

**Analyse af virkningerne for den kommunale
og regionale økonomi af den kommunale
medfinansiering af sundhedsvæsenet**

Maj 2015

Økonomi- og Indenrigsministeriets
Finansieringsudvalg

Analyse af virkningerne for den kommunale og regionale økonomi af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet

Maj 2015

I tabeller kan afrunding medføre,
at tallene ikke summer til totalen.

Henvendelse om publikationen
kan ske til:
Økonomi- og Indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
T 72 28 24 00

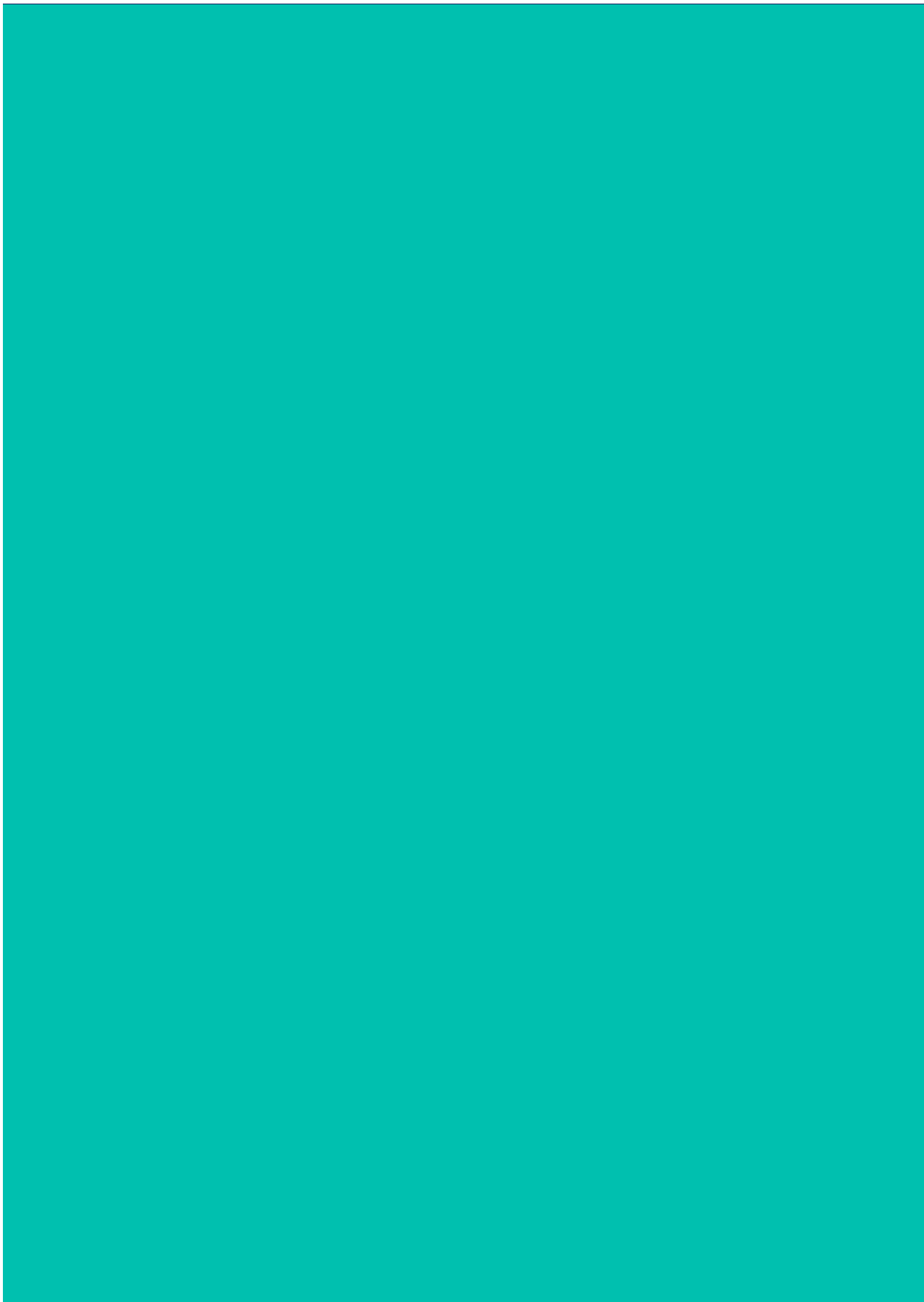
Omslag: Studio Parris Wakefield

Elektronisk Publikation:
ISBN: 978-87-92856-66-1

Publikationen kan hentes på
Økonomi- og Indenrigsministeriets hjemmeside:
www.oim.dk

Indholdsfortegnelse

1.	Indledning	5
1.1	Evaluering af den kommunale medfinansiering.....	5
1.2	Kommunal medfinansiering fra 2007	5
2.	Regionerne	8
2.1	De samlede indtægter.....	8
2.2	Indtægterne i de enkelte regioner.....	9
2.3	Byrdefordeling.....	10
2.4	Budgetsikkerhed	12
2.5	Sammenfatning og vurdering.....	15
3.	Kommunerne	17
3.1	De samlede udgifter.....	17
3.2	Spredningen mellem kommunerne.....	19
3.3	Byrdefordeling.....	23
3.4	Budgetsikkerhed	27
3.5	Sammenfatning og vurdering.....	38



1. Indledning

1.1 Evaluering af den kommunale medfinansiering

Det indgik i aftalen mellem regeringen og Danske Regioner af 4. juni 2013 om regionernes økonomi for 2014, at der i 2014 skulle igangsættes en evaluering af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsnet (KMF). Det skal bl.a. ses i forlængelse af evalueringen af kommunalreformen og er endvidere nævnt i økonomiaftalerne for 2015 mellem regeringen og Danske Regioner henholdsvis KL.

På den baggrund gennemføres et arbejde, som skal analysere den kommunale medfinansieringsordning specielt med hensyn til ordningens incitamentsvirkninger.

Der etableres en overordnet styregruppe for evalueringen med repræsentanter fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet (formand), KL og Danske Regioner, der sekretariatsbetjenes af Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt Økonomi- og Indenrigsministeriet.

En del af arbejdet varetages i Finansieringsudvalget under Økonomi- og Indenrigsministeriet, og en anden del i en arbejdsgruppe under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Finansieringsudvalget skal bidrage med en beskrivelse og vurdering af virkningerne på den regionale og kommunale økonomi, herunder byrdefordeling og budgetusikkerhed mv. Punkterne fremgår af punkt 2c og 2d i kommissoriet for arbejdet, jf. nedenfor:

"2c. En beskrivelse og vurdering af virkningerne på den regionale økonomi i øvrigt, herunder byrdefordeling, budgetusikkerhed mv.

2d. En beskrivelse og vurdering af virkningerne på den kommunale økonomi, herunder byrdefordeling, budgetusikkerhed mv."

1.2 Kommunal medfinansiering fra 2007

Den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsnet 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 byrdefordelingsmæssige forskydninger.

For regionerne indebar omlægningen visse byrdefordelingsmæssige forskydninger. I forbindelse med omlægningen blev der fra 2012 indført en kompensationsordning, som indebærer, at regioner med en beregnet gevinst ved omlægningen betaler til regioner med et beregnet underskud som følge af omlægningen. Kompensationsordningen blev beregnet en gang for alle i forbindelse med omlægningen med virkning fra 2012.

I forbindelse med de årlige økonomiforhandlinger mellem regeringen og Danske Regioner fastsættes det maksimale niveau for regionernes indtægter fra den kommunale medfinansiering. Dette niveau indgår samtidigt som en forudsætning for økonomiaftalen med kommunerne. Disse niveauer vil herefter danne udgangspunkt for budgetlægningen i kommunerne og regionerne.

Niveauet for den kommunale medfinansiering fastsættes i forbindelse med de årlige økonomiforhandlinger mellem regeringen og Danske Regioner, med afsæt i forudsætninger om det kommende års aktivitet.

Medfinansieringen udbetales til kommunerne som en del af bloktilskuddet, men indgår ikke i det kommunale udgiftsloft for de samlede serviceudgifter. Heri ligger, at medfinansieringen samlet set er et nul-sums spil, hvor den kommunale udgift og den regionale indtægt under ét maksimalt vil svare til det forudsatte og finansierede niveau. Ændringer i den enkelte kommunes udgifter til kommunal medfinansiering betyder derfor isoleret set ikke behov for prioritering ift. andre serviceområder – men betyder alene et større eller mindre kassetræk end forudsat, som delvist udlignes via den efterfølgende tilbageførsel.

Den øvre grænse for den enkelte regions indtægter fra kommunal medfinansiering fastsættes ud fra aktiviteten i året to år før. Principperne for fastsættelse af den øvre grænse og sammenhængen til aktiviteten i den enkelte region er nærmere beskrevet i et notat fra Ministeriet for Sundheds og Forebyggelse: "Beskrivelse og vurdering af mulige incitamentsvirkninger i regionerne".

Nedenfor ses først på regionerne, jf. pkt. 2c i kommissoriet, og derefter på kommunerne, jf. pkt. 2d.



2. Regionerne

2.1 De samlede indtægter

De samlede regionale indtægter fra kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet udgjorde i 2013 ca. 19,2 mia. kr., og for 2014 har regionerne budgetteret med indtægter på ca. samme niveau, jf. tabel 2.1.

Tabel 2.1
Regionernes indtægter fra kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet 2007-14.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Budget 2014
Mio. kr. – 2013 pl								
Stationær somatik	4.722	4.700	4.899	5.041	5.086	8.900	9.075	
Ambulant somatik	3.249	3.196	3.650	3.882	3.849	7.259	7.694	
Stationær psykiatri	243	243	264	271	278	282	287	
Ambulant psykiatri	415	408	444	460	483	539	571	
Praksissektoren	1.418	1.460	1.462	1.501	1.533	1.683	1.662	
Genoptræning under indlæggelse	224	214	248	255	276	325	353	
Aktivitetsbestemt medfinansiering i alt	10.270	10.221	10.967	11.409	11.503	18.988	19.642	19.233
Grundbidrag	6.737	6.728	6.789	6.827	6.874			
Medfinansiering i alt	17.007	16.949	17.756	18.236	18.377	18.988	19.642	19.233
Reduktion som følge af øvre grænse							-395	
Regionernes indtæg- ter i alt	17.007	16.949	17.756	18.236	18.377	18.988	19.248	19.233

Anm.: Pl-regulereret med pl for regional sundhed (ekskl. medicin).

Kilde: Landspatientregistret og regionernes budgetter for 2014.

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 akti-

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

Samtidigt blev grundbidraget afskaffet, og der blev indført en øvre grænse for regionernes indtægter fra kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering.

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

2.2 Indtægterne i de enkelte regioner

De samlede regionale indtægter fra kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet er for 2014 budgetteret til 19,2 mia. kr., svarende til ca. 3.418 kr. pr. indbygger. I tabellen nedenfor er vist regionernes indtægter pr. indbygger i 2013 pl.

Tabel 2.2

Regionernes indtægter pr. indbygger fra kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet 2007-14.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Budget 2014
Kr. pr. indbygger, 2013 pl								
Nordjylland	2.971	2.979	3.087	3.121	3.159	3.121	3.142	3.150
Midtjylland	3.042	2.999	3.115	3.176	3.157	3.146	3.229	3.196
Syddanmark	3.100	3.076	3.222	3.309	3.354	3.524	3.577	3.552
Hovedstaden	3.237	3.205	3.339	3.425	3.413	3.546	3.519	3.506
Sjælland	3.154	3.130	3.240	3.313	3.340	3.520	3.580	3.568
I alt	3.122	3.095	3.222	3.295	3.305	3.403	3.436	3.418

Anm.: Pl-regulereret med pl for regional sundhed (ekskl. medicin).

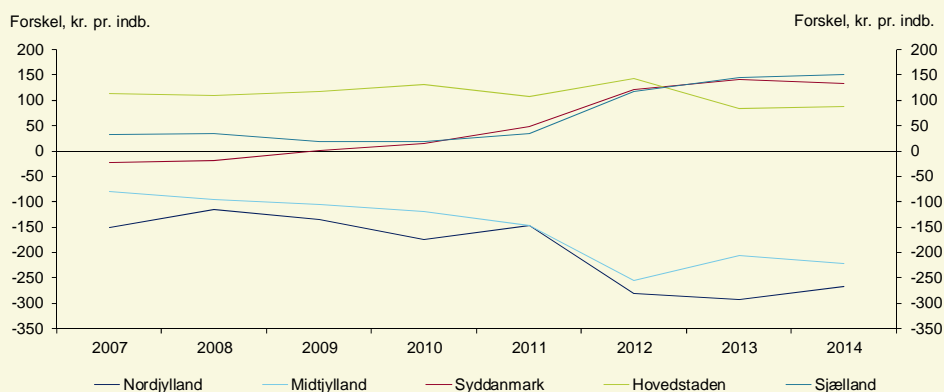
Kilde: Landspatientregistret og regionernes budgetter for 2014.

Der er en vis spredning mellem regionerne. Region Nordjylland budgetterer med indtægter i 2014 på 3.150 kr. pr. indbygger (2013 pl), mens Region Sjælland budgetterer med 3.568 kr. pr. indbygger (2013 pl).

Generelt er der et vist mønster, som viser, at regionerne Nordjylland og Midtjylland har indtægter pr. indbygger under gennemsnittet, mens regionerne Syddanmark, Sjælland og Hovedstaden har indtægter pr. indbygger over gennemsnittet, jf. figur 2.1.

Figur 2.1

Den enkelte regions afvigelse fra gennemsnittet i indtægter fra KMF pr. indbygger



Kilde: Landspatientregistret og regionernes budgetter for 2014.

2.3 Byrdefordeling

Med henblik på at illustrere de byrdefordelmæssige virkninger for regionerne af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet, er den nuværende situation sammenlignet med en situation, hvor de pågældende udgifter blev finansieret via bloktilskuddet. Beregningsteknisk er den nuværende situation sammenlignet med en beregning, hvor den enkelte regions indtægter fra kommunal medfinansiering ikke indgår, men hvor det regionale bloktilskud i stedet er forhøjet tilsvarende. Der er i den forbindelse også inddraget det kompensationsstilskud, som blev indført i forbindelse med omlægningen af ordningen med virkning fra 2012.

Tabel 2.3

De byrdefordelingsmæssige virkninger af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsnets 2013.

	Umiddelbar virkning	Kompensations- tilskud	I alt	I alt i pct. af bloktilskuddet
Mio. kr.				
Nordjylland	-186	59	-127	-1,5
Midtjylland	12	81	93	0,5
Syddanmark	109	-78	31	0,2
Hovedstaden	65	-27	38	0,1
Sjælland	0	-35	-35	-0,3
I alt	0	0	0	0

Kilde: Økonomi- og Indenrigsministeriet.

For regionerne Nordjylland og Sjælland indebærer den kommunale medfinansieringsordning et byrdefordelingsmæssigt tab sammenlignet med en situation, hvor ordningen i stedet blev finansieret via bloktilskuddet. Det største tab er for Region Nordjylland, som – beregnet på grundlag af 2013 data – har et byrdefordelingsmæssigt tab på 127 mio. kr., svarende til ca. 1,5 pct. af bloktilskuddet på sundhedsområdet. Regionerne Midtjylland, Syddanmark og Hovedstaden har en byrdefordelingsmæssig gevinst på ordningen.

Tabel 2.4

De byrdefordelingsmæssige virkninger af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsnets 2013.

	Umiddelbar virkning	Kompensationstilskud	I alt
Kr. pr. indbygger			
Nordjylland	-321	102	-219
Midtjylland	9	64	73
Syddanmark	90	-65	26
Hovedstaden	38	-16	22
Sjælland	0	-43	-43
I alt	0	0	0

Kilde: Økonomi- og Indenrigsministeriet.

Den største byrdefordelingsmæssige virkning i absolutte tal er som nævnt for Region Nordjylland. Det samme gælder, når der ses på virkningerne pr. indbygger. Ordningen indebærer et byrdefordelingsmæssigt tab på 219 kr. pr. indbygger i Region Nordjylland. For de øvrige regioner udgør virkningen mindre end 100 kr. pr. indbygger.

Det bemærkes, at det har været et formål med ordningen, at der skulle være en direkte sammenhæng mellem en regions indtægter fra kommunal medfinansiering og aktiviteten i sundhedsvæsenet. De byrdefordelingsmæssige virkninger afspejler således også forskelle i aktiviteten i sundhedsvæsenet.

2.4 Budgetsikkerhed

I tabel 2.5 er vist regionernes budgetterede indtægter fra kommunal medfinansiering i perioden 2007-2014.

Tabel 2.5

Regionernes budgetterede indtægter fra kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet 2007-14.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Mio. kr. – 2013 pl								
Nordjylland	1.732	1.753	1.827	1.825	1.840	1.824	1.869	1.830
Midtjylland	3.793	3.865	3.899	3.910	4.072	4.088	4.110	4.083
Syddanmark	3.767	3.829	3.876	3.803	3.963	4.134	4.298	4.271
Hovedstaden	5.452	5.550	5.522	5.492	5.752	6.083	6.096	6.133
Sjælland	2.648	2.654	2.684	2.655	2.718	2.836	2.887	2.914
I alt	17.392	17.650	17.809	17.686	18.344	18.965	19.259	19.232

Anm.: Pl-regulereret med pl for regional sundhed (ekskl. medicin).

Kilde: Regionernes budgetter.

Omlægningen af ordningen med virkning fra 2012 indebærer blandt andet, at der fra og med 2012 blev fastsat en øvre grænse for regionernes indtægter fra kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering. Det har i et vist omfang normeret regionernes budgettering af indtægterne. De fleste regioner har siden 2012 budgetteret indtægterne svarende til den fastsatte øvre grænse, mens enkelte regioner har budgetteret lidt under grænsen, jf. tabel 2.6. Den øvre grænse for den enkelte regions indtægter fra kommunal medfinansiering fastsættes ud fra aktiviteten i året to år før. Principperne for fastsættelse af den øvre grænse og sammenhængen til aktiviteten i den enkelte region er nærmere beskrevet i et notat fra Ministeriet for Sundheds og Forebyggelse: "Beskrivelse og vurdering af mulige incitamentsvirkninger i regionerne".

Tabel 2.6

Forskel mellem det fastsatte loft og regionernes budgetter vedr. kommunal medfinansiering af sundhedsvæsnet 2012-14. +: loftet er højere end budgettet.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Mio. kr.								
Nordjylland						0	0	0
Midtjylland						0	0	0
Syddanmark						78	0	0
Hovedstaden						0	0	27
Sjælland						35	35	0
I alt						112	35	27

Kilde: Regionernes budgetter og bekendtgørelser vedr. fastsættelse af loftet for 2012, 2013 og 2014.

Det bemærkes, at der fastsættes en sådan øvre grænse for indtægterne forud for budgetåret. Ved midtvejsreguleringen korrigeres den oprindeligt fastsatte øvre grænse for virkningen af regelændringer. Det kan således bemærkes, at den øvre grænse for 2012 ved midtvejsreguleringen blev forhøjet med samlet 129,8 mio. kr., og at grænsen for 2013 ved midtvejsreguleringen blev forhøjet med samlet 3,7 mio. kr.

Som det fremgår af tabel 2.6 har regionerne Nordjylland og Midtjylland hvert år budgetteret svarende til det fastsatte loft, mens regionerne Syddanmark, Hovedstaden og Sjælland i et eller flere år har budgetteret under loftet.

I tabellen nedenfor er vist forskellen mellem de faktiske og de budgetterede indtægter. Der bør i den forbindelse skelnes mellem perioderne før og efter omlægningen og indførelsen af den øvre grænse for indtægterne fra kommunal medfinansiering i 2012. Fra 2012 har de fleste regioner budgetteret indtægterne svarende til grænsen som udmeldt inden budgetåret, mens enkelte regioner har budgetteret lidt under grænsen.

Tabel 2.7

Afvigelser fra budgettet. +: indtægterne overstiger budgettet, -: indtægterne er lavere end budgettet.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Mio. kr. – 2013 pl							
Nordjylland	-18	-28	-35	-16	-8	-14	-46
Midtjylland	-60	-155	-12	72	-91	-102	-1
Syddanmark	-79	-154	-11	169	64	99	0
Hovedstaden	-154	-275	28	263	48	-3	0
Sjælland	-74	-89	-23	64	20	43	35
I alt	-385	-701	-52	551	33	23	-12

Anm.: Pl-reguleret med pl for regional sundhed (ekskl. medicin).

Kilde: Landspatientregistret og regionernes budgetter.

Region Nordjylland har i 2012 og 2013 budgetteret svarende til den øvre grænse, men i begge årene har indtægterne været lavere, dvs. at regionen ikke har realiseret den forudsatte produktion. Region Midtjylland har ligeledes i begge år budgetteret svarende til grænsen, men i 2012 realiserede regionen ikke det forudsatte niveau for produktionen, og indtægterne blev derfor ca. 100 mio. kr. lavere end budgetteret. For 2013 svarede indtægterne til budgettet.

Region Syddanmark budgetterede for 2012 under den øvre grænse, men realiserede indtægter tæt på grænsen. I det følgende år budgetterede regionen svarende til grænsen og realiserede også disse indtægter.

Region Hovedstaden har i begge årene budgetteret svarende til grænsen og også realiseret indtægter svarende hertil.

Region Sjælland har i begge årene budgetteret under grænsen, men indtægterne er i begge år blevet højere. I 2012 var indtægterne dog stadig lidt under den øvre grænse, mens de for 2013 svarede til grænsen. Det kan specielt for 2012 bemærkes, at grænsen ved midtvejsreguleringen blev forhøjet med 129,8 mio. kr. for regionerne under ét som følge af opgaveændringer.

I årene før omlægningen var der generelt større budgetusikkerhed. Specielt i årene 2007, 2008 og 2010 var der nogle betydelige forskelle mellem budgettet og de realiserede indtægter. For 2007 og 2008 blev indtægterne overbudgetteret i alle regioner, dvs. at ingen af de fem regioner realiserede de indtægter, de havde budgetteret med. For 2010 var billedet vendt, og i fire ud af de fem regioner blev indtægterne højere end budgetteret.

Samlet set må det bemærkes, at der i de første år kan ses en vis budgetusikkerhed, specielt for årene 2007, 2008 og 2010. Men efter omlægningen med virkning fra 2012 er usikkerheden blevet betydeligt mindre. Det kan i den forbindelse bemærkes, at Region Nordjylland generelt ikke har realiseret de forventede indtægter fra kommunal medfinansiering. For 2013 blev regionens indtægter således 46 mio. kr. lavere end forventet, svarende til 2,5 pct. For de øvrige regioner har der for 2013 været en forholdsvis høj budgetsikkerhed svarende til, at regionerne har realiseret de indtægter, der var forudsat ved fastsættelsen af den øvre grænse.

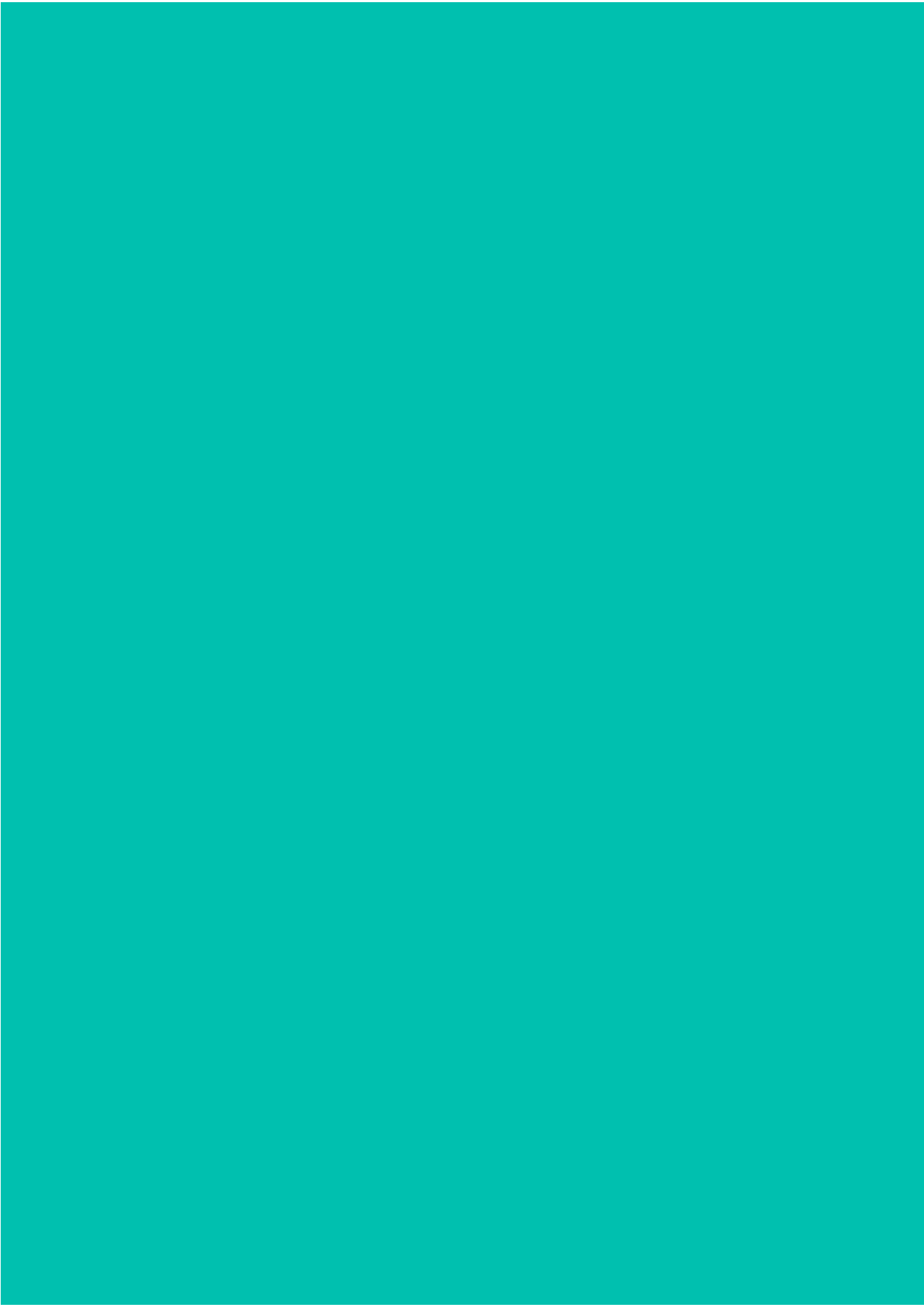
2.5 Sammenfatning og vurdering

Regionernes indtægter fra den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet afhænger af aktiviteten i sundhedsvæsenet. Niveaue for den kommunale medfinansiering fastsættes i forbindelse med de årlige økonomiforhandlinger mellem regeringen og Danske Regioner, med afsæt i forudsætninger om det kommende års aktivitet.

Fra 2012 har der været fastsat en øvre grænse for den enkelte regions indtægter fra kommunal medfinansiering. Fordelingen af det samlet forudsatte aktivitetsniveau inddrager aktiviteten i året to år tidligere, jf. nærmere afsnit 3.4 og nedenfor. De regioner, der har en forholdsvis høj aktivitet, vil således få et relativt set forhøjet indtægtsloft i de følgende år. Omvendt vil regioner med en forholdsvis lavere aktivitet få færre indtægter fra den kommunale medfinansiering. For kommunerne slår denne forskel igennem med modsat fortegn.

Ordnningen indebærer på nuværende tidspunkt et byrdefordelingsmæssigt tab for Region Nordjylland, og en byrdefordelingsmæssig gevinst for Regionerne Syddanmark og Hovedstaden i forhold til en situation med finansiering via bloktilskuddet. Disse forhold vil dog kunne ændre sig, hvis der sker relative forskydninger i aktivitetsniveauet mellem regionerne.

Ordnningen har tidligere været vanskelig for regionerne at budgettere, og der ses forholdsvis store forskelle mellem budget og regnskab for årene 2007-2010. For årene 2012 og 2013 har budgetsikkerheden været betydeligt større. Det vurderes, at det har sammenhæng med omlægningen af ordningen med virkning fra 2012, hvor der blev indført en øvre grænse for den enkelte regions indtægter fra ordningen.



3. Kommunerne

3.1 De samlede udgifter

Kommunernes udgifter til kommunal medfinansiering af sundhedsvæsnet svarer til regionernes indtægter, bortset fra en eventuel virkning af den øvre grænse for regionernes indtægter, som blev indført med virkning fra 2012. I tabel 3.1 er vist kommunernes udgifter til medfinansiering af sundhedsvæsnet og i tabel 3.2 er udgifterne vist pr. indbygger.

I perioden 2007-2011 bestod ordningen af et grundbidrag, som udgjorde et fast beløb pr. indbygger, og et aktivitetsafhængigt bidrag, svarende til en andel af regionernes udgifter til den enkelte patient. Med virkning fra 2012 blev grundbidraget afskaffet, og det aktivitetsafhængige bidrag forhøjet tilsvarende.

Samtidig blev der med virkning fra 2012 fastsat en øvre grænse for regionernes indtægter fra kommunal medfinansiering. Hvis betalingerne fra kommunerne i en region overstiger den øvre grænse for regionens indtægter, vil det overskydende beløb blive tilbageført til kommunerne via en midtvejsregulering af bloktilskuddet for det følgende år. Beløbet vil således blive fordelt på alle kommuner.

Tabel 3.1

Kommunernes udgifter til kommunal medfinansiering af sundhedsvæsnet 2007-14.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Budget 2014
Mio. kr., 2103 pl.								
Nordjylland	1.717	1.689	1.756	1.808	1.834	1.809	1.823	1.815
Midtjylland	3.732	3.707	3.885	3.981	3.980	3.984	4.107	4.146
Syddanmark	3.688	3.676	3.867	3.973	4.027	4.235	4.333	4.293
Hovedstaden	5.238	5.294	5.568	5.772	5.815	6.091	6.353	6.219
Sjælland	2.566	2.555	2.652	2.710	2.728	2.869	3.026	2.946
I alt	16.941	16.921	17.727	18.243	18.383	18.988	19.642	19.419

Anm.: Pl-regulereret med pl for regional sundhed (ekskl. medicin).

Kilde: Landspatientregistret og kommunernes budgetter for 2014.

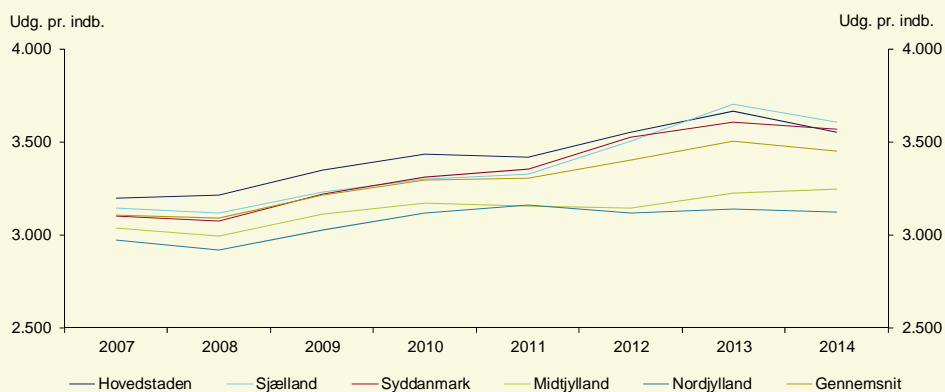
Tabel 3.2
Kommunernes udgifter pr. indbygger til kommunal medfinansiering af sundhedsvæsnen 2007-14.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Budget 2014
Kr. pr. indbygger, 2013 pl.								
Nordjylland	2.975	2.918	3.025	3.119	3.163	3.120	3.142	3.124
Midtjylland	3.040	2.997	3.114	3.174	3.156	3.145	3.227	3.245
Syddanmark	3.100	3.077	3.223	3.310	3.354	3.526	3.607	3.570
Hovedstaden	3.201	3.217	3.350	3.436	3.422	3.552	3.668	3.555
Sjælland	3.145	3.118	3.229	3.302	3.328	3.507	3.706	3.608
I alt	3.110	3.090	3.217	3.296	3.306	3.403	3.506	3.451

Anm.: Pl-regulereret med pl for regional sundhed (ekskl. medicin).
Kilde: Landspatientregistret og kommunernes budgetter for 2014.

Kommunerne i regionerne Midtjylland og Nordjylland har i hele perioden haft udgifter pr. indbygger under landsgennemsnittet. Omvendt har Region Hovedstaden i hele perioden haft udgifter over landsgennemsnittet. Regionerne Sjælland og Syddanmark havde i perioden 2007-2011 udgifter tæt på landsgennemsnittet, men siden 2012 har disse to regioner haft udgifter over landsgennemsnittet.

Figur 3.1
De kommunale udgifter pr. indbygger til kommunal medfinansiering af sundhedsvæsnen. 2013 pl.



Kilde: Landspatientregistret og kommunernes budgetter for 2014.

3.2 Spredningen mellem kommunerne

I tabel 3.3 er vist de største afvigelser fra gennemsnittet for perioden 2007-14. I 2013, som er det senest opgjorte regnskabsår, var den højeste udgift i en kommune 4.310 kr. pr. indbygger, mens den laveste var 2.872 kr. pr. indbygger. Gennemsnittet var på 3.506 kr. pr. indbygger.

Tabel 3.3

Største og mindste udgift pr. indbygger til kommunal medfinansiering af sundhedsvæsnen 2007-14.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Budget 2014
Kr. pr. indbygger, 2013 pl.								
Maksimum	3.882	3.684	3.593	3.687	3.760	4.119	4.310	4.387
Minimum	2.809	2.829	2.901	2.877	2.965	2.816	2.872	2.858
Gennemsnit	3.110	3.090	3.217	3.296	3.306	3.403	3.506	3.451
Standardafvigelse	198	209	208	170	169	291	317	299

Anm.: Pl-regulereret med pl for regional sundhed (ekskl. medicin).

Kilde: Landspatientregistret og kommunernes budgetter for 2014.

Det bemærkes, at i perioden 2007-2011 bestod ordningen som tidligere nævnt et grundbidrag fordelt pr. indbygger og et aktivitetsbestemt bidrag. Grundbidraget udgjorde et fast beløb pr. indbygger i alle kommuner. Det betyder, at spredningen i denne periode er mindre end i perioden fra 2012 og frem, hvor hele den kommunale medfinansiering er blevet aktivitetsafhængig.

I tabel 3.4 er de største afvigelser fra gennemsnittet angivet i pct. Som det fremgår, er de højeste og de laveste udgifter pr. indbygger i de sidste år længere fra gennemsnittet end tidligere, hvilket som nævnt skal ses i sammenhæng med omlægningen med virkning fra 2012.

Tabel 3.4

Største og mindste procentvise afvigelse i forhold til gennemsnittet 2007-14.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Budget 2014
Maksimum	25	19	12	12	14	21	23	27
Minimum	-10	-8	-10	-13	-10	-17	-18	-17

Anm.: Pl-regulereret med pl for regional sundhed (ekskl. medicin).

Kilde: Landspatientregistret og kommunernes budgetter for 2014.

Det underbygges af oversigten i tabel 3.5 nedenfor. I denne tabel er vist en oversigt over afvigelseerne i forhold til gennemsnittet i den pågældende region. Det fremgår her, at frem til 2011 lå de fleste kommuner i intervallet med afvigelser på op til 5 pct. fra gennemsnittet for regionen. Fra 2012 bliver spredningen noget større. Der bliver færre kommuner med afvigelse på mindre end 5 pct. fra gennemsnittet, og tilsvarende flere med afvigelser på mere end 5 pct. fra gennemsnittet.

Tabel 3.5
Afvigelser fra gennemsnittet i den pågældende region.

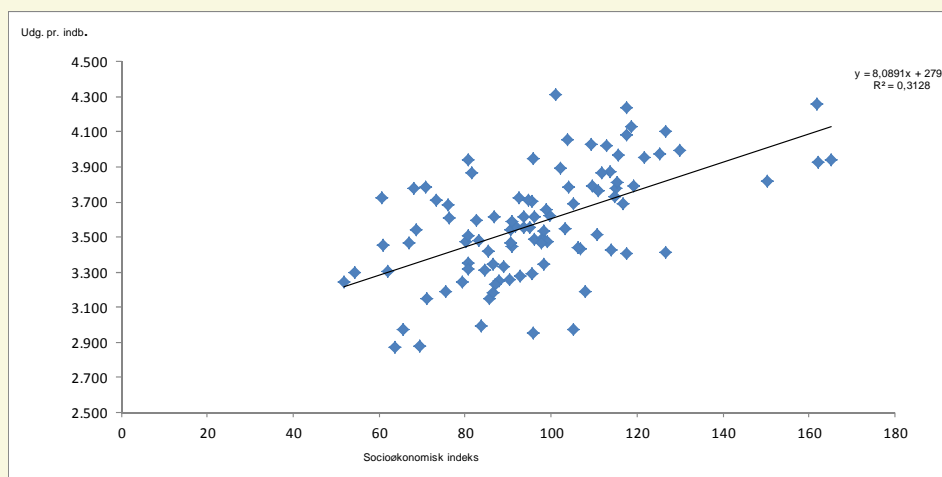
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Budget 2014
Antal kommuner								
Mere end 10 pct. under	1	2	2	1	0	4	4	2
Mellem 5 og 10 pct. under	8	3	6	4	7	16	16	17
Mellem 0 og 5 pct. under	48	48	47	48	42	22	16	18
Mellem 0 og 5 pct. over	34	38	31	36	38	23	30	26
Mellem 5 og 10 pct. over	5	6	11	8	10	28	22	22
Mere end 10 pct. over	2	1	1	1	1	5	10	13
I alt	98	98	98	98	98	98	98	98

Anm.: Pl-regulereret med pl for regional sundhed (ekskl. medicin).

Kilde: Landspatientregistret og kommunernes budgetter for 2014.

Sammenhængen med socioøkonomisk struktur og aldersfordeling

Der er en vis sammenhæng mellem kommunernes udgifter til medfinansiering af sundheds-væsnets og kommunernes socioøkonomiske struktur. Nedenfor er denne sammenhæng illustreret for 2013 ud fra det socioøkonomiske indeks, som indgår i udlicningen.

Figur 3.2**Sammenhængen mellem kommunernes udgifter pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsenet og det socioøkonomiske indeks 2013.**

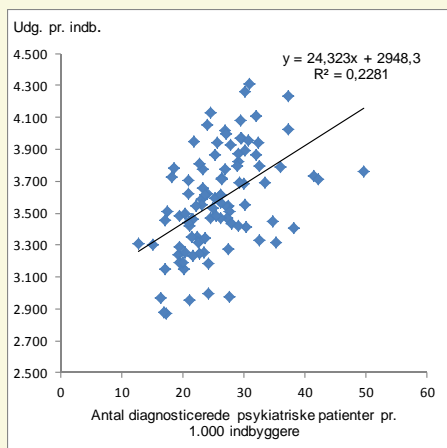
Kilde: Økonomi- og Indenrigsministeriet.

Figuren viser en vis statistisk sammenhæng mellem kommunernes udgifter til sundhedsvæsenet og det socioøkonomiske indeks, som opgøres til brug for udligningen. Denne sammenhæng underbygges af en sammenhæng mellem visse af de udgiftsbehovskriterier, der indgår i opgørelsen af det socioøkonomiske udgiftsbehov og kommunernes udgifter til medfinansiering.

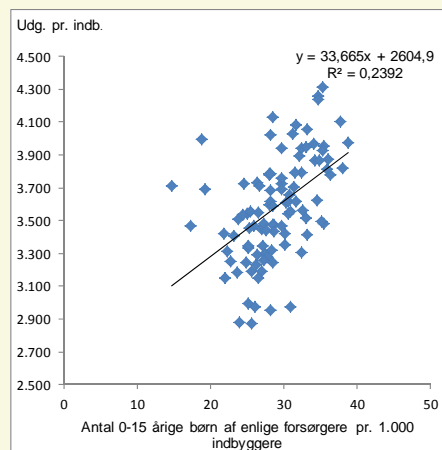
I figur 3.3-3.6 nedenfor er der vist, at der er en vis statistisk sammenhæng mellem kommunernes udgifter til medfinansiering og følgende udgiftsbehovskriterier. Det bemærkes, at de tre første kriterier indgik som forklarende variable i analyserne af området i betænkning nr. 1533, marts 2012.

- Antal diagnosticerede psykiatriske patienter.
- Antal 0-15 årige børn af enlige forsørgere.
- Antal familier i bestemte boligtyper.
- Antal enlige på 65 år og derover.

Figur 3.3
Sammenhængen mellem kommunernes udgifter pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsenet og udgiftsbehovskriteriet vedr. diagnosticerede psykiatriske patienter, 2013

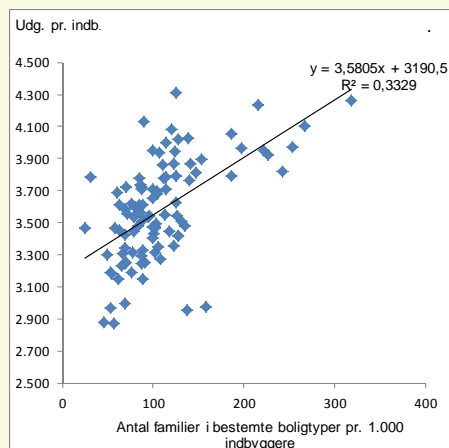


Figur 3.4
Sammenhængen mellem kommunernes udgifter pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsenet og udgiftsbehovskriteriet vedr. antal børn af enlige forsørgere, 2013

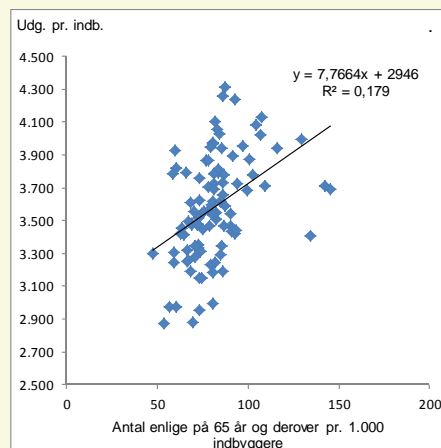


Kilde: Økonomi- og Indenrigsministeriet.

Figur 3.5
Sammenhængen mellem kommunernes udgifter pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsenet og udgiftsbehovskriteriet vedr. antal familier i bestemte boligtyper, 2013



Figur 3.6
Sammenhængen mellem kommunernes udgifter pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsenet og udgiftsbehovskriteriet vedr. antal enlige på 65 år og derover, 2013



Kilde: Økonomi- og Indenrigsministeriet.

3.3 Byrdefordeling

Nedenfor er vist en beregning de byrdefordelmæssige virkninger for kommunerne af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet. Beregningsteknisk er den nuværende situation sammenlignet med en beregning, hvor den enkelte kommunes udgifter til kommunal medfinansiering ikke indgår i opgørelsen af de samlede kommunale nettodrifts- og anlægsudgifter til brug for udligningen, og hvor bloktilskuddet til gengæld reduceres tilsvarende. Der er tale om et simpelt regneeksempel baseret på de gældende regler i tilskuds- og udlignings-systemet. Hvis ordningen faktisk blev omlagt, må det dog forventes, at der som konsekvens heraf skulle gennemføres tilpasninger i udligningsystemet.

Beregningen viser, at kommunerne i Nordjylland og Midtjylland har en byrdefordelmæssig gevinst af ordningen. Den forholdsmæssigt største gevinst er for kommunerne i Region Nordjylland, som har en gevinst svarende til 0,24 pct. af beskatningsgrundlaget.

Omvendt har kommunerne i regionerne Syddanmark, Hovedstaden og Sjælland et byrdefordelmæssigt tab på ordningen. Det forholdsmæssigt største tab er for kommunerne i Region Hovedstaden, som har et tab svarende til 0,09 pct. af beskatningsgrundlaget.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at for 2013 oversteg kommunernes betaling i nogle af regionerne den øvre grænse for regionernes indtægter. Det har ført til en efterregulering på 392,4 mio. kr., som afregnes via en forhøjelse af det kommunale bloktilskud ved midtvejsre-

guleren for 2014. Forhøjelsen ved midtvejsregulering i 2014 svarer til 0,04 pct. af det kommunale beskatningsgrundlag for 2014. Efterreguleringen er ikke indregnet i tabellen nedenfor.

Tabel 3.6**De byrdefordelmæssige virkninger for kommunerne af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsnet 2013.**

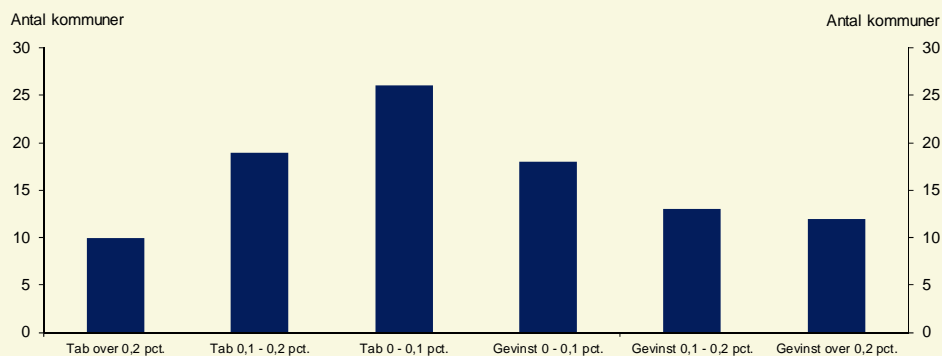
	Byrdefordelmæssig virkning, mio. kr.	Byrdefordelmæssig virkning, pct. af beskatningsgrundlaget (-: gevinst, +: tab)
Nordjylland	212	-0,24
Midtjylland	213	-0,10
Syddanmark	-38	0,02
Hovedstaden	-307	0,09
Sjælland	-81	0,06
I alt	0	0

Kilde: Økonomi- og Indenrigsministeriet.

I figuren nedenfor er vist fordelingen af kommuner i forhold til størrelsen af de byrdefordelmæssige tab og gevinster som følge af ordningen.

Figur 3.7

Fordelingen af de byrdefordelmæssige tab og gevinster for kommunerne som følge af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet. Pct. af beskatningsgrundlaget. 2013.



Kilde: Økonomi- og Indenrigsministeriet.

Der er i alt 29 kommuner, der har et byrdefordelmæssigt tab på mere end 0,1 pct. af beskatningsgrundlaget som følge af ordningen, heraf har 10 kommuner et tab på mere end 0,2 pct. af beskatningsgrundlaget. Omvendt er der 25 kommuner, der har en byrdefordelmæssig gevinst på mere end 0,1 pct. af beskatningsgrundlaget, heraf 12 med en gevinst på mere end 0,2 pct. af beskatningsgrundlaget. I tabellen nedenfor er vist en oversigt over de 10 kommuner, som har de største tab henholdsvis de største gevinster som følge af ordningen.

Tabel 3.7

De 10 kommuner med det største tab eller den største gevinst som følge af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet 2013.

	Byrdefordelmæssig virkning, mio. kr.	Byrdefordelmæssig virkning, pct. af beskatningsgrundlaget (-: gevinst, +: tab)
De 10 kommuner med størst tab		
Glostrup	-13,7	0,33
Tårnby	-23,2	0,30
Halsnæs	-15,3	0,30
Vallensbæk	-8,5	0,29
Dragør	-9,5	0,29
Næstved	-37,5	0,29
Herlev	-13,7	0,27
Gribskov	-19,3	0,24
Frederikssund	-16,8	0,21
Hillerød	-19,6	0,20
De 10 kommuner med størst gevinst		
Frederikshavn	20,0	-0,21
Langeland	4,8	-0,24
Aarhus	142,6	-0,26
Brønderslev	13,7	-0,27
Morsø	8,5	-0,28
Aalborg	92,0	-0,29
Vesthimmerland	18,9	-0,36
Lolland	24,9	-0,38
Samsø	2,9	-0,48
Læsø	1,6	-0,54

Kilde: Økonomi- og Indenrigsministeriet.

Oversigten over kommuner med de største byrdefordelmæssige tab som følge af ordningen er præget af kommuner fra hovedstadsområdet. Blandt kommunerne med de største byrdefordelmæssige gevinster indgår både de to store bykommuner Aarhus og Aalborg og en række land- og yderkommuner, herunder ø-kommunerne Samsø og Læsø.

3.4 Budgetsikkerhed

Stabiliteten i den enkelte kommunes udgifter

I tabellen nedenfor er vist udviklingen i de gennemsnitlige kommunale udgifter til medfinansiering af sundhedsvæsnen i perioden 2007-2014. Niveaueet for den samlede kommunale medfinansiering indgår som en forudsætning i de årlige økonomiaftaler. Der fastsættes i den forbindelse en øvre grænse for den enkelte regions indtægter. Hvis kommunernes betaling til den enkelte region overstiger den fastsatte grænse, tilbageføres overskridelsen til det kommunale bloktilskud i det følgende år.

Tabel 3.8

Udviklingen i de gennemsnitlige kommunale udgifter pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsnen, 2013 pl.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Budget 2014
Udgifter pr. indbygger (kr.)	3.110	3.090	3.217	3.296	3.306	3.403	3.506	3.451
Vækst i forhold til året før (kr.)		-20	126	80	10	97	103	-55
Vækst i forhold til året før (pct.)		-0,6	4,1	2,5	0,3	2,9	3,0	-1,6

Anm.: Pl-regulereret med pl for regional sundhed (ekskl. medicin).

Kilde: Landspatientregistret og kommunernes budgetter for 2014.

For den enkelte kommune kan der være afvigelser fra det gennemsnitlige mønster. I tabellen nedenfor er vist en opdeling af kommunerne på intervaller for stigningen i udgifterne fra år til år. Der er dog en vis tendens til, at hovedparten af kommunerne ligger tæt på den gennemsnitlige stigningsprocent. I 2008 var den landsgennemsnitlige stigningsprocent -0,6 pct., og 66 af kommunerne lå i intervallet med stigninger på 0- -5 pct. I 2009 var den gennemsnitlige stigning på 4,1 pct., og 68 af kommunerne lå i intervallet 0-5 pct. Dette mønster går igen i de følgende år.

Tabel 3.9

Kommunerne fordelt i forhold til de årlige ændringer i udgifterne pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsnen. 2013 pl.

Antal kommuner	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Budget 2014
Stigning på over 10 pct.	1	0	1	0	7	1	1
Stigning mellem 5 og 10 pct.	0	28	1	1	34	30	6
Stigning mellem 0 og 5 pct.	29	68	90	60	44	55	26
Fald mellem 0 og -5 pct.	66	2	6	37	12	11	50
Fald mellem -5 og -10 pct.	1	0	0	0	1	1	14
Fald på mere end -10 pct.	1	0	0	0	0	0	1

Anm.: Pl-reguleret med pl for regional sundhed (ekskl. medicin).

Kilde: Landspatientregistret og kommunernes budgetter for 2014.

Der er dog for 2012 og til en vis grad også for 2013 en tendens til en lidt større spredning mellem kommunerne. Der er i den forbindelse også tegn på et vist regionalt mønster, jf. tabellen nedenfor.

Tabel 3.10

Vækst i kommunernes udgifter til medfinansiering af sundhedsvæsnen fra år til år fordelt på regioner. 2013 pl.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Budget 2014
Nordjylland	-1,9	3,7	3,1	1,4	-1,4	0,7	-0,6
Midtjylland	-1,4	3,9	1,9	-0,6	-0,3	2,6	0,6
Syddanmark	-0,7	4,8	2,7	1,3	5,1	2,3	-1,0
Hovedstaden	0,5	4,1	2,6	-0,4	3,8	3,3	-3,1
Sjælland	-0,8	3,6	2,3	0,8	5,4	5,7	-2,7
Lands gennemsnit	-0,6	4,1	2,5	0,3	2,9	3,0	-1,6

Anm.: Pl-reguleret med pl for regional sundhed (ekskl. medicin).

Kilde: Landspatientregistret og kommunernes budgetter for 2014.

I perioden 2008-2011 er forskellene mellem kommunerne forholdsvis små, men for 2012 ses der større forskelle. For 2012 var der en høj vækst i udgifterne for kommunerne i regionerne Syddanmark, Hovedstaden og Sjælland, mens der var lav vækst i udgifterne i Region Nord-

jylland og Region Midtjylland. For 2013 var der fortsat en høj vækst i udgifterne Region Sjælland og en lav vækst i udgifterne i region Nordjylland.

Det generelle indtryk er, at der i det enkelte år er forholdsvis få kommuner, hvor udviklingen i udgifterne afviger markant fra landsgennemsnittet. På den anden side skal det dog også bemærkes, at der i 2012 var 7 kommuner, hvor udgifterne voksede med mere end 10 pct. Det skal som nævnt ses i sammenhæng med, at der i dette år var en høj vækst i udgifterne i regionerne Syddanmark, Hovedstaden og Sjælland.

I tabellen nedenfor er vist de 10 kommuner, der har haft den højeste henholdsvis laveste vækst i udgifterne til medfinansiering af sundhedsvæsenet i perioden 2007-2013.

Tabel 3.11

De 10 kommuner med den laveste henholdsvis højeste procentvise vækst i udgifterne pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsnet, 2007-13.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Vækst 2007-13, kr.	Vækst 2007-13, pct.
De 10 kommuner med den laveste vækst i udgifterne 2007-13									
Samsø	3.882	3.684	3.530	3.613	3.586	3.773	3.404	-477	-12,3
Århus	3.047	2.986	3.093	3.121	3.108	2.964	2.973	-74	-2,4
Rebild	2.906	1.611	1.764	2.979	3.121	2.816	2.880	-26	-0,9
Skanderborg	2.889	2.857	2.989	3.037	2.965	2.841	2.872	-17	-0,6
Aalborg	2.928	2.943	3.021	3.046	3.044	2.920	2.954	25	0,9
Brønderslev	2.928	2.968	3.022	3.073	3.195	3.107	2.994	66	2,3
København	3.299	3.231	3.349	3.412	3.365	3.354	3.416	117	3,5
Favrskov	2.868	2.856	2.948	3.033	3.014	2.984	2.971	103	3,6
Frederiksberg	3.545	3.437	3.529	3.555	3.489	3.614	3.722	177	5,0
Hedensted	3.023	2.939	3.071	3.150	3.151	3.175	3.189	166	5,5
Lands gennemsnit	3.110	3.090	3.217	3.296	3.306	3.403	3.506	396	12,7
De 10 kommuner med den højeste vækst i udgifterne 2007-13									
Kerteminde	2.908	2.952	3.125	3.216	3.276	3.569	3.619	711	24,4
Herlev	3.286	3.253	3.409	3.549	3.598	3.897	4.106	820	24,9
Næstved	3.144	3.132	3.245	3.311	3.395	3.707	3.950	807	25,7
Brøndby	3.386	3.392	3.593	3.687	3.760	4.048	4.262	876	25,9
Glostrup	3.363	3.300	3.524	3.676	3.665	4.027	4.235	872	25,9
Sønderborg	3.163	3.165	3.338	3.482	3.560	3.777	4.028	865	27,4
Guldborgsund	3.186	3.146	3.315	3.395	3.533	3.852	4.084	898	28,2
Halsnæs	3.360	3.352	3.514	3.592	3.711	3.998	4.310	950	28,3
Bornholms	3.181	3.149	3.323	3.487	3.547	3.858	4.130	949	29,8
Læsø	2.809	2.896	3.010	2.877	3.092	3.333	3.689	881	31,3

Anm.: Pl-regulereret med pl for regional sundhed (ekskl. medicin).

Kilde: Landspatientregistret.

Det generelle indtryk er, at der ikke i perioden er kommuner, der som følge af meget høje eller meget lave vækstrater har fjernet sig afgørende fra gennemsnittet. Listen over kommuner med lave vækstrater er præget af kommuner i Nord- og Midtjylland, men også Københavns og Frederiksberg Kommuner har haft lav vækst i udgifterne i perioden. I 2013 havde Skanderborg Kommune landets laveste udgifter pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsnets. Udgiften udgjorde 2.872 kr. pr. indbygger og var dermed ca. 600 kr. lavere end landsgennemsnittet.

Omvendt er listen over kommuner med høje vækstrater præget af kommuner fra regionerne Syddanmark, Hovedstaden og Sjælland. I 2013 var det Halsnæs Kommune, der havde den højeste udgift pr. indbygger til medfinansiering af sundhedsvæsnets. Udgiften udgjorde i 2013 4.310 kr. pr. indbygger, og lå dermed ca. 800 kr. over landsgennemsnittet.

Sammenligning af budget og regnskab

Kommunerne skal i forbindelse med deres budgetlægning skønne over det kommende års udgifter til medfinansiering af sundhedsvæsnets.

Der er, som det er fremgået af afsnittet ovenfor, en tendens til, at den enkelte kommunes udgifter udvikler sig i takt med landsgennemsnittet. Der er dog også en vis variation mellem kommunerne, men der er forholdsvis få eksempler på, at en kommunes udgifter har svinget med mere end 10 pct. fra det ene år til det næste.

I tabellen nedenfor er vist budgettering af området sammenholdt med de faktiske udgifter.

Tabel 3.12

Budgetterede og faktiske kommunale udgifter til medfinansiering af sundhedsvæsnets. 2013 pl.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Budget 2014
Budget, mio. kr.	17.312	17.366	17.370	17.232	18.230	18.984	19.259	19.419
Faktiske udgifter, mio. kr.	16.941	16.921	17.727	18.243	18.383	18.988	19.642	-
Forskel, mio. kr.	-371	-445	358	1.011	153	4	384	-
Forskel i pct. af budget	-2,1	-2,6	2,1	5,9	0,8	0,0	2,0	

Anm.: Pl-reguleret med pl for regional sundhed (ekskl. medicin).

Kilde: Landspatientregistret og kommunernes budgetter.

I de første år lå kommunernes budgetter lidt højere end de faktiske udgifter. Herefter vendte udviklingen, og udgifterne har fra 2009 og frem oversteget budgetterne.

De største budgetoverskridelser i perioden var for 2010, men også for 2013 var der en budgetoverskridelse af en vis størrelse. I tabellen nedenfor er vist en oversigt over kommunerne fordelt efter størrelsen af budgetoverskridelserne i de enkelte år.

For 2013 skal det bemærkes, at kommunernes betaling i nogle af regionerne oversteg den øvre grænse for regionernes indtægter. Det førte til en efterregulering på 392,4 mio. kr., som er afregnet via en forhøjelse af det kommunale bloktilskud ved midtvejsreguleringen for 2014.

Tabel 3.13

Oversigt over fordeling af størrelsen af budgetoverskridelserne vedr. de kommunale udgifter til medfinansiering af sundhedsvæsenet. 2013 pl.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Størrelsen af budgetoverskridelsen							
Mindre end 2 pct.	78	90	74	28	61	66	45
2-3 pct.	5	1	6	11	17	10	8
3-4 pct.	4	1	6	13	7	4	4
4-5 pct.	2	3	6	14	6	6	13
5-6 pct.	1	0	3	10	2	5	9
Over 6 pct.	8	3	3	22	5	7	19
Antal kommuner i alt	98	98	98	98	98	98	98

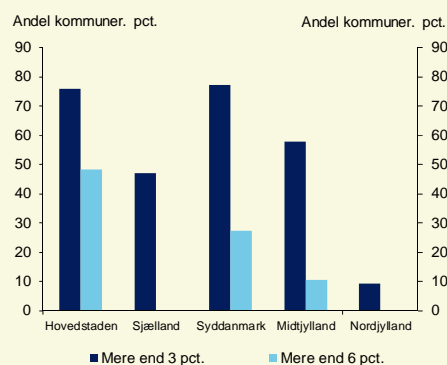
Anm.: Pl-reguleret med pl for regional sundhed (ekskl. medicin).

Kilde: Landspatientregistret og kommunernes budgetter.

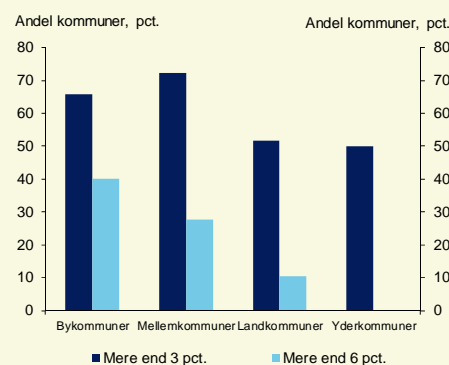
Det generelle billede er, at hovedparten af kommunerne har budgetoverskridelser på mindre end 2 pct., bortset fra de to nævnte år 2010 og 2013.

For 2010 var det særligt kommunerne i Region Hovedstaden og Syddanmark, der overskred budgetterne. Som det fremgår af figuren nedenfor havde størstedelen af kommunerne i disse to regioner en budgetoverskridelse på mere end 3 pct., og en forholdsvis stor del heraf havde også en budgetoverskridelse på mere end 6 pct.

Figur 3.8
Kommunale budgetoverskridelser 2010 fordelt på regioner.



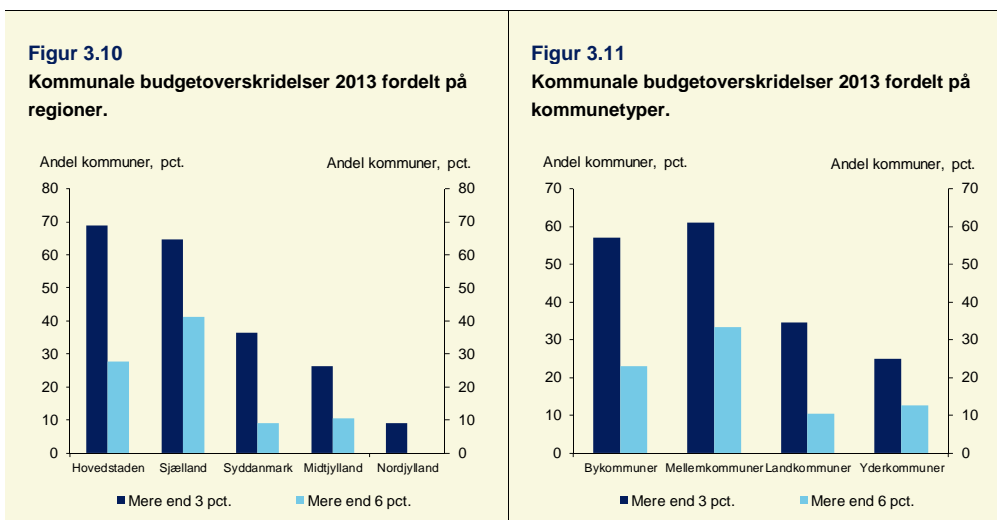
Figur 3.9
Kommunale budgetoverskridelser 2010 fordelt på kommunetyper.



Kilde: Landspatientregistret og kommunernes budgetter.

Når der ses på kommunetyper fremgår det, at det navnlig var by- og mellemkommuner, som havde budgetoverskridelser i 2010. For land- og yderkommunerne var der færre budgetoverskridelser, og budgetoverskridelserne havde et mindre omfang.

For 2013 er mønstret lidt anderledes. I 2013 var det navnlig kommunerne i regionerne Hovedstaden og Sjælland, der overskred budgetterne. I Region Sjælland var det også en forholdsvis stor del af kommunerne, der havde budgetoverskridelser på mere end 6 pct. Det kan hænge sammen med, at udgifterne til kommunal medfinansiering voksede forholdsvis kraftigt fra 2012-13 i Region Sjælland, jf. tabel 3.10, hvilket kommunerne ikke i tilstrækkeligt omfang har kunnet tage højde for ved deres budgetlægning.



Kilde: Landspatientregistret og kommunernes budgetter.

Når der ses på kommunetyper, var det i 2013 blandt by- og mellemkommuner, at der var flest overskridelser. Det svarer i store træk til mønstret fra 2010.

Med henblik på at vurdere budgetsikkerheden på dette område er der nedenfor vist en summarisk sammenligning med nogle udvalgte kommunale udgiftsområder. Der er her set på nogle udgifter til overførsler, som med hensyn til kommunernes budgettering og styringsmuligheder på kort sigt kan sammenlignes med udgifterne til kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet (KMF) samt på området for udsatte børn og unge. Udgifterne til kommunal medfinansiering indgår ikke i den kommunale serviceramme, og det samme gælder for førtidspension, sygedagpenge, kontanthjælp og dagpenge til forsikrede ledige. For nogle af områderne er der tale om en vis konjunkturafhængighed. Det gælder specielt for kontanthjælp og dagpenge til forsikrede ledige.

Tabel 3.14**Procentvis forskel mellem budget og regnskab for kommunerne under ét på udvalgte udgiftsområder.**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Udgiftsniveau 2013, mia. kr.
KMF	-2,1	-2,6	2,1	5,9	0,8	0,0	2,0	19,6
Førtidspension	-1,9	-1,6	0,1	-0,2	-1,9	-2,1	-3,9	22,0
Sygedagpenge	25,7	16,0	10,4	4,4	5,1	-3,2	-9,1	7,6
Kontanthjælp	1,0	2,7	20,9	8,0	27,9	19,0	9,1	9,0
Dagpenge til forsikrede ledige						6,8	-6,1	11,9
Udsatte børn og unge	5,9	7,4	11,2	9,2	-0,5	-2,1	1,6	13,3

Anm.: Pl-reguleret med pl for regional sundhed (ekskl. medicin).

Kilde: Landspatientregistret og kommunernes budgetter og regnskaber.

Når der ses på størrelsen af de samlede forskelle mellem budget og regnskab på disse områder for kommunerne under ét, fremgår det, at budgetsikkerheden på området for kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet ligger nogenlunde på niveau med førtidspensionsområdet, mens der på de øvrige viste områder er større budgetusikkerhed. Det skal dog bemærkes, at områderne sygedagpenge og kontanthjælp er påvirket af regelændringer i perioden.

Nedenfor er vist optællinger af antallet af kommuner, hvor regnskabet i det enkelte år afviger mere end 5 pct. henholdsvis 10 pct. fra budgettet. Det fremgår, at 20-25 pct. af kommunerne i den betragtede periode havde en budgetafvigelse på mere end 5 pct., mens gennemsnitlig 4 pct. afveg mere end 10 pct.

Tabel 3.15**Antal kommuner, hvor budgettet afviger med mere end +/-5 pct. fra budgettet.**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
KMF	22	31	13	34	8	16	34
Førtidspension	31	30	28	28	24	23	37
Sygedagpenge	88	84	68	66	73	57	68
Kontanthjælp	84	84	83	79	88	90	79
Dagpenge til forsikrede ledige						73	77
Udsatte børn og unge	69	77	79	67	59	57	61

Anm.: Pl-regulereret med pl for regional sundhed (ekskl. medicin).

Kilde: Landspatientregistret og kommunernes budgetter og regnskaber.

Tabel 3.16**Antal kommuner, hvor budgettet afviger med mere end +/-10 pct. fra budgettet.**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
KMF	7	5	4	3	1	2	5
Førtidspension	3	6	10	5	2	3	5
Sygedagpenge	81	68	49	45	46	37	45
Kontanthjælp	73	58	71	62	76	82	60
Dagpenge til forsikrede ledige						54	50
Udsatte børn og unge	45	52	60	52	29	29	28

Anm.: Pl-regulereret med pl for regional sundhed (ekskl. medicin).

Kilde: Landspatientregistret og kommunernes budgetter og regnskaber.

Når der ses på antallet af kommuner, hvor de faktiske udgifter afviger mere end 5 pct. henholdsvis 10 pct. fra budgettet, fremgår det ligeledes, at området for kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet er sammenligneligt området for førtidspension, mens der på de øvrige viste områder er betydeligt flere kommuner, hvor udgifterne afviger fra budgettet.

Der er således ikke tegn på, at der er større budgetusikkerhed på området for kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet end på en række andre kommunale overførselsudgifter.

Boks 3.1**KL's oplysninger om kommunernes budgetmetoder vedr. KMF**

Kommunerne anvender forskellige metoder til budgettering af udgifter til kommunal medfinansiering på sundhedsområdet. De kommuner, der er længst og opnår størst præcision i budgettering af udgifter til medfinansieringsudgifter, tager bl.a. højde for de seneste års udvikling i aktivitet samt den demografiske udvikling. Herudover er de også løbende i dialog med regionerne/sygehuse i forhold til afvigelser i forbrug mm.

En af de metoder kommunerne anvender for at tage højde for aktivitetsudviklingen i forbindelse med budgetlægningen er at inddrage udviklingen i udgiften til medfinansiering over tid. Budgetteringen sker således på baggrund af tendensen for udviklingen i medfinansiering over en årrække.

Med henblik på at understøtte kommunernes budgetlægning, udarbejder KL på baggrund af det i økonomiaftalen aftalte niveau for kommunal medfinansiering i juni et kommunefordelt skøn for medfinansieringsudgifterne. Skønnet er baseret på seneste opgjorte årsforbrug, beregnet med de foreløbige DRG-takster for det år skønnet vedrører. Skønnet bygger på den enkelte kommunes andel af medfinansieringsudgifterne to år tidligere end det år, som skønnet vedrører.

Nogle kommuner anvender KL's kommunefordelte skøn som afsæt for budgettering og korrigerer herefter skønnet bl.a. på baggrund af tidligere års afvigelser mellem KL's skøn og det faktiske forbrug.

En del kommuner vælger også at supplere budgetteringen med analyser, hvor det identificeres, hvad udgifterne til medfinansiering må forventes at blive, hvis det seneste års forbrug fremskrives med den demografiske udvikling. Det kan både være analyser med udgangspunkt i den samlede befolkningsudvikling, men også analyser, hvor forbruget deles op på aldersgrupper, som herefter fremskrives i forhold til udviklingen i de pågældende aldersgrupper.

Flere kommuner udarbejder tilsvarende analyser af, om nogle diagnosegrupper har udviklet sig særligt de senere år og bruger det i dialogen med regionen og som input til både budgettering og løbende budgetopfølgning.

Endelig er der også eksempler på kommuner, der alene baserer deres budgettering af udgifterne til kommunal medfinansiering på KL's skøn for medfinansiering. I nogle tilfælde skyldes det, at kommunen har kunnet konstatere, at den i høj grad udvikler sig svarende til forudsætningerne i KL's fremskrivningsmodel. I andre tilfælde skyldes det også, at der ikke anvendes helt så mange ressourcer på budgetteringen af udgifterne. Det kan naturligvis medføre afvigelser mellem budget og regnskab, idet KL's skøn ikke tager højde for den lokale udvikling.

Nogle af de elementer som kommunerne har peget på som vanskelige at tage højde for både i forhold til budgettering og budgetopfølgning er, hvis der pludselig sker en vækst i nogle diagnosegrupper, eller hvis der opstår epidemier af større eller mindre karakter. Endelig har kommunerne peget på, at det er vanskeligt at tage højde ændret registreringspraksis på sygehuse eller planlagte aktiviteter på hospitalerne, som kommunerne ikke har kendskab til. Disse forhold giver anledning til udsving i den enkelte kommunes medfinansieringsudgifter.

3.5 Sammenfatning og vurdering

Den enkelte kommunes udgifter afhænger af behandlingsomfanget, herunder indlæggelseshyppigheden, for borgerne i kommunen. Disse forhold kan i vidt omfang henføres til befolkningens sundhedstilstand, ligesom den enkelte kommune i et vist omfang har mulighed for at påvirke indlæggeshyppigheden gennem sin forebyggelses- og plejeindsats. Kommunerne bliver i et vist omfang kompenseret for forskelle i udgiftsbelastningen gennem den kommunale udligning.

Størrelsen af den samlede kommunale medfinansiering lægges fast i forbindelse med de årlige økonomaftaler. Der fastsættes i den forbindelse en øvre grænse for den enkelte regions indtægter. Hvis kommunernes betaling til den enkelte region overstiger den fastsatte grænse, tilbageføres overskridelsen til det kommunale bloktilskud i det følgende år. Medfinansieringen udbetales til kommunerne som en del af bloktilskuddet, men indgår ikke i det kommunale udgiftsloft for de samlede serviceudgifter. Heri ligger, at medfinansieringen samlet set er et nulsums spil, hvor den kommunale udgift og den regionale indtægt under ét maksimalt vil svare til det forudsatte og finansierede niveau. Ændringer i den enkelte kommunes udgifter til kommunal medfinansiering betyder derfor isoleret set ikke behov for prioritering ift. andre serviceområder – men betyder alene et større eller mindre kassetræk end forudsat, som delvist udlignes via den efterfølgende tilbageførsel.

Forskelle mellem regionerne i forhold til aktiviteten i sundhedsvæsenet påvirker kommunernes udgifter. I de regioner, hvor der er forholdsvis høj aktivitet i det regionale sundhedsvæsen, har kommunerne forholdsvis høje udgifter til ordningen, og omvendt i regioner med lave aktivitet i sundhedsvæsenet. Det giver et vist regionale mønster i byrdefordelingen mellem kommunerne. Den mest markante virkning er, at kommunerne i Region Nordjylland har en byrdefordelmæssig gevinst af ordningen, mens kommunerne i Region Hovedstaden har et byrdefordelmæssigt tab beregnet i forhold til en situation, hvor kommunerne ikke havde denne udgift og bloktilskuddet derfor beregningsmæssigt er reduceret tilsvarende. De konstaterede tab er relativt set begrænsede.

Budgetsikkerheden i kommunerne er vurderet gennem en sammenligning med en række andre kommunale udgiftsområder. Det er generelt vilkår for kommunerne, at der er en vis usikkerhed i budgetlægningen på de områder, som ikke fuldt ud kan styres af kommunen, som f.eks. en række indkomstoverførsler og området for udsatte børn og unge. Det er ikke muligt præcist at forudsige aktiviteten på disse områder på tidspunktet for budgetlægningen. Regnskabet afveg i 20-25 pct. af kommunerne med mere end 5 pct. fra budgettet i perioden 2007-2013. Sammenligningen af budgetusikkerheden for den kommunale medfinansiering af sundhedsområdet med disse områder har vist, at budgetusikkerheden på dette område kan sammenlignes med førtidspensionsområdet, og at usikkerheden er mindre end på øvrige sammenlignelige områder. Den kommunale medfinansiering indgår ikke som en del af servicerammen.

www.oim.dk