvidere, at antallet af kontakter med sundhedsvæsenet pr. indbygger varierer betydeligt på tværs af kommuner – også efter køns- og aldersstandardisering. Det peger på, at variationen i antallet kontakter med sundhedsvæsenet i stedet skal søges forklaret ved andre forhold, herunder forskelle i tilgængelighed til sundhedsydelser, forskelle i udbyderadfærd eller den kommunale indsats. Desuden varierer de regionale sundhedsudgifter mellem kommunerne.

3.2 Den generelle udvikling på sundhedsområdet

I de følgende afsnit gennemgås den generelle udvikling på sundhedsområdet. Først ses der nærmere på udgiftsudviklingen gennem de senere år. Dernæst gives der et overblik over aktivitetsudviklingen og udviklingen i sygehusvæsenets kapacitet.

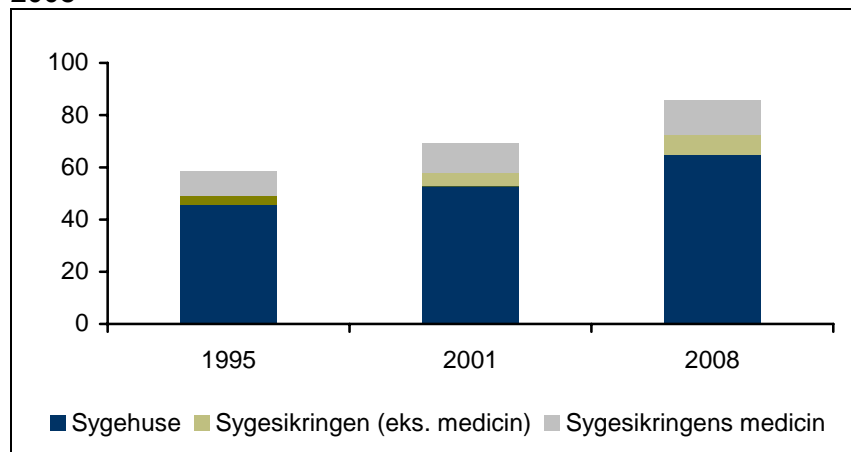
3.2.1 Udviklingen i udgifterne til sundhedsområdet

Siden 1995 er sundhedsvæsenet tilført ca. 27 mia. kr., målt i 2008-priser, *jf. figur 3.1*. Alene fra 2001 til 2008 er det regionale sundhedsvæsen løftet med knap 17 mia. kr.

Tilsvarende er sygehusenes udgifter steget med ca. 19 mia. kr. fra ca. 46 mia. kr. i 1995 til ca. 65 mia. kr. i 2008, svarende til en stigning på godt 42 pct. Betragtes perioden 2001 til 2008, steg udgifterne til sygehusene med ca. 12 mia. kr., svarende til en stigning på ca. 22,5 pct.

Det fremgår af figur 3.1, at den største relative stigning i de regionale sundhedsudgifter er sket inden for sygesikringsmedicin. Udgifterne til medicin er således blevet mere end fordoblet i perioden 1995 til 2008 og det forventes, at udgifterne vil være steget med 2,5 mia. kr. fra 2001 til at udgøre 7,5 mia. kr. i 2008, svarende til en stigning på 49 pct. alene fra 2001 til 2008.

Figur 3.1 Regionale sundhedsudgifter, (mia. kr. 2008-priser), 1995-2008

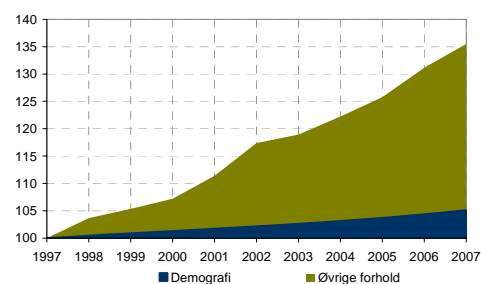


Anm.: 2008-priser (sygesikringsmedicinen opgøres dog i årets priser). Opgørelsen af udgiftsudviklingen ifølge de kommunale regnskaber afviger fra Danmarks Statistiks opgørelse af de offentlige udgifter bl.a. som følge af forskellige afgrænsning af sundhedssektoren.

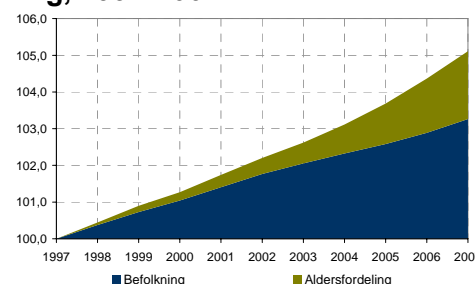
Hovedparten af udgiftsudviklingen på sundhedsområdet må tilskrives politiske beslutninger om udvidelse af aktiviteten og serviceniveauet samt øget efterspørgsel mv. Dette udgiftspres er bl.a. vokset i takt med den teknologiske udvikling, som har medført nye behandlingsmuligheder. En ældre befolkning er alt andet lige mere behandlingskrævende end en yngre. Men den demografiske udvikling har i perioden op til 2007 haft en begrænset betydning for udviklingen på sygehusområdet.

Dekomponeres udgiftsudvikling fra 1997 til 2007 viser det sig, at godt en 1/7 af den samlede udgiftsudvikling kan forklares med at befolkningen er blevet ældre, og at befolkningen er vokset antalmæssigt. De resterende 6/7 skal forklares med et ændret serviceniveau på sundhedsområdet bl.a. som følge af den medico-teknologiske udvikling, som har betydet, at stadig flere kan komme i behandling, der i visse tilfælde er dyrere, samt en ændret sygelighed i befolkningen. Demografien kan således forklare et udgiftspres på årligt 0,5 pct. *jf. figur 3.2.*

Figur 3.2 Dekomponeret udgiftsudvikling på demografi 1997-2007



Figur 3.3 Demografien dekomponeret på størrelse og aldersfordeling, 1997-2007



Kilde: Sundheds- og Forebyggelsesministeriet.

Dekomponeres den demografiske udvikling yderligere fremgår det, at den generelle befolkningsvækst forklarer de 0,3 procentenheder. De resterende

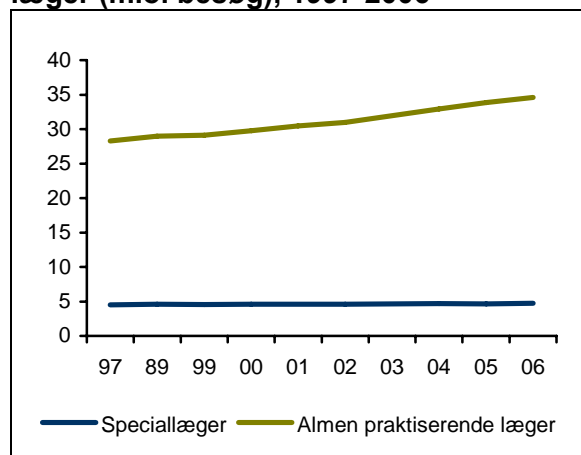
0,2 procentenheder kan således henføres til en ændret alderssammensætning, *jf. figur 3.3.*

3.2.2 Udviklingen i aktiviteten på sundhedsområdet

Aktiviteten hos alment praktiserende læger er steget med ca. 17 pct. fra knap 30 mio. kontakter i 1995 til 35 mio. kontakter i 2006, *jf. figur 3.4.* Siden 2001 er antallet af kontakter steget med ca. 14 pct.

Antallet af kontakter til praktiserende speciallæger er steget med ca. 6 pct. fra 4,5 mio. kontakter i 1995 til 4,8 mio. kontakter i 2006.

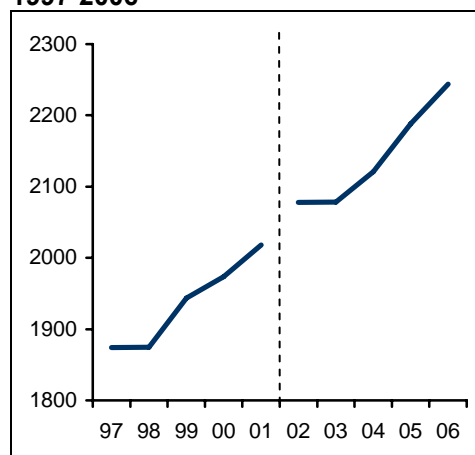
Figur 3.4 Antal besøg ved praktiserende læger (mio. besøg), 1997-2006



Kilde: Sundhedsstyrelsen.

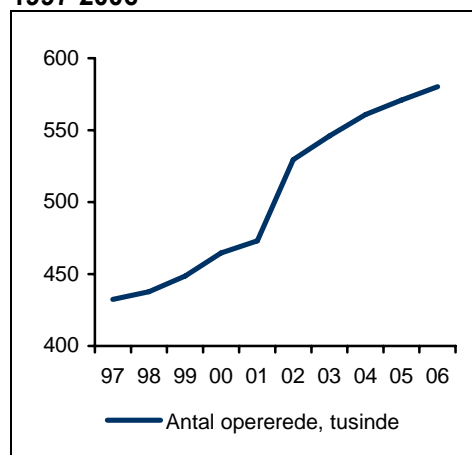
I de seneste 10 år er aktiviteten blevet øget i sygehusvæsenet. Der behandles således et stadigt stigende antal borgere på sygehusene. Det samlede antal af behandlede borgere³ er steget fra knap 1,9 mio. i 1997 til godt 2,2 mio. i 2006, svarende til en stigning på ca. 20 pct. set over hele perioden eller knap 2 pct. årligt, *jf. figur 3.5.*

Figur 3.5 Antal behandlede borgere, 1997-2006



Kilde: Sundhedsstyrelsen.

Figur 3.6 Opererede borgere (årligt), 1997-2006



Kilde: Sundhedsstyrelsen.

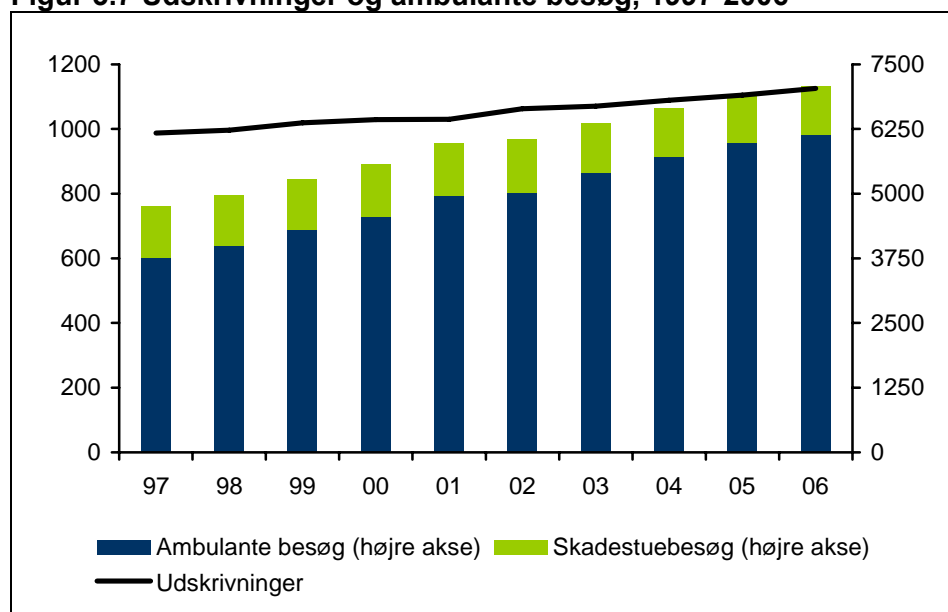
³ Opgjort som unikke CPR-nr.

Anm.: Datakilden omlagt i 2002.

Det samlede antal opererede er øget fra 428.000 i 1996 til 580.000 i 2006, svarende til en stigning på 36 pct., *jf. figur 3.6*. Stigningen i antallet af opererede borgere har været særlig kraftig fra 2001. Alene i 2001 blev antallet af opererede øget med 107.000 i forhold til året inden.

Den stigende aktivitet på sygehusene har fundet sted i såvel ambulante og stationært regi. I 1997 blev der udskrevet 987.000 patienter fra sygehuse, i 2006 var antallet steget til 1.125.000 patienter, *jf. figur 3.7*. Antallet af udskrivinger blev dermed øget med ca. 130.000 fra 1997 til 2006, svarende til en årlig stigning på 1,5 pct.

Figur 3.7 Udskrivinger og ambulante besøg, 1997-2006



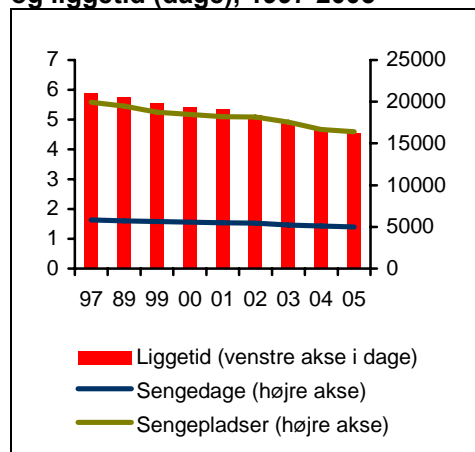
Kilde: Sundhedsstyrelsen.

Den øgede aktivitet har særligt fundet sted inden for det ambulante område. Antallet af ambulante besøg (inkl. skadestuebesøg) steg således fra ca. 4,8 mio. besøg i 1997 til 7,1 mio. besøg i 2006, svarende til en årlig stigning på 4,5 pct., *jf. figur 3.5*.

3.2.3 Udviklingen i sygehusvæsenets kapacitet

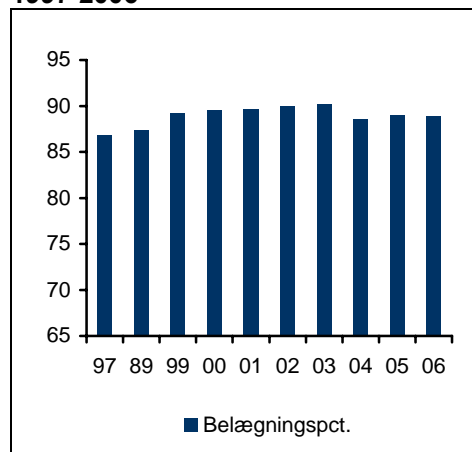
Den øgede aktivitet i sygehusvæsenet har fundet sted samtidig med, at antallet af sengepladser er blevet reduceret. Antallet af sengepladser er blevet reduceret fra knap 20.000 sengepladser i 1997 til ca. 16.500 i 2005. Der er desuden sket en reduktion af antallet af sengedage faldet fra 5,8 mio. i 1997 til 4,9 mio. sengedage i 2006, svarende til en årlig reduktion på 1,7 pct. Da antallet af udskrivinger samtidig er øget, betyder det, at den gennemsnitlige indlæggelsesvarighed (liggetid) er faldet fra omkring 6 dage i 1997 til omkring 4,5 dage i 2005, *jf. figur 3.8*.

Figur 3.8 Sengepladser, sengedage og liggetid (dage), 1997-2005



Kilde: Sundhedsstyrelsen.

Figur 3.9 Belægningsprocenter, 1997-2006



Kilde: Sundhedsstyrelsen.

De kortere liggetider skyldes først og fremmest den medicin-teknologiske udvikling og er dermed et udtryk for, at sygehusene i dag leverer en mere effektiv og skånsom behandling, bl.a. ved at anvende det såkaldte accelererede patientforløb. Accelererede patientforløb går bl.a. ud på at forringe patientens funktionsniveau mindst muligt, så patienten hurtigst muligt kan komme tilbage til sin normale hverdag, jf. faktaboks nedenfor. Konceptet er baseret på videnskabelig evidens af de enkelte behandlingskomponenter i forløbet⁴.

Faktaboks. Accelererede kirurgiske patientforløb

Det accelererede patientforløb har til formål at forbedre det perioperative forløb for kirurgiske patienter. Dette behandlingsregime har sin oprindelse i en multifaktoriel og evidensbaseret strategi, hvis enkeltelementer til enhver tid skal være udtryk for den mest optimerede patientbehandling. De aktuelle enkeltelementer udgør tilsammen det accelererede kirurgiske patientforløb.

Nationale og internationale kliniske studier konkluderer, at det accelererede patientforløb samlet set har følgende fordele: reduceret indlæggelsestid, hurtigere normalisering af tarmfunktion og mulighed for hurtigere mobilisering. Den postoperative morbiditet er uændret eller bedre, idet specielt medicinske komplikationer (hjerte- og lungekomplikationer) er færre. Herudover betyder det accelererede patientforløb mindre postoperativ træthed og hurtigere genoptagelse af normale dagligdags aktiviteter efter hjemsendelsen.

Kilde: *Det accelererede kolonkirurgiske patientforløb – en medicinsk teknologivurdering*, Sundhedsstyrelsen, 2005.

Desuden betyder de kortere indlæggelsestider, at de udskrevne patienter oplever færre u hensigtsmæssige bivirkninger, fx i form af tab af muskelmasse og funktionsniveau samt øget risiko for smitte og andre infektioner. De kor-

⁴ Kehlet H. & Dahl J.B.: "Anaesthesia, Surgery and Challenges in Postoperative Recovery". *Lancet*, 2003;362:1921-1928.

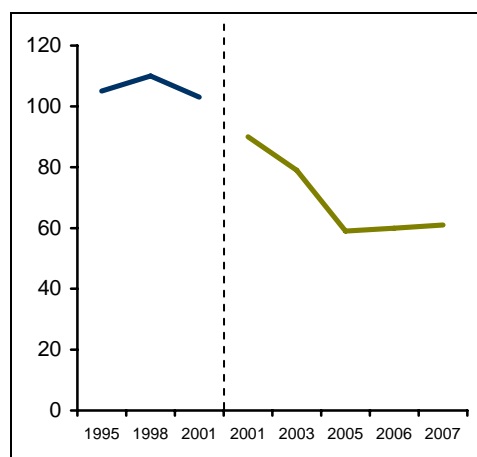
tere indlæggelser er således også et udtryk for, at patienterne hurtigere kan genvinde deres funktionsevne efter operation⁵.

Den medicin-teknologiske udvikling afspejler sig også i stigningen i antallet af ambulante behandlinger, hvor patienten kan udskrives samme dag, som behandlingen har fundet sted.

Den sideløbende udvikling i sengepladser og sengedage har betydet, at belægningsprocenterne samlet set har været uændret i perioden. I 1997 var belægningsprocenten ved de somatiske sygehuse ca. 87 pct., og i 2006 var den steget til ca. 89 pct., *jf. figur 3.9*. I den mellemliggende periode har belægningsprocenten enkelte gange været på 90 pct.

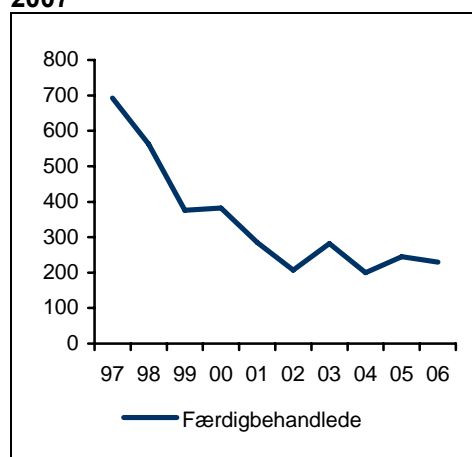
De erfarede (faktiske) ventetider – som viser hvor lang tid patienter, som er behandlet, i gennemsnit ventede på behandlingen – er faldet med 29 dage i perioden 2001 til 2007, svarende til et fald på ca. 32 pct., *jf. figur 3.10*.

Figur 3.10 Ventetid (dage), 1995-2007



Kilde: Sundhedsstyrelsen.

Figur 3.11 Antal ventende færdigbehandlede somatiske patienter 1997-2007



Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Landspatientregistret pr. 23. august 2007

Anm.: Opgørelsen af den erfarede ventetid før 2001 viser den gennemsnitlige ventetid for elektive kirurgiske heldøgnspatienter. Opgørelsen efter 2001 viser den erfarede ventetid for alle opererede patienter. Hertil skal endvidere bemærkes, at ventetidsniveauet først opgøres i 2005 efter den nye opgørelsespraksis, som er indført pr. 1. januar 2004. Dernæst beregnes det relative fald i de erfarede ventetider fra 2001 til 2005, hvor den erfarede ventetid er afgrænset i overensstemmelse med opgørelsespraksis, som var gældende før 2004. Endelig anvendes dette relative fald til at beregne et ventetidsniveau for perioden 2001 og 2003, som herved er sammenligneligt med ventetidsniveauet i 2005. Dette er i overensstemmelse med sædvanlig statistisk praksis

Antallet af ventende færdigbehandlede patienter er generelt blevet reduceret, bl.a. i takt med indførelsen af amternes mulighed for at opkræve betaling for færdigbehandlede patienter i 1995. I 1997 optog de færdigbehandlede 692 sengepladser. I 2007 var tallet faldet til 230 sengepladser. Antallet af færdigbehandlede patienter er således faldet ca. 67 pct. i perioden 1997 til 2007, *jf. figur 3.11*. Ses på andelen af det samlede antal sengepladser, som optages af færdigbehandlede patienter på det somatiske område, er

⁵ Kehlet H. :”Accelererede patientforløb”. Ugeskrift for læger, 2001;163(4):420.

der sket en markant reduktion fra ca. 3,3 pct. af den samlede sengekapa-
citet i 1997 til ca. 1,7 pct. i 2007.

3.3 Sammensætningen i befolkningens forbrug af sundheds- ydelser

I dette afsnit belyses befolkningens forbrug af sundhedsydelser. Der sættes særligt fokus på områder, hvor kommunerne vurderes at kunne gøre en forskel gennem den kommunale indsats og i samarbejde med regioner og sygehuse, fx på det medicinske område og færdigbehandlede patienter.

3.3.1 Udskrivninger efter område

De stationære udskrivninger er fordelt på de medicinske afdelinger og de kirurgiske afdelinger. Tabel 3.1 viser andelen af stationære udskrivninger fordelt på alder og speciale. Udskrivningerne fra de medicinske afdelinger udgør 49 pct. af alle udskrivninger fra de somatiske sygehuse. Det fremgår desuden, at patienter på 65 år og derover tegner sig for omkring halvdelen af udskrivningerne fra de medicinske afdelinger, *jf. tabel 3.2*.

Tabel 3.2 Stationære udskrivninger fordelt på alder og speciale (1.000 udskrivninger), 2006

Speciale	Under 65 år	Over 65 år	I alt
Medicinske afdelinger	24 pct. (241)	25 pct. (251)	49 pct. (493)
Kirurgiske afdelinger	36 pct. (365)	15 pct. (151)	51 pct. (516)
I alt	60 pct. (606)	40 pct. (402)	100 pct. (1.008)

Anm.: Afdelinger er opgjort på hhv. medicinsk og kirurgisk specialekode

Kilde: Landspatientregisteret.

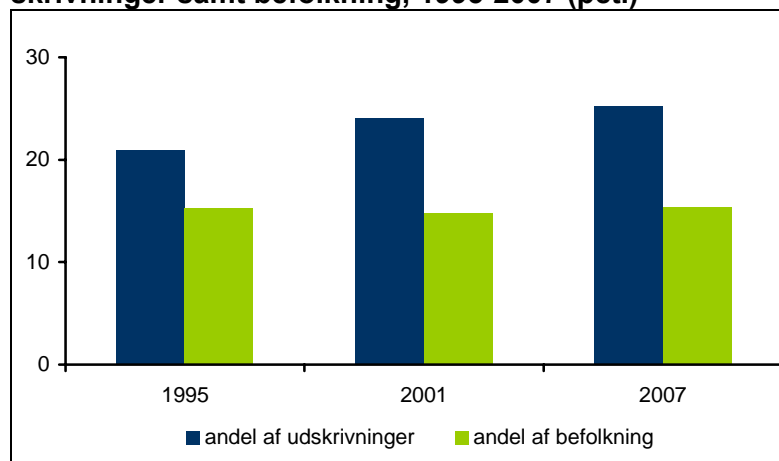
I det følgende afsnit sættes der særligt fokus det medicinske område. Kommunerne har gennem ældreplejen hyppig kontakt til de ældre borgere, som indlægges, på de medicinske afdelinger og det er et område, hvor muligheden for at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser vurderes at være størst (*jf. Vinge & Buch, 2007*).

3.3.2 Ældre medicinske patienter

Den ældre medicinske patient kan defineres som en patient, der er over 65 år og er indlagt på en medicinsk afdeling.

Ses der nærmere på udviklingen i de ældre medicinske patienters andel af det samlede antal udskrivninger fremgår det, at en stadig større andel af samtlige udskrivninger kan henføres til ældre medicinske patienter over 65 år, *jf. figur 3.12*. Andelen af ældre medicinske patienter er således steget fra knap 21 pct. i 1995 til godt og vel 25 pct. i 2007.

Figur 3.12 Ældre medicinske patienters andel af udskrivninger samt befolkning, 1995-2007 (pct.)



Kilde: Danmarks Statistik samt Landspatientregistret

Befolkningsgruppen på 65 år og derover udgør ca. 15 pct. af den samlede befolkning. Dermed forbruger patienter på 65 år og derover en forholds- mæssig stor andel af kapaciteten på de medicinske afdelinger. Indlæggel- ser af patienter på 65 år og derover på medicinske afdelinger må formodes at være det område, hvor kommunerne har det største potentiale for både at forebygge indlæggelse og undgå u hensigtsmæssige indlæggelser, idet den kommunale indsats bl.a. i ældreplejen påvirker sygehusforbruget for denne gruppe. Det må dog konstateres, at trods den uændrede andel af befolkningen, som de 65-årige eller derover har udgjort i perioden 1995 til 2007, udgør de en øget andel af de medicinske udskrivninger.

Ser man nærmere på det medicinske område, viser det sig, at hver patient på de medicinske afdelinger i gennemsnit blev indlagt på sygehus 1,86 gange i 2006. Dermed er antallet af gennemsnitlige indlæggelser pr. patient steget fra 1,67 i 1997, svarende til en forøgelse på godt 1 pct. årligt. En del af denne stigning kan formodentlig henføres til forbedrede behandlingsmu- ligheder af f.eks. kroniske patienter, der udløser en hyppigere kontakt med sundhedsvæsenet.

Tabellen nedenfor viser de medicinske patienter fordelt på antallet af ud- skrivning. Det fremgår, at der i 2007 blev behandlet i alt 268.000 medicin- ske patienter. Heraf blev 166.000 patienter kun indlagt én enkelt gang i løbet af 2007, mens 86.000 medicinske patienter oplevede 2, 3 eller 4 ind- læggelser. Endeligt oplevede en lille gruppe på 16.000 patienter at blive indlagt 5 eller flere gange i løbet af 2007. Dermed kunne knap 25 pct. af samtlige medicinske indlæggelser i 2006 henføres til den relativt lille gruppe på 16.000 kroniske patienter.

Tabel 3.3 Medicinske patienter fordelt på antal udskrivninger, 2007 (1.000)

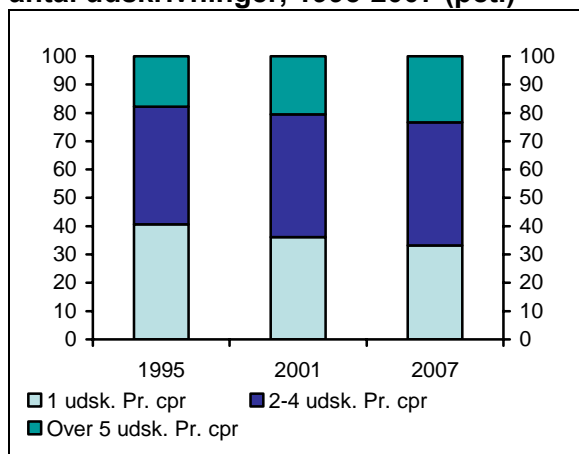
Antal udskrivninger	Antal personer	Antal udskrivninger
1	166	166
2-4	86	217

5 eller flere	16	117
Samlet antal udskrivninger	268	500

Kilde: Landspatientregisteret.

En stadig større andel af udskrivninger fra de medicinske afdelinger kan henføres til patienter som er indlagt mere end 5 gange i løbet af et år. I 1995 udgjorde andelen af samtlige udskrivninger, der kunne henføres til den relativt begrænsede gruppe med flere end 5 udskrivninger pr. år, ca. 18 pct. Som nævnt ovenfor var denne andel steget til knap 25 pct. i 2007. *jf. figur 3.13.*

Figur 3.13 Medicinske patienter fordelt på antal udskrivninger, 1995-2007 (pct.)



Kilde: Landspatientregistret

Stigningen i antallet af årlige udskrivninger pr. medicinsk patient fra 1995 til 2007 indikerer, at et stigende antal medicinske patienter bliver genindlagt.

3.3.3 Færdigbehandlede patienter

Af tabel 3.4 fremgår det, at antallet af sengedage for færdigbehandlede somatiske patienter udgjorde godt 1,7 pct. af alle sengedage for somatiske patienter i 2007. Det skal ses i forhold til at de færdigbehandlede patienter udgjorde ca. 3,3 pct. den samlede sengekapaцитet i 1997. Det svarer til et fald fra ca. 205.000 sengedage til ca. 122.000 sengedage⁶.

En opgørelse af forbruget af sengedage til færdigbehandlede patienter fordelt på medicinske og kirurgiske afdelinger, viser at andelen af sengedage til færdigbehandlede patienter udgør 2,3 pct. af det samlede antal sengedage på de medicinske afdelinger, mens den tilsvarende andel udgør lidt under 1 pct. på de kirurgiske afdelinger, *jf. tabel 3.4.* Det fremgår desuden, at antallet af sengedage for færdigbehandlede psykiatriske patienter udgjorde 5,1 pct. af alle sengedage i psykiatrien i 2007, svarende til ca. 53.000 sengedage.

⁶ Antallet af sengedage er beregnet med udgangspunkt i stikprøvedata fra en given dag. Af afregningssystemet fremgår det, at antallet sengepladser som var optaget af færdigbehandlede patienter udgjorde 69.355 i 2007.

Tabel 3.4 Antal sengedage på offentlige somatiske hospitaler, fordelt efter speciale, 2007 (1.000)

Speciale	Sengedage i alt	Heraf færdigbehandlede	Færdigbehandles andel (pct.)
Somatik	4.481	77	1,7
- Heraf medicin	2.599	59	2,3
- Heraf kirurgi	1.882	17	0,9
Psykiatri	1.050	53	5,1

Kilde: Landspatientregisteret.

Tallene i tabel 3.4 dækker over en vis variation på sygehus- og afdelingsniveau. Denne variation vil blive undersøgt nærmere i kapitel 4.

3.3.4 Fordeling af befolkningens forbrug af sundhedsydelser

Tabel 3.7 viser befolkningens forbrug af sundhedsydelser opgjort for fem patientkategorier; indlagt, ambulante, skadestue, speciallæge og almen læge.

Tabel 3.7 Befolkningens forbrug af sundhedsydelser, 2006

Ydelse	Patienter (1.000)	Pct.
Personer med forbrug af ydelser	4.900	90,2
<i>Heraf</i>		
- Indlagt	684	12,6
- Ambulant	935	17,2
- Skadestue	350	6,4
- Speciallæge	874	16,1
- Almen læge	2.057	37,8
Personer uden forbrug af ydelser	534	9,8
Befolkning i alt	5.435	100

Kilde: Sundhedsstyrelsen.

Inddelingen i patientkategorier betyder, at personer placeret i en kategori ofte - men ikke nødvendigvis – også vil have modtaget ydelser fra de lavere kategorier. Eksempelvis vil en stor del af de personer, der har været indlagt også bruge en eller flere ambulante ydelser, skadestueydelser, speciallægeydelser og ydelser fra almen læge.

Det fremgår af tabellen, at ca. 90 pct. af befolkningen modtog en eller flere former for ydelser fra sundhedsvæsenet. I 2006 forbrugte 4,9 mio. personer ydelser fra sundhedsvæsenet ud af en samlet befolkning på ca. 5,4 mio. personer. Hovedparten af befolkningens forbrug af sundhedsydelser skete i almen lægepraksis. Næsten 2,1 mio. personer svarende til knapt 38 pct. af befolkningen modtog således udelukkende ydelser fra almen lægepraksis.

Ca. 700.000 borgere var indlagt mindst én gang i 2006. Denne gruppe borgere havde derudover et betydeligt forbrug af såvel ambulante besøg, konsultation hos speciallæger og almene læger. Det fremgår desuden, at omkring 534.000 personer ikke havde noget forbrug af ydelser i sundhedsvæsenet i 2006.

På landsplan har indbyggerne gennemsnitligt 15,4 kontakter med sundhedsvæsenet årligt. De praktiserende almenlæger er borgernes indgang til sundhedsvæsenet og er da også med knap 48 pct. af kontakterne eller godt 7,3 kontakter pr. år den del af sundhedsvæsenet, som borgerne har hyppigst kontakt med, *jf. tabel 3.8.*

Tabel 3.8 Antal kontakter med sundhedsvæsenet pr. indbygger, hele landet (2006)

	Antal kontakter pr. indbygger	Andel af kontakterne, pct.
Somatiske sygehuse	1,84	12,0
<i>Heraf</i>		
- Indlagte	0,20	1,3
- Ambulante	1,62	10,5
Psykiatriske sygehuse	0,17	1,1
<i>Heraf</i>		
- Indlagte	0,01	0,0
- Ambulante	0,16	1,0
Almen læge	7,34	47,7
Speciallæge	1,84	12,0
Øvrige	4,19	27,3
I alt	15,37	100,0

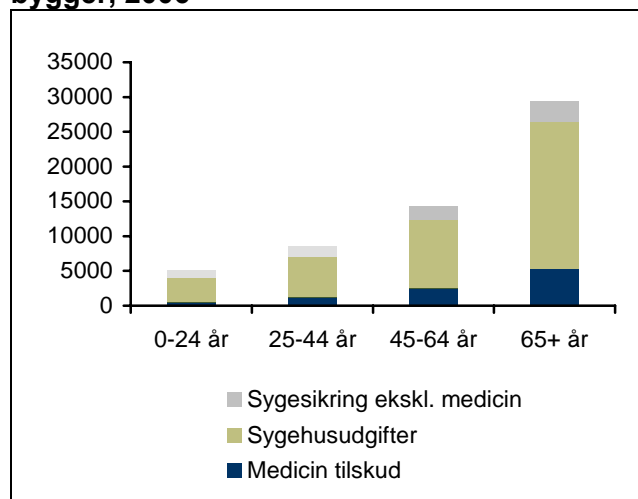
Kilde: Sundhedsstyrelsen.

Godt 27 pct. af kontakterne eller knap 4,2 kontakter årligt falder i kategorien "øvrige" omfatter øvrige ydelser under sygesikringen, f.eks. tandlæge, fysioterapeut og kiropraktor.

I gennemsnit har borgerne kontakt med somatiske sygehuse knap to gange årligt, ligesom de i gennemsnit har kontakt med en praktiserende speciallæge knap to gange årligt. Hovedparten af kontakterne med de somatiske sygehuse er ambulante kontakter. Kontakter med psykiatriske sygehuse udgør kun godt 1 pct. af det samlede antal kontakter.

Figur 3.14 nedenfor viser udgifterne til medicin, sygehuse og sygesikring fordelt på aldersgrupper i 2006.

Figur 3.14 Samlede sundhedsudgifter pr. indbygger, 2006

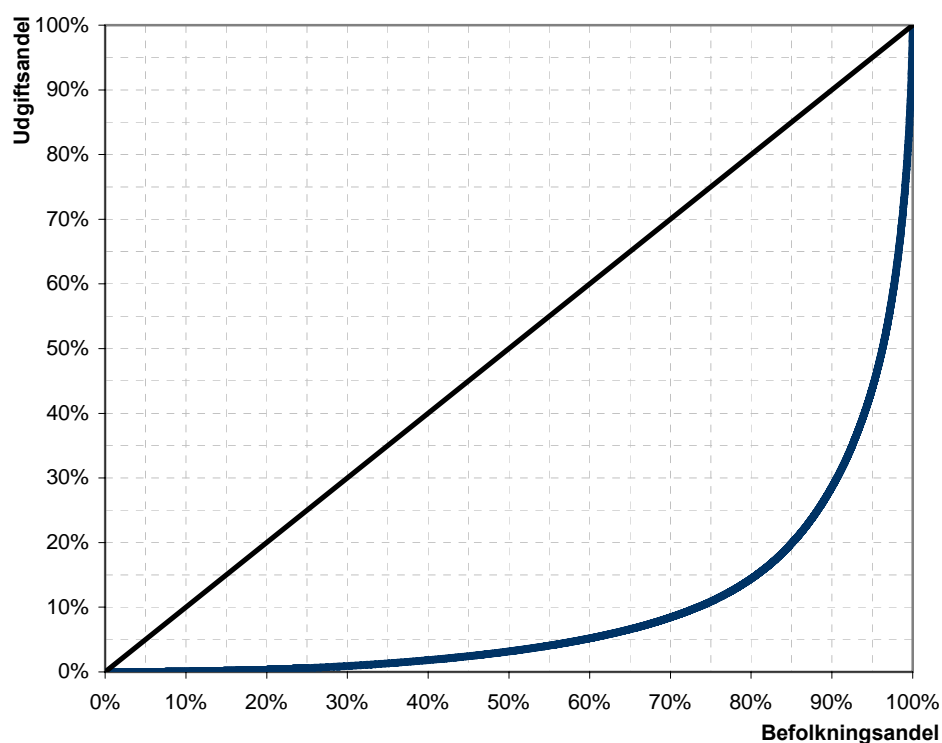


Anm.: 2005-priser (sygesikringsmedicinen opgøres dog i årets priser). Opgørelsen af udgiftsudviklingen ifølge de kommunale regnskaber afviger fra Danmarks Statistiks opgørelse af de offentlige udgifter bl.a. som følge af forskellige afgrænsning af sundhedssektoren.

Kilde: Sundhedsstyrelsen samt Indenrigs og Sundhedsministeriet

Der er således stor variation i forbruget af sundhedsydelser i de forskellige aldersgrupper, hvor aldersgruppen på 65 år og derover tegner sig for den største andel af de samlede sundhedsudgifter. De gennemsnitlige sundhedsudgifter for patienter på 65 år og derover er ca. 29.000 kr., mens de tilsvarende udgifter til sammenligning er ca. 8.500 kr. for gruppen af 25-44 årige.

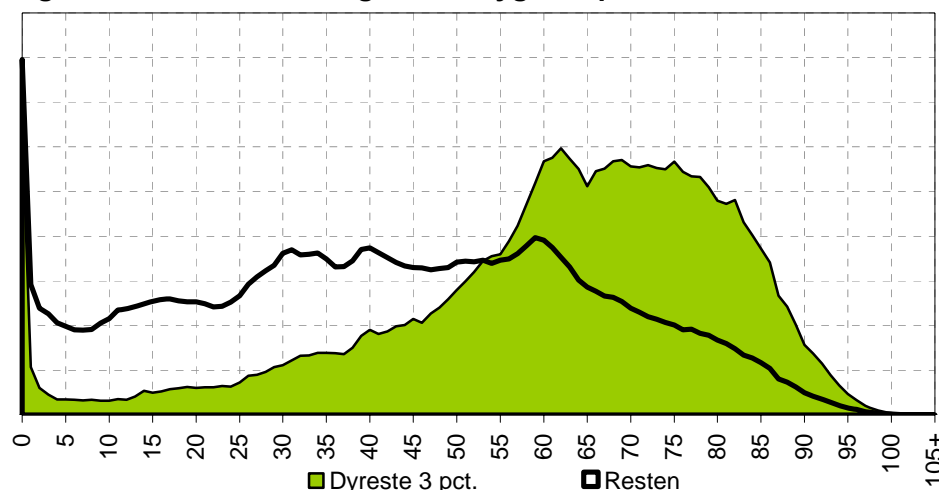
Samtidig er forbruget af sundhedsydelser meget ulige fordelt på tværs af befolkningen, idet en forholdsvis lille andel af befolkningen forbruger en forholdsvis stor andel af de samlede sundhedsudgifter, *jf. figur 3.15*. Således kan 55 pct. af de samlede sundhedsudgifter henføres til de 5 pct. af befolkningen, som bruger flest sundhedsydelser. Tilsvarende kan 45 pct. af sundhedsudgifterne kan henføres til de 3 pct. af befolkningen, der bruger flest sundhedsydelser.

Figur 3.15 Fordelingen af sundhedsudgifterne i befolkningen⁷, 2006

Kilde: Sundhedsstyrelsens DRG-system, Sundhedsstyrelsens Sygesikringsregister samt Danmarks Statistiks befolkningsregister.

Aldersfordelingen for de tre pct. af befolkningen, der brugte flest sygehusydelser i 2006 og for den resterende del af befolkningen, der igennem 2006 var i kontakt med sygehusvæsenet, fremgår af figur 3.16. Figuren viser, at de dyreste patienter har en markant anderledes aldersfordeling end de øvrige sygehuspatienter. Således er gennemsnitsalderen blandt de mest omkostningstunge patienter på 61 år, mens den er 42 år for de øvrige sygehuspatienter. Desuden er næsten 70 pct. af de mest omkostningstunge patienter over 55 år, mens patienterne over 55 år kun udgør 32 pct. af de øvrige sygehuspatienter.

⁷ Figuren omfatter kun udgifter til sygehusene (målt ved DRG-produktionsværdien) samt sygesikringens bruttohonorar. Det antages i det følgende at figurens fordeling også er repræsentativ for den del af sundhedsudgifterne der ikke er omfattet af figuren (dvs. primært medicinudgifter, basishonorar til primærsektoren).

Figur 3.16 Aldersfordeling blandt sygehuspatienter, 2006.

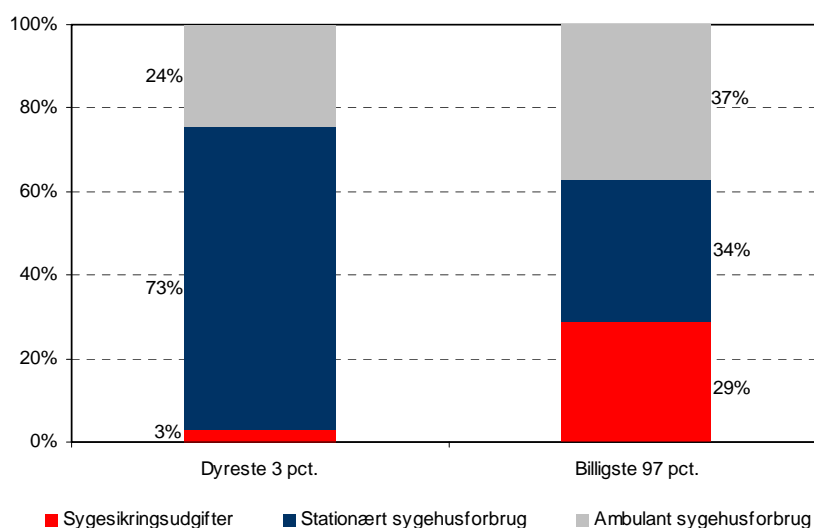
Kilde: Sundhedsstyrelsens DRG-system.

Aldersfordelingen for de mest omkostningstunge patienter bekræfter, at de ældre patienter trækker mest på sundhedsvæsenets ressourcer. På den baggrund vil det i det følgende afsnit blive undersøgt nærmere, hvad der karakteriserer de mest omkostningstunge patienter.

3.4 Fokus på de patienter, der bruger en stor andel af sundhedsudgifterne

3.4.1 Sundhedsudgifter til de dyreste patienter

Sundhedsudgifterne fordeler sig forskelligt for hhv. de dyreste patienter og den resterende del af befolkningen i 2006, jf. figur 3.17.

Figur 3.17 Fordelingen af sundhedsudgifterne på udgiftsgrupper, 2006.

Kilde: Sundhedsstyrelsens DRG-system og Sundhedsstyrelsens Sygesikringsregister.

Blandt de dyreste patienter, er forbruget af sygehusydelser betydeligt højere end for den resterende del af befolkningen, mens forbruget af sygesikringsydelser er relativt lavere. Idet forbruget af sygesikringsydelser udgør en meget lille del af de samlede sundhedsudgifter, for den del af befolkning-

gen der bruger flest sundhedsydelse, vil der i det følgende alene fokuseres på sygehusudgifterne.

52 pct. af udgifterne til sygehusvæsenet kan henføres til de dyreste patienter, svarende til ca. 30 mia. kr. En del af patienternes tilstedeværelse i denne gruppe skyldes, at de har gennemgået enkelte meget udgiftstunge behandlingsforløb, som fx transplantation af lever, lunge, hjerte eller knoglemarv, neurorehabilitering af hjerneskade, hvorfor det på kort sigt vil være svært at nedbringe udgifterne for denne gruppe af patienter.

3.4.2 Forbruget af sundhedsydelse blandt de dyreste patienter

Blandt gruppen af patienter, der havde et stort forbrug af sygehusydelse i 2006, er der ligeledes patienter, hvis store forbrug skyldes flere gentagne mindre behandlingsforløb, som typisk strækker sig over perioder på flere år. I det følgende forsøges det derfor, at inddele gruppen bestående af de dyreste patienter i 2006 ud fra, hvor stort deres træk på sygehusvæsenet har været i de foregående år.

De i alt ca. 163.000 patienter, der brugte flest sygehusydelse i 2006 opdeles i fem grupper, baseret på deres forbrug af sygehusydelse i årene 2002-2005. Den første gruppe består af de patienter, der i mindst to af årene 2002-2005 var blandt de tre procent af befolkningen der brugte flest sygehusydelse.

Den anden gruppe består af de patienter, der i mindst to af årene 2002-2005 var blandt de fem procent af befolkningen som brugte flest sygehusydelse, men som samtidigt ikke er placeret i den første gruppe.

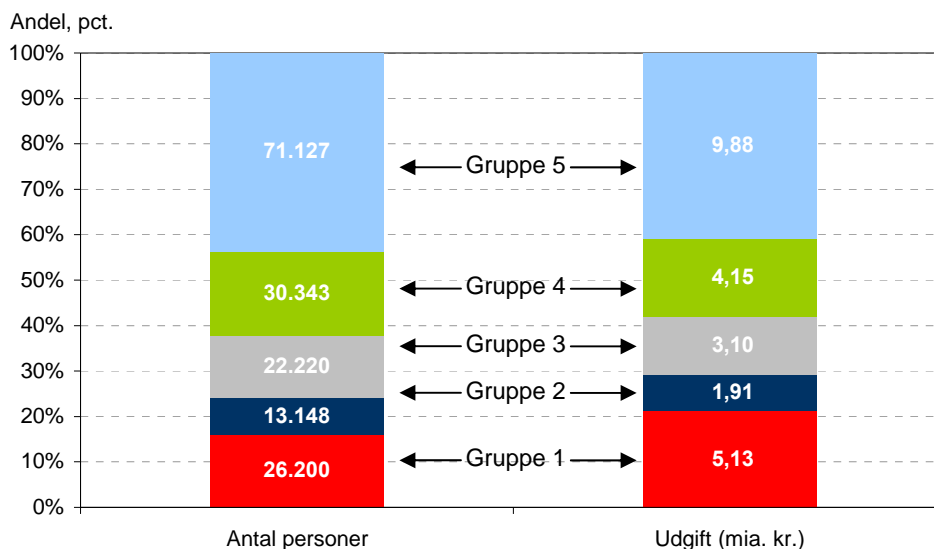
Den tredje gruppe består af de patienter, der i mindst to af årene i perioden 2002-2005 var blandt de 10 procent af befolkningen, der brugte flest sygehusydelse, men som ikke allerede er placeret i den første eller anden gruppe.

Den fjerde gruppe består af de patienter, som i mindst to af årene i perioden 2002-2005 var blandt de 20 procent af befolkningen, der brugte flest sygehusydelse og som ikke samtidigt er placeret i gruppe 1, 2 eller 3.

Den sidste gruppe består af den resterende del af de 163.000 patienter, således at grupperne 1-5 samlet indeholder de tre procent af befolkningen der brugte flest sygehusydelse i 2006.

Figur 3.18 viser antallet af patienter i hver af de fem grupper samt udgifterne til sygehusydelse for hver af de enkelte grupper i 2006.

Figur 3.18 Gruppering af patienter der brugte fleste sygehusydelse (dyreste tre procent), 2006



Kilde: Sundhedsstyrelsens DRG-system.

Note: Gruppe 1 henfører til at patienterne i denne gruppe foruden at være i blandt de 3 pct. af befolkningen der forbrugte flest sundhedsydelse i 2006, var i top 3 pct. i mindst to af årene 2002-2005, tilsvarende henfører grupperne 2,3 og 4 til at patienterne være i hhv. top 5 pct., top 10 pct. og top 20 pct. i mindst to af årene 2002-2005. En patient henføres til laveste gruppe, hvis kriterier opfyldes.

Over halvdelen af de patienter som har et stort træk på sundhedsvæsenet et givet år har også haft et betydeligt sundhedstræk de foregående år. Således har over halvdelen (55 pct.) af de dyreste patienter i 2006, været blandt den femtedel af befolkningen, der brugte flest sygehusydelse i mindst to af årene 2002-2005. Det ses samtidigt at kun godt 40 pct. af sygehusydelse i 2006, blandt de dyreste patienter i 2006, kan henføres til patienter, der ikke havde et forholdsvist stort sygehusforbrug i de foregående år. Det er således i høj grad de samme patienter, der trækker på ressourcerne i sundhedsvæsenet år efter år.

Nedenstående tabel 3.9 indeholder en række centrale nøgletal opgjort for de fire grupper af patienter, som foruden at have et stort forbrug af sygehusydelse i 2006, ligeledes havde det i de foregående år.

Tabel 3.9. Nøgletal for de patienter der brugte flest sygehusydelse – grupperet efter forbrug i de foregående år, 2006

Område	Gruppe	2002-2005	
		Årligt gennemsnit	
Udgifter pr patient 1.000 kr.	1	125,3	196,3
	2	47,3	147,4
	3	30,9	140,9
	4	18,1	140,9
	5	8,0	145,9
Udskrivninger pr. patient	1	2,7	4,0
	2	1,3	3,4

	3	0,8	3,2
	4	0,4	3,0
	5	0,2	3,0
Ambulante besøg pr. patient	1	18	22,6
	2	7,5	13,1
	3	5,4	11,9
	4	3,6	11,4
	5	1,1	10,0

Kilde: Sundhedsstyrelsens DRG-system.

Note: Gruppe 1 henfører til at patienterne i denne gruppe foruden at være i blandt de 3 pct. af befolkningen der forbrugte flest sundhedsydelse i 2006, var i top 3 pct. i mindst to af årene 2002-2005, tilsvarende henfører grupperne 2,3 og 4 til at patienterne være i hhv. top 5 pct., top 10 pct. og top 20 pct. i mindst to af årene 2002-2005. En patient henføres til laveste gruppe, hvis kriterier opfyldes.

Af tabel 3.9 fremgår det tydeligt, at patienter, der i de foregående år har haft et stort forbrug har et markant større forbrug af sygehusydelse i 2006. Specielt ses det, at gruppen af patienter, der i de foregående år har haft et meget stort forbrug (gruppe 1), har markant flere ambulante besøg – 23 besøg mod 11 for grupperne 2-5. Ligeledes har gruppe 1 flere indlæggelser samt sengedage. Tabellen viser ligeledes, at flere af grupperne har haft ganske betydelige træk på sygehusvæsenet igennem årene 2002-2005. Således har godt 26.000 personer i gruppe 1 et gennemsnitligt forbrug i sygehusvæsenet på 125.000 kr. pr. år, gennemsnitligt haft 18 ambulante besøg pr. år samt gennemsnitligt 2,7 indlæggelser pr. år i perioden 2002-2005.

Patienter med et så væsentligt træk på sygehusvæsenet, udgør en forholdsvis stor økonomisk belastning for deres hjemkommune i form af den kommunale medfinansiering. En gennemsnitlig patient i gruppe 1 vil således havde kostet sin bopælskommune ca. 17.500 kr. pr. år i perioden 2002-2005 under den nuværende ordning om kommunal medfinansiering, og alene i 2006 have beslægt kommunal medfinansiering på 23.000 kr. I en periode på 5 år kan en enkelt patient således medføre kommunal medfinansiering på ca. 90.000 kr.

3.4.3 Sygdomsbilledet for de dyreste patienter

Tabel 3.10 viser sygehusudgifterne fordelt på MDC-grupper⁸ for tre forskellige patientgrupper. Dermed er det muligt at få et indtryk af, hvilke sygdomme, der karakteriserer de dyreste patienter. Den første patientgruppe består af de patienter, der er blandt de dyreste tre procent og som samtidigt har haft et stort forbrug af sygehusydelse i de foregående år, dvs. grupperne 1,2 og 3 ovenfor. Den anden patientgruppe består af de patienter,

⁸ Som hovedregel grupperes udskrivningen først på basis af aktionsdiagnosen til en ud af 25 Major Diagnostic Categories (MDC-grupper). Antallet af DRG-grupper i hver enkelt MDC varierer. Enkelte kategorier indeholder to til fire DRG-grupper hver, mens andre indeholder op til 59 grupper. Den videre gruppering inden for hver enkelt MDC til de endelige DRG-grupper foregår efter forskellige kriterier, fx om der er udført en procedure/operation, om der er komplicerende faktorer og patientens alder.

der er blandt de dyreste tre procent, men som i de foregående år ikke har haft et kontinuerligt højt forbrug af sygehusydelse over flere år, dvs. grupperne 4 og 5 ovenfor. Den sidste gruppe består af den øvrige del af befolkningen, som har været i kontakt med sygehusvæsenet i 2006.

Tablet 3.10 Produktionsværdi fordelt på MDC-gruppe og patientgruppe (pct.) 2006.

MDC-gruppe	Gruppe 1-3	Gruppe 4-5	Øvrige
Uden for MDC-grupper (26)	8,8	4,9	0,7
Svulster i lymfatisk og bloddannende væv (17)	3,9	4,5	1
Infektionssygdomme i parasitære sygdomme (18)	2,4	1,1	0,9
Sygdomme i åndedrætsorganerne (04)	11,5	6,5	5,2
Sygdomme i blod og bloddannende organer (16)	1,7	1	0,8
Sygdomme i lever, galdeveje og bugspytskirtel (07)	3,6	2,3	1,7
Nyre- og urinvejssygdomme (11)	7,6	5,1	3,7
Sygdomme i kredsløbsorganerne (05)	15,2	13,5	7,8
Sygdomme i fordøjelsesorganerne (06)	8,4	7,1	6,9
Sygdomme i Nervesystemet (01)	5,2	4,8	5,2
HIV infektion (25)	0,2	0,1	0,2
Misbrug (20)	0,5	0,4	0,6
Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv (08)	11,6	12,8	15,2
Psykiatriske sygdomme (19)	0,4	0,3	0,6
Endokrine sygdomme, ernærings- og stofskiftesygdomme (10)	3,1	2,3	4,7
Øvrige (23)	9,2	17,3	16,8
Ulykkestilfælde og forgiftninger (21)	0,6	0,6	1,3
Sygdomme i hud, underhud og mamma (09)	2,6	6,1	6,1
Øre, næse, hals, og kæbesygdomme (03)	0,9	2,2	3,9
Sygdomme i mandlige kønsorganer (12)	0,1	0,2	0,5
Sygdomme i kvindelige kønsorganer (13)	0,5	1,5	3,6
Øjensygdomme (02)	0,2	0,8	2,6
Fødsel, barsel og sygdomme under svangerskab (14)	0,5	1,1	8,2
Sygdomme i perinatalperioden (15)	0	2,3	1,6
Forbrændinger (22)	0	0	0,1
Signifikant multitraume (24)	0,1	0,2	0
Onkologiske behandlingsgrupper (27)	1,2	0,8	0
I alt (1.000 kr.)	8.250.999	23.530.058	25.186.232

Note: Gruppe 1 henfører til at patienterne i denne gruppe foruden at være i blandt de 3 pct. af befolkningen der forbrugte flest sundhedsydelse i 2006, var blandt de dyreste 3 pct. i mindst to af årene 2002-2005, tilsvarende henfører grupperne 2,3 og 4 til at patienterne var i hhv. blandt de dyreste 5 pct., 10 pct. og 20 pct. i mindst to af årene 2002-2005. En patient henføres til laveste gruppe, hvis kriterier opfyldes.

Kilde: Sundhedsstyrelsens DRG-system.

Overordnet kan det konstateres, at der for alle patientgrupper er et stort antal MDC-grupper med en betydelig aktivitet. Det er således ikke muligt præcist at karakterisere de dyreste patienter ud fra deres behandlingskategori alene.

Når der sammenlignes med den resterende del af befolkningen, kan der imidlertid ses betydelige afvigelser i MDC-fordelingen. Det bemærkes, at der blandt de dyreste patienter er en del aktivitet i kategorien uden for MDC-grupper, der indeholder tunge behandlingsforløb som lunge- og levertransplantation. Desuden kan det bemærkes, at de dyreste patienter er overrepræsenteret i forhold til sygdomme i åndedrætsorganerne og sygdomme i kredsløbsorganerne. Her må der formodes at være tale om kræftpatienter og patienter med livsstilssygdomme, herunder lungesygdomme og blodpropper mv.

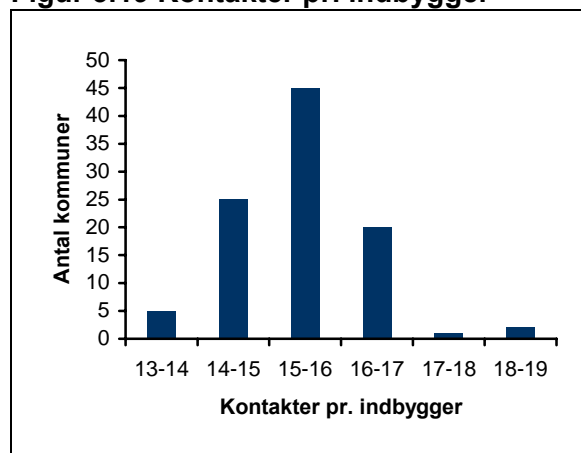
De dyreste patienter er ligeledes overrepræsenteret for gruppen nyre- og urinvejssygdomme og i mindre grad for grupperne sygdomme i blod og bloddannende organer, svulster i lymfatisk og bloddannende væv samt infektionssygdomme i parasitære sygdomme.

Det bemærkes endvidere, at en stor andel af de dyreste patienter hører til i kategorien øvrige. Denne kategori dækker over en række forskellige DRG-grupper, såsom rehabilitering, symptomer og fund med komplicerede bidiagnoser, symptomer og fund uden komplicerede bidiagnoser, efterbehandling og andre påvirkninger af sundhedstilstanden. De dyreste patienter er imidlertid underrepræsenteret i denne kategori i forhold til den øvrige befolkning.

3.5 Forbruget af sundhedsydelser på kommuneniveau

Der er betydelig variation i forbruget af sundhedsydelser på tværs af kommunerne. For ca. halvdelen af kommunerne ligger antallet af kontakter pr. indbygger i intervallet 15-16 kontakter pr. indbygger. Ganske få kommuner har en befolkning, som er i kontakt med sundhedsvæsenet mere end 17 gange om året. Ligeledes er der ganske få kommuner, hvor antallet af kontakter er mindre end 14 kontakter pr. indbygger, *jf. figur 3.19.*

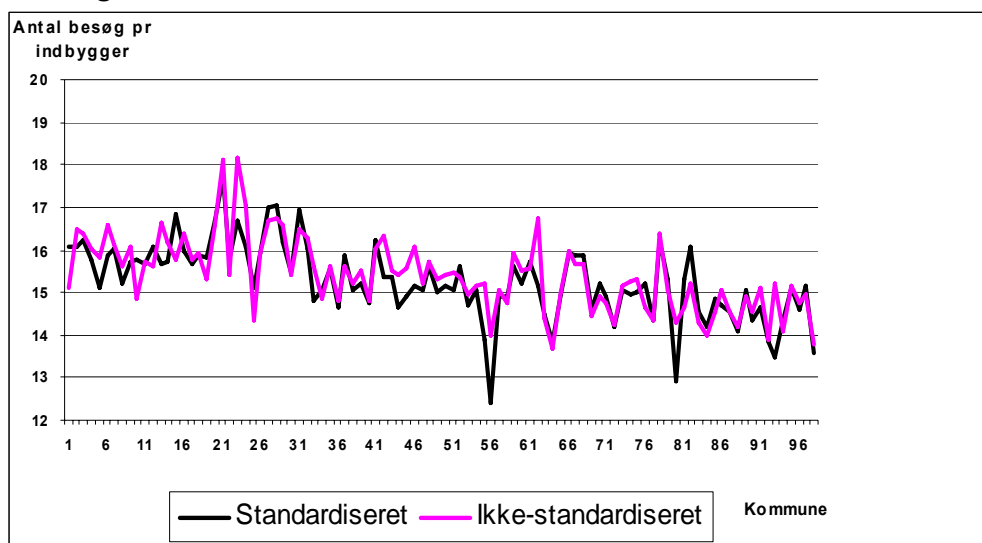
Figur 3.19 Kontakter pr. indbygger



Kilde: Sundhedsstyrelsen.

Det er nærliggende at forvente, at variationen i antal kontakter pr. indbygger på tværs af kommuner i et vist omfang kan tilskrives forskelle i befolkningens sammensætning. Der er således betydelig forskel på forskellige aldersgruppers træk på sundhedsvæsenet *jf. figur 3.20* nedenfor. Endvidere er der også en markant forskel på mænd og kvinders træk på sundhedsvæsenet. For at tage højde for den eventuelle betydning heraf er det søgt at standardisere data på tværs af kommuner for forskelle i køns- og alderssammensætningen.

Figur 3.20 Antal kontakter med sundhedsvæsenet pr. indbygger – med og uden standardisering for befolkningens køns- og alderssammensætning

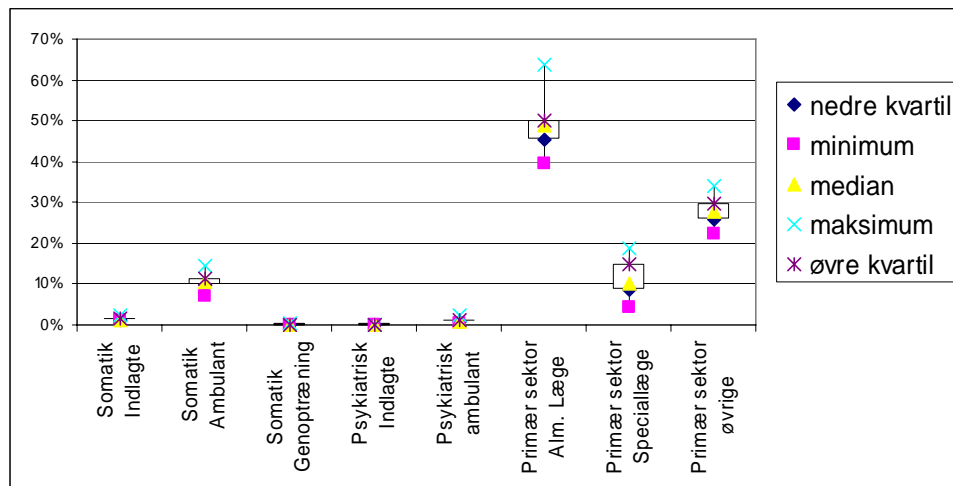


Forskelle i køns- og alderssammensætningen på tværs af kommuner ses imidlertid ikke at bidrage nævneværdigt til at forklare forskellene i antal kontakter på tværs af kommuner. Køns- og aldersstandardiseringen bidrager altså ikke til at reducere variationen i antallet af kontakter. Spredningen på de standardiserede data er endda marginalt højere end for de ikke-standardiserede data.

Det peger på, at forskellene i antal kontakter i stedet skal søges forklaret ved andre forhold, herunder fx forskelle i den geografiske tilgængelighed til sundhedsydelser, forskelle i udbyderadfærd, herunder variation i de praktiserende lægers henvisningsmønster eller variation i den kommunale indsats.

Der er også en vis variation mellem kommunerne med hensyn til den relative sammensætning af kontakterne, *jf. figur 3.21*. I Gentofte, hvor der relativt set er færrest kontakter med praktiserende almenlæger udgør disse kontakter ca. 40 pct. af kontakterne med sundhedsvæsenet. I Læsø, hvor der er relativt flest kontakter med praktiserende almenlæger udgør andelen godt 65 pct. I halvdelen af kommunerne ligger andelen indenfor intervallet 45-50 pct. Dette billede ændres ikke nævneværdigt af en standardisering for befolkningens køns- og alderssammensætning.

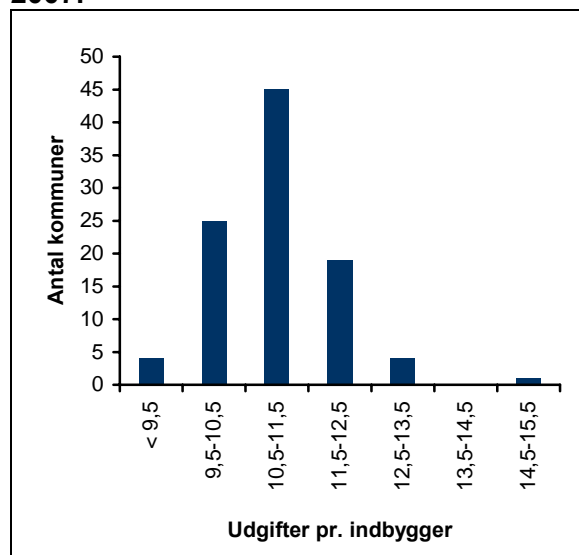
Figur 3.21 Forskelle i sammensætningen af kontakter på tværs af kommuner



Vægtede kontakterne til det regionale sundhedsvæsen med deres relative udgiftstræk fås en tilsvarende variation. For langt hovedparten af kommunerne ligger de regionale udgifterne pr. indbygger i intervallet 9.500-12.500 kr. pr. indbygger og heraf alene 45 kommuner i intervallet 10.500-11.500 kr. pr. indbygger.

For ganske få kommuner udgør de samlede regionale sundhedsudgifter mere end 12.500 kr. pr. indbygger. Der er således kun en enkelt kommune med udgifter på over 14.500 kr. pr. indbygger, *jf. figur 3.22*.

Figur 3.22 Regionale sundhedsgifter pr. indbygger (1.000 kr.), kommune fordelt, 2007.



Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen.

De konstaterede variationer i forbruget af sundhedsydelser og i sundhedsudgifterne på tværs af kommunerne giver anledning til at undersøge årsagerne til den kommunale variation. Dette gøres i det følgende kapitel.

4 Kommunernes udgifter til aktivitetsafhængig medfinansiering af sundhedsområdet

4.1 Indledning og sammenfatning

I dette kapitel belyses kommunernes udgifter til aktivitetsafhængig medfinansiering af sundhedsområdet. Det undersøges desuden, om der er systematiske forskelle mellem sygehusenes optageområder. Der foretages endvidere en analyse af forklarende faktorer på variationer i kommunernes udgifter til medfinansiering, herunder en dekomponering af udgifterne og årsagerne til kommunal udgiftsvariation.

De samlede udgifter til kommunal aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering i 2007 kan pr. marts 2008 opgøres til godt 9,2 mia. kr. eller 1.684 kr. pr. indbygger.

Kommunerne i Østdanmark har generelt højere udgifter end kommunerne i Vestdanmark. De laveste udgifter findes i kommunerne i de vestlige og nordlige dele af Jylland, dog undtaget Esbjerg, der er blandt de kommuner i landet, der har de højeste udgifter. Niveaue for den kommunale medfinansiering i Vestdanmark ligger således mellem 7,6 procentenheder og 15,7 procentenheder under niveaue i Region Hovedstaden efter korrektion for køns- og alderssammensætning, samt socioøkonomiske forhold.

En analyse af betydningen af socioøkonomiske forhold for niveaue af kommunal medfinansiering viser, at der på for alle landets kommuner under ét er en begrænset sammenhæng mellem socioøkonomiske forhold og den kommunale medfinansiering. Denne analyse tager imidlertid ikke højde for, at der kan være strukturelle forskelle fra region til region, som kan "skygge" over det sociale indeks reelle forklaringskraft på landsplan.

Derfor foretages en mere detaljeret statistisk analyse, hvor der søges korri-geret for en evt. regionseffekt. Resultatet af denne analyse indikerer, at omtrent halvdelen af variationen i den kommunale medfinansiering kan forklares af regionsniveaue og socioøkonomiske forhold.

Analysen viser dog også, at halvdelen af variationen i den kommunale medfinansiering ikke kan forklares af forskelle mellem regionerne eller af værdien på det sociale indeks alene. Der er således en uforklaret variation, der i et vist omfang må formodes at skyldes variation på mellem kommunerne, herunder forskelle i den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, samt forskelle på de praktiserende lægers henvisningspraksis m.v. Noget af den resterende variation indenfor regionerne må dog også formodes at skyldes en forskel mellem sygehusspecifikke forhold.

Der er en betydelig variation i udgifterne på tværs af og inden for regionerne, selv om der tages højde for forskelle i befolkningens køns- og alderssammensætning. Derfor ses der nærmere på en række forskellige faktorer, der forudsættes at kunne bidrage til at forklare variationen i kommunernes køns- og aldersstandardiserede udgifter. Det drejer sig om:

- Kommunal medfinansiering pr. indbygger af syv udvalgte diagnoser, hvor kommunerne vurderes at have særligt gode muligheder for at forebygge borgeres træk på sundhedsvæsenet.
- Kommunal medfinansiering pr. indbygger af diabetesbehandling, som er én af de store folkesygdomme.
- Antal genindlæggelser, idet hyppige genindlæggelser bidrager til at øge udgifterne til medfinansiering, og at omfanget af genindlæggelser kan påvirkes via kommunernes indsats og samarbejdet mellem regioner, sygehuse og kommuner.
- Antal udskrivninger af ældre medicinske patienter, idet forholdsvis mange udskrivninger af denne gruppe kan afspejle et potentiale for at nedbringe antallet af indlæggelser.

For alle fire faktorer er der en betydelig variation på tværs af og inden for regionerne. Som det er tilfældet med de samlede udgifter til kommunal medfinansiering er der forskel mellem Øst- og Vestdanmark, idet dog især kommunerne i Region Hovedstaden skiller sig ud med generelt højere niveauer end i de øvrige regioner.

Umiddelbart viser sammenligningen, at det sociale indeks umiddelbart kun i begrænset omfang kan forklare variationen i de enkelte parametre. Diabetesbehandlingen er imidlertid en undtagelse, idet det sociale indeks kan forklare 44 pct. af variationen i de kommunale udgifter til medfinansiering af diabetesbehandling. Disse sammenligninger tager dog som nævnt ikke højde for, at der kan være strukturelle forskelle fra region til region, hvilket kan "skygge" over det sociale indeks' reelle forklaringskraft.

For at få et fingerpeg om forskellene i kommunernes medfinansieringsudgifter kan tilskrives systematiske forskelle på tværs af eller inden for sygehusenes optageområder, er der set nærmere på variationen i medfinansieringsudgifterne for kommuner, der primært anvender samme sygehus. Denne sammenligning viser, at der for mange af sygehusene er en relativt stor forskel på størrelsen af den kommunale medfinansiering mellem kommunerne. For en række af sygehusene spænder udgifterne således med i størrelsesordenen fem procentenheder, mens der for andre af sygehusene er forskelle på op til 20-25 procentenheder. Det indikerer, at sygehusspecifikke forhold i nogle tilfælde har betydning for udgifterne, mens udgifterne i andre tilfælde varierer i et sådant omfang, at det må tilskrives andre forhold.

Man kan danne sig et billede af betydningen af variationen mellem kommunerne ved at se på, hvor meget de samlede udgifter til kommunal medfinansiering ville være, hvis alle kommuner havde den samme udgift pr. indbygger, som kommunen med de 40. laveste medfinansieringsudgifter og sammenholde dette med den faktiske landsudgift. Det kan således beregnes, at hvis alle kommuner havde samme gennemsnitlige udgift pr. indbygger som den 40. billigste (standardiseret for køn og alder), så ville kommunernes medfinansieringsudgifter være knap ½ mia. kr. lavere end de ca. 9 mia. kr. på landsplan, som de udgør i dag. Det bemærkes, at knap ½ mia.kr. i kommunale medfinansieringsudgifter svarer til knap 5 mia.kr. i samlede regionale sundhedsudgifter.

Ligeledes viser et beregningseksempel, at der er et betydeligt potentiale for at frigøre sengekapacitet, hvis unødige indlæggelser undgås og hvis unødigt forlængende indlæggelser undgås. Eksempelvis kan i alt ca. 9 pct. af sengedagene frigøres, hvis de uhensigtsmæssige og forlængede indlæggelser undgås. Det indikerer, at belægningsprocenterne ved visse sygehuse kan reduceres betydeligt – op til næsten 10 pct. enheder.

4.2 De kommunale sundhedsudgifter

De samlede udgifter til kommunal aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering i 2007 kan pr. februar 2008 opgøres til knap 9,2 mia. kr. eller 1.684 kr. pr. indbygger, *jf. tabel 4.1.*

Tabel 4.1. Kommunernes udgifter til aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering af sundhedsområdet i 2007, årets priser

	Mio. kr.	Pct.	Kr. pr. indbygger
Somatik, i alt	7.293,6	79,5	1.339,0
<i>Heraf</i>			
- Indlagte	4.202,5	45,8	771,5
- Ambulant	2.892,0	31,5	530,9
- Genoptræning	199,1	2,2	36,6
Psykiatri	615,3	6,7	113,0
<i>Heraf</i>			
- Indlagte	216,5	2,4	39,8
- Ambulant	398,7	4,3	73,2
Primær sektor	1.261,7	13,8	231,6
<i>Heraf</i>			
- Alm. Læge	336,9	3,7	61,8
- Speciallæge	686,0	7,5	125,9
- Øvrige	238,9	2,6	43,9
Kommunal medfinansiering, i alt	9.170,6	100,0	1.683,6

Kilde: e-Sundhed

Ca. 7 ¼ mia. kr. eller knap 80 pct. af kommunernes udgifter til den aktivitetsafhængige kommunale medfinansiering vedrører somatisk behandling på sygehus. Heraf udgør udgifterne til indlagte patienter størstedelen med knap 4,2 mia. kr., mens andre knap 2,9 mia. kr. vedrører ambulante behandling. Derudover er der en kommunal medfinansiering af sygehusenes genoptræningsydelse på knap 0,2 mia. kr.

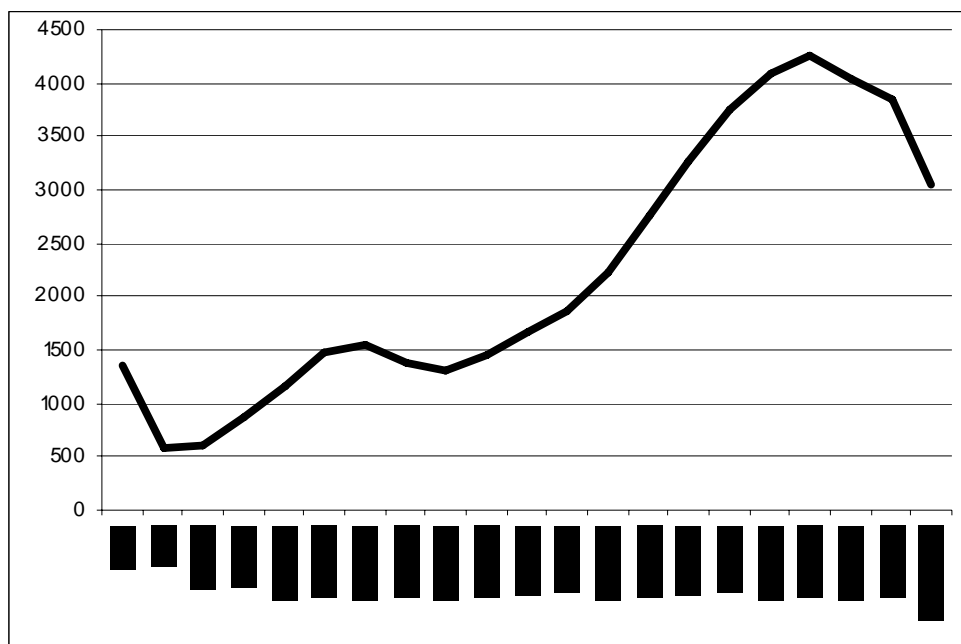
Kommunernes udgifter til deres borgeres forbrug af sundhedsydelser i den primære sektor er med knap 1,3 mia. kr., svarende til 13,8 pct. af kommunernes udgifter til sundhedsområdet den næststørste post. Størstedelen af medfinansieringen af den primære sektor vedrører praktiserende almen- og speciallæger (godt 1,0 mia. kr.).

Endelig medfinansierer kommunerne ca. 0,6 mia. kr. af udgifterne til psykiatrien fordelt med 0,4 mia. kr. vedrørende ambulant behandling og godt 0,2 mia. kr. vedrørende indlagte patienter.

4.2.1 Kommunal medfinansiering fordelt på aldersgrupper

Kommunernes udgifter til aktivitetsafhængig medfinansiering er med enkelte undtagelser stigende med alderen. For de 0-4 årige er der højere udgifter på grund af bl.a. børnevaccinationer, hyppigere lægekontakter. De forholdsvis høje udgifter til 25-34 årige skyldes den høje fødselshyppighed blandt kvinder i denne aldersgruppe, *jf. figur 4.1.*

Figur 4.1 Udgift pr. indbygger til kommunal medfinansiering fordelt på alder



De 85-89 årige er med en gennemsnitlig udgift på 4.257 kr. pr. indbygger, den aldersgruppe, hvor kommunerne har den største udgift til aktivitetsafhængig medfinansiering. Fra og med 90 år er udgiften pr. indbygger faldende, hvilket kan afspejle flere forskellige forhold, f.eks. at personer, der opnår en så høj alder som udgangspunkt har et usædvanligt stærkt helbred og/eller at personer med en så høj alder ofte vil være så svækkede, at der vil være visse typer af behandling som det ikke vil være forsvarligt at gennemføre.

Det bemærkes, at kommunernes gennemsnitlige medfinansieringsudgift pr. indbygger er stærkt stigende fra omkring 55-års alderen indtil den igen aftager for de 90-årige. Denne aldersfordeling på udgifterne til den kommunale medfinansiering afspejler, at der i aldersgruppen 55-89 år findes dels et stort antal kroniske patienter med forskellige livsstilssygdomme og et stort antal ældre medicinske patienter med forskellige helbredsproblemer. På den baggrund vurderes det, at en kommunal styring af medfinansieringsudgifterne bør rette særligt fokus mod en indsats i forhold til denne aldersgruppe.

4.2.2 Kommunal medfinansiering fordelt på sygdomskategorier

Kommunerne har især store udgifter til aktivitetsafhængig medfinansiering af behandlingen af patienter med sygdomme i muskler, skelet og bindevæv (177 kr. pr. indbygger), sygdomme i kredsløbsorganerne (139 kr. pr. indbygger), sygdomme i fordøjelsesorganerne (106 kr. pr. indbygger) og sygdomme i åndedrætsorganerne (88 kr. pr. indbygger). De relativt store gennemsnitlige udgifter til aktivitetsafhængig medfinansiering af behandlinger indenfor disse MDC-grupper afspejler, at en stor del af de samlede behandlingsudgifter i det somatiske sygehusvæsen knytter sig til netop disse MDC-grupper, *jf. tabel 4.2.*

Tabel 4.2 Udgifter til aktivitetsafhængig medfinansiering (somatik) fordelt på MDC-grupper

MDC-gruppe	Kr. pr. indbygger
01 Sygdomme i nervesystemet	64
02 Øjensygdomme	40
03 Øre-, næse-, hals- og kæbesygdomme	50
04 Sygdomme i åndedrætsorganerne	88
05 Sygdomme i kredsløbsorganerne	139
06 Sygdomme i fordøjelsesorganerne	106
07 Sygdomme i lever, galdeveje og bugspytkirtel	31
08 Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv	177
09 Sygdomme i hud, underhud og mamma	71
10 Endokrine sygdomme, ernærings- og stofskiftesygdomme	46
11 Nyre- og urinvejssygdomme	83
12 Sygdomme i mandlige kønsorganer	9
13 Sygdomme i kvindelige kønsorganer	54
14 Fødsel, barsel og sygdomme under svangerskab	75
15 Sygdomme i perinatalperioden	17
16 Sygdomme i blod og bloddannende organer	17
17 Svulster i lymfatisk og bloddannende væv	29
18 Infektionssygdomme i parasitære sygdomme	16
19 Psykiatriske sygdomme	6
20 Misbrug	6
21 Ulykkestilfælde og forgiftninger	16
22 Forbrændinger	1
23 Øvrige	119
24 Signifikant multitraume	1
25 HIV infektion	2
26 Uden for MDC-grupper	22
I alt	1.295

Anm.: Udgifterne til medfinansiering omfatter indlæggelser og ambulant behandling af somatiske patienter svarende til somatik, i alt i tabel 4.1. ekskl. genoptræning, dvs. dvs. et udgiftsvolumen på knap 7,1 mia. kr.

Det bemærkes endvidere, at kommunerne har væsentlige udgifter i kategorien øvrige (119 kr. pr. indbygger). Denne kategori dækker over en række forskellige DRG-grupper, såsom rehabilitering, symptomer og fund med komplicerede bidiagnoser, symptomer og fund uden komplicerede bidiagnoser, efterbehandling og andre påvirkninger af sundhedstilstanden.

Boks 4.1 nedenfor indeholder en beskrivelse af DRG-systemet, som bl.a. benyttes som grundlag for afregningen af den kommunale medfinansiering.

Boks 4.1 DRG-systemet

Den aktivitetsafhængige finansiering af regionerne tager udgangspunkt i DRG-systemet. DRG-systemet er et redskab til at måle aktiviteten og omkostningerne i sygehusvæsenet.

Et centralt element i DRG-systemet er fordelingen af alle sygehusudskrivinger ud i de knap 600 eksisterende diagnosereleterede grupper (DRG). DRG-systemet skal opfylde tre centrale krav. Diagnosegrupperne skal for det første være klinisk meningsfulde. Det betyder, at patienterne i den samme diagnosegruppe i videst mulig omfang skal have ensartede sygdoms- og behandlingsmønstre, således at det ud fra et medicinsk synspunkt er meningsfuldt at betragte dem under ét. Grupperne og grupperingslogikken fastsættes derfor i tæt samarbejde med de lægevidenskabelige selskaber for at sikre, at grupperne er klinisk meningsfulde. For det andet skal grupperne være ressourcehomogene. Det vil sige, at patienter i samme gruppe forventes at påføre sygehusene nogenlunde samme økonomiske belastning i form af udgifter til pleje, medicin, operative indgreb, laboratorieprøver og røntgenydelser m.v. DRG-taksterne udtrykker således gennemsnitsomkostningerne ved behandling af patienter i de forskellige DRG-grupper. For det tredje skal antallet af grupper være overskueligt. I praksis betyder det, at antallet af grupper ikke må være for stort. Der findes i dag ca. 700 DRG-grupper, heraf ca. 600 DRG-grupper for indlæggelse og ca. 100 DRG-grupper for ambulantbehandling.

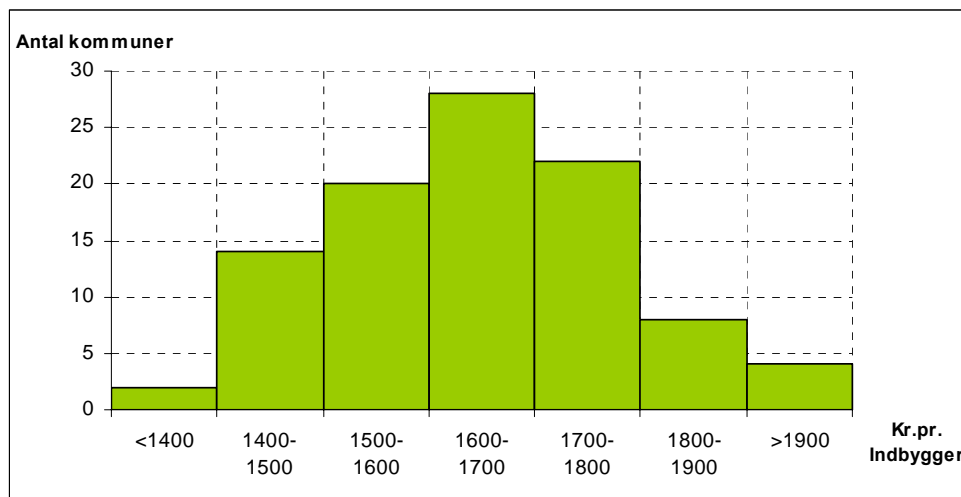
DRG-systemet anvendes til flere formål. Det anvendes i finansieringsstrømme til beregning af den kommunale medfinansiering, opgørelser af produktionsværdi i forhold til den statslige aktivitetspulje, mellemregional afregning ved frit sygehusvalg mv. Det anvendes også til produktivitetssanalyser, ligesom regionerne anvender det som ledelses- og økonomistyringsværktøj i deres daglige styring af sygehusene.

4.3 Kommunale forskelle i udgifterne til aktivitetsafhængig medfinansiering

Den landsgennemsnitlige kommunale udgift til aktivitetsafhængig medfinansiering udgjorde ca. 1.684 kr. pr. indbygger i 2007. Dette gennemsnit dækker imidlertid over betydelig variation i de enkelte kommuners udgifter pr. indbygger.

16 kommuner har således udgifter på under 1.500 kr. pr. indbygger, hvilket er mindst 10 pct. under den landsgennemsnitlige udgift, mens 12 kommuner har udgifter på 1.800 kr. eller derover pr. indbygger svarende til mindst ca. 8 pct. mere end landsgennemsnittet, *jf. figur 4.2.*

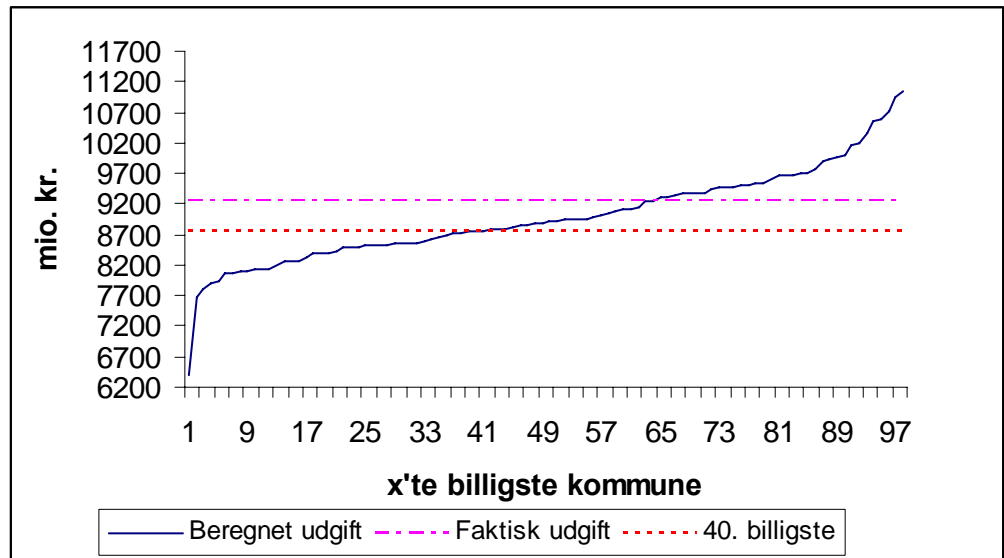
Figur 4.2 Kommuner fordelt efter udgifter til aktivitetsafhængig medfinansiering pr. indbygger



Kilde:

Man kan danne sig et billede af betydningen af variationen mellem kommunerne ved at se på, hvor meget de samlede udgifter til kommunal medfinansiering ville være, hvis alle kommuner havde den samme udgift pr. indbygger, som kommunen med de 40. laveste medfinansieringsudgifter og sammenholde dette med den faktiske landsudgift. Det kan således beregnes, at hvis alle kommuner havde samme gennemsnitlige udgift pr. indbygger som den 40. billigste (standardiseret for køn og alder), så ville kommunernes medfinansieringsudgifter være knap $\frac{1}{2}$ mia. kr. lavere end de 9,2 mia. kr. på landsplan, som de udgør i dag, jf. figur 4.3. Det bemærkes, at knap $\frac{1}{2}$ mia.kr. i kommunale medfinansieringsudgifter svarer til knap 5 mia.kr. i samlede regionale sundhedsudgifter.

Figur 4.3 Samlet kommunal udgift, hvis alle kommuner havde samme udgift pr. indbygger, som kommune med de x'te laveste udgifter pr. indbygger.



Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen, samt egne beregninger.

Man kan derudover som beregningseksempel vise hvor mange færre senge-dage, der ville være behov for, såfremt alle kommuner havde det samme samlede træk på sygehusene pr. indbygger som kommunen med det mindste forbrug, næstmindste forbrug og så sammenholde dette med det faktiske forbrug af sygehusedelser, opgjort i indlæggelser og ambulante besøg pr. indbygger.

Hvis alle kommuner, der havde et merforbrug af sundhedsydelse i forhold til gennemsnitskommunen fik reduceret deres forbrug til et gennemsnitligt niveau, ville der kunne forventes 375.000 færre senge-dage, frigørelse af ca. 2.400 plejepersonaler, 1.200 sygeplejersker og ca. 200 læger, svarende til en frigørelse på hhv. 8 pct. af senge-dagene og plejepersonalet, 4 pct. af sygeplejerskerne og 2 pct. af lægerne.

Metodebeskrivelse

Det er antaget, at en reduktion i de samlede sygehusudgifter på 10 pct. reducerer antallet af senge-dage med 10 pct. I forhold til personaleændringerne er antaget:

En reduktion af sygehusudgifterne på 10 pct. reducerer

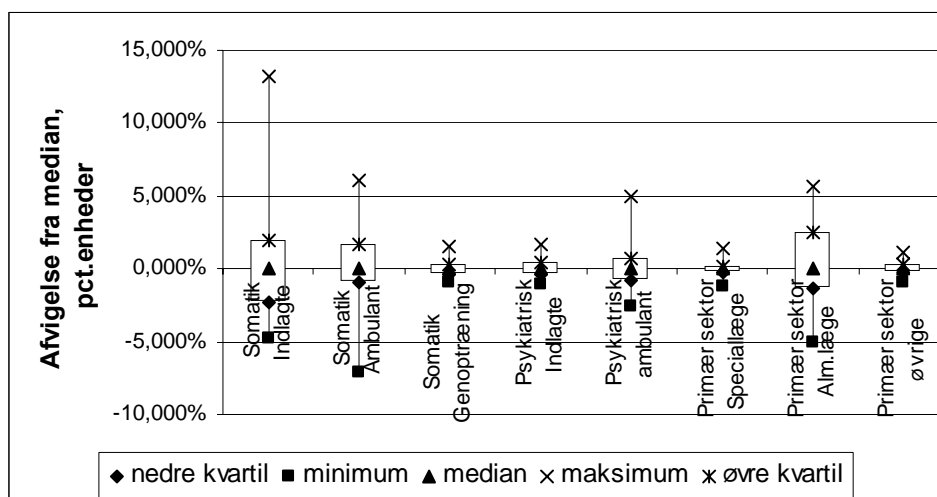
- ⇒ Antallet af plejepersonaler med 10 pct.
- ⇒ Antallet af sygeplejersker med 5 pct.
- ⇒ Antallet af læger med 2,5 pct.

Sammensætningen af udgifterne til den aktivitetsafhængige medfinansiering varierer samtidig på tværs af kommuner. Ved at sammenligne de absolutte variationer i de forskellige delposters andel af udgifterne i forhold til

mediankommunen kan man få et første indtryk af den udgiftsmæssige betydning af variationen⁹.

I den kommune, der bruger den mindste andel af sine udgifter til aktivitetsafhængig medfinansiering på indlagte, somatiske patienter, er andelen knap 5 procentenheder lavere end i mediankommunen (46,9 pct.). I den kommune, der bruger den største andel af udgifterne på indlagte, somatiske patienter, ligger andelen godt 13 pct. enheder højere end i mediankommunen. I den midterste halvdel af kommunerne ligger udgiftsandelen dog indenfor et interval på +/- 2 pct. enheder, *jf. figur 4.4*.

Figur 4.4 Variation i andelen af kommunernes udgifter til medfinansiering, der medgår til forskellige delposter i medfinansieringen.



Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen

I den kommune, der bruger den mindste andel af sine udgifter til aktivitetsafhængig medfinansiering på ambulante, somatiske patienter, er andelen ca. 7 procentenheder lavere end i mediankommunen (31,1 pct.), mens den kommune, der bruger den største andel af udgifterne på ambulante, somatiske patienter, ligger godt 6 pct. enheder højere end i mediankommunen.

I forhold til praktiserende almenlæger spænder udgiftsandelen i de to kommuner med hhv. den laveste og højeste udgiftsandel fra at være ca. 5 procentenheder lavere end i mediankommunen (6,7 pct.) til at være ca. 6 procentenheder højere end i mediankommunen. Det er således kun 1,6 pct. af Samsø's udgifter til aktivitetsafhængig medfinansiering, der vedrører borgernes forbrug af ydelser hos praktiserende læger, mens andelen er 12,4 pct. i Slagelse.

Variationen i de forskellige delposters andel af kommunernes udgifter til kommunal medfinansiering peger på, at der er en betydelig variation i forbrugssammensætningen af sundhedsydelser på tværs af landets kommuner. Denne variation kan dels afspejle geografiske forhold, herunder til-

⁹ Figuren giver et billede af, hvor stor en del af variationen, der knytter sig til udgifternes sammensætning og de enkelte udgiftsposters relative betydning, men viser ikke noget om det samlede udgiftsniveau i den enkelte kommune.

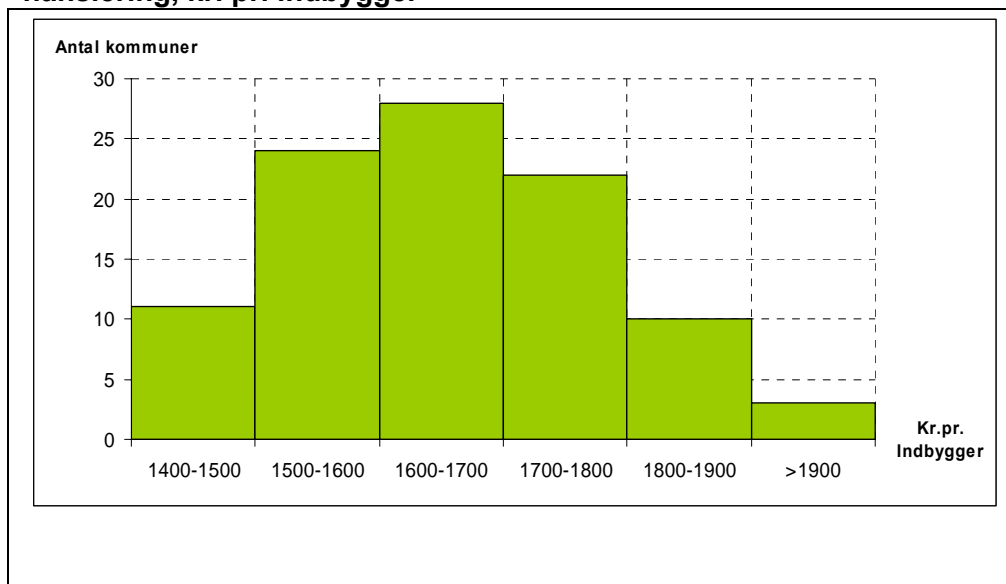
gængelighed i forhold til forskellige sundhedstilbud og dels forskelle i de praktiserende lægers henvisningspraksis, befolkningens sundhedstilstand, samt den regionale og kommunale indsats.

4.3.1 Kommunale forskelle i udgifterne til aktivitetsafhængig medfinansiering (køns- og aldersstandardiserede)

Den gennemsnitlige kommunale udgift til aktivitetsafhængig medfinansiering for hele landet udgjorde ca. 1.684 kr. pr. indbygger i 2007. Også efter køns- og aldersstandardisering dækker dette gennemsnit over væsentlig variation mellem de enkelte kommuners udgifter pr. indbygger.

Efter køns- og aldersstandardisering har således kun 11 kommuner udgifter på under 1.500 kr. pr. indbygger, hvilket svarer til mindst 10 pct. under den landsgennemsnitlige udgift pr. indbygger, mens 13 kommuner har udgifter på 1.800 kr. eller derover pr. indbygger, svarende til mindst ca. 8 pct. mere end landsgennemsnittet, *jf. figur 4.5.*

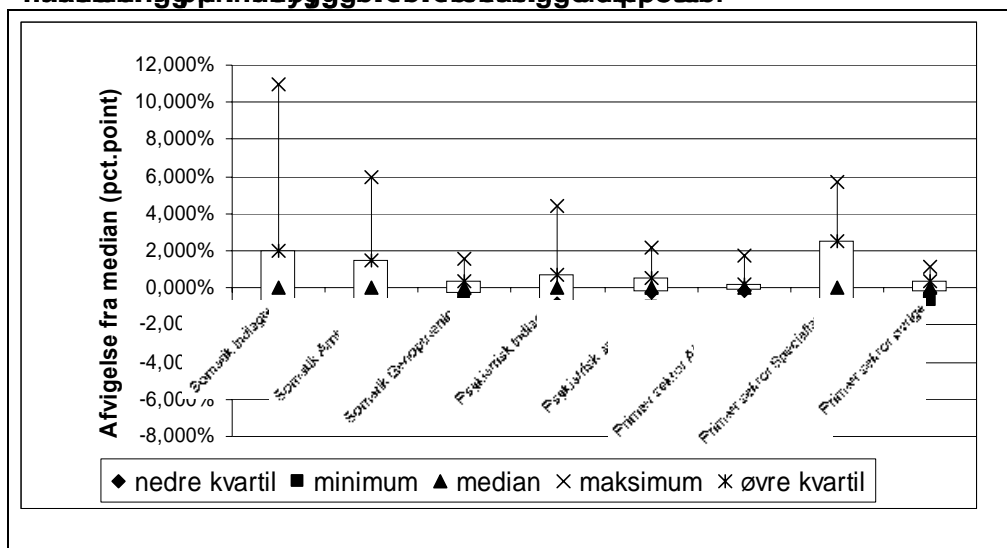
Figur 4.5 Kommuner fordelt efter udgifter til aktivitetsafhængig medfinansiering, kr. pr. indbygger



Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen

Variationerne for de forskellige delposter er stort set uændret efter køns- og aldersstandardisering. Det er således fortsat på delposterne somatisk indlagte, ambulant indlagte og speciallæger, at der findes de største variationer i udgifterne til kommunal medfinansiering pr. indbygger i forhold til mediankommunen, *jf. figur 4.6.* Dermed adskiller udgiftsfordelingen i figur 4.5 sig ikke markant fra figur 4.3 ovenfor.

Figur 4.6 Kommuner fordelt efter udgifter til aktivitetsafhængig medfinansiering pr. indbygger for forskellige regioner



Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen

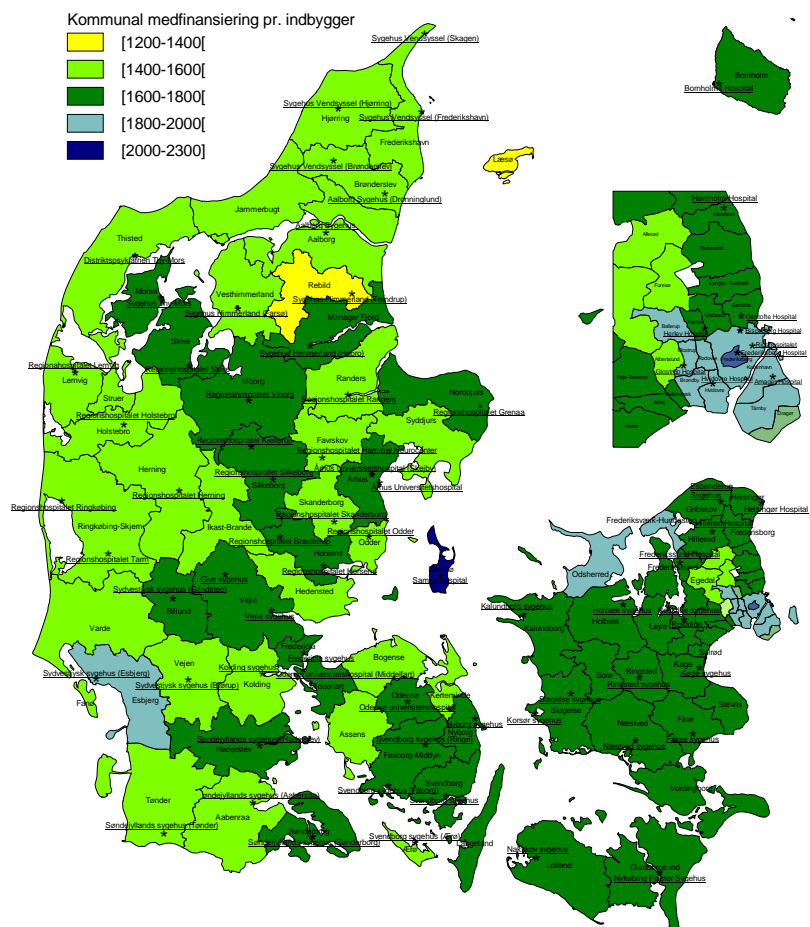
4.4 Geografiske forskelle i udgifterne til kommunalmedfinansiering

Udgifterne til den aktivitetsafhængige medfinansiering er større i Østdanmark end i Vestdanmark. På Sjælland, Lolland, Falster, Bornholm og det østlige Fyn har næsten alle kommuner en udgift til medfinansiering, som er højere end eller på niveau med den landsgennemsnitlige udgift på 1.684 kr. pr. indbygger.

De laveste udgifter findes i kommunerne i det vestlige og nordlige dele af Jylland, når bortses fra Esbjerg kommune, der er blandt de kommuner i Danmark, der har de højeste udgifter.

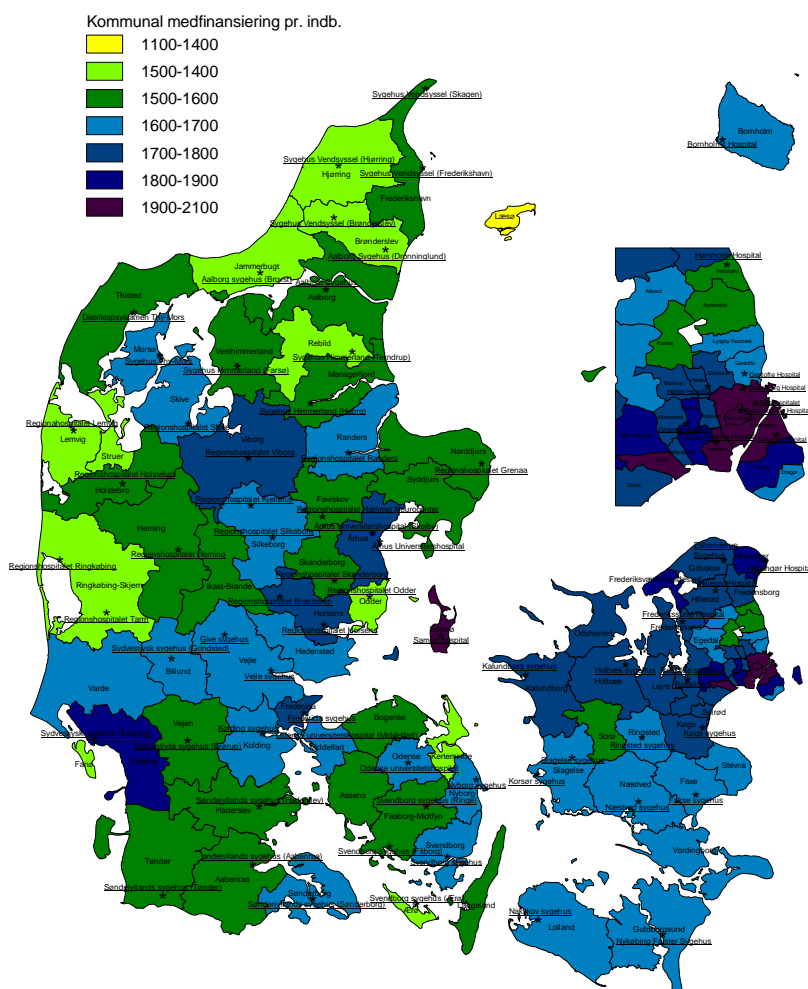
Læsø og Rebild kommuner har de laveste udgiftsniveauer med hhv. 1.317 og 1.395 kr. pr. indbygger., mens Samsø og Frederiksberg kommuner ligger højest med udgifter på hhv. 2.231 og 2.095 kr. pr. indbygger, jf. figur 4.7.

Figur 4.7 Kommunal medfinansiering fordelt på kommuner, kr. pr. indbygger, 2007



Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen

Figur 4.8 Kommunal medfinansiering fordelt på kommuner, kr. pr. indbygger, 2007 (standardiseret)



Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen

Standardiseringen bekræfter i store træk billedet fra før. Figur 4.8 viser således, at udgifterne til den aktivitetsafhængige medfinansiering er større i Østdanmark end i Vestdanmark, dog er forskellen mindre udtalt. Udover Sjælland, Lolland, Falster, Bornholm og det østlige Fyn, er der således også en række kommuner i Midt- og Sydvestjylland, som har en forholdsvis stor udgift til kommunal medfinansiering på over 1.600 kr. pr. indbygger.

Det fremgår desuden, at Samsø, samt København, Frederiksberg, Hvidovre og Ishøj har den største udgift til kommunal medfinansiering på over 1.900 kr. pr. indbygger, når der er standardiseret for køn og alder.

Hvad angår de høje udgifter til kommunal medfinansiering pr. indbygger i København, Frederiksberg, Hvidovre og Ishøj kommuner, kan forklaringen på det høje udgiftsniveau tænkes at ligge i befolkningens sociale sammen-

sætning og deres sygelighedsniveau. Disse forhold vil blive undersøgt nærmere nedenfor.

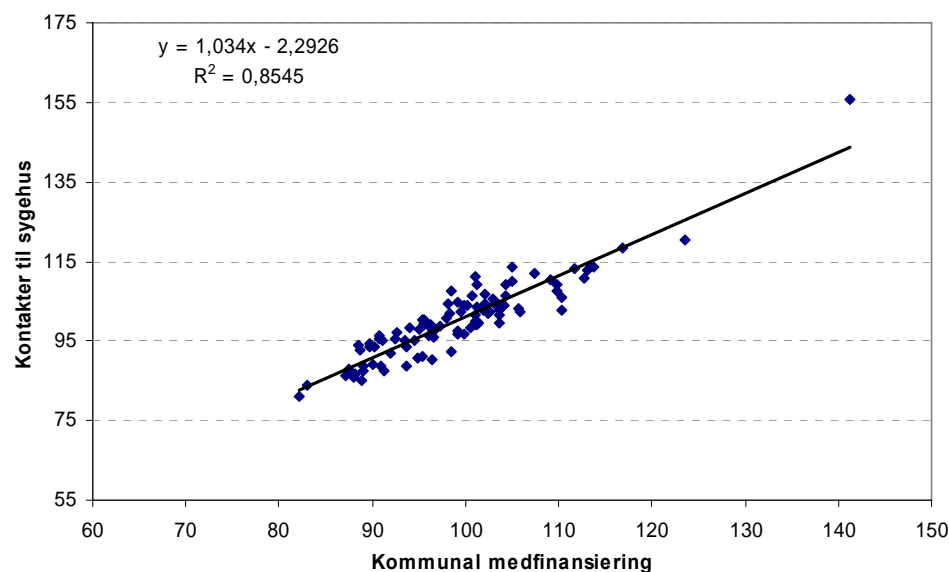
4.5 Sammenhæng mellem forbrug af sundhedsydelser og kommunal medfinansiering

Det er ovenfor blevet vist, at der er en stor forskel i befolkningen i forbrug af sundhedsydelser – målt i såvel antallet af kontakter som i udgiftstræk. Med den kommunale medfinansiering bærer kommuner en andel af de samlede regionale sundhedsudgifter, jf. kap 2.

Spørgsmålet er, hvilken betydning befolkningens forbrug har for kommunernes udgifter til den kommunale medfinansiering. Bærer kommunerne en større andel af udgifterne til den kommunale medfinansiering, hvis deres indbyggere oftere har kontakt til sygehuset? Eller bærer kommunerne en større andel af udgifterne, hvis deres indbyggere trækker en stor andel af de samlede regionale sundhedsudgifter, dvs. oftere har behov for omkostningstunge behandlinger på et højere specialiseringsniveau?

I figur 4.9 nedenfor er sammenhængen mellem antallet af kontakter til sygehusvæsenet under ét – dvs. antallet af ambulante besøg såvel som udskrivninger fra sygehusene - og niveauet for den kommunale medfinansiering sammenholdt.

Figur 4.9 Sammenhæng mellem antal kontakter til sygehus og kommunal medfinansiering, 2007.



Anm.: Indekset for antal kontakter til sygehus er konstrueret som et simpelt gennemsnit mellem indekset for antal indlæggelser og indekset for antal ambulante besøg. En kommune der har 10 pct. flere indlæggelser end landsgennemsnittet (efter køns- og aldersstandardisering) og 20 pct. flere ambulante besøg end landsgennemsnittet vil således have en indeks værdi på 115.

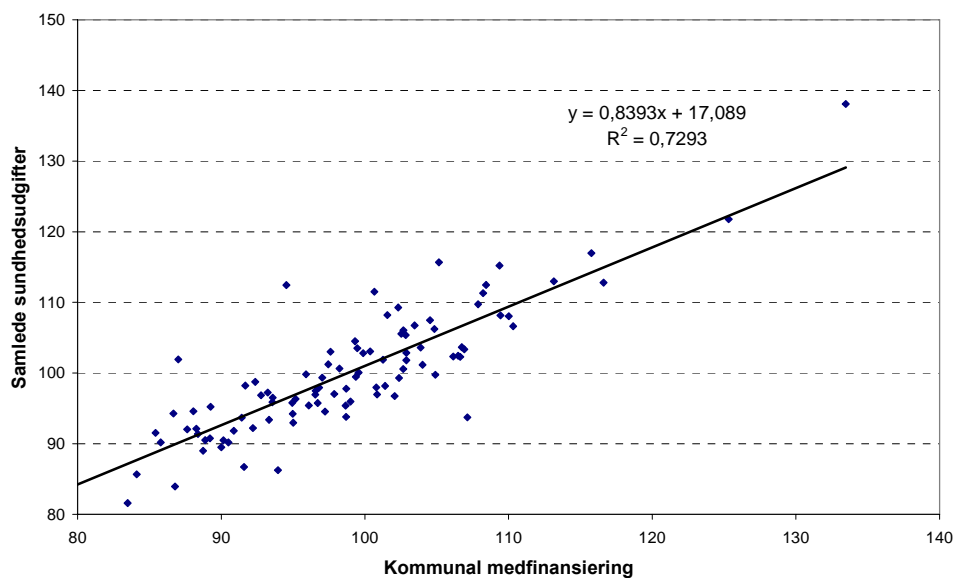
Kilde: Sundhedsstyrelsens DRG-system.

Som det fremgår, synes der umiddelbart at være en klar sammenhæng mellem, hvor ofte en kommunes borgere benytter det regionale sygehusvæsen og niveauet for den kommunale medfinansiering. Der er således i

høj en grad tale om en mængdeeffekt, således at antallet af kontakter i sygehusregi i høj grad beskriver variationen mellem kommunerne af den samlede kommunale medfinansiering.

Ser man endvidere på kommunernes samlede forbrug af regionale sundhedsydelse (vægtet kontakter)¹⁰, fremgår det igen klart, at kommuner med et højt forbrug af sundhedsydelser også har en høj kommunal medfinansiering, jf. figur 4.10.

Figur 4.10 Sammenhæng mellem samlet udgiftstræk og kommunal medfinansiering, 2007



Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen.

Der er således en direkte sammenhæng mellem borgernes forbrug af regionale sundhedsydelser og kommunernes udgifter til den kommunale medfinansiering. Det betyder, at den del af befolkningen der oftere bruger sundhedsvæsenet på et højt specialiseringsniveau, trækker såvel højere regionale sundhedsudgifter som kommunale medfinansieringsudgifter. Dette forhold indikerer således, at jo større andel af befolkningen, som behandles efter LEON-princippet, dvs. på det rette specialiseringsniveau, jo lavere vil den kommunale medfinansiering være.

Det skal dog understreges, at det forhold, at der kan konstateres en sammenhæng mellem kommunernes udgifter til medfinansiering og det samlede udgiftstræk ikke siger noget om, hvorvidt niveauet for den kommunale medfinansiering er det rette.

¹⁰ For alle ydelser under sygesikringen er det muligt at opgøre det eksakte direkte forbrug, for sygehusområdet kan det faktiske forbrug opgøres approksimativt ved hjælp af DRG systemet (somatikken) og besøgs og sengedagstakster (psykiatrien)

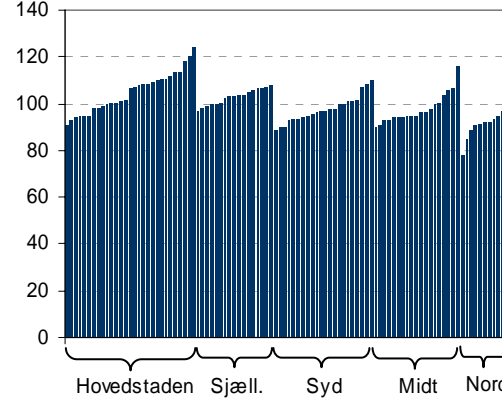
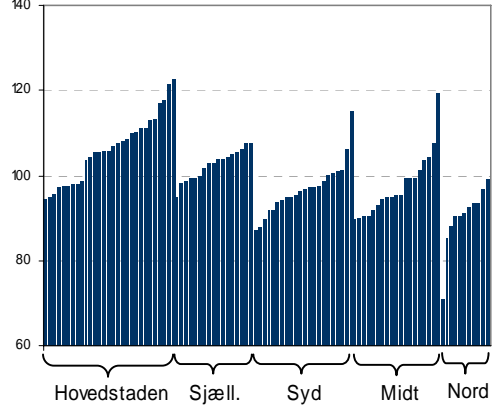
4.6 Variation i kommunal medfinansiering på regions- og kommuneniveau

I det følgende belyses variationen i den kommunale medfinansiering og øvrige relaterede faktorer på regions- og kommuneniveau.

Alle data for medfinansieringen og øvrige relaterede faktorer er standardiserede for forskelle i kommunernes køns- og aldersmæssige sammensætning. Værdierne for medfinansieringen og de øvrige relaterede faktorer er, medmindre andet eksplicit fremgår opgjort pr. indbygger.

4.6.1 Variation i kommunal medfinansiering på regions- og kommuneniveau

Der er betydelig variation mellem de samlede offentlige sundhedsudgifter pr. indbygger på tværs af og inden for de enkelte regioner, *jf. figur 4.10*. Ser man alene på den kommunale medfinansiering finder man en næsten lige så stor variation, *jf. figur 4.11*. Dette er dog forventeligt i og med, at den kommunale medfinansiering med enkelte undtagelser, f.eks. loftet over betalingen pr. indlæggelse, afhænger direkte af sundhedsudgifternes størrelse, *jf. kapitel 2 og 3*.

Figur 4.10 Variation i sundhedsudgifter pr. indbygger, i alt, regioner, landsgns.=100	Figur 4.11 Variation i den kommunale medfinansiering pr. indbygger, regioner, landsgns.=100
	
Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen.	Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen.

Uanset om man ser på den kommunale medfinansiering pr. indbygger eller de samlede offentlige sundhedsudgifter pr. indbygger, tegner der sig det samme billede. Næsten alle kommunerne i de tre regioner vest for Storebælt har udgifter, som er lavere end landsgennemsnittet, mens flertallet af kommunerne øst for Storebælt har højere udgifter end gennemsnittet. Kommunerne i Region Hovedstaden har samlet set de højeste udgifter i landet, mens kommunerne i Region Nordjylland har de laveste udgifter. I Region Hovedstaden spænder udgifterne til kommunal medfinansiering således fra ca. 95 pct. af landsgennemsnittet i de kommuner, der har de laveste udgifter, og op til over 120 pct. af landsgennemsnittet i de kommuner, der har de højeste udgifter. I Region Nordjylland spænder udgifterne fra ca. 80 pct. til 100 pct. af landsgennemsnittet.

Variationen i den kommunale medfinansiering er endnu mere udtalt, når man fokuserer på syv diagnoser, hvor kommunerne må formodes at have særlig gode muligheder for at påvirke borgernes træk på sundhedsydelse, *jf. boks 4.2.*

Boks 4.2 Syv udvalgte diagnoser

Der er udvalgt syv diagnoser, hvor kommunerne må formodes at have særlig gode muligheder for at påvirke borgernes træk på sundhedsydelse. Udvælgelsen af diagnoserne er baseret på en liste som udvalgte kommuner sammen med KL har udarbejdet til en arbejdsgruppe om kommunernes databehov under Sundhedsstyrelsen. Diagnoserne er følgende (andel af samlet kommunal medfinansiering):

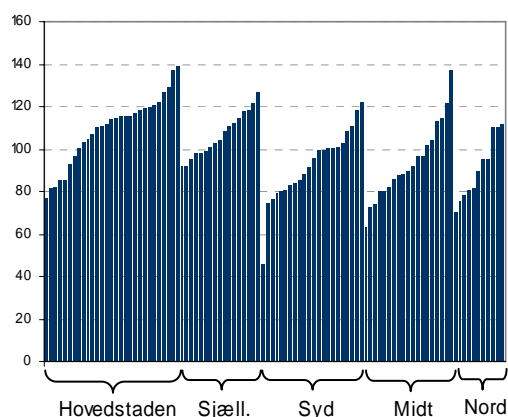
- Faldulykker (0,87 pct.)
- Causas socialis1 (0,03 pct.)
- Forgiftninger (0,37 pct.)
- Dehydrering (0,35 pct.)
- Lungesygdomme (1,44 pct.)
- Blæresygdomme (0,39 pct.)
- Liggesår (0,04 pct.)

1. Diagnosen er stadig åben for registreringer og hører under DRG-gruppen 'Andre påvirkninger af sundhedstilstanden'. Taksten herfor var i 2007 10.703 kr.

I f.eks. Region Hovedstaden spænder udgifterne fra at være ca. 80 pct. af landsgennemsnittet i de kommuner, som har de laveste udgifter til medfinansiering vedr. de syv diagnoser, til at være næsten 140 pct. af landsgennemsnittet i de to kommuner, som har de højeste udgifter, *jf. figur 4.13.*

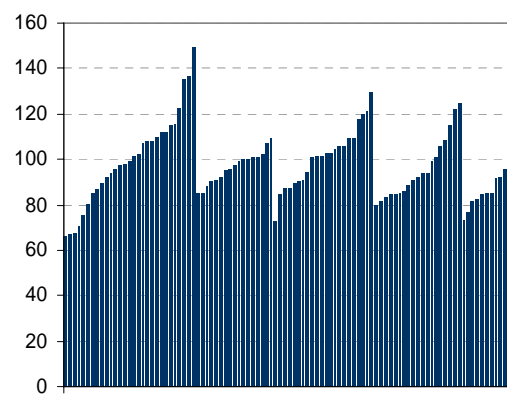
Diabetes 2 er en af de store folkesygdomme, der i høj grad kan modvirkes gennem bl.a. sund kost og motion, og hvor kommunerne kan gøre relativt konkrete indsatser for at forebygge sygdommen. Det er derfor relevant at se nærmere på variationen i kommunernes udgifter til medfinansiering af diabetesbehandling. Det fremgår af figur 4.14, at der er endog meget udtalte forskelle på kommunernes udgifter til diabetesbehandling. Inden for Region Hovedstaden er forskellene mellem kommunerne særligt store, idet udgifterne spænder fra et niveau på knap 2/3 af landsgennemsnittet og op til 1½ gange landsgennemsnittet, *jf. figur 4.14.*

Figur 4.13 Variation i den kommunale medfinansiering for syv udvalgte diagnoser, regioner, landsgns.=100.



Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen.

Figur 4.14. Variation i den kommunale medfinansiering pr. indbygger af diabetesbehandling, regioner, landsgns.=100.

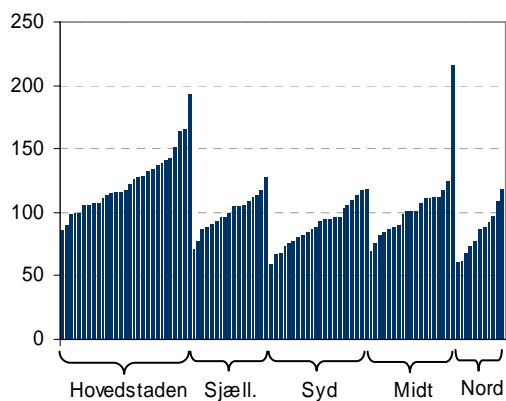


Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen.

Ser man på antallet af genindlæggelser findes ligeledes ganske markant variation mellem kommunerne. Kommunerne i Region Hovedstaden har samlet set det højeste antal genindlæggelser, men det dækker over en betydelig variation mellem kommunerne i regionen. I de kommuner i regionen, hvor der er færrest genindlæggelser, ligger kommunen ca. 10-20 pct. under landsgennemsnittet, mens de fire kommuner, der har det højeste antal genindlæggelser ligger 50-90 pct. over landsgennemsnittet, *jf. figur 4.15.*

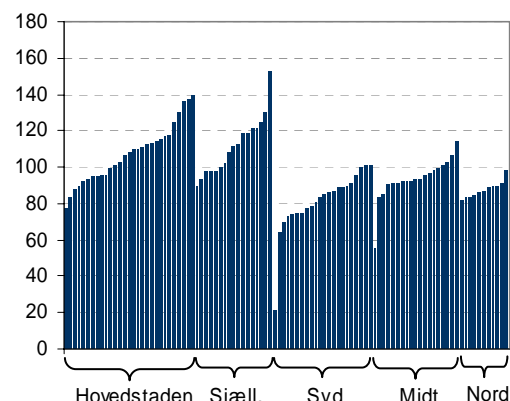
Der sker forholdsvis flere udskrivinger af ældre medicinske patienter øst for Storebælt end i de tre regioner vest for Storebælt. De kommuner i Region Hovedstaden og Region Sjælland, hvortil der udskrives færrest ældre medicinske patienter, ligger på nogenlunde samme niveau som midterfeltet af kommunerne i de tre regioner vest for Storebælt, *jf. figur 4.16.*

Figur 4.15 Variation i antal genindlæggelser, regioner, landsgns.=100.



Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen.

Figur 4.16 Variation i antal udskrivinger af ældre medicinske patienter, regioner, landsgns.=100.



Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen.

Selvom der korrigeres for forskelle i køns- og alderssammensætningen i kommunerne kan der konstateres ganske store forskelle i kommunernes udgifter til kommunal medfinansiering generelt, og forskellene gør sig også gældende, når man fokuserer på en række diagnoser, hvor kommunerne må formodes at have gode muligheder for at påvirke borgernes træk på sundhedsvæsenet. Også for øvrige faktorer som antallet af udskrivninger af ældre medicinske patienter og genindlæggelser kan der konstateres en ganske betydelig variation kommunerne imellem.

Kommunerne i Region Hovedstaden har generelt højere udgifter til medfinansiering end kommunerne i den øvrige del af landet, og antallet af udskrivninger af ældre medicinske patienter samt antal genindlæggelser er ligeledes væsentligt højere end landsgennemsnittet i mange hovedstadskommuner.

4.6.2 Kommunal medfinansiering og det sociale indeks

Med standardiseringen af data i figurerne 4.11-4.16 er der taget højde for betydningen af forskelle i kommunernes køns- og alderssammensætning. De ovenfor konstaterede forskelle kan imidlertid også afspejle andre forhold end køn og alder, f.eks. socioøkonomiske forskelle. Det er således tænkeligt, at et højt/lavt forbrug af sundhedsydelse i befolkningen kan afspejle, at kommunens borgeres socioøkonomiske forhold er dårligere/bedre end øvrige kommuners. Ved at sammenholde værdierne for de enkelte kommuner med værdien af et socialt indeks for den enkelte kommune kan man danne sig et indtryk af, hvorvidt socioøkonomiske forskelle kan bidrage til at forklare forskellene mellem kommunerne.

I det følgende belyses samvariationen mellem de kommunale forskelle, der er vist i figur 4.11-4.16 ovenfor, og kommunernes socioøkonomiske udgiftsbehov opgjort ud fra værdien af de socioøkonomiske udgiftsbehovskriterier i landsudligningen for kommunerne, *jf. boks. 4.3.*

Boks 4.3 Det sociale indeks

Det sociale indeks er opgjort på baggrund af værdien af de socioøkonomiske udgiftsbehovskriterier i landsudligningen for kommunerne.

I det sociale indeks indgår således følgende kriterier:

- "20-59 årige uden beskæftigelse over 5 pct." (18 pct.);
- 25-49 årige uden erhvervsuddannelse (17,5 pct.);
- Revideret boligstøttekriterium (5 pct.);
- Psykiatriske patienter (5 pct.);
- Familier i visse boligtyper (15 pct.);
- Børn i familie med højeste uddannelse på grundniveau/uoplyst (15 pct.);
- Enlige over 65 år (2,5 pct.);
- Personer med lav indkomst (10 pct.);
- Handicappede uden for arbejdsstyrken (5 pct.);
- Antal indvandrere og efterkommere (2,5 pct.);
- Tabte leveår (2,5 pct.) og
- Fald i befolkningstallet (2 pct.).

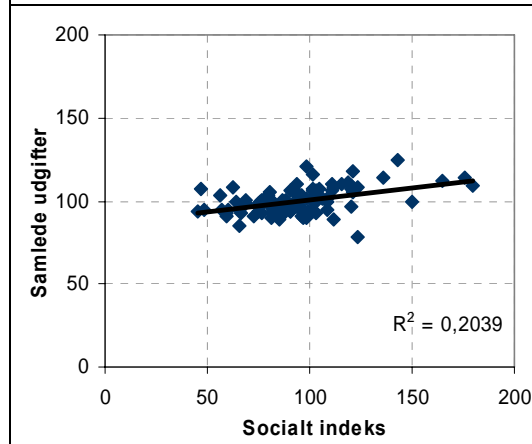
Anm.: Procentsatsen i parentes angiver de forskellige kriteriers vægtning i det sociale indeks.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet: Kommunal udligning og generelle tilskud 2008, juni 2007.

Det fremgår af figurerne 4.17-4.22, at det sociale indeks umiddelbart kun i begrænset omfang kan forklare variationen i de enkelte parametre. Eksempelvis kan variationen i det sociale indeks forklare knap 15 pct. af variationen i den kommunale medfinansiering og 20 pct. af variationen, når man ser på de syv udvalgte diagnoser, *jf. figur 4.18-4.19*.

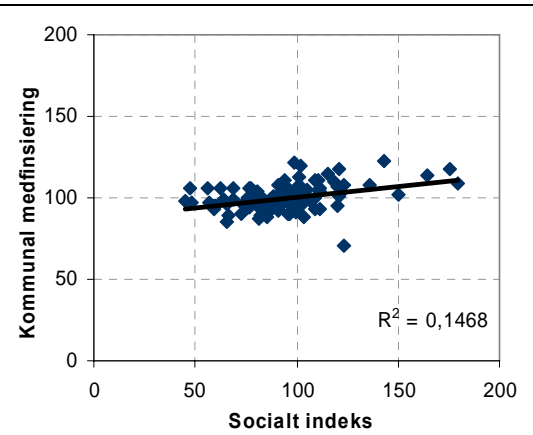
Det sociale indeks ses dog at forklare ca. 44 pct. af variationen i de kommunale udgifter til medfinansiering af diabetesbehandling. Det peger på, at kommuner med vanskelige socioøkonomiske forhold bør være særlig opmærksomme på at gøre en indsats for at forebygge diabetes blandt deres borgere, *jf. figur 4.20*.

Figur 4.17 Samvariation mellem samlede offentlige sundhedsudgifter pr. indbygger og værdien af det sociale indeks for de enkelte kommuner, landsgns.=100.



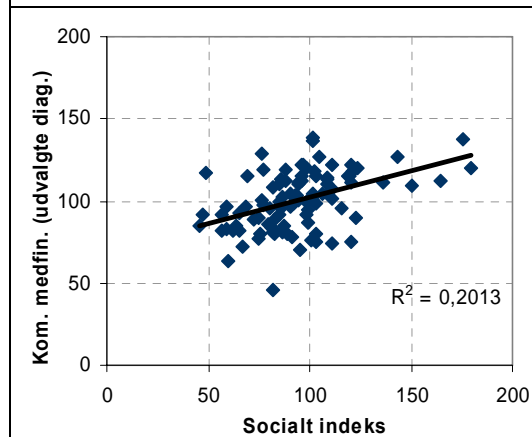
Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen.

Figur 4.18 Samvariation mellem kommunal medfinansiering pr. indbygger og værdien af det sociale indeks for de enkelte kommuner, landsgns.=100.



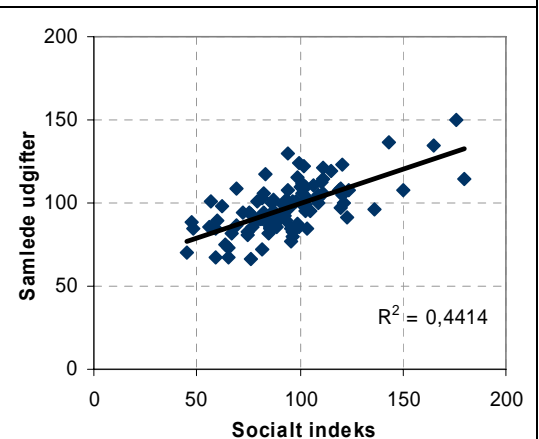
Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen.

Figur 4.19 Samvariation mellem kommunal medfinansiering pr. indbygger for syv udvalgte diagnoser og værdien af det sociale indeks for de enkelte kommuner, landsgns.=100.

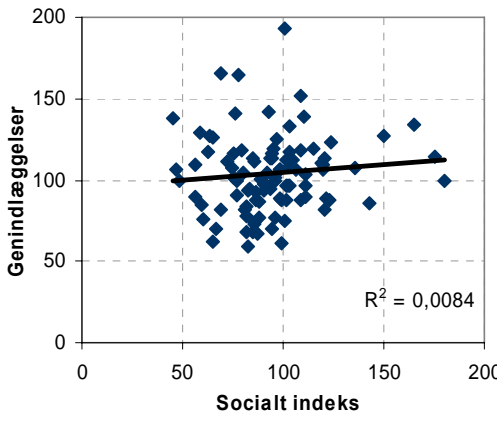
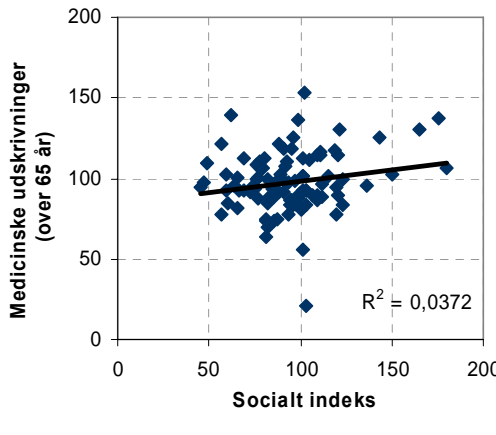


Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen.

Figur 4.20 Samvariation mellem kommunal medfinansiering pr. indbygger af diabetesbehandling og værdien af det sociale indeks for de enkelte kommuner, landsgns.=100.



Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen.

<p>Figur 4.21 Samvariation mellem antal genindlæggelser og værdien af det sociale indeks for de enkelte kommuner, landsgns.=100.</p>	<p>Figur 4.22. Samvariation mellem udskrivninger af ældre medicinske patienter og værdien af det sociale indeks for de enkelte kommuner, landsgns.=100.</p>
	
<p>Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen.</p>	<p>Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen.</p>

Det skal dog bemærkes, at disse analyser er foretaget for alle landets kommuner under ét. Det betyder, at effekten af det sociale indeks på de forskellige nøglevariable ikke er undersøgt inden for de enkelte regioner.

Den moderate sammenhæng mellem det sociale indeks og de forskellige parametre ovenfor behøver således ikke at betyde, at det sociale indeks generelt er uden væsentlig betydning i forhold til at forklare den kommunale variation, idet sammenligningen ikke tager højde for, at der f.eks. kan være strukturelle forskelle fra region til region, som kan "skygge" over det sociale indeks' reelle forklaringskraft på landsplan. For at afdække dette, foretages en mere detaljeret statistisk analyse, hvor der søges korrigeret for en evt. regionseffekt. Det gøres ved at estimere den regionsvise niveauforskel mellem udgifterne til medfinansiering i de 98 kommuner i en simpel regionsmodel, hvor der anvendes fire regionsspecifikke dummyvariabler¹¹ og det sociale indeks som forklarende variable.

Resultatet af regressionsanalysen, hvor der er medtaget regionseffekter, indikerer, at omtrent halvdelen af variationen i den kommunale medfinansiering kan forklares af regionsniveauet og det sociale indeks, *jf. tabel 4.3*. Denne betydelige forklaringskraft skal ses i lyset af den konstaterede variation mellem regionerne, som bl.a. også fremgår af 4.7.

Tabel 4.3 Regressionsmodel af regionseffekter på kommunal medfinansiering

Variabel	Parameterestimer	Signifikanssandsynlighed,
----------	------------------	---------------------------

¹¹ Antallet af dummyvariabler skal svare til antallet af regioner minus én, således at estimatet for dummyvariablen for kommunerne i Region x udtrykker den regionspecifikke forskel i medfinansieringsudgifterne i forhold til kommunerne i den region, hvor der ikke er indlagt nogen dummyvariabel, som her er Region Hovedstaden.

		pct.
Region Hovedstaden (referencekategori)	95,07	<0,01
Region Sjælland	-3,27	8,39
Region Syddanmark	-9,17	<0,01
Region Midtjylland	-7,56	0,01
Region Nordjylland	-15,67	<0,01
Socialt indeks	0,11	<0,01
R ² =0,50; Adj. R ² =0,47		

Analysen viser bl.a., at kommunerne i de tre regioner i Vestdanmark under ét har signifikant lavere udgifter til medfinansiering end kommunerne i Region Hovedstaden, også når der samtidig tages højde for de socioøkonomiske forhold, jf. at det kommunespecifikke sociale indeks indgår i regressionsmodellen. Det fremgår f.eks., at kommunerne i Region Nordjylland under ét har medfinansieringsudgifter, der er knap 15,7 pct. point lavere end kommunerne i Region Hovedstaden, når der er taget højde for de socioøkonomiske forskelle.

Desuden har kommunerne i Region Sjælland set under ét en medfinansieringsudgift, der er 3,27 pct. point lavere end kommunerne i Region Hovedstaden, når der samtidig er taget højde for de socioøkonomiske forhold. Denne regionseffekt er dog ikke signifikant på 5 pct. niveau.

Endvidere viser regressionsanalysen, at der er en signifikant positiv sammenhæng mellem værdien af det sociale indeks og udgifterne til kommunal medfinansiering, således at en forskel i det sociale indeks på f.eks. 10 point svarer til en forøgelse af den kommunale medfinansiering med 1,1 pct.

Analysen viser imidlertid også, at halvdelen af variationen i den kommunale medfinansiering ikke kan forklares af forskelle mellem regionerne eller af værdien på det sociale indeks. Der er således en uforklaret variation, der i et vist omfang må formodes at skyldes variation på mellem kommunerne, herunder forskelle i den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, samt forskelle på de praktiserende lægers henvisningspraksis m.v.

De fire kommuner København, Frederiksberg, Hvidovre og Ishøj er blandt de kommuner i Danmark, der har de højeste udgifter pr. indbygger til kommunal medfinansiering. Som tidligere nævnt kunne de høje udgifter tænkes at afspejle særligt svære socioøkonomiske forhold i de pågældende kommuner.

En nærmere sammenligning af de fire kommuner viser imidlertid, at kommunerne scorer meget forskelligt på det sociale indeks, og at der er store underliggende forskelle mellem kommunerne på de parametre, der vejes sammen til det sociale indeks. Frederiksberg ligger stort set på landsgennemsnittet med en indekxsværdi på 99, mens de tre øvrige kommuner ligger markant over landsgennemsnittet med indekxsværdier på mellem 121 og 176. Og på flere af de underliggende parametre er der betydeligt større forskelle på indekxsværdier. Det gælder f.eks. i forhold til parameteren "børn i familie med højeste uddannelse på grundniveau/uoplyst", hvor Frederiks-

berg kun ligger på et indeks 54, mens Ishøj kommune har en indekssværdi på 253.

Tabel 4.4 Sammenligning af det sociale indeks for fire kommuner i hovedstadsområdet med nogenlunde samme udgift pr. indbygger til kommunal medfinansiering.

Kriterier (indeks, hele landet=100)	Vægt (pct.)	København	Frederiksberg	Hvidovre	Ishøj
20-59 årige uden beskæftigelse over 5 pct	18,0	159	104	99	133
25-49 årige uden erhvervsuddannelse	17,5	125	81	113	174
Revideret boligstøttekriterium	5,0	136	139	123	139
Psykiatriske patienter	5,0	138	130	113	105
Familier i visse boligtyper	15,0	133	108	159	179
Børn i familie med højeste uddannelse på grundniveau/uoplyst	15,0	104	54	119	253
Enlige over 65 år	2,5	101	137	111	62
Personer med lav indkomst	10,0	236	135	94	126
Handicappede uden for arbejdsstyrken	5,0	117	101	123	121
Antal indvandrere og efterkommere	2,5	229	136	175	442
Tabte leveår	2,5	198	93	129	168
Fald i befolkningstallet	2,0	44	17	196	437
Socialt indeks, i alt		143	99	121	176
Kommunal medfinansiering pr. indbygger		123	122	118	117

Kilde: Kommunal udligning og generelle tilskud 2008, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

4.6.3 Variation i den kommunale medfinansiering på sygehus- og kommuneniveau

Også efter inddragelsen af socioøkonomiske forhold står langt størstedelen af variationen i udgifterne til kommunal medfinansiering, antal udskrivninger af ældre medicinske patienter og antal genindlæggelser tilbage som uforklaret. Det er derfor naturligt at rette blikket mod andre mulige forklaringer, f.eks. forskelle i sygehusspecifikke forhold, den kommunale indsats eller lægernes henvisningspraksis. Det er imidlertid vanskeligt at måle betydningen disse forhold med præcision.

For at få et fingerpeg om forskellene i udgifterne kan tilskrives systematiske forskelle på tværs af eller indenfor sygehusenes optageområder, ses der i det følgende nærmere på variationen i kommunernes medfinansiering mv. ved at gruppere kommunerne efter det sygehus, som borgerne i de enkelte kommuner bruger mest (x-aksen). Hvert enkelt punkt i diagrammet repræsenterer én kommune.

At to eller flere kommuner er forbundet af en lodret linie betyder, at kommunerne har det til fælles, at borgerne i disse kommuner bruger det pågældende sygehus mest, dvs. har det som deres "primære sygehus". Sammenligningen skal tages med det forbehold, at borgerne i de enkelte

kommuner i praksis bruger flere forskellige sygehuse, og betydningen af det primære sygehus kan være forskellig fra kommune.

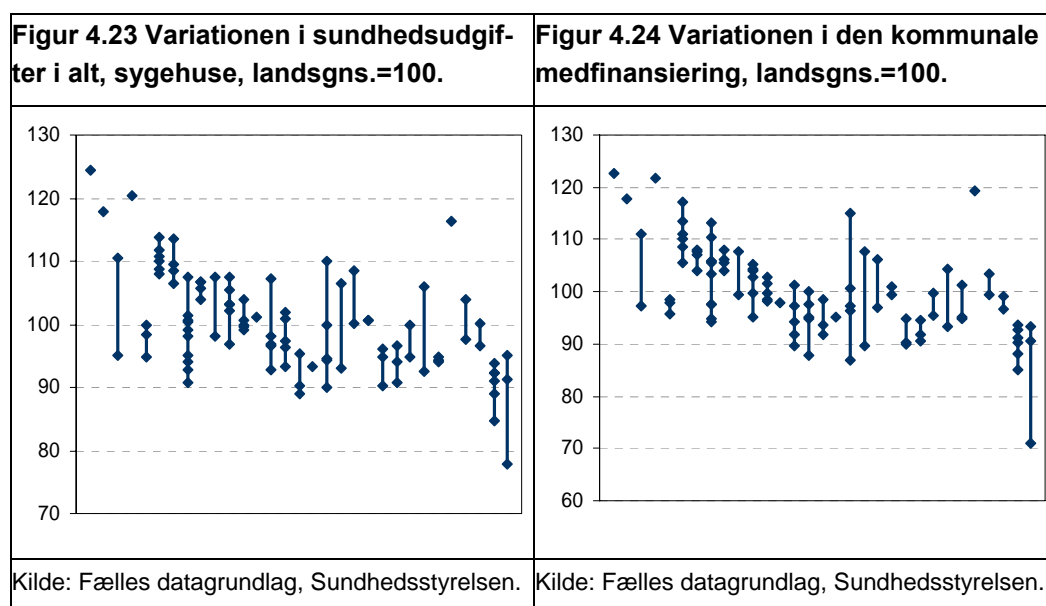
Længden af de lodrette linier giver et fingerpeg om, hvorvidt niveauet for den kommunale medfinansiering m.v. kan tilskrives sygehusspecifikke forhold eller kommunernes indsats mv.

En kort, lodret linie indebærer, at der er små forskelle mellem de kommuner, hvor borgerne bruger samme sygehus mest. Det kan indikere, at niveauet for den kommunale medfinansiering, antal udskrivinger, genindlæggelser mv. især kan være betinget af sygehusspecifikke forhold.

En forholdsvis lang linie vil omvendt afspejle, at andre forhold har betydning for niveauet af medfinansieringen, antal udskrivinger af ældre medicinske patienter eller antal genindlæggelser. Det kan f.eks. dreje sig om forskelle i de praktiserende lægers henvisningspraksis og kommunernes indsats.

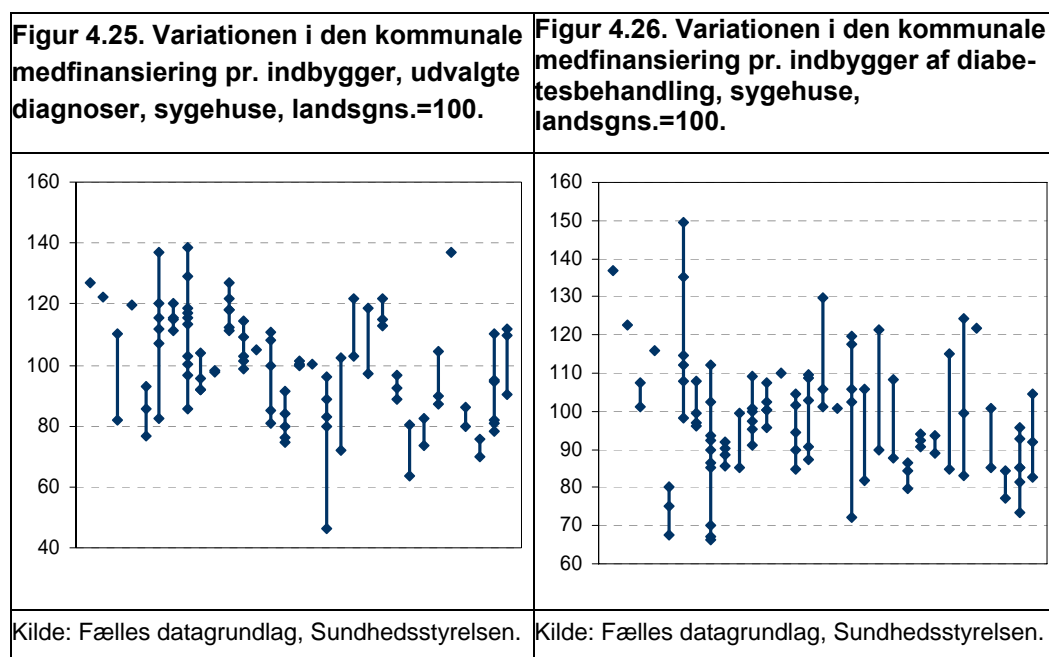
Der er for mange af sygehusene en relativt stor forskel på størrelsen af sundhedsudgifterne pr. indbygger i kommuner med samme primære sygehus. På de fleste af sygehusene er der en forskel på 5-10 procentenheder, men på enkelte af sygehusene er forskellene op til mellem 15 og 20 procentenheder, *jf. figur 4.23*.

Nogenlunde samme billede tegner sig i forhold til den kommunale medfinansiering. For en række af sygehusene spænder udgifterne således med i størrelsesordenen fem procentenheder, mens der for andre af sygehusene er forskelle på op til 20-25 procentenheder, *jf. figur 4.24*. Det indikerer, at udgiftsvariationen i et vist omfang må tilskrives andre forhold end sygehusspecifikke forhold. Omvendt ses det ligeledes, at både variationen og niveau af den kommunale medfinansiering mellem kommunerne også er bestemt af hvilket sygehus, der anvendes. Så der kan være stor forskel i mellem kommuner som bruger ét sygehus frem for et andet, *jf. figur 4.24*.



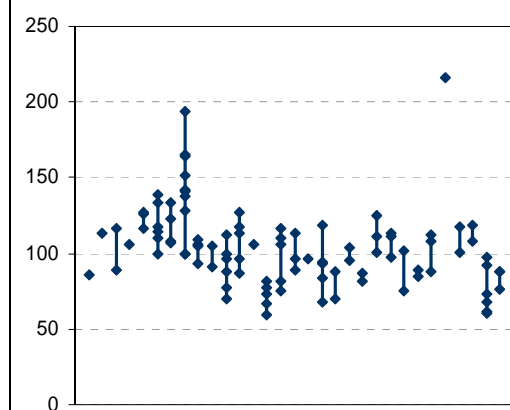
For de syv udvalgte diagnoser, hvor kommunerne forventes at have særlig gode muligheder for at påvirke deres borgeres brug af sundhedsvæsenet, er forskellene mellem kommuner med samme "primære sygehus" endnu mere markante. For flere af sygehusene spænder kommunernes udgifter til medfinansiering for de syv diagnoser således med op til 50-60 procentenheder. Det kan ses som en indikation af, at de kommunale forskelle i disse tilfælde i høj grad skal søges forklaret ved andre forhold end sygehus-specifikke forhold.

I forhold til den kommunale medfinansiering af diabetesbehandling kan der også konstateres betydelige udgiftsforskelle på op mod 40-50 pct. enheder mellem kommuner med samme primære sygehus, *jf. figur 4.26.*



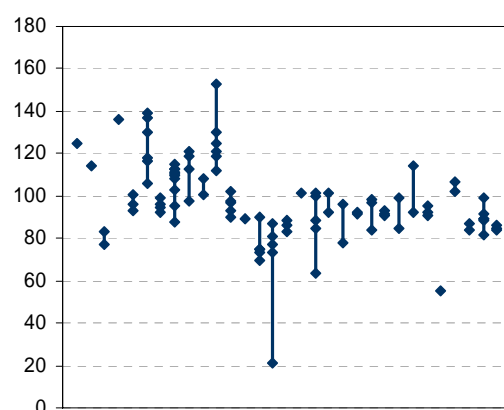
Også i forhold antallet af udskrivelser af ældre medicinske patienter og særligt antallet af genindlæggelser kan der for flere af sygehusene konstateres væsentlige forskelle mellem kommuner med samme "primære sygehus", *jf. figur 4.27-4.28.* På de fleste af sygehusene er der mht. genindlæggelser en forskel på 10-30 procentenheder, men på enkelte af sygehusene er forskellene op til mellem 40 og 100 procentenheder, *jf. figur 4.27.*

Figur 4.27. Variationen i antal genindlæggelser, sygehuse, landsgns.=100.



Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen.

Figur 4.28. Variationen i antal udskrivninger af ældre medicinske patienter, sygehuse, landsgns.=100.



Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen.

Det kan ses som en indikation af, at der især er et væsentligt potentiale for at nedbringe antallet af genindlæggelser, herunder via forbedringer af den kommunale indsats og via samarbejdet mellem kommune, praktiserende læger og regionen/sygehusene.

4.7 U hensigtsmæssige indlæggelser og sengedage

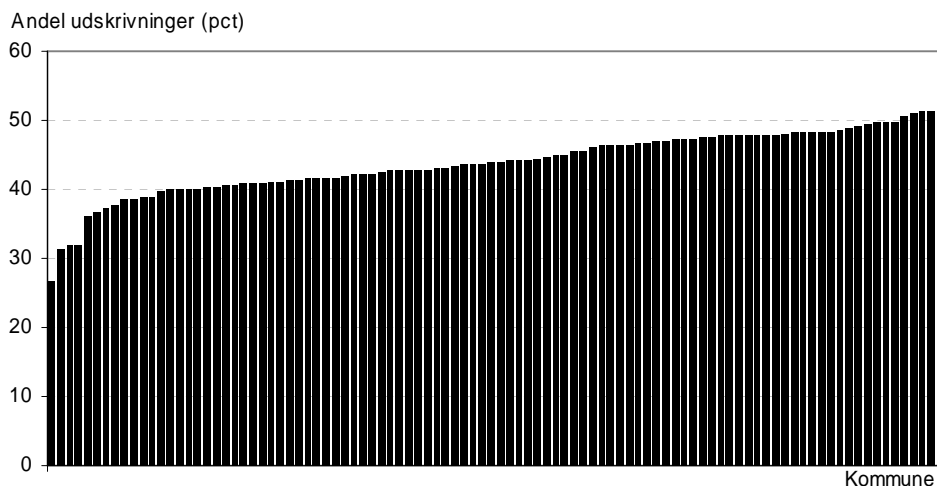
Uhensigtsmæssige indlæggelser kan skyldes såvel at patienterne ideelt set ikke burde være indlagt, eller at patienterne burde have været udskrevet hurtigere. En indikation på uhensigtsmæssige indlæggelser kan være at se på andelen af indlæggelser, der udgør maksimalt ét døgn, jf. afsnit 4.7.1. En indikation på forlængede indlæggelser kan være lange liggetider på over 9 døgn, jf. afsnit 4.7.2.

4.7.1 Uhensigtsmæssige indlæggelser

En høj forekomst af meget kortvarige indlæggelser på et sygehus kan indikere, at sygehuset har forholdsvis mange uhensigtsmæssige indlæggelser, dvs. forkerte indlæggelser, som kunne være forebygget i den primære sundheds- og plejesektor, hvis der havde været et relevant tilbud, jf. afsnit 2.3.

Andelen af indlæggelser af den enkelte kommunes borgere, der udgøres af indlæggelser af en varighed på maksimalt ét døgn kan være en indikator for omfanget af uhensigtsmæssige indlæggelser. En sammenligning på tværs af kommuner viser nogen variation. Andelen af indlæggelser på maksimalt ét døgn spænder således fra ca. 27 pct. i Bornholm kommune til over 53 pct. i Århus kommune. Andelen udgør dog mellem 40 og 50 pct. af indlæggelserne i størstedelen af kommunerne, jf. figur 4.29a. Det bemærkes, at sammenligningen ikke tager højde for forskelle i patientsammensætning (casemix) på tværs af kommunerne.

Figur 4.29a Fordeling af liggetider ≤ 1 dag på medicinske afdelinger, opgjort for kommuner, 2007

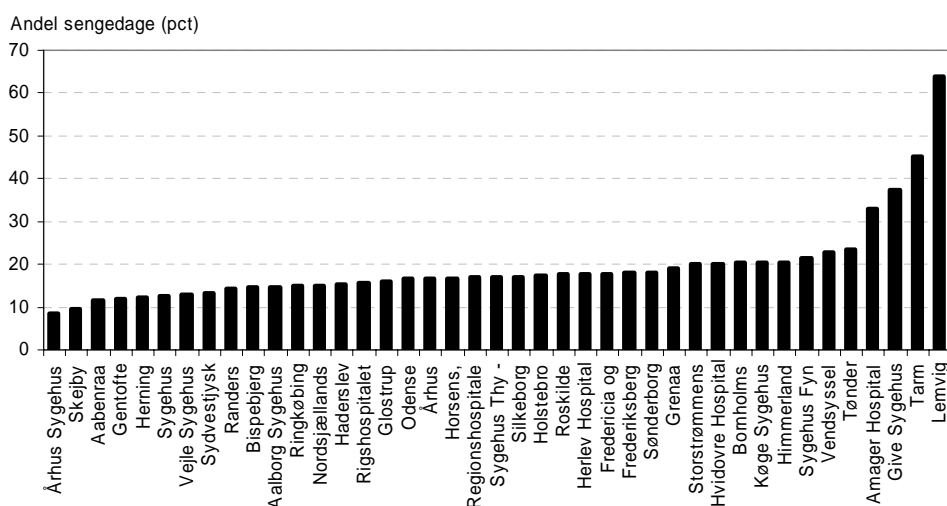


Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister

4.7.2 U hensigtsmæssige sengedage

Lange indlæggelsestider kan være en indikator for uhensigtsmæssige sengedage. Andelen af udskrivninger på de enkelte sygehuse, der udgøres af indlæggelser af en varighed på 9 dage eller mere, spænder fra 8,6 pct. på Århus Sygehus til 64 pct. på Regionshospitalet i Lemvig og omkring 33 pct. på Amager hospital. På flertallet af sygehuse udgør andelen dog mellem 10 og 20 pct. af udskrivningerne, *jf. figur 4.29b*. Det bemærkes, at sammenligningen ikke tager højde for forskelle i patientsammensætning (ca-semix) på tværs af sygehuse.

Figur 4.29b Andel af udskrivninger på medicinske afdelinger med en liggetid på 9 dage eller mere, opgjort på sygehusniveau, 2007



Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister

Der ses i det følgende nærmere på de færdigbehandlede patienter som en indikator for forlængede, uhensigtsmæssige sengedage. Nedbringelse af antallet af færdigbehandlede patienter er en opgave, der skal løses i samarbejde mellem regioner, sygehuse og kommuner. I det følgende belyses

variationen i antallet af sengedage til færdigbehandlede patienter på kommune-, sygehus- og regionsniveau.

I 2007 havde kommunerne samlede udgifter til færdigbehandlede patienter på sygehusene på godt 200 mio.kr. i 2007, jf. tabel 4.5. Udgifterne fordeler sig med godt 114 mio.kr. til færdigbehandlede somatiske patienter og knap 88 mio. kr. til psykiatriske patienter.

Tabel 4.5 Kommunernes udgifter til færdigbehandlede patienter i 2007 (mio. kr.)

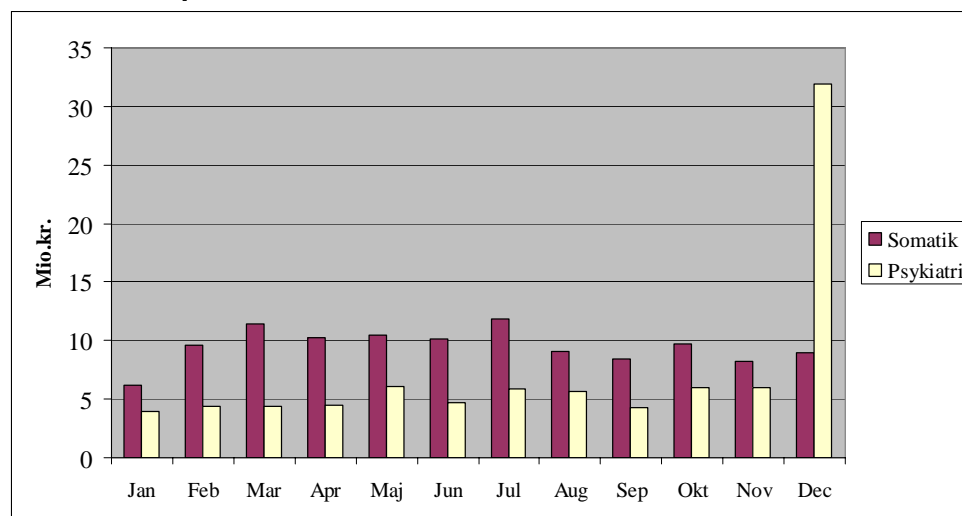
	Somatik	Psykiatri	I alt
Udgift	114,4	87,6	202,0

Kilde: SST

Note: De anvendte tal er som følge af mulige fejlregistreringer på sygehusene behæftet med en usikkerhed. Det vurderes dog samlet, at denne usikkerhed kun påvirker analysens resultater i begrænset omfang, og at tallene derfor giver et retvisende billede af udfordringerne på området.

Udgifterne til færdigbehandlede somatiske patienter ligger nogenlunde stabilt på omkring 10 mio. kr. pr. måned, jf. figur 4.30. En undtagelse er dog januar, hvor beløbet kun udgør godt seks mio.kr. Det lavere niveau i januar skyldes, at færdigbehandlede patienter indlagt over årsskiftet 2006/2007 alene er afregnet med de dage, som er forekommet i 2007.

Figur 4.30 Samlede udgifter i kommunerne til færdigbehandlede patienter i 2007, pr. måned



Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen.

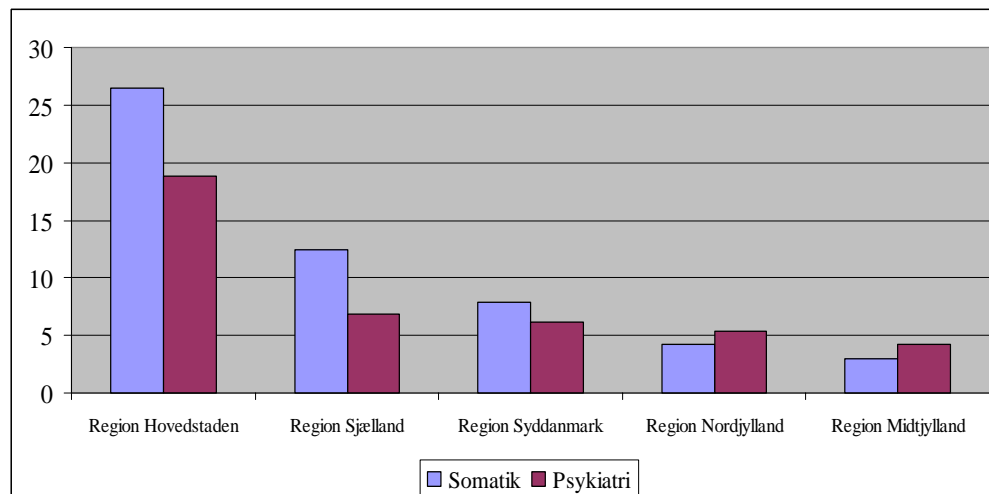
Udgifterne til færdigbehandlede psykiatriske patienter ligger omkring ca. 5 mio. kr. pr. måned i 2007. En undtagelse er dog december, hvor udgiften udgør 32 mio.kr. Den store stigning i december måned skyldes, at uafsluttede færdigbehandlede psykiatriske patienter indlagt over årsskiftet 2007/2008 er afregnet i december måned med det antal dage, som er forekommet i 2007.

Antallet af sengedage for færdigbehandlede patienter er præget af stor variation mellem kommunerne. Af figur 4.31 fremgår det, at der i en række

en række kommuner, hvor det lykkedes at hjembringe alle patienter umiddelbart efter afsluttet behandling.

Der kan konstateres en tilsvarende stor variation på regionsniveau. Af figur 4.33 fremgår det, at der i Region Hovedstaden var godt 25 sengedage for færdigbehandlede somatiske patienter pr. 1000 indbyggere i 2007, mens det tilsvarende tal var under 5 for Region Midtjylland og Region Nord.

Figur 4.33 Sengedage for færdigbehandlede somatiske og psykiatriske patienter i 2007, fordelt på regioner pr. 1000 indbyggere



Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister

Samtidig ses det af figuren, at Region Hovedstaden havde knap 20 sengedage for færdigbehandlede psykiatriske patienter pr. 1000 indbyggere, mens det tilsvarende tal for Region Midtjylland var mindre end 5 sengedage.

Tallene i figur 4.33 dækker over stor variation mellem sygehusene og de forskellige afdelinger på sygehusene. Denne variation er illustreret ved en opgørelse af sengedagene for færdigbehandlede patienter i forhold til det samlede antal sengedage på afdelingsniveau på Bispebjerg Hospital i tabel 4.6 nedenfor.

Af tabellen fremgår det, at der kan konstateres en stor variation mellem afdelingerne på Bispebjerg Hospital. Mens færdigbehandlede patienter samlet set udgjorde næsten 5 pct. af alle sengedage i 2007, var andelen på Geriatriisk afdeling G på mere end 10 pct.

Tabel 4.6 Andelen af sengedage for færdigbehandlede patienter på Bispebjerg Hospital, opgjort pr. afdeling (2007)

Afdeling	Antal sengedage	Sengedage for færdigbehandlede	Færdigbehandlede andel (pct.)
Geriatriisk Afdeling G	14.072	1.456	10,4
Neurologisk Afdeling N	19.947	1.967	9,9
Ortopædkirurgisk Afd. M	25.234	1.648	6,5
Anæstesi Og Opr. Int. Terapi	4.287	197	4,6
Medicinsk Afdeling I	14.603	566	3,9

Lungemedicinsk Afdeling	10.068	357	3,6
Reumatologisk Afdeling H	14.968	241	1,6
Kardiologisk Afdeling Y	15.619	147	0,9
Palliativ Afdeling P	2.871	24	0,8
Kir. Gastroenterol. Afd. K	19.775	151	0,8
Dermato-Venerologisk Afd.	4.153	0	0,00
Videncenter For Sårheling	4.691	0	0,00
Total	150.288	6754	4,5

Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen.

Note: Ambulante afdelinger udeladt

Andelen af sengedage, der anvendes af færdigbehandlede patienter på de medicinske afdelinger på Bispebjerg Sygehus indikerer, at der er et potentiale for at forbedre koordinationen mellem sygehusene og de kommuner, der skal hjemtage de færdigbehandlede patienter.

4.7.3 Samlet potentiale for at reducere behovet for sengekapaцитet

I de foregående afsnit er belyst et potentiale for at nedbringe behovet for sygehusindlæggelser, der følger af enten for mange uhensigtsmæssige indlæggelser eller for lange indlæggelser. Som illustration gennemgås potentialet for at reducere behovet for sengekapaцитet med Bispebjerg Sygehus som caseeksempel, jf. boks 4.4.

Boks 4.4 Uhensigtsmæssige indlæggelser - Bispebjerg Sygehus som caseeksempel

Medicinske sengeafdelinger anvender oftere sengekapaцитeten fuldt ud. Det er derfor relevant at se nærmere på i hvilket omfang belægningsituationen kunne forbedres ved at forebygge at sengepladser optages unødigt på grund af:

1. uhensigtsmæssige indlæggelser
2. uhensigtsmæssigt lange indlæggelsesforløb, herunder som følge af enten
 - interne ventetider m.v. på sygehusene eller
 - færdigbehandlede patienter, der venter på udskrivning.

Til illustration af betydningen af disse faktorer kan der ses nærmere på, hvordan belægningsprocenten på konkrete sygehuse ville se ud, hvis man antog at omfanget af uhensigtsmæssige indlæggelser eller omfanget af uhensigtsmæssigt indlæggelsesforløb var på et landsgennemsnitligt niveau.

På eksempelvis Bispebjerg sygehus udgør belægningsprocenten 97 pct. på de medicinske afdelinger. Det kan beregnes, at en reduktion af antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser og lange indlæggelsesforløb til landsniveauet ville reducere belægningsprocenten med 9,1 pct.enheder til 87,9 pct. på de medicinske afdelinger.

Heraf bidrager en reduktion af uhensigtsmæssige indlæggelser til skønmæssigt at reducere belægningsprocenten med 3 pct. enheder til 94 pct.¹². En reduktion i antallet af sengedage pr. patient til landsniveau vil bidrage med en yderligere reduktion af belægningsprocenten med 3,3 pct. enheder til 91,7 pct. Og endeligt vil en reduktion i antallet af færdigbehandlede patienter til landsniveau bidrage med en reduktion af belægningsprocenten på 2,8 pct. enheder til 87,9 pct.

¹² Et litteraturstudie fra DSI, "Uhensigtsmæssige indlæggelser – muligheder og perspektiver for kommunerne, 2007" fastslår, at omfanget af andelen af indlæggelser der i undersøgelse vurderes som værende uhensigtsmæssige, svinger mellem 5-33%

4.8 Kommunernes udgifter til aktivitetsafhængig medfinansiering opgjort ud fra forbruget af sundhedsydelser i 2006 og 2007

Den kommunale medfinansiering blev indført pr. 1. januar 2007. En sammenligning af udviklingen i de forskellige kommuner fra 2006 til 2007 må derfor for så vidt angår 2006 basere sig på en beregning af, hvor meget de enkelte kommuner hver især skulle have svaret i kommunal medfinansiering i 2006, hvis ordningen havde været gældende på det tidspunkt.

En sådan sammenligning kan give et fingerpeg om de umiddelbare virkninger af indførelsen af kommunal medfinansiering og ændringerne i kommunernes opgaveportefølje på sundhedsområdet. Effekterne må dog som udgangspunkt forventes at være relativt begrænsede. Det skal bl.a. ses i sammenhæng med, at kommunernes indsats, samarbejdet mellem regioner og kommuner mv. først skal finde sin form efter ændringerne af opgavefordelingen og den kommunale struktur. Samtidig kan det ofte tage noget tid, før resultaterne af omlægninger i kommunernes indsats slår fuldt igennem på den aktivitetsafhængige medfinansiering.

Den gennemsnitlige udgift pr. indbygger til aktivitetsafhængig medfinansiering er øget med 41 kr. pr. indbygger fra 1.643 kr. 2006 til 1.684 kr. 2007, svarende til en stigning på 2,5 pct. pr indbygger.

Udgifterne til indlagte, somatiske patienter er øget med ca. 1,2 pct. fra 2006 til 2007, mens udgifterne til ambulante, somatiske patienter er steget med ca. 4,6 pct., *jf. tabel 4.7*. Udgifterne til den indlagte genoptræning ville være vokset med ca. 18 pct. hvis der havde været aktivitetsafhængig medfinansiering i begge år af dette område. Udgiftsstigningen inden for genoptræning bør tolkes med forsigtighed, idet der formentlig er sket en ændring i registreringspraksis fra 2006 til 2007, i og med at 2007 er det første år, hvor der er sket en særskilt afregning af genoptræning.

Tabel 4.7. Udvikling i aktivitetsafhængig medfinansiering (kr. pr. indbygger), 2006-2007 (07-takster)

	2006	2007	Vækst pct.
Somatik	1.300,8	1.339,00	2,9
<i>Heraf</i>			
- Indlagte	762,1	771,5	1,2
- Ambulant	507,6	530,9	4,6
- Genoptræning	31,1	36,6	17,7
Psykiatri	116,1	113,0	-2,7
<i>Heraf</i>			
- Indlagte	39,5	39,8	0,8
- Ambulant	76,6	73,2	-4,4
Primær sektor	226,1	231,6	2,4
<i>Heraf</i>			
- Speciallæge	122,3	125,9	2,9
- Alm. Læge	60,2	61,8	2,7
- Øvrige	43,6	43,9	0,7
Kommunal medfinansiering, i alt	1.643,0	1.683,60	2,5

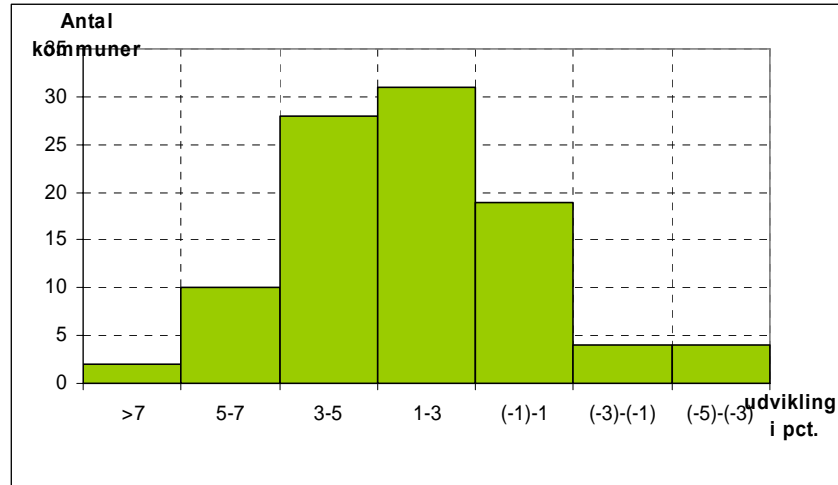
Kilde: e-Sundhed

Udgifterne vedr. psykiatri er faldet svagt som følge af lavere udgifter til ambulante patienter, mens udgifterne til praktiserende almenlæger og speciallæger er steget med knap 3 pct.

Ved at sammenholde de beregnede udgifter pr. indbygger i 2006 med de faktiske udgifter pr. indbygger i 2007 på kommuneniveau kan man få et billede af, hvilke kommuner der har haft stigende hhv. faldende udgifter til kommunal medfinansiering.

I 8 kommuner har der været en udvikling i borgernes forbrug af sundhedsydelser, der ville have givet et fald i udgifterne på mindst 1 pct. enhed, hvis der havde aktivitetsafhængig medfinansiering i begge år. I fire af kommunerne ville faldet have været på mere end 3 pct., jf. figur 4.34.

Figur 4.34. Kommuner fordelt efter ændring i udgifterne til den kommunale medfinansiering fra 2006 til 2007

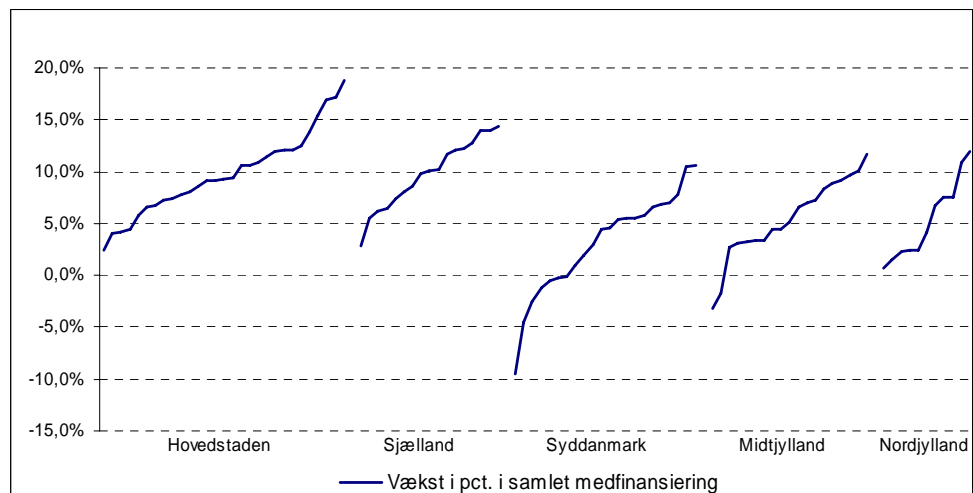


Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen

Omvendt har der i 12 kommuner været en udvikling, der ville have givet dem en merudgift på mindst 5 pct., hvis der havde været aktivitetsafhængig medfinansiering i både 2006 og 2007.

Der har været en ganske forskellig udvikling på tværs af de fem regioner. Særligt region Syddanmark skiller sig ud, idet en række af kommunerne af kommunerne i regionen ville have oplevet fald i udgifterne til aktivitetsafhængig medfinansiering, jf. figur 4.35.

Figur 4.35. Ændringen i udgifterne til kommunal aktivitetsafhængig medfinansiering fordelt på kommuner og opdelt i regionsgrupper, 2006-2007

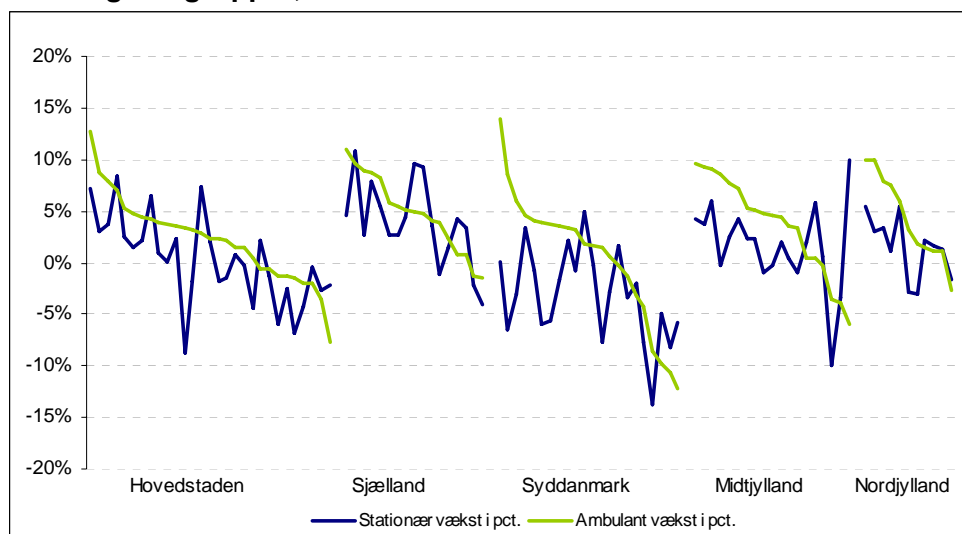


Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen

En yderligere opdeling af udgifterne på de enkelte udgiftsposter peger på, at den forskellige udvikling på tværs af regionsgrupperne i høj grad kan forklares ud fra udviklingen i udgifterne til ambulante, somatiske patienter. En stor del af kommunerne i region Syddanmark har således oplevet kraftige fald i udgifterne til ambulante patienter sammenlignet med kommunerne i de øvrige regioner. For indlagte, somatiske patienter har der også været

en lidt mere afdæmpet udvikling i region Syddanmark sammenlignet med kommunerne i de øvrige områder, jf. figur 4.36.

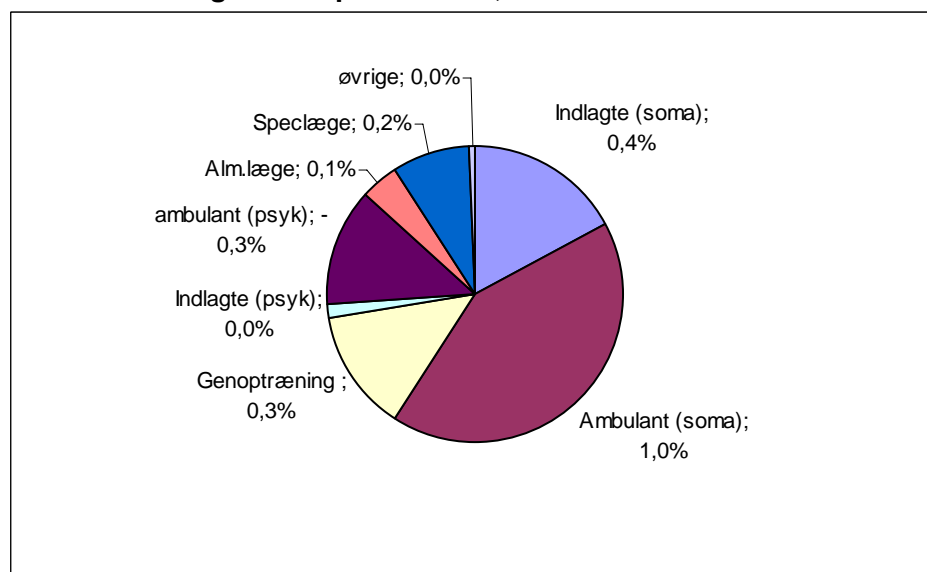
Figur 4.36. Ændringen i udgifterne til kommunal aktivitetsafhængig medfinansiering til somatiske patienter fordelt på kommuner og opdelt i regionsgrupper, 2006-2007



Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen

Figur 4.37 bekræfter, at væksten i udgifterne til kommunal aktivitetsafhængig medfinansiering kan henføres til det somatiske område, herunder særligt til udviklingen i ambulante patienter og indlagte patienter. Ud af den samlede vækst på 1,7 pct. fra 2006 til 2007, kan 1 pct. henføres til væksten i ambulante patienter og 0,4 pct. kan henføres til væksten i indlagte patienter.

Figur 4.37. Ændringen i udgifterne til kommunal aktivitetsafhængig medfinansiering fordelt på områder, 2006-2007



Kilde: Fælles datagrundlag, Sundhedsstyrelsen

5. Case-analyse af kommuner og indikatorer for den kommunale medfinansiering

5.1. Indledning og sammenfatning

I dette kapitel foretages en række opgørelser, som kommuner kan anvende i forbindelse med analyser af potentialet for at påvirke borgernes træk på sundhedsvæsenet og dermed kommunens udgifter til den kommunale medfinansiering. Dette gøres ved at opstille en række indikatorer, som kommunerne kan bruge som udgangspunkt for egne videre analyser af forebyggelsesindsatsen. De konkrete indikatorer gør det muligt for kommunerne at sammenligne sig med andre kommuner, der har en tilsvarende befolkningssammensætning.

Indikatorerne udgør tilsammen et analyseværktøj, der kan bidrage til at identificere mulige indsatsområder i kommunerne og give anledning til målrettet at hente inspiration fra og udveksle erfaringer med andre kommuner. De konkrete indikatorer kan desuden bidrage til at kvalificere dialogen med regionerne om borgernes brug af sundhedsvæsenets ydelser. Indikatorerne vil kunne anvendes i forbindelse med indgåelse af sundhedsaftalerne mellem kommunalbestyrelser og regionsråd, fx vedr. udskrivningsforløb m.v. Der vil således kunne opstilles målsætninger for de enkelte indikatorer, fx i forhold til andelen af genindlæggelser, andelen af uhensigtsmæssige indlæggelser, færdigbehandlede patienter m.v. På den baggrund vil kommuner og regioner i fællesskab kunne foretage en løbende opfølgning på opfyldelsen af målsætningerne. Dermed vil sundhedsaftalerne udgøre et mere aktivt redskab for både kommuner og regioner i forhold til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatsen på sundhedsområdet.

Desuden præsenteres en række case-analyser af grupper af kommuner indenfor samme geografiske område. Analyserne i kapitel 4 indikerede, at der er et særligt potentiale for at reducere udgifterne til kommunal medfinansiering i Østdanmark og især i hovedstadsregionen. Samtidig viste analyserne i kapitel 4, at kommunerne i det nordlige og vestlige Jylland har de laveste udgifter til kommunal medfinansiering m.v., men at der også er forskelle mellem disse kommuner, som kan afspejle et urealiseret potentiale og muligheder for styring af udgifterne. På den baggrund foretages der tre case-analyser med grupper af kommuner på Københavns vestegn, i Nordsjælland samt i Nordjylland. Case-analyserne i hver af de tre nævnte landsdele omfatter kommuner, der hovedsageligt anvender ét eller to bestemte hospitaler i området.

I analysen af 7 kommuner på Københavns vestegn, som alle primært anvender Hvidovre og Glostrup hospitaler, skiller Albertslund og Hvidovre kommuner sig særligt ud. Albertslund Kommune, der primært bruger Glostrup hospital, har et relativt højt socialt indeks, men har forholdsvis lave udgifter til den kommunale medfinansiering. Hvidovre Kommune, der primært anvender Hvidovre hospital, er derimod kendetegnet ved, at den kommunale medfinansiering ligger på et væsentligt højere niveau set i forhold til kommunens værdi på det sociale indeks. Sammenlignet med Glostrup kommune, der har et omtrentligt identisk socialt indeks og ligesom Hvidovre har et hospital placeret i kommunen, er forskellen næsten syv

procentenheder. Det indikerer, at der også er en vis variation mellem hospitaler.

I analysen af 10 kommuner i Nordsjælland, der primært anvender Nordsjællands hospital fremgår det, at det største forbrug af sundhedsydelser findes i Halsnæs og Helsingør kommuner. Helsingør Kommune har dog et marginalt lavere forbrug af de regionale sundhedsydelser end borgerne fra Halsnæs Kommune trods et socialt indeks, der er næsten 8 pct. over det sociale indeks i Halsnæs Kommune. I begge kommuner ligger antallet af genindlæggelser, udskrivningerne af ældre medicinske patienter samt niveauet for kommunal medfinansiering af de syv udvalgte diagnoser over landsgennemsnittet.

De seks nordjyske kommuner er som nævnt generelt kendetegnet ved at have relativt lave udgifter til den kommunale medfinansiering i forhold til den øvrige del af landet. De seks kommuner anvender primært Aalborg sygehus og har alle medfinansieringsudgifter, der er lavere end landsgennemsnittet. Eksempelvis har Aalborg Kommune en kommunal medfinansieringsudgift, der ligger 9 pct. under landsgennemsnittet, og har færre genindlæggelser og indlæggelser af medicinske patienter end landsgennemsnittet. Ligeledes er udgifterne til den kommunale medfinansiering blandt de syv udvalgte diagnoser under landsgennemsnittet. Mariagerfjord og Vesthimmerland kommuner har lidt højere udgifter til kommunal medfinansiering end Aalborg kommune og har samtidig et lidt lavere socialt indeks. Det kan bl.a. henføres til, at begge kommuner ligger over landsgennemsnittet med hensyn til antallet af genindlæggelser, indlagte ældre medicinske patienter og kommunal medfinansiering knyttet til de udvalgte syv diagnoser.

Case-analyserne viser generelt at socioøkonomiske forhold forklarer noget af variationen i udgifterne til den kommunale medfinansiering mellem kommunerne, men viser samtidig også, at der er en uforklaret variation mellem kommunerne, som ikke kan henføres til den geografiske beliggenhed eller sygehusene, idet disse forhold er gjort konstante. Analyserne indikerer således, at en del af variationen mellem kommunerne må tilskrives en række forhold på kommuneniveau. Det skal bemærkes, at der kan være gode grunde til at de kommunale medfinansieringsudgifter varierer mellem kommunerne. Case-analyserne har således blot til hensigt at påpege en uforklaret variation, som eventuelt kan give anledning til videre analyser i kommunerne og erfaringsudveksling på tværs af kommunerne.

5.2 Kommunale muligheder for analyser af den kommunale medfinansiering

I det følgende opstilles en række indikatorer, som kommunerne vil kunne anvende i forbindelse med egne analyser af den kommunale medfinansiering, og som kan danne grundlag for kommunernes egen indsats ved at sætte fokus på de områder, hvor den enkelte kommune adskiller sig fra sammenlignelige kommuner, og give mulige forklaringer herpå.

Indledningsvist foretages der en overordnet sammenligning af udgiftsniveauet i sammenlignelige kommuner. Dette kan ske ved at se på køns- og

aldersstandardiserede opgørelser af henholdsvis den kommunale medfinansiering pr. indbygger og omfanget af kontakter (takstbærende), som kommunens borgere har i det regionale sundhedsvæsen (omsætnings- og mængdeopgørelser), jf. bilagstabel 5.1. og 5.2.

I det omfang afvigelsen i forhold til landsgennemsnittet mindskes for en given kommune, når man ser på det køns- og aldersstandardiserede forbrug i stedet for det faktiske forbrug, vil det afspejle, at kommunens mer- eller mindreforbrug kan henføres til den demografiske sammensætning i kommunen. Hvis det er tilfældet, er det et vilkår for kommunen, der tages højde for via den kommunale udligning.

Dernæst kan kommunerne sammenlignes på en række indikatorer, der kan bidrage til, at forklare variationen i den kommunale medfinansiering. Sådanne indikatorer vil være kendetegnet ved, at:

- Der er en umiddelbar sammenhæng mellem niveauet for den kommunale medfinansiering og de enkelte indikatorer
- De enkelte indikatorer afspejler elementer af påvirkelighed enten isoleret set fra kommunens side eller i samspillet mellem kommune og region.

Disse forudsætninger er opfyldt for listen af indikatorer, som er belyst i kapitel 4, dvs. for:

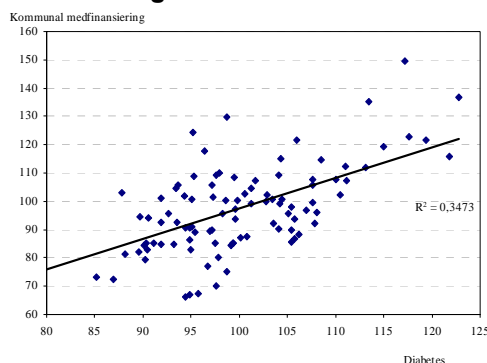
- Genindlæggelser.
- Udskrivninger af ældre medicinske patienter.
- Medfinansieringsudgifterne for diabetespatienter.
- Medfinansieringsudgifterne for de syv udvalgte diagnoser set under ét.

De oplyste indikatorer er af væsentlig betydning, men er dog omvendt næppe udtømmende for rækken af potentielt anvendelige indikatorer, der opfylder de ovennævnte forudsætninger. I nærmere analyser af medfinansieringsudgifterne i en konkret kommune kan kommunen derfor overveje muligheden for at inkludere yderligere faktorer, der opfylder de ovennævnte forudsætninger, herunder områder, som særligt ønskes at sætte fokus på i kommunen.

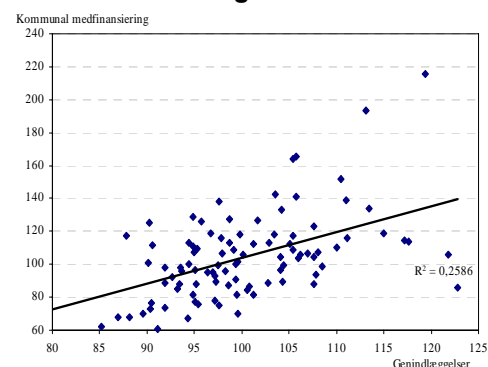
I gennemgangen i det følgende tages der dog udgangspunkt i de fire, udvalgte faktorer. En sammenstilling af de fire faktorer og den kommunale medfinansiering indikerer, at der er en tendens til stigende niveau for den kommunale medfinansiering:

- jo flere genindlæggelser der er,
- jo flere ældre medicinske udskrivninger der er,
- jo større omfanget er for de syv udvalgte diagnoser og
- jo større andel af kommunens befolkning, der er diabetikere, jf. figur 5.1.-5.4.

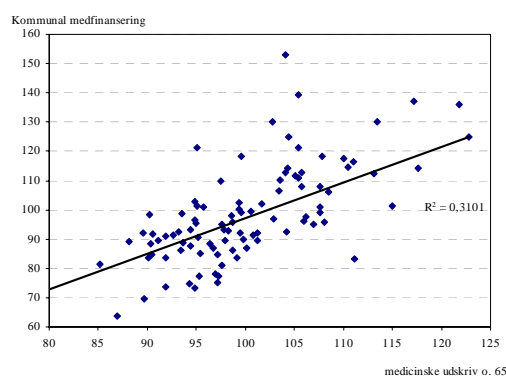
Figur. 5.1 Samvariation mellem andelen af diabetikere og den kommunale medfinansiering



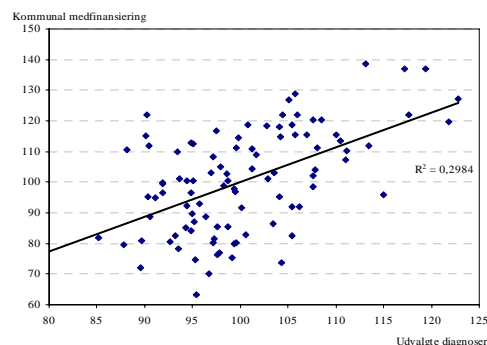
Figur. 5.2 Samvariation mellem omfanget af genindlæggelser og den kommunale medfinansiering



Figur 5.3. Samvariation mellem omfanget af medicinske udskrivinger af personer o. 65 år og den kommunale medfinansiering



Figur 5.4. Samvariation mellem omfanget af kommunal medfinansiering af syv udvalgte diagnoser og den kommunale medfinansiering



Det skal dog bemærkes, at der i ovenstående figurer ikke er taget højde for regioneffekter, hvor forklaringskraften af de enkelte variable i forhold til den kommunale medfinansiering formentlig er undervurderet.

Den enkelte kommune kan anvende niveauet for de enkelte indikatorer sammenlignet med f.eks. landsgennemsnittet til at identificere særlige indsatsområder, hvor der er det største potentiale for at påvirke niveauet for den kommunale medfinansiering.

I nedenstående bilagstabel 5.1 er der for alle 98 kommuner vist opgørelser af samtlige indikatorer. Et indeks over 100 betyder, at det køns- og aldersstandardiserede niveau for indikatoren er over landsgennemsnittet. Antallet af stjerner angiver, hvor mange af de fire indikatorer, som ligger under landsgennemsnittet. Altså er 4 stjerner udtryk for at ingen af indikatorerne ligger over gennemsnittet, mens 0 stjerner angiver, at alle fire indikatorer ligger over landsgennemsnittet. I tabellen er det endvidere angivet med fremhævelse hvilke indikatorer der ligger væsentligt over landsgennemsnittet (≥ 115).

Tabellen er endvidere sorteret efter niveauet for det sociale indeks, således at kommuner med samme niveau findes umiddelbart samme sted i tabellen. En kommune kan således relativt let sammenligne sig med kommuner med omtrent samme sociale indeks og se, hvilke indikatorer de ligger højt henholdsvis lavt på i forhold til disse kommuner og landsgennemsnittet.

Selv for kommuner, der ligger i den lave ende med hensyn til udgifterne til den kommunale medfinansiering, kan der være muligheder for at påvirke udgifterne til den kommunale medfinansiering i nedadgående retning. Allerød og Hørsholm kommuner, der begge har lavere udgifter end landsgennemsnittet, ligger f.eks. 38 pct. over landsgennemsnittet med hensyn til genindlæggelser.

Opgørelserne kan kommunerne bruge i egne videre analyser samt til – i dialog med regioner og sygehuse samt andre kommuner – at identificere, hvor der er et potentiale for at påvirke borgernes træk på sundhedsvæsenet og de kommunale udgifter til medfinansieringen.

Tabel 5.1 Indikatorer for niveau for kommunal medfinansiering (sorteret efter socialt indeks)

Kommune	Medfinansiering pr. indb.	Samlede sundhedsudgifter	Med. udskr. over 65 år	Gennemsnitlige lægelser	Udvalgte diagnoser	Diabetes	Socialt indeks	"Stjerner"
Allerød	98	94	95	138	85	70	45	3
Lejre	106	107	98	106	92	88	47	3
Egedal	97	95	110	99	117	85	49	2
Solrød	105	104	121	109	92	86	56	2
Dragør	97	95	77	89	82	101	57	3
Hørsholm	95	91	103	129	97	67	59	2
Favrskov	93	93	93	85	82	85	59	4
Skanderborg	95	95	85	76	63	89	60	4
Vallensbæk	105	108	140	117	82	98	62	2
Gentofte	99	100	96	127	85	75	64	3
Rebild	85	85	82	62	82	73	65	4
Rudersdal	96	95	101	126	93	67	65	2
Odder	90	93	92	70	72	82	67	4
Hedensted	99	101	92	82	97	108	69	3
Hillerød	106	98	113	165	115	87	69	1
Ringkøbing-Skjern	91	91	92	111	89	94	72	3
Syddjurs	95	94	95	108	90	83	75	3
Lyngby-Taarbæk	98	98	93	116	77	80	75	3
Silkeborg	100	100	99	101	80	94	76	3
Frederikssund	106	101	108	141	129	94	76	1
Furesø	94	93	88	100	101	66	77	3
Stevns	99	98	100	91	98	85	77	3
Gribskov	105	100	111	164	119	90	77	1
Viborg	103	104	107	118	86	101	79	1
Roskilde	104	106	113	105	95	90	80	2
Faaborg-Midtfyn	95	97	73	81	84	91	81	4
Middelfart	97	97	75	78	108	90	82	3
Fanø	87	90	64	68	46	72	82	4
Billund	101	100	100	84	83	103	82	3
Kerteminde	90	93	70	59	81	94	82	4
Varde	97	94	85	93	80	106	82	3
Vejen	96	95	89	95	89	118	83	3
Herning	94	96	93	113	92	91	85	3
Brønderslev	88	89	89	68	110	81	85	3
Nordfyns	92	98	74	74	100	85	85	4
Holstebro	95	96	97	111	113	86	86	2
Jammerbugt	90	91	88	73	95	85	86	4
Faxe	99	101	98	87	103	100	87	2
Mariagerfjord	93	92	91	92	81	96	87	4
Assens	94	97	75	67	85	102	87	3
Sorø	95	97	121	77	112	91	88	2
Vejle	101	101	91	87	119	88	88	3
Skive	99	98	102	100	80	85	89	2
Ikast-Brande	92	94	91	98	96	92	91	4
Greve	108	107	118	94	104	92	91	2
Vesthimmerlands	94	94	99	98	78	93	91	4
Køge	108	108	108	105	98	99	92	2
Fredensborg	104	99	110	142	103	92	93	1
Kolding	97	100	78	95	103	90	94	3

Tabel 5.1 (fortsat) Indikatorer for niveau for kommunal medfinansiering (sorteret efter socialt indeks)

Kommune	Medfinansiering pr. indb.	Samlede sundhedsudgifter	Med. udsk. over 65 år	Genindlæggelser	Udvalgte diagnoser	Diabetes	Socialt indeks	"Stjerner"
Næstved	103	104	97	113	101	102	94	1
Tårnby	111	111	83	116	110	107	94	1
Sønderborg	99	95	86	113	100	130	94	1
Ringsted	100	102	118	70	111	97	95	2
Thisted	97	97	87	119	70	77	96	3
Struer	90	95	84	101	115	84	96	2
Holbæk	104	103	125	99	122	101	96	1
Hjørring	90	91	85	76	112	83	96	3
Lemvig	90	90	98	125	122	80	97	2
Aabenraa	92	90	83	89	100	101	98	3
Frederiksberg	122	120	136	106	120	116	99	0
Svendborg	100	102	87	106	92	87	99	3
Norddjurs	95	94	91	88	87	124	100	3
Ålborg	91	92	89	61	95	85	100	4
Nyborg	98	101	81	75	76	109	101	3
Halsnæs	113	107	112	193	139	112	101	0
Randers	101	95	92	112	104	99	101	2
Horsens	108	106	101	88	102	106	101	1
Haderslev	95	93	101	96	100	101	102	1
Samsø	119	116	55	216	137	122	102	1
Kalundborg	104	103	153	96	118	109	102	1
Vordingborg	98	99	93	96	99	96	103	4
Gladsaxe	104	106	92	133	115	99	103	2
Ærø	88	93	21	117	80	103	103	2
Morsø	99	100	84	108	75	84	103	3
Odsherred	105	108	112	112	127	95	105	1
Bornholm	98	101	90	106	105	110	106	1
Helsingør	110	102	115	152	114	102	109	0
Guldborgsund	100	100	90	118	114	100	109	1
Frederikshavn	93	95	86	88	110	105	109	2
Glostrup	111	110	116	139	107	112	111	0
Århus	104	106	114	89	74	115	111	2
Tønder	94	89	89	96	101	106	111	2
Fredericia	106	108	96	103	122	121	111	1
Esbjerg	115	110	101	119	96	119	115	1
Høje-Taastrup	110	111	118	111	115	108	119	0
Ballerup	107	110	95	107	115	97	120	2
Langeland	95	96	77	110	75	109	120	2
Odense	101	107	90	82	111	105	121	2
Hvidovre	118	118	114	114	122	123	121	0
Slagelse	103	105	130	88	118	100	121	2
Læsø	71	78	84	88	90	92	123	4
Rødovre	108	108	99	123	120	108	123	1
Herlev	108	114	96	108	111	96	136	2
København	123	124	125	86	127	137	143	1
Lolland	102	100	102	127	109	107	150	0
Brøndby	113	112	130	134	112	135	165	0
Ishøj	117	114	137	114	137	150	176	0
Albertslund	109	109	106	99	120	115	180	1

5.3 Analyser korrigeret for geografiske og sociale forhold

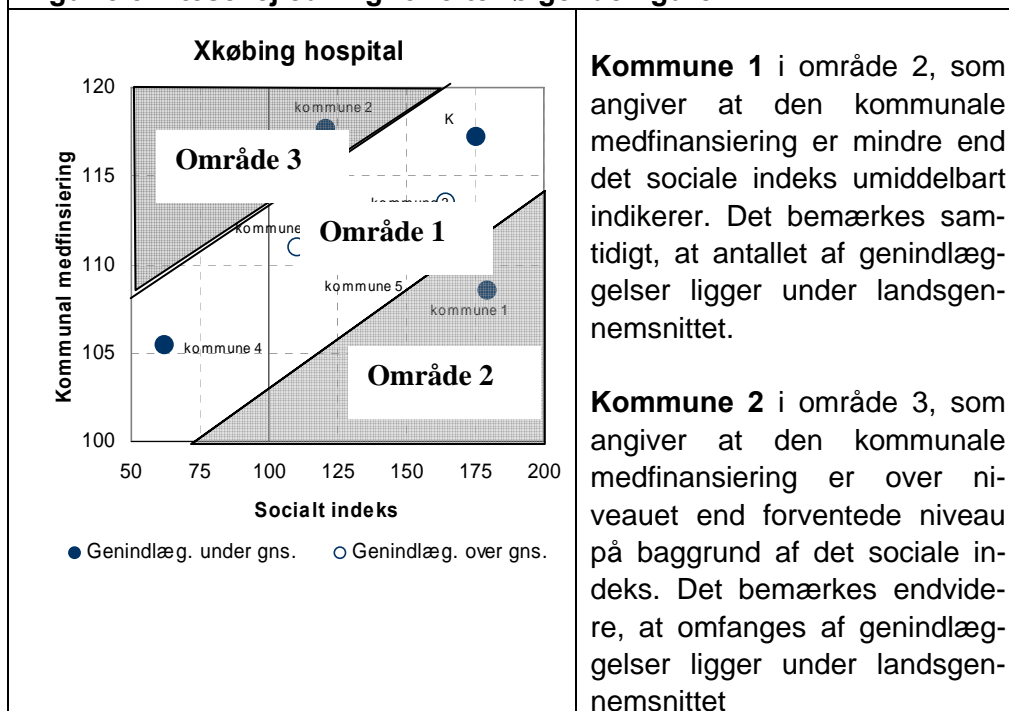
Som anført i kapitel 4 findes der en variation mellem den kommunale medfinansiering, der alene kan henføres til hvilken region, som kommunen er beliggende i. Korrigeres både for demografi og socialt indeks er der således en betydelig niveauforskell i den kommunale medfinansiering alt efter om kommune ligger i Øst- eller VestDanmark.

Denne variation kan søges isoleret ved at tage højde for den geografiske beliggenhed samt eventuelt ved, at man alene sammenligner kommuner som hovedsageligt benytter samme sygehus. Dette gøres ved at sammenligne kommuner inden for det samme geografiske område. Herudover kan søges korrigeret for forskelle i det sociale indeks. Dette gøres ved at indtegne kommunerne i forhold til en akse, der angiver værdien på det sociale indeks.

Denne metode er anvendt i de efterfølgende figurer med case-analyser af henholdsvis kommuner på Københavns vestegn, i Nordsjælland og i Nordjylland.

Det antages, at jo højere det sociale indeks er, jo højere kan den kommunale medfinansiering forventes at være. Det betyder at, for kommuner, der har værdier på hhv. 1. og 2. akse, som giver en placering i område 1 i figuren, er der en nogenlunde overensstemmelse mellem det sociale indeks og udgiftsniveauet for den kommunale medfinansiering.

Figur 5.5. Læsevejledning for efterfølgende figurer



Kommuner placeret i område 2 i figuren ovenfor er kendetegnet ved, at kommunen har relativt lave udgifter til den kommunale medfinansiering i forhold til deres sociale indeks.

Kommuner i område 3 har derimod relativt høje udgifter til den kommunale medfinansiering i forhold til, hvad der kunne forventes ud fra deres sociale indeks. Den geografiske variation er isoleret ved alene at betragte kommuner, som er beliggende i samme region og hovedsagligt benytter samme sygehus.

Niveauet for de fire indikatorer er belyst ved cirklerne i figuren, *jf. figur 5.5*. En udfyldt cirkel angiver, at niveauet for den belyste indikator er under gennemsnittet blandt de øvrige kommuner i samme geografiske område. En *ikke udfyldt* cirkel angiver, at kommunen ligger *over* niveauet for de øvrige kommuner. Forskellen mellem figurerne er alene, om cirklen er udfyldt eller ej, dvs. om kommunen ligger over eller under landsgennemsnittet på den pågældende indikator. Kommunerne har således samme placering i forhold til første og anden akse i hver af de følgende figurer.

5.4 Case-analyse af kommuner på Københavns vestegn

I dette afsnit undersøges en række kommuner på Københavns vestegn. Kommunerne er udvalgt således, at de primært anvender de samme sygehuse. I dette tilfælde er der tale om 7 kommuner på Københavns vestegn: Hvidovre, Brøndby, Vallensbæk, Ishøj, Høje-Taastrup, Glostrup og Albertslund. Alle disse kommuner anvender primært Hvidovre og Glostrup hospitaler.

Der er en forholdsvis stor variation i omfanget af den kommunale medfinansiering blandt de kommuner på den københavnske vestegn, hvis borgere primært anvender Glostrup og Hvidovre hospitaler. Det køns- og aldersstandardiserede niveau for den kommunale medfinansiering ligger på et indeks 105 i Vallensbæk Kommune og indeks 118 i Hvidovre Kommune. Borgerne fra Hvidovre Kommune anvender hovedsageligt Hvidovre hospital, hvorimod borgerne fra de øvrige seks kommuner fortrinsvist anvender Glostrup hospital. De øvrige kommuner ligger fordelt inden for dette interval.

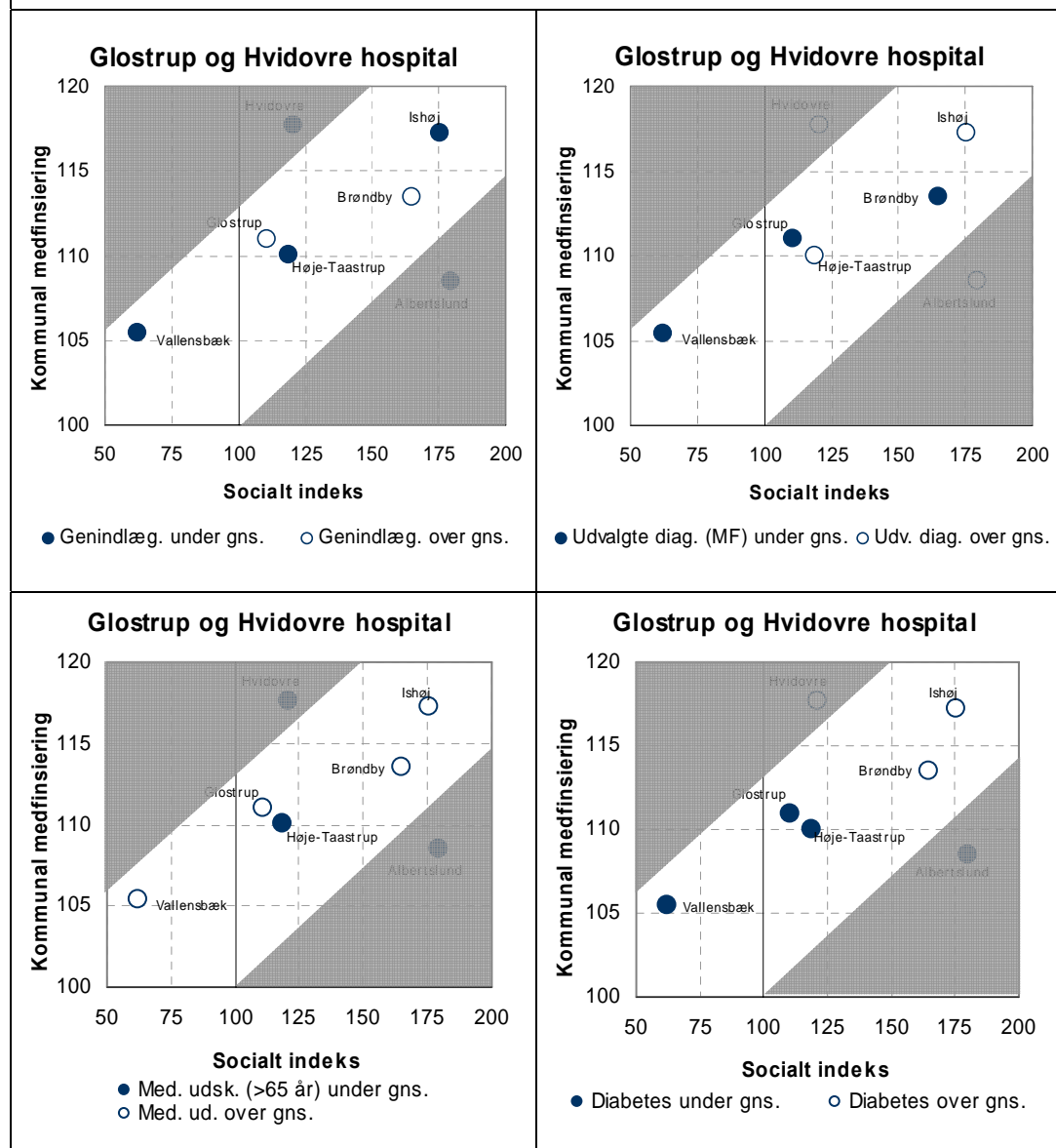
Der er endnu større spredning i niveauerne for de sociale indeks. Vallensbæk Kommune ligger således næsten 40 pct. under landsgennemsnittet og i den modsatte ende ligger Albertslund Kommune med 80 pct. over gennemsnittet. Kun Vallensbæk Kommune ligger under landsgennemsnittet, de øvrige kommuner ligger i intervallet fra indeks 111 til 180.

Betragtes kommunerne i forhold til deres placering i områderne 1-3 fremgår det, at særligt to kommuner er interessante. Albertslund Kommune, som har et relativt højt socialt indeks, har forholdsvis lave udgifter til den kommunale medfinansiering. Betragter man samtlige fire plots nedenfor i figur 5.6. bemærkes, at såvel antallet af genindlæggelser, antal udskrivinger for ældre medicinske patienter samt udgifterne til den kommunale medfinansiering for de syv udvalgte diagnoser ligger under gennemsnittet for Albertslund Kommune. Alene udgifterne for den kommunale medfinansiering til behandling af diabetespatienter overstiger gennemsnittet.

Hvidovre Kommune er derimod kendetegnet ved, at den kommunale medfinansiering ligger på et højere niveau set i forhold til niveauet for det socia-

le indeks. Alene i forhold til borgerne i Glostrup kommune, som har et omtrentligt identisk socialt indeks, er forskellen næsten syv procent enheder. Det bemærkes, at den kommunale medfinansiering i Hvidovre for både de syv udvalgte diagnoser samt til diabetespatienterne ligger over gennemsnittet, mens både omfanget af genindlæggelser og indlæggelser af ældre medicinske patienter ligger under gennemsnittet. Figurerne indikerer således, at der er et potentiale for at påvirke niveauet for den kommunale medfinansiering og dermed trække på det regionale sundhedsvæsen i en kommune som Hvidovre.

Figur 5.6 Forklaringer på variationen i medfinansieringsudgifterne i 7 vestkommuner.



5.5 Case-analyse af kommuner i Nordsjælland

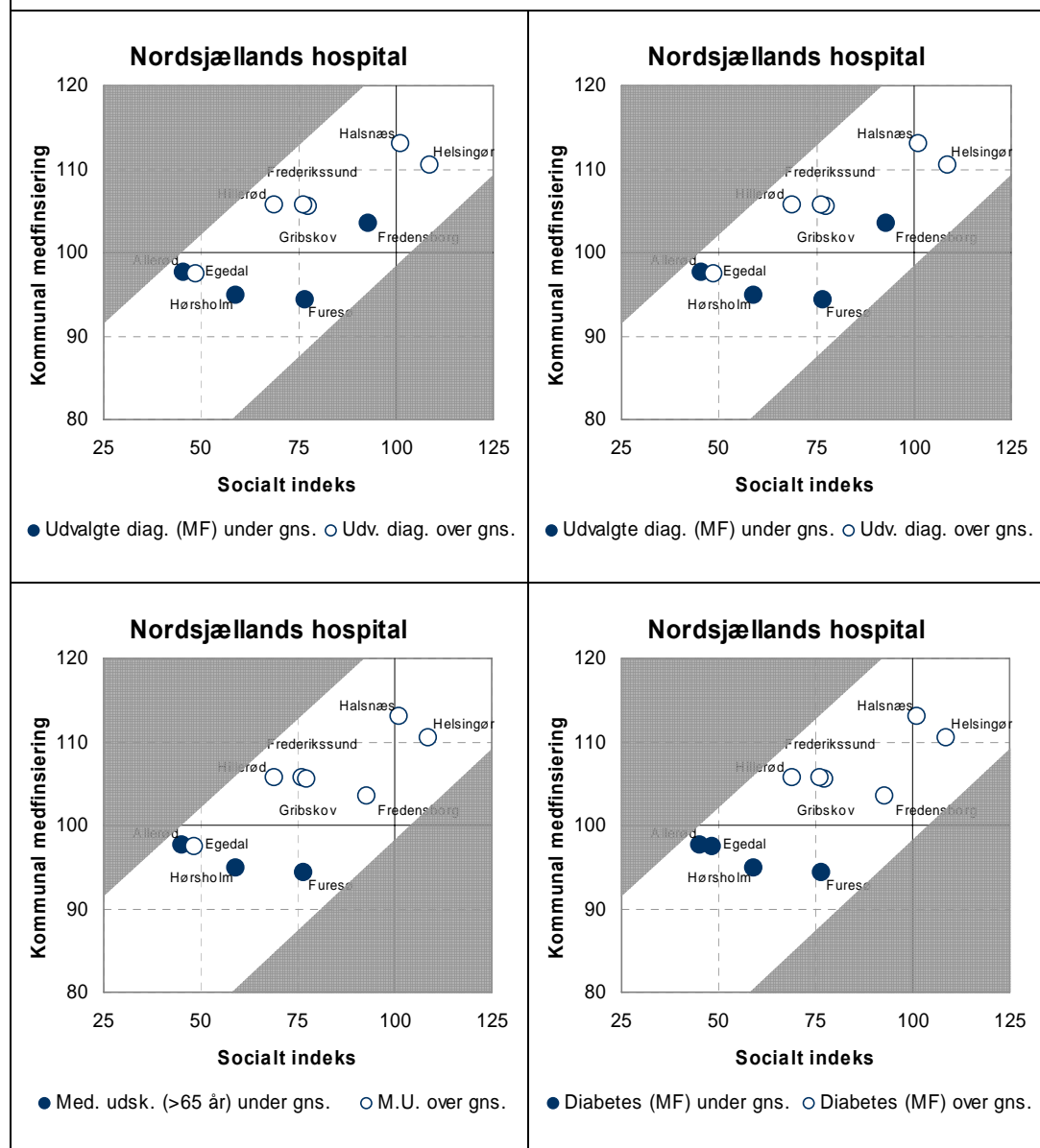
I dette afsnit analyseres ti kommuner i Nordsjælland: Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Frederikssund, Gribskov, Fredensborg, Allerød, Egedal, Hørsholm og Furesø.

De nordsjællandske kommuner er fordelt på hver sin side af landsgennemsnittet for den kommunale medfinansiering af firekomor med udgifter end landsgennemsnittet og seks kommuner, der har udgifter over landsgennemsnittet.

Der er en generel tendens til en positiv sammenhæng mellem det sociale indeks, dvs. jo højere det sociale indeks er, jo højere er udgifterne til den kommunale medfinansiering. Der er dog en række undtagelser i forhold til dette mønster. For eksempel udgør den kommunale medfinansiering et noget lavere niveau i Furesø Kommune i forhold til Gribskov, Hillerød og Frederikssund kommuner, som har omtrentligt samme sociale indeks.

Det største forbrug af sundhedsydelser findes Halsnæs og Helsingør kommuner. Helsingør Kommune har dog et marginalt lavere forbrug af de regionale sundhedsydelser end borgerne fra Halsnæs Kommune trods et socialt indeks, der er næsten 8 pct. over det sociale indeks i Halsnæs Kommune, jf. figur 5.7.

Figur 5.7 Forklaringer på variationen i medfinansieringsudgifterne i ti nordsjællandske kommuner.



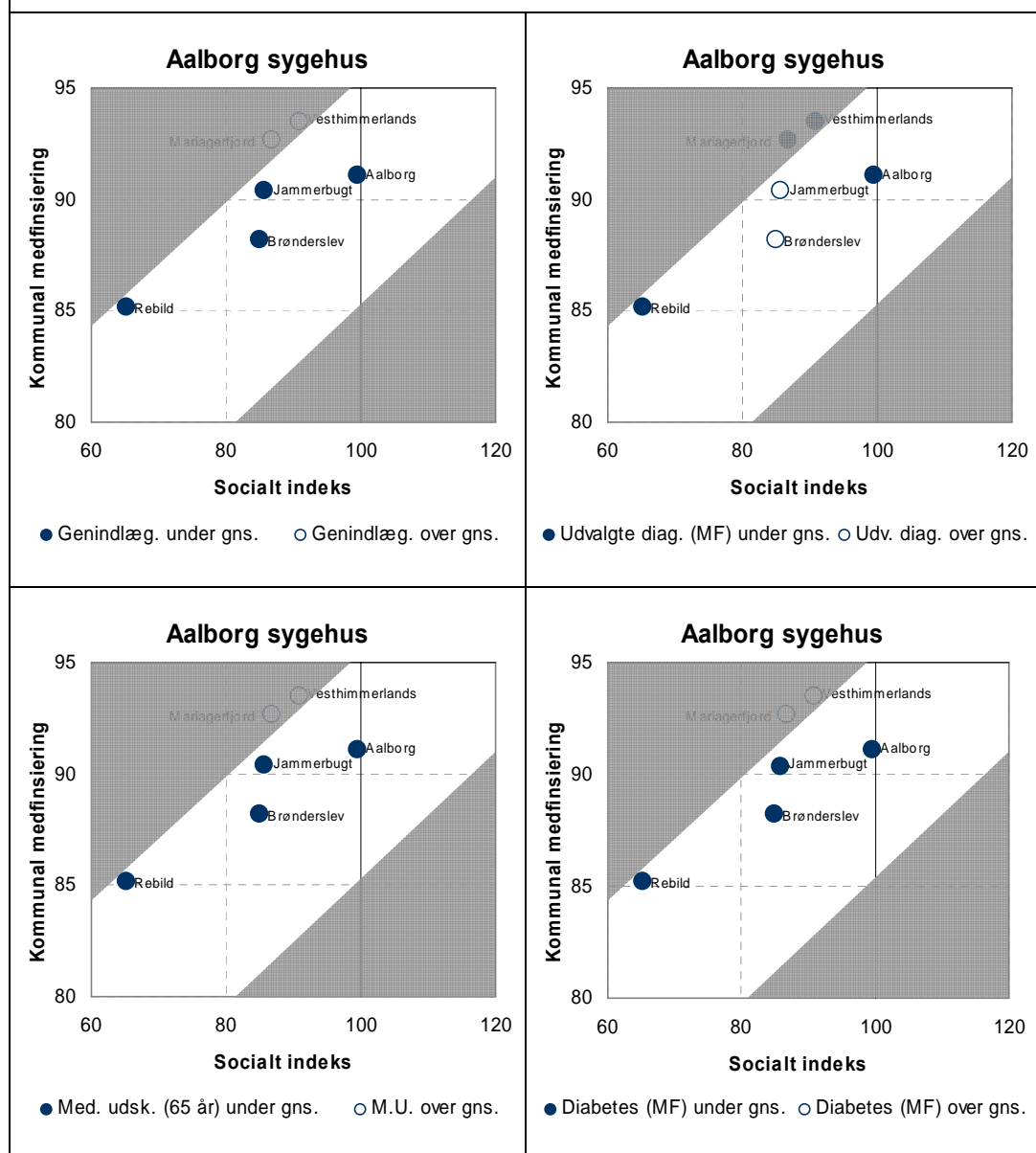
Det bemærkes, at det både for Helsingør og Halsnæs Kommune gælder, at antallet af genindlæggelser og udskrivningerne af ældre medicinske patienter ligger over landsgennemsnittet. Dette gælder også for niveauet af kommunal medfinansiering af de syv udvalgte diagnoser.

5.6 Case-analyse af kommuner i Nordjylland

Denne case omhandler seks kommuner, der hovedsagligt benytter Aalborg Sygehus. Det er Rebild, Brønderslev, Mariager Fjord, Jammerbugt, Vesthimmerland og Aalborg.

De nordjyske kommuner er generelt kendetegnet ved at have relativt lave udgifter til den kommunale medfinansiering i forhold til den øvrige del af landet. Det kan dog alligevel spores en variation mellem kommunerne. Vest-Himmerlands Kommune og Mariagerfjord Kommune har således de højeste niveauer af kommunale medfinansiering på hhv. indeks 94 og 93, jf. figur 5.8.

Figur 5.8 Forklaringer på variationen i medfinansieringsudgifterne i 6 nordjyske kommuner.



Aalborg Kommune har det højeste sociale indeks med et niveau svarende til landsgennemsnittet og er dermed den kommune med det højeste sociale indeks af case-kommunerne. Aalborg Kommune har dog med et indeks på 91 en kommunal medfinansieringsudgift, der ligger 9 pct. under landsgen-

nemsnittet. Det bemærkes derudover, at såvel antallet af genindlæggelser og indlagte medicinske patienter generelt er lavere blandt borgerne i Aalborg kommune. Ligeledes er udgifterne til den kommunale medfinansiering blandt de syv udvalgte diagnoser under landsgennemsnittet.

Eventuelle forklaringer af det relativt høje forbrug af sundhedsydelse i Mariagerfjord og Vesthimmerland kommuner – og dermed indikationer af at tilhøre en "område 3-kommune" – kan bl.a. henføres til, at begge kommuner ligger over landsgennemsnittet med hensyn til antallet af genindlæggelser, indlagte ældre medicinske patienter og forbruget knyttet til de udvalgte syv diagnoser.

I de ovenstående case-analyser er det søgt at sammenligne kommuner, der er beliggende i samme geografiske område og som i høj grad anvender samme sygehuse. Der er endvidere søgt at sammenligne kommuner med nogenlunde samme værdi på det sociale indeks. Case-analyserne viser generelt at socioøkonomiske forhold forklarer noget af variationen i udgifterne til den kommunale medfinansiering mellem kommunerne, men viser samtidig også, at der er en uforklaret variation mellem kommunerne, som ikke kan henføres til den geografiske beliggenhed eller sygehusene, idet disse forhold er gjort konstante. Analyserne indikerer således, at en del af variationen mellem kommunerne må tilskrives en række forhold på kommuneniveau. Det skal bemærkes, at der kan være gode grunde til at de kommunale medfinansieringsudgifter varierer mellem kommunerne. Case-analyserne har således blot til hensigt at påpege en uforklaret variation, som eventuelt kan give anledning til videre analyser i kommunerne og erfaringsudveksling på tværs af kommunerne.

Bilagstabel 5.1 Køns- og aldersstandardiseret niveau for kommunale medfinansiering (Sorteret efter socialt indeks)

Kommune	Medfinansie- ring pr. indb	Somatik	Somatik sta.	Somatik amb	Somatik gen- op.	Psykiatri Sra	Psykiatri amb	Praksissekto- ren
Allerød	95	91	96	85	68	97	103	116
Lejre	103	103	104	103	101	66	131	102
Egedal	95	94	97	92	73	68	75	111
Solrød	103	103	105	100	113	51	52	124
Dragør	95	90	87	94	79	74	97	126
Hørsholm	92	89	94	82	70	63	54	132
Favrskov	91	93	92	96	74	69	59	89
Skanderborg	93	96	94	101	79	59	65	89
Vallensbæk	103	103	100	110	81	94	63	114
Gentofte	96	91	88	97	76	89	96	126
Rebild	83	86	88	83	83	35	44	86
Rudersdal	93	89	90	90	75	70	66	128
Odder	87	91	86	94	146	60	75	76
Hedensted	97	101	93	110	161	79	73	81
Hillerød	103	101	108	93	73	88	105	117
Ringkøbing-Skjern	88	95	97	91	98	54	20	76
Syddjurs	92	94	96	93	69	72	76	93
Lyngby-Taarbæk	95	90	87	95	77	90	86	129
Silkeborg	97	101	103	101	71	82	70	84
Frederikssund	103	102	110	91	83	106	87	114
Furesø	92	88	89	88	64	76	92	118
Stevns	97	99	102	95	106	59	81	94
Gribskov	103	102	112	90	83	95	74	116
Viborg	101	107	110	103	88	65	43	91
Roskilde	101	99	99	98	117	96	130	105
Faaborg-Midtfyn	92	95	88	103	113	114	56	88
Middelfart	95	95	90	102	114	93	98	89
Fanø	85	87	90	81	116	67	65	80
Billund	98	101	101	100	114	99	117	77
Kerteminde	87	89	81	100	95	65	59	91
Varde	95	99	102	94	125	71	98	72
Vejen	94	96	98	94	105	96	120	72
Herning	92	97	97	97	107	80	33	83
Brønderslev-Dronninglund	86	89	94	83	84	53	53	82
Nordfyns	89	90	84	98	105	82	79	90
Holstebro	92	98	101	94	101	45	32	85
Jammerbugt	88	92	97	85	76	56	47	85
Faxe	96	97	100	92	97	75	82	99
Mariagerfjord	90	95	100	87	98	48	48	85
Assens	92	92	85	102	105	95	91	90
Sorø	93	93	95	91	84	112	70	92
Vejle	98	103	95	111	146	81	86	78
Skive	97	102	105	98	89	84	64	79
Ikast-Brande	89	95	96	93	107	72	25	80
Greve	105	102	103	101	115	69	121	122
Vesthimmerlands	91	96	104	86	91	68	44	78
Køge	105	105	105	103	114	89	96	111
Fredensborg	101	97	104	89	75	93	88	126

Kommune	Medicinans- ring pr. indb	Somatik	Somatik sta.	Somatik amb	Somatik gen- op.	Psykiatri Sta	Psykiatri amb	Praksissekto- ren
Kolding	94	97	89	109	109	68	103	79
Næstved	100	102	103	101	88	82	87	97
Tårnby	108	106	107	107	89	72	105	128
Sønderborg	96	96	96	96	79	143	121	82
Ringsted	97	98	99	95	103	102	76	99
Thisted	94	98	103	90	86	74	82	82
Struer	88	93	97	87	84	44	26	87
Holbæk	102	105	107	104	91	93	80	89
Hjørring	88	93	98	87	84	67	50	74
Lemvig	88	93	101	81	101	67	24	81
Aabenraa	89	88	91	83	89	111	114	87
Frederiksberg	119	111	110	112	118	129	223	130
Svendborg	98	100	94	105	129	146	76	84
Norddjurs	93	96	94	100	62	87	66	85
Ålborg	89	89	90	87	90	67	80	93
Nyborg	95	98	89	109	118	77	61	93
Frederiksværk-Hundested	110	110	122	95	89	99	92	117
Randers	99	100	97	105	65	80	107	93
Horsens	105	108	98	118	171	87	107	92
Haderslev	93	90	94	85	93	108	141	89
Samsø	116	130	144	111	97	72	77	58
Kalundborg	101	105	111	97	94	116	76	88
Vordingborg	96	97	99	94	82	93	94	91
Gladsaxe	101	99	99	101	73	88	82	124
Ærø	86	92	92	91	112	61	45	63
Morsø	97	100	103	97	80	97	79	82
Odsherred	102	104	107	100	100	140	99	89
Bornholm	95	95	95	96	100	103	94	95
Helsingør	108	103	110	93	79	117	90	140
Guldborgsund	97	99	103	95	68	100	88	90
Frederikshavn	91	96	102	89	85	57	44	81
Glostrup	108	107	106	111	82	147	91	113
Århus	102	101	97	106	100	135	105	101
Tønder	91	88	91	84	81	109	172	80
Fredericia	103	108	98	122	107	83	88	84
Esbjerg	112	113	115	108	138	147	177	81
Høje-Taastrup	107	106	106	107	78	135	80	120
Ballerup	104	100	98	106	65	100	117	126
Langeland	93	95	91	100	120	166	55	78
Odense	99	98	92	108	106	105	88	103
Hvidovre	115	115	112	118	135	150	101	111
Slagelse	100	100	102	98	103	114	106	95
Læsø	69	74	87	56	61	34	20	63
Rødovre	105	101	101	103	77	154	100	119
Herlev	105	103	98	113	67	121	113	116
København	120	112	112	110	138	163	205	131
Lolland	99	100	108	91	61	98	117	89
Brøndby	111	110	107	115	75	126	96	118
Ishøj	114	110	114	108	74	163	115	129
Albertslund	106	103	101	108	75	130	97	118

Bilagstabel 5.2 Køns- og aldersstandardiseret niveau for antal kontakter der er takstbærende i forhold til kommunal medfinansiering (Sorteret efter socialt indeks)

Kommune	Medfinansiering pr. indb	Somatik	Somatik stra.	Somatik amb	Somatik gen-op.	Psykiatri Stra	Psykiatri amb	Praksissekto-ren
Allerød	102	87	100	86	75	92	103	104
Lejre	105	103	104	103	85	75	131	105
Egedal	98	92	98	91	81	60	75	99
Solrød	110	103	107	102	88	63	52	111
Dragør	98	89	88	89	86	70	97	99
Hørsholm	108	87	96	86	79	58	54	112
Favrskov	98	89	91	89	75	72	59	100
Skanderborg	99	91	91	92	80	69	65	101
Vallensbæk	101	106	101	106	90	92	63	101
Gentofte	103	95	93	95	85	87	96	104
Rebild	93	78	87	77	79	37	44	95
Rudersdal	104	88	93	88	82	65	66	107
Odder	93	87	84	87	117	57	75	94
Hedensted	96	108	91	109	166	72	73	95
Hillerød	102	94	111	93	82	86	105	103
Ringkøbing-Skjern	92	90	97	90	94	54	20	93
Syddjurs	97	84	94	83	77	81	76	99
Lyngby-Taarbæk	101	93	90	93	85	82	86	103
Silkeborg	99	98	101	98	80	89	70	100
Frederikssund	103	95	112	93	90	96	87	104
Furesø	103	86	91	86	76	68	92	105
Stevns	98	99	102	98	86	67	81	99
Gribskov	104	92	116	90	89	90	74	105
Viborg	98	109	113	108	89	73	43	97
Roskilde	100	99	101	99	98	109	130	100
Faaborg-Midtfyn	97	105	87	107	124	108	56	96
Middelfart	97	102	89	103	127	92	98	97
Fanø	98	86	91	85	145	75	65	100
Billund	96	102	99	102	143	120	117	95
Kerteminde	98	101	80	103	108	67	59	98
Varde	94	98	101	97	152	62	98	93
Vejen	89	94	96	93	127	96	120	89
Herning	98	97	96	97	104	82	33	100
Brønderslev-Dronninglund	93	81	93	79	83	47	53	95
Nordfyns	97	101	85	102	124	83	79	97
Holstebro	97	94	101	93	87	45	32	98
Jammerbugt	95	80	96	79	77	51	47	97
Faxe	101	95	100	94	89	79	82	102
Mariagerfjord	98	85	98	83	87	49	48	100
Assens	101	104	83	106	123	100	91	101
Sorø	95	91	95	91	76	112	70	96
Vejle	95	113	94	115	165	81	86	92
Skive	94	105	106	105	89	85	64	93
Ikast-Brande	94	92	95	91	108	73	25	95
Greve	110	101	104	100	93	77	121	111
Vesthimmerlands	89	85	103	82	85	69	44	91
Køge	110	107	107	107	93	104	96	111

Kommune	Medfinansie- ring pr. indb	Somatik	Somatik stra.	Somatik amb	Somatik gen- op.	Psykiatri Stra	Psykiatri amb	Praksissekto- ren
Fredensborg	108	92	108	90	81	90	88	111
Kolding	103	108	87	110	124	60	103	102
Næstved	99	104	104	105	81	101	87	99
Tårnby	103	106	107	106	104	66	105	103
Sønderborg	101	101	96	101	93	135	121	101
Ringsted	103	95	99	95	89	112	76	104
Thisted	91	93	102	92	88	73	82	91
Struer	97	88	96	87	75	43	26	100
Holbæk	97	101	108	100	85	89	80	97
Hjørring	88	91	97	90	85	60	50	88
Lemvig	92	84	100	81	87	63	24	94
Aabenraa	97	84	90	83	107	102	114	98
Frederiksberg	104	120	110	122	112	119	223	100
Svendborg	95	108	93	109	135	153	76	94
Norddjurs	97	91	93	91	71	88	66	98
Ålborg	98	82	89	81	81	68	80	100
Nyborg	97	110	89	112	129	71	61	96
Frederiksværk-Hundested	105	99	126	96	95	88	92	106
Randers	105	96	97	96	69	82	107	106
Horsens	103	116	96	117	151	80	107	101
Haderslev	97	85	93	84	110	113	141	98
Samsø	84	118	145	114	123	63	77	79
Kalundborg	95	97	110	95	88	115	76	95
Vordingborg	97	96	100	95	81	103	94	97
Gladsaxe	104	100	101	100	89	78	82	104
Ærø	80	93	93	93	109	58	45	79
Morsø	95	100	102	100	82	92	79	95
Odsherred	96	99	107	98	94	133	99	95
Bornholm	98	98	94	98	118	94	94	98
Helsingør	115	97	112	95	87	109	90	117
Guldborgsund	95	101	102	101	71	104	88	94
Frederikshavn	95	89	102	88	91	51	44	96
Glostrup	98	108	107	109	87	151	91	97
Århus	104	97	94	97	87	161	105	105
Tønder	98	84	90	83	100	106	172	100
Fredericia	103	123	97	126	123	74	88	100
Esbjerg	102	113	115	111	168	138	177	99
Høje-Taastrup	104	104	107	103	84	153	80	104
Ballerup	105	103	100	104	85	88	117	105
Langeland	90	104	90	105	129	157	55	88
Odense	101	111	93	113	127	102	88	100
Hvidovre	101	119	112	120	104	154	101	99
Slagelse	97	97	102	97	90	107	106	97
Læsø	87	60	86	56	76	26	20	92
Rødovre	102	102	102	103	90	165	100	102
Herlev	102	111	99	113	83	102	113	100
København	104	113	112	113	110	152	205	102
Lolland	99	97	110	96	65	105	117	99
Brøndby	102	112	107	113	85	137	96	101
Ishøj	109	108	114	107	85	180	115	109
Albertslund	102	105	103	106	89	149	97	102

Bilag 1. Arbejdsgruppens kommissorium m.v.

Kommissorium for arbejdsgruppe om bedre grundlag for forebyggelsesindsatsen i kommunerne

Arbejdsgruppen vedr. bedre grundlag for forebyggelsesindsatsen i kommunerne har haft følgende kommissorium:

*"Det fremgår af økonomiaftalen for 2008 mellem regeringen og KL, at der er enighed om *"vigtigheden af, at kommunerne får adgang til relevant information om borgernes sundhedstilstand, så de har et solidt grundlag for prioritering af forebyggelsesindsatsen. Der er enighed om at skabe en fælles og forpligtende ramme for drøftelser af de konkrete informationsbehov, herunder fordelingen af eventuelle afledte udgifter, så mulighederne for at indfri potentialet ved den aktivitetsbestemte medfinansiering understøttes bedst muligt."**

På den baggrund nedsættes en arbejdsgruppe, der skal bidrage til at give kommunerne et bedre grundlag for at analysere og styre kommunernes sundhedsudgifter under den kommunale medfinansieringsordning.

Arbejdsgruppen får til opgave at:

- beskrive kommunernes opgaver og finansieringsmodel på sundhedsområdet
- afdække allerede tilgængelige data (primært via DRG-systemet) hos de centrale sundhedsmyndigheder
- sammenligne kommunernes forbrug af sundhedsydelse, herunder variationer i kommunernes aktivitetsbestemte medfinansiering
- belyse, hvordan indførelsen af den kommunale medfinansiering pr. 1. januar 2007 har påvirket kommunernes sygehusforbrug i forhold til 2006
- analysere, om der er systematiske forskelle mellem sygehusenes optageområder
- Identificere gode case-eksempler fra kommuner/sygehuse
- analysere forklarende faktorer på variationer i kommunernes udgifter til medfinansiering, herunder dekomponere udgifterne og årsagerne til kommunal udgiftsvariation.

Hensigten med analysen er at medvirke til at klarlægge, hvilke faktorer der er centrale fra en kommunal styringsvinkel, bl.a. med henblik på at fremhæve de potentielle (kommunale og ørige samfundsøkonomiske) gevinster ved at undgå forebyggelige og unødvendige indlæggelser

Der er iværksat et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og kommuner, der behandler ønsker om mere detaljerede styringsinformationer, herunder mulighederne for at integrere data fra de centrale sundhedsmyndigheder med oplysninger fra kommunernes egne registre. Arbejdsgruppens arbejde koordineres i forhold til det i Sundhedsstyrelsen og kommunerne pågående arbejde omkring detaljerede styringsinformationer. Arbejdsgruppen skal i sit arbejde lægge til grund, at persondataloven ikke tillader, at kommunerne får generel adgang til individdata for f.eks. patienter behandlet i det regionale sygehusvæsen.

Arbejdsgruppen afrapporterer medio april 2008. Der skal i det lys tages stilling til, hvordan der løbende kan ske en formidling af relevante data til kommunerne, jf. aftale om kommunernes økonomi 2008. Efterfølgende skal der ske formidling af relevante data til kommunerne via eSundhed-portalen, således at kommunerne selv hurtigt og nemt kan foretage løbende opfølgning og analyse af forholdene bag deres sundhedsudgifter.

Rapportens anbefalinger kan tages op i forbindelse med forhandlingerne om kommunernes økonomi for 2009.

Arbejdsgruppens sammensætning:

- 5 repræsentanter fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand)
- 3 repræsentanter fra KL
- 2 repræsentant fra Danske Regioner
- 1 repræsentant fra Sundhedsstyrelsen
- 1 repræsentant fra Finansministeriet

Sekretariatsopgaverne varetages af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.”

Arbejdsgruppens sammensætning og møder

I arbejdsgruppen deltager KL, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand).

Arbejdsgruppen har afholdt 5 møder på følgende datoer:

1. Den 13. februar 2008
2. Den 11. marts 2008
3. Den 7. april 2008
4. Den 28. april 2008
5. Den 15. maj

Ved møderne har følgende personer deltaget:

Kontorchef Torben Buse, KL
 Chefkonsulent Helle Schnedler, KL (indtil 12. marts 2008)
 Chefkonsulent Mette Bergholdt, KL
 Fuldmægtig Mette Haugaard Skou, KL (fra 12. marts 2008)
 Fuldmægtig Peter Henneberg, Finansministeriet
 Konsulent Anne Marie Lei, Danske Regioner
 Konsulent Marie Bussey Rask, Danske Regioner
 Kontorchef Poul Erik Hansen, Sundhedsstyrelsen
 Chefkonsulent Annette Søberg Roed
 Kontorchef Svend Særkjær, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (Formand)
 Chefkonsulent Søren Lindemann Aagesen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
 Chefkonsulent Mads Hansen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
 Fuldmægtig Lasse Lauridsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Fuldmægtig Marie Louise Bloch Poulsen-Hansen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Fuldmægtig Frederikke Beer, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Fuldmægtig Steffen Larsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Student Rasmus Fynbo Aagaard-Jensen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse