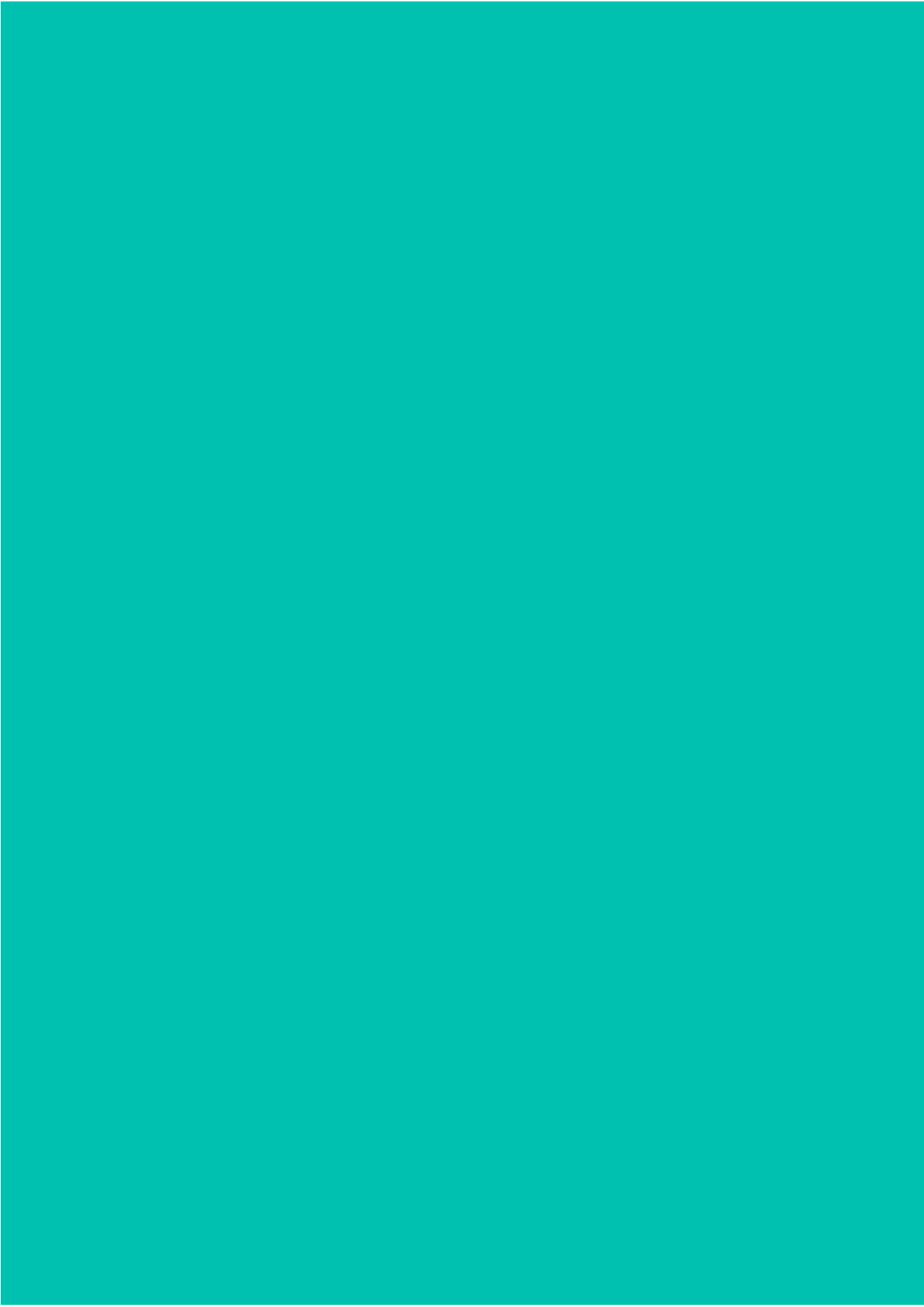


# Analyse af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet

Finansieringsudvalget  
Juni 2013

## Indholdsfortegnelse

1. Kommunal medfinansiering fra 2007 .....	3
1.1 Udligningsaftale .....	3
1.2 Omlægning med virkning fra 2012.....	3
2. Udgifterne .....	7
2.1 De samlede udgifter.....	7
2.2 Den regionale fordeling.....	8
2.3 Spredningen.....	10
2.4 Stabiliteten i udgifterne for den enkelte kommune .....	14
2.5 Sammenfatning om udgifterne.....	23
3. Byrdefordeling.....	26
3.1 Beregnet byrdefordelingsmæssige virkninger af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet.....	26
3.2 Beregnet byrdefordelingsmæssige virkning af omlægningen med virkning fra 2012 .....	30
3.3 Sammenfatning om de byrdefordelingsmæssige virkninger .....	32
4. Sammenfatning af evalueringen.....	35



# 1. Kommunal medfinansiering fra 2007

---

Den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet blev indført med virkning fra 2007. Formålet med ordningen var at give kommunerne et generelt incitament til at varetage plejeopgaven og forebyggelsen effektivt.

I perioden 2007-2011 bestod den kommunale medfinansiering af to dele:

- Et grundbidrag pr. indbygger
- En aktivitetsbestemt medfinansiering

Med virkning fra 2012 blev ordningen omlagt, således at grundbidraget blev afskaffet og den aktivitetsbestemte medfinansiering blev forhøjet. Formålet var at give kommunerne et yderligere incitament til at yde en effektiv pleje- og forebyggelsesindsats – ikke mindst over for de ældre medicinske patienter. Omlægningen var stort set udgiftsneutral for kommunerne under ét, idet forhøjelsen af den aktivitetsbestemte medfinansiering svarede til afskaffelsen af grundbidraget. For de enkelte kommuner var der tale om nogle mindre byrdefordelmæssige forskydninger.

## 1.1 Udligningsaftale

Det fremgår af aftalen mellem regeringen og Enhedslisten af 16. maj 2012 om justeringer af udligningssystemet, at der i foråret 2013 skal foretages en evaluering af de kommunaløkonomiske konsekvenser af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet. Følgende fremgår af aftalen:

”I foråret 2013 vil de kommunaløkonomiske konsekvenser af den kommunale medfinansiering af sundhedsområdet, som er gennemført med virkning fra 2007 og udvidet fra 2012, blive taget op til særskilt drøftelse på baggrund af en evaluering heraf.”

## 1.2 Omlægning med virkning fra 2012

Den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet blev som nævnt indført i forbindelse med kommunalreformen med virkning fra 2007. Ordningen blev efterfølgende omlagt med virkning fra 2012.

### *Perioden 2007-2011*

Medfinansieringen bestod frem til 2011 af to dele: et grundbidrag pr. indbygger og en aktivitetsbestemt medfinansiering.

---

Grundbidraget blev for det første år, dvs. 2007, fastsat til 1.102 kr. pr. indbygger. Grundbidraget blev hvert år reguleret med pris- og lønudviklingen, og udgjorde i 2011 1.214 kr. pr. indbygger – svarende til i alt 6,7 mia. kr. for den samlede kommunale sektor.

Den aktivitetsbestemte medfinansiering blev fastsat ud fra typen af behandlingen.

- For somatiske sygehusindlæggelser blev betalingen fastsat som 30 pct. af den såkaldte DRG-takst, dog med en maksimal betaling for den enkelte indlæggelse. For 2011 udgjorde den maksimale betaling 4.973 kr.
- For ambulante behandling udgjorde medfinansieringen 30 pct. af den såkaldte DAGS-takst med et maksimalt beløb for den enkelte besøg. For 2011 udgjorde den maksimale betaling 332 kr. pr. besøg.
- For psykiatriske sygehusindlæggelser udgjorde betalingen 60 pct. af sengedagstaksten med et maksimalt beløb for den enkelte indlæggelse. For 2011 udgjorde den maksimale betaling 7.954 kr.
- For ambulante psykiatriske behandling udgjorde medfinansieringen 30 pct. af besøgstaksten.
- For praktiserende speciallæger udgjorde betalingen 30 pct. af honoraret, dog med et maksimalt beløb, som i 2011 udgjorde 332 kr.
- For almene praktiserende læger udgjorde betalingen 10 pct. af honoraret for grundydelsen.
- For fysioterapi, tandlæger, fodterapi, psykolog og kiropraktor udgjorde betalingen 10 pct. af honoraret.

For 2011 udgjorde den samlede aktivitetsbestemte medfinansiering i alt ca. 11,3 mia. kr. for den samlede kommunale sektor.

#### *Omlægning fra 2012*

Omlægningen med virkning fra 2012 indebærer, at grundbidraget blev afskaffet, og at den aktivitetsbestemte medfinansiering på det somatiske område og for speciallæger blev forhøjet.

Medfinansieringen på det psykiatriske område og i praksissektoren i øvrigt blev fastholdt uændret.

På det somatiske område indebærer omlægningen en forhøjelse af den kommunale finansieringsandel fra 30 til 34 pct. både for ambulante og stationære behandlinger samt en forhøjelse af betalingsloftet pr. behandling.

For somatiske sygehusindlæggelser blev den maksimale betaling pr. indlæggelse forhøjet fra 4.973 kr. til 13.750 kr. (2011 pris- og lønniveau). For ambulante behandling blev den maksimale betaling pr. besøg forhøjet fra 332 kr. til 1.357 kr. (2011 pris- og lønniveau).

For praktiserende speciallæger blev den kommunale finansieringsandel forhøjet fra 30 til 34 pct. af honoraret, og den maksimale betaling blev forhøjet fra 332 kr. til 1.357 kr. (2011 pris- og lønniveau).

For den samlede kommunale sektor svarende forhøjelsen af den aktivitetsbestemte medfinansiering til afskaffelsen af grundbidraget.



## 2. Udgifterne

---

### 2.1 De samlede udgifter

De samlede udgifter til kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet udgjorde i 2011 ca. 18 mia. kr., og er for 2012 og 2013 budgetteret til henholdsvis 18,9 mia. kr. og 19,3 mia. kr. Udgifterne er i perioden 2007 til 2011 vokset fra 15 mia. kr. til 18 mia. kr., svarende til en vækst på 20 pct. i løbende priser.

Der er i perioden 2007-11 sket en mindre forskydning fra grundbidrag til aktivitetsbestemt medfinansiering. I 2007 udgjorde grundbidraget 40 pct. af den samlede medfinansiering, mens andelen i 2011 var faldet til 37 pct. I samme periode voksede udgifterne til ambulans somatik fra 18 pct. til 21 pct. af den samlede medfinansiering. Derudover er der ikke i denne periode sket væsentlige forskydninger i mønstret i de forskellige dele af den kommunale medfinansiering.



**Tabel 1****De samlede kommunale udgifter til medfinansiering af sundhedsvæsenet 2007-2012. Løbende priser.**

						Budget	Budget
Mio. kr.	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Stationær somatik	4.273	4.264	4.697	5.031	5.066	9.182	9.262
Ambulant somatik	2.724	2.834	3.492	3.714	3.721	5.270	5.913
Stationær psykiatri	277	300	329	347	352	294	270
Ambulant psykiatri	299	306	342	390	377	510	440
Praksissektoren	1.132	1.301	1.354	1.419	1.491	1.933	2.057
Genoptræning under indlæggelse	201	183	234	251	265	348	329
Øvr. udgifter	182	101	16	9	15	1.334	988
Aktivitetsbestemt medfinansiering i alt	9.088	9.288	10.465	11.161	11.287	18.871	19.259
Grundbidrag	5.938	6.166	6.427	6.660	6.744		
Medfinansiering i alt	15.026	15.454	16.891	17.820	18.031	18.871	19.259

Med virkning fra 2012 blev ordningen omlagt. Omlægningen vedrørte det somatiske område og speciallægerne. Omlægningen omfattede dels en forhøjelse af den procentdel af DRG-taksten, som kommunen betaler, og dels loftet for den kommunale medfinansiering.

Den aktivitetsbestemte medfinansiering på det psykiatriske område og i praksissektoren blev fastholdt uændret.

Samtidigt blev grundbidraget afskaffet. Beløbsmæssigt svarede afskaffelsen af grundbidraget nogenlunde til forhøjelsen af den aktivitetsbestemte medfinansiering.

## 2.2 Den regionale fordeling

I tabel 2 er vist de samlede kommunale udgifter til medfinansiering af sundhedsvæsenet fordelt på regioner, og i tabel 3 er udgifterne opgjort pr. indbygger.

**Tabel 2**

De samlede kommunale udgifter til medfinansiering af sundhedsvæsenet fordelt på regioner. Løbende priser.

Mio. kr.	2007	2008	2009	2010	2011	Budget	Budget
						2012	2013
Hovedstaden	4.692	4.819	5.325	5.672	5.674	6.015	6.147
Sjælland	2.267	2.332	2.506	2.662	2.676	2.817	2.889
Syddanmark	3.250	3.368	3.684	3.860	3.957	4.165	4.287
Midtjylland	3.314	3.402	3.692	3.872	3.904	4.068	4.095
Nordjylland	1.503	1.533	1.684	1.754	1.819	1.806	1.842
	15.026	15.454	16.891	17.820	18.031	18.871	19.259

**Tabel 3**

De samlede kommunale udgifter pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsenet fordelt på regioner. Løbende priser.

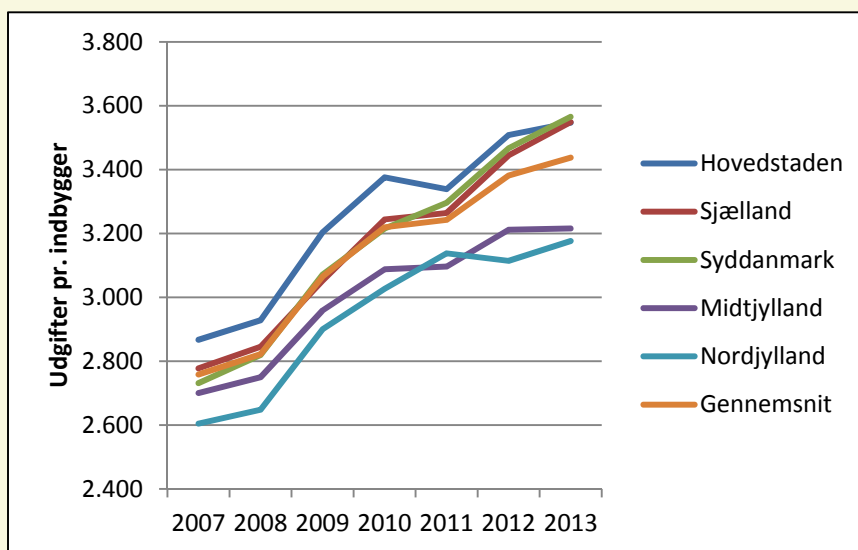
Kr. pr. indbygger	2007	2008	2009	2010	2011	Budget	Budget
						2012	2013
Hovedstaden	2.867	2.928	3.204	3.376	3.339	3.509	3.547
Sjælland	2.777	2.845	3.052	3.244	3.264	3.445	3.549
Syddanmark	2.732	2.820	3.071	3.216	3.296	3.467	3.566
Midtjylland	2.700	2.750	2.959	3.088	3.096	3.211	3.215
Nordjylland	2.605	2.648	2.900	3.027	3.138	3.114	3.176
Gennemsnit	2.759	2.822	3.065	3.220	3.243	3.382	3.437

Det generelle billede for hele perioden er, at i regionerne Nordjylland og Midtjylland har kommunernes udgifter pr. indbygger været lavere end landsgennemsnittet, mens kommunerne i region Hovedstaden generelt har haft udgifter over landsgennemsnittet.

Kommunerne i regionerne Sjælland og Syddanmark har frem til 2011 haft udgifter pr. indbygger tæt på landsgennemsnittet, men budgetterer for 2012 og 2013 med udgifter over landsgennemsnittet.

Figur 1

De samlede kommunale udgifter pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsenet fordelt på regioner. Løbende priser.



Det skal endvidere bemærkes, at forskellene mellem regionerne også i et vist omfang skyldes forskelle i den måde, sygehusvæsenet i den enkelte region er organiseret på. I nogle tilfælde kan et patientforløb, der indebærer flytning fra en afdeling til en anden, blive registeret som to indlæggelser, mens det andre steder registreres som en indlæggelse. Disse forskelle kan påvirke kommunernes medfinansiering, idet den kommunale medfinansiering beregnes pr. indlæggelse.

## 2.3 Spredningen

### Afvielser fra gennemsnittet

Den enkelte kommunes udgifter til medfinansiering af sundhedsvæsenet afviger i et vist omfang fra gennemsnittet. I tabel 4 er vist den højeste henholdsvis laveste udgift pr. indbygger. I 2011 – som er det senest opgjorte regnskabsår – var den højeste udgift i en kommune ca. 3.700 kr. pr. indbygger, mens den laveste var ca. 2.900 kr. pr. indbygger.

**Tabel 4**  
**Største og mindste udgift pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsenet**

	2007	2008	2009	2010	2011	Budget 2012	Budget 2013
Maximum	3.466	3.166	3.455	3.770	3.686	4.179	4.291
Minimum	2.398	2.592	2.774	2.814	2.912	2.868	2.925
Gennemsnit	2.759	2.822	3.065	3.220	3.243	3.382	3.437

For 2011 var der således tale om, at den højeste udgift var ca. 14 procent højere end landsgennemsnittet, mens den laveste var ca. 10 pct. lavere end landsgennemsnittet, jf. tabel 5. Som det fremgår af tabellen, har der været nogenlunde det samme mønster i de foregående år – dog med lidt større afvigelser i det første år. For 2012 og 2013 budgetterer kommunerne også med lidt større spredning.

**Tabel 5**  
**Største og mindste procentvise afvigelse i forhold til gennemsnittet**

	2007	2008	2009	2010	2011	Budget 2012	Budget 2013
Maximum	26	12	13	17	14	24	25
Minimum	-13	-8	-10	-13	-10	-15	-15

I tabellen nedenfor er vist en optælling af kommunernes afvigelser fra gennemsnittet i den region de ligger i. For hovedparten af kommunerne ligger udgifterne ret tæt på gennemsnittet. For 70-80 pct. af kommunerne afviger udgifterne pr. indbygger mindre end 5 pct. af gennemsnittet for regionen. Der er i det enkelte år kun ganske få kommuner, hvor udgifterne afviger med mere end 10 pct. fra gennemsnittet for regionen.

**Figur 6****Oversigt over fordelingen afvigelser fra gennemsnittet i den pågældende region**

Antal kommuner	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Afvigelser fra regionsgennemsnittet:							
Mere end 10 pct. under	3	2	3	1	0	3	1
Mellem 5 og 10 pct. under	13	8	4	5	6	13	19
Mellem 0 og 5 pct. under	41	42	44	46	44	37	21
Mellem 0 og 5 pct. over	32	34	34	37	35	22	29
Mellem 5 og 10 pct. over	6	10	12	8	10	16	19
Mere end 10 pct. over	3	2	1	1	3	7	9
	98	98	98	98	98	98	98

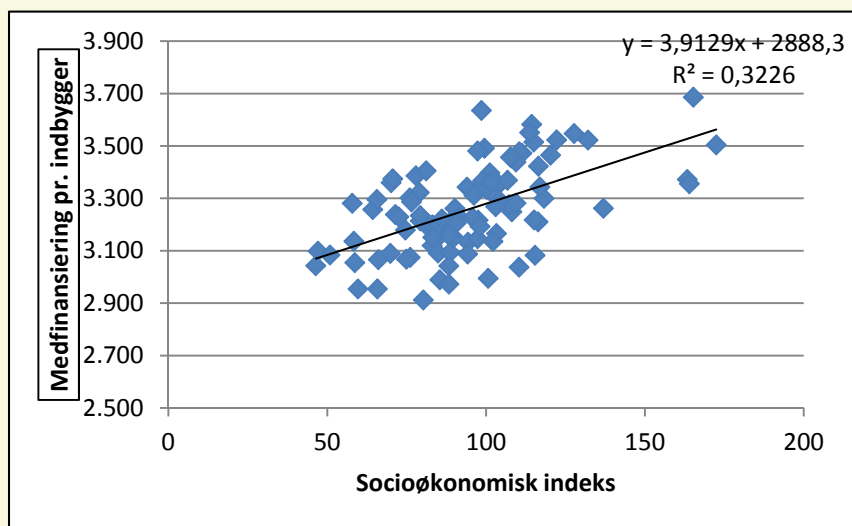
De fleste kommuner har udgifter pr. indbygger forholdsvis tæt på gennemsnittet, og der er meget få kommuner, hvor udgifterne afviger mere end 10 pct. fra gennemsnittet.

*Sammenhæng med socioøkonomisk struktur og aldersfordeling*

Der er en vis sammenhæng mellem den socioøkonomiske struktur i kommunen og kommunens udgifter til kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet. I figuren nedenfor er denne sammenhæng illustreret for 2011. Sammenhængen er vist ud fra det socioøkonomiske indeks, som opgøres til brug for udligningen.

Figur 2

Sammenhængen mellem kommunernes socioøkonomiske indeks og udgifterne pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsenet for 2011

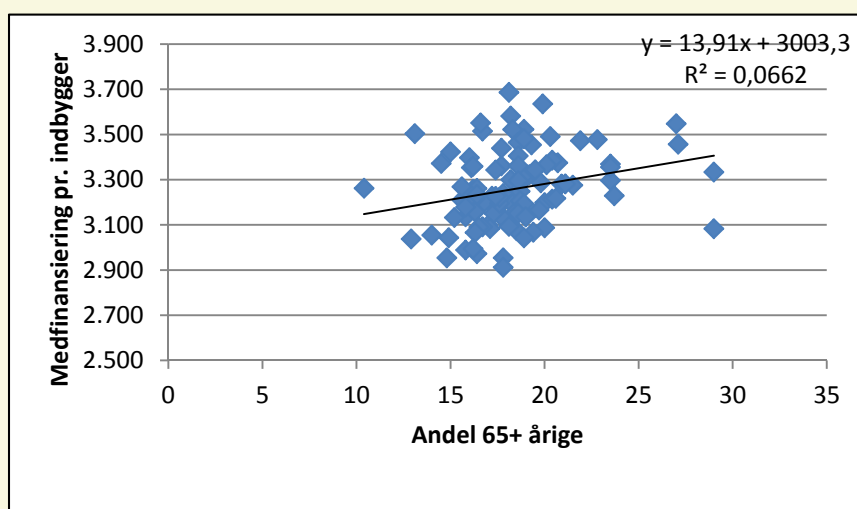


Sammenhængen er statistisk signifikant og viser, at en del af forskellene i kommunernes udgifter til medfinansiering af sundhedsvæsenet kan henføres til forskelle i befolkningens socioøkonomiske sammensætning.

Der må også forventes en vis sammenhæng mellem udgifterne og befolkningens aldersfordeling. En høj andel af ældre må forventes at medføre en højere udgift til medfinansiering af sundhedsvæsenet. I figuren nedenfor er denne sammenhæng illustreret.

Figur 3

Sammenhængen mellem andelen af indbyggere på 65 år og derover i de enkelte kommuner og udgifterne pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsenet for 2011



Figuren viser, at der er en statistisk sammenhæng mellem andelen af indbyggere på 65 år og derover i de enkelte kommuner og udgifterne pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsenet. Sammenhængen er statistisk signifikant, men der er dog tale om en meget svag sammenhæng. Forskelle i andelen af ældre i kommunerne kan således kun forklare en lille del af spredningen i udgifterne til medfinansiering af sundhedsvæsenet.

Det kan endvidere bemærkes, at der er en negativ sammenhæng mellem andelen af børn i forhold til kommunens indbyggertal og udgifterne til medfinansiering af sundhedsvæsenet. Jo større andel af børn i kommunen, jo lavere udgifter til medfinansiering af sundhedsvæsenet. Denne statistiske sammenhæng er dog også relativt svag.

## 2.4 Stabiliteten i udgifterne for den enkelte kommune

For den enkelte kommune kan udgifterne til kommunal medfinansiering variere noget fra år til år, hvilket kan være en udfordring for kommunen i den konkrete situation. Men der er dog generelt ikke tegn på, at der er kommuner, der har haft en atypisk udvikling over årene, så udgifterne har udviklet sig væsentligt anderledes end gennemsnittet.

For landet som helhed var der en forholdsvis kraftig vækst i udgifterne i 2009 og 2010. Fra 2008 til 2009 voksede de gennemsnitlige udgifter pr. indbygger med 243 kr., svarende til en vækst på 8,6 pct. Fra 2009 til 2010 var der fortsat en relativt høj vækst på 155 kr. pr. indbygger, svarende til 5,1 pct.

**Tabel 7**

Udviklingen i de gennemsnitlige kommunale udgifter pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsenet. Løbende priser.

	2007	2008	2009	2010	2011	Budget 2012	Budget 2013
Udgift pr. indbygger (kr.)	2.759	2.822	3.065	3.220	3.243	3.382	3.437
Vækst i forhold til året før (kr.)		64	243	155	23	139	56
Vækst i forhold til året før (pct.)		2,3	8,6	5,1	0,7	4,3	1,7

I tabel 8 er vist en oversigt over antallet af kommuner fordelt efter størrelsen af de årlige ændringer i udgifterne pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsenet.

**Tabel 8**

Kommunerne fordelt efter ændringen i forhold til året før af udgifterne pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsenet

Antal kommuner	2008	2009	2010	2011	Budget 2012	Budget 2013
Stigning på over 400 kr.	2	1	2	0	4	0
Stigning mellem 200 og 400 kr.	10	71	23	3	24	18
Stigning mellem 0 og 200 kr.	69	25	72	66	61	61
Fald mellem 0 og -200 kr.	14	1	1	28	9	19
Fald mellem -200 og -400 kr.	2	0	0	1	0	0
Fald på mere end -400 kr.	1	0	0	0	0	0
	98	98	98	98	98	98

Som det fremgår af tabellen, udgør den årlige ændring af udgifterne for langt hovedparten af kommunerne mindre end 200 kr. pr. indbygger. Undtagelsen af stigningen for 2009, hvor den gennemsnitlige stigning udgjorde 243 kr. pr. indbygger. I dette år ligger hovedparten af kommunerne i det interval, hvor udgifterne stiger med 200-400 kr. pr. indbygger.



Selv om udgifterne for den enkelte kommune svinger fra år til år, er der kun ganske få kommuner, der i et enkelt år har haft en udgiftsvækst på over 400 kr. pr. indbygger.

I tabel 9 er den samme situation illustreret ud fra intervaller for den procentvise ændring fra år til år. Som det fremgår, er der forholdsvis få kommuner, der i et år har været ude for ændringer på mere end 10 pct. i forhold til året før. Undtagelsen er 2009, hvor der var en landsgennemsnitlig stigning på 8,6 pct. I overensstemmelse hermed var der i dette år også en del kommuner, hvor udgifterne til medfinansiering af sundhedsvæsenet voksede med mere end 10 pct.

For den enkelte kommune kan udgiften dog variere noget fra år til år. Enkelte kommuner har således i denne periode været ude for, at udgifterne til medfinansiering af sundhedsvæsenet er vokset med mere end 10 pct. fra et år til det følgende. Men der er på den anden side ikke nogen kommuner, der generelt har haft en høj vækst i udgifterne og dermed er kommet væsentligt over gennemsnittet, jf. også tabel 10 nedenfor.

Det kan i den forbindelse bemærkes, at en vækst på 10 pct. i udgifterne i en gennemsnitskommune med 50.000 indbyggere svarer til en vækst i de samlede udgifter på ca. 17 mio. kr., mens en vækst på 15 pct. ville svare til ca. 26 mio. kr. Sådanne udsving i opadgående retning må betragtes som en ikke uanseelig udgift i den enkelte kommune. Men det skal på den anden side også bemærkes, at der – bortset fra 2009 – kun er forekommet udsving af denne størrelse i ganske få tilfælde.

**Tabel 9**

**Kommunerne fordelt efter ændringen i forhold til året før af udgifterne pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsenet**

Antal kommuner	2008	2009	2010	2011	Budget	
					2012	2013
Stigning på over 10 pct.	4	26	4	1	5	2
Stigning mellem 5 og 10 pct.	22	65	49	4	37	21
Stigning mellem 0 og 5 pct.	55	6	44	64	47	56
Fald mellem 0 og -5 pct.	13	1	1	28	8	19
Fald mellem -5 og -10 pct.	3	0	0	1	1	0
Fald på mere end -10 pct.	1	0	0	0	0	0
	98	98	98	98	98	98

Generelt er der forholdsvis få kommuner, der i et enkelt år har en udgiftsvækst, der afviger væsentligt fra gennemsnittet. I 2008 var den gennemsnitlige vækst på 2,3 pct., og hovedparten af kommunerne havde en vækst i intervallet 0-5 pct. I 2009 var der en gennemsnitlig vækst på 8,6 pct. og hovedparten af kommunerne havde en vækst i intervallet 5-10 pct., men der var også en del, som havde en vækst på over 10 pct. I 2010 var der en gennemsnitlig vækst på 5,1 pct., og kommunerne var nogenlunde ligeligt fordelt i intervallerne 0-5 pct. og 5-10 pct. I 2011 var der en vækst på 0,7 pct., og hovedparten af kommunerne lå i intervallet 0-5 pct., men der var også en del der lå i intervallet -5-0 pct. For budgetårene 2012 og 2013 ses det samme mønster, men budgetårene må generelt betragtes som mere usikre.

Det overordnede indtryk er, at der er en ret ensartet udvikling i udgifterne til medfinansiering af sundhedsvæsenet i kommunerne, og at der er forholdsvis få tilfælde, hvor en kommune i et enkelt år har en udvikling, der adskiller sig væsentligt fra gennemsnittet.

I tabellen nedenfor er vist de 10 kommuner, der i perioden 2007-2011 har haft den højeste henholdsvis laveste vækst i udgifterne pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsenet.

**Tabel 10**

**De 10 kommuner med den laveste henholdsvis højeste procentvise vækst i udgifterne pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsenet i perioden 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	Vækst 2007-2011 kr.	Vækst 2007-2011 Pct.
<i>De 10 kommuner med den laveste vækst 2007-11</i>							
Frederiksberg	3.416	3.166	3.361	3.515	3.397	-19	-0,6
Samsø	3.466	3.147	3.348	3.770	3.457	-8	-0,2
Århus	2.768	2.712	2.951	3.029	3.038	270	9,8
København	2.971	2.922	3.226	3.360	3.262	291	9,8
Hvidovre	3.193	3.058	3.455	3.599	3.515	322	10,1
Lejre	2.787	2.698	2.924	3.159	3.084	296	10,6
Ringkøbing-Skjern	2.594	2.601	2.815	2.945	2.912	317	12,2
Greve	2.831	2.829	3.010	3.258	3.189	358	12,6
Vallensbæk	2.870	2.747	3.050	3.245	3.257	387	13,5
Tårnby	2.951	2.954	3.274	3.516	3.361	411	13,9
Landsgennemsnit	2.759	2.822	3.065	3.220	3.243	484	17,5
<i>De 10 kommuner med den højeste vækst 2007-11</i>							
Læsø	2.468	2.688	2.903	2.814	3.083	615	24,9
Vesthimmerland	2.491	2.737	2.995	3.076	3.136	644	25,9
Kerteminde	2.553	2.719	2.981	3.139	3.214	661	25,9
Langeland	2.811	2.971	3.238	3.485	3.548	737	26,2
Tønder	2.648	2.732	3.108	3.281	3.344	695	26,3
Egedal	2.398	2.594	2.882	2.991	3.043	645	26,9
Vejen	2.509	2.750	2.994	3.117	3.221	712	28,4
Brønderslev	2.424	2.718	2.893	2.956	3.151	727	30,0
Hjørring	2.640	2.849	3.053	3.106	3.481	841	31,8
Haderslev	2.541	2.989	3.140	3.287	3.362	821	32,3

Der er ikke i perioden 2007-2011 tegn på, at enkelte kommuner gennem høje årlige vækstrater efterhånden har fået udgifter væsentligt over gennemsnittet. De fleste af disse kommuner havde i udgangspunktet forholdsvis lave udgifter pr. indbygger, men har i perioden bevæget sig tættere på landsgennemsnittet. En række af kommunerne med de højeste vækstrater havde i 2011 fortsat udgifter under landsgennemsnittet, selv om de i perioden havde bevæget sig tættere på gennemsnittet.

For kommunerne med de laveste vækstrater ses typisk det omvendte billede. Disse kommuner havde i udgangspunktet udgifter over landsgennemsnittet. Men den lave vækst i perioden 2007-11 har betydet, at disse kommuner i 2011 lå tættere på landsgennemsnittet eller under gennemsnittet.

Der er dog også kommuner, der i hele perioden har haft udgifter over gennemsnittet, og andre kommuner, der har haft udgifter under gennemsnittet. I tabel 11 er vist en oversigt over de kommuner, der i hele perioden har haft udgifter pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsenet, der har oversteget gennemsnittet for den pågældende region.

**Tabel 11**

Oversigt over kommuner, som i hele perioden har haft udgifter over regionsgennemsnittet. I tabellen angives regionsgennemsnittet og for den enkelte kommune, hvor meget kommunens udgifter ligger over regionsgennemsnittet.

Kr. pr. indbygger	2007	2008	2009	2010	2011	Budget 2012	Budget 2013
<b>Hovedstaden</b>	<b>2.867</b>	<b>2.928</b>	<b>3.204</b>	<b>3.376</b>	<b>3.339</b>	<b>3.509</b>	<b>3.547</b>
Frederiksberg	549	238	158	139	58	158	34
Brøndby	157	172	215	232	347	506	744
Glostrup	94	61	163	239	243	325	309
Hvidovre	326	129	252	224	176	383	190
Rødovre	46	48	124	123	126	287	189
Tårnby	84	25	70	141	22	360	336
Helsingør	34	172	79	107	115	28	226
Halsnæs	72	135	156	149	297	405	301
<b>Sjælland</b>	<b>2.777</b>	<b>2.845</b>	<b>3.052</b>	<b>3.244</b>	<b>3.264</b>	<b>3.445</b>	<b>3.549</b>
Odsherred	162	147	165	132	105	371	267
<b>Syddanmark</b>	<b>2.732</b>	<b>2.820</b>	<b>3.071</b>	<b>3.216</b>	<b>3.296</b>	<b>3.467</b>	<b>3.566</b>
Langeland	79	151	167	269	251	693	674
Sønderborg	87	94	111	170	195	199	461
Esbjerg	205	245	202	224	255	306	354
Fredericia	110	96	157	157	143	205	143
<b>Midtjylland</b>	<b>2.700</b>	<b>2.750</b>	<b>2.959</b>	<b>3.088</b>	<b>3.096</b>	<b>3.211</b>	<b>3.215</b>
Horsens	145	147	152	213	172	262	207
Randers	106	89	50	46	130	87	84
Samsø	765	398	389	682	361	968	784
Skive	46	137	161	146	110	165	185
Viborg	129	152	95	127	138	240	259

<b>Nordjylland</b>	<b>2.605</b>	<b>2.648</b>	<b>2.900</b>	<b>3.027</b>	<b>3.138</b>	<b>3.114</b>	<b>3.176</b>
Morsø	208	285	144	102	80	198	144
Hjørring	35	201	153	79	343	281	339

Der er i alt 20 kommuner, som i perioden 2007-11 har haft udgifter pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsenet over gennemsnittet for regionen, og som også for 2012 og 2013 budgetterer med udgifter over gennemsnittet. Disse kommuner har således haft et permanent højt udgiftsniveau, men også for disse kommuner gælder det, at udgifterne kun i meget få tilfælde har ligget mere end 10 pct. over regionsgennemsnittet.

Samsø Kommune skiller sig ud med et udgiftsniveau, der permanent ligger mere end 10 pct. over gennemsnittet. Det må dog antages, at der her er særlige ø-forhold, der gør sig gældende.

I tabel 12 er vist en oversigt over de kommuner, der i hele perioden har haft udgifter pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsenet under gennemsnittet for den pågældende region.

**Tabel 12**

Oversigt over kommuner, som i hele perioden har haft udgifter under regionsgennemsnittet. I tabellen angives regionsgennemsnittet og for den enkelte kommune, hvor meget kommunens udgifter ligger under regionsgennemsnittet.

	2007	2008	2009	2010	2011	Budget 2012	Budget 2013
<b>Hovedstaden</b>	<b>2.867</b>	<b>2.928</b>	<b>3.204</b>	<b>3.376</b>	<b>3.339</b>	<b>3.509</b>	<b>3.547</b>
Gentofte	-107	-67	-90	-124	-100	-164	-19
Furesø	-245	-246	-324	-312	-264	-411	-483
Allerød	-275	-193	-243	-321	-240	-399	-185
Fredensborg	-165	-83	-118	-113	-112	-139	-148
Egedal	-469	-335	-321	-385	-296	-457	-260
<b>Sjælland</b>	<b>2.777</b>	<b>2.845</b>	<b>3.052</b>	<b>3.244</b>	<b>3.264</b>	<b>3.445</b>	<b>3.549</b>
Ringsted	-70	-118	-67	-123	-132	-265	-281
Sorø	-116	-161	-142	-119	-114	-255	-201
<b>Syddanmark</b>	<b>2.732</b>	<b>2.820</b>	<b>3.071</b>	<b>3.216</b>	<b>3.296</b>	<b>3.467</b>	<b>3.566</b>
Assens	-91	-116	-56	-112	-104	-94	-126
Faaborg-Midtfyn	-45	-227	-83	-121	-98	-126	-147
Nordfyn	-112	-128	-82	-132	-142	-169	-197
Billund	-12	-24	-61	-96	-100	-133	-238
Varde	-12	-107	-67	-109	-176	-177	-207
Vejen	-222	-70	-77	-99	-75	-226	-170
Kolding	-56	-58	-47	-54	-68	-117	-78
<b>Midtjylland</b>	<b>2.700</b>	<b>2.750</b>	<b>2.959</b>	<b>3.088</b>	<b>3.096</b>	<b>3.211</b>	<b>3.215</b>
Herning	-86	-35	-102	-71	-107	-133	-170
Favrskov	-143	-124	-153	-135	-142	-207	-168
Odder	-148	-137	-185	-171	-142	-231	-144
Skanderborg	-127	-122	-144	-147	-42	-151	-76
Ikast-Brande	-279	-120	-148	-84	-124	-194	-108

Ringkøbing-Skjern	-106	-149	-144	-143	-184	-209	-159
<b>Nordjylland</b>	<b>2.605</b>	<b>2.648</b>	<b>2.900</b>	<b>3.027</b>	<b>3.138</b>	<b>3.114</b>	<b>3.176</b>
Rebild 1)	-67	-1.178	-1.203	-118	-72	-246	-242

Anm.: 1) De lave regnskabstal for Rebild Kommune for 2008 og 2009 skyldes formentlig en fejlregistrering i regnskabet.

Der er i alt 21 kommuner, der har haft udgifter under regionsgennemsnittet i årene 2007-11, og som også budgetterer med lavere udgifter for 2012 og 2013. Disse kommuner har således haft et permanent lavt udgiftsniveau. Men det skal også bemærkes, at udgifterne kun i meget få tilfælde har ligget mere end 10 pct. under gennemsnittet. Det kan endvidere bemærkes, at de tre nordsjællandske kommuner Furesø, Allerød og Egedal hvert år har haft udgifter, der ligger betydeligt under gennemsnittet for regionen. Det kan i den forbindelse også bemærkes, at Allerød og Egedal er de to kommuner, der gennem en årrække har haft landets laveste socioøkonomiske indeks.

Der er således en gruppe af kommuner, der permanent har haft udgifter over gennemsnittet, og en anden gruppe, der permanent har haft udgifter under gennemsnittet, men der er ikke blandt disse kommuner nogen, hvor udgiftsniveauet afviger meget markant fra gennemsnittet.

Det skal i øvrigt bemærkes, at der er en ret klar tendens til, at de kommuner, der permanent har haft en udgift under regionsgennemsnittet, også har et socioøkonomisk indeks under gennemsnittet. Tilsvarende har de fleste af kommunerne med udgifter permanent over gennemsnittet også et socioøkonomisk indeks over gennemsnittet. Denne observation er i overensstemmelse med den tidligere beskrevne statistiske sammenhæng mellem det socioøkonomiske indeks og udgifterne pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsenet.

## 2.5 Sammenfatning om udgifterne

Siden 2007 har kommunerne medfinansieret en del af regionernes udgifter til sundhedsvæsenet. I perioden 2007-11 bestod medfinansieringen af to dele: et grundtilskud, som udgjorde et fast beløb pr. indbygger og et aktivitetsbestemt tilskud. Med virkning fra 2012 blev hele medfinansieringen gjort aktivitetsbestemt.

For 2013 budgetterer kommunerne med udgifter til medfinansiering af sundhedsvæsenet på i alt 19,3 mia. kr., svarende til ca. 3.400 kr. pr. indbygger.

Der har i hele perioden været en tendens til, at udgifterne for kommunerne i regionerne Nordjylland og Midtjylland har ligget under landsgennemsnittet, mens udgifterne i Region Hovedstaden har ligget over landsgennemsnittet.

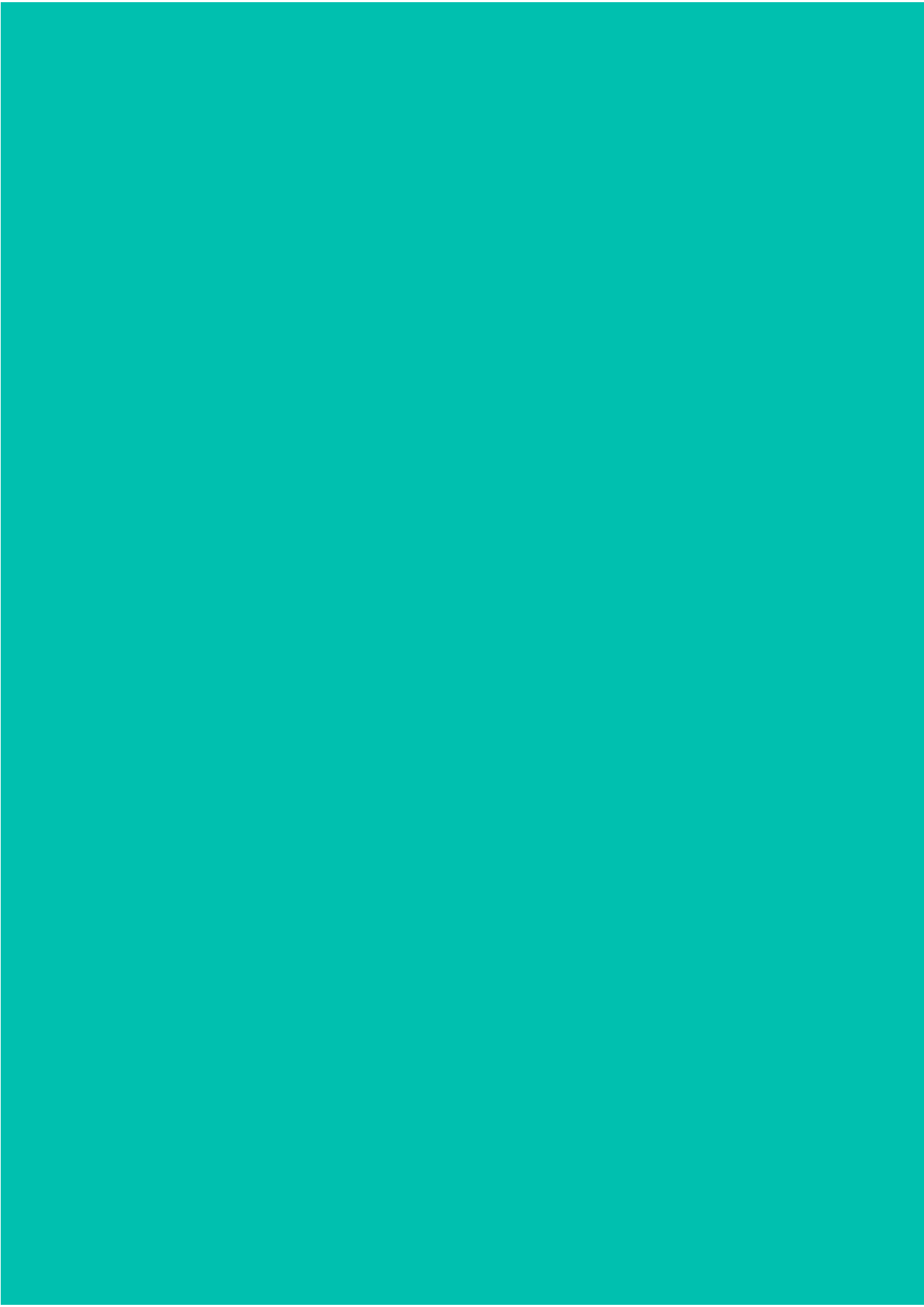


I forhold til de fleste andre kommunale udgiftsområder er der en ret begrænset spredning mellem kommunerne på dette område. I 2011 – som er det senest opgjorte regnskabsår - var den højeste udgift i en kommune ca. 3.700 kr. pr. indbygger, mens den laveste var ca. 2.900 kr. pr. indbygger. Det svarede til, at den højeste udgift lå ca. 14 pct. over end landsgennemsnittet, mens den laveste lå ca. 10 pct. under landsgennemsnittet. Men langt hovedparten af kommunerne lå forholdsvis tæt på landsgennemsnittet.

Spredningen hænger i et vist omfang sammen med den socioøkonomiske struktur. Der er en klar statistisk sammenhæng mellem kommunernes socioøkonomiske indeks og udgiften til medfinansiering af sundhedsvæsenet. Der er således en tendens til, at kommuner med et højt socioøkonomisk indeks har forholdsvis høje udgifter til medfinansiering af sundhedsvæsenet.

Der er også en vis sammenhæng med aldersstrukturen, således af kommuner med en høj andel af ældre har høje udgifter til medfinansiering af sundhedsvæsenet. Men denne sammenhæng er dog ret svag.

Udgifterne til medfinansiering af sundhedsvæsenet har for den enkelte kommune udviklet sig ret stabilt i perioden. For de fleste kommuner har væksten fra år til år ligget forholdsvis tæt på landsgennemsnittet. Der er ikke tegn på, at nogen kommuner har haft en atypisk udvikling, som har betydet, at kommunen har fjernet sig langt fra gennemsnittet. Men for den enkelte kommune kan udgiften dog variere noget fra år til år, og det kan i den konkrete situation indebære en udfordring for de pågældende kommuner. Der er en gruppe af kommuner, som permanent har haft udgifter over gennemsnittet, og en anden gruppe, som permanent har haft udgifter under gennemsnittet. Men også for disse kommuner gælder det, at udgifterne kun i meget få tilfælde har ligget mere end 10 pct. over eller under gennemsnittet.



## 3. Byrdefordeling

---

Kommunerne er blevet kompenseret over bloktilskuddet for udgifterne til medfinansiering af sundhedsvæsenet. Nedenfor ses på den byrdefordelingsmæssige virkning af denne opgave og på den byrdefordelingsmæssige virkning af omlægningen af ordningen med virkning fra 2012.

### 3.1 Beregnet byrdefordelingsmæssige virkninger af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet

Kommunerne budgetterer for 2013 med udgifter til kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet på 19,3 mia. kr. Med henblik på at illustrere de byrdefordelingsmæssige virkninger for kommunerne af denne opgave er der nedenfor foretaget en beregning af virkningerne af, hvis kommunerne ikke havde denne udgift. Det er forudsat, at det kommunale bloktilskud nedsættes svarende til bortfaldet af udgiften, og at det demografiske udgiftsbehov i udligningen justeres. Hvis kommunerne ikke længere skulle have denne udgift, kunne det også overvejes at justere sammenvæjningen af de socioøkonomiske kriterier i det socioøkonomiske udgiftsbehov. Vægtene for de enkelte socioøkonomiske kriterier er fastsat i loven, og det er ikke i dette regneeksempel forsøgt at opstille en alternativ sammenvæjning af de socioøkonomiske kriterier.

Som det fremgår af tabellen nedenfor, ville fraværet af medfinansieringsudgiften og kompensation over bloktilskuddet indebære et tab for kommunerne i regionerne Midtjylland og Nordjylland, mens kommunerne i de øvrige regioner ville vinde på det. Det skal dog bemærkes, at der inden for den enkelte region vil være nogle kommuner, som vil tabe, mens andre vil vinde.

**Tabel 13**

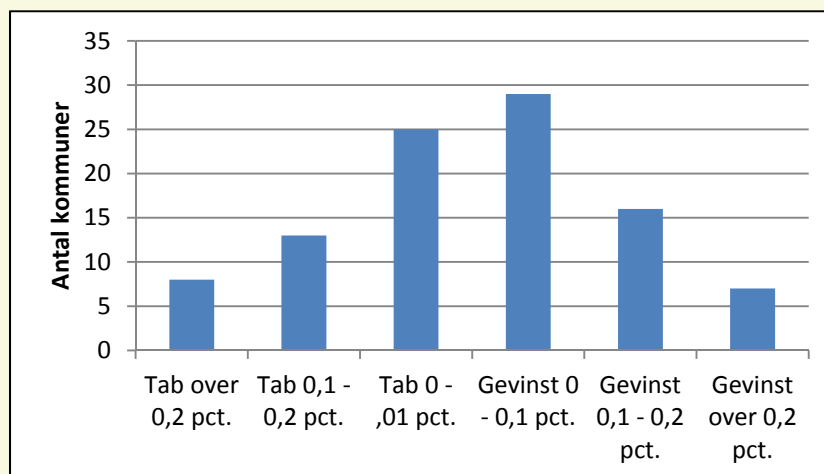
Beregnete byrdefordelmæssige forskydninger for kommunerne fordelt på regioner ved fravær af udgiften til kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet. Budget 2013.

	Samlet ændring. Mio. kr. (- = tab)	Samlet ændring i pct. af beskatningsgrundlaget. (+ = tab)
Hovedstaden	211,9	-0,06
Sjælland	5,0	-0,00
Syddanmark	97,7	-0,05
Midtjylland	-156,2	0,08
Nordjylland	-158,3	0,18

I figuren nedenfor er vist fordelingen på kommuner i forhold til størrelsen af de beregnede tab eller gevinster ved et fravær af udgiften til kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet.

**Figur 4**

Beregnet tab eller gevinst for kommunerne ved afskaffelse af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet – opgjort som pct. af beskatningsgrundlaget. Budget 2013.



I alt 44 kommuner ville have tab eller gevinst på mere end 0,1 pct. af beskatningsgrundlaget ved fravær af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet, og 15 af disse kommu-

ner ville have tab eller gevinst på over 0,2 pct. af beskatningsgrundlaget, heraf 8 med tab og 7 med gevinst. For 83 kommuner ville de beregnede tab eller gevinster således udgøre mindre end 0,2 pct. af beskatningsgrundlaget, og for 54 af disse kommuner ville de beregnede tab eller gevinster udgøre mindre end 0,1 pct. af beskatningsgrundlaget.

I tabellen nedenfor er vist de 10 kommuner, som ville få det største tab henholdsvis den største gevinst, hvis kommunerne ikke havde udgiften til medfinansiering af sundhedsvæsenet.

**Tabel 14**

De 10 kommuner med det største tab eller den største gevinst hvis kommunerne ikke havde udgiften til medfinansiering af sundhedsvæsenet.

	Samlet ændring Mio. kr. (- = tab)	Samlet ændring i pct. af beskatningsgrundlaget. (+ = tab)
<i>De 10 kommuner med størst tab</i>		
Læsø	-1,9	0,65
Ærø	-4,1	0,43
Lolland	-23,8	0,36
Morsø	-9,6	0,32
Aalborg	-85,7	0,27
Ishøj	-8,6	0,26
Vesthimmerland	-12,2	0,23
Struer	-7,2	0,21
Ringkøbing-Skjern	-17,3	0,19
Aarhus	-99,5	0,18
<i>De 10 kommuner med størst gevinst</i>		
Gribskov	14,2	-0,18
Nyborg	9,4	-0,19
Egedal	16,9	-0,20
Tårnby	18,3	-0,24
Esbjerg	44,4	-0,24
Gladsaxe	31,2	-0,24
Hillerød	23,7	-0,24
Dragør	8,0	-0,24
Sønderborg	29,9	-0,25
Allerød	14,6	-0,25

Det kan bemærkes, at der blandt de kommuner, der ville få det største tab, er forholdsvis mange kommuner fra Nord- og Midtjylland, mens der blandt de kommuner, der ville få den største gevinst, er forholdsvis mange kommuner fra hovedstadsområdet.

Bedømt ud fra kommunernes budgetterede udgifter for 2013 synes der at være en vis geografisk tendens, idet der samlet set ville være et tab for kommunerne i Nordjylland og Midtjylland, hvis kommunerne ikke havde udgiften til kommunal medfinansiering med samtidig kompensation over bloktilskuddet, mens der ville være en gevinst for kommunerne i hovedstadsområdet og i Region Syddanmark.

For 83 kommuner vil virkningen udgøre mindre end 0,2 pct. af beskatningsgrundlaget, og for 54 kommuner mindre end 0,1 pct. af beskatningsgrundlaget. 7 kommuner ville få en gevinst på over 0,2 pct. af beskatningsgrundlaget, men ingen kommuner ville få en gevinst på mere end 0,25 pct. af beskatningsgrundlaget, hvis kommunerne ikke havde udgiften til kommunal medfinansiering. Omvendt ville der være 8 kommuner, som ville få et tab på over 0,2 pct. af beskatningsgrundlaget. De højeste tab ville være for de to ø-kommuner Læsø og Ærø, som begge ville få et tab på over 0,4 pct. af beskatningsgrundlaget.

## 3.2 Beregnet byrdefordelingsmæssige virkning af omlægningen med virkning fra 2012

Omlægningen med virkning fra 2012 indebærer, at grundbidraget blev afskaffet, og at den aktivitetsbestemte medfinansiering på det somatiske område og for speciallæger blev forhøjet.

I april 2013 er den faktiske virkning for 2012 beregnet på baggrund af de foreløbige regnskabstal for 2012. Denne beregning har vist, at de byrdefordelingsmæssige virkninger af omlægningen varierer mellem en gevinst på 0,22 pct. af beskatningsgrundlaget til et tab på 0,13 pct. af beskatningsgrundlaget. For 4 kommuner var gevinsten større end 0,1 pct. af beskatningsgrundlaget, og der var tilsvarende 4 kommuner, der havde tab på over 0,1 pct. af beskatningsgrundlaget. For de resterende 90 kommuner udgjorde tab eller gevinst således mindre end 0,1 pct. af beskatningsgrundlaget.

I tabellen nedenfor er vist de 10 kommuner, som for 2012 har haft det største tab henholdsvis den største gevinst i forbindelse med omlægningen af den kommunale medfinansiering.

**Tabel 15**

De 10 kommuner med det største tab eller den største gevinst i 2012 ved omlægningen af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet med virkning fra 2012.

	Samlet ændring Mio. kr. (- = tab)	Samlet ændring i pct. af beskatningsgrundlaget. (+ = tab)
<i>De 10 kommuner med størst tab ved omlægningen</i>		
Fanø	-0,8	0,13
Kerteminde	-4,0	0,11
Tårnby	-8,0	0,11
Glostrup	-4,2	0,11
Nyborg	-4,0	0,08
Næstved	-10,5	0,08
Fredericia	-6,4	0,08
Dragør	-2,4	0,08
Sønderborg	-9,2	0,08
Gladsaxe	-9,5	0,08
<i>De 10 kommuner med størst gevinst ved omlægningen</i>		
Ishøj	2,3	-0,07
Vesthimmerland	3,8	-0,07
Odder	2,6	-0,07
Jammerbugt	4,3	-0,08
Ærø	0,8	-0,08
Aarhus	45,7	-0,09
Aalborg	37,0	-0,12
Lolland	9,0	-0,13
Morsø	4,2	-0,14
Læsø	0,6	-0,22



Det blev i forbindelse med lovforslaget i 2011 om omlægning af ordningen vurderet, at omlægningen kun ville give anledning til begrænsede byrdefordelingsmæssige virkninger for kommunerne.

I vedlagte bilagstabel er vist de tre nævnte byrdefordelingsmæssige beregninger. For den enkelte kommune sker der i visse tilfælde nogle forskydninger fra beregningerne baseret på de foreløbige skøn til brug for lovforslaget i 2011 og frem til beregningerne på baggrund af de faktiske regnskabstal for 2012. Men der er ikke sket afgørende forskydninger i mønstret eller i spredningen mellem kommunerne.

I tabellen nedenfor er vist de største beregnede tab og gevinster i de to beregninger.

**Tabel 16**

**De 10 kommuner med det største tab eller den største gevinst i 2012 ved omlægningen af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet med virkning fra 2012.**

	Største tab i pct. af beskatningsgrundlaget (+=tab)	Største gevinst i pct. af beskatningsgrundlaget. (+=tab)
Skøn til brug for lovforslaget i 2011	0,11 (Glostrup)	-0,28 (Læsø)
Beregning på foreløbigt regnskab for 2012	0,13 (Fanø)	-0,22 (Læsø)

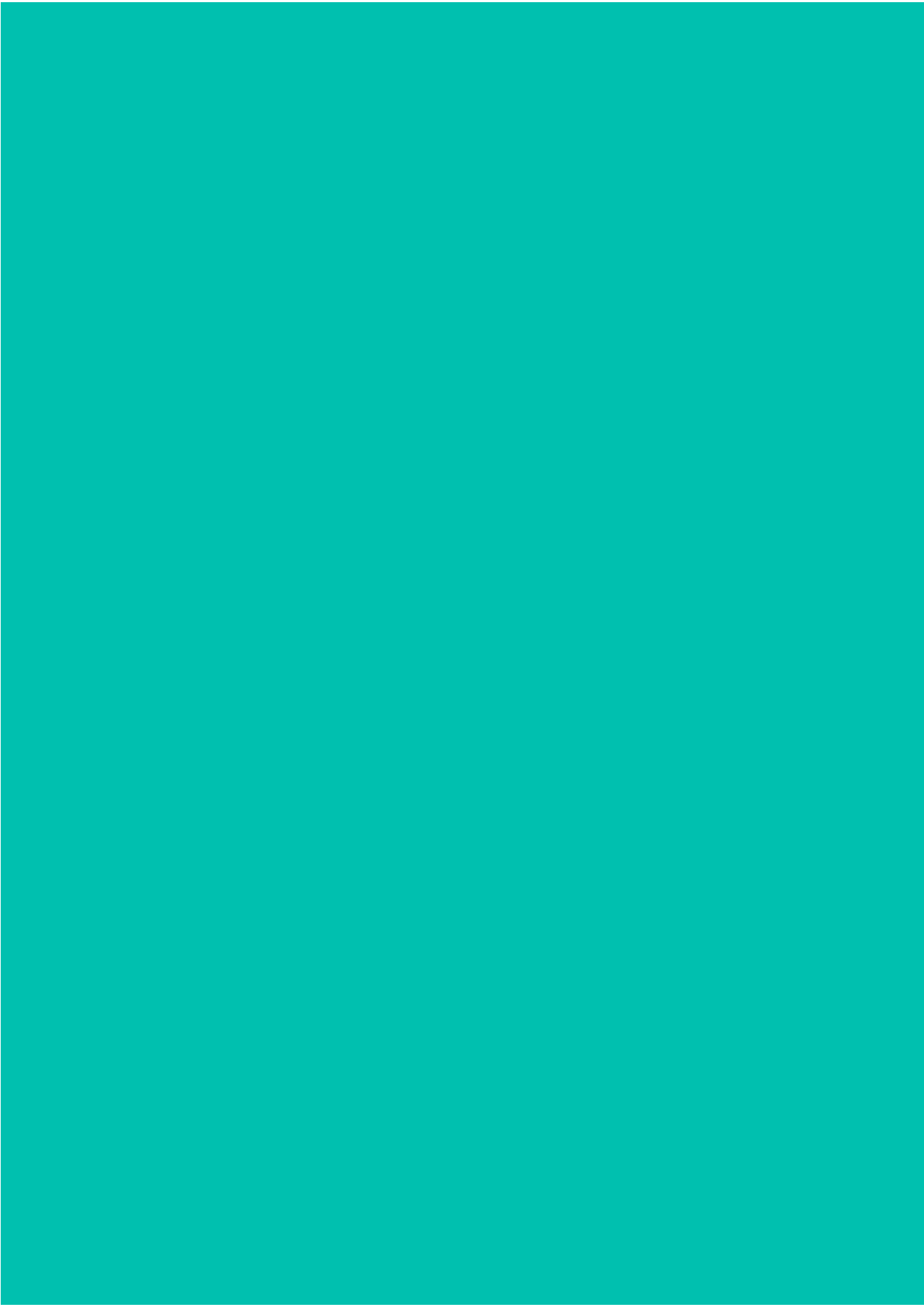
Som det fremgår af tabellen, er der ikke sket større forskydninger i intervallet for tab og gevinst fra skønnene til brug for lovforslag og frem til beregninger baseret på de foreløbige regnskabstal for 2012.

### 3.3 Sammenfatning om de byrdefordelingsmæssige virkninger

De byrdefordelingsmæssige virkninger af ordningen med kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet er i notatet illustreret ved en beregning af konsekvenserne for de enkelte kommuner, hvis kommunerne ikke havde udgifterne til ordningen men så derfor heller ikke modtog en samlet kompensation for udgifterne via bloktilskuddet og udligningen. Beregningerne viser, at virkningen heraf for de fleste kommuner ville være relativt begrænset. For 83 kommuner vil virkningen udgøre mindre end 0,2 pct. af beskatningsgrundlaget, og for 54

kommuner mindre end 0,1 pct. af beskatningsgrundlaget. 7 kommuner ville få en gevinst på over 0,2 pct. af beskatningsgrundlaget, men ingen kommuner ville få en gevinst på mere end 0,25 pct. af beskatningsgrundlaget. Omvendt ville der være 8 kommuner, som ville få et tab på over 0,2 pct. af beskatningsgrundlaget. De højeste tab ville være for de to ø-kommuner Læsø og Ærø, som begge ville få et tab på over 0,4 pct. af beskatningsgrundlaget, hvis kommunerne ikke havde denne udgift/opgave.

Der er endvidere set på de byrdefordelingsmæssige virkninger af omlægningen af ordningen med virkning fra 2012. Virkningen er vurderet på grundlag af de foreløbige regnskabstal for 2012. For 90 ud af de 98 kommuner indebar omlægningen byrdefordelingsmæssige forskydninger på mindre end 0,1 pct. af beskatningsgrundlaget. Det største beregnede tab var på 0,13 pct. af beskatningsgrundlaget, mens den største beregnede gevinst var på 0,22 pct. af beskatningsgrundlaget. Det svarer nogenlunde til det interval, der også var forventet ved fremsættelsen af lovforslaget.



## 4. Sammenfatning af evalueringen

---

I forbindelse med kommunalreformen blev der indført en vis kommunal medfinansiering af regionernes udgifter til sundhedsvæsenet. Der var tale om en forholdsvis stor opgave, som i det første år – 2007 – udgjorde ca. 15 mia. kr., og som for 2013 er budgetteret til ca. 19,3 mia. kr. Kommunerne er blevet kompenseret over bloktilskuddet for disse merudgifter.

Der var således tale om en forholdsvis stor finansieringsomlægning, som potentielt kunne have givet anledning til nogle større byrdefordelingsmæssige forskydninger mellem kommunerne, hvis udgifterne havde været skævt fordelt.

I denne evaluering er der set på fordelingen af udgifterne mellem kommunerne, og de samlede byrdefordelingsmæssige virkninger af opgaven er vurderet.

Samlet set viser evalueringen, at der er en forholdsvis lille spredning mellem kommunerne i udgifterne pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsenet. Der er ikke tegn på, at nogle kommuner har haft en atypisk udvikling. Tværtimod afviger udgifterne pr. indbygger kun i meget få kommuner med mere end 10 pct. fra gennemsnittet, og der findes ikke kommuner, hvor udgifterne afviger betydeligt fra gennemsnittet. I forhold til de fleste andre kommunale udgiftsområder er der tale om en ret begrænset spredning på dette område. For enkelte kommuner kan der dog være en variation i udgifterne fra år til år, som i det konkrete tilfælde kan være en udfordring for kommunen.

Spredningen hænger i et vist omfang sammen med den socioøkonomiske struktur. Der er en klar statistisk sammenhæng mellem kommunernes socioøkonomiske indeks og udgiften til medfinansiering af sundhedsvæsenet. Der er således en tendens til, at kommuner med et højt socioøkonomisk indeks har forholdsvis høje udgifter til medfinansiering af sundhedsvæsenet. Det viser, at der i udligningsordningen tages hensyn til forskelle i udgiftsbelastningen på dette område.

Der er endvidere set på de samlede byrdefordelingsmæssige virkninger for kommunerne af denne opgave. Det er illustreret gennem en beregning, der viser de beregnede virkninger af, hvis kommunerne ikke havde denne opgave med compensation via bloktilskud og udligning. Det ville for fleste kommuner have begrænsede virkninger. For 83 kommuner ville de beregnede tab eller gevinster udgøre mindre end 0,2 pct. af beskatningsgrundlaget og for 54 kommuner mindre end 0,1 pct. af beskatningsgrundlaget. Den største gevinst ved en afskaffelse af ordningen ville være på 0,25 pct. af beskatningsgrundlaget, og der ville være to kommu-

ner, der ville få et tab på over 0,4 pct. af beskatningsgrundlaget, hvis ordningen blev afskaffet.

Med virkning fra 2012 blev ordningen omlagt, således at grundbidraget blev afskaffet og den aktivitetsbestemte medfinansiering forhøjet tilsvarende. Ved fremsættelsen af lovforslaget blev det vurderet, at denne omlægning ville have forholdsvis begrænsede byrdefordelingsmæssige virkninger. Denne vurdering er blevet bekræftet i en ny beregning på baggrund af de foreløbige regnskabstal for 2012. Den nye beregning viser, at de byrdefordelingsmæssige virkninger af omlægningen for 90 ud af de 98 kommuner udgør mindre end 0,1 pct. af beskatningsgrundlaget. Det største tab for en kommune udgør 0,13 pct. af beskatningsgrundlaget, mens den største gevinst udgør 0,22 pct. af beskatningsgrundlaget. Samlet set må det på den baggrund vurderes, at omlægningen med virkning fra 2012 som forventet havde forholdsvis begrænsede byrdefordelingsmæssige virkninger.

[www.oim.dk](http://www.oim.dk)