



Til OB

18-11-2010

Covernotat vedr. redegørelse for udviklingen i 2010 i aktivitetsbestemt medfinansiering

Sagsnr.
2010-163460

Dokumentnr.
2010-800304

Sagsbehandler
Maria Vitved Andersen

Vedlagt notat om 'Redegørelse for aktivitetsbestemt medfinansiering - aktivitetsudvikling i 2010 og 2011 samt initiativer' er et uddybende notat om den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet, som forklarer merforbruget på området under Sundheds- og Omsorgsudvalget, og redegør for hvilke initiativer, der er igangsat på baggrund af udviklingen.

Notatet knytter sig dels til indstillingen fra Sundheds- og Omsorgsudvalget vedr. ansøgning om tillægsbevilling vedr. kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet, som blev behandlet på ØU den 9. november, og dels til indstillingen vedr. oktoberprognosen, som behandles på ØU den 7. dec. 2010.

Notatet lægges som bilag til Sundheds- og Omsorgsudvalget indstilling om oktoberprognosen, som behandles på SOU den 25. november 2010. Det indstilles i sagens at-punkt, at notatet tages til efterretning.

Det forslås, at notatet lægges på aflæggerbordet til næste Økonomiudvalgsmøde.

Center for Økonomi

Rådhuset, 2. sal, 50
1599 København V

Telefon
3366 2136

Telefax
3366 7013

E-mail
MVA@okf.kk.dk

EAN nummer
5798009800206

www.kk.dk



Redegørelse for aktivitetsbestemt medfinansiering – aktivitetsudvikling i 2010 og 2011 samt initiativer

Dette notat beskriver udviklingen i den aktivitetsbestemte medfinansiering; betaling af aktivitetsbestemte sundhedsudgifter til Regionen, og redegør herefter for hvilke initiativer, der er igangsat på baggrund af udviklingen.

Københavns Kommune har i forhold til det vedtagne budget for 2010 et betydeligt merforbrug til kommunalt medfinansiering under Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Forbruget til kommunal medfinansiering er ikke styrbart for kommunen, idet udgifterne fastsættes af aktivitetsniveauet i Regionen (kommunerne betaler en fast DRG-takst pr. behandling på hospitalerne).

Aktivitetsniveauet i Region Hovedstaden har været kraftigt stigende fra 2009 til 2010. Stigningen er væsentlig større i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner, og overgår den forudsatte vækst i regeringsaftalen, som kommunens budget er lagt ud fra. Det aktivitetsbestemte tilskud fra Staten til Regionerne er fastlåst. Det aktivitetsbestemte tilskud fra kommunerne hæves derimod med det øgede aktivitetsniveau. Hermed ender flere kommuner i hovedstadsområdet med en merudgift på området.

Kommunernes aktivitetsbaserede finansieringsandel udgør som udgangspunkt i gennemsnit ca. 14 % af prisen på en hospitalsydelse. Den pris som danner grundlaget for kommunernes betaling er lagt fast i et budgetår. Dette indebærer at såfremt sygehusene øger deres produktion i et regnskabsår, udover det som er forudsat i regeringsaftalen, får kommunerne en merudgift. Det betyder også, at såfremt produktionsstigningen skyldes en øget produktivitet på regionernes sygehuse - dvs. hvis produktionsforøgelsen er større end forøgelsen af udgifterne - finansierer kommunerne en øget andel af enhedsudgifterne og regionerne en mindre del af enhedsudgifterne i et givet budgetår.

Dette forhold indebærer en væsentlig budgetusikkerhed for kommunerne på et område, hvor kommunerne på kort sigt ikke har mulighed for at påvirke aktiviteten og dermed udgifterne.

Dette gælder både for kommunerne under ét og for enkeltkommuner, hvor usikkerheden kan være særdeles stor.

17-11-2010

Sagsnr.
2010-163460

Dokumentnr.
2010-793864

Sagsbehandler
Jannie Kilsmark/SUF
Lars Engberg/SUF
Maria Vitved
Andersen/ØKF

Center for Økonomi

Rådhuset, 2. sal, 50
1599 København V

Telefon
3366 2136

Telefax
3366 7013

E-mail
MVA@okf.kk.dk

EAN nummer
5798009800206

www.kk.dk

I budgetåret 2010 er Københavns Kommunes finansieringsandel steget med 7%, når midtvejsregulering af området medtages. Andre kommuner oplever den samme udvikling. Det drejer sig om kommuner i hele landet, men især i hovedstadsregionen, hvor kommuner som bl.a. Brøndby, Hørsholm og Ballerup er hårdt ramt.

Københavns Kommune mener, at problemstillingen skal undersøges og belyses yderligere med henblik på at etablere ordninger som giver kommunerne øget budgetsikkerhed på kort sigt. På lang sigt bør fortsat gælde at kommunernes indsats med at fremme sundhedstilstanden blandt borgerne har konsekvenser for kommunens betalinger til regionerne for sygehusbehandlingen af de patienter, som har bopæl i kommunen.

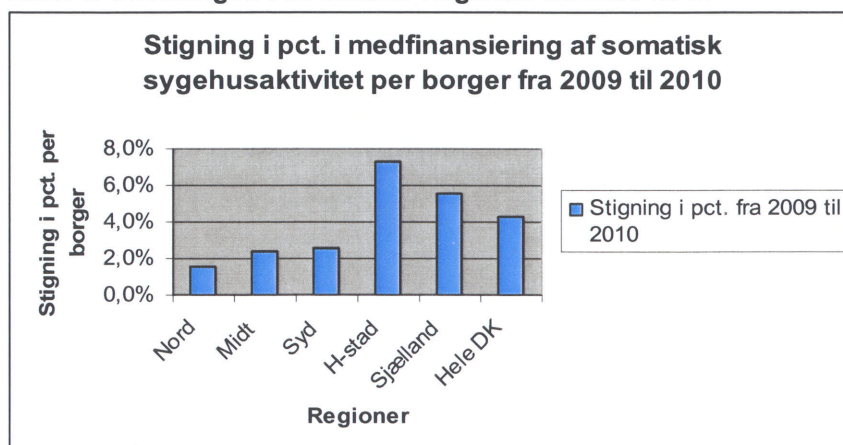
Baggrund

På baggrund af de løbende prognoser identificerede Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i maj en stærk vækst i aktivitetsniveauet på hovedstadens hospitaler i 2010, udover hvad der var forudsætningerne for budgettet.

Udviklingen er ikke isoleret til Københavns Kommune. Også en lang række af de øvrige kommuner i Region Hovedstaden forventer et betydeligt merforbrug til den kommunale medfinansiering i 2010.

Merforbruget skyldes især en stor stigning i den somatiske aktivitet.¹ En stigning fra 2009 til 2010 som sagt er væsentlig større i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner, og overstiger den forudsat vækst i regeringsaftalen.

Tabel 1: Udviklingen i de enkelte Regioner fra 2009-2010



Kommunernes udgifter styres af aktivitetsniveauet i Regionen. Kommunen kompenseres økonomisk for området samlet set via

¹ Den somatiske aktivitet ligger under Sundheds- og Omsorgsforvaltningen mens psykiatrien – der er stabil set i forhold til de øvrige Regioner i 2010 - ligger under Socialforvaltningen.

bloknøglefordelingen ved årets start samt via en midtvejsregulering. Kommunerne kompenseres således ikke ud fra deres faktiske forbrug.

Midtvejsreguleringen, som er givet medio 2010, dækker ikke de forventede merudgifter i Hovedstadsområdet. Kommunerne i Hovedstaden vil samlet set mangle omkring 90 mio. kr. i kompensation i 2010 i medfinansiering.

I forbindelse med 3. prognose forventer Sundheds- og Omsorgsforvaltningen et merforbrug på 53,7 mio. kr.² Merforbruget bliver håndteret via en tillægsbevilling.³

Tabel 2: Sundheds- og Omsorgsforvaltningens budget og forventet regnskab på aktivitetsbestemt medfinansiering i 2010

		VEDTAGET BUDGET	KORRIGERET BUDGET	FORVENTET REGNSKAB
År	Funktion	Netto	Netto	Netto
2010	046281 - Aktivitetsbestemt medfinansiering	905.429.000	946.346.000	1.000.046.000

Kommunens umiddelbare analyse viste, at den demografiske udvikling kun kan forklare en begrænset del af meraktivitetsniveauet (se bilag 1 for uddybning). Interessen har derfor samlet sig om den særlige takststyringsmodel i Region Hovedstaden, hvor meraktivitetsniveauet på hospitalerne udover det aftalte aktivitetsniveau synes at blive honoreret mere favorabelt end i de øvrige regioner med en betaling på 50% af takstværdien for den pågældende meraktivitet.

Med baggrund i ovenstående udvikling fremsendte Overborgmesteren og Sundheds- og Omsorgsborgmesteren d.15. oktober et brev til Regionsrådsformand Vibeke Storm Rasmussen, hvor kommunen udbeder sig en redegørelse fra regionen omhandlende følgende punkter:

- Hvad er Region Hovedstadens forklaring på det stigende aktivitetsniveau i 2010 sammenlignet med 2009?
- Om Regionen vurderer, at en del af forklaringen skal findes i den særlige takststyringsmodel?
- En redegørelse for, hvilke initiativer Region Hovedstaden vil iværksætte for at dæmpe aktivitetsniveauet allerede i 2010, samt forslag til sikring af budgetoverholdelse i 2011

² Merforbruget i 2010 er i reelle tal på 94,5 mio. kr. (jf. tabel 1) Heraf har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen selv finansieret de første 20 mio. kr. ved omflytninger inden for bevillingen (jf. budgetaftale 2010). Endvidere er 20,1 mio. kr. blevet dækket af midtvejsregulering. Dermed er der nu et resterende merforbrug på 53,7 mio. kr.

³ Indstilling er godkendt af ØU den 9. nov. og skal på BR den 18. nov. 2010.

I forlængelse af brevet har Regionen afholdt en række møder med kommunen (repræsenteret ved Økonomiforvaltningen og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen) med henblik på at afklare omstændighederne bag aktivitetsudviklingen nærmere. Regionen har fremsendt sin redegørelse d.12. november (bilag 2). Redegørelsens hovedpointer og Københavns Kommunes kommentarer hertil gennemgås efter et kort afsnit omkring Regionens økonomistyring.

Regionens økonomistyring

Regionen økonomistyrer ved at udmelde et budget til hospitalerne på baggrund af økonomiaftalen mellem Regionen og Regeringen, Regionens besparelseskrav mv. I løbet af året bliver evt. øget aktivitet finansieret af en central pulje i de enkelte Regioner.

Regionerne opererer med forskellige takststyringsmodeller, som fremgår af nedenstående figur.

Figur 1: Regionernes takststyringsmodeller for det somatiske sygehusvæsen i 2010

Region	Områder	Afregning af 'almindelig' aktivitet (% af DRG-taksten)	Afregning af aktivitet over baseline (% af DRG-taksten)	Afregning af aktivitet over baseline som er udover puljen (% af DRG-taksten)	Produktivtetskrav
Hovedstaden	Somatik	Præstationsbudget fastsat pba. seneste års produktion tillagt produktivtetskravet	50 %		2 % + 1,6 %
Sjælland	Somatik	70 %	55 %	10 %	3,5 %
Syddanmark	Elektiv	Baseline fastsættes pba. seneste års produktion tillagt produktivtetskrav	55 %		Differenterede krav – samlet set 2 %
	Medicinsk		0 % og 55 %		
	Særlige ydelser*		Visse særlige ydelser afregnes særskilt, jf. uddybende afsnit		
Midtjylland	Generel aktivitet	Baseline fastsættes pba. seneste års produktion tillagt produktivtetskrav	50 %	0 %	1,8 % - 2,2 %
	Medicinsk		0 %	0 %	
	Øvrig aktivitet		takststyres ikke	takststyres ikke	
	Stråleaktivitet		Afregning sker i regi af stråleplanen		
Nordjylland	Somatik	70 %	20 %		2 %

Der er to gange to tal, som er meget forskellige. Region Hovedstaden har to gange et tal på 50 %. Region Nordjyllands tilsvarende tal er på to gange 20 %.

I begge tilfælde betaler regionerne for den merproduktion, som ligger ud over den "absolut lavest mulige mindste-produktion" på hospitalerne. Hovedstaden betaler sygehusene 50 % af produktionsværdien for – i princippet – al produktion som ligger ud over den "absolut lavest mulige mindste-produktion". Region Nordjylland betaler sygehusene 20 %.

Der er meget stor forskel på om et sygehus på marginalen modtager 20 % eller 50 % af værdien af den senest frembragte udskrivning eller ambulante besøg.

I langt flere tilfælde vil marginalomkostningen være dækket af 50 % af produktionsværdien end af 20 % af produktionsværdien.

Dermed har hospitalerne i Region Nord en stærkere tilskyndelse til at ændre på arbejdsgangene for at begrænse omkostninger og aktivitet sammenlignet med hospitalerne i Region Hovedstaden.

Region Hovedstadens redegørelse

I forhold til aktivitetsstigning understreger Regionen, at stigningen fra 2009 til 2010 for indlagte patienter alene kan henføres til akutte indlæggelser, som hospitalerne ikke selv har indflydelse på omfanget af.

Regionen anfører endvidere, at mere end 1/3 af stigningen vedrører børn i aldersgruppen 0-4 år. Regionen angiver, at indlæggelserne for denne aldersgruppe for en stor dels vedkommende vedrører sygdomme i åndedrætsorganer eller infektiøse sygdomme. Regionen formoder, at der kan være en sammenhæng med influenza-epidemien i starten af 2010.

I forhold til spørgsmålet om takststyringsmekanismen svarer Regionen, at det ikke er deres opfattelse, at den økonomiske mekanisme i takststyringsmodellen er forklaringen på den øgede vækst. Regionen begrundet det med, at 50%-mekanismen har været et generelt minimumskrav fra statslig side siden 2007.

Endvidere forklarer Regionen, at hospitalerne i 2010 er tvunget til at realisere den budgetterede aktivitet (aktiviteten i 2009) samt et merproduktivitetskrav på 3,6 % uden honorering, grundet effektiviseringskrav. Hertil kommer yderligere besparelser, som følge af andre effektiviseringskrav. Først når hospitalerne er over dette niveau, gives der honorering med 50 % af takstværdien af meraktivitet.

Det er Regionens opfattelse, at vilkårene i takststyringsmodellen er rimelige set i sammenhæng med de vilkår vedrørende effektiviseringer mv., som hospitalerne er underlagt.

Regionsrådet besluttede med vedtagelse af Budget 2011 en ændring af takststyringsordningen, således at der i 2011 ikke kan ske udbetaling af takststyringsmidler for meraktivitet, med mindre der på forhånd foreligger en godkendelse af meraktiviteten.

Det er Regionens foreløbige vurdering, at der bør ske godkendelse af meraktivitet, hvis: 1) væksten vedrører akutte patienter, eller hvis 2) regionen har en venteliste, hvor patienterne efter det udvidede frie sygehusvalg har krav på at blive behandlet på et offentligt eller privat hospital uden for regionen, hvor ventetiden er kortere, men hvor betalingen også er højere end de 50% af takstværdien på et af regionens egne hospitaler.

Regionen formoder på denne baggrund, at tiltaget vil medføre en mere afdæmpet aktivitetsudvikling på områder med kort og sundhedsfaglig forsvarlig ventetid.

Københavns Kommunes vurdering af redegørelsen fra Regionen

Københavns Kommune er enige i at aldersgruppen 0-4 år skiller sig ud, som gruppen med den største stigning - både målt i kr. og procent. Stigningen i 2010 kan ikke forklares alene ud fra demografien. For gruppen er den kommunale medfinansiering steget med 32 %, mens antallet af 0-4 årige københavnere "kun" er steget 5%.

Det vurderes dog, at Regionens formodning om, at forklaringen ud fra diagnoserne kan skulle findes i influenza-epidemien er utilstrækkelig. Der ses godt nok en kraftig stigning i februar 2010, men generelt ligger alle måneder højere i 2010 i forhold til 2009. Såfremt der har været en stigning, som følge af en influenza-epidemi, burde den være synlig i flere regioner eller i alle Hovedstadens kommuner.

Københavns Kommunes tal viser, at den absolutte stigning af indlæggelser for influenza af 0-4 årige (og øvrige aldersgrupper) kun udgør en lille del af den samlede stigning i samtlige indlæggelser. Således bidrager "influenza-forklaringen" kun til at forklare en mindre del af stigningen.

I forhold til henvisningsmønstre er det svært at gennemskue Regionens fremsendte materiale, og dermed om en mulig forklaring kan findes heri. Der er bl.a. sket ændringer i registreringspraksis mellem årene, hvilket gør det vanskelig at bruge tallene. Det ses dog, at der kommer færre patienter uden henvisning, mens flere patienter henvises fra almen praksis og endnu flere fra sygehusene selv.

Det kan i den forbindelse undre, at Regionen svarer, at hospitalerne ikke selv har indflydelse på omfanget af akutte indlæggelser, som de angiver er årsagen til væksten i 2010. Den store stigning i henvisninger fra andre sygehusafsnit (4.349 flere i 2010 end i 2009)

vidner netop om, at en stor del af indlæggelserne foretages af hospitalerne selv.

Regionen skriver, at væksten i 2010 alene kan henføres til akutte indlæggelser som de fra 2011, i de ovenstående angivne retningslinjer for merproduktivitet, bør godkende merhonorering af. Hvis væksten i akutte indlæggelser fortsætter i 2011 kan der derfor stilles spørgsmålstejn ved om indføringen af godkendelse af merproduktivitet i takststyringsmodellen vil få nogen fremadrettet effekt for udgifterne til aktivitetsbestemt medfinansiering i Københavns Kommune.

Herudover skal det fremhæves, at det ikke af redegørelsen fra regionen fremgår, hvorfor Region Hovedstaden får væsentlig større aktivitetsstigninger i 2010 end de øvrige regioner.

Endvidere undrer Københavns Kommune sig over, at Region Hovedstaden svarer, at 50%-mekanismen har været et generelt minimumskrav fra statslig side siden 2007, i og med nogle af de øvrige regioner har en andre takstmodeller (jf. figur 1), fx har Region Nordjylland en 20%-mekanisme for merproduktion.

Endelig stiller Københavns Kommune spørgsmålstejn ved rimeligheden i en række strukturelle forhold i den aktivitetsbestemte medfinansiering. Regionen vurderer, at enhedsomkostningerne på hospitalerne alt andet lige falder i 2010 som følge af den forholdsvis begrænsede økonomiske kompensation for den øgede aktivitet. Produktivitetens gevinsten tilfalder dog alene hospitalerne. Regionerne regulerer ikke kommunernes DRG-takst ud fra deres enhedsomkostninger på udgiftssiden i løbet af året. Kommunerne finansierer dermed den stigende aktivitet med samme takst, mens den statslige aktivitetsfinansiering ikke øges tilsvarende. Kommunerne finansierer dermed en relativt større andel af regionens udgifter i året. Da området midtvejsreguleres, men ikke efterreguleres, er den øgede aktivitet dyr for kommunerne. En løsning på dette problem kunne være at låse kommunernes betalinger til regionerne på midtvejsreguleringsniveauet, eller lave en reel efterregulering i lighed med budgetgarantien på beskæftigelsesområdet.

Forventet aktivitetsudvikling i 2011

I Økonomiaftalen mellem Regeringen og Regionerne er der indlagt en aktivitetsstigning på 3,5 pct. Region Hovedstadens vedtagne budget 2011 er lagt efter aftalen.

Herefter beregnes kommunernes forventede forbrug på medfinansiering på landsplan baseret på sidste års aktivitetsniveau samt den forventede stigning. I denne beregning indgår således også den demografiske vækst fra året før. KL udmelder herefter hvad de forventer, at den enkelte kommune har af udgifter til medfinansiering.

Københavns Kommune har valgt at lægge deres budget efter KL's udmeldte forventede niveau. Ligeledes tilføres kommunens midtvejsregulering området efter behov.

Initiativer som følge af udviklingen

Københavns Kommune vil kontakte Regionen med henblik på at drøfte vores bemærkninger til Regionens redegørelse af 12. november 2010.

Ud over dialogen med Regionen er der også igangsat andre tiltag på området.

Sagen drøftes i Kommunekontaktråd (KKR)

KKR har på deres møder i år drøftet emnet.⁴ KKR-embedsmands-udvalget har ligeledes drøftet sagen på sit møde i oktober og besluttet at gå videre på administrativt niveau med sagen i forhold til Regionen. Sundheds- og Omsorgsforvaltningens direktør Anne Mette Fugleholm er formand for KKR-embedsmandsudvalget, og vil dermed naturligvis følge sagen tæt.

KKR-embedsmandsudvalg holder møde igen d. 19. november 2010, hvor kontakten til Regionen vil blive planlagt. Der er et nyt møde i KKR i begyndelsen af februar 2011, hvor sagen kan bringes op af Embedsmandsudvalget. KL indgår i processen via KKR.

Påvirke udformningen af den nye betalingsmodel for kommunerne

Regeringen har nedsat et udvalg til at se på en ny betalingsmodel på den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet, hvor hele bidraget lægges over på aktivitetssiden.⁵ Ændringen er planlagt til at træde i kraft 1. januar 2012. Udvalgets anbefalinger er endnu ikke kendt. Hvis det sker under den nuværende regering, må det forventes at blive snart, i og med der er indgået finanslovsforlig, hvor ændringen nævnes.

Konsekvenserne for Københavns Kommunes afhænger af, hvilken model der vælges. Vi kan i værste fald ende med at tabe omkring 64 mio. kr. København har i samarbejde med de øvrige 6-byer bekendtgjort, at de ønsker en differentieret model, idet den vil skabe et større incitament til at styrke forebyggelsesindsatsen i kommunerne.

Såfremt kommunerne med den kommende sundhedsudgifts-finansieringsmodel ikke får dækket de faktiske udgifter, bør der gøres opmærksom herpå gennem KL. Københavns Kommune vil tage

⁴ På KKR's møde d. 25. august 2010, hvor man behandlede grundaftale for sundhedsaftale II besluttede man på kommende møder, bl.a. at drøfte stigningen i medfinansieringen af sundhedsudgifter, herunder forskelle mellem regionerne, og kommunernes styringsmuligheder på området.

⁵ Pt. betales et grundbidrag, som er baseret på kommunens indbyggertal samt et aktivitetsafhængigt bidrag, som er baseret på antal af hospitalsindlæggelser mv.

initiativ hertil evt. gennem KKR, såfremt det nødvendigt, når den nye model kendes.

Forbedring af datagrundlag for prognosticering

Prognosticeringen af aktivitetsbestemt medfinansiering er generelt forbundet med stor usikkerhed. Intern Revision har igangsat en undersøgelse af budgetlægning og prognosticering af området på grund af udsving i indmeldingerne til de månedsvise risikolister.

I løbet af 2011 må det forventes, at der træder en ny lov i kraft, som vil give kommunerne bedre adgang til individdata. Parallelt hermed vil Sundhedsministeriet færdigudvikle et nyt redskab (Kommunaløkonomisk Sundhedsinformation, KØS) til kommunerne, som vil bygge på den bedre adgang til individdata. Det vil give kommunerne nye muligheder for at gennemføre analyser af forbruget af regionale sundhedsydelser. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vil afsøge mulighederne for at forbedre prognosen, når det nye arbejdsredskab er i drift.

Konklusion

Københavns Kommune mener, at problemstillingen skal undersøges og belyses yderligere med henblik på at etablere ordninger, som giver kommunerne øget budgetsikkerhed på kort sigt. På lang sigt bør fortsat gælde at kommunernes indsats med at fremme sundhedstilstanden blandt borgerne har konsekvenser for kommunens betalinger til regionerne for sygehusbehandlingen af de patienter, som har bopæl i kommunen.

Bilag 1

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens redegørelse for aktivitetsudviklingen i 2010

Udgifterne til kommunal medfinansiering er generelt højere måned for måned i 2010 i forhold til 2009. Særligt på det somatiske område er der observeret en stigning, både i antal udskrivinger og antal ambulante besøg.

Udgifterne til kommunal medfinansiering er steget 8% på det stationære område fra 1. halvår 2009 til 1. halvår 2010. Stigningen på det stationære område skyldes en stigning i antal akutte indlæggelser, mens elektive indlæggelser samlet set har ligget stabilt, men med store udsving på enkelte aldersgrupper fx for de 5-9 årige og 50-54 årige. På det ambulante område er udgifterne steget 6 % i perioden.

En del af forklaringen på den stigende aktivitet er den voksende befolkning i Københavns Kommune. Antallet af københavnere er steget med 9.634 personer fra 1. januar 2009 til 1. januar 2010 – svarende til en stigning på 1,9%.

Den demografiske udvikling i kommunen kan dermed forklare en stigende aktivitet på ca. 2%, mens en stigning på henholdsvis 6% på det stationære område og 4% på det ambulante område ikke kan forklares af udviklingen i demografien.

På det stationære område er der en markant stigning i aldersgrupperne 0-4 år, 5-9 år og 10-14 år. En stor del af stigningen kan ikke forklares af udviklingen i demografien.

Aldersgruppen 0-4 år har den største stigning af alle - både målt i kr. og procent. For de 0-4 årige er den kommunale medfinansiering steget med 5,5 mio. kr. svarende til en stigning på 32 %, mens antallet af 0-4 årige københavnere ”kun” er steget 5%. For de 0-4 årige er antal sygehusudskrivinger steget med 1.490 udskrivinger i 1. halvår 2010 i forhold til samme periode 2009, hvor af 434 udskrivinger har *Sygdomme i åndedrætsorganer* (her ligger blandt andet infektioner og influenza) som hoveddiagnose (aktionsdiagnose), ca. 200 har *Infektiøse Sygdomme* som hoveddiagnose, og 250 af udskrivingerne vedrører *Sygdomme, der opstår i perinatalperiode* og *Medfødte misdannelser*.

Også for den voksne del af befolkningen stiger den stationære aktivitet i flere aldersgrupper. De 50-54 årige står for den procentvise største stigning på 11%, som ikke kan forklares af demografien, mens de 65-69 årige og de 35-39 årige har den største faktiske stigning opgjort i kr.

I aldersgruppen 50-54 årige er der 332 flere sygehusudskrivinger i 1. halvår 2010 i forhold til samme periode 2009, hvoraf 131 udskrivinger har *Svulster* som hoveddiagnose og 60 udskrivinger har *Sygdomme i kredsløbsorganer* som hoveddiagnose.

For den ældre del af befolkningen (75+ årige) er der et fald i aktiviteten på det stationære område, men faldet i aktiviteten er mindre end det fald, der er i befolkningstallet i de enkelte aldersgrupper – fx falder aktiviteten 1% i aldersgruppen 75-79 år mens antallet af borgere i aldersgruppen falder 3%.

På det ambulante område er der en generel stigning– både opgjort på antal besøg og udgifter til kommunal medfinansiering. Stigningen på det ambulante område er mere jævnt fordelt på alle aldersgrupper i forhold til det stationære område. Også på det ambulante område er der en stor stigning i aldersgruppen 0-4 år, som har den største procentvise stigning på 16% eller ca. 1 mio. kr., mens de 35-39 årige har den største stigning målt i kr. på 1,2 mio. kr.

Nedenfor et to tabeller over udvikling i kommunal medfinansiering på henholdsvis stationær og ambulante aktivitet.

Tabel 1. Udvikling i kommunal medfinansiering, stationær aktivitet

	1. halvår 2009 (2010-pl)	KMF pr. 1.000 borgere	1. halvår 2009 alderskorrr. til 2010-folketal	1. halvår 2010	Forskel 09 til 10 - alderskorrr.	Forskel 09 til 10 - faktisk aktivitet	Stigning 09 til 10 - faktisk aktivitet	Stigning som kommer fra demografi	Stigning som ikke kan forklares af demografi
Total	220.515.019	425.233	224.611.719	238.699.801	4.096.699	18.184.782	8%	2%	6%
00 - 04 år	17.237.358	517.467	18.063.236	22.722.696	825.878	5.485.338	32%	5%	27%
05 - 09 år	3.924.912	165.594	3.985.519	5.000.098	60.607	1.075.186	27%	2%	26%
10 - 14 år	3.048.270	146.425	3.046.659	3.771.340	-1.611	723.070	24%	0%	24%
15 - 19 år	3.825.861	184.104	3.924.908	4.200.026	99.048	374.165	10%	3%	7%
20 - 24 år	9.485.891	181.625	10.025.497	10.610.176	539.607	1.124.285	12%	6%	6%
25 - 29 år	15.651.106	239.511	15.782.358	16.899.016	131.252	1.247.910	8%	1%	7%
30 - 34 år	19.204.882	318.997	19.302.176	20.424.170	97.294	1.219.288	6%	1%	6%
35 - 39 år	13.203.928	293.173	13.799.949	14.962.365	596.021	1.758.437	13%	5%	9%
40 - 44 år	10.485.387	279.767	10.391.385	10.779.169	-94.002	293.782	3%	-1%	4%
45 - 49 år	9.752.784	325.908	10.228.609	10.453.505	475.825	700.721	7%	5%	2%
50 - 54 år	11.246.547	432.859	11.330.521	12.617.149	83.975	1.370.602	12%	1%	11%
55 - 59 år	13.241.269	539.030	13.245.581	14.289.433	4.312	1.048.164	8%	0%	8%
60 - 64 år	16.969.943	696.546	16.747.048	17.140.843	-222.895	170.900	1%	-1%	2%
65 - 69 år	14.748.257	876.151	15.690.996	16.822.696	942.739	2.074.439	14%	6%	8%
70 - 74 år	13.626.988	1.186.090	14.045.678	14.282.165	418.690	655.177	5%	3%	2%
75 - 79 år	13.219.571	1.439.413	12.773.353	13.142.572	-446.218	-76.999	-1%	-3%	3%
80 - 84 år	12.392.701	1.621.232	11.768.527	12.161.189	-624.175	-231.512	-2%	-5%	3%
85 - 120 år	19.249.367	1.988.160	18.350.719	18.421.193	-898.648	-828.174	-4%	-5%	0%

Tabel 2. Udvikling i kommunal medfinansiering, ambulans aktivitet

	1. halvår 2009 (2010-pl)	KMF pr. 1.000 borgere	1. halvår 2009 alderskorrr. til 2010-folketal	1. halvår 2010	Forskel 09 til 10 - alderskorrr.	Forskel 09 til 10 - faktisk aktivitet	Stigning 09 til 10 - faktisk aktivitet	Stigning som kommer fra demografi	Stigning som ikke kan forklares af demografi
Total	158.628.179	305.893	161.575.153	168.249.034	2.946.974	9.620.855	6%	2%	4%
00 - 04 år	5.020.268	150.709	5.260.799	6.086.845	240.532	1.066.577	21%	5%	16%
05 - 09 år	2.467.643	104.111	2.505.747	2.669.347	38.105	201.704	8%	2%	7%
10 - 14 år	2.805.119	134.745	2.803.637	2.623.464	-1.482	-181.655	-6%	0%	-6%
15 - 19 år	3.424.968	164.812	3.513.637	3.528.150	88.669	103.182	3%	3%	0%
20 - 24 år	8.373.020	160.317	8.849.321	9.202.415	476.301	829.395	10%	6%	4%
25 - 29 år	13.362.322	204.486	13.474.380	13.847.267	112.058	484.945	4%	1%	3%
30 - 34 år	15.123.978	251.212	15.200.598	16.011.055	76.620	887.077	6%	1%	5%
35 - 39 år	11.812.704	262.283	12.345.925	13.036.465	533.221	1.223.761	10%	5%	6%
40 - 44 år	9.284.935	247.737	9.201.696	9.067.327	-83.240	-217.608	-2%	-1%	-1%
45 - 49 år	8.710.035	291.062	9.134.986	9.121.677	424.951	411.642	5%	5%	0%
50 - 54 år	9.316.924	358.592	9.386.491	10.213.684	69.567	896.760	10%	1%	9%
55 - 59 år	10.883.196	443.037	10.886.740	11.754.881	3.544	871.685	8%	0%	8%
60 - 64 år	13.262.196	544.358	13.088.002	13.750.273	-174.195	488.077	4%	-1%	5%
65 - 69 år	12.019.851	714.065	12.788.184	12.835.737	768.334	815.886	7%	6%	0%
70 - 74 år	9.459.749	823.374	9.750.401	10.397.260	290.651	937.511	10%	3%	7%
75 - 79 år	8.878.405	966.725	8.578.720	9.631.848	-299.685	753.443	8%	-3%	12%
80 - 84 år	7.347.096	961.159	6.977.050	7.558.026	-370.046	210.930	3%	-5%	8%
85 - 120 år	7.075.769	730.817	6.745.440	6.913.313	-330.329	-162.456	-2%	-5%	2%

Kongens Vænge 2
DK - 3400 HillerødKøbenhavns Kommune
Direktør Bjarne Winge
Økonomiforvaltningen
Rådhuset 1599 København V**Opgang** Blok A
Afsnit 1. sal
Telefon 48 20 50 00
Direkte 48 20 50 01
Fax 48 20 57 99
Mail oekonomi@regionh.dk**Web** www.regionh.dkCVR/SE-nr: 30113721
Journal nr.: 10007888

Dato: 12. november 2010

Kopi:
Direktør Hanne Baastrup, Sundheds- og omsorgsforvaltningen

Københavns Kommune har med brev af 15. oktober 2010 fra overborgmester Frank Jensen og sundheds- og omsorgsborgmester Ninna Thomsen anmodet om forklaringer på det stigende aktivitetsniveau for Københavns Kommunes borgere på regionens hospitaler.

Der har i den anledning som bekendt været afholdt to møder, hvor sagen er drøftet nærmere, og vi har på den baggrund udarbejdet den vedlagte opsummerende redegørelse af 11. november 2010.

I overensstemmelse med de fremførte ønsker på de to møder har vi i øvrigt udvekslet datamateriale om aktivitetsudviklingen.

Idet jeg i øvrigt henviser til redegørelsen, skal jeg tilkendegive, at regionen naturligvis står til rådighed for en uddybning af redegørelsen.

Med venlig hilsen

Peter Mandrup Jensen
Økonomidirektør



NOTAT

Opgang Afsnit Blok A
1. sal

Telefon 48 20 50 00
Direkte 48 20 50 10
Fax 48 20 57 99
Mail oekonomi@regionh.dk

Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 30113721
Journal nr.: 10007888

Dato: 12. november 2010

Redegørelse om stigende udgifter til kommunal medfinansiering for Københavns Kommune

I Københavns Kommunes henvendelse af 15. oktober 2010 anmodes om forklaringer på baggrunden for stigende udgifter til betaling af den kommunale medfinansiering til regionen.

I den anledning har der været afholdt møde den 27. oktober og den 3. november 2010 på embedsmandsniveau med deltagelse fra Økonomiforvaltningen og Sundheds- og omsorgsforvaltningen fra kommunen og fra Koncern Økonomi i Region Hovedstaden

Der er i den forbindelse blevet udarbejdet et talmateriale, der i et vist omfang belyser, på hvilke områder væksten har fundet sted.

Som det er kommunen bekendt, kan stigningen fra 2009 til 2010 for indlagte patienter alene henføres til akutte indlæggelser. Hospitalerne har ikke selv indflydelse på omfanget heraf.

Analysen har derudover vist, at mere end 1/3 af stigningen vedrører børn i aldersgruppen 0-4 år, og det kan fremhæves, at en stor del af disse indlæggelser vedrører sygdomme i åndedrætsorganer eller infektiøse sygdomme, der kan have sammenhæng med influenza-epidemien i starten af året. Det kan være formodningen, at en række influenza-lignende tilstande på grund af den særlige situation har givet anledning til flere indlæggelser end sædvanligt.

Der har derudover også været en jævn stigning i akutte indlæggelser for en række øvrige både yngre og ældre aldersgrupper.

I Københavns Kommunes brev af 15. oktober 2010 er der et spørgsmål til, om forklaringen på væksten skal findes i regionens takststyringsmodel, herunder hvis honorering af merproduktion i modellen er for gunstig over for hospitalerne.