

Udskriftsdato: 13. december 2025

2010/1 BTL 176 (Gældende)

Betænkning over Forslag til lov om ændring af lov om regionernes finansiering
(Ændret kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet)

Ministerium: Folketinget

Betænkning

over

Forslag til lov om ændring af lov om regionernes finansiering

(Ændret kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet)

[af indenrigs- og sundhedsministeren (Bertel Haarder)]

1. Ændringsforslag

Indenrigs- og sundhedsministeren har stillet 2 ændringsforslag til lovforslaget.

2. Udvalgsarbejdet

Lovforslaget blev fremsat den 30. marts 2011 og var til 1. behandling den 7. april 2011. Lovforslaget blev efter 1. behandling henvist til behandling i Kommunaludvalget.

Møder

Udvalget har behandlet lovforslaget i 2 møder.

Høring

Et udkast til lovforslaget har inden fremsættelsen været sendt i høring, og indenrigs- og sundhedsministeren sendte den 14. marts 2011 dette udkast til udvalget, jf. KOU alm. del – bilag 55. Den 30. marts 2011 sendte indenrigs- og sundhedsministeren de indkomne høringssvar og et notat herom til udvalget.

Skriftlige henvendelser

Udvalget har i forbindelse med udvalgsarbejdet modtaget skriftlige henvendelser fra Danske Regioner og Vestegnssamarbejdet.

Indenrigs- og sundhedsministeren har over for udvalget kommenteret de skriftlige henvendelser til udvalget.

Deputationer

Endvidere har Vestegnssamarbejdet over for udvalget redegjort for sin holdning til lovforslaget.

Spørgsmål

Udvalget har stillet 19 spørgsmål til indenrigs- og sundhedsministeren til skriftlig besvarelse, hvoraf ministeren har besvaret 18. Spørgsmål 19 forventes besvaret inden 2. behandling.

3 af udvalgets spørgsmål til indenrigs- og sundhedsministeren og dennes svar herpå er optrykt som bilag 2 til betænkningen.

3. Indstillinger og politiske bemærkninger

Et *flertal* i udvalget (V, DF og KF) indstiller lovforslaget til *vedtagelse* med de stillede ændringsforslag.

Et *mindretal* i udvalget (S) indstiller lovforslaget til *forkastelse* ved 3. behandling. Mindretallet vil redegøre for sin stillingtagen til ændringsforslagene ved 2. behandling.

Socialdemokratiet kan ikke støtte lovforslaget, da det i bedste fald ikke vil have nogen effekt og i værste fald vil få store konsekvenser for de kommuner, hvor andelen af borgere, der ofte er syge, er stor og for de kommuner, hvor behovet for forebyggelsestiltag er stort.

Socialdemokratiet har under folketingsbehandlingen af lovforslaget bedt ministeren om at fremlægge dokumentation for, at lovforslaget vil have den tilsigtede effekt. Det er på ingen måde lykkedes for

regeringen at overbevise Socialdemokratiet om, at regeringen bygger sin politik på andet end ønsketænkning og en blind tro på, at markedslignende forhold i den offentlige sektor vil føre til mere og bedre forebyggelse i kommunalt regi.

Sagt med andre ord, så er det ikke dokumenteret, at omlægningen vil medføre, at kommunerne får et yderligere incitament til at varetage plejeopgaven og forebyggelsen effektivt.

Det er især bekymrende, at regeringen ingen viden har om betydningen af forskellig borgersammensætning fra kommune til kommune og om, hvorvidt den enkelte kommune reelt har mulighed for at spare penge på sygehusbehandlingen på både den korte og den lange bane som følge af iværksættelsen af forebyggelsestiltag.

Socialdemokratiet frygter dermed, at udsatte kommuner, som oplever et stigende antal sygehusindlæggelser blandt kommunens borgere og et større behov for forebyggelse end andre kommuner, vil få vanskeligt ved at få økonomien til at hænge sammen.

Socialdemokratiet finder på ingen måde modellen for kommunal medfinansiering enkel og gennemskuelig, hvorfor Socialdemokratiet også stiller spørgsmålstejn ved kommunernes og regionernes mulighed for at agere rationelt og hensigtsmæssigt. Herunder kan bl.a. nævnes:

- 1) For det første, at der i modellen er indbygget en nulsumsløsning, som betyder, at forebyggelsestiltag kun kan betale sig i den situation, hvor en kommune er mere effektiv end nabokommunen og gennemsnittet.
- 2) For det andet det forhold, at alle sygehusbehandlinger er medtaget i lovforslaget inklusive de sygehusbehandlinger, som kommuner ikke kan forebygge, herunder sportsskader, indlæggelse efter havearbejdet, fødsler osv.
- 3) For det tredje modellens konsekvenser med øget budgetusikkerhed for kommunerne, idet mange sygehusbehandlinger ofte ledsages af kommunale efterregninger til rehabilitering og genoptræning m.m.
- 4) For det fjerde modellens samspil med andre styringsmekanismer i sundhedsvæsenet, herunder meraktivitetspuljer og behandlingsgarantier m.m.

Socialdemokratiet mener, at samfundet bør prioritere forebyggelse langt højere end tilfældet er i dag. For at nå det mål skal Folketinget afsætte øremærkede midler til forebyggelsestiltag, og der skal etableres et nationalt videntcenter, som kan opsamle viden om, hvilke forebyggelsestiltag, der virker i forskellige kontekster og over for forskellige målgrupper.

Et *andet mindretal* i udvalget (SF) indstiller lovforslaget til *forkastelse* ved 3. behandling. Mindretallet vil stemme imod de stillede ændringsforslag.

Socialistisk Folkeparti vil stemme imod lovforslaget og stemme imod ændringsforslagene, da lovforslaget ikke vil få en nævneværdig effekt på kommunernes forebyggelsesindsats. For det første får kommunerne ikke flere penge at forebygge for, og for det andet: Hvis de sparer penge dette år, får de blot færre året efter. De får med andre ord ikke del i gevinsten. Regeringens medfinansieringsmodel har i forvejen spillet fallit og har ikke fået kommunerne til at forebygge mere. Ændringsforslagene vil ikke gøre nogen forskel andet end at medføre øget bureaukrati, mere kassetænkning og færre penge til velfærd i kommunerne.

Et yderligere problem er, at man ved forslaget stadig ikke løser problemet med, at kommunerne fortsat skal betale for behandlinger, de ikke kan forebygge. Endelig finder SF, at modellen rammer skævt blandt regioner og kommuner, idet udligningen er meget usikker.

SF vil have en hel anden model, hvor kommunerne får et langt bedre incitament til at prioritere forebyggelse. Kommunerne skal have flere midler at forebygge for, da opgaven ellers er helt urealistisk at løse. Og de skal selvfølgelig have del i besparelsesgevinsten, når de er gode til forebyggelse. Dette vil langt mere effektivt sikre et godt resultat på forebyggelsesområdet.

Et *tredje mindretal* i udvalget (RV) vil stemme hverken for eller imod lovforslaget ved 3. behandling. Mindretallet vil stemme hverken for eller imod de stillede ændringsforslag.

Radikale Venstre finder, at der er brug for mere viden og debat om og en undersøgelse af, hvorledes der kan indrettes en incitamentsstruktur, der fremmer investeringer i sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende tiltag, jf. høringssvar og -notat med bemærkninger fra både KL og Danske Regioner, hvorfor RV for indeværende vil stemme hverken for eller imod forslaget.

Et *fjerde mindretal* i udvalget (EL) indstiller lovforslaget til *forkastelse* ved 3. behandling. Mindretallet vil stemme hverken for eller imod ændringsforslagene.

Liberal Alliance, Kristendemokraterne, Inuit Ataqatigiit, Siumut, Tjóðveldi og Sambandsflokkurin var på tidspunktet for betænkningens afgivelse ikke repræsenteret med medlemmer i udvalget og havde dermed ikke adgang til at komme med indstillinger eller politiske udtalelser i betænkningen.

En oversigt over Folketingets sammensætning er optrykt i betænkningen.

4. Ændringsforslag med bemærkninger

Ændringsforslag

Af indenrigs- og sundhedsministeren, tiltrådt af et flertal (V, DF og KF):

Til § 1

1) I det under *nr. 8* foreslåede § 14 a, stk. 2, 2. pkt., indsættes efter »staten«: », jf. dog stk. 3«.
[Teknisk korrektion]

2) I den under *nr. 8* foreslåede § 14 a indsættes som *stk. 3*:

»Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om tilbageførsel til kommunerne af midler, som i et regnskabsår er tilfaldet staten efter bestemmelserne i stk. 2, og som kan tilskrives en produktivitet, der er højere end et af indenrigs- og sundhedsministeren forudsat niveau for det pågældende år i en eller flere regioner. Beregningen af merproduktivitet foretages af Indenrigs- og Sundhedsministeriet i året efter regnskabsåret.«

[Bemyndigelse til indenrigs- og sundhedsministeren]

Bemærkninger

Til nr. 1

Ændringsforslaget er en teknisk korrektion som følge af ændringsforslag nr. 2.

Til nr. 2

Den foreslåede bestemmelse indebærer, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om tilbageførsel til kommunerne af eventuelt statsligt opsamlet kommunal medfinansiering, som kan tilskrives merproduktivitet i en eller flere regioner.

Bestemmelsen forudsættes udmøntet, ved at indenrigs- og sundhedsministeren i året efter regnskabsåret fastsætter en efterregulering af kommunal medfinansiering på sundhedsområdet med henblik på en tilbageførsel af den del af de efter bestemmelserne i § 14 a, stk. 2, statsligt opsamlede midler fra kommunal medfinansiering, som måtte kunne tilskrives merproduktivitet i en eller flere regioner. Bidraget til efterreguleringen fra en given region udgør den del af de kommunale medfinansieringsbidrag opsamlet i staten, som kan henføres til en produktivitet i regionen, som er højere end den af staten forudsatte. Efterreguleringen udgør summen af positive bidrag fra de enkelte regioner, og det er således ikke et krav, at regionerne under ét har leveret merproduktivitet. Beregningen foretages af Indenrigs- og Sundhedsministeriet på baggrund af en konkret vurdering af merproduktivitet for hver enkelt region.

Efterreguleringens størrelse kan ikke overstige det i regnskabsåret opsamlede beløb i staten, jf. 14 a, stk. 2.

En beregnet positiv efterregulering vil blive fordelt mellem alle kommuner via en forhøjelse af bloktilskuddet, dvs. efter den enkelte kommunes andel af befolkningstallet.

Fastlæggelsen af efterreguleringen foretages endeligt af indenrigs- og sundhedsministeren senest den 1. juli i året efter regnskabsåret. Efterreguleringen foretages som en regulering af det kommunale bloktilskud i dette års 3 sidste måneder.

Sophie Løhde (V) Erling Bonnesen (V) Hans Christian Thoning (V) Per Bisgaard (V)
Flemming Damgaard Larsen (V) Hans Kristian Skibby (DF) fmd. Henrik Brodersen (DF)
Rasmus Jarlov (KF) nfmd. Jørgen S. Lundsgaard (KF) Rasmus Prehn (S) Maja Panduro (S)
Thomas Jensen (S) Lennart Damsbo-Andersen (S) Meta Fuglsang (SF) Karl H. Bornhøft (SF)
Johs. Poulsen (RV) Line Barfod (EL)

Liberal Alliance, Kristendemokraterne, Inuit Ataqatigiit, Siumut, Tjóðveldi og Sambandsflokkurin havde ikke medlemmer i udvalget.

Venstre, Danmarks Liberale Parti (V)	47	Liberal Alliance (LA)	3
Socialdemokratiet (S)	45	Kristendemokraterne (KD)	1
Dansk Folkeparti (DF)	24	Inuit Ataqatigiit (IA)	1
Socialistisk Folkeparti (SF)	23	Siumut (SIU)	1
Det Konservative Folkeparti (KF)	17	Tjóðveldi (T)	1
Radikale Venstre (RV)	9	Sambandsflokkurin (SP)	1
Enhedslisten (EL)	4	Uden for folketingsgrupperne (UFG)	2

Oversigt over bilag vedrørende L 176**Bilagsnr. Titel**

- | | |
|----|---|
| 1 | Høringssvar og høringsnotat, fra indenrigs- og sundhedsministeren |
| 2 | Udkast til tidsplan for udvalgets behandling af lovforslaget |
| 3 | Oversigt over kommunevirkninger af den foreslåede omlægning, fra indenrigs- og sundhedsministeren |
| 4 | Udkast til betænkning |
| 5 | Ændringsforslag, fra indenrigs- og sundhedsministeren |
| 6 | 2. udkast til betænkning |
| 7 | Henvendelse af 28/4-11 fra Danske Regioner |
| 8 | Henvendelse af 4/5-11 fra Vestegnssamarbejdet |
| 9 | Revideret udkast til tidsplan for udvalgets behandling af lovforslaget |
| 10 | 3. udkast til betænkning |
| 11 | Tidsplan for udvalgets behandling af lovforslaget |
| 12 | 4. udkast til betænkning |
| 13 | 5. udkast til betænkning |

Oversigt over spørgsmål og svar vedrørende L 176**Spm.nr. Titel**

- | | |
|---|---|
| 1 | Spm. om oversendelse af den skriftlige rapport om kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 2 | Spm. om kommentar til henvendelse af 28/4-11 fra Danske Regioner, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 3 | Spm. om, hvordan regeringen vil sikre, at stigende sundhedsudgifter ikke fører til budgetusikkerhed hos kommunerne, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 4 | Spm. om regeringens svar til små kommuner med få unge, men med mange ældre borgere og med borgere, som efter et hårdt arbejdsliv har et større behov for sygehusbehandling, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 5 | Spm. om, hvordan regeringen under en nulsumsløsning vil sikre, at der kommer rigtige penge ud til kommunerne til forebyggelse, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 6 | Spm. om, hvorfor kommunerne skal betale for samtlige sygehusindlæggelser, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 7 | Spm. om, hvorfor fødslerne er omfattet af lovforslaget, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 8 | Spm. om, hvorvidt ministeren er enig i, at lovændringen medfører, at kommuner med en borgersammensætning, der hyppigere |

har behov for hospitalsindlæggelser, får en højere udgift til kommunal medfinansiering end under den nuværende lov, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

9 Spm. om en opgørelse af størrelsen af den kommunale medfinansiering i 2011 pr. borger for hver enkel kommune, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

10 Spm. om, hvordan ministeren vil sikre, at modellen for kommunal medfinansiering virker efter hensigten og styrker den kommunale forebyggelsesindsats, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

11 Spm. om, hvorfor psykiatrien ikke ønskes omfattet af den kommunale medfinansiering for at styrke forebyggelsesindsatsen, når der ses en stor vækst i antal patienter i psykiatrien, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

12 Spm. om, hvilken effekt lovforslaget vil have i den situation, hvor en region øger aktiviteten inden for budgetrammen, dvs. at regionen reelt leverer mere sundhed for samme pose penge, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

13 Spm. om, hvordan lovforslaget vurderes at ramme de enkelte kommuner, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

14 Spm. om, hvordan lovforslaget påvirker en region med højere aktivitet end gennemsnittet, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

15 Spm. om sikring af den langsigtede forebyggelsesindsats, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

16 Spm. om, hvordan lovforslaget og ønsket om at holde aktiviteten i sundhedsvæsenet i ro hænger sammen med den generelle behandlingsgaranti på 1 måned og med meraktivitetspuljen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

17 Spm. om, hvordan lovforslaget påvirker patienters ret til at benytte det udvidede frie sygehusvalg efter 1 måned, hvis aktiviteten i sygehusvæsenet overstiger det forventede aktivitetsniveau, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

18 Spm. om kommentar til henvendelse af 4/5-11 fra Vestegnssamarbejdet, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

19 Spm. en klargøring af, hvordan en tilbageførsel af midler til kommunerne vil ske, til indenrigs- og sundhedsministeren

3 af udvalgets spørgsmål til indenrigs- og sundhedsministeren og dennes svar herpå

Spørgsmålene og indenrigs- og sundhedsministerens svar herpå er optrykt efter ønske fra S.

Spørgsmål 2:

Ministeren bedes kommentere henvendelse af 28/4-11 fra Danske Regioner, jf. L 176 – bilag 7.

Svar:

Danske Regioner bemærker i indledningen af henvendelsen, at der er tale om en uddybning af hørings-svaret. Danske Regioner bemærker bl.a., at aktivitetsbestemt medfinansiering fylder meget i samspillet mellem regioner og kommunerne i form af splid om større regninger til kommunerne, samt at dette vil kunne hæmme et frugtbart samarbejde om at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser og kontakter i sundhedsvæsenet. Danske Regioner anfører, at forebyggelse opnås bedre via samarbejde mellem kommuner og regioner i regi af de eksisterende sundhedskoordinationsudvalg/sundhedsaftaler.

Det kan hertil bemærkes, at kommunernes aktivitetsbestemte medfinansiering af sundhedsvæsenet øges med lovforslaget, mens det kommunale grundbidrag afskaffes. Omlægningen medfører, at kommunerne får et yderligere incitament til at varetage plejeopgaven og forebyggelsen effektivt.

Den øgede aktivitetsbestemte medfinansiering vil ikke i sig selv skabe flere regninger mellem kommuner og regioner. Hensigten med omlægningen er at øge kommunernes opmærksomhed på udgiften til kommunal medfinansiering med henblik på at tilskynde kommunerne til at målrette forebyggelsesindsatsen.

Det øgede økonomiske incitament hos kommunerne til f.eks. at undgå forebyggelige genindlæggelser supplerer dermed samarbejdet mellem kommuner og regioner i regi af de eksisterende sundhedskoordinationsudvalg/sundhedsaftaler.

Danske Regioner spørger endvidere i henvendelsen til, hvordan det er hensigten, at lovforslaget skal virke ude på afdelingerne på sygehusene.

Det kan hertil bemærkes, at lovforslaget sigter på at give kommunerne et yderligere incitament til at varetage plejeopgaven og forebyggelsen effektivt. Lovforslaget sigter således ikke på en ændret fordeling af regionernes finansiering. Derfor lægges der med forslaget også op til, at der for så vidt angår regionerne indføres en midlertidig kompensationsordning, der neutraliserer de beregnede byrdefordelmæssige virkninger hos regionerne ved omlægningen. Samtidig indføres et loft for de samlede regionale indtægter fra kommunernes aktivitetsbestemte medfinansiering.

Det er ikke hensigten, at regionerne skal kunne indhente ekstra finansiering fra kommunerne til delvis finansiering af budgetoverskridelser, og det bliver imødegået med det påtænkte loft.

Loftet for regionernes indtægter fra kommunale aktivitetsbestemt medfinansiering er et vigtigt element i en samlet set strammere økonomistyring af regionerne. Det sikres således, at regionerne ikke selv kan øge deres indtægter, hvilket skaber øget incitament til at overholde budgetterne.

Endelig har Danske Regioner i henvendelsen også bemærkninger til kommunernes budgetsikkerhed.

Det kan i den forbindelse oplyses, at førnævnte loft over regionernes indtægter fra kommunal medfinansiering indføres for at understøtte overholdelse af udgiftsforudsætningerne, som ligger til grund for fastsættelsen af den samlede finansiering af regionerne. Loftet over de regionale indtægter vil ligeledes øge budgetsikkerheden i kommunerne.

Regeringen har endvidere indgået en aftale med KL om supplerende elementer, der øger kommunernes budgetsikkerhed i tilknytning til den kommunale medfinansiering. Aftalen med KL er vedlagt som bilag.

I aftalen mellem regeringen og KL indgår det, at der foretages en tilbageførsel til kommunerne af eventuelt statsligt opsamlet kommunal medfinansiering, som kan tilskrives merproduktivitet i en eller flere regioner. Dette bidrager til øget budgetsikkerhed i kommunerne.

For at understøtte bedre og mere forudsigelige rammer for planlægning af den kommunale indsats indgår det også i aftalen med KL, at DRG-taksterne, som ligger til grund for den kommunale medfinansiering på sygehusområdet, ikke ændres i perioden, fra den forudsatte kommunale medfinansiering bliver fastlagt, til den endelige afregning finder sted. Indenrigs- og Sundhedsministeriet fremrykker dermed udmeldingen af taksterne for året, så de vil være kendte i kommunerne ved budgetlægningen, således at kommunerne har større budgetsikkerhed og bedre forudsætninger for planlægningen af økonomi og indsats.

Bilag til svar på spørgsmål 2: (Aftale af 6/4-11 mellem regeringen og KL)

Styrket incitament til en forebyggende indsats

Regeringen har fremsat lovforslag om ændring af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet.

Regeringen noterer sig i den forbindelse, at KL støtter forslaget om at øge den aktivitetsafhængige del af medfinansieringen med henblik på at styrke incitamenterne til den forebyggende indsats. Modellen løfter generelt den aktivitetsbestemte medfinansiering med 60 pct., men løfter medfinansieringen med 90 pct. i forhold til de ældre medicinske patienter, hvor kommunernes forebyggende indsats vurderes at have størst effekt. Endvidere noteres det, at KL støtter forslaget om et loft over den enkelte regions indtægter fra kommunal medfinansiering.

Regeringen og KL er enige om, at formålet med den kommunale medfinansiering er at give et yderligere, generelt incitament for kommunerne til at varetage plejeopgaven og den forebyggende indsats – herunder den langsigtede forebyggelse – effektivt. Medfinansieringen skal således ses i sammenhæng med de øvrige økonomiske virkninger af borgeres sundhedstilstand, f.eks. i forhold til arbejdsmarkedet, det sociale system og plejesektoren.

Der er enighed om, at loftet over de regionale indtægter fra den kommunale medfinansiering sikrer, at regionerne ikke ved budgetoverskridelser får øgede indtægter fra kommunerne, hvilket giver et større incitament til budgetoverholdelse i regionerne. Set for kommunerne vil det modvirke store uforudsete ekstraregninger til kommunernes aktivitetsafhængige bidrag og dermed medvirker loftet for regionerne til større budgetsikkerhed i kommunerne.

I forhold til det fremsatte lovforslag er regeringen og KL enige om følgende ændringer, som regeringen vil søge tilslutning til:

- Hvis regionerne producerer mere end forudsat kan det indebære en ekstraregning for kommunerne. I de tilfælde, hvor merproduktion kan henføres til, at en eller flere regioner er mere effektive end det forudsatte ved budgetlægningen, skal kommunerne ikke medfinansiere den øgede aktivitet. Der er derfor enighed om, at medfinansiering, som kommunerne har betalt, fordi en eller flere regioner har øget effektiviteten ud over det aftalte, bliver tilbageført til kommunerne under ét.
- For at understøtte bedre og mere forudsigelige rammer for planlægning af den kommunale indsats kan DRG-taksterne, som ligger til grund for den kommunale medfinansiering på sygehusområdet, ikke ændres i perioden fra den forudsatte kommunale medfinansiering bliver fastlagt til den endelige afregning finder sted. Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil derfor fremrykke udmelding af taksterne for året, så de vil være kendte i kommunerne ved budgetlægningen, således at kommunerne har større budgetsikkerhed og bedre forudsætninger for planlægningen af økonomi og indsats.

Der er endvidere enighed om, at ændringer i den kommunale medfinansiering ikke bør indgå i opgørelsen af, om en økonomiaftale er overholdt. Regeringen har i forhold hertil tilkendegivet, at der i henhold til det lovforslag, som er fremsat vedr. nedsættelse af bloktilskuddet ved en overskridelse af det aftalte udgiftsniveau for 2011 netop vil være hjemmel til at korrigere for ændringer i kommunernes udgifter til medfinansiering af sundhedsområdet i forhold til det niveau, der var forudsat ved indgåelsen af økonomiaftalen.

Regeringen noterer sig KL's ønske om, at der snarest igangsættes analyser af, hvordan differentierede elementer kan understøtte en hurtigere udbygning af den forebyggende indsats. Regeringen og KL er enige om, at potentialet for bedst muligt at høste gevinsterne ved den kommunale medfinansiering er et vigtigt tema, som der fremadrettet skal arbejdes målrettet videre med, herunder styrke grundlaget for at dokumentere, sammenligne og analysere kommunernes indsats med henblik på at udbrede de gode eksempler mere systematisk.

Underbilag til svar på spørgsmål 2: (Bilag til aftale mellem regeringen og KL)

Bilag

Fastlæggelse af tilbageførsel af visse kommunale udgifter til medfinansiering

Der er enighed om, at der årligt i forbindelse med forhandlingerne mellem regeringen og KL for det næste års økonomi for kommunerne bliver fastsat en efterregulering vedr. det foregående års kommunale medfinansiering på sundhedsområdet, såfremt der i det foregående år måtte være opsamlet midler i staten, som følge af at den regionale finansiering fra kommunal medfinansiering fastlåses på det niveau, som forudsættes med foregående års økonomiaftale og som kan tilskrives merproduktivitet i en eller flere regioner.

Efterreguleringen udgør den del af de kommunale medfinansieringsbidrag opsamlet i staten, som måtte kunne henføres til en aktivitet i regionerne, der – som følge af en produktivitetsstigning i en eller flere regioner – er højere end forudsat for det pågældende år. Efterreguleringen fordeles mellem kommunerne efter kommunernes andel af befolkningstallet.

Fastlæggelsen af efterreguleringen foretages endeligt af indenrigs- og sundhedsministeren. Efterreguleringen foretages som en regulering af det kommunale bloktilskud i samme års tre sidste måneder og har ikke budgetmæssig betydning for det år, hvor reguleringen finder sted, men er alene en likviditetsregulering.

Spørgsmål 9:

Ministeren bedes for hver enkelt kommune opgøre størrelsen af den kommunale medfinansiering i 2011 pr. borger under henholdsvis den nuværende lovgivning, og hvis lovændringen bliver gennemført.

Svar:

Kommunernes skønnede udgifter til kommunal medfinansiering i 2011 opgjort efter henholdsvis de gældende regler og efter de foreslåede regler med L 176, hvis disse regler havde været gældende for 2011, fremgår af vedlagte bilag (se nedenfor).

Kommunernes udgifter er skønnet på baggrund af aktivitet i 2009, beregnet på DRG-taksterne i 2010 og opregnet til 2011-pris og lønniveau. Udgiftsniveauet svarer dermed til det, som er lagt til grund for aftalen om kommunernes økonomi for 2011.

For så vidt angår udgifterne til kommunal medfinansiering pr. indbygger efter de gældende regler er disse i bilaget opgjort som summen af udgifterne til grundbidrag og aktivitetsbestemt medfinansiering

(hhv. kolonne 1 og 2 i bilaget). Den samlede kommunale medfinansiering pr. indbygger efter de gældende regler fremgår i kolonne 3.

De opgjorte udgifter til kommunal medfinansiering pr. indbygger efter de foreslåede regler med L 176, hvis disse regler havde været gældende for 2011, fremgår af kolonne 4.

Det bemærkes, at den samlede opgjorte udgift pr. indbygger i de to scenarier ikke er helt identiske (og udgør således henholdsvis 3.228 kr. pr. indbygger og 3.232 kr. pr. indbygger). Det skyldes den mindre tekniske tilpasning i bloktilskuddet, som fremgår af tabel 1 i lovforslagets bemærkninger.

Det bemærkes endvidere, at udgifterne til kommunal medfinansiering er kompenseret for kommunerne under ét via det kommunale bloktilskud og at de således også indgår i udligningen mellem kommunerne. Ved omlægningen fra grundbidrag til aktivitetsafhængigt bidrag sker der endvidere en påvirkning af kommunernes opgjorte udgiftsbehov i tilknytning til udligningen. Det indebærer, at der ved den samlede omlægning er tale om relativt begrænsede byrdefordelingsmæssige virkninger, jf. også besvarelsen af spørgsmål 13.

Det kan bemærkes hertil, at det indgår i kommissoriet for Indenrigs- og Sundhedsministeriets Finansieringsudvalg for det igangværende arbejde med udligningssystemet for kommunerne, at evt. væsentlige byrdefordelingsmæssige virkninger for kommunerne ved omlægningen af den kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering af sundhedsvæsenet skal indgå i udvalgets arbejde.

Spørgsmål nr. 9 Ad. L 176

Kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet, beløb i kroner pr. indbygger

	Nu- værende ordning	Nu- værende ordning	Nu- værende ordning	Lov- forslag
	Grund- bidrag (folketal- fordelt)	Aktivi- tets- bestemt med- finan- sierung	Med- finan- sierung i alt (1)+(2)	Aktivi- tets- bestemt med- finan- sierung
	(1)	(2)	(3)	(4)
HELE LANDET	1.214	2.014	3.228	3.232
HOVEDSTADSOMRÅDET	1.214	2.105	3.319	3.339
1084 REGION HOVEDSTADEN	1.214	2.124	3.338	3.365
101 København	1.214	2.084	3.298	3.256
147 Frederiksberg	1.214	2.280	3.494	3.636
151 Ballerup	1.214	2.173	3.387	3.508
153 Brøndby	1.214	2.413	3.627	3.889
155 Dragør	1.214	1.963	3.177	3.211
157 Gentofte	1.214	2.048	3.262	3.261
159 Gladsaxe	1.214	2.110	3.324	3.410
161 Glostrup	1.214	2.337	3.551	3.781
163 Herlev	1.214	2.262	3.476	3.662
165 Albertslund	1.214	2.101	3.315	3.306
167 Hvidovre	1.214	2.343	3.557	3.752
169 Høje-Taastrup	1.214	2.107	3.321	3.331
173 Lyngby-Taarbæk	1.214	2.154	3.368	3.459
175 Rødovre	1.214	2.273	3.487	3.699
183 Ishøj	1.214	2.247	3.461	3.541
185 Tårnby	1.214	2.206	3.420	3.577
187 Vallensbæk	1.214	1.950	3.164	3.123
190 Furesø	1.214	1.861	3.075	2.956
201 Allerød	1.214	1.940	3.154	3.065
210 Fredensborg	1.214	2.055	3.269	3.230
217 Helsingør	1.214	2.239	3.453	3.481
219 Hillerød	1.214	2.097	3.311	3.257
223 Hørsholm	1.214	2.147	3.361	3.424
230 Rudersdal	1.214	2.017	3.231	3.204
240 Egedal	1.214	1.792	3.006	2.862
250 Frederikssund	1.214	2.108	3.322	3.319
260 Halsnæs	1.214	2.305	3.519	3.649
270 Gribskov	1.214	2.101	3.315	3.344
400 Bornholms kommune	1.214	2.162	3.376	3.480

ISM Oafid. dec. 4-5-2011

Spørgsmål nr. 9 Ad. L 176

Kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet, beløb i kroner pr. indbygger

	Nu- værende ordning	Nu- værende ordning	Nu- værende ordning	Lov- forslag
	Grund- bidrag (folketal- fordelt)	Aktivi- tets- bestemt med- finan- siering	Med- finan- siering i alt (1)+(2)	Aktivi- tets- bestemt med- finan- siering
	(1)	(2)	(3)	(4)
1085 REGION SJÆLLAND	1.214	2.028	3.242	3.276
253 Greve	1.214	2.018	3.232	3.225
259 Køge	1.214	2.016	3.231	3.223
265 Roskilde	1.214	2.023	3.237	3.218
269 Solrød	1.214	1.884	3.098	3.031
306 Odsherred	1.214	2.218	3.432	3.598
316 Holbæk	1.214	1.982	3.196	3.179
320 Faxe	1.214	1.954	3.168	3.173
326 Kalundborg	1.214	2.061	3.275	3.367
329 Ringsted	1.214	1.915	3.129	3.087
330 Slagelse	1.214	2.042	3.255	3.288
336 Stevn	1.214	1.960	3.174	3.236
340 Sorø	1.214	1.913	3.127	3.106
350 Lejre	1.214	1.874	3.088	3.048
360 Lolland	1.214	2.168	3.382	3.519
370 Næstved	1.214	2.034	3.248	3.280
376 Guldborgsund	1.214	2.141	3.355	3.506
390 Vordingborg	1.214	2.039	3.253	3.322
1083 REGION SYDDANMARK	1.214	2.022	3.236	3.278
410 Middelfart	1.214	2.007	3.221	3.230
420 Assens	1.214	1.972	3.186	3.226
430 Faaborg-Midtfyn	1.214	1.905	3.119	3.137
440 Kerteminde	1.214	1.923	3.138	3.190
450 Nyborg	1.214	2.104	3.318	3.460
461 Odense	1.214	1.953	3.167	3.166
479 Svendborg	1.214	1.996	3.210	3.262
480 Nordfyn	1.214	1.924	3.138	3.164
482 Langeland	1.214	2.194	3.408	3.654
492 Ærø	1.215	2.123	3.338	3.532
510 Haderslev	1.214	2.098	3.312	3.359
530 Billund	1.214	1.953	3.167	3.178
540 Sønderborg	1.214	2.153	3.367	3.477
550 Tønder	1.214	2.072	3.286	3.313
561 Esbjerg	1.214	2.242	3.456	3.569
563 Fanø	1.214	1.936	3.150	3.227
573 Varde	1.214	1.934	3.148	3.129
575 Vejen	1.214	1.938	3.152	3.157
580 Aabenraa	1.214	1.992	3.206	3.210
607 Fredericia	1.214	2.147	3.361	3.472
621 Kolding	1.214	1.943	3.157	3.153
630 Vejle	1.214	1.971	3.185	3.210

ISM O.aft. den 4.5.2011

Spørgsmål nr. 9 Ad. L 176

Kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet, beløb i kroner pr. indbygger

	Nu- værende ordning	Nu- værende ordning	Nu- værende ordning	Lov- forslag
	Grund- bidrag (folketal- fordelt)	Aktivi- tets- bestemt med- finan- siering	Med- finan- siering i alt (1)+(2)	Aktivi- tets- bestemt med- finan- siering
	(1)	(2)	(3)	(4)
1082 REGION MIDTJYLLAND	1.214	1.902	3.116	3.056
615 Horsens	1.214	2.066	3.280	3.312
657 Herning	1.214	1.795	3.009	2.879
661 Holstebro	1.214	1.894	3.108	3.084
665 Lemvig	1.214	1.968	3.182	3.218
671 Struer	1.214	1.930	3.144	3.145
706 Syddjurs	1.214	1.927	3.141	3.113
707 Norddjurs	1.214	2.091	3.305	3.394
710 Favrskov	1.214	1.725	2.940	2.765
727 Odder	1.214	1.704	2.918	2.746
730 Randers	1.214	1.988	3.202	3.126
740 Silkeborg	1.214	1.914	3.128	3.052
741 Samsø	1.214	2.356	3.570	3.846
746 Skanderborg	1.214	1.770	2.984	2.833
751 Aarhus	1.214	1.865	3.079	2.996
756 Ikast-Brande	1.214	1.743	2.957	2.823
760 Ringkøbing-Skjern	1.214	1.765	2.979	2.882
766 Hedensted	1.214	1.870	3.084	3.049
779 Skive	1.214	2.107	3.321	3.412
791 Viborg	1.214	2.028	3.242	3.243
1081 REGION NORDJYLLAND	1.214	1.896	3.110	3.066
773 Morsø	1.214	2.076	3.290	3.312
787 Thisted	1.214	2.033	3.247	3.240
810 Brønderslev	1.214	1.827	3.041	2.966
813 Frederikshavn	1.214	1.978	3.193	3.248
820 Vesthimmerland	1.214	1.964	3.178	3.185
825 Læsø	1.212	1.883	3.094	3.070
840 Rebild	1.214	1.804	3.018	2.932
846 Mariagerfjord	1.214	1.908	3.122	3.102
849 Jammerbugt	1.214	1.900	3.114	3.072
851 Aalborg	1.214	1.803	3.017	2.886
860 Hjørring	1.214	1.978	3.192	3.250

BSM O.a.f.d. dec. 4 5 2011

Spørgsmål 13:

Ifølge lovforslaget er de økonomiske konsekvenser for kommuner og regioner under ét udgiftsneutrale. Ministeren bedes oplyse, hvordan lovforslaget vurderes at ramme de enkelte kommuner. Herunder hvordan påvirker lovforslaget den lille kommune med mange ældre borgere, herunder hvor stor er de byrdefordelingsmæssige forskydninger mellem kommunerne, og hvilke kommuner rammes hårdest?

Svar:

Samlet set vil lovforslaget give anledning til begrænsede byrdefordelingsmæssige forskydninger mellem kommunerne. De samlede forskydninger for de enkelte kommuner fremgår af bilag (se nedenfor).

Den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet består i den gældende ordning af to dele. Dels et grundbidrag pr. indbygger og dels en aktivitetsbestemt medfinansiering. I den foreslåede model, hvor grundbidraget afskaffes og den aktivitetsbestemte medfinansiering øges, vil der dels være en ændring i kommunernes aktivitetsbestemte udgifter til regionerne og dels en udligningsvirkning.

For så vidt angår den direkte udgiftsvirkning, vil et øget aktivitetsbestemt medfinansiering alt andet lige medføre højere udgifter til sundhedsområdet for kommuner med et demografisk eller socioøkonomisk betinget højt forbrug af sygehusydelser, når der ses bort fra de incitamentsmæssige virkninger.

Udgifterne til kommunal medfinansiering er for kommunerne under ét kompenseret via det kommunale bloktilskud og indgår således også i udligningen mellem kommunerne, hvor der tages højde for kommunale forskelle i den aldersmæssige og socioøkonomiske sammensætning af befolkningen. Ved omlægningen fra grundbidrag til aktivitetsafhængigt bidrag sker der endvidere en påvirkning af kommunernes opgjorte udgiftsbehov i tilknytning til udligningen. Det indebærer, at der ved den samlede omlægning er tale om relativt begrænsede byrdefordelingsmæssige virkninger.

Af vedlagte bilag fremgår en beregning af konsekvenserne af omlægningen. Beregningen tager udgangspunkt i, at grundbidraget afskaffes. Kommunernes aktivitetsbestemte medfinansiering forøges tilsvarende (sammen med en mindre teknisk tilpasning af bloktilskuddet). Kommunernes aktivitetsbestemte medfinansiering i er beregnet med udgangspunkt i aktiviteten i 2009.

I bilaget fremgår af kolonne 1 den udligningsmæssige virkning af et øget kommunalt udgiftsbehov. Af kolonne 2 fremgår den kommunale merudgift ved den forøgede kommunale medfinansiering, mens effekten af det reducerede kommunale grundbidrag fremgår af kolonne 3. Af kolonne 4 fremgår den samlede virkning (1+2+3).

Det fremgår af bilaget, at Glostrup, Tårnby og Hvidovre kommuner er de kommuner, som oplever det relativt største tab ved omlægningen på hhv. 0,11, 0,09 og 0,08 pct. af beskatningsgrundlaget. Læsø, Lolland og Ishøj kommuner har den relativt største gevinst på hhv. 0,28, 0,15 og 0,10 pct. af beskatningsgrundlaget.

Det bemærkes, at det indgår i kommissoriet for Indenrigs- og Sundhedsministeriets Finansieringsudvalg for det igangværende arbejde med udligningssystemet for kommunerne, at evt. væsentlige byrdefordelingsmæssige virkninger for kommunerne ved omlægningen af den kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering af sundhedsvæsenet skal indgå i udvalgets arbejde.

For så vidt angår, hvilke byrdefordelingsmæssige virkninger lovforslaget vil have for en lille kommune med mange ældre, henvises til besvarelsen af spørgsmål nr. 4.

Kommunalekonomisk konsekvensberegning 2011

Beregning vedr. forøget aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering af sundhedsudgifterne.

	Ændring vedr. udligning og til- skud 1.000 kr. (+=ge- vinst)	Ændring vedr. aktivi- tets- bestemt kommunal medfin. vedr. sundheds- området (+=ge- vinst) 1.000 kr.	Ændring vedr. grund- bidrag (afskaffes) (+=ge- vinst) 1.000 kr.	Samlet virkning (1+2+3) (+=ge- vinst) 1.000 kr.	Samlet virkning (1+2+3) som ændring i beskat- nings- niveau (-=ge- vinst) (procent)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HELE LANDET	22.896	-6.761.640	6.738.744	0	0,00
HOVEDSTADSOMRÅDET	-18.780	-2.349.706	2.311.872	-56.614	0,02
1084 REGION HOVEDSTADEN	1.380	-2.097.454	2.051.832	-44.242	0,01
101 København	7.416	-629.036	651.912	30.292	-0,03
147 Frederiksberg	-780	-132.349	118.560	-14.569	0,08
151 Ballerup	4.092	-64.010	58.176	-1.742	0,02
153 Brøndby	4.872	-49.858	41.004	-3.982	0,07
155 Dragør	-1.380	-16.955	16.500	-1.835	0,06
157 Gentofte	-5.448	-86.211	86.292	-5.367	0,03
159 Gladsaxe	-1.344	-83.479	77.940	-6.883	0,06
161 Glostrup	840	-30.726	25.848	-4.038	0,11
163 Herlev	1.896	-36.949	32.052	-3.001	0,06
165 Albertslund	2.208	-33.514	33.768	2.462	-0,06
167 Hvidovre	3.132	-70.305	60.576	-6.597	0,08
169 Høje-Taastrup	-312	-58.925	58.416	-821	0,01
173 Lyngby-Taarbæk	-1.980	-68.210	63.444	-6.746	0,06
175 Rødovre	3.960	-51.858	44.160	-3.738	0,06
183 Ishøj	4.620	-26.718	25.068	2.970	-0,10
185 Tårnby	-120	-55.532	49.200	-6.452	0,09
187 Vallensbæk	-1.728	-16.746	17.340	-1.134	0,05
190 Furesø	-4.968	-41.737	46.272	-433	0,01
201 Allerød	-5.628	-27.010	29.160	-3.478	0,07
210 Fredensborg	-2.400	-45.898	47.424	-874	0,01
217 Helsingør	3.684	-75.941	74.256	1.999	-0,02
219 Hillerød	-4.848	-55.198	57.768	-2.278	0,03
223 Hørsholm	-684	-30.932	29.400	-2.216	0,03
230 Rudersdal	-2.808	-64.330	65.748	-1.390	0,01
240 Egedal	-8.664	-44.493	50.472	-2.685	0,04
250 Frederikssund	-744	-53.358	53.496	-606	0,01
260 Halsnæs	3.072	-41.891	37.824	-995	0,02
270 Gribskov	-540	-50.176	49.008	-1.708	0,02
400 Bornholms kommune	5.964	-55.109	50.748	1.603	-0,03

ISM O.afl. den: 4/5/2011

Kommunalekonomisk konsekvensberegning 2011
Beregning vedr. forøjet aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering af sundhedsudgifterne.

	Ændring vedr. udligning og til- skud 1.000 kr. (+=ge- vinst)	Ændring vedr. aktivi- tets- bestemt kommunal medfin. vedr. sundheds- området (+=ge- vinst) 1.000 kr.	Ændring vedr. grund- bidrag (afskaffes) (+=ge- vinst) 1.000 kr.	Samlet virkning (1+2+3) (+=ge- vinst) 1.000 kr.	Samlet virkning (1+2+3) som ændring i beskat- nings- niveau (-=ge- vinst) (procent)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1085 REGION SJÆLLAND	28.020	-1.021.379	993.600	241	0,00
253 Greve	-2.460	-57.234	57.564	-2.130	0,02
259 Køge	-48	-69.039	69.492	405	0,00
265 Roskilde	-6.264	-98.030	99.576	-4.718	0,03
269 Solrød	-2.652	-23.890	25.284	-1.258	0,03
306 Odsherred	4.536	-45.376	39.900	-940	0,02
316 Holbæk	-24	-83.272	84.444	1.148	-0,01
320 Faxe	-576	-42.999	42.804	-771	0,01
326 Kalundborg	3.660	-64.259	59.724	-875	0,01
329 Ringsted	-1.008	-38.538	39.924	378	-0,01
330 Slagelse	6.864	-96.465	93.948	4.347	-0,04
336 Stevn	636	-27.831	26.484	-711	0,02
340 Sorø	-492	-35.114	35.724	118	0,00
350 Lejre	-3.408	-31.337	32.388	-2.357	0,05
360 Lolland	15.900	-62.814	56.424	9.510	-0,15
370 Næstved	-264	-100.953	98.292	-2.925	0,02
376 Guldborgsund	8.364	-85.224	75.816	-1.044	0,01
390 Vordingborg	5.256	-59.004	55.812	2.064	-0,03

ISM O.aft. den. 4.5.2011

Kommunalekonomisk konsekvensberegning 2011
Beregning vedr. forøjet aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering af sundhedsudgifterne.

	Ændring vedr. udligning og til- skud 1.000 kr. (+=ge- vinst)	Ændring vedr. aktivi- tets- bestemt kommunal medfin. vedr. sundheds- området (+=ge- vinst) 1.000 kr.	Ændring vedr. grund- bidrag (afskaffes) (+=ge- vinst) 1.000 kr.	Samlet virkning (1+2+3) (+=ge- vinst) 1.000 kr.	Samlet virkning (1+2+3) som ændring i beskat- nings- niveau (-=ge- vinst) (procent)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1083 REGION SYDDANMARK	24.612	-1.509.185	1.459.260	-25.313	0,01
410 Middelfart	-1.188	-46.194	45.852	-1.530	0,03
420 Assens	-264	-52.675	51.012	-1.927	0,03
430 Faaborg-Midtfyn	348	-63.986	63.024	-614	0,01
440 Kerteminde	-444	-30.226	28.980	-1.690	0,05
450 Nyborg	1.644	-42.879	38.388	-2.847	0,06
461 Odense	7.092	-230.423	230.676	7.345	-0,03
479 Svendborg	1.548	-74.511	71.472	-1.491	0,02
480 Nordfyn	-324	-36.899	36.120	-1.103	0,03
482 Langeland	3.840	-19.597	16.296	539	-0,03
492 Ærø	1.404	-9.320	8.040	124	-0,01
510 Haderslev	2.412	-71.111	68.424	-275	0,00
530 Billund	-780	-32.016	31.728	-1.068	0,03
540 Sønderborg	3.468	-101.112	92.724	-4.920	0,04
550 Tønder	4.704	-48.882	47.820	3.642	-0,06
561 Esbjerg	5.748	-152.904	139.944	-7.212	0,04
563 Fanø	24	-4.146	3.900	-222	0,04
573 Varde	-1.080	-60.118	61.080	-118	0,00
575 Vejen	-1.224	-52.411	52.164	-1.471	0,02
580 Aabenraa	3.132	-73.122	72.852	2.862	-0,03
607 Fredericia	2.208	-66.306	60.744	-3.354	0,04
621 Kolding	-3.360	-108.321	108.684	-2.997	0,02
630 Vejle	-4.296	-132.026	129.336	-6.986	0,04

ISM O.a.f.d. den: 4 5 2011

Kommunaløkonomisk konsekvensberegning 2011
Beregning vedr. forøjet aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering af sundhedsudgifterne.

	Ændring vedr. udligning og til- skud 1.000 kr. (+=ge- vinst)	Ændring vedr. aktivi- tets- bestemt kommunal medfin. vedr. sundheds- området (+=ge- vinst) 1.000 kr.	Ændring vedr. grund- bidrag (afskaffes) (+=ge- vinst) 1.000 kr.	Samlet virkning (1+2+3) (+=ge- vinst) 1.000 kr.	Samlet virkning (1+2+3) som ændring i beskat- nings- niveau (-=ge- vinst) (procent)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1082 REGION MIDTJYLLAND	-43.704	-1.456.211	1.530.744	30.829	-0,02
615 Horsens	-324	-103.731	101.088	-2.967	0,03
657 Herning	-4.920	-93.043	104.220	6.257	-0,05
661 Holstebro	-2.676	-68.017	69.384	-1.309	0,02
665 Lemvig	1.008	-26.997	26.220	231	-0,01
671 Struer	756	-27.220	27.204	740	-0,02
706 Syddjurs	-1.224	-49.378	50.520	-82	0,00
707 Norddjurs	3.252	-49.347	45.984	-111	0,00
710 Favrskov	-5.412	-48.683	56.868	2.773	-0,04
727 Odder	-1.440	-22.647	26.376	2.289	-0,07
730 Randers	-72	-108.618	115.860	7.170	-0,05
740 Silkeborg	-6.504	-101.404	108.144	236	0,00
741 Samsø	852	-5.922	4.824	-246	0,04
746 Skanderborg	-7.176	-61.050	69.744	1.518	-0,02
751 Aarhus	-6.336	-350.458	376.344	19.550	-0,04
756 Ikast-Brandø	-1.524	-43.622	49.044	3.898	-0,07
760 Ringkøbing-Skjern	-2.376	-65.213	70.932	3.343	-0,04
766 Hedensted	-4.428	-54.419	56.040	-2.807	0,04
779 Skive	588	-62.646	58.248	-3.810	0,05
791 Viborg	-5.748	-113.796	113.700	-5.844	0,04
1081 REGION NORDJYLLAND	12.588	-677.411	703.308	38.485	-0,05
773 Morsø	2.820	-26.805	26.328	2.343	-0,08
787 Thisted	2.160	-54.418	54.708	2.450	-0,04
810 Brønderslev	-576	-40.813	43.476	2.087	-0,04
813 Frederikshavn	6.480	-78.448	75.036	3.068	-0,03
820 Vesthimmerland	2.124	-46.222	45.960	1.862	-0,04
825 Læsø	708	-2.305	2.352	755	-0,28
840 Rebild	-2.952	-32.562	35.040	-474	0,01
846 Mariagerfjord	-144	-50.655	51.480	681	-0,01
849 Jammerbugt	348	-45.376	46.992	1.964	-0,04
851 Aalborg	-600	-215.151	241.176	25.425	-0,09
860 Hjørring	2.220	-84.656	80.760	-1.676	0,02

ISM O.a.f.d. den: 4.5.2011