

Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering
av kommunale helse- og omsorgstjenester – analyse av
økonomisk utvikling og beregning av kommunale
enhetskostnader

2018

HELSEDIREKTORATET

OPPDRAGSGIVER: Helsedirektoratet

RAPPORT NR: R9272-03

RAPPORTENS TITTEL: Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester – analyse av økonomisk utvikling og beregning av kommunale enhetskostnader

ANSVARLIG KONSULENT: Per Schanche

KVALITETSSIKRET AV: Kjell Værnor

DATO: 09.08.2018

Forord

Agenda Kaupang og Proba bistår Helsedirektoratet med en følgeevaluering av en forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester. Den første hovedrapporten (2016) var en nullpunktsmåling som kartla status i kommunene ved oppstart av forsøket. Den andre hovedrapporten dokumenterte utviklingen i 2017.

I denne rapporten dokumenterer vi en analyse av økonomisk utvikling og beregning av kommunale enhetskostnader i de fire A-kommunene. Arbeidet har vært utført av Astrid Nesland og Per Schanche i Agenda Kaupang, med sistnevnte som ansvarlig konsulent. Underveis har vi hatt en dialog med Helsedirektoratet og kontaktpersoner i de fire kommunene. Disse personene har hjulpet oss med å skaffe data for våre analyser og til å vurdere innholdet og kvaliteten for dataene.

Vi takker for god hjelp og godt samarbeid.

Innhold

Forord	2
Innhold	4
1 Sammenheng	5
2 Bakgrunn og metodisk tilnærming	7
2.1 Hovedoppdrag og tilleggsoppdrag	7
2.2 Beskrivelse av finansieringsmodellen	8
2.3 Metode og datagrunnlag for økonomiske analyser	10
2.4 Metode for datagrunnlag for beregning av enhetskostnader	11
3 Økonomisk utvikling og betydningen av demografi	14
3.1 Utbetalingen av tilskudd i 2017	14
3.2 Brutto- og nettoutgifter fra 2012 til 2017	15
3.3 Demografi og behov	18
3.4 Ressurskrevende tjenester	21
4 Omsorgstrappa	24
4.1 Omsorgstrappen belyst med data fra KOSTRA	24
4.2 Omsorgstrappa belyst med utbetaling av tilskudd	26
5 Enhetskostnader for de fire A-kommunene	29
5.1 Resultater for de fire kommunene	29
5.2 Resultater for de ulike tjenestene	32
6 Analyse og drøfting	34
6.1 Beregning av økonomiske gevinster	34
6.2 Drøfting av uttrekket	35
6.3 Drøfting av enhetskostnader	36
6.4 Hvordan har finansieringsmodellen påvirket kommunene?	41
Vedlegg: Utfyllende statistikk	43

1 Sammen drag

Effekter av finansieringsmodellen

Vår oppgave har vært å analysere hvordan finansieringsmodellen har påvirket den økonomiske utviklingen i kommunene.

- ▶ Mulig tendens til økte kommunale utgifter som følge av at staten betaler
- ▶ Staten finansierer en økt del av utgiftene
- ▶ Den langsiktige trenden for utviklingen av tjenestene fortsetter ikke helt som før
- ▶ Svak statistikk gjør det vanskelig å si om det er rimelig samsvar mellom tilskudd, utgifter og årsverk

Beregning av enhetskostnader

Vår oppgave har vært å beregne enhetskostnader for tjenestene som finansieres av forsøket for de fire A-kommunene. Beregningene viser følgende avvik mellom kommunenes enhetskostnader og de nasjonale satsene:

- ▶ Hobøl: +2 prosent
- ▶ Lillesand: -6 prosent
- ▶ Os: -5 prosent
- ▶ Stjørdal: -8 prosent

I Lillesand, Os og Stjørdal er altså kommunenes enhetskostnader jevnt over lavere enn satsene i forsøket, mens situasjonen er motsatt i Hobøl.

For de aller fleste tjenestene er det både positive og negative utslag. Unntaket er omsorgslønn hvor alle kommunene har lavere utgifter enn tilskuddet fra staten. Denne tjenesten utgjør imidlertid en liten del av det samlede tilskuddet.

Det er med andre ord store forskjeller mellom kommunene i hvor mye det koster å produsere kommunale tjenester. Et sentralt spørsmål er hva som kan forklare disse forskjellene. I prinsippet kan følgende forhold bidra til forskjeller i enhetskostnadene:

- ▶ Stordriftsfordeler eller smådriftsulemper: Evnen til rasjonell drift vil være preget av størrelsen på de aktuelle enhetene i kommunene. Vår erfaring er at en turnusgruppe bør omfatte rundt 20 årsverk for å få en god utnyttelse av stordriftsfordeler. Det er spesielt utnyttelse av nattevaktene som krever en viss størrelse av turnusgruppen. Utformingen av byggene er også av betydning for hvor rasjonelt driften kan legges opp.
- ▶ Ulike pleie- og bemanningsfaktorer: En pleiefaktor blir beregnet ved å ta antall årsverk i turnus og dividere med antall brukere. I bemanningsfaktoren tas med også årsverk utenfor turnus. I kommunene er det vanlig å bruke slike faktorer i styringen av sykehjem. Vår erfaring er at det er relativt store forskjeller mellom kommunene i nivået for disse faktorene.
- ▶ Bruk av vikarer og overtid: Omfattende bruk av disse størrelsene vil kunne øke kostnadene, særlig dersom vikarene blir rekruttert fra vikarbyråer.
- ▶ Kjøreavstander og organisering av hjemmetjenesten: Effektiviteten i hjemmetjenesten er avhengig av kjøreavstander i kommunen og organisering av tilbudet.
- ▶ Lønnskostnader: Lønnsnivået inkludert nivået på pensjon kan variere mellom kommunene. Ulikt lønnsnivå kan henge sammen med en annen sammensetning av personell enn lagt til grunn ved fastlegging av de statlige satsene.
- ▶ Ulik klassifisering av tjenestene: Gråsoner mellom tjenestene kan bidra til ulik praksis for klassifisering av tjenestene. Oppryddingen gjennom 2016 og 2017 har bidratt til mer lik

klassifisering. De beregnede enhetskostnadene for 2017 kan være preget av at arbeidet med å rydde fortsatt pågikk. Vi vet ikke om det fortsatt er gråsoner som kan bidra til ulik klassifisering.

- ▶ Avvik mellom vedtatt og utført tid i hjemmetjenesten: Utført tid blir ikke registrert. Avvik mellom utført og vedtatt tid vil også være av betydning for enhetskostnaden.
- ▶ Grov inndeling for institusjon: For institusjon blir det gitt tilskudd etter fem satser for ulike typer plasser. I praksis er differensieringen langt større enn disse fem kategoriene. De grove kategoriene brukt i forsøket kan gi både positive og negative utslag.

En utfordring har vært at fagsystemet og økonomisystemet ikke opererer med den samme organisatoriske inndeling. Det har gjort vårt arbeid mer tidkrevende enn nødvendig, og at beregningene heller ikke er så detaljerte som ønskelig. For kommunene er rapporteringen i forsøket avhengig av omfattende bruk av regneark, noe som er arbeidskrevende og innebærer en viss risiko for feil.

Beregning av økonomiske gevinster

Vi har beregnet de økonomiske gevinstene som følge av tre forhold:

- ▶ *Demografi:* De fire A-kommunene har alle en sterk vekst i aldersgruppene som utløser behovet for pleie- og omsorgstjenester. Denne veksten bidrar til å øke nivået på rammetilskuddet. Uttrekket i forsøket er imidlertid basert på en mer forsiktig vekst. Resultatet er en økonomisk gevinst for kommunens øvrige tjenester.
- ▶ *Ressurskrevende tjenester:* Kommunenes egenandel for dette øremerkede tilskuddet var på 138,9 mill. kr i 2015. Dersom kommunene ikke hadde vært med i forsøket ville egenandelen vært på 169,2 mill. kr i 2017. Mesteparten av økningen blir finansiert gjennom vedtakstilskuddet. Vi har beregnet gevinstene for de fire kommunene.
- ▶ *Kommunenes enhetskostnader:* Vi har beregnet gevinster og tap som følge av at kommunenes enhetskostnader avviker fra de statlige satsene.

Resultatet av beregningene er vist i tabellen under.

Tabell 1.1 Beregnet økonomisk gevinst for kommunene i 2016, 2017 og 2018. Millioner kroner.

	Demografi			Ressurs- krevende tjenester	Enhets- kostnader	Samlet gevinst
	2016	2017	2018	2017	2017	2017
Hobøl (A)	2,9	7,1	7,2	3,3	-2,1	8,3
Lillesand (A)	2,0	3,9	8,3	7,7	9,5	21,1
Os (Hord.) (A)	3,7	19,3	23,4	6,0	14,8	40,1
Stjørdal (A)	5,4	13,5	20,8	5,1	30,7	49,2
I alt	15,5	45,5	59,5	22,1	52,9	120,5

Den økonomiske gevinsten knyttet til demografi er beregnet til 45,5 mill. kr for 2017, jf. tabellen over. Det er beregnet en økonomisk gevinst for alle kommunene. Gevinsten er størst i Os og Stjørdal. Gevinsten har vokst fra 2016 til 2017 og den vil vokse ytterligere i 2018. Vi vet ikke om disse gevinstene har ført til økte utgifter for kommunens øvrige tjenester.

Den samlede gevinsten for ressurskrevende tjenester er beregnet til 22,1 mill. kr. Alle de fire kommunene har gevinst. Alle kommunene utenom Hobøl har i gjennomsnitt lavere enhetskostnader enn satsene brukt i forsøket, og den samlede gevinsten er på 52,9 mill. kr. I 2017 var den samlede beregnede gevinsten for alle de tre områdene på 120,5 mill. kr.

2 Bakgrunn og metodisk tilnærming

2.1 Hovedoppdrag og tilleggsoppdrag

Hovedoppdraget

De seks kommunene som har deltatt i forsøket har vært inndelt etter to modeller – fire A-kommuner (Hobøl, Lillesand, Os og Stjørdal) og to B-kommuner (Spydeberg og Selbu) – som har vært ulikt innrettet med tanke på finansieringsmodell og krav til tildelingsprosessen.

I vårt opprinnelige tilbud fra desember 2015 heter det:

«I forsøket skal det prøves ut om statlige tildelingskriterier og statlig satte budsjetttrammer gir økt likebehandling på tvers av kommunegrenser og riktigere behovsdekning. Forsøket omfatter alle omsorgstjenester og brukergrupper. Vi forstår det som leverandørens oppgave å vurdere underveis og ved avslutning i hvilken grad kommunene i modell A og modell B når disse målene.»

Det har blitt etablert en rekke indikatorer som skal belyse graden av måloppnåelse. I tillegg har det blitt to tilleggsoppdrag som belyser økonomiske forhold. Mandatet for tilleggsoppdragene blir omtalt i det følgende. Det er resultatene av tilleggsoppdragene som blir omtalt i denne rapporten.

Så langt er det utarbeidet to hovedrapporter fra evalueringen. Den første hovedrapporten (2016) var en nullpunktsmåling som kartla status i kommunene ved oppstart av forsøket. Den andre hovedrapporten tok for seg utviklingen i 2017.

Tilleggsoppdrag økonomisk utvikling

De statlige tilskuddene til forsøksordningen har blitt høyere enn først antatt. Helsedirektoratet har derfor ønsket bistand til å analysere årsaken til avvikene. Vår oppgave har vært å prøve å svare på følgende spørsmål:

- ▶ *Øker de kommunale utgiftene som følge av at staten betaler?* En mulig effekt av forsøket er at de kommunale utgiftene øker som følge av at staten betaler.
- ▶ *Innebærer uttrekket fra rammetilskuddet endringer i fordelingen av utgiftene mellom staten og kommunene?* Vi har analysert om uttrekket fra rammetilskuddet er lagt opp slik at fordelingen av utgifter mellom staten og kommunene blir bevart eller om det har skjedd endringer.
- ▶ *Går kommunene i overskudd eller underskudd?* Analysen av uttrekket fra rammetilskuddet svarer delvis på spørsmålet. Dessuten vil vi i et senere oppdrag undersøke om enhetskostnadene i kommunene er høyere eller lavere enn de felles satsene som danner grunnlag for utbetaling av tilskuddet.
- ▶ *Fortsetter utviklingen av tjenestene som før?* Når staten betaler, er det mulig at kommunene benytter muligheten til å tilby tjenester som koster mer. I så fall vil utgiftene øke.
- ▶ *Er det samsvar mellom vedtatte og utførte timer?* I forsøket kan det være en viss risiko for at vedtatte timer øker mer enn timene som blir tilbudt brukerne. Revisjonen i den enkelte kommunen har derfor fått i oppdrag å se om det er et rimelig samsvar mellom vedtatte og utførte timer.

Tilleggsoppdraget er i all hovedsak rettet mot utviklingen i A-kommunene.

Tilleggsoppdrag enhetskostnad

Enhetsprisen som blir brukt er felles for de fire A-kommunene. Den metodiske tilnærmingen for å etablere de nasjonale satsene er beskrevet i Helsedirektoratet (2015)¹. Satsene er etablert ved hjelp av en kalkyle basert på timelønn. Det er brukt statistikk fra en rekke kilder.

Vår oppgave har vært å beregne enhetskostnader for tjenestene som finansieres av forsøket for de fire A-kommunene.

Dersom egne satser er høyere enn de nasjonale satsene, vil tilskuddet basert på stykkpris ikke være tilstrekkelig til å dekke kommunens kostnader. I så fall må kommunen selv finne en alternativ finansiering for den delen av utgiftene som tilskuddet ikke dekker. På den annen side vil kommunene kunne få en økonomisk gevinst dersom egne enhetskostnader er lavere enn de nasjonale satsene. Oppdraget som nå skal gjennomføres vil altså kunne gi svar på i hvilken grad kommunene går i overskudd eller underskudd med enhetsprisene som brukes i forsøket.

Dessuten vil innsikt i egne enhetskostnader kunne være nyttig for styring av egen drift i kommunene.

2.2 Beskrivelse av finansieringsmodellen

Forsøket består av et inntekstpåslag, et rundsumtilskudd og et vedtakstilskudd. Disse tre tilskuddene blir nærmere kommentert i det følgende. Deretter beskriver vi opplegget for uttrekket fra rammetilskuddet.

Inntekstpåslag

Inntekstpåslaget skal blant annet dekke merkostnader ved deltagelse i forsøket. I Helsedirektoratet (2015) heter det «Inntekstpåslaget er øremerket finansiering av omsorgstjenester, og kan brukes til satsning på forebyggende tjenester og/eller dekking av merutgifter som følge høyere kostnader eller høyere kvalitet enn det som er lagt til grunn i prismodellen.»

I utgangspunktet var det lagt opp til at inntekstpåslaget skulle utgjøre 4 prosent av uttrekket og at maksimalt beløp skulle være 25 mill. kr. I praksis har prosentandelen vært noe lavere. Grunnen er at de årlige justeringene har vært lavere for inntekstpåslaget enn for uttrekket. Inntekstpåslagets andel av uttrekket var i 2017:

- ▶ Hobøl: 3,5 prosent
- ▶ Lillesand: 3,5 prosent
- ▶ Os: 3,2 prosent
- ▶ Stordal: 3,2 prosent

Rundsumtilskudd

Kommunene får et rundsumtilskudd for å dekke kostnader som ikke er stykkprisfinansiert. Størrelsen på tilskuddet er fastlagt på grunnlag av nivået på disse utgiftene i den enkelte kommunen i 2015. I årene etterpå blir tilskuddet bare justert med pris- og lønnsveksten. Det foreligger ikke informasjon om kommunene nå bruker mer eller mindre på utgiftene som tilskuddet er ment å dekke. En slik kartlegging har heller ikke vært del av vårt oppdrag.

Rundsumtilskuddets andel av uttrekket var i 2017:

- ▶ Hobøl: 3,5 prosent
- ▶ Lillesand: 6,1 prosent

¹ Helsedirektoratet 2015: «Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester. Finansieringsmodell for omsorgstjenester». Rapport IS - 2392

- Os: 5,5 prosent
- Stordal: 5,5 prosent

Rundsumtilskuddets andel av nettoutgiftene varierer altså mellom 3,4 og 5,9 prosent. I kommunene er det med andre ord mer enn 94 prosent av utgiftene som er stykkprisfinansiert.

Variasjonen i andeler viser også at kommunene i ulik grad har prioritert utgiftene som finansieres av rundsumtilskuddet. Dette er utgifter som går til aktiviteter som eldresenter, matombringing og trygghetsalarm. Tilskuddet finansierer utgifter til forvaltning av tjenestene, som for eksempel utgiftene til tildelingskontoret. Kommunene får altså finansiert hva de brukte på disse funksjonene før forsøket startet.

Vedtakstilskudd

For de øvrige tjenestene får kommunen dekket sine kostnader etter vedtak (stykkpris).

Enhetsprisen som blir brukt er felles for de fire A-kommunene. Den metodiske tilnærmingen for å etablere de nasjonale satsene er beskrevet i Helsedirektoratet (2015)². Satsene er etablert ved hjelp av en kalkyle basert på timelønn. Det er brukt statistikk fra en rekke kilder.

Disse tjenestene har tidligere vært finansiert av kommunens frie inntekter og det statlige øremerkede tilskuddet til særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester³.

I etableringen av vedtakstilskuddet er det lagt til grunn at driftsutgiftene og brukerbetalinger utgjør en viss andel av lønnsutgiftene. Andelen varierer mellom ulike tjenester og er felles for alle kommunene. Nivået på driftsutgiftene og brukerbetalinger i kommunene kan være høyere eller lavere enn de felles satsene som er brukt.

Fra oppstart i mai 2016 og ut året var det en innkjøringsfase med prismodellen der kun endringen i tjenester ble finansiert med bruk av enhetspriser. Grunnen er at det har tatt tid å etablere vedtak med koder tilpasset opplegget for finansiering. Ordningen har altså ikke blitt praktisert fullt ut før 1. januar 2017.

Vedtakstilskudd – satser brukt i forsøket

Satsene brukt i forsøket er vist i tabell 1 i vedlegg 1 til denne rapporten. Beregningene av satsene er som tidligere nevnt dokumentert i Helsedirektoratet (2015)⁴. Enhetsprisene ble regnet ut på grunnlag av data fra 2014. Enhetsprisene for 2016 og 2017 er korrigert for prisstigningen. Dessuten er det for støttekontakter beregnet enhetspriser som tar hensyn til gruppestørrelsen.

For dag- og aktivitetstilbud blir det gitt tilskudd for to ulike tjenester rapportert i IPLOS etter samme sats.. Tilsvarende gjelder også for tjenestene «Tidsbegrenset opphold i institusjon – rehabilitering» og «tidsbegrenset opphold i institusjon – avlastning» .

Uttrekk fra rammetilskuddet

Hvert år blir det ordinære rammetilskuddet redusert og erstattet med den nye finansieringen. Reduksjonen er basert på kommunens nettoutgifter i 2015 for pleie- og omsorgstjenester (234, 253, 254 og 261). Uttrekket tilsvarer altså forbruket for omsorgssektoren i 2015. Korreksjoner

² Helsedirektoratet 2015: «Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester. Finansieringsmodell for omsorgstjenester». Rapport IS-2392

³ Helsedirektoratet 2017: *Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene* Rundskriv IS-4/2017

⁴ Helsedirektoratet 2015: «Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester. Finansieringsmodell for omsorgstjenester». Rapport IS-2392

basert på forbruk innebærer at uttrekket tar hensyn til den enkelte kommunens faktiske prioriteringer i den enkelte kommune. Opplegget bidrar også til å skjerme sektorene som ikke er med i forsøket.

Det blir så foretatt beregninger med tilpasninger av uttrekket til det aktuelle år. For hvert år er det så korrigert for pris- og lønnsvekst⁵. Opprinnelig var det planlagt at uttrekket skulle korrigeres for «den generelle veksten i kommuneøkonomien».

Underveis har opplegget blitt justert. Kommunene i forsøket har argumentert for at uttrekket da ville bli urimelig høyt. For 2017 er det valgt en annen metode for korrigerings som gjør at uttrekket har blitt noe redusert. Nivået på korreksjonen er basert på beregninger av betydningen av den demografiske utviklingen for landet som helhet for alle sektorer. Korrigeringen er på 1,6 prosent for 2016, 0,695 prosent for 2017 og 0,75 prosent for 2018. Korreksjonen er felles for de fire A-kommunene.

I forsøksperioden har altså uttrekket blitt justert for lønns- og prisstigningen basert på en kommunal deflator, og en nasjonal demografisk faktor. Opplegget er ment å bidra til å skape forutsigbarhet for den enkelte kommune.

2.3 Metode og datagrunnlag for økonomiske analyser

Metode for å beregne effekten av demografiske endringer

Den delen av rammetilskuddet som er igjen etter uttrekket blir brukt til å finansiere tjenestene som ikke er med i forsøket, som altså er alle andre tjenester enn pleie- og omsorgstjenestene. Metoden for korrigerings omtalt over er altså av betydning for rammen for øvrige tjenester.

De fire A-kommunene har alle en sterk vekst i aldersgruppene som utløser behovet for pleie- og omsorgstjenester. Denne veksten bidrar til å øke nivået på rammetilskuddet. Uttrekket omtalt over er imidlertid basert på en mer forsiktig vekst. Resultatet er en økonomisk gevinst for kommunens øvrige tjenester. Vi har gjort et forsøk på å beregne gevinsten.

Metoden vi har valgt må sies å være relativt grov. En grunn er at behovet for tjenester blir bestemt av andre forhold enn demografi. Avgrensningen til demografiske forhold er gjort fordi det er her statistikkgrunnlaget er best. I det statlige inntektssystemet er det den demografiske utviklingen som betyr mest. Bildet er altså mer nyansert enn våre beregninger som tar utgangspunkt i demografiske forhold.

I det statlige inntektssystemet er de ulike kriteriene basert på oppdatert statistikk for ulike tidspunkter. For eksempel er tilskuddet for 2017 basert på demografiske data fra 1. juli 2016. Andre kriterier er til dels basert på statistikk fra andre tidspunkter. Det betyr altså at tilskuddet for et år er basert på demografiske data som er rundt et år gamle.

Våre beregninger omtalt tidligere i avsnittet av den langsiktige betydningen av demografi er basert på situasjonen 1. januar det enkelte år. Det betyr altså at det kan oppstå unøyaktigheter som følge av valg av ulike tidspunkter.

For å tallfeste betydningen av de demografiske endringene har vi tatt utgangspunkt i vektene for de demografiske kriteriene i inntektssystemet. Disse vektene er brukt til å beregne et veid gjennomsnitt av veksten for de demografiske endringene for de aktuelle aldersgruppene. Det er utviklingen i det veide gjennomsnittet som er vist i figurene 3.3, V1, V2 og V3. Her har vi satt 2016=100, både for utviklingen av det veide gjennomsnittet og for utviklingen for de viktigste aldersgruppene. For

⁵ Det er brukt den kommunale deflatoren beregnet av Finansdepartementet og brukt i statsbudsjettet for gjeldende budsjettår (2,9 % i 2016 og 2,3 % i 2017).

mange andre kommuner øker antall eldre over 80 år først på 2020-tallet når de store etterkrigskullene når denne alderen. I de aktuelle kommunene har denne veksten allerede startet.

Datagrunnlag for økonomiske og demografiske analyser

Statistikk hentet fra KOSTRA er en viktig kilde for de økonomiske analysene. KOSTRA skiller ikke mellom ulike grupper av brukere av pleie og omsorg. KOSTRA skiller kun mellom fire tjenester/funksjoner, disse er:

- ▶ 234 Aktivisering av eldre og personer med utviklingshemming (dagsenter, trygghetsalarm, matombringing og støttekontakt)
- ▶ 253 Pleie i institusjon (sykehjem og barnebolig/avlastningsbolig)
- ▶ 254 Pleie i hjemmet (hjemmesykepleie, hjemmehjelp, miljøarbeid/praktisk bistand-opplæring, BPA, privat avlastning og omsorgslønn)
- ▶ 261 Drift av institusjonslokaler (sykehjem og barnebolig)

Vi har brukt statistikken fra KOSTRA til å beregne andelen av utgiftene brukt på institusjon (253 og 261) som andel av de totale utgiftene til pleie og omsorg (234, 253, 254 og 261).

Kommuner som yter særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester til enkeltmottakere kan søke om delvis refusjon av direkte lønnsutgifter knyttet til disse tjenestene. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet. Vi har brukt statistikk fra direktoratet som belyser ulike sider ved ordningen.

For utviklingen i befolkningen har vi brukt registrert utvikling frem til i dag og en fremskrivning utarbeidet av Statistisk sentralbyrå. Vi har brukt mellomalternativet (MMMM), hvor det er lagt til grunn middels utvikling i fruktbarhet, levealder, innenlandske flyttinger og innvandring.

2.4 Metode for datagrunnlag for beregning av enhetskostnader

Metode for beregning av enhetskostnader

Den statlige finansieringen av forsøket dekker fire KOSTRA-funksjoner (234, 253, 254 og 261) innen pleie- og omsorgstjenestene. De nasjonale satsene er utarbeidet med sikte på å dekke kommunenes kostnader for disse tjenestene. Det er med andre ord ikke foretatt en fullstendig beregning av selvkost, som for eksempel kan være aktuelt i forbindelse med konkurranseutsetting.

Våre beregninger har tatt utgangspunkt i de samme KOSTRA-funksjonene som ligger til grunn for de nasjonale satsene. De har vært rettet mot den aktivitetsbaserte delen av tilskuddet. De fire kommunenes utgifter som dekkes av rundsumtilskuddet har altså ikke bli nærmere analysert.

NHO, KS og Virke har utarbeidet en rapport⁶ som viser hvordan man kan lage en kalkyle for enhetskostnader basert på tall for regnskap som kommunene har rapportert til KOSTRA. Styrken med bruk av en tilnærming basert på regnskap er at enhetskostnader blir knyttet til faktisk forbruk for et gitt år. I en kalkyle basert på timelønn kan det være krevende å vite hva forbruket hadde vært av vikarer, overtid, helgedager osv.

I veilederen til NHO, KS og Virke blir det anbefalt å ta utgangspunkt i størrelsen «korrigerte brutto driftsutgifter». Vi har derimot tatt utgangspunkt i størrelsen «nettoutgifter». Grunnen for dette er at det er nettoutgiftene som blir finansiert av den aktivitetsbaserte delen av tilskuddet.

⁶ NHO, KS og Virke (2014): «Beregning av enhetskostnader i pleie- og omsorgstjenester. Grunnlag for vurdering av kostnader og kvalitet»

Opprinnelig hadde vi planlagt å gjennomføre analyser knyttet til organiseringen av driften for de ulike tjenestene. En slik tilnærming gir grunnlag for beregning av enhetskostnader for ulike organisatoriske enheter og målgrupper. Resultatet vil gi innsikt i forskjeller i enhetskostnaden for ulike brukergrupper, som for eksempel for helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. Nivået på enhetskostnadene kan da ses i sammenheng med organiseringen av driften og turnusen i de ulike enhetene.

En slik tilnærming ble brukt for Os og til dels Lillesand. Vi brukte statistikk over vedtatte tjenester fordelt på organisatoriske enheter. Tilsvarende statistikk var ikke utarbeidet for Hobøl og Stjørdal. Beregningene for disse kommunene ble derfor utført for kommunen som helhet.

Ingen kartlegging av tidsbruk i hjemmetjenesten

Finansieringen i forsøket blir gjort på grunnlag av antall vedtatte timer for de ulike tjenestene. For å beregne enhetskostnaden er det nødvendig å ta hensyn til lønnsutgiftene til ansatte i direkte kontakt med brukeren, og utgifter som følge av tid brukt til administrasjon, kjøring til brukeren og andre forhold.

Det beste ville være en kartlegging av tidsbruken for hjemmetjenesten i de aktuelle kommunene. Kartlegging av tidsbruken vil kunne gi innsikt i hvilken grad det er samsvar mellom vedtatt tid og tiden som faktisk er brukt hos brukerne. De fire kommunene har signalisert til Helsedirektoratet at de ikke har kapasitet til å gjennomføre en slik kartlegging. Helsedirektoratet ønsker heller ikke en slik kartlegging. Vi har derfor beregnet enhetskostnaden med utgangspunkt i vedtatte timer. En feilkilde er at den faktiske tiden som er brukt ikke nødvendigvis er den samme som den vedtatte tiden. Dette forholdet blir nærmere drøftet i avsnitt 6.4

Metode med vekting

Når man skal beregne enhetskostnader er det en utfordring at dataene om nettoutgiftene finnes på et mer aggregert nivå enn dataene om utførte tjenester. Det er for eksempel vanlig at hjemmetjenestene i en kommune tilbyr både helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand døgnet rundt alle dager i uka. Da kan det være en utfordring å beregne enhetspriser for alle tjenestene med vedtakstilskudd.

En tilnærming som vi da har brukt er å legge til grunn at forholdet mellom de ulike tjenestene er den samme som for de nasjonale satsene. Denne metoden for vekting gjør at vi kan beregne enhetspriser for de aktuelle tjenestene.

Samarbeid med representanter for Helsedirektoratet og de fire kommunene

Representanten fra Helsedirektoratet som har utført hoveddelen av arbeidet med å etablere satsene som er brukt i forsøket har fulgt deler av arbeidet. Kontakten med henne har bidratt til at vi har fått nyttig innsikt i datagrunnlag og metode for etablering av satsene.

Underveis har vi samarbeidet med kontaktpersoner i de fire kommunene. Disse personene har hjulpet oss med å skaffe data for våre analyser og til å vurdere innholdet og kvaliteten for dataene. Vi har også hatt en dialog om den metodiske tilnærmingen i den enkelte kommune. Dialogen har bidratt til en skreddersydd tilnærming basert på hva som faktisk finnes av data i kommunen.

Kommuneregnskapet

De fire kommunene har sendt oss et detaljert regnskap for 2017 for hele kommunen. Regnskapet gir opplysninger på et mer detaljert nivå enn KOSTRA. For eksempel har vi fått nyttig informasjon om utgiftene fordelt etter organisatoriske enheter i de fire kommunene (dimensjonen ansvar). Mulighetene for analyser er avhengig av hvordan kontoplanen er bygget opp i den enkelte kommune.

Årsverk og bemanningsplaner

For Os har vi brukt informasjon om tilgjengelige årsverk. Statistikken har vi fått fra kommunen. Den er laget på grunnlag av planleggingen av turnusen i den enkelte enhet. Opprinnelig hadde vi planlagt også å bruke bemanningsplaner for aktuelle enheter som en kilde. I praksis kom vi ikke så langt, blant annet som følge av mangel på data om vedtatte tjenester for de ulike driftsenhetene.

Det kan også nevnes at planleggingen av turnusen ikke blir håndtert av fagsystemet, men egne systemer for planlegging av turnusen. Det hender at planleggingen av turnusen går på tvers av både enhetene i fagsystemet og økonomisystemet.

Rapporterte timer/døgn for utløsning av tilskudd

Vi har fått data fra Helsedirektoratet over vedtatte tjenester som ligger til grunn for utbetalingen av vedtakstilskuddet. Dataene omfatter fire kvartaler i 2017. For Os og Lillesand har vi fått tilsvarende informasjon for hele 2017 fordelt på organisatoriske enheter.

Fagsystemene i kommunene

Tilskuddet blir utbetalt på grunnlag av vedtatte timer og døgn for de ulike tjenestene i finansieringsmodellen. Det er fagsystemene i den enkelte kommune som er kilden til oversikten over vedtatte timer og døgn. De fire kommunene har fagsystemer fra to forskjellige leverandører (Profil og Cosdoc).

En utfordring har vært at fagsystemet og økonomisystemet ikke opererer med den samme organisatoriske inndeling. Det har gjort det vanskeligere å koble data for økonomi og tjenester. I Lillesand blir det for eksempel lagt vekt på budsjettering med grunnlag i KOSTRA-funksjonene. En slik tilnærming kan være hensiktsmessig som grunnlag for politiske prioriteringer. Den er imidlertid lite hensiktsmessig for analyser av driften. I Lillesand ble beregningene av enhetskostnader derfor gjort på et mer aggregert nivå enn vi kunne ønsket.

Rapporteringen til vedtatte timer og døgn blir ikke laget direkte av fagsystemene. Det har vært nødvendig med tilrettelegging av dataene i regneark. Utarbeidelsen av regnearkene har vært arbeidskrevende. Til en viss grad har kommunene samarbeidet om å lage regnearkene. Rapporteringen hvert kvartal krever også arbeid fra kommunene. Bruk av regneark med manuell tilrettelegging innebærer også en viss risiko for feil.

En bedre kobling mellom fagsystemet og økonomisystemet ville gjort våre beregninger vesentlig enklere. Koblingen ville redusert risikoen for feil. Det ville da også vært enklere for kommunene selv å beregne enhetskostnader, og bruke resultatene av beregningene i styringen av egen drift.

Sikring og vurdering av datakvalitet

Vi har foretatt noen stikkprøver av statistikk fra ulike kilder:

- Utgifter: KOSTRA og kommunens regnskap
- Vedtatte tjenester: KOSTRA, Helsedirektoratet og kommunenes regneark

Stikkprøvene har avdekket en del avvik. For noen av avvikene finnes det gode forklaringer. For eksempel kan det ha blitt gjort opprettinger i regnskapet etter rapporteringen til KOSTRA. Videre har avvikene gjort at vi har kommet på sporet av feil som har blitt rettet opp.

Det finnes imidlertid fortsatt små avvik som ennå ikke er forklart. Avvikene er så små at de i liten grad påvirker de beregnede enhetskostnadene. Samtidig illustrerer avvikene utfordringene med å etablere et datagrunnlag med god kvalitet.

Det er gjort et betydelig arbeid med å sikre god kvalitet for dataene over rapporterte timer og døgn. Kvaliteten har derfor blitt betydelig bedre enn den var, og trolig bedre enn det som er vanlig i andre kommuner. Informanter i kommunen opplever at det har vært svært nyttig med styrking av kvaliteten.

3 Økonomisk utvikling og betydningen av demografi

3.1 Utbetalingen av tilskudd i 2017

Finansieringsmodellen er omtalt i kapittel 2. I 2017 var uttrekket på 980 mill. kr og det nye øremerkede tilskuddet på 1 157 mill. kr (jf. tabellen under):

Tabell 3.1 Tilskudd i forsøket 2016 og 2017. Millioner kroner. Kilde: Helsedirektoratet

Kommune	2016				2017			
	Samlet tilskudd	Vedtaks- tilskudd	Rundsum- tilskudd	Inntekts- påslag	Samlet tilskudd	Vedtaks- tilskudd	Rundsum- tilskudd	Inntekts- påslag
Hobøl	54,7	50,6	1,7	2,3	115,0	107,8	3,6	3,6
Lillesand	103,9	93,7	5,9	4,4	224,1	205,2	12,0	6,9
Os	168,8	154,5	8,3	6,1	375,3	348,7	16,9	9,7
Stjørdal	198,6	180,9	10,1	7,6	442,1	409,3	20,7	12,0
I alt	526,0	479,7	26,0	20,4	1 156,5	1 071,1	53,3	32,2

Uttrekket var på 526 mill. kr i 2016 og 980 mill. kr i 2017. Vi har videre sammenliknet nivået på uttrekket med summen av vedtaks- og rundsumtilskuddet (jf. tabellen under).

Tabell 3.2 Uttrekk, vedtakstilskudd, rundsumtilskudd 2016 og 2017. Millioner kroner. Kilde: Helsedirektoratet

Kommune	2016			2017		
	Uttrekk	Vedtak+ Rundsum	Diffe- ranse	Uttrekk	Vedtak+ Rundsum	Diffe- ranse
Hobøl	50,9	52,4	1,5	101,8	111,4	9,6
Lillesand	99,4	99,5	0,1	198,4	217,3	18,9
Os	153,2	162,7	9,6	305,0	365,6	60,6
Stjørdal	188,7	191,0	2,4	374,9	430,1	55,2
I alt	492,1	505,7	13,6	980,1	1 124,4	144,3

Innholdet i tabellen over blir kommentert i det følgende:

- «Uttrekk»: Omfatter både utgifter som tidligere var finansiert av rammetilskuddet og tilskuddet til ressurskrevende tjenester. Disse utgiftene er nå finansiert av vedtakstilskudd og rundsumtilskudd. Uttrekket danner grunnlag for en overslagsbevilgning, som senere blir justert ut fra nivået på vedtakene i kommunene.
- Samlet tilskudd er vesentlig høyere enn uttrekket både i 2016 og 2017. Senere i kapitlet analyserer vi betydningen av at alle A-kommunene er preget av sterk vekst i aldersgruppene som utløser tilskuddet.
- I 2016 ble uttrekket for rammetilskuddet foretatt 1. juli mens ordningen med ressurskrevende tjenester ble overført 1. mai. 2017 er det første hele året med den nye finansieringen. Enkelte av informantene i kommunene har pekt på at det har vært krevende å innføre en ny ordning i løpet av et år. Det ville vært enklere om den nye finansieringen hadde startet opp 1. januar.

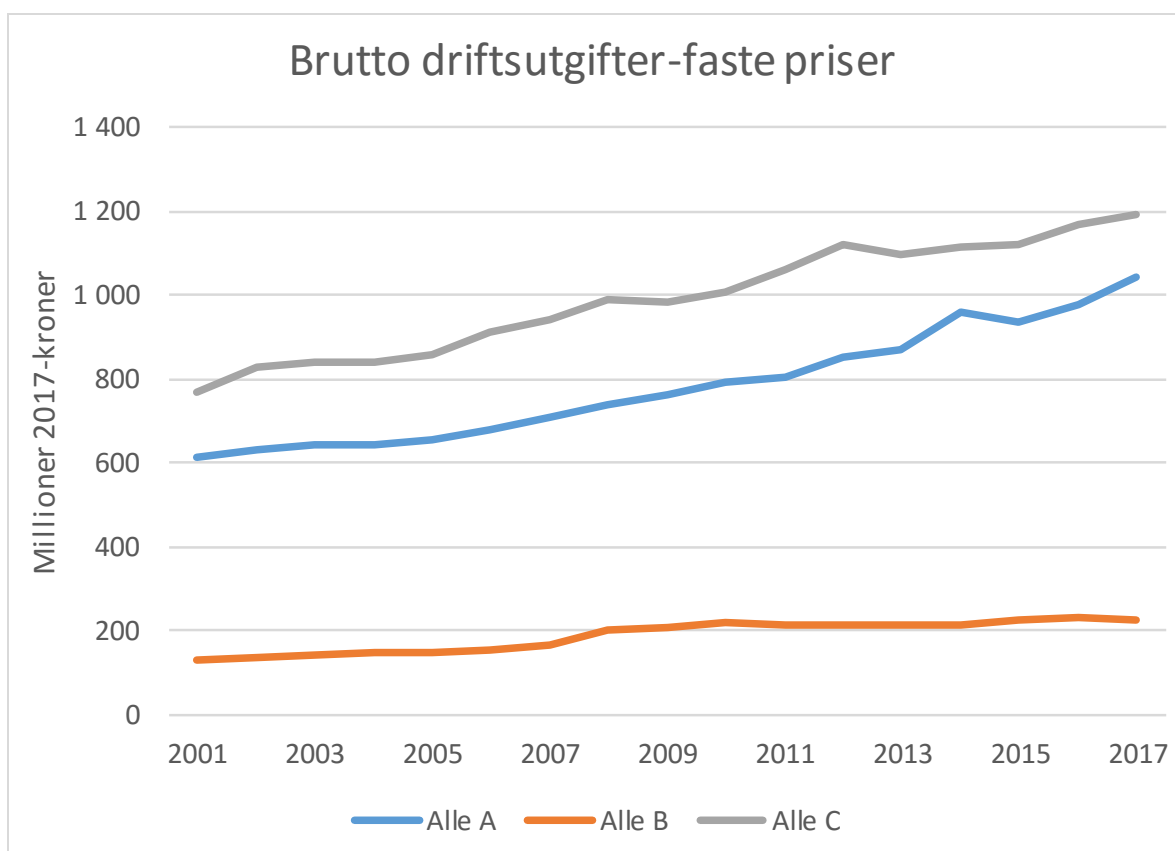
Utviklingen gjennom 2017 for tjenestene som blir finansiert av vedtakstilskuddet blir kommentert i avsnitt 4.3.

3.2 Brutto- og nettoutgifter fra 2012 til 2017

Bruttoutgifter 2001-2017

Bruttoutgiftene målt i faste priser⁷ vist i figuren under kan sies å gi et godt uttrykk for aktiviteten for pleie- og omsorgsutgiftene i kommunene. Vi har sett på om aktiviteten har økt etter at forsøket startet.

Som nevnt tidligere er de seks kommunene som har deltatt i forsøket har vært inndelt etter to modeller – fire A-kommuner (Hobøl, Lillesand, Os og Stjørdal) og to B-kommuner (Spydeberg og Selbu) – som har vært ulikt innrettet med tanke på finansieringsmodell og krav til tildelingsprosessen. Det er også plukket ut seks kontrollkommuner som så langt det var mulig skulle speile forsøkskommunene med hensyn til kommuneøkonomi (korrigerte frie inntekter), innbyggertall og geografisk plassering. Kontrollkommunene omtales også som C-kommuner.



Figur 3.1 Korrigerte brutto driftsutgifter 2001-2017 i faste 2017-priser samlet for A-kommunene, B-kommunene og C-kommunene

I perioden fra 2001-2016 har aktiviteten økt med 60 prosent i A-kommunene, 78 prosent i B-kommunene og 52 prosent i C-kommunene (jf. figuren over). Kommunene i alle de tre kategoriene har altså vært preget av en betydelig vekst i disse 15 årene.

Utviklingen for hver av de fire A-kommunene etter 2010 er vist i tabellen under.

⁷ Omregningen til faste priser er gjort på grunnlag av kostnadsdeflatoren for kommunene vist i rapporten juni 2017 fra «Teknisk beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi (TBU)»

Tabell 3.3 Samlede korrigerte bruttoutgifter til pleie- og omsorgstjenester i faste 2017-priser

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	snitt 2010- 2017	2016
<i>Millioner kroner</i>									
Hobøl (A)	70	74	72	72	91	84	83	87	
Lillesand (A)	178	172	187	200	214	205	212	225	
Os (Hord.) (A)	214	223	232	244	266	272	293	315	
Stjørdal (A)	328	338	363	353	390	375	389	415	
I alt	790	807	854	868	961	936	977	1 041	
<i>Prosentvis årlig endring</i>									
Hobøl (A)	13,3 %	6,5 %	-2,8 %	0,1 %	26,4 %	-7,8 %	-2,0 %	5,0 %	4,8 %
Lillesand (A)	3,4 %	-3,2 %	8,6 %	6,8 %	7,1 %	-4,1 %	3,5 %	6,1 %	3,1 %
Os (Hord.) (A)	-1,1 %	4,1 %	3,9 %	5,1 %	9,2 %	2,4 %	7,7 %	7,3 %	3,9 %
Stjørdal (A)	5,3 %	2,8 %	7,4 %	-2,8 %	10,4 %	-3,8 %	3,7 %	6,6 %	3,2 %
Snitt A	5,2 %	2,6 %	4,3 %	2,3 %	13,3 %	-3,3 %	3,2 %	6,3 %	4,1 %

For A-kommunene har den gjennomsnittlige årlige veksten fra 2001 til 2016 vært på 4,1 prosent. Den varierte mellom 3,1 prosent i Lillesand som lå lavest til 4,8 prosent i Hobøl som lå høyest.

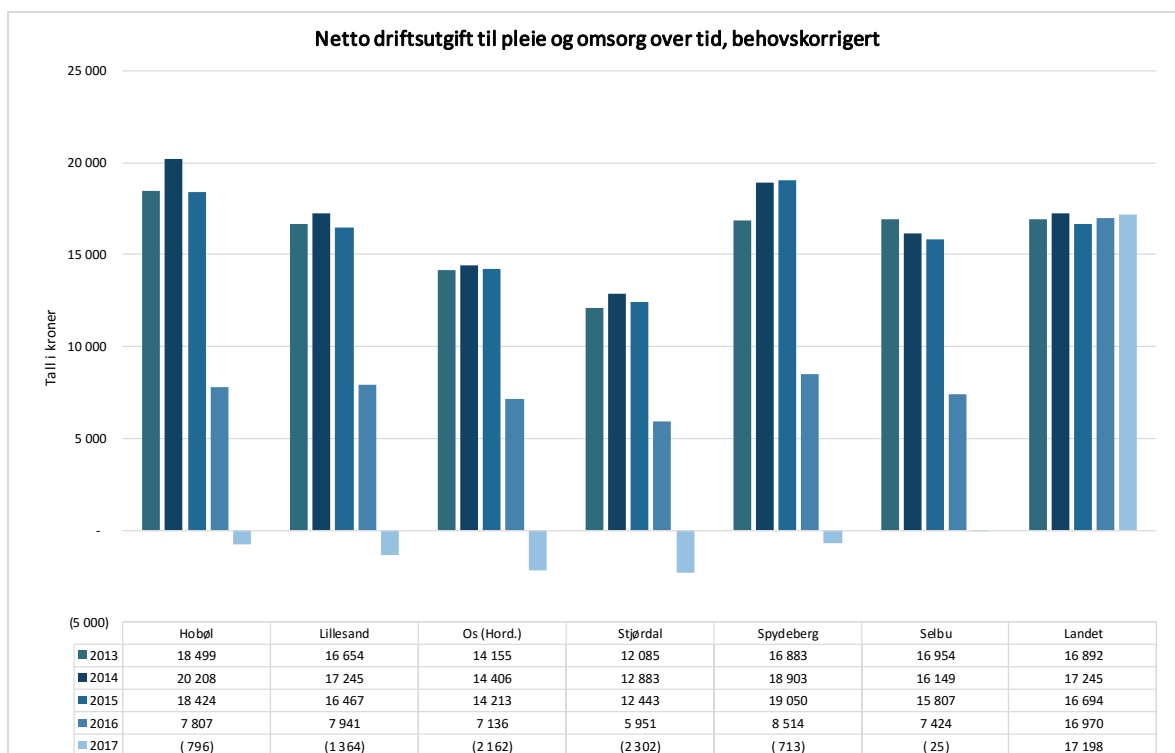
Etter at forsøket har startet opp har veksten vært på 3,2 prosent i 2016 og 6,3 prosent i 2017. Samlet for disse årene har veksten vært noe høyere enn gjennomsnittet for perioden.

De to siste årene har veksten vært sterkest i Os. I Hobøl ble utgiftene redusert med 1 million kroner i 2016. Reduksjonen av utgifter i 2015 har altså fortsatt i 2016. Innstrammingen de siste årene henger trolig sammen med en sterk vekst i utgiftene i perioden fra 2012 til 2016. Vi har beregnet hvor mye av veksten som kan knyttes til demografiske endringer (jf. avsnitt 3.4).

Netto driftsutgifter 2013-2017

For pleie- og omsorgstjenestene omfatter størrelsen «*brutto driftsutgifter*» alle driftsutgiftene knyttet til disse tjenestene. «*Netto driftsutgifter*» kommer man frem til ved å trekke fra inntektene knyttet til disse tjenestene. Viktige inntektsposter for pleie- og omsorgstjenestene er brukerbetalinger, tilskuddet fra staten for ressurskrevende tjenester og andre øremerkede statlige tilskudd. Netto-utgiftene blir finansiert av kommunens frie inntekter som består av skatteinntekter og det statlige rammetilskuddet. I den økonomiske styringen i kommunene er det mer vanlig å ta utgangspunkt i nettoutgifter enn bruttoutgifter. Som tidligere nevnt er det nettoutgiftene som nå blir finansiert med vedtakstilskudd og rundsumtilskudd.

Vi har beregnet kommunens nettoinntekter for perioden 2013-2017 korrigert for forskjeller i behov. Korrigeringen er gjort på grunnlag av kriteriene i det statlige inntektssystemet. Resultatet av beregningene er vist i figuren under.



Figur 3.2 Netto driftsutgifter pr. innbygger 2012-2016 korrigert for behov for A-kommunene (Hobøl, Lillesand, Os og Stjørdal) og B-kommunene (Spydeberg og Selbu). 1 000 kroner

Figuren over blir kommentert i det følgende:

- ▶ Det er store forskjeller i utgiftsnivået mellom kommunene. I 2015 var utgiftene i Spydeberg som lå høyest nesten 50 prosent høyere enn i Stjørdal som lå lavest.
- ▶ Kommunene har ulik utvikling i perioden fra 2012 til 2015. I Hobøl og Lillesand ble utgiftene redusert i 2015 etter å ha økt i perioden før. I Os og Stjørdal har det også vært en liten reduksjon i 2015, men her har nivået i årene før vært relativt stabilt. I Spydeberg var utgiftene på et noe lavere nivå i 2015 enn i 2012.⁸ I Selbu er utgiftene på omtrent samme nivå i 2012 og 2015.
- ▶ I 2014 ble det foretatt en ekstern gjennomgang av helse- og omsorgstjenestene i Hobøl kommune. Siktemålet var å peke på innstramninger som kunne bidra til at kommunen kom ut av ROBEK-registeret. Innsparingene ble gjennomført i 2015. Det har vært et mål for kommunen ikke å øke nivået på tilbudet som følge av deltakelsen i forsøket. Begrunnelsen har vært at kommunen selv må betale utgiftene når forsøket blir avsluttet om noen år.
- ▶ I de seks kommunene har det vært en betydelig reduksjon i nettoutgiftene fra 2015 til 2016. Grunnen er deltakelsen i forsøket som startet 1. mai 2016. Finansieringen i forsøket omfatter både rammetilskuddet og tilskuddet til ressurskrevende tjenester. I 2017 gjelder finansieringen for hele året, og nettoutgiftene er ytterligere redusert. For de seks kommunene er derfor ikke nettoinntektene lenger en interessant størrelse. Situasjonen for kommunene vil derfor bli analysert med utgangspunkt i bruttoutgiftene.
- ▶ I 2017 er nettoutgiftene negativ for alle de seks kommunene. Det betyr altså at inntektene er høyere enn utgiftene for pleie- og omsorgstjenestene. I forsøket er det et krav at ubrukte midler skal settes på bundne fond og brukes på omsorgstjenester i løpet av 2020. Ubrukte midler etter 2020 skal tilbakebetales Helsedirektoratet.

⁸ Utgiftene i Spydeberg i 2013 skiller seg markert fra utgiftene i året før og etter, noe som kan tyde på at det er en feil ved regnskapet for dette året.

Betydningen av brukerbetalinger/avskrivninger

Vi har sett nærmere på hvilken betydning brukerbetalinger og avskrivninger har for kommunenes økonomiske utvikling. Dette siden utviklingen i disse størrelsene vil også være av betydning for kommunenes egne enhetskostnader slik de er beregnet i forsøket. Økte brukerbetalinger vil bety en reduksjon i nettoutgiftene og dermed også reduserte enhetskostnader.

Tabell 3.4. Brukerbetalinger og avskrivninger for de fire A-kommune 2010-2017. Millioner kroner. Kilde: KOSTRA

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Brukerbetaling praktisk bistand</i>								
Hobøl	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,3	0,2
Lillesand	1,0	1,0	0,9	0,9	1,0	1,3	0,8	1,2
Os	4,7	5,7	6,1	6,5	7,0	7,3	7,4	8,2
Stjørdal	1,5	1,6	1,8	1,8	1,9	1,9	2,4	2,5
I alt	7,5	8,4	9,0	9,4	9,9	10,7	10,8	12,1
<i>Brukerbetalinger institusjon</i>								
Hobøl	2,4	3,2	3,2	3,6	4,1	4,1	4,6	4,8
Lillesand	10,7	11,5	12,6	14,0	13,3	12,0	11,4	10,1
Os	5,4	5,2	4,9	4,4	4,7	5,3	5,8	5,9
Stjørdal	9,1	8,8	8,7	7,5	8,4	8,6	8,7	8,7
I alt	27,6	28,6	29,4	29,6	30,5	30,1	30,6	29,4
<i>Avskrivninger</i>								
Hobøl	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8
Lillesand	1,8	2,1	2,5	2,6	2,7	2,9	2,7	2,9
Os	1,4	1,6	1,7	1,7	1,9	2,0	2,2	3,7
Stjørdal	2,3	2,4	2,1	2,2	2,2	2,3	2,5	2,7
I alt	6,2	6,9	7,1	7,3	7,6	7,9	8,2	10,0

Nivå på brukerbetingene og avskrivningene vist i tabellen over utgjør en liten andel av de samlede utgiftene. Utviklingen for disse størrelsene er derfor av liten betydning for den samlede utviklingen av kommunenes enhetskostnader.

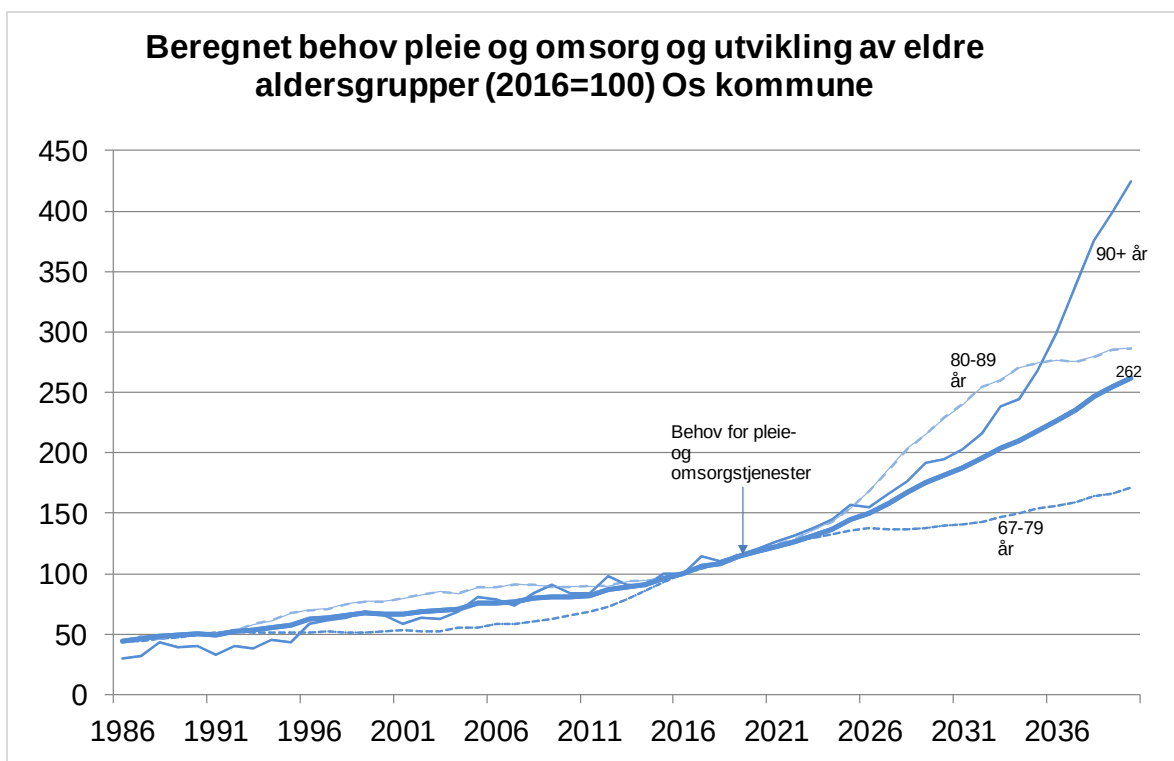
Brukerbetalingene fra praktisk bistand i Os er vesentlig høyere enn i de andre kommunene. En mulig forklaring kan være at ulike abonnementsordninger for beboere i omsorgsboliger er blandet inn i brukerbetalinger.

3.3 Demografi og behov

Vi har foretatt en beregning av behovet for pleie- og omsorgstjenester som følge av demografiske endringer for hele perioden fra 1988 til 2040. Beregningen tar utgangspunkt i de demografiske kriteriene i det statlige inntektssystemet. Grunnlaget er utviklingen for aldersgruppene av betydning for behovet for pleie- og omsorgstjenester.

Vi har brukt statistikk for perioden 1988–2017 og framskrevet utvikling for perioden 2017–2040. Framskrivingen er utarbeidet av Statistisk sentralbyrå (SSB). Denne framskrivingen bygger på en videreføring av registrerte trender for flytting og for dødelighet og fruktbarhet. Våre beregninger bygger på hovedalternativet til SSB. Alternativet «MMMM» innebærer middels utvikling for fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring.

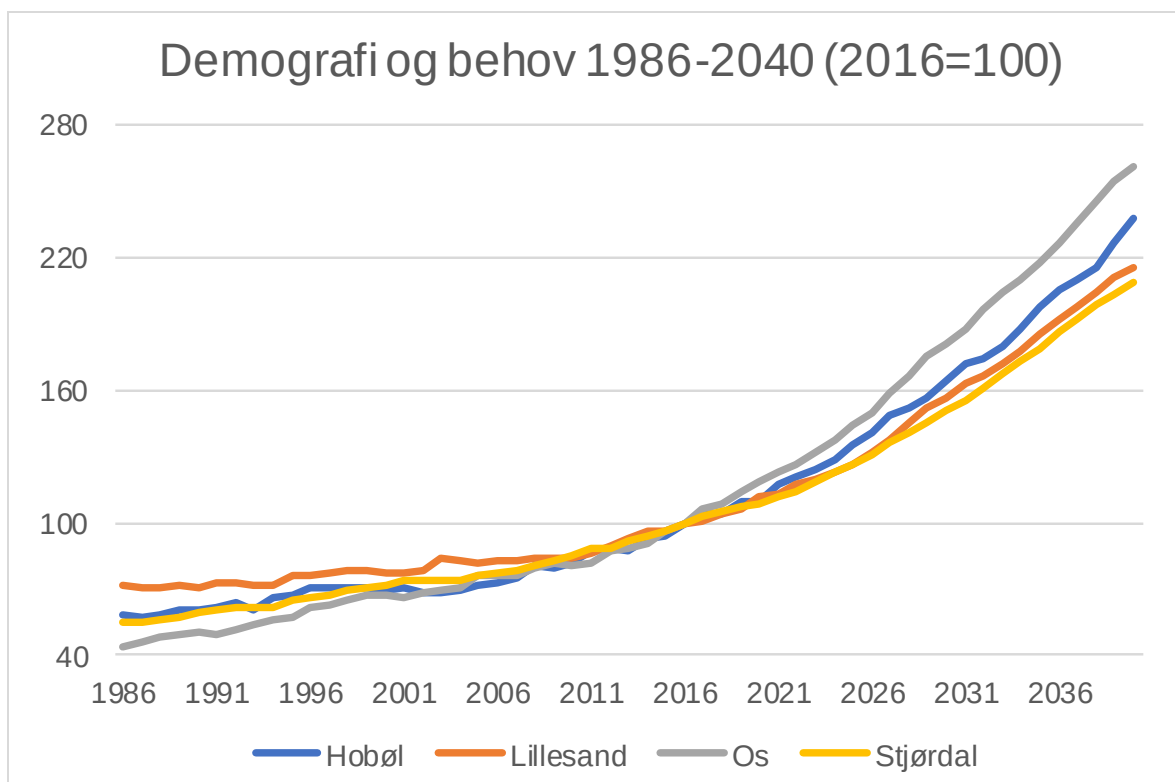
Resultatet av beregningene for Os er vist i figuren under. Den viser at behovet for tjenester omtrent har blitt doblet fra 1986 til 2016. I perioden frem til 2040 øker behovet for tjenester med mer enn 2,5 ganger. Gruppen mellom 80 og 89 år vokser sterkt til begynnelsen av 2030-tallet. Gruppen over 90 år vokser sterkt i hele perioden og særlig sterkt på 2030-tallet.



Figur 3.3 Beregnet behov for pleie- og omsorgstjenester (2016=100) i Os kommune og utvikling av tre aldersgrupper eldre (2016=100) som er sentrale for beregning av behovet

Utviklingen i Os skiller seg fra det som er vanlig ellers i landet. For landet som helhet skyter veksten i gruppen mellom 80 og 89 først fart midt på 2020-tallet, som følge av at de store etterkrigskullene når denne alderen. Av samme grunn blir det særlig sterk vekst i gruppen over 90 år på 2030-tallet.

Os er kommunen med sterkest vekst i behovet som følge av demografi. Men også de tre andre A-kommunene har en sterkere vekst i behovet enn landet som følge av demografiske endringer. Resultatet av beregningene for de fire A-kommunene er vist i figuren under.



Figur 3.4 Beregnet behov for pleie- og omsorgstjenester 1986-2040 i de fire A-kommunene (2016=100)

For den enkelte kommune er det relativt store årlige forskjeller i veksten i det beregnede behovet (jf. tabellen under). Forskjellene henger nok sammen med tilfeldige variasjoner i størrelsen på årskullene som er brukt til å beregne behovet for pleie- og omsorgstjenester. Den gjennomsnittlige veksten for perioden 2014 til 2020 er kanskje derfor et bedre uttrykk for veksten enn utslagene for enkelte år som hopper opp og ned. For de fire kommunene er veksten i denne perioden på 3,2 prosent i gjennomsnitt pr. år. Lavest nivå har Stjørdal med 2,5 prosent, og høyest nivå har Os med 4,2 prosent.

I 2016 er det beregnet en realvekst på 4,6 prosent, som er den høyeste veksten i perioden.

Tabell 3.5 Beregnet årlig vekst 2014-2020 i behov for pleie- og omsorgstjenester i de fire A-kommunene

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	S nitt 2014- 2020
Hobøl	6,1 %	0,8 %	6,5 %	3,6 %	0,9 %	5,3 %	0,0 %	3,3 %
Lillesand	3,6 %	0,9 %	3,4 %	1,2 %	3,2 %	2,2 %	4,4 %	2,7 %
Os	2,6 %	5,5 %	3,9 %	6,2 %	2,3 %	5,3 %	3,3 %	4,2 %
Stjørdal	2,7 %	1,9 %	4,4 %	2,4 %	3,0 %	1,8 %	1,2 %	2,5 %
S nitt per år	3,8 %	2,3 %	4,6 %	3,3 %	2,3 %	3,6 %	2,2 %	3,2 %

Oppsummering

De fire A-kommunene er preget av en sterk vekst i aldersgruppene som har behov for pleie- og omsorgstjenester. For de fire kommune er det i perioden fra 2014 til 2020 beregnet en vekst i behovet som følge av demografisk utvikling på 3,2 prosent i gjennomsnitt pr. år. Lavest nivå har Stjørdal med 2,5 prosent, og høyest nivå har Os med 4,2 prosent.

Økonomisk utvikling korrigert for demografisk vekst

Vi har sett på hvor stor den økonomiske utviklingen er i kommunene når det blir korrigert for veksten som kan knyttes til den demografiske utviklingen. I tabellen under blir uttrykket «realvekst» brukt om veksten for bruttoutgiftene korrigert for behov.

Tabell 3.6 Estimer for realvekst for utviklingen i bruttoutgifter for tre tidsperioder

	Hobøl Lillesand		Os	Stjørdal	Snitt A
<i>2010-2015</i>					
Bruttoutgifter (faste priser)	5,9 %	3,1 %	3,9 %	3,2 %	4,1 %
- Demografisk vekst	2,7 %	2,3 %	2,9 %	2,5 %	2,6 %
= Realvekst	3,2 %	0,8 %	1,0 %	0,8 %	1,4 %
<i>2016</i>					
Bruttoutgifter (faste priser)	-2,0 %	3,5 %	7,7 %	3,7 %	3,2 %
- Demografisk vekst	6,5 %	3,4 %	3,9 %	4,4 %	4,6 %
= Realvekst	-8,5 %	0,1 %	3,8 %	-0,6 %	-1,3 %
<i>2017</i>					
Bruttoutgifter (faste priser)	5,0 %	6,1 %	7,3 %	6,6 %	6,3 %
- Demografisk vekst	3,6 %	1,2 %	6,2 %	2,4 %	3,3 %
= Realvekst	1,4 %	4,9 %	1,1 %	4,2 %	2,9 %

I perioden fra 2010 til 2015 har Lillesand, Os og Stjørdal en gjennomsnittlig realvekst på rundt 1 prosent pr. år. Hobøl har en betydelig sterkere realvekst på 3,2 prosent.

Før forsøket startet kunne man kanskje tenke at kommunene ville bruke den statlige finansieringen til å øke utgiftene mer enn før. Når man ser 2016 og 2017 under ett har Lillesand, Os og Stjørdal en sterkere vekst enn tidligere, mens veksten i Hobøl har vært svakere. Reduksjonen av utgiftene i Hobøl i 2016 kan ses på som en korreksjon av den sterke veksten i årene før.

Utviklingen så langt kan kanskje sies å være innenfor normale årlige variasjoner. Samtidig har den samlede veksttakten økt fra 2016 til 2017, både når det gjelder bruttoutgiftene og realveksten.

Under intervjuene som gjennomføres som en del av evalueringen får vi ofte høre at det er ingen planer om å bruke forsøket til å øke utgiftene. Utviklingen i 2017 er ikke helt i tråd med slike utsagn. Det kan se ut til at kommunene i noen grad blir fristet til å øke utgiftene når det er staten som betaler.

3.4 Ressurskrevende tjenester

Kommuner som yter særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester til enkeltmottakere kan søke om delvis refusjon av direkte lønnsutgifter knyttet til disse tjenestene. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet. I 2017 fikk kommunene refundert 80 prosent av utgiftene for enkeltbrukere over innslagspunktet på 1 235 000 kr. Ordningen gjelder personer under 67 år.

Denne refusjonsbaserte ordningen bryter med rammefinansieringen, som er det viktigste prinsippet i det statlige inntektssystemet for kommunene. Grunnen til at det ikke er etablert en rammefinansiering for disse brukerne er at omfanget av kostnader forbundet med slike brukere er preget av

store tilfeldige variasjoner. Slike tilfeldige variasjoner kan gjøre store utslag for enkeltkommuner, og da særlig i små kommuner. Man har derfor kommet frem til at det har vært riktig med en særskilt refusjon for disse brukerne.

For de fire A-kommunene blir altså det øremerkede tilskuddet erstattet med den nye aktivitetsbaserte finansieringen. Unntaket er brukerbetalingene for disse brukerne, som kun er av marginal betydning.

Kommunene nå får dekket både det statlige tilskuddet og den tidligere egenandelen som kommunene finansierte av de frie inntektene. Egenandelen utgjorde en del av nettoutgiftene for pleie og omsorg i 2015, og er derfor med i uttrekket fra rammetilskuddet.

Nivået på den kommunale egenandelen vil svinge i takt med omfanget av brukere med ressurskrevende tjenester. For kommunene kan det være en utfordring å gjøre de nødvendige justeringer av budsjettet slike endringer krever. Informanter i kommunene mener at en gevinst ved deltakelsen i forsøket er at man ikke lenger trenger å gjøre slike justeringer av budsjettet.

Veksten i det aktivitetsbaserte tilskuddet vil altså være påvirket av utviklingen for brukerne som omfattes av refusjonsordningen. Utviklingen kan være påvirket av både tilfeldige variasjoner i utviklingen av behovet for disse brukerne og at kommunene kanskje ikke driver like effektivt som før.

Utviklingen i tilskuddet for perioden fra 2014 til 2017 er vist i tabellen under. De fire A-kommunene har fått refundert utgiftene i 2016 for den delen av året den nye finansieringen ikke var kommet i gang. Tabellen under viser hvor mye tilskuddet ville vært på dersom den gamle ordningen hadde vært virksom hele året.

Tabell 3.7 Refusjon for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester 2014-2016. Kilde: Helsedirektoratet

Kommune	År	Antall brukere	Netto-utgift	Egenandel ved innskaps-punkt	Egenandel utover innskaps-punkt	Samlet egenandel	Netto utgift innskaps-punkt	Øremerket tilskudd
Fire a-kommuner	2017	111	297,8	137,1	32,1	169,2	160,7	128,6
	2016	108	291,9	125,0	33,4	158,3	166,9	133,5
	2015	96	279,2	103,8	35,1	138,9	175,4	140,3
	2014		277,2	102,2	35,0	137,2	175,0	140,0
Hobøl	2017	15	32,5	18,5	2,8	21,3	14,0	11,2
	2016	16	32,8	18,5	2,9	21,4	14,3	11,4
	2015	14	27,4	15,1	2,5	17,6	12,3	9,8
	2014		33,9	16,7	3,4	20,1	17,2	13,8
Lillesand	2017	17	48,3	21,0	5,5	26,4	27,3	21,8
	2016	14	41,7	16,2	5,1	21,3	25,5	20,4
	2015	12	39,6	13,0	5,3	18,3	26,7	21,3
	2014		40,0	13,6	5,3	18,9	26,5	21,2
Os	2017	37	104,4	45,7	11,7	57,4	58,7	47,0
	2016	39	109,7	45,1	12,9	58,0	64,6	51,7
	2015	35	100,1	37,8	12,4	50,3	62,2	49,8
	2014		96,9	34,4	12,5	46,9	62,5	50,0
Stjørdal	2017	42	112,6	51,9	12,1	64,0	60,7	48,6
	2016	39	107,7	45,1	12,5	57,6	62,6	50,0
	2015	35	112,1	37,8	14,8	52,7	74,2	59,4
	2014		106,4	37,5	13,8	51,3	68,8	55,1

Fra 2014 til 2017 har nettoutgiftene for brukerne økt fra 277,2 til 297,8 mill. kr, noe som tilsvarer en vekst på 7,4 prosent. I samme periode har deflatoren for kommunalt konsum økt med 8,3 prosent. Veksten i utgifter tilsvarer altså omtrent prisstigningen. Utviklingen i behovet for tjenester for disse brukerne har altså ikke bidratt særskilt til den sterke veksten i bruttoutgiftene i denne perioden.

Kommunenes egenandel har økt og tilskuddet har blitt redusert. Denne utviklingen kan skyldes både innstramningen i ordningen og endringer i sammensetningen av enkeltbrukere.

Det er forskjeller i utviklingen for den enkelte kommune. I perioden har utgiftene økt i Lillesand, Os og Stjørdal. I Hobøl har det vært en liten reduksjon.

Os er et eksempel på en kommune med vekst både når det gjelder utgifter og tilskuddet til kommunen. I Stjørdal var det vært en markert reduksjon fra 2015 til 2016 både når det gjelder utgifter og tilskuddet til kommunen. Likevel økte egenandelen kommunen skulle betalt i 2016. Reduksjonen har sammenheng med at noen av de aktuelle brukere har nådd aldersgrensen for tilskuddet som er på 67 år. Utgiftene har igjen økt i 2017.

Fra 2015 til 2017 har kommunenes egenandel økt fra 138,9 til 169,2 mill. kr.

Før forsøket ble egenandelen finansiert av kommunes frie inntekter. Som tidligere nevnt er det foretatt et uttrekk for 2015 basert på faktiske utgifter. Uttrekket har så blitt justert med 1,6 prosent i 2016 og 0,695 prosent i 2017. I den aktivitetsbaserte finansieringen er det staten som dekker alle utgifter. Det betyr altså at veksten som er utover justeringen av uttrekket innebærer en gevinst for kommunene. Den samlede gevinsten er på 22,1 mill. kr, som fordeles på de fire kommunene som følger:

- ▶ Hobøl: 3,3 mill. kr
- ▶ Lillesand: 7,7 mill. kr
- ▶ Os: 6,0 mill. kr
- ▶ Stjørdal: 5,1 mill. kr

4 Omsorgstrappa

4.1 Omsorgstrappen belyst med data fra KOSTRA

Andelen av utgiftene brukt på institusjon

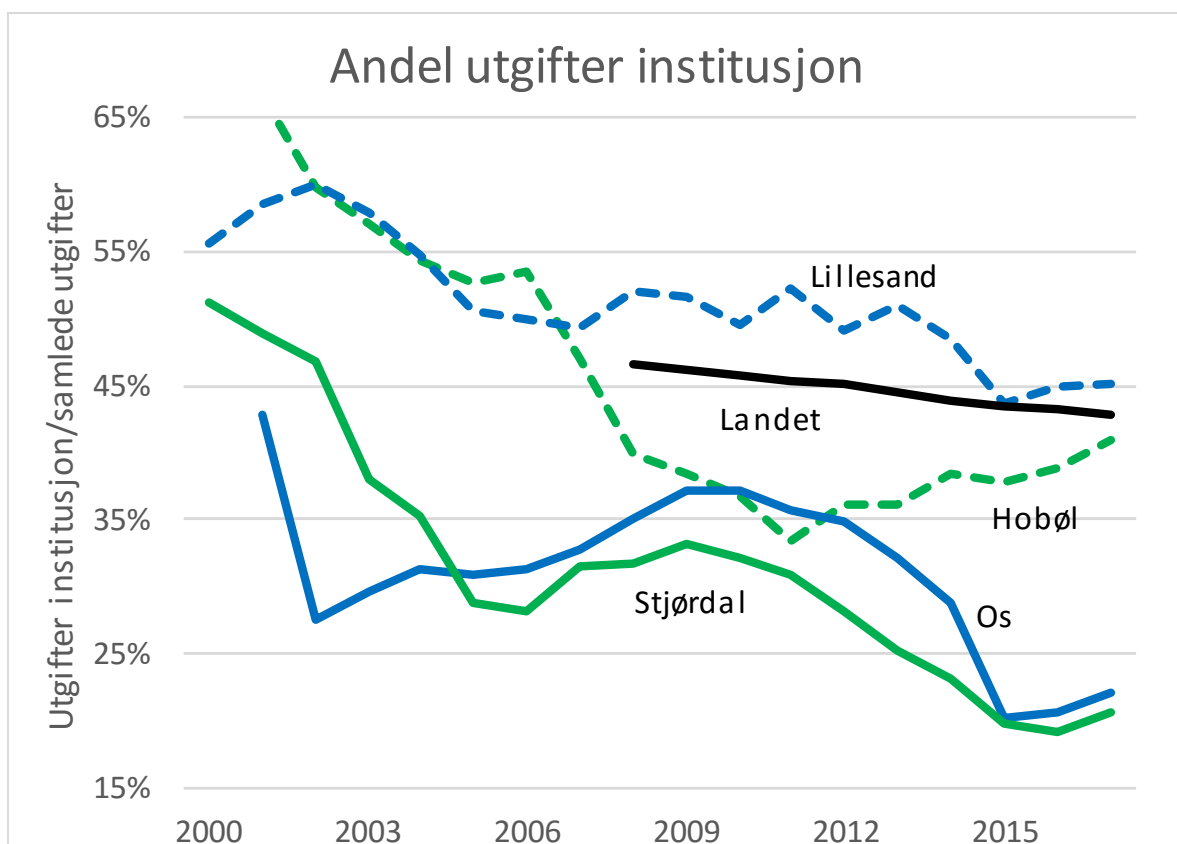
I hele Norden går utviklingen i retning av at det er flere som får tilbud i eget hjem og færre som får tilbud på institusjon. Sammenliknet med de andre landene er det i Norge en langt høyere andel av den eldre befolkningen som får et tilbud på institusjon.

En forklaring er at bygging av sykehjem har blitt vektlagt på nasjonalt nivå i Norge. Hos oss finansierer staten en stor del av den kommunale byggingen av sykehjem. I de andre nordiske landene har det derimot vært en bevisst satsing på nasjonalt nivå om å utvikle andre botilbud til eldre.

I Norge har det vært en vridning fra institusjon til bolig for funksjonshemmede. Dette skjedde gjennom den såkalte HVPU-reformen på 1990-tallet.

Utviklingen er i ferd med å snu også i Norge. De aller fleste kommuner satser mer på hjemmetjenester enn før, og dekningen for heldøgnstilbudet går ned. En økende andel av heldøgnstilbudet blir gitt i omsorgsboliger og en redusert andel på institusjon. Stjørdal og Fjell er eksempler på kommuner hvor bare rundt halvparten av heldøgnstilbudet blir gitt på institusjon.

Utviklingen kommer til uttrykk ved at andelen av utgiftene som brukes til institusjon blir redusert. For landet som helhet har reduksjonen vært gradvis og jevn, slik figuren under viser.

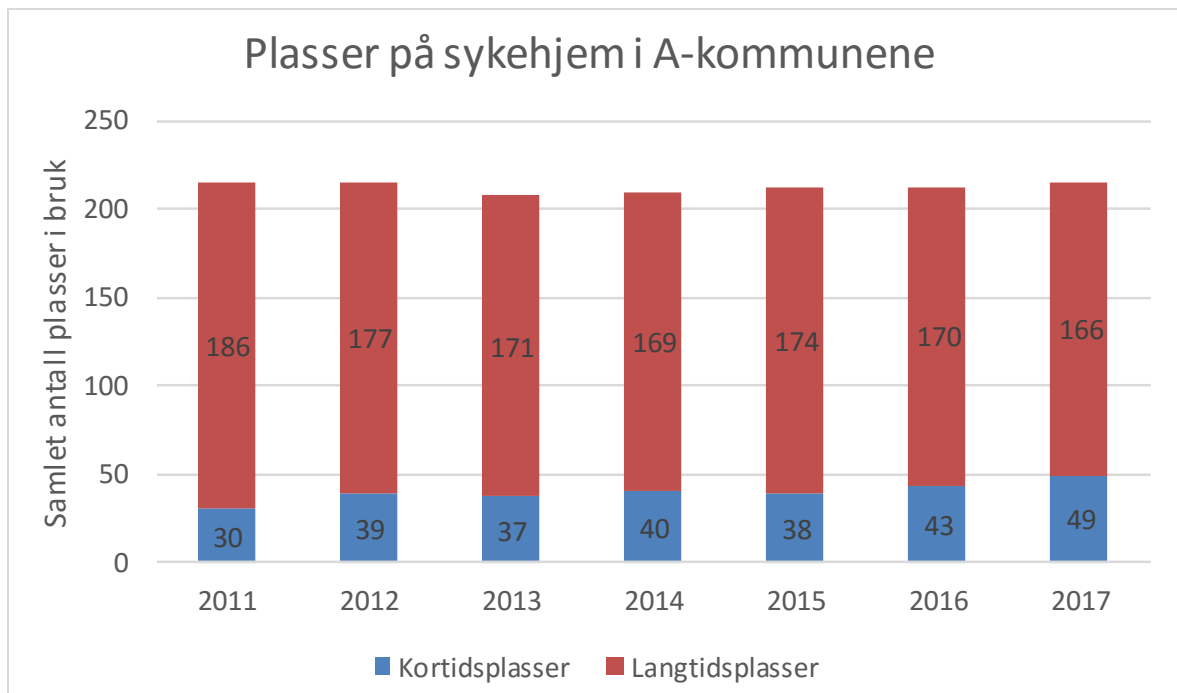


Figur 4.1 Andel av bruttoutgifter brukt på institusjon 2000-2017 for landet og de fire A-kommunene. Kilde: KOSTRA og egne beregninger

A-kommunene har hatt en utvikling fra 2015 til 2017 som bryter med den langsiktige trenden (jf. figuren over). For alle de fire kommunene har andelen utgifter brukt på institusjon økt. Den gjennomsnittlige økningen har vært på 1,9 prosentpoeng.

Langtidsplasser og korttidsplasser på sykehjem

Videre har vi sett på i hvilken grad den økte andelen av utgifter har gitt seg utslag i flere sykehjemsplasser.



Figur 4.2 Samlet antall plasser på sykehjem 2011-2017 for de fire A-kommunene fordelt på korttidsplasser og langtidsplasser. Kilde: Registrerte oppholdsdøgn rapportert til KOSTRA

Samlet antall plasser i bruk for de fire kommunene har kun økt med to plasser, fra 213 i 2015 til 215 i 2017 (jf. figuren over). Det stabile nivået som har vært helt siden 2011 videreføres altså også de to siste årene. Gjennom hele perioden har det vært en tendens til en økning i antall korttidsplasser og en reduksjon i antall langtidsplasser. Denne tendensen ser ut til å bli forsterket de to siste årene med en særlig sterk vekst for korttidsplassene.

Korttidsplass i sykehjem er for personer som i en overgangsperiode har omfattende pleiebehov som følge av akutt svikt eller sykdom, eller som i en overgangsperiode trenger trening/gjenopptrening eller avlastning. Et slikt tilbud har mye å bety for pasientflyten innenfor pleie- og omsorgstjenesten, og er en viktig del av en tiltakskjede for å dempe behovet for langtidsplasser og gi brukerne mulighet til å bo lenger i eget hjem. Noen kommuner velger å organisere korttidsplassene under hjemmetjenesten for å sikre en smidig overgang til brukernes egne hjem.

Tabell 4.1 Antall plasser på sykehjem 2011-2017 fordelt på korttidsplasser og langtidsplasser for de fire A-kommunene. Kilde: Antall plasser er beregnet på grunnlag av registrerte oppholdsdøgn rapportert til KOSTRA.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Korttidsopphold</i>							
Hobøl	2,9	3,0	5,0	4,0	3,7	3,7	5,0
Lillesand	8,7	14,1	8,0	9,3	9,0	7,4	8,7
Os	12,2	13,0	14,1	17,0	16,0	17,3	16,7
Stjørdal	6,1	8,5	9,8	10,2	9,8	15,0	19,1
I alt	30,0	38,6	36,8	40,4	38,4	43,5	49,4
<i>Langtidsopphold</i>							
Hobøl	20,2	19,8	22,0	24,6	28,1	25,6	24,8
Lillesand	67,6	66,7	71,7	68,0	63,7	62,8	59,4
Os	31,7	29,7	24,9	24,4	29,1	29,4	30,5
Stjørdal	66,6	60,9	52,4	52,3	53,4	51,7	51,2
I alt	186,1	177,1	170,9	169,3	174,3	169,5	165,9
<i>Sykehjem i alt</i>							
Hobøl	23,1	22,8	26,9	28,6	31,8	29,3	29,7
Lillesand	76,3	80,8	79,7	77,3	72,7	70,2	68,1
Os	43,9	42,7	38,9	41,3	45,1	46,8	47,3
Stjørdal	72,8	69,4	62,1	62,5	63,2	66,7	70,3
I alt	216,1	215,7	207,7	209,7	212,7	213,0	215,3

Økningen i korttidsplasser i A-kommunene kan altså være et uttrykk for en satsing på at brukerne skal klare seg hjemme. Antall korttidsopphold har økt i Hobøl, Os og Stjørdal, med sterkest vekst i Stjørdal (jf. tabellen over). I Lillesand er antall korttidsplasser på omtrent samme nivå gjennom de seks årene.

Siden 2015 har det samlede antall sykehjemsplasser blitt redusert i Hobøl og Lillesand, mens det har vært en økning i Os og Stjørdal.

Korttidsplassene er jevnt over noe dyrere i drift enn langtidsklassene. Flere korttidsplasser kan altså være noe av forklaringen til de økte utgiftene til institusjon. Dette er imidlertid neppe hele forklaringen. Andre mulige forklaringer er økt bemanning (pleiefaktorer), økt bruk av vikarer og ekstrahjelp. Vi vet ikke om i hvilken grad det eventuelt kan ha skjedd en slik utvikling i kommunene.

4.2 Omsorgstrappa belyst med utbetaling av tilskudd

Det har vært gjennomført et omfattende arbeid for å etablere data over tjenestene med tilstrekkelig kvalitet. Representanter for de fire kommunene forteller at oppryddingen har gitt nyttig innsikt i styringen av tjenestene. Vi gjort et forsøk på å bruke dataene som et grunnlag for en analyse av utviklingen i tjenestene. Det har vist seg at ryddingen som også har pågått i 2017 har gjort tolkningen vanskelig. Vår bruk av dataene blir nærmere omtalt i det følgende.

Utviklingen i 2017 var preget av at systemene ennå ikke var helt på plass. Det har tatt tid at fagsystemene teknisk har kunnet håndtere 2:1 bemanning. Det har også vært nødvendig å passe på at summen av vedtatte timer ikke har oversteget tilgjengelige timer hos personale. Denne type oppryddinger har påvirket nivået på korreksjonsoppgjørene. Utviklingen trenger derfor ikke være et reelt uttrykk for utviklingen i aktiviteten.

Vi vet heller ikke hvor stor endringen er fra 2016. Grunnen til dette er at tilskuddet i 2016 kun var basert på endringer i løpet av året. Endringene var regnet som differansen mellom personer med nye vedtak om tjenester og personer som avsluttet sine tjenester i løpet av perioden. En slik litt ufullstendig ordning henger sammen med at det har tatt tid å etablere vedtak med kvaliteten som en fullstendig ordning krever.

Utbetalingen av vedtakstilskuddet er vist i tabellen under:

Tabell 4.2 Utbetaling av tilskudd 2017 fordelt på kvartal og tjenester

	Hele	Kvartal 2017			
	2017	1	2	3	4
Langtidsopphold på institusjon	141	35	35	36	35
Korttidsopphold på institusjon	78	19	19	22	17
Utskrivningsklare pasienter fra sykehus	2	1	0	0	1
Avlastning utenfor institusjon	13	4	4	3	3
Dagsenter	51	13	14	13	12
BPA	22	5	6	6	5
Helsetjenester i hjemmet	550	130	134	138	148
Praktisk bistand	57	13	13	13	18
Praktisk bistand, opplæring	131	32	33	33	33
Omsorgslønn	13	3	3	3	3
Støttekontakt	12	3	3	3	3
Institusjon	219	55	54	58	52
Helsetjenester, praktisk bistand	738	174	181	185	199
Andre tjenester	111	27	30	27	27
I alt	1 068	256	265	270	278

Innholdet i tabellen over blir kommentert i det følgende:

- Det er store forskjeller i den økonomiske betydningen av ulike tjenester. Tilskuddet til helsetjenester i hjemmet utgjør omtrent halvparten og tilskuddet til institusjon rundt en femtedel av det samlede tilskuddet.
- Kommunene får finansiert utgiftene til utskrivningsklare pasienter som en del av forsøket. En mulig effekt kan være at kommunene ikke like raskt tar imot slike pasienter som følge av at staten betaler. Tilskuddet til disse pasientene har imidlertid vært på et lavt nivå gjennom 2017.
- Utgiftene til Helsetjenester i hjemmet har vokst gjennom 2017. Veksten har vært spesielt sterk i Stjørdal som har etablert et såkalt innsatsteam i 2017.
- Det har vært en sterk økning gjennom året. Utbetalingen i fjerde kvartal er 8,6 prosent høyere enn i første kvartal. Vi vet imidlertid ikke hvor mye av endringen som kan knyttes til opprettinger. Dette henger blant annet sammen med at Os og Stjørdal har hatt rettinger i 4. kvartal som også gjelder tidligere perioder i 2017.

Utviklingen i 2017 for de fire kommunene er vist i tabellen på neste side.

Tabell 4.3 Aktivitetsbasert tilskudd samlet for de fire A-kommunene fordelt på fire kvartaler i 2017. Millioner kroner

	Hobøl - kvartal 2017				vekst 1.-4 kv	Lillesand - kvartal 2017				vekst 1.-4 kv
	1	2	3	4		1	2	3	4	
Langtidsopphold	5,5	5,6	5,8	5,7	3,4 %	12,2	12,7	12,3	12,2	-0,1 %
Korttidsopphold	1,9	2,8	2,6	1,8	-4,5 %	3,4	2,7	3,7	4,2	22,0 %
Utskrivningsklare fra sykehus										
Avlastning utenfor institusjon	1,5	1,5	1,3	1,4	-6,8 %	0,4	0,4	0,1	0,4	8,8 %
Dagsenter	1,5	1,5	1,2	1,4	-8,4 %	3,2	3,9	3,4	2,9	-10,1 %
BPA	1,7	1,7	1,8	1,7	2,6 %	1,0	1,0	1,0	1,0	2,2 %
Helsetjenester	5,9	5,9	6,1	6,0	1,6 %	21,7	22,4	24,4	23,7	9,2 %
Praktisk bistand	2,6	2,6	3,1	2,6	2,2 %	2,1	2,1	2,1	2,5	17,2 %
Praktisk bistand, opplæring	4,7	4,6	4,9	4,5	-3,1 %	4,5	4,0	5,1	4,5	-1,0 %
Omsorgslønn	0,4	0,5	0,6	0,4	1,2 %	0,3	0,4	0,5	0,5	58,9 %
Støttekontakt	0,2	0,3	0,2	0,2	-23,0 %	0,5	0,5	0,6	0,5	8,6 %
Institusjon	7	8	8	8	1 %	16	15	16	16	5 %
Helsetjenester, praktisk bistand	13	13	14	13	0 %	28	28	32	31	8 %
Andre tjenester	5	5	5	5	-4 %	5	6	6	5	-1 %
I alt	26	27	28	26	0 %	49	50	53	52	6 %

	Os - kvartal 2017				vekst 1.-4 kv	Stjørdal - kvartal 2017				vekst 1.-4 kv
	1	2	3	4		1	2	3	4	
Langtidsopphold	6,8	6,0	6,9	5,1	-24,9 %	10,8	10,5	10,8	11,8	9,4 %
Korttidsopphold	5,0	5,3	6,3	5,5	10,1 %	8,5	8,6	9,6	5,6	-33,6 %
Utskrivningsklare fra sykehus										
Avlastning utenfor institusjon	1,2	1,3	1,0	1,0	-16,4 %	0,7	0,6	0,3	0,4	-40,3 %
Dagsenter	4,5	4,8	5,0	4,8	6,9 %	3,5	3,6	3,0	3,0	-13,9 %
BPA	1,7	3,4	2,6	2,5	48,9 %	0,4	0,1	0,1	0,1	-78,4 %
Helsetjenester	42,5	43,3	45,5	47,0	10,6 %	59,5	62,7	62,2	71,1	19,5 %
Praktisk bistand	2,9	2,9	3,1	7,5	159,5 %	5,1	5,2	5,2	5,3	3,7 %
Praktisk bistand, opplæring	15,7	15,7	14,7	15,5	-0,8 %	6,8	9,0	8,3	8,6	25,7 %
Omsorgslønn	1,2	1,2	1,2	1,2	-3,0 %	0,9	1,3	0,9	1,1	21,3 %
Støttekontakt	1,2	1,4	1,3	1,4	16,0 %	0,9	0,9	1,0	1,0	14,8 %
Institusjon	12	11	13	11	-10 %	19	19	20	17	-9,5 %
Helsetjenester, praktisk bistand	61	62	63	70	15 %	71	77	76	85	18,9 %
Andre tjenester	10	12	11	11	11 %	6	7	5	6	-12,2 %
I alt	83	85	88	92	11 %	97	103	101	108	11,2 %

Tabellen over blir kommentert i det følgende:

- Det samlede vedtakstilskuddet i Hobøl er omtrent på samme nivå i første og siste kvartal. Det er også relativt stor stabilitet i tilskuddet som de ulike tjenestene utløser.
- Lillesand er i en mellomstilling med en vekst på 6 prosent. Her er det særlig helsetjenester i hjemmet som vokser.
- Økning i tilskuddet har vært på over 10 prosent i Os og Stjørdal. I begge kommuner har institusjon gått ned, men helsetjenester og praktisk bistand (Os) har økt langt mer. Utviklingen er preget av den omtalte omkodingen av tjenester.

5 Enhetskostnader for de fire A-kommunene

Enhetskostnadene for de fire kommunene er beregnet med metoden beskrevet i kapittel 2. De beregnede satsene for de ulike tjenestene er vist i tabell 2 i vedlegg 1. Videre i dette kapitlet blir resultatene beskrevet på overordnet nivå for den enkelte kommune. Rundsumtilskuddet og inntektpåslaget er holdt utenom beregningene (jf avsnitt 2.2).

5.1 Resultater for de fire kommunene

For den enkelte kommune har vi for ulike tjenester sammenliknet nettoutgiftene med vedtakstilskuddet. Resultatene for Hobøl er vist i tabellen under.

Tabell 5.1 Beregnede nettoutgifter og vedtakstilskudd 2017⁹ for utvalgte tjenester i Hobøl kommune

Enhet	Millioner kroner			
	Netto- utgifter	Tilskudd	Gevinst/tap	Hobøl/ Hdir
Hjemmetjenester og praktisk bistand	61,8	53,7	-8,1	1,15
Brukerstyrt personlig assistent	7,9	6,9	-1,0	1,14
Omsorgslønn	1,3	1,9	0,6	0,69
Støttekontakt	0,7	0,9	0,1	0,84
Avlastning utenfor institusjon	6,3	5,6	-0,6	1,11
Dag/aktivitet	1,5	5,4	?	?
Institusjon	28,6	31,7	3,0	0,90
I alt	108,2	106,1	-2,1	1,02

Hovedresultatene for Hobøl vist i tabellen:

- ▶ Hobøl hadde et tap på 2,1 mill. kr på vedtakstilskuddet. Tapet utgjør 2,1 prosent av netto-utgiftene.
- ▶ For hjemmetjenester og praktisk bistand taper Hobøl 8,1 mill. kr når det kun legges til grunn enhetspriser sammenliknet med vedtakstilskudd. Tapet henger sammen med at kommunen kjøper tjenester fra eksterne leverandører. Merk at det særskilte tilskuddet ikke inngår i beregningen.
- ▶ Institusjon drives med lavere utgifter enn nivået som ligger til grunn for vedtakstilskuddet.

⁹ Samlet vedtakstilskudd var for Hobøl på 107,8 mill. kr (jf. tabell 3.1). Tabell 5.1 omfatter den delen av tilskuddet hvor vi har klart å koble tilskuddet til en organisatorisk enhet i Hobøl.

- ▶ Hobøl har færre innbyggere enn de andre kommunene. Kanskje kan driften i større grad enn i de andre kommunene være preget av smådriftsulempen.
- ▶ Merk at resultatene ikke inneholder det særskilte tilskuddet Hobøl får for avtaler inngått før forsøksperioden ble innført. Hobøl har fått ekstra kompensasjon for tjenester som er dyrere enn Helsedirektoratets enhetspris. Dette tilskuddet utgjør 1,5 mill. kr og knytter seg til hjemmetjenester og praktisk bistand, avlastning utenfor institusjon og brukerstyrt personlig assistent

Lillesand kommune har en geografisk organisering av tjenestene. Enhet for omsorg sentrum og Enhet for omsorg Høvåg tilbyr både sykehjem og hjemmebaserte tjenester. I tabellen under er det skilt mellom institusjon og hjemmetjenester og aktivisering.

Tabell 5.2 Beregnede nettoutgifter og vedtakstilskudd 2017¹⁰ for utvalgte organisatoriske enheter og tjenester i Lillesand kommune

	Millioner kroner			Lillesand/ Hdir
Enhet	Netto- utgifter	Tilskudd	Gevinst/tap	
<i>Hjemmetjenester og aktivisering</i>				
Habilitering	39,3	54,0	14,7	0,73
Enhet for omsorg Høvåg	10,1	11,3	1,1	0,90
Psykisk helse og rus	28,8	23,3	-5,5	1,24
Omsorgslønn	1,3	1,8	0,5	0,72
<i>Institusjon</i>				
Lillesand bo- og aktivitetssenter	28,3	27,8	-0,5	1,02
Høvåg bo- og aktivitetssenter	27,3	23,8	-3,4	1,14
Sjømannshjemmet	6,6	9,3	2,7	0,71
I alt	141,8	151,3	9,5	0,94

Hovedresultatene for Lillesand vist i tabellen:

- ▶ Lillesand hadde en gevinst på 9,5 mill. kr på vedtakstilskuddet. Gevinsten utgjør 6 prosent av nettoutgiftene.
- ▶ Det er beregnet gevinst for enhetene Habilitering, Høvåg og Sjømannshjemmet. De andre enhetene har høyere enhetskostnader enn satsene som ligger til grunn for tilskuddet.
- ▶ Det er relativt store positive og negative avvik for ulike deler av tjenesten. Enhetskostnaden for tjenestene i enheten «Habilitering» lå i gjennomsnitt 27 prosent under satsene i forsøket. For Høvåg bo- og aktivitetssenter lå enhetskostnaden i gjennomsnitt 14 prosent over satsene i forsøket.
- ▶ Omsorgslønn er den eneste tjenesten vist i tabellen. Ellers viser tabellen organisatoriske enheter. For omsorgslønn har Lillesand en økonomisk gevinst på 0,5 mill. kr.

¹⁰ Samlet vedtakstilskudd var for Lillesand på 205,2 mill. kr (jf. tabell 3.1). Tabell 5.2 omfatter den delen av tilskuddet hvor vi har klart å koble tilskuddet til en organisatorisk enhet i Lillesand.

Tabell 5.3 Beregnede nettoutgifter og vedtakstilskudd 2017¹¹ for utvalgte organisatoriske enheter og tjenester i Os kommune

Enhet	Millioner kroner			Os/ Hdir
	Netto- utgifter	Tilskudd	Gevinst/tap	
<i>Hjemmetjenester</i>	225,3	240,8	15,6	0,94
Hjemmebasert - ambulerende	38,9	48,1	9,1	0,81
Kvardagsrehabilitering	1,6	1,7	0,1	0,95
Omsorgstilbud Luranetunet	63,8	66,9	3,1	0,95
Psykatri	23,7	19,7	-4,0	1,32
ROP-team	6,0	9,1	3,0	0,66
Tenester for utviklingshemma	79,2	76,0	-3,3	1,04
Omsorgslønn	4,3	4,8	0,5	0,89
Helsetjenester i hjemmet, stasjonær kjøp	7,7	14,7	7,0	0,52
<i>Aktivisering</i>	14,1	21,7	7,6	0,65
Dagsenter eldre	3,3	6,2	2,9	0,53
Dagsenter PU	8,3	10,6	2,3	0,79
Dagsenter Psykisk helse	2,5	4,9	2,4	0,51
<i>Institusjon</i>	50,8	42,4	-8,4	1,20
Sjukeheimen	44,8	39,5	-5,3	1,13
Kjøp av plasser	6,0	2,9	-3,1	2,07
I alt	290,1	304,9	14,8	0,95

Hovedresultatene for Os vist i tabellen:

- ▶ Os hadde en gevinst på 14,8 mill. kr på vedtakstilskuddet. Gevinsten utgjør 5 prosent av nettoutgiftene.
- ▶ Enhetskostnadene for hjemmetjenester er i gjennomsnitt 6 prosent lavere enn satsene i forsøket. Den største gevinsten har kommunen for de ambulerende hjemmetjenestene.
- ▶ Enhetskostnadene for aktivisering er i gjennomsnitt 35 prosent lavere enn satsene i forsøket. Noe av det store avviket har sammenheng med at ansatte i den øvrige tjenesten også bidrar på de tre dagsentrene. Vi har imidlertid ikke hatt tilgang til data som viser hvor stort dette bidraget er. I praksis betyr det altså at den beregnede gevinsten for aktivisering er mindre enn det tabellen viser. De beregnede tapene for «Psykatri» og «Tenester for funksjonshemma» er trolig mindre enn tabellen viser. Den beregnede samlede gevinsten på 14,8 mill. kr blir ikke påvirket at dette forholdet.
- ▶ Enhetskostnadene for institusjon er i gjennomsnitt 20 prosent høyere enn satsene i forsøket. Særlig er utgiftene høye til kjøp av plasser. Det har sammenheng med at Os kjøper plasser til personer med omfattende behov for bistand. Nivået på bistand er vesentlig høyere enn hva som ligger til grunn for de høyeste satsene i forsøket.

¹¹ Samlet vedtakstilskudd var for Os på 348,7 mill. kr (jf. tabell 3.1). Tabell 5.3 omfatter den delen av tilskuddet hvor vi har klart å koble tilskuddet til en organisatorisk enhet i Os.

Tabell 5.4 Beregnede nettoutgifter og vedtakstilskudd 2017¹² for utvalgte organisatoriske tjenester i Stjørdal kommune

Enhet	Millioner kroner			Stjørdal/ Hdir
	Netto- utgifter	Tilskudd	Gevinst/tap	
Hjemmetjenester og praktisk bistand	287,4	309,0	21,6	0,93
Brukerstyrt personlig assistent	0,9	0,8	-0,2	1,20
Omsorgslønn	3,3	4,1	0,9	0,79
Støttekontakt	1,7	3,9	2,2	0,43
Dag/aktivitet	15,3	13,1	-2,2	1,17
Institusjon	68,1	76,5	8,4	0,89
I alt	376,6	407,3	30,7	0,92

Hovedresultatene for Stjørdal vist i tabellen:

- ▶ Stjørdal hadde en gevinst på 30,7 mill. kr på vedtakstilskuddet. Gevinsten utgjør 8 prosent av nettoutgiftene.
- ▶ Enhetskostnadene for hjemmetjenester og praktisk bistand er lavere enn satsene i forsøket. Vi har beregnet en økonomisk gevinst på 21,6 mill. kr.
- ▶ For dag og aktivitet og BPA har Stjørdal høyere enhetskostnader enn satsene i forsøket. Avviket har sammenheng med kjøp av tjenester med høyere avtalte priser enn tilskudds-satsene.

5.2 Resultater for de ulike tjenestene

Detaljerte resultater fra beregningene er vist i vedlegg 1. Tabell V2 viser de beregnede enhetsprisene for alle tjenestene. Avvik mellom beregnede enhetspriser og satser brukt i forsøket er vist i tabell V3.

Vi tenkte at det kanskje ville være noen tjenester hvor kommunene jevnt over hadde en gevinst og noen tjenester hvor kommunene jevnt over hadde et tap. Grunnen til slike forskjeller kunne være at det var forhold som ikke ble tilstrekkelig ivarettatt ved beregning av satsene i forsøket. Det viser seg imidlertid at det i liten grad er slike forskjeller, slik det kommer frem av følgende oversikt:

Helsetjenester i hjemmet:

- ▶ Lillesand, Os og Stjørdal: Gevinst
- ▶ Hobøl: Tap (kjøp)

Praktisk bistand:

- ▶ Lillesand og Os: Gevinst
- ▶ Hobøl og Stjørdal: Tap

¹² Samlet vedtakstilskudd var for Stjørdal på 409,3 mill. kr (jf. tabell 3.1). Tabell 5.4 omfatter den delen av tilskuddet hvor vi har klart å koble tilskuddet til en organisatorisk enhet i Stjørdal.

Dag og aktivitetstilbud:

- ▶ Lillesand og Os: Gevinst
- ▶ Hobøl og Stjørdal: Tap

Institusjon:

- ▶ Hobøl og Stjørdal: Gevinst
- ▶ Os: Tap
- ▶ Lillesand: Gevinst aldershjem, tap sykehjem

Omsorgslønn:

- ▶ Hobøl, Os og Stjørdal og Lillesand

Støttekontakt:

- ▶ Hobøl og Stjørdal: Gevinst

Kjøp fra eksterne:

- ▶ Hobøl og Stjørdal: Tap (institusjon)
- ▶ Os: Gevinst (helsetjenester i hjemmet, stasjonær

Situasjonen for de fleste tjenester er at satsene gir grunnlag for gevinst for noen kommuner og tap for noen kommuner. Unntak er omsorgslønn og støttekontakt hvor det bare er beregnet at kommunene får en gevinst. I neste kapittel drøfter vi hva som kan være forklaringen til de store forskjellene i enhetskostnader.

6 Analyse og drøfting

6.1 Beregning av økonomiske gevinster

Vi har beregnet de økonomiske gevinstene som følge av tre forhold:

- ▶ **Demografi:** De fire A-kommunene har alle en sterk vekst i aldersgruppene som utløser behovet for pleie- og omsorgstjenester. Denne veksten bidrar til å øke nivået på rammetilskuddet. Uttrekket i forsøket er imidlertid basert på en mer forsiktig vekst. Resultatet er en økonomisk gevinst for kommunens øvrige tjenester. Grunnlaget for beregningene er omtalt i avsnitt 3.3.
- ▶ **Ressurskrevende tjenester:** Kommunenes egenandel for dette øremerkede tilskuddet var på 138,9 mill. kr i 2015. Dersom kommunene ikke hadde vært med i forsøket ville egenandelen vært på 169,2 mill. kr i 2017. Mesteparten av økningen blir finansiert gjennom vedtakstilskuddet. Vi har beregnet gevinstene for de fire kommunene. Grunnlaget for beregningene er omtalt i avsnitt 3.4.
- ▶ **Kommunenes enhetskostnader.** Vi har beregnet gevinster og tap som følge av at kommunenes enhetskostnader avviker fra de statlige satsene. Grunnlaget for beregningene er omtalt i kapittel 5.

Resultatet av beregningene er vist i tabellen under.

Tabell 6.1 Beregnet økonomisk gevinst for kommunene i 2016, 2017 og 2018. Millioner kroner

	Demografi			Ressurs- krevende tjenester	Enhets- kostnader	Samlet gevinst
	2016	2017	2018	2017	2017	2017
Hobøl (A)	2,9	7,1	7,2	3,3	-2,1	8,3
Lillesand (A)	2,0	3,9	8,3	7,7	9,5	21,1
Os (Hord.) (A)	3,7	19,3	23,4	6,0	14,8	40,1
Stjørdal (A)	5,4	13,5	20,8	5,1	30,7	49,2
I alt	15,5	45,5	59,5	22,1	52,9	120,5

Den økonomiske gevinsten knyttet til demografi er beregnet til 45,5 mill. kr for 2017, jf. tabellen over. Det er beregnet en økonomisk gevinst for alle kommunene. Gevinsten er størst i Os og Stjørdal. Gevinsten har vokst fra 2016 til 2017 og den vil vokse ytterligere i 2018. Vi vet ikke om disse gevinstene har ført til økte utgifter for kommunens øvrige tjenester.

Den samlede gevinsten for ressurskrevende tjenester er beregnet til 22,1 mill. kr. Alle de fire kommunene har gevinst. Alle kommunene utenom Hobøl har i gjennomsnitt lavere enhetskostnader enn satsene brukt i forsøket, og den samlede gevinsten er på 52,9 mill. kr. I 2017 var den samlede beregnede gevinsten for alle de tre områdene på i underkant av 120,5 mill. kr.

6.2 Drøfting av uttrekket

Uttrekk basert på faktiske utgifter i 2015

Det er verdt å merke seg at reduksjonen av rammetilskuddet er gjort på bakgrunn av kommunens faktiske utgifter i 2015. En alternativ tilnærming kunne vært å basere reduksjonen på en normert beregning av utgifter, noe som også hadde vært mulig med utgangspunkt i kriteriene i det statlige inntektssystemet. Et slikt alternativ ville vært basert på objektive kriterier, som ikke var påvirket av kommunens disposisjoner.

Alternativet som er valgt bygger på kommunens faktiske prioriteringer. En styrke kan være at uttrekket bygger på særskilte behov og prioriteringer i de aktuelle kommunene. En svakhet er at uttrekket ikke bygger på objektive kriterier. Uttrekket vil for eksempel ikke korrigere for høye utgifter som følge av svak økonomisk styring eller lav produktivitet. Det kan også være at kommunens faktiske prioriteringer er preget av mangelfull informasjon eller bevissthet. Metoden for uttrekk innebærer heller ingen korreksjon for slike forhold.

Til tross for svakhetene virker det som en fornuftig løsning å basere uttrekket på faktiske utgifter.

Korreksjon fra 2015 til 2017 basert på nasjonal demografi

Det har altså ikke blitt foretatt særskilte beregninger for de aktuelle kommunene av betydningen av den demografiske utviklingen av behovet for pleie- og omsorgstjenester. De fire A-kommunene har en betydelig økning i eldre aldersgrupper med behov for pleie- og omsorgstjenester.

I utgiftsutjevningen av det statlige inntektssystemet blir det gitt full kompensasjon for slike endringer. Resultatet er at uttrekket ikke blir korrigert fullt ut for den faktiske økningen i behov som følge av demografiske endringer.

I et brev fra KMD til kommunene i forsøket fra 7. juli 2017 heter det at «Forsøkskommunene får beholde den delen av veksten i de frie inntektene som overstiger den delen som skal kompensere for demografiske endringer». For de fire A-kommunene er resultatet en økonomisk gevinst. Vi har gjort et forsøk på å beregne størrelsen på gevinsten (jf. avsnitt 6.1).

Som tidligere nevnt har korreksjonen blitt justert ned på en måte som har økt gevinsten for de fire kommunene.

Et alternativ kunne være å lage et opplegg for korreksjoner basert på demografien i den enkelte kommune. Et slikt opplegg ville være mer i tråd med det øvrige inntektssystemet, hvor rammetilskuddet blir beregnet på grunnlag av indikatorer for den enkelte kommune. Et slikt opplegg har blitt vurdert, men likevel ikke gjennomført.

Risiko for behov for innstramminger i andre sektorer når forsøket er over

Den delen av rammetilskuddet som er igjen etter uttrekket blir brukt til å finansiere tjenestene som ikke er med i forsøket, som altså er alle andre tjenester enn pleie- og omsorgstjenestene. Metoden for uttrekk gir altså en gevinst for kommunens øvrige tjenester som følge av deltakelsen i forsøket.

I prinsippet kan selvfølgelig også de økte inntektene gå til en styrking av pleie- og omsorgstjenestene. Men det er trolig neppe aktuelt fordi tilskuddene i forsøket allerede gir et solid overskudd.

Dersom de øvrige tjenestene er styrket som følge av den demografiske utviklingen, kan det gi et behov for innstramminger også i andre sektorer når forsøket er over. Vi vet ikke i hvilken grad dette har skjedd. Vi vet heller ikke om i hvilken grad kommunene er oppmerksom på denne typen effekter. I praksis er det heller ikke så lett å analysere disse effektene. Under intervjuene var det en rådmann som uttrykte bekymring over mangel på analyser på hva som vil skje når forsøket var over. En hypotese kan derfor være at lav bevissthet om disse forholdene kan føre til behov for innsparinger i andre sektorer når forsøket er over.

6.3 Drøfting av enhetskostnader

Hva kan forklare de store forskjellene i enhetskostnader?

Våre beregninger har avdekket relativt store forskjeller i enhetskostnadene i de fire kommunene. For de aller fleste tjenestene er det både positive og negative utslag. Unntaket er omsorgslønn hvor alle kommunene har lavere utgifter enn tilskuddet fra staten. Denne tjenesten utgjør imidlertid en liten del av det samlede tilskuddet.

Det er med andre ord store forskjeller mellom kommunene i hvor mye det koster å produsere kommunale tjenester. Et sentralt spørsmål er hva som kan forklare disse forskjellene. Dette er et krevende spørsmål som vil kreve en omfattende analyse for å gi et presist svar. I den følgende drøftingen peker vi på noen mulige forklaringer.

- ▶ *Stordriftsfordeler eller smådriftsulemper:* Evnen til rasjonell drift vil være preget av størrelsen på de aktuelle enhetene i kommunene. Vår erfaring er at en turnusgruppe bør omfatte rundt 20 årsverk for å få en god utnyttelse av stordriftsfordeler. Det er spesielt utnyttelse av nattevaktene som krever en viss størrelse av turnusgruppen. Utformingen av byggene er også av betydning for hvor rasjonelt driften kan legges opp.
- ▶ *Ulike pleie- og bemanningsfaktorer:* En pleiefaktor blir beregnet ved å ta antall årsverk i turnus og dividere med antall brukere. I bemanningsfaktoren tas med også årsverk utenfor turnus. I kommunene er det vanlig å bruke slike faktorer i styringen av sykehjem. Vår erfaring er at det er relativt store forskjeller mellom kommunene i nivået for disse faktorene.
- ▶ *Bruk av vikarer og overtid:* Omfattende bruk av disse størrelsene vil kunne øke kostnadene, særlig dersom vikarene blir rekruttert fra vikarbyråer.
- ▶ *Kjøreavstander og organisering av hjemmetjenesten:* Effektiviteten i hjemmetjenesten er avhengig av kjøreavstander i kommunen og organisering av tilbudet.
- ▶ *Lønnskostnader:* Lønnsnivået inkludert nivået på pensjon kan variere mellom kommunene. Ulikt lønnsnivå kan henge sammen med en annen sammensetning av personell enn lagt til grunn ved fastlegging av de statlige satsene.
- ▶ *Ulik klassifisering av tjenestene.* Gråsoner mellom tjenestene kan bidra til ulik praksis for klassifisering av tjenestene. Oppryddingen gjennom 2016 og 2017 har bidratt til mer lik klassifisering. De beregnede enhetskostnadene for 2017 kan være preget av at arbeidet med å rydde fortsatt pågikk. Vi vet ikke om det fortsatt er gråsoner som kan bidra til ulik klassifisering.
- ▶ *Avvik mellom vedtatt og utført tid:* Utført tid blir ikke registrert. Avvik mellom utført og vedtatt tid vil også være av betydning for enhetskostnaden.
- ▶ *Grov inndeling for institusjon:* For institusjon blir det gitt tilskudd etter fem satser for ulike type plasser. I praksis er differensieringen langt større enn disse fem kategoriene. De grove kategoriene brukt i forsøket kan gi både positive og negative utslag.

Noen av forholdene som kulepunktene over belyser blir nærmere omtalt i det følgende.

Forholdet mellom vedtatt tid, tilbudte timer og tilgjengelige timer

Tiden som blir brukt til å tilby de ulike tjenestene kan beskrives med følgende begreper:

- ▶ *Vedtatt tid (1):* Vedtaket kan omfatte informasjon om hvor mange timer i uka tjenesten blir gitt. Ikke alle vedtak har tidfestet omfanget av tjenesten. Da er det vanlig at utføreren registrerer tiden i forbindelse med at tjenesten blir gitt.
- ▶ *Utført tid (2):* Den faktiske tilbudte tiden er tiden som blir brukt hos brukeren. Det er vanlig at utførerne kan tilpasse tiden til det brukeren trenger den aktuelle dagen. Av og til trenger brukeren mer tid og av og til mindre tid enn vedtaket. Ingen av kommunene registrerer hvor mye tid som faktisk blir brukt hos brukeren

- *Tilgjengelig tid (3)*: Begrepet omfatter tiden de aktuelle ansatte i tjenesten er på arbeid.
- *Direkte brukertid*: Begrepet beskriver hvor stor del av tiden de ansatte er hos brukerne. Ansikt-til-ansikt-tid (ATA-tid) er et annet begrep som beskriver det samme. Den mest riktige beregningen får en ved å dividere utført tid (2) med tilgjengelig tid (3). Som følge av mangel på data over utført tid er det vanlig å beregne størrelsen ved å dividere vedtatt tid (1) med tilgjengelig tid (3).

I forsøket kan det være en viss risiko for at det blir vedtatt flere timer enn det som blir utført. I følge Helsedirektoratet (2015) skal derfor kommunene rapporterte om følgende forhold:

- Forholdet mellom vedtak om tjenester og faktisk utførte tjenester, herunder vedtatte/tildelte vs. utførte timer/uke i hjemmetjeneste

Revisjonen i den enkelte kommunen har derfor fått i oppdrag å se om det er et rimelig samsvar mellom vedtatte og utførte timer. Som nevnt over blir ikke utført tid registrert. I praksis har derfor oppfølgingen i kommunene skjedd gjennom å se på forholdet mellom vedtatt tid (1) og tilgjengelig tid (3).

Under intervjuene har en informant fortalt om hvordan ordningen blir praktisert i den aktuelle kommunen. Informanten fortalte at vedtaket ikke inneholder informasjon om tidsbruk. Det er utføreren som registrerer tiden i «tjenestebildet» under utføringen av tjenesten. Utføreren registrerer ikke tiden hvert besøk tar. Den blir registrert som et antatt gjennomsnitt for den aktuelle bruker. Videre forteller informanten at det har blitt lagt økt vekt på at registreringen faktisk blir foretatt. For å motivere sine ansatte til å foreta registreringen, blir de ansatte minnet om «at stillingen din er finansiert av registreringen».

Med en slik praktisering kan det være en risiko for at tiden som blir registrert blir noe høyere enn utført tid.

Manglende samsvar mellom vedtatt tid og utført tid vil føre til at utbetalingen av tilskuddet blir ikke riktig og at våre beregninger av enhetskostnader heller ikke er riktige.

Direkte brukertid

I Helsedirektoratet (2015) heter det:

«For tjenester som utføres i brukers opprinnelige bolig er reisetid en betydelig kostnadsdriver som skal dekkes gjennom enhetsprisene. [...] For å dekke merknader for lang reisetid er det derfor benyttet statistikk for innbyggernes gjennomsnittlige reisetid til kommunesenter og innbyggernes gjennomsnittlige reiseavstand til sitt sonesenter. Det legges opp til et påslag etter gruppering av kommuner etter reisetid til kommunesenter og reiseavstand til sonesenter.»

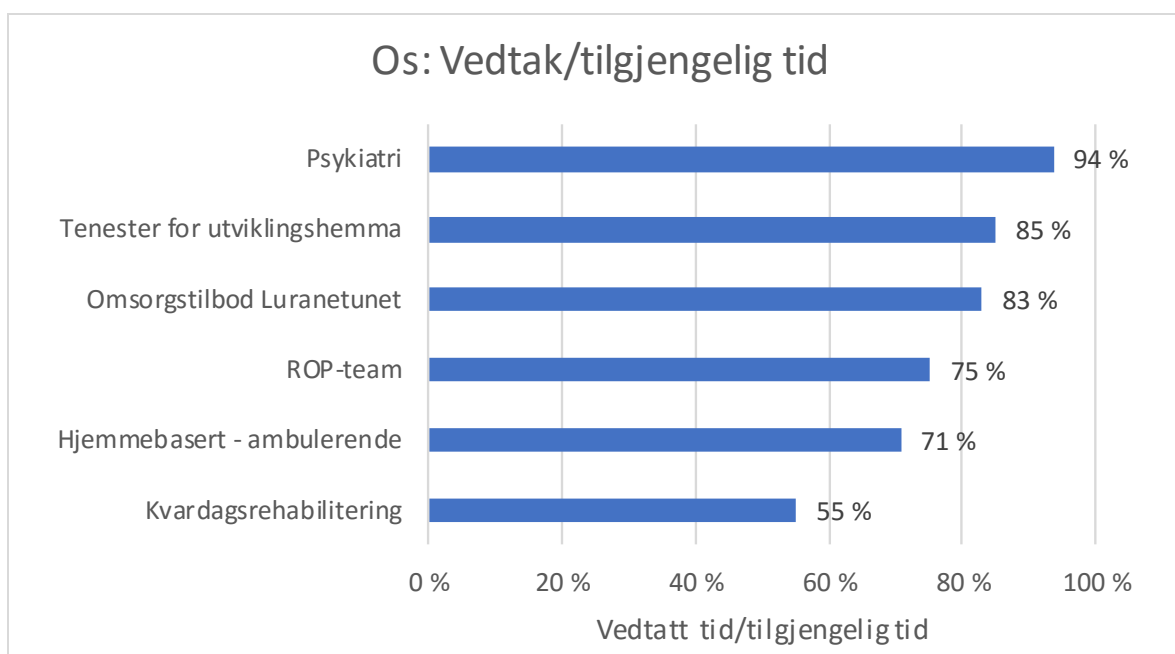
Landets kommuner er gruppert i fire grupper etter reisetid til kommunesenter og sonesenter. 326 av landets kommuner er i gruppen med kortest reisetid. Alle de fire A-kommunene er i denne gruppen. I forsøket er altså forskjeller i reisetid håndtert med en relativt grov metode.

For denne gruppen er satsene fastlagt på grunnlag av andelen direkte brukertid vist i tabellen på neste side.

Tabell 6.2. Andel direkte brukertid for ulike tjenester lagt til grunn ved fastlegging av satsene bruket i forsøket

	Helsetjenester					Praktisk bistand - daglig gjøremål				Praktisk bistand - opplæring			
	Ambulerende		Boliger		Stasjonær	Ambulerende		Boliger		Ambulerende		Boliger	
	Dag/ kveld	Natt	Dag/ kveld	Natt	Dag/ kveld/ natt	Dag/ kveld	Natt	Dag/ kveld	Natt	Dag/ kveld	Natt	Dag/ kveld	Natt
Andel direkte brukertid	60 %	50 %	80 %	100 %	100 %	75 %	50 %	90 %	100 %	75 %	50 %	90 %	100 %
Andel indirekte brukertid	40 %	50 %	20 %			25 %	50 %	10 %		25 %	50 %	10 %	
Sum	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

For de statlige satsene er det altså lagt til grunn at den direkte brukertiden for de ambulerende helsetjenestene er 60 prosent og 80 prosent for boligene. For Os har vi sammenliknet disse satsene med forholdet mellom vedtatt tid og tilgjengelig tid vist i tabellen under. Forholdet mellom disse størrelsene er altså ikke helt det samme som direkte brukertid, som altså kan defineres som forholdet mellom utført tid og tilgjengelig tid.



Figur 6.1 Andelen direkte brukertid i 2017 for ulike organisatoriske enheter i Os kommune

I 2017 varierte forholdet mellom vedtatt tid og tilgjengelig tid mellom 55 prosent for «Kvardagsrehabilitering» til 94 prosent for «Psykiatri». Andelenes er en god del høyere enn den direkte brukertiden som danner grunnlag for de statlige satsene. Os blir de høye andelenes forklart med at mange av brukerne bor i boliger sentralt i kommunen, som gir kort reisevei for den ambulerende hjemmetjenesten. I Os er det bygd mange slike boliger de siste årene. Boligene har vært attraktive for den eldre delen av befolkningen som nå altså trenger pleie- og omsorgstjenester fra kommunen.

Som nevnt i avsnitt 2.4 har det vært en utfordring at fagsystemet og økonomisystemet ikke opererer med den samme organisatoriske inndeling. Det har gjort det vanskeligere å koble data for økonomi og tjenester. Vi kan ikke se bort fra at det fortsatt er feil i datagrunnlaget som påvirker andelenes i figuren over. Spesielt innen tjenestene som organisert under «psykiatri» har det vært krevende å koble data for økonomi og tjenester.

Bemanningsfaktorer

Direktoratet har beregnet døgnstatsene på grunnlag av bemanningsfaktorer vist i tabellen under. Bemanningen omfatter ansatte i pleien, kjøkken- og vaskeripersonell, ledere og merkantilt personale.

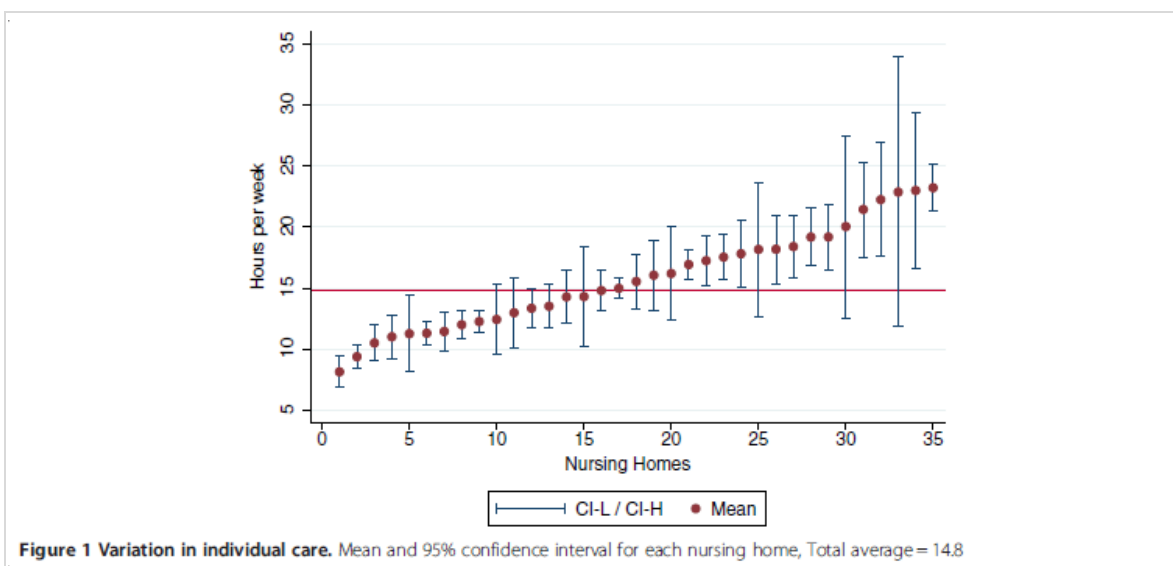
Tabell 6.3 Bemanningsfaktorer lagt til grunn ved fastlegging av satsene bruket i forsøket

	Ordinær sykehjems- plass	Tids- begrenset opphold- rehabili- tering	Tids- begrenset opphold - avlastning	Forsterket sykehjems- plass	Skjermet/ tilrettelagt sykehjems plass
Helsepersonell med høyere utdanning	0,30	0,37	0,35	0,50	0,35
Helsepersonell med videregående utdanning	0,57	0,63	0,62	0,78	0,62
Øvrig stedbunden personell	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20
Sum bemanningsfaktor	1,07	1,20	1,17	1,48	1,17

De statlige satsene bygger altså på bemanningsfaktorer for fem ulike type plasser. Oslo og Drammen blir regnet som kommuner med effektiv drift av sykehjem. Driften i disse kommunene tar utgangspunkt i en pleiefaktor på 0,7 eller i overkant. Satsene i tabellene over ligger en god del høyere. Satsene ville altså gitt Oslo og Drammen en betydelig økonomisk gevinst om kommunene hadde vært med i forsøket med statlig finansiering. På den annen side vil ordningen kunne gi tap for kommuner med lite rasjonell drift og smådriftsulempen. Ordningen åpner altså opp for både tap og gevinst for kommunene som deltar, noe også resultatene for de fire A-kommunene viser.

Variasjoner i bemanning

Døhl mfl. (2014)¹³ viser resultatene av kartleggingen av spredningen i antall registrerte timer pr. uke for 35 norske sykehjem og boliger med døgnomsorg. Resultatene av kartleggingen i figuren viser variasjoner i timetallet i den enkelte institusjon, og mellom institusjonene.



Figur 6.2 Spredningen i tildelte timer pr. uke for personer på 35 sykehjem og boliger med døgnomsorg. Gjennomsnitt (rød prikk) og spredning for det enkelte sykehjem (Døhl m.fl., 2014)

¹³ Døhl, Øystein, Helge Garåsen, Jorid Kalseth og Jon Magnussen (2015): "Variations in levels of care between nursing home patients in a public health care system". BMC Health Services Research 2014; 14:108. <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-108>

I de 35 sykehjemmene varierte gjennomsnittlig antall tildelte timer fra rundt 8 til rundt 23, jf. figuren over. Også innen det enkelte sykehjem er det relativt store variasjoner. Noe av denne variasjonen kommer også til uttrykk om en ser på gjennomsnittlige bruttoutgifter pr. sykehjemsplass i norske kommuner, som ligger mellom 0,5 mill. kr til 1,5 mill. kr pr. plass. De store forskjellene viser at heldøgns omsorg ikke er et enhetlig tilbud, selv ikke for sykehjem.

For en kommune kan det være rasjonelt å tilrettelegge et tilbud i sykehjem og boliger med døgnbemanning med et ulikt nivå på bemanningen ut fra behovet for bistand til ulike brukere. Det har blitt mer vanlig å se tilbudet på sykehjem og i boliger i sammenheng. En del kommuner har erfart at det er mulig å gi et godt tilbud i boliger til brukere som ellers ville vært på langtidsplass på sykehjemmet. Forutsetningen er at boligene har tilstrekkelig bemanning til at disse brukerne kan få et forsvarlig tilbud.

Variasjonen i tilbudet vist i figuren over fanges ikke opp i den grove inndelingen av satsene i fem typer plasser. For sykehjem gis tildelingen pr. døgn, mens den for andre tjenester blir gitt pr. time. Tildelingen pr. time åpner for en mer fleksibel organisering av tilbudet. Man kan altså si at det er foretatt en normering av bemanningen for institusjon som ikke er gjort for de øvrige tjenestene i finansieringsmodellen.

Forholdet mellom helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand

Helsedirektoratet (2017)¹⁴ beskriver kriterier for tildeling av tjenestene i forsøket. Her kommer det frem at *praktisk bistand* omfatter bistand til dagliglivets praktiske gjøremål, egenomsorg og personlig stell. *Helsetjenester i hjemmet* er planlagte kommunale helsetjenester, som for eksempel ulike former for hjemmesykepleie, administrering av legemidler og psykisk helsearbeid. For hver av de to tjenestene blir det gitt ulike eksempler av type tilbud som de to kategoriene omfatter.

Kommunen opplever at tildelingskriteriene *ikke* gir et klart skille mellom de to tjenestene, samtidig som det nok kan være en «gråson». En kommune har fortalt om at noen av tjenestene i 2016 ble kodet om fra praktisk bistand til helsetjenester i hjemmet. Omkodingen har økt tilskuddet til kommunen noe. I løpet av 2017 har det vært foretatt en omkoding av tjenester fra helsetjenester til praktisk bistand. Omkodingen har ført til redusert tilskudd.

Kommunene opplever følgende utfordringer:

- ▶ Ansatte kan i løpet av et besøk utføre både praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet. I prinsippet skal da besøket bli fordelt på de to tjenestene.
- ▶ Det er ikke noe klar avgrensning for hvilke yrkesgrupper som utfører tjenestene. Det er for eksempel ikke noe krav til høyskoleutdanning for å kunne tilby helsetjenester i hjemmet. Samtidig utfører personer med høyskoleutdanning også praktisk bistand.
- ▶ Klassifiseringen henger til en viss grad sammen med formålet med tildelingen. I kriteriene fra direktoratet heter det at trygghetsalarm regnet som helsetjenester i hjemmet «der dette bidrar i behandling eller til trygghet i en spesiell helsemessig situasjon (eks. ved KOLS)». Også andre tilbud kan regnes som helsetjenester i hjemmet dersom tildelingen er helsemessig begrunnet.
- ▶ I en av kommunene er det foretatt en omkoding fra helsetjenester i hjemmet til praktisk bistand. Omkodingen er gjort etter oppfordring fra Helsedirektoratet. Resultatet har vært redusert tilskudd som følge av lavere satser for praktisk bistand enn for helsetjenester i hjemmet.

Kommunene opplever altså at skillet ikke er entydig og at det kan være vanskelig å praktisere. En mulig løsning kan være å etablere en felles sats for de to tjenestene.

¹⁴ Helsedirektoratet (2017): Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester. Kriterier for tildeling av omsorgstjenester - Arbeidsprosess, rutiner og verktøy – Tjenestekriterier. Rapport IS-2391

6.4 Hvordan har finansieringsmodellen påvirket kommunene?

I det følgende gjør vi et forsøk på å svare på spørsmålene gitt i tilleggsoppdraget om økonomisk utvikling (jf. avsnitt 2.1).

Mulig tendens til økte kommunale utgifter som følge av at staten betaler

De fire A-kommunene er preget av en sterk vekst i aldersgruppene som har behov for pleie- og omsorgstjenester. For de fire kommuner er det i perioden fra 2014 til 2020 beregnet en vekst i behovet som følge av demografisk utvikling på 3,2 prosent i gjennomsnitt pr. år. Lavest nivå har Stjørdal med 2,5 prosent, og høyest nivå har Os med 4,2 prosent.

Vi har beregnet veksten i bruttoutgifter korrigert for veksten som kan knyttes til den demografiske utviklingen. Når man ser 2016 og 2017 under ett har Lillesand, Os og Stjørdal en sterkere vekst enn tidligere, mens veksten i Hobøl har vært svakere.

Utviklingen kan kanskje sies å være innenfor normale årlige variasjoner. Samtidig har brutto-utgiftene og realveksten økt fra 2016 til 2017. Konklusjonen er altså en mulig tendens til økte kommunale utgifter som følge av at staten betaler.

Staten finansierer en økt del av utgiftene

Det er beregnet en samlet økonomisk gevinst for kommunene i 2017 på i underkant av 100 mill. kr. Gevinsten henger sammen med et generøst uttrekk fra rammetilskuddet (45,5 mill. kr), økt statlig bidrag til ressurskrevende tjenester (22,1 mill. kr) og lavere enhetskostnader i kommunene enn satsene brukt i forsøket (52,9 mill. kr). Resultatet er at staten finansierer en økt del av utgiftene.

Den langsiktige trenden for utviklingen av tjenestene fortsetter ikke helt som før

Den langsiktige trenden i hele Norden går i retning av at flere får et tilbud i eget hjem og færre får tilbud på institusjon. Før forsøket startet var det også en tilsvarende utvikling for kommunene i forsøket, som kom til uttrykk ved en reduksjon av andel utgifter brukt på institusjon.

A-kommunene har hatt en utvikling fra 2015 til 2017 som bryter med den langsiktige trenden (jf. figuren under). For alle de fire kommunene har andelen utgifter brukt på institusjon økt. Den gjennomsnittlige økningen har vært på 1,9 prosentpoeng.

Samlet antall plasser i bruk for de fire kommunene har kun økt med to plasser, fra 213 i 2015 til 215 i 2017 (jf. figuren over). Det stabile nivået som har holdt seg helt siden 2011 videreføres altså også de to siste årene. Gjennom hele perioden har det vært en tendens til en økning i antall korttidsplasser og en reduksjon i antall langtidsplasser. Denne tendensen ser ut til å bli forsterket de to siste årene med en særlig sterk vekst for korttidsplassene.

Korttidsplassene er jevnt over noe dyrere i drift enn langtidsplassene. Flere korttidsplasser kan altså være noe av forklaringen til de økte utgiftene til institusjon. Dette er imidlertid neppe hele forklaringen. Andre mulige forklaringer er økt bemanning (pleiefaktorer), og økt bruk av vikarer og ekstrahjelp. Vi vet ikke i hvilken grad det eventuelt kan ha skjedd en slik utvikling i kommunene.

Svak statistikk gjør det vanskelig å si om det er rimelig samsvar mellom tilskudd, utgifter og årsverk

Den aktivitetsbaserte delen av tilskuddet blir betalt ut på grunnlag av antall timer i vedtaket til den enkelte bruker. Kommunene har i ulik grad oversikt over om varigheten av tilbudet til den enkelte bruker stemmer med tildelingen. Revisjonen skal imidlertid føre kontroll med at det er et rimelig samsvar mellom hva som blir tildelt og hva som brukerne faktisk mottar. Så langt har ikke disse kontrollene avdekket avvik.

I prinsippet ville det være mulig analysere situasjonen med et noe annet utgangspunkt, nemlig om det er et rimelig samsvar mellom økningen i tilskuddet, utgifter og årsverk. Dersom utgiftene og årsverkene ikke øker i samme takt som tilskuddet, kan det være en indikasjon på en ubalanse mellom vedtatte og utførte timer.

I praksis er dette vanskelig som følge av det har tatt tid å rydde opp i systemene. Oppryddingen har påvirket nivået på korreksjonsoppgjørene. Utviklingen trenger derfor ikke være et reelt uttrykk for utviklingen i aktiviteten. Vi vet heller ikke hvor stor endringen er fra 2016. Grunnen til dette er at tilskuddet i 2016 kun var basert på endringer i løpet av året.

Vedlegg: Utfyllende statistikk

Tabell V.1 Statlige satser for ulike tjenester brukt i forsøket for 2014, 2016 og 2017

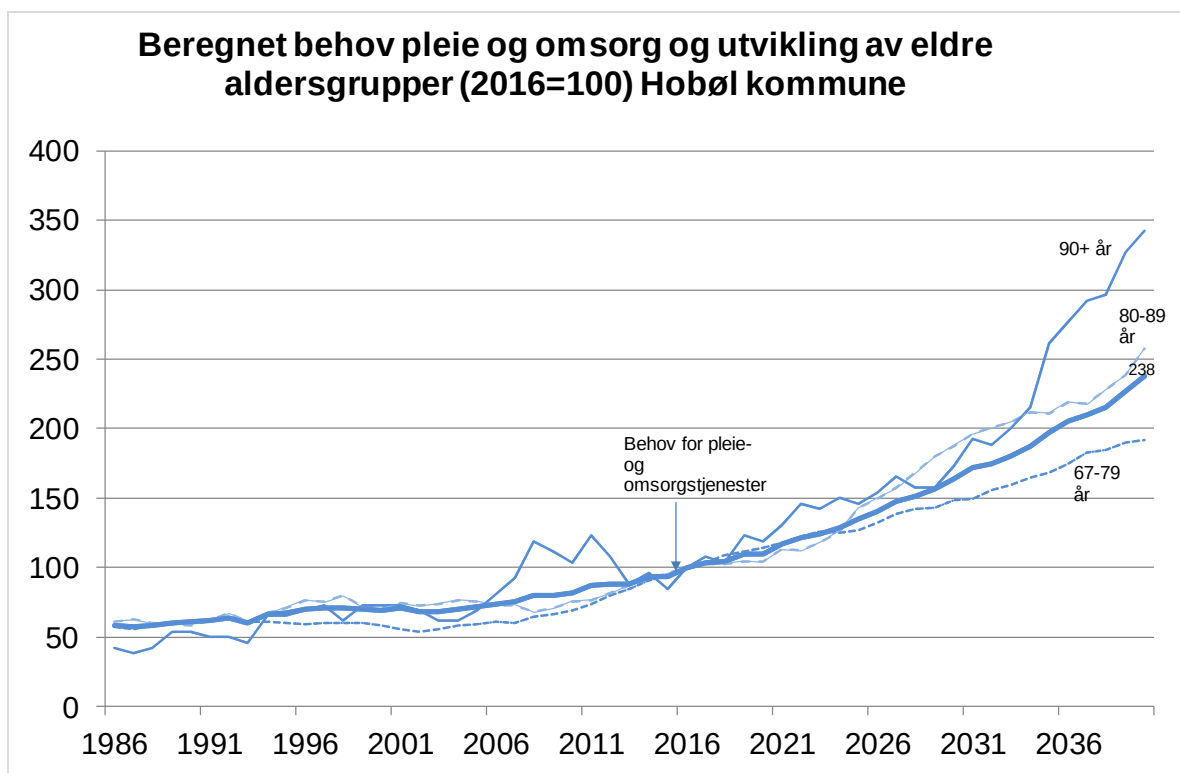
				Enhetspriser		
			Tjenesteko de	2014	2016	2017
Helsetjenester i hjemmet	Ambulerende	Dag/kveld pr time	HTAMDK	659	706	724
		Natt pr time	HTAMN	931	995	1020
	Boliger	Dag/kveld pr time	HTBODK	490	524	537
		Natt pr time	HTBON	457	489	501
	Stasjonær	Dag/kveld/natt pr time	HTST	504	538	551
Praktisk bistand - daglige gjøremål	Ambulerende	Dag/kveld pr time	PBAMDK	452	482	494
		Natt pr time	PBAMN	828	882	904
	Boliger	Dag/kveld pr time	PBBODK	379	404	414
		Natt pr time	PBBON	411	438	449
Praktisk bistand - opplæring	Ambulerende	Dag/kveld pr time	POAMDK	501	535	548
		Natt pr time	POAMN	896	956	980
	Boliger	Dag/kveld pr time	POBDK	408	434	445
		Natt pr time	POBN	437	466	478
Praktisk bistand - brukerstyrt personlig assistent		dag/kveld pr time	BPADK	328	350	359
		natt pr time	BPAN	402	429	440
Omsorgslønn		Pr time	OL	215	228	234
Støttekontakt/Støttekontakt i gruppe		Bemanningsfaktor 1,0 - pr time	SK1	192	232	238
		Bemanningsfaktor 0,8, - pr time	SK08	192	193	198
		Bemanningsfaktor 0,5, - pr time	SK05	192	133	136
		Bemanningsfaktor 0,3, - pr time	SK03	192	93	95
		Bemanningsfaktor 0,1, pr time	SK01	192	54	55
Avlastning utenfor institusjon		Pr time	AUI	245	263	270
Dag-/Aktivitetstilbud	Bemanningsfaktor 1,0 - pr time		DA1	410	442	453
	Bemanningsfaktor 0,8, - pr time		DA08	343	371	380
	Bemanningsfaktor 0,5, - pr time		DA05	243	264	271
	Bemanningsfaktor 0,3, - pr time		DA03	176	193	198
	Bemanningsfaktor 0,1, pr time		DA01	109	122	125
	Bemanningsfaktor 1,0 - pr time		D1		442	453
	Bemanningsfaktor 0,8, - pr time		D08		371	380
	Bemanningsfaktor 0,5, - pr time		D05		264	271
	Bemanningsfaktor 0,3, - pr time		D03		193	198
	Bemanningsfaktor 0,1, pr time		D01		122	125
Langtidsplass i institusjon - ordinær sykehjem		Kommunens plass pr døgn	LOKO	2 091	2229	2284
		Kjøp av plass pr døgn	LOKJ	2 168	2310	2368
Langtidsplass i institusjon - aldershjem		Kommunens plass pr døgn	AKO	1 689	1809	1854
		Kjøp av plass pr døgn	AKJ	1 765	1890	1937
Tidsbegrenset opphold i institusjon - rehabilitering		Kommunens plass pr døgn	TUKO	2 651	2810	2880
		Kjøp av plass pr døgn	TUKJ	2 727	2891	2963
		Kommunens plass pr døgn	TRKO		2810	2880
		Kjøp av plass pr døgn	TRKJ		2891	2963
Tidsbegrenset opphold i institusjon - avlastning		Kommunens plass pr døgn	TAKO	2 745	2907	2979
		Kjøp av plass pr døgn	TAKJ	2 821	2988	3063
		Kommunens plass pr døgn	TANKO		2907	2979
		Kjøp av plass pr døgn	TANKJ		2988	3063
Langtidsplass i institusjon - skjermet/tilrettelagt		Kommunens plass pr døgn	LSKO	2 287	2432	2493
		Kjøp av plass pr døgn	LSKJ	2 363	2513	2576
Langtidsplass i institusjon - forsterket		Kommunens plass pr døgn	LFKO	2 905	3058	3135
		Kjøp av plass pr døgn	LFKJ	2 981	3139	3218
Utskrivningsklare pasienter fra sykehus		Pr døgn	UK		4505	4622

Tabell V.2 Beregnede enhetspriser for de fire A-kommunene 2017

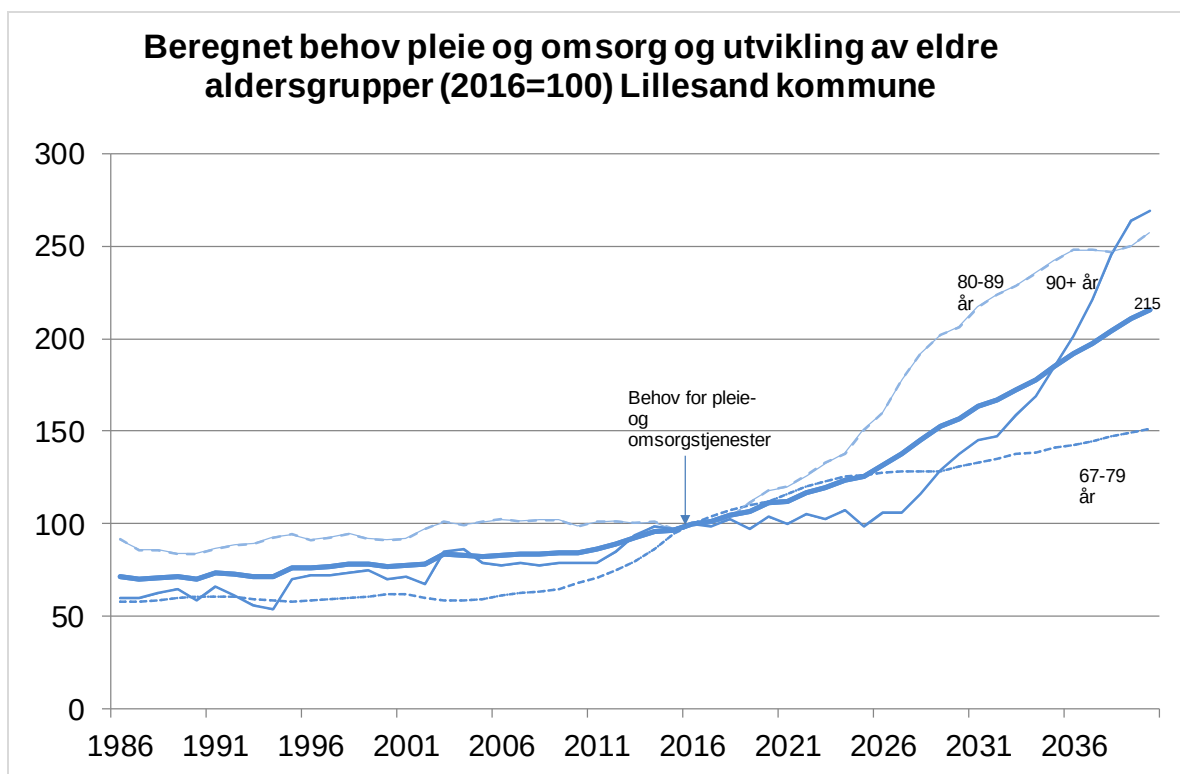
Tjeneste			Enhetspriser				
			Landet	Hobøl	Lillesand	Os	Stjørdal
Helsetjenester i hjemmet	Ambulerende	Dag/kveld pr time	724	889	692	583	673
		Natt pr time	1020	1253	830	826	949
	Boliger	Dag/kveld pr time	537	660	528	586	499
		Natt pr time	501	615	492	500	466
Praktisk bistand - daglige gjøremål	Stasjonær	Dag/kveld/natt pr time	551	677	526	289	512
	Ambulerende	Dag/kveld pr time	494	607	528	400	459
		Natt pr time	904				
Praktisk bistand - opplæring	Boliger	Dag/kveld pr time	414	509	395	471	385
		Natt pr time	449	552			418
	Ambulerende	Dag/kveld pr time	548	673	539	479	510
		Natt pr time	980				
Praktisk bistand - brukerstyrt personlig assistent	Boliger	Dag/kveld pr time	445	547	437		414
		Natt pr time	478				
		dag/kveld pr time	359	429	262		429
		natt pr time	440	431	321		
Omsorgslønn		Pr time	234	162	167	209	185
Støttekontakt/Støttekontakt i gruppe		Bemanningsfaktor 1,0 - pr time	238	199		227	102
		Bemanningsfaktor 0,8 - pr time	198				85
		Bemanningsfaktor 0,5 - pr time	136			130	58
		Bemanningsfaktor 0,3 - pr time	95			91	41
		Bemanningsfaktor 0,1, pr time	55		68		
Avlastning utenfor institusjon		Pr time	270	337	258		
Dag-/Aktivitetstilbud		Bemanningsfaktor 1,0 - pr time	453	124	445	293	530
		Bemanningsfaktor 0,8 - pr time	380	104	342		445
		Bemanningsfaktor 0,5 - pr time	271	74	197	179	317
		Bemanningsfaktor 0,3 - pr time	198	54	212	130	232
		Bemanningsfaktor 0,1, pr time	125		155		0
		Bemanningsfaktor 1,0 - pr time	453				
		Bemanningsfaktor 0,8 - pr time	380				
		Bemanningsfaktor 0,5 - pr time	271				
		Bemanningsfaktor 0,3 - pr time	198				
		Bemanningsfaktor 0,1, pr time	125				
Langtidsplass i institusjon - ordinær sykehjem		Kommunens plass pr døgn	2284	2066	2471	2589	2033
		Kjøp av plass pr døgn	2368			4906	2108
Langtidsplass i institusjon - aldershjem		Kommunens plass pr døgn	1854		1312		1650
		Kjøp av plass pr døgn	1937				1724
Tidsbegrenset opphold i institusjon - rehabilitering		Kommunens plass pr døgn	2880	2605		3264	2564
		Kjøp av plass pr døgn	2963				2638
		Kommunens plass pr døgn	2880		3116		2564
		Kjøp av plass pr døgn	2963				2638
Tidsbegrenset opphold i institusjon - avlastning		Kommunens plass pr døgn	2979	2695	3223		2652
		Kjøp av plass pr døgn	3063				2726
		Kommunens plass pr døgn	2979		3223	3377	2652
		Kjøp av plass pr døgn	3063			6345	2726
Langtidsplass i institusjon - skjermet/tilrettelagt		Kommunens plass pr døgn	2493	2255	2852		2219
		Kjøp av plass pr døgn	2576				2293
Langtidsplass i institusjon - forsterket		Kommunens plass pr døgn	3135		3196	3553	2790
		Kjøp av plass pr døgn	3218			6666	2865
Utskrivningsklare pasienter fra sykehus		Pr døgn	4622				4115

Tabell V.3 Avvik mellom beregnede enhetspriser og satser brukt i forsøket

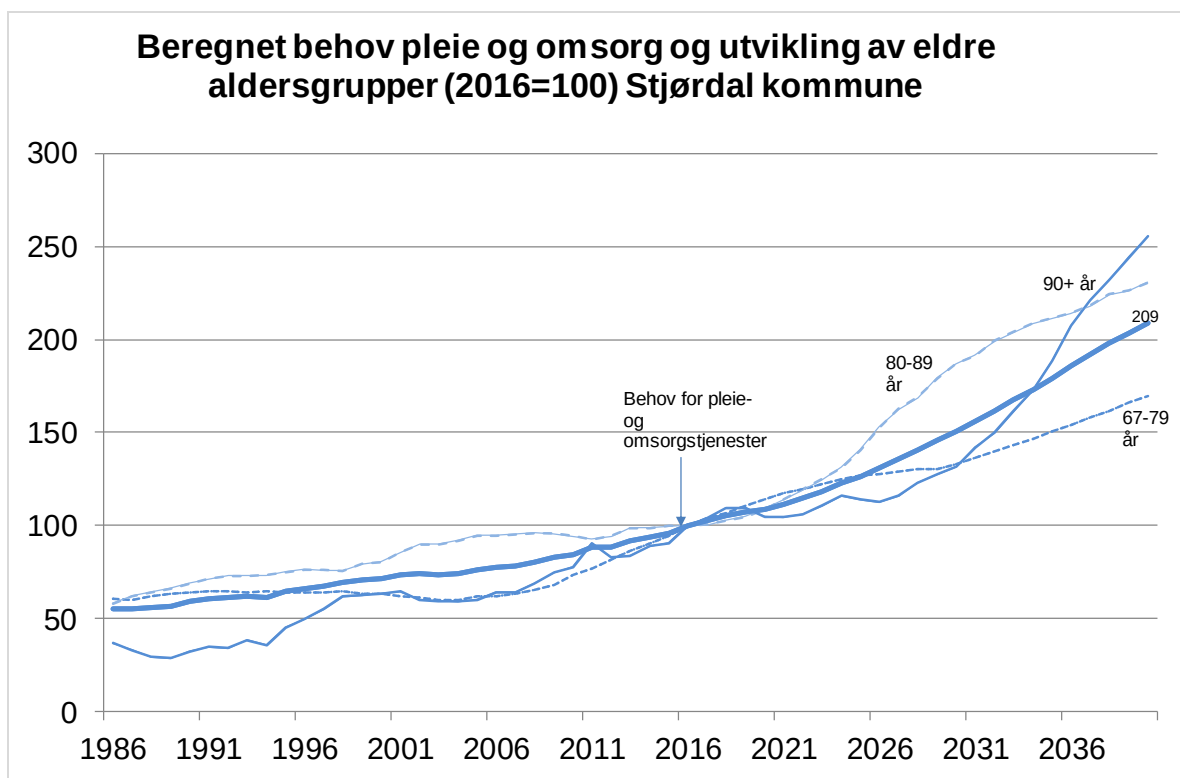
			Avvik satser brukt i forsøket			
			Hobøl	Lillesand	Os	Stjørdal
Tjeneste		Detaljer				
Helsetjenester i hjemmet	Ambulerende	Dag/kveld pr time	-165	32	141	51
		Natt pr time	-233	190	194	71
	Boliger	Dag/kveld pr time	-123	9	-49	38
		Natt pr time	-114	9	1	35
	Stasjonær	Dag/kveld/natt pr time	-126	25	262	39
Praktisk bistand - daglige gjøremål	Ambulerende	Dag/kveld pr time	-113	-34	94	35
		Natt pr time				
	Boliger	Dag/kveld pr time	-95	19	-57	29
		Natt pr time				31
Praktisk bistand - opplæring	Ambulerende	Dag/kveld pr time	-125	9	69	38
		Natt pr time				
	Boliger	Dag/kveld pr time	-102	8		31
		Natt pr time				
Praktisk bistand - brukerstyrt personlig assistent		dag/kveld pr time	-70	97		-70
		natt pr time		119		
Omsorgslønn		Pr time	72	67	25	49
Støttekontakt/Støttekontakt i gruppe		Bemanningsfaktor 1,0 - pr time	39		11	136
		Bemanningsfaktor 0,8, - pr time				113
		Bemanningsfaktor 0,5, - pr time			6	78
		Bemanningsfaktor 0,3, - pr time			4	54
		Bemanningsfaktor 0,1, pr time		-13		
Avlastning utenfor institusjon		Pr time	-67	12		
Dag-/Aktivitetstilbud		Bemanningsfaktor 1,0 - pr time	329	8	160	-77
		Bemanningsfaktor 0,8, - pr time	276	38		-65
		Bemanningsfaktor 0,5, - pr time	197	74	92	-46
		Bemanningsfaktor 0,3, - pr time	144	-14	68	-34
		Bemanningsfaktor 0,1, pr time		-30		
		Bemanningsfaktor 1,0 - pr time				
		Bemanningsfaktor 0,8, - pr time				
		Bemanningsfaktor 0,5, - pr time				
		Bemanningsfaktor 0,3, - pr time				
	Bemanningsfaktor 0,1, pr time					
Langtidsplass i institusjon - ordinær sykehjem		Kommunens plass pr døgn	218	-187	-305	251
		Kjøp av plass pr døgn				260
Langtidsplass i institusjon - aldershjem		Kommunens plass pr døgn		542		204
		Kjøp av plass pr døgn				213
Tidsbegrenset opphold i institusjon - rehabilitering		Kommunens plass pr døgn	275		-384	316
		Kjøp av plass pr døgn				325
		Kommunens plass pr døgn		-236		316
		Kjøp av plass pr døgn				325
Tidsbegrenset opphold i institusjon - avlastning		Kommunens plass pr døgn	284	-244		327
		Kjøp av plass pr døgn				336
		Kommunens plass pr døgn		-244	-397	327
		Kjøp av plass pr døgn			-3283	336
Langtidsplass i institusjon - skjermet/tilrettelagt		Kommunens plass pr døgn	238	-359		274
		Kjøp av plass pr døgn				283
Langtidsplass i institusjon - forsterket		Kommunens plass pr døgn		-62	-418	344
		Kjøp av plass pr døgn				353
Utskrivningsklare pasienter fra sykehus		Pr døgn				507



Figur V.1 Beregnet behov for pleie- og omsorgstjenester (2016=100) i Hobøl kommune og utvikling av tre aldersgrupper eldre (2016=100) som er sentrale for beregning av behovet



Figur V.2. Beregnet behov for pleie- og omsorgstjenester (2016=100) i Lillesand kommune og utvikling av tre aldersgrupper eldre (2016=100) som er sentrale for beregning av behovet



Figur V.3 Beregnet behov for pleie- og omsorgstjenester (2016=100) i Stjørdal kommune og utvikling av tre aldersgrupper eldre (2016=100) som er sentrale for beregning av behovet