



Ressurskrevende omsorgstjenester i kommunene

Finansieringsordningenes betydning for tjenestene

TROND ERIK LUNDER, HELLE KISE HJERTSTRØM, LARS HÅKONSEN, MARIT SISSEL
KVERNENES

TF-rapport nr. 539

2019

Tittel: Ressurskrevende omsorgstjenester i kommunene
Undertittel: Finansieringsordningenes betydning for tjenestene
TF-rapport nr: 539
Forfatter(e): Trond Erik Lunder, Helle Kise Hjertrøm, Lars Håkonsen, Marit Sissel Kvernenes
Dato: 10.1.2020
ISBN: 978-82-336-0311-3
ISSN: 1501-9918
Pris: 230,- (Kan lastes ned gratis fra www.telemarksforskning.no)
Framsidedfoto: Istock
Prosjekt: Vurdering av toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester og rapporteringen av personer med psykisk utviklingshemming
Prosjektnr.: 20190480
Prosjektleder: Trond Erik Lunder
Oppdragsgiver(e): Kommunal- og moderniseringsdepartementet

Spørsmål om denne rapporten kan rettes til:

Telemarksforskning
Postboks 4
3833 Bø i Telemark
Tlf: +47 35 06 15 00
www.telemarksforskning.no

Resymé:

Rapporten gir en analyse av toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester og rapporteringen av personer med psykisk utviklingshemming. Spørsmålet er om disse ordningene påvirker omfang, innretning og organisering av ressurskrevende tjenester. Vi finner få tegn til at toppfinansieringsordningen påvirker tjenestene i en retning som går på tvers av regelverk, helsefaglige vurderinger eller effektivitet. De økonomiske insentivene overstyres i stor grad av andre føringer. Samtidig er toppfinansieringsordningen svært viktig for ressursfordelingen mellom kommuner ved at den reduserer belastningen av å ha særlig mange ressurskrevende brukere. Når det gjelder PU-kriteriet, så har heller ikke dette noen åpenbar effekt på hvilke tjenester som blir gitt. Det finnes derimot etiske argumenter for at kriteriet bør fjernes, og når det gjelder ressursfordelingen, så vil de mest ressurskrevende av de som i dag utløser kriteriet, fanges opp av toppfinansieringsordningen.



Trond Erik Lunder er utdannet Ph.D i samfunnsøkonomi fra NTNU i 2015. Han har arbeidet ved Telemarksforskning siden 2004. Prosjektporteføljen har hovedsakelig bestått av forsknings- og utredningsoppdrag med kommuneøkonomi og offentlige velferdstjenester som tema



Helle Kise Hjertrøm er utdannet sosiolog fra Universitetet i Tromsø - Norges Arktiske universitet. Hun har vært ansatt som forsker i Telemarksforskning siden februar 2019. Hennes faglige interesser er særlig knyttet implementering av politiske initiativ, organisering av helse- og velferdstjenester, helsepolitikk og etnografi



Lars Håkonsen er dr.oecon fra NHH i 1998 og har siden da vært tilknyttet Telemarksforskning i tillegg til sin hovedstilling som førsteamanuensis ved USN. Lars har i løpet av de siste 20 år vært involvert i en lang rekke prosjekter omkring de fleste aspekter rundt kommuneøkonomi, inntektssystemet og statlig styring av kommunene.



Marit Sissel Kvernenes er utdannet statsviter fra Universitetet i Oslo med fordypning i komparativ politikk og kvantitativ metode og har vært ansatt hos Telemarksforskning siden våren 2019.

Forord

Denne rapporten dokumenterer prosjektet «Vurdering av toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester og rapporteringen av personer med psykisk utviklingshemming». Formålet er å se om ordningene påvirker omfang, innretning og organisering av ressurskrevende tjenester i kommunene. Prosjektet er gjennomført på oppdrag fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet og hadde oppstart i mai 2019.

For oss har dette vært et interessant og lærerikt prosjekt. Vi har besøkt til sammen seks kommuner, hvor vi har blitt tatt godt imot av representanter for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Vi har møtt personer med mye kunnskap om, og et tydelig engasjement for, en stor og kompleks kommunal tjeneste. Ved siden av at det rent helsefaglige skal løses innenfor økonomiske og juridiske rammer, er det også forventninger om gjennomføring av reformer, tjenesteutvikling, forebygging, støtte til pårørende osv., som skal tas hensyn til. Vi vil derfor takke alle de som satte av tid til å møte oss.

Prosjektet har hatt en referansegruppe med medlemmer fra Helsedirektoratet, KS, NAKU, Hedmark Revisjon IKS og kommunene Trondheim, Dovre og Fredrikstad. Disse har gitt nyttige innspill i arbeidet med prosjektet. Hovedkontakt hos KMD har vært Hilde Marie Skarvang. Vi vil takke alle for et godt samarbeid.

Bø, 8.1.2020

Trond Erik Lunder

Prosjektleder

Innhold

Sammendrag.....	7
1. Innledning.....	13
1.1 Kort beskrivelse av ordningene	14
1.2 Tidligere undersøkelser	16
1.3 Problemstillinger.....	20
2. Metode.....	23
2.1 Forstudie	23
2.2 Kvantitative data.....	24
2.3 Casestudien	24
2.4 Vurdering av forskingsdesign.....	30
2.5 Gjennomføring og bearbeiding av intervjudata	32
2.6 Forskningsetikk og personvern.....	32
3. Finansiering av kommunale pleie- og omsorgstjenester.....	33
3.1 Rammefinansiering (inkl. PU-kriteriet)	33
3.2 Refusjonsordningen for særlig ressurskrevende tjenester.....	36
3.3 Brukerbetaling og andre tilskuddsordninger.....	42
3.4 Refusjonsordningens insentivvirkninger – økonomiteoretisk betraktning	43
4. Tildeling av pleie- og omsorgstjenester (i case-kommunene).....	52
4.1 De ressurskrevende brukerne.....	52
4.2 Aktører og kontaktflater i kommunen	54
4.3 Tjenestene	57
4.4 Tildeling av tjenester	59
5. Kvantitative analyser av kommunedata	63
5.1 De to ordningenes økonomiske betydning.....	63
5.2 Regresjonsanalyser	67

6. Rapportering av brukere i case-kommunene	77
6.1 Innrapporteringsskjemaet og søknadsprosessen	77
6.2 Revisors kontrollhandlinger.....	78
6.3 Kommunens egne beregninger av bruttoutgifter per bruker	79
6.4 Kommunenes beregninger kan være unike og personavhengige.....	86
6.5 Elementene som revisor og kommuner oftest diskuterer.....	87
6.6 PU-kriteriet	90
7. Analyse – ordningenes betydning for tildeling av tjenester	93
7.1 Allokeringseffektivitet i kommunen – prioritering av brukergrupper og tjenester....	94
7.2 Produksjonseffektivitet – hvordan tjenestene produseres.....	97
7.3 Allokeringseffektivitet mellom kommuner	100
7.4 Varierer funnene mellom kommuner?	103
7.5 Overordnet vurdering av ordningene.....	103
8. Utfordringer og mulige endringer	106
8.1 Kostnadsrisiko for de minste kommunene.....	106
8.2 Hva kan gjøres med aldersgrensen på 67 år?.....	108
8.3 PU-kriteriet – kan det fjernes?.....	111
8.4 Avsluttende kommentar om endringsforslag	115

Sammendrag

Om prosjektet

Toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester ble opprettet i 2004 for å legge til rette for at kommunene kan gi et godt tjenestetilbud til mottakere som har krav på omfattende helse- og omsorgstjenester. Dette har vært nødvendig ettersom man ikke har funnet kriterier som på en tilfredsstillende måte kunne fordelt de samme midlene gjennom inntektssystemet. Gjennom ordningen kan kommunene få refundert deler av utgiftene til ressurskrevende tjenester. I kombinasjon med kriteriet «Antall personer med psykisk utviklingshemming» i inntektssystemet, det såkalte PU-kriteriet, fordeles nå godt over 20 milliarder kroner årlig mellom kommunene. De to ordningene er svært ulikt utformet, men det er naturlig å se dem i sammenheng fordi de delvis dekker samme brukergrupper, og fordi toppfinansieringsordningen i praksis motregnes mot effekten av PU-kriteriet i inntektssystemet.

De to ordningene har som formål å kompensere kommuner for utgifter knyttet til innbyggere med behov for ressurskrevende helse- og omsorgstjenester. Denne brukergruppen har normalt så stort hjelpebehov at kommunene ikke har annet valg enn å sette inn nødvendige tiltak. Ordningene har derimot ikke som formål å påvirke selve tjenestetilbudet utover å gi tilstrekkelige økonomiske rammer. Kommunenes plikt til å levere tjenester styres av *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* m.m., og denne gjelder uavhengig av kommunenes økonomiske situasjon. I den grad finansieringen likevel påvirker omfanget og innretningen av tjenester, er det grunn til å stille spørsmål ved om dette er ønskelig.

Formålet med prosjektet som oppsummeres med denne rapporten, har vært å gjennomføre en analyse av om regelverk og utforming av de to finansieringsordningene påvirker omfanget av tjenester, innretning av tjenestetilbudet, organiseringen av tjenestene og om det er eventuelle andre virkninger av ordningene. Det skal også vurderes om det kan være behov for å gjøre endringer i regelverk og utforming av ordningene for å motvirke eventuelle uheldige insentivvirkninger. Ettersom toppfinansieringsordningen er en mer komplisert modell med flere elementer enn PU-kriteriet, er det førstnevnte som får mest oppmerksomhet i rapporten.

Dette sammendraget er ment som en kort oversikt over prosjektet og rapporten. For å få en full forståelse av våre konklusjoner, bør særlig rapportens kapittel 7 leses i sin helhet.

Metode

Prosjektet er gjennomført med en kombinasjon av kvalitative og kvantitative analyser. Vi har gjennomført intervjuer i seks casekommuner og snakket med ytterligere to kommuner i en forstudie. I casekommunene har vi gjennomført intervjuer med ansatte i helse- og omsorgssektoren på tre nivåer. Hovedformålet her var å få innsikt i beslutningsprosessene som foregår i kommunene og de ulike føringene som spiller inn i disse, herunder faglige og økonomiske føringar sett opp mot toppfinansieringsordningen.

Vi har også intervjuet rådmannen i tre kommuner for å få med et mer overordnet perspektiv på ordningene. Vi har fått tall tilknyttet ordningene fra Helsedirektoratet, som vi videre har kombinert med tall fra KOSTRA, IPLOS og kriteriedata fra inntektssystemet. De kvantitative analysene i denne rapporten er først og fremst brukt til å beskrive rammer og omfang av ordningene, og til indirekte testing av utvalgte hypoteser.

Underveis i prosjektet har vi også satt oss inn i tidligere studier og andre dokumenter av relevans.

Beskrivelse av toppfinansieringsordningen

Refusjonsordningen for ressurskrevende helse- og omsorgstjenester ble innført i 2004. Ordningen forvaltes av Helsedirektoratet og utbetaler i 2019 et samlet beløp på ca. 10,2 milliarder kroner til kommunene, som delvis refusjon for påløpte kostnader i 2018. I korte trekk innebærer ordningen at deler av kommunenes utgifter knyttet til de dyreste brukerne betales av staten. Når årlig kostnad knyttet til en bruker overstiger et visst beløp, får kommunen kompensert en andel av de overskytende kostnadene. I 2018 var innslagspunktet 1 270 000 kroner, og kompensasjonsgraden for utgifter utover dette var 80 %.

Refusjonsordningen har en del avgrensninger. Det er kun lønnsutgifter for personer som arbeider direkte med brukeren som skal tas med, og kun utgifter som hører inn under helse- og omsorgstjenestene, definert ved spesifikke tjenestefunksjoner i KOSTRA. Refusjon gis ikke for personer som er eldre enn 67 år, og kommunen må derfor bære hele kostnaden knyttet til brukere over denne aldersgrensen.

Vår vurdering av toppfinansieringsordningen

Refusjonsordningen og de gjeldende avgrensningene gir noen klare økonomiske incentiver i og med at kommunen betaler kun 20 % for de tjenestene som er refusjonsberettiget. Basert på våre analyser ser det likevel ikke ut til at det er disse økonomiske incentivene som dominerer beslutninger ved tildeling og produksjon av tjenester.

En bekymring er at ordningen forskyver kommunenes prioritering fra andre brukere og andre tjenester over til brukere og tjenester som gir grunnlag for refusjon. Gis det et vedtak om ti ekstra timer til en ressurskrevende bruker, betaler kommunen for bare to av disse, mens for øvrige brukere må kommunen selv betale alle ti timene. Økonomisk teori tilsier at en slik prisvridning kan ha stor betydning for prioriteringene. Det er imidlertid ikke åpenbart at kommunene i praksis synes at et veldig godt tilbud til særlig ressurskrevende brukere veier opp for et dårligere tilbud til andre. Vårt materiale tyder på at de økonomiske incentivene i liten grad påvirker de aktørene som tar de helsefaglige avgjørelsene.

En annen bekymring ved ordningen er at den svekker incentivene til effektiv ressursbruk. Mens innsparinger i andre tjenester tilfaller kommunen fullt ut, får kommunen kun 20 % av reduserte lønnsutgifter i tjenester til ressurskrevende brukere. Resten av innsparingen tilfaller staten. Ordningen kan også påvirke effektiviteten negativt gjennom å vri ressursbruken vekk fra den

mest effektive produksjonsmetoden. Ved at det kun gis refusjon for lønnsutgifter, blir det lite attraktivt å velge en innretning av tjenestene som innebærer en økning i andre typer kostnader, selv om dette kunne gi store innsparinger i lønnsutgiftene. Dette kan for eksempel gjelde investeringer i nye boformer som reduserer personalbehovet. Det kan også innebære at administrative oppgaver, som optimalisering av turnus, nedprioriteres fordi administrasjonstiden ikke gir refusjon.

Vi finner at de ressurskrevende brukernes behov og rettigheter utløser såpass ressurskrevende tjenester at finansieringsordningen i liten grad gir kommunene ytterligere insentiver til å øke omfanget av tjenester. De ressursene som ville gått til 20 % egenandel, er av stor verdi i andre deler av tjenesten. Den klareste testen på en direkte effekt av finansieringen, er det som skjer når en bruker passerer aldersgrensen på 67 år og kommunen ikke lenger mottar refusjon. Nettoutgiften kommunen selv står overfor blir da femdoblet fra det ene året til det neste (fra 20 % til 100 %). Ifølge kommunene i studien er det lite som endres i tjenestene til brukerne, selv om den økonomiske belastningen blir svært stor. Resultatet er at kommunen må finne ressurser andre steder i organisasjonen. Vi har dessverre ikke tilgang til tall som kan brukes til å teste dette kvantitativt, men det at samtlige informanter, på tvers av kommuner og stilling, trekker frem denne aldersgrensen som det mest problematiske ved ordningen, underbygger inntrykket av at tjenestetilbudet vanskelig kan tilpasses finansieringen.

Standarden på tjenestene prøves også mot fylkesmennenes avgjørelser i vedtak, klagesaker og tilsyn. Rettighetene til grupper som psykisk utviklingshemmede er sterke, og kommunene er klare på at de i en del tilfeller opplever å bli overprøvd av Fylkesmannen hvis de forsøker å redusere bemanningen. Kommunene gir både økonomiske og faglige grunner til at de i noen tilfeller ønsker å redusere bemanningen rundt enkelte brukere, blant annet at for mye tjenester og personell kommer i konflikt med målet om å bygge opp brukerens mestringnivå.

Vi finner heller ikke klare tegn til svekkede insentiver for kostnadseffektivitet. Forsøk på effektivisering ser i større grad ut til å bli hindret av regelverk og tolkninger av dette enn av de rent økonomiske insentivene. Både fylkesmennene og Husbanken legger rammer for hvordan tjenestene utformes, og de omtales av flere som restriktive. De fleste av de vi har intervjuet, legger heller vekt på at man ved innsparinger faktisk sparer 20 %, og at dette er ressurser som kan brukes til andre tjenester. Det virker også som at det er lite oppmerksomhet om eventuelle kostnader ved sparetiltak.

Samtidig som finansieringsordningen ser ut til å ha liten betydning for den løpende tildelingen av tjenester til ressurskrevende brukere, sies det også i intervjuene at ordningen bidrar til å skjerme de ressurskrevende brukerne. Dette er ikke nødvendigvis en selvmotsigelse. Over tid vil det ha utviklet seg en standard på tjenestene, hvor faktorer som brukernes behov, faglige vurderinger, regelverk, regeltolkninger og økonomi trolig har spilt inn. Hadde finansieringsordningen aldri eksistert, er det naturlig at kommunene ville gjort mer for å utfordre de lovfestede minstestandardene og Fylkesmannens regeltolkninger. I et langsiktig perspektiv kan det derfor argumenteres for at ordningen, sammen med andre virkemidler, støtter opp under en generelt god standard for tjenester til gruppene som utgjør de ressurskrevende brukerne.

Vi finner svært få tegn til at toppfinansieringsordningen påvirker omfang, innretning eller organisering av tjenestene i en retning som går på tvers av regelverk, helsefaglige vurderinger eller effektivitet. I den grad det likevel finnes slike vridninger, fremstår de som små og uklare, mens ordningens betydning for ressursfordeling mellom kommuner synes å være mye viktigere. Refusjonsordningen betyr ikke først og fremst at ressurskrevende brukere prioriteres på bekostning av andre med omsorgsbehov. I stedet sikrer ordningen at kommuner med mange ressurskrevende brukere også har ressurser til andre brukere og innbyggere.

Refusjonsordningen fremstår som en treffsikker modell for å finansiere ressurskrevende brukere, men noen få kommuner blir likevel sittende med svært høy belastning. Dette gjelder særlig små kommuner, hvor noen få ekstra ressurskrevende brukere kan gi svært høye merutgifter pr. innbygger. Disse kommunene får høye refusjonsbeløp, men den gjenstående egenfinansieringen er likevel fortsatt meget høy. Særlig kan ressurskrevende brukere som har passert aldersgrensen på 67 år, få store konsekvenser for kommuneøkonomien. I disse små kommunene kan den økonomiske belastningen fra ressurskrevende brukere være så stor at den i betydelig grad preger kommuneøkonomien. I et lite samfunn er det fare for at det oppstår lokale debatter som virker stigmatiserende for enkeltpersoner.

Beskrivelse av PU-kriteriet

I inntektssystemet til kommunene er «Personer med psykisk utviklingshemming 16 år og eldre» et kriterium i utgiftsutjevningen. Kriteriet bidrar til å øke rammetilskuddet til kommuner som har et høyt antall personer med psykisk utviklingshemming relativt til innbyggertallet. Midlene flyttes fra kommuner med en liten andel innbyggere med psykisk utviklingshemming. Dagens PU-kriterium ble innført i 1998, sammen med et kriterium for psykisk utviklingshemmede 0–15 år. Dette ble gjort i forbindelse med at det tidligere øremerkede tilskuddet til psykisk utviklingshemmede ble innlemmet i rammetilskuddet, og kriterievekten ble satt på bakgrunn av beløpet som ble innlemmet.

I kriteriet telles personer over 16 år som oppfyller de relevante diagnosekravene, og som samtidig har vedtak om kommunale tjenester etter helse- og omsorgsloven. I kostnadsnøkkelen for 2018 hadde PU-kriteriet en vekt som innebar at kommunene fikk 656 000 kroner pr. person som er registrert i kriteriet. Verdien av PU-kriteriet trekkes fra nettoutgiftene som ligger til grunn for refusjon fra toppfinansieringsordningen, for å unngå dobbel finansiering.

I kjølvannet av Tolga-saken har det også blitt fremmet ønske om å fjerne kriteriet fra inntektssystemet fordi det kan gi kommunene uheldige insentiver til å sette diagnoser og gi tjenester uten at dette er ønsket fra brukerens side.

Vår vurdering av PU-kriteriet

For at en innbygger skal kunne registreres i PU-kriteriet og utløse midler, er betingelsen at den aktuelle personen, i tillegg til å ha den påkrevde diagnosen, har vedtak om kommunale helse- og omsorgstjenester. Finansieringen er uavhengig av omfanget av tjenester, og det er ingen krav til hvordan midlene disponeres. Dette er i tråd med at kriteriet er en del av ramrefinansieringen,

og det gir insentiver til kommunal kostnadseffektivitet ved at kommunen får beholde alle gevinster av sparetiltak så lenge brukeren mottar tjenester som kvalifiserer til ordningen.

Vilkåret om at en person må ha vedtak om tjenester for å utløse finansieringen, gir et klart insentiv til å yte tjenester til personer som man vet at oppfyller diagnosekravet. Samtidig vil det mest lønnsomme være å gi et minimum av tjenester. For eksempel vil det å gi tjenester som koster kommunen 50 000, gi kommunen en nettogevinst på ca. 600 000 kroner sammenlignet med om det ikke gis tjenester. Dette betinger at personen ønsker å motta tjenestene, noe ikke alle ønsker.

Ordningen gir også kommunen økonomiske insentiver til å lete etter personer som kan oppfylle diagnosekravet og sørge for at disse blir diagnostisert. Det kan ikke utelukkes en slik praksis, men i våre case-kommuner fremsto ikke dette som tilfelle. Casekommunene oppgir at det normalt vil være en søknad om tjenester som er utgangspunktet for å utrede en person og eventuelt innhente opplysninger om diagnoser. Dermed er det behovet for tjenesten som kommer først. Eventuell diagnose kommer som et senere steg, noe som gjør det usannsynlig at det gis tjenester som er helt uten relevans. Utfordringene er reelle når det gjelder de rene økonomiske insentivene, men vi finner ingen bekreftelse på at disse insentivene får utslag i praksis. Heller ikke andre undersøkelser i etterkant av Tolga-saken har avdekket slik spekulering i diagnosesetting og tjenestetildeling.

Det er likevel grunn til å stille spørsmålstegn ved PU-kriteriet. Kriteriet framstår som lite treffsikkert når det gjelder å kompensere for forskjeller i utgiftsbehov. Intervjuene i casekommuner underbygger tidligere utredningers påstand om at kostnader knyttet til de som oppfyller kriteriet, varierer betydelig, fra noen få ukentlige timer med støttekontakt til kostnader langt over innslagspunktet for ressurskrevende tjenester. Diagnoseavgrensningen mot andre brukergrupper er også lite relevant. Det vil si at det finnes andre typer brukere som i stor grad mottar samme typer tjenester, men som ikke fanges direkte opp av særskilte finansieringsordninger. Det er riktignok ikke et krav til kriterier i inntektssystemet at de skal fange opp utgiftsbehov på personnivå. Utfordringen ligger i at PU-kriteriet både er det kriteriet som gir høyest økonomisk kompensasjon pr. registrert person, samtidig som det også omfatter en mindre gruppe enn andre demografikriterier. Dette gir lavere statistisk sannsynlighet for at man treffer utgiftsbehovet på kommunenivå. Tidligere utredninger har også dokumentert at kroneverdien av kriteriet er høyere enn gjennomsnittlig kostnad, noe som betyr at et unødvendig høyt beløp omfordles. Med en kombinasjonen av usikker treffsikkerhet og overdrevent stort beløp, risikerer en at ordningen i liten grad bidrar til en bedre ressursfordeling.

Utfordringer og mulige endringer

Vi har trukket fram tre mulige endringer som vi mener bør vurderes nærmere. Alle de tre endringsforslagene handler først og fremst om ressursfordelingen mellom kommuner. Dette følger av at vi finner få tegn til at ordningene påvirker omfang, innretning og organisering av tjenestetilbudet, mens vi derimot ser at det kan stilles spørsmål ved hvordan ordningene oppfyller hovedformålet om å kompensere for utgiftsbehov. Eventuelle uheldige effekter som toppfinansieringsordningen måtte ha på tjenestetilbud og tjenesteomfang, kunne tilsi at

ordningen burde svekkes, men vi mener at totalbildet heller tilsier at ordningen bør styrkes på enkelte områder.

For det første presenterer vi et forslag til en endring av toppfinansieringsmodellen som kan sikre finansiering av kommuner med svært høy belastning pr. innbygger. De kommunene som har størst belastning, er forholdsvis små, og en slik endring vil derfor ha relativt liten betydning for totalkostnaden i ordningen. En slik ordning vil også gjøre det mindre problematisk å stramme inn den totale rammen for ordningen.

Det andre endringsforslaget omhandler aldersgrensen på 67 år. Vi viser her til hvordan kostnadsrisikoen ved brukere over 67 år er relativt stor for små kommuner. Vi foreslår at en eventuell økning eller fjerning av aldersgrensen kan kombineres med et høyere innslagspunkt for de eldre brukerne. Dette vil redusere merkostnaden noe, samtidig som en fortsetter å skjerme kommuneøkonomien mot de aller mest ressurskrevende også etter at de passerer aldersgrensen.

Til sist ser vi på effekter av å fjerne PU-kriteriet.

Vi har ikke utredet endringsforslagene i detalj, hverken når det gjelder behovet for endring, samlede effekter eller alternative modeller. Det er derfor naturlig at det gjøres nærmere utredninger før de foreslåtte endringene eventuelt gjennomføres.

1. Innledning

Toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester ble opprettet i 2004 for å legge til rette for at kommunene kan gi et godt tjenestetilbud til mottakere som har krav på omfattende helse- og omsorgstjenester. Gjennom ordningen kan kommunene få refundert deler av utgiftene til ressurskrevende tjenester. I kombinasjon med kriteriet «Antall personer med psykisk utviklingshemming» i inntektssystemet, det såkalte PU-kriteriet, fordeles nå godt over 20 milliarder kroner årlig. De to ordningene er svært ulikt utformet, men det er naturlig å se dem i sammenheng fordi de delvis dekker samme brukergrupper, og fordi toppfinansieringsordningen i praksis motregnes mot effekten av PU-kriteriet i inntektssystemet.

De to ordningene har som formål å kompensere kommuner for utgifter knyttet til innbyggere med behov for ressurskrevende helse- og omsorgstjenester. Denne brukergruppen har normalt så stort hjelpebehov at kommunene ikke har annet valg enn å sette inn nødvendige tiltak.

Ordningene har derimot ikke som formål å påvirke selve tjenestetilbudet utover å gi tilstrekkelige økonomiske rammer. Kommunenes plikt til å levere tjenester styres av Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., og denne gjelder uavhengig av kommunenes økonomiske situasjon. I den grad finansieringen likevel påvirker omfanget og innretningen av tjenester, er det grunn til å stille spørsmål ved om dette er ønskelig.

Formålet med prosjektet, som oppsummeres med denne rapporten, har vært å gjennomføre en analyse av om regelverk og utforming av de to finansieringsordningene påvirker omfanget av tjenester, innretning av tjenestetilbudet, organiseringen av tjenestene og om det er eventuelle andre virkninger av ordningene.

Toppfinansieringsordningen har tidligere vært gjenstand for flere gjennomganger og utredninger, hovedsakelig med fokus på kostnadsveksten i ordningen. PU-kriteriet har på sin side vært en del av utredninger med fokus på inntektssystemet og beregning av kostnadsnøkler. Det siste året har kriteriet vært under kritisk blick som følge av den såkalte Tolga-saken.

Mandatet for dette prosjektet innebærer at vi har hatt et annet fokus enn de fleste tidligere utredninger, nemlig effekten på tjenestene. Tidligere rapporter har brakt fram en del hypoteser om hvilke effekter disse ordningene har på de kommunale tjenestene de er ment å finansiere. I dette prosjektet har vi sett nærmere på både det teoretiske grunnlaget for disse hypotesene og hvordan kommunenes praksis faktisk er. For å få kunnskap om dette har vi for det første jobbet for å få en oversikt over hvilke insentiver disse finansieringsordningene eventuelt gir kommunene. For det andre har vi sett på om disse insentivene faktisk får betydning for tildelingen av tjenester, eller om det er andre føringer som dominerer.

De neste avsnittene i dette innledningskapittelet gir en kort beskrivelse av de to finansieringsordningene, en kort gjennomgang av de mest relevante av tidligere undersøkelser og en presisering og utdyping av problemstillingene i prosjektet. Videre presenteres forskningsmetoden i kapittel 2, kapittel 3 presenterer de to finansieringsordningene mer utfyllende og utleder det økonomiteoretiske grunnlaget for noen av de mest sentrale hypotesene om effekter av toppfinansieringsordningen. Kapittel 4 gir utfyllende beskrivelser av tildelingen

av tjenester og finansieringsordningenes relevans i seks casekommuner som inngår i datagrunnlaget for analysene.

Vi har også gjennomført kvantitative analyser som presenteres i kapittel 5, mens kapittel 6 gir en gjennomgang av hvordan selve rapporteringen av ressurskrevende brukere og PU-kriteriet gjennomføres i praksis.

I kapittel 7 sammenfattes datamaterialet og sees i sammenheng med problemstillingene i prosjektet. Kapittel 8 tar for seg mulige endringer i ordningene som vi mener kan vurderes.

Stort sett har vi diskutert de to finansieringsordningene separat gjennom hele rapporten, med egne underavsnitt for hver ordning. Toppfinansieringsordningen er mer kompleks og har betydelig flere potensielle effekter enn PU-kriteriet og vil følgelig ta betydelig mer plass og oppmerksomhet i rapporten.

1.1 Kort beskrivelse av ordningene

1.1.1 Kriteriet «Personer med psykisk utviklingshemming 16 år og eldre» i inntektssystemet

Kriteriet «Personer med psykisk utviklingshemming 16 år og eldre» i inntektssystemet» (også kalt PU-kriteriet) i kommunenes inntektssystem har fått stor oppmerksomhet gjennom den såkalte «Tolga-saken». Dette er ett av flere kriterier som inngår i beregningen av kommunenes utgiftsbehov, som igjen påvirker fordelingen av rammetilskuddet fra staten. Gjennom dette systemet gis det ikke midler etter faktiske utgifter, men etter fastsatte kriterier som statistisk sett gir høyere kommunale utgifter. Kommuner som har mange innbyggere med psykisk utviklingshemming, får høyere rammetilskudd fordi disse innbyggerne statistisk sett medfører høyere utgifter til pleie- og omsorgstjenester. Det er ingen føringer på bruken av midlene, og eventuelle midler som ikke brukes til tjenester for psykisk utviklingshemmede, kan fritt disponeres av kommunene til andre formål.

I rammetilskuddet for 2018 hadde kriteriet en kroneverdi på 656 000 kroner. Én ekstra innbygger som utløser kriteriet, ga altså kommunen 656 000 kroner ekstra. For å regnes med i kriteriet må personen være 16 år eller eldre, ha en diagnose som faller inn under ordningens definisjon av psykisk utviklingshemming og ha vedtak om kommunale helse- og omsorgstjenester. Det stilles ingen krav til omfanget av tjenester. De nøyaktige kravene til diagnose og tjenestevetdta finnes i årlig rundskriv IS-3/20xx fra Helsedirektoratet.

Inntektssystemet og PU-kriteriet omtales nærmere i avsnitt 3.1.

1.1.2 Toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester

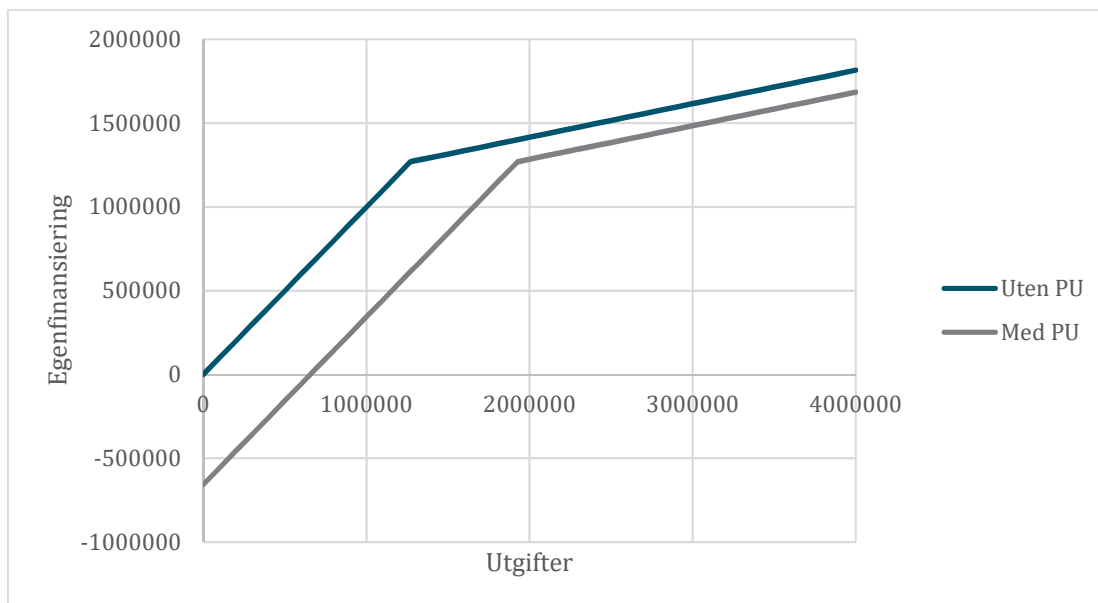
Toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester gir kommunene en kompensasjon for brukere med særlig ressurskrevende behov for helse- og omsorgstjenester.

Personer med behov for døgkontinuerlig oppfølging eller andre ressurskrevende tjenester utløser store utgifter i de kommunale budsjettene. Helsedirektoratet beskriver formålet med ordningen i rundskriv IS-4/2019: *«Formålet med ordningen er å legge til rette for at kommunene kan gi et godt tjenestetilbud til mottakere som har krav på omfattende helse- og omsorgstjenester. Behovet for ressurskrevende tjenester varierer betydelig mellom kommuner. Det har foreløpig vært vanskelig å finne objektive kriterier til bruk i inntektssystemet som kan fange opp denne kostnadsvariasjonen. Det er derfor behov for en egen tilskuddsordning for ressurskrevende tjenester som et supplement til kommunenes frie inntekter.»* Ordningen innebærer at deler av kommunenes utgifter knyttet til de ressurskrevende brukerne refunderes av staten. Når årlig kostnad knyttet til en enkelt bruker overstiger et visst beløp, får kommunen refundert en andel av de overskytende kostnadene. For utgifter påløpt i 2018 var innslagspunktet 1 270 000 kroner, og kompensasjonsgraden for utgifter utover dette var 80 %. Det er kun lønnsutgifter som oppstår i direkte brukertid som kompenseres. Personer over 67 år omfattes ikke av ordningen.

Ordningen forvaltes av Helsedirektoratet. Kommunene sender søknad om refusjon ved utgangen av mars hvert år. Refusjonssøknaden skal vise kommunens refunderbare utgifter knyttet til hver enkelt ressurskrevende bruker året før, og kommunens revisor skal kontrollere søknaden. Refusjonen innvilges og utbetales i begynnelsen av juli. Samlet refusjon for 2018, utbetalt i 2019, var drøyt ti milliarder kroner.

Ordningen omtales nærmere i avsnitt 3.2.

De to ordningene sees i sammenheng, og kommunen må rapportere for hver bruker om denne også er rapportert inn i PU-kriteriet. For disse brukerne økes innslagspunktet for refusjon i toppfinansieringsordningen med verdien av PU-kriteriet. Innslagspunktet for denne gruppen var dermed 1 926 000 i refusjonen for 2018. Figur 1 viser hvordan de to ordningene fungerer sammen. En person som er telt med i rapporteringen av personer av psykisk utviklingshemming, vil utløse kriterieverdien på 656 000 kroner så lenge det foreligger vedtak om tjenester, uavhengig av hvor mye tjenester personen mottar.



Figur 1 Kommunenes egenfinansiering av brukere etter kostnadsnivå, forskjell mellom PU-brukere og andre

De rimeligste tjenestene kan for eksempel være et mindre antall timer med støttekontakt. Kommunens egenfinansiering vil da være negativ, altså en gevinst for kommunen. For andre brukere vil det være full egenfinansiering av utgifter opp til innslagspunktet på 1 270 000. Over dette punktet betaler kommunen kun 20 % av merutgiftene. PU-brukeren har et høyere innslagspunkt. Egenfinansieringen blir liggende litt lavere enn for andre brukere fordi kommunen får dekket 100 % av beløpet på 656 000 kroner, ikke 80 %.

1.2 Tidligere undersøkelser

Her omtales noen av de mest sentrale undersøkelsene som tidligere har blitt gjort av de to ordningene. For øvrig omtales relevante kilder også underveis i rapportteksten.

1.2.1 PU-kriteriet

Gjennomgang av Tolgasaken

PU-kriteriet har nylig vært tema for flere undersøkelser i kjølvannet av «Tolga-saken». Fylkesmannen i Vestland sammen med Statens helsetilsyn og Statens sivilrettsforvaltning fikk i oppdrag å gjøre en helhetlig gjennomgang av saksbehandlingen i Tolga kommune, hos Fylkesmannen i Hedmark og andre relevante offentlige myndigheter. Dette arbeidet er oppsummert i en felles rapport fra de tre enhetene (Fylkesmannen i Vestland m.fl.). Særrapporten fra Fylkesmannen i Vestland (Fylkesmannen i Vestland 2019) ser spesielt på det som gjelder registrering av personer med diagnosen psykisk utviklingshemming. Høsten 2019 har det også kommet to rapporter om diagnostisering av utviklingshemming fra henholdsvis Helsedirektoratet (2019) og Helsetilsynet (2019), som ser på ulike sider ved utredning og diagnostisering.

Selv om disse undersøkelsenes hovedfokus er på diagnostiseringen og lovlighet i rapporteringen av psykisk utviklingshemming, inneholder rapportene noen funn og betraktninger som også er interessante for vårt mandat. Særlig gjelder dette særreporten fra Fylkesmannen i Vestland. Rapporten gir en grundig innføring i historikken til PU-kriteriet og utviklingen i regelverk og veiledning til ordningen. Svakheter og uheldige konsekvenser i ordningen diskuteres også.

Rapporten konkluderer med at det har vært enkelttilfeller av feilrapportering fra kommunen, men finner ikke noe som indikerer at dette har vært gjort med hensikt å oppnå større tilskudd enn det som er rettmessig. Rapporten er likevel kritisk til ordningen. Ved siden av at det påpekes uklarheter i regelverket og rundskrivene, problematiseres det etiske ved registreringen og kriteriets treffsikkerhet når det gjelder kommunenes kostnader. Det anbefales at PU-kriteriet bør tas ut av kostnadsnøkkelen, og at kostnadene for de mest ressurskrevende innenfor denne gruppen i stedet finansieres gjennom toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester.

Agenda Kaupang og Oslo Economics

Agenda Kaupang og Oslo Economics gjennomførte en undersøkelse om vektingen av PU-kriteriet i inntektssystemet i 2017. De fant at vektingen av kriteriet slik det i dag inngår i kostnadsnøkkelen, er for høy. Dagens vekt er 0,1403, mens de beregner korrekt kostnadsvekt til å være 0,0472. I rapporten påpekes det at kriteriet har en svakhet ved at andre grupper med tilsvarende behov er utelatt med det diagnosekravet som er lagt til grunn, men at det tilgjengelige datagrunnlaget gjør det vanskelig å finne gode alternativer. Det gjøres analyser av andre variabler som alternativt kunne vært brukt som kriterium, men de finner ingen variabler som oppfyller kravene til kriterier i inntektssystemet og er tilsvarende relevant for kostnadsvariasjonen.

1.2.2 Toppfinansieringsordningen for ressurskrevende brukere

Toppfinansieringsordningen (refusjonsordningen) for ressurskrevende brukere har vært nokså grundig utredet gjennom flere tidligere utredninger og rapporter. Hovedinntrykket er derfor at de fleste aspekter rundt denne ordningen allerede er nokså grundig studert og analysert. Det som imidlertid i noen grad skiller dette prosjektet fra de forutgående analysene og studiene, er at vårt hovedfokus er satt på selve *de kommunale tjenestene* som tilbys brukerne. Likevel vil det være betydelig overlapp mellom deler av det vårt prosjekt tar opp av problemstillinger, og det som nokså nylig har vært analysert og diskutert også av andre.

SØF/Telemarksforskning (2015)

Senter for økonomisk forskning og Telemarksforskning leverte en rapport i 2015 som hadde som formål å se på tre forhold ved ressurskrevende tjenester (Borge m.fl. 2015). Det første var å gi en oversikt over kommunesektorens samlede utgifter til ressurskrevende helse- og omsorgsutgifter i 2013 til yngre brukere, også utgifter som faller utenfor refusjonsordningen. Utgifter knyttet til skole er derfor analysert. Det andre formålet var å utrede modeller for å inkludere brukere over 67 år. Det tredje var å se på alternative finansieringsmodeller som kan redusere de samlede kostnadene for stat og kommune.

Rapporten viser at utgifter til yngre brukere i andre sektorer (skole, SFO, barnehage og barnevern) utgjør 4 % av kommunenes utgifter til brukerne i ordningen, men 60 % av ressursinnsatsen til brukerne mellom 0 og 15 år.

Videre ser de på kostnadene ved å heve aldersgrensen i ordningen til 70 år. Det anslås at det samlede tilskuddet vil øke med mellom 128 og 157 millioner 2015-kroner. Kostnadsanslagene gjøres på bakgrunn av antall 67-åringer i ordningen.

Når det gjelder mulighetene for kostnadsbesparelser, viser rapporten til at det synes å være stordriftsfordeler ved å plassere ressurskrevende brukere sammen eller i nærheten av hverandre, men at dette i noen grad begrenses av hensyn til den enkelte bruker, politiske føringer og juridiske bestemmelser. Rammefinansiering omtales som det mest effektive for å styrke insentivene til å begrense kostnadene. Det konkluderes likevel med at dagens tilgjengelige data ikke tilbyr gode nok kriterier til at en kostnadsnøkkel kan fange opp kostnadsvariasjon i tilstrekkelig grad. Andre alternativer som presenteres, er å begrense ordningen til mindre kommuner eller å redusere kompensasjonsgraden eller øke innslagspunktet. For bedre kostnadskontroll presenteres det også en mulighet for å sette en fast statlig budsjettramme som i kombinasjon med kommunenes refusjonskrav gir en resulterende kompensasjonsgrad (endring fra overslagsbevilgning til rammestyrte bevilgning).

Helsedirektoratets arbeidsgruppe (2017)

Denne arbeidsgruppen var sammensatt av tre medlemmer fra Helsedirektoratet selv, fire medlemmer fra ulike kommuner, to fra to ulike kommunerevisjonsselskaper og en ekstern prosjektleder fra Agenda Kaupang. Arbeidsgruppen hadde som mandat (Helsedirektoratets arbeidsgruppe (2017), s. 4):

- ▶ å utvikle en standardisert beregningsmodell for beregning av «direkte lønnsutgifter», i tråd med kriteriene i rundskrivet
- ▶ å vurdere endringer i krav til revisors kontrollhandlinger i forbindelse med kvalitetssikring av kravene fra kommunene
- ▶ å tydeliggjøre krav til kommunenes kontraktsoppfølging av private leverandører, for å sikre et korrekt refusjonsgrunnlag i de tilfeller der kommunen kjøper tjenester av private
- ▶ å drøfte og foreslå relevante endringer i rundskrivet for øvrig, innenfor Stortingets intensjon med ordningen og gjeldende regelverk/rundskriv.

En del av arbeidsgruppens forslag og anbefalinger har i etterkant blitt tatt inn som justeringer og presiseringer i rundskrivet og i den tilhørende beskrivelsen av revisors kontrolloppgaver. Arbeidsgruppens forslag til standardisert (nasjonal) modell for utgiftsberegning har imidlertid ikke blitt innført eller testet ut.

Helsedirektoratets arbeidsgruppe går relativt detaljert inn på ulike mulige beregningsopplegg for å beregne direkte lønnsutgifter. De viser til tre ulike hovedmodeller. Disse blir i denne rapporten nærmere omtalt i et senere kapittel, jf. avsnitt 6.3. Arbeidsgruppen fikk tydelig fram problemet med at man i mer sjablongbaserte beregningsopplegg der utgiftene blir indirekte beregnet som «timetall x timepris», kan inkludere samme utgift flere ganger. Dette gjelder bl.a. i tilfeller der

flere brukere deler samme nattevakt. Både rundskrivet og beskrivelsen av revisors kontrollhandlinger har fått inn nye formuleringer som forsøker å sikre mot slik dobbelttelling av utgifter.

Regjeringens arbeidsgruppe (2018)

Denne arbeidsgruppen ble oppnevnt av Regjeringen etter anmodning fra Stortinget i Innst. 2 S (2017-2018), vedtak 58. Arbeidsgruppen var sammensatt av to representanter for Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Finansdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, samt Helsedirektoratet og KS. Mandatet til denne arbeidsgruppen var som følger: (Regjeringens arbeidsgruppe (2018), s. 3:)

«Arbeidsgruppen skal utrede forslag til endringer i ordningen for ressurskrevende tjenester som skal ivareta mottakerne av ressurskrevende tjenester på en god måte, og gi mer bærekraft og effektivitet i ordningen. Arbeidsgruppen må vurdere hvordan dagens utforming av ordningen kan endres slik at eventuelle uheldige incentiveeffekter reduseres. Det skal videre vurderes hvordan ordningen kan gjøres mer bærekraftig. Arbeidsgruppens forslag skal holdes innenfor gjeldende budsjettammer.»

Rapporten fra denne arbeidsgruppen har et helt annet fokus enn Helsedirektoratets arbeidsgruppe (2017). Regjeringens arbeidsgruppe tar et mer overordnet perspektiv og ser tilskuddsordningen mer i lys av den tradisjonelle kommunaløkonomiske litteraturen omkring statlige finansieringssystemer, herunder effekter av prisvridende øremerkede tilskudd og andre former for statlig styring av kommunesektoren. Det er et betydelig fokus på å finne årsaker til den store veksten i samlede utgifter til refusjonsordningen, og hele rapporten kan sies å bære preg av at det fra statens side nok oppleves som et sterkt behov for å få bedre kontroll på utgiftsveksten. Når det gjelder forslag til mulige justeringer av ordningen, diskuteres (naturlig nok) både lavere kompensasjonsgrad og høyere innslagspunkt, samt eventuell full nedleggelse av ordningen som et øremerket tilskudd og i stedet tildele midlene gjennom rammetilskuddet. En mellomløsning diskuteres også, dvs. en løsning med en «vesentlig» økning av innslagspunktet slik at om lag halvparten av dagens toppfinansieringstilskudd overføres til rammetilskuddet. Effektene av en slik omlegging er vist i et eget beregningsvedlegg med tap/gevinst for utvalgte eksempelkommuner. Videre omtales også endring fra overslagsbevilgning til rammetilskudd (en gitt kronebevilgning), samt overgang til flere enn ett innslagspunkt (trinnsvis innslagspunkt).

Regjeringens arbeidsgruppe uttrykker flere steder en bekymring for at refusjonsordningens høye kompensasjonsgrad på 80 % kan gi et betydelig incitament for kommunene til å «overprioritere» tjenester til ressurskrevende brukere og gi svake incitamenter til kostnadsmoderasjon. Vi diskuterer disse temaene nærmere i avsnitt 3.4.

Mens regjeringens arbeidsgruppe altså i hovedsak fokuserer på de «større» aspektene rundt refusjonsordningen, dvs. innslagspunkt, kompensasjonsgrad og diskusjonen rundt ramme- vs. tilskuddsfinansiering, går Helsedirektoratets arbeidsgruppe mer på de «små» detaljene rundt hvordan hver enkelt kommune gjennomfører sine beregninger, og hvordan beregningene i etterkant kontrolleres av revisorene. De to arbeidsgruppene til sammen gir dermed etter vår vurdering en god og nokså total gjennomgang av refusjonsordningen. Regjeringens arbeidsgruppes frykt for problematiske incentiveeffekter av ordningen deles imidlertid ikke fullt

ut av oss, jf. diskusjonen i vårt senere kapittel 3.4. Hovedpunktet i denne diskusjonen er at arbeidsgruppens omtale av potensielle vridningseffekter og omprioriteringseffekter i relativt liten grad tar utgangspunkt i at kommunenes prioriteringer i høy grad også er styrt av lover, regler og brukerrettigheter. Rommet for rent finansielt motiverte omprioriteringer kan derfor i mange tilfeller være mer begrenset enn det vurderingene til regjeringens arbeidsgruppe ser ut til å legge til grunn.

1.3 Problemstillinger

I mandatet fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet ligger det at det skal gjennomføres «en analyse av mulige insentivvirkninger av toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester og innrapporteringen av personer med psykisk utviklingshemming. Det skal blant annet vurderes om ordningenes utforming og regelverk påvirker omfanget av tjenestene, samt innretningen og organiseringen av tjenestetilbudet. Det skal også vurderes om ordningenes utforming og regelverk er til hinder for innovasjon i tjenestene.»

Videre er det spesifisert et sett av problemstillinger som skal besvares:

Toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester:

- *Gjennom toppfinansieringsordningen kan kommunene få refundert utgifter til helse-, sosial- og omsorgstjenester. Det er kun direkte lønnsutgifter ført på noen gitte funksjoner i KOSTRA som kan tas med i refusjonsgrunnlaget. I hvilken grad påvirkes innretningen og organiseringen av tjenestetilbudet av hva slags typer tjenester som omfattes av toppfinansieringsordningen?*
- *Toppfinansieringsordningen gir kompensasjon for høye utgifter per tjenestemottaker. I hvilken grad påvirkes omfanget av tjenester, organiseringen og innretningen av tjenestetilbudet i kommunene av at toppfinansieringsordningen gir en kompensasjon per tjeneste-mottaker?*
- *Det skal gjøres en vurdering av hvilke insentiver ordningen gir til kostnadskontroll for kommunene. I hvilken grad påvirkes omfanget av tjenestene av kompensasjonsgrad og innslagspunkt i ordningen?*
- *Er det andre forhold ved regelverk og utforming av ordningen som påvirker omfanget av tjenestene og innretningen og organiseringen av tjenestetilbudet?*

Innrapportering av personer med psykisk utviklingshemming:

- *I rapporteringsordningen stilles det krav om at det skal foreligge vedtak om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, men det stilles ikke krav til omfang av tjenester. I hvilken grad påvirker dette omfanget av tjenester og innretningen på tjenestetilbudet?*
- *Er det andre forhold ved regelverk og utforming av rapporteringsordningen som påvirker omfanget av tjenester eller innretningen og organiseringen av tjenestetilbudet?*

På grunnlag av dette skal det gjøres en vurdering av om det er behov for justeringer og endringer i regelverk og utforming av ordningen for å dempe eventuelle uhensiktsmessige eller uheldige virkninger av ordningen.

Som ramme for prosjektet har vi valgt å ta utgangspunkt i finansierungsordningenes avgrensninger. Refusjonsordningen har klart flere avgrensninger enn PU-kriteriet, og dermed er dette også den av de to ordningene som er mest utførlig omtalt i denne rapporten. Med utgangspunkt i avgrensningene hadde vi følgende rekke av problemstillinger ved oppstart av prosjektet:

- Avgrensninger mot andre brukere
 - Gis det ulikt tilbud til brukere under og over innslagspunktet for toppfinansierungsordningen?
 - Er diagnosen som utløser PU-kriteriet, en naturlig avgrensning for økonomisk kompensasjon?
 - Gis det et annet tilbud til ressurskrevende brukere når de passerer den øvre aldersgrensen?
- Avgrensning mot andre tjenester
 - Gir ordningen med toppfinansierung en uheldig vridning mot omsorgstjenester?
 - Hindres innovasjon som involverer bruk av andre tjenesteområder?
- Avgrensning mot andre typer kostnader
 - Gir ordningen med toppfinansierung en uheldig vridning mot lønnsutgifter?
 - Gir ordningen med toppfinansierung en uheldig vridning mot organisering som kvalifiserer som mye direkte brukertid?
 - Hindres innovasjon som krever investeringer eller andre utgiftstyper enn rene lønnsmidler?
- Avgrensning mot andre kommuner/andre aktører
 - Er ordningenes utforming til hinder for effektivt interkommunalt samarbeid eller samarbeid med/bruk av private aktører
- Avgrensninger i tidsdimensjonen
 - Gir toppfinansierungsordningens avgrensning til regnskapsårets samlede utgifter som refusjonsgrunnlag insentiver til uhensiktsmessig forskyving av utgifter og vedtak i tidsdimensjonen?
 - Gir kravet om tjenestevedtak pr. 1. januar i PU-kriteriet uheldig ressursbruk eller forskyving av tjenestetilbudet til disse brukerne?
- Avgrensning mot dokumenterbare utgifter
 - Tilpasses tjenestene for å forenkle dokumentasjonskrav?
- Effekter for ulike typer kommuner
 - Varierer insentivene og muligheten til å forfølge disse insentivene mellom ulike kommuner? Store/små? Lavinntekt/høyinntekt? Organisasjonsmodell?
- Størrelsen på kompensasjonen
 - Gir størrelsen på innslagspunktet og kompensasjonsgraden for stor utgiftsvariasjon for utsatte kommuner?
 - Gir størrelsen på innslagspunktet og kompensasjonsgraden for dårlige insentiver til kostnadskontroll?
 - Hvilke positive og negative effekter vil følge av justering av disse parameterne?
 - Gir PU-kriteriet en overkompensasjon av de gjennomsnittlige utgiftene, og hvor relevante er de gjennomsnittlige utgiftene?
 - Hvordan påvirker samspillet mellom de to ordningene tjenestenivået til brukere med diagnosen psykisk utviklingshemming?

Gjennom prosjektet har vi lagt ulik vekt på disse problemstillingene etter hvert som det har blitt mer tydelig hva som er de viktigste avgrensningene.

Vi har underveis i prosjektet også lagt vekt på å få en god forståelse av hvordan kommunene kommer frem til sitt refusjonskrav. Vi har særlig vært opptatt av å se i hvilken grad rapporteringssystemet oppfattes som for rigid, slik at kommunene ikke får medregnet alle kostnader som de selv oppfatter som relevante. Slike rigiditeter kan føre til at man tilpasser tjenestene slik at de passer inn i «modellen». Det kan sies allerede her at vi i liten grad finner noe særlig omfang av slike problemer med reglene for rapportering. Dette er nærmere diskutert i avsnitt 7.2. Ettersom vi finner få tegn på at tjenestene påvirkes av rapporteringsordningen, blir den detaljerte kunnskapen om rapporteringen mindre relevant for å studere de sentrale problemstillingene i prosjektet. Vi har likevel valgt å inkludere i rapporten en forholdsvis grundig beskrivelse av kommunenes ulike metoder for beregning av refunderbare kostnader.

2. Metode

I dette prosjektet har vi hatt en tverrfaglig tilnærming med en kombinasjon av kvalitative og kvantitative analyser. Det empiriske materialet består av data fra:

- *Registerdata*., Helsedirektoratets egne tall fra rapporteringen av resurskrevende brukere, KOSTRA og IPLOS
- *Forstudie* der vi testet ut ulike spørsmål, identifiserte relevante føringer, retningslinjer etc.
- *Casestudier* i 6 kommuner, fordelt på 18 enkelt – og gruppevis kvalitative dybdeintervjuer, med totalt 52 informanter.
- *Dokumentgjennomgang* av relevante føringer, retningslinjer, rundskriv, tallmateriale etc.

På bakgrunn av det som har kommet frem gjennom casestudiene, har vi også intervjuet et kommunerevisjonsselskap (to erfarne revisorer) for å få ytterligere innsikt i prosessen rundt rapportering og refusjonsberegninger.

De ulike tilnærmingene har gitt oss et relativt rikt materiale som belyser studiens problemstillinger fra ulike perspektiver. Bakgrunnen for valg av flere datakilder henger sammen med de overnevnte problemstillingene, der vi ønsket å avdekke både de eventuelle økonomiske insentivene, og måten disse blir oppfattet og respondert på av aktører på ulike nivåer i kommunene. Dataene gir derfor både en bredde og dybde, og supplerer hverandre.

2.1 Forstudie

På bakgrunn av kompleksiteten i de ulike problemstillingene valgte vi å gjennomføre en forstudie. Dette for å få innsikt i hvordan en beslutningsprosess potensielt kan forløpe, hvilke vurderinger som gjøres på de ulike nivåene, eventuelle kontaktflater som er mellom dem, og innsikt i hvilke dokumenter og tall som er sentrale i de beslutninger som gjøres.

I forstudien inkluderte vi både en liten og en mellomstor kommune. I tillegg gjennomførte vi intervju med en stor kommune (*casekommune 1*). Vi hadde møte med hver av de to mindre kommunene der vi testet ut ulike spørsmål, skaffet oss oversikt over hvilke dokumenter vi burde se nærmere på, hvilke informanter innad i kommunene vi burde snakke med, og fikk et generelt innblikk i tematikken. I forstudien hadde vi en eksplorativ tilnærming, der vi identifiserte og innhentet all form for relevant dokumentasjon som belyste de ulike forholdene som inngikk i de aktuelle beslutningsprosessene i kommunen, og som kunne være relevant for praksisen rundt finansieringsordningene. Deretter utformet vi en intervjuguide og gjennomførte intervju med *casekommune 1*¹. Etter gjennomføring av intervjuene i *casekommune 1* justerte vi intervjuguiden ytterligere.

¹ Selve gjennomføringen av intervjuene i casekommune 1 forløp likt som med de resterende casekommunene.

Dataene i forstudien gav grunnlaget for å identifisere relevante føringer, retningslinjer etc. som de ulike aktørene forholder seg til i sine vurderinger, og de gav innblikk i ulike erfaringer og praksiser rundt finansieringsordningene. Dataene innhentet fra forstudien er derfor inkludert i datagrunnlaget for denne rapporten.

2.2 Kvantitative data

I prosjektet har vi benyttet data fra KOSTRA og IPLOS hentet fra nettsidene til Statistisk sentralbyrå. Vi har supplert disse tallene med kriterieverdier fra inntektssystemet til kommunene og tall for kommunenes korrigerte frie inntekter fra Kommunal- og moderniseringsdepartementets nettsider.

Videre har vi fått datasett fra Helsedirektoratet med kommunevis tall for antall ressurskrevende brukere, netto utgifter til ressurskrevende brukere og refusjon fra toppfinansieringsordningen. Disse dataene gir årlige tall for perioden 2011–2018 (år angitt etter regnskapsåret refusjonen er gitt for, ikke utbetalingsår). For årgangen 2017 har vi også fått et datasett med observasjoner på brukernivå, hvor søkerkommunen er utelatt for anonymitet, men med kommunestørrelse angitt i fire intervaller. Datasettet inneholder opplysninger om utgifter og refusjonsbeløp pr. bruker, brukerens alder, indikator for om brukeren er registrert i PU-kriteriet, og søkerkommunens innbyggertall aggregert til fire grupper.

De kvantitative analysene i denne rapporten er først og fremst brukt til å beskrive rammer og omfang av ordningene, og til indirekte testing av utvalgte hypoteser. Siden ordningene er like for alle kommuner, og det ikke er noen sentral registrering av tjenester som skiller mellom brukere i og utenfor ordningen, kan vi heller ikke gjøre direkte tester av den betydningen ordningene har for leverte tjenester. De kvantitative analysene presenteres nærmere i kapittel 4.

2.3 Casestudien

En svært viktig del av datagrunnlaget i prosjektet har vært å gjennomføre kvalitative undersøkelser i et utvalg casekommuner. Vi valgte å gjennomføre en (multiple) casestudie med seks strategisk utvalgte casekommuner (Flyvbjerg, 2004; Yin, 2008). Dette for å gå i dybden i hvilke erfaringer og praksiser kommuner, med ulikt utfordringsbilde, har rundt finansieringsordningene. Valget av de seks casekommunene er gjort med bakgrunn i problemstillingene skissert i avsnitt 1.3 ovenfor og noen forhåndsdefinerte dimensjoner (se nedenfor).

2.3.1 Utvalg av casekommuner og informanter.

Vi valgte ut seks casekommuner som dekket følgende forhåndsdefinerte dimensjoner:

- Kommuner med høy vekst / reduksjon i refusjon fra toppfinansieringsordningen
- Kommuner som har omsorgstjenester for psykisk utviklingshemmede (i et visst omfang)

- Kommunestørrelse målt ved innbyggertall
- Kommuners inntektsnivå målt ved korrigerte frie inntekter inkludert eiendomsskatt og konsesjonskraftsinntekter

Formålet med å studere kommuner som har hatt en stor økning i antall ressurskrevende brukere, var å avdekke om dette skyldes nye behov i befolkningen (f.eks. i kjølvannet av samhandlingsreformen), at eksisterende behov er nyoppdaget (f.eks. gjennom bistand fra eksterne eller en egeninitiert gjennomgang), og/eller om det har vært en omdefinering av tjenestebehovet. En annen mulighet vi så for oss, var at kommunen hadde endringer i organiseringen av pleie- og omsorgstilbudet som er relevante for finansieringsordningene. For å få avkreftet eller bekreftet ulike forhåndsdefinerte hypoteser, valgte vi å inkludere både kommuner som har hatt økning, og kommuner som har hatt en tydelig reduksjon i antall ressurskrevende brukere.

I tillegg til å plukke ut kommuner med økning/reduksjon i antall ressurskrevende brukere, anså vi det som hensiktsmessig å ha en viss variasjon i kommunestørrelse og inntektsnivå. Dette ut fra antakelsen om at tilskuddsordningen betyr mer for små kommuner/kommuner med lavt inntektsnivå enn større kommuner/kommuner med høyt inntektsnivå. Alternativt kunne det også tenkes at små kommuner/kommuner med lavt inntektsnivå mangler ressurser/kompetanse til å utnytte tilskuddsordningen. Vi har også hatt en viss geografisk spredning blant de utvalgte casekommunene, kun to av de seks casekommunene tilhører samme fylke.

Som grunnlag for sorteringen av de ulike kommunene etter kommunestørrelse (innbyggertall) har vi valgt følgende tredeling:

- Små kommuner: Kommuner med 0–2 999 innbyggere
- Mellomstore kommuner: Kommuner med 3000–19 999 innbyggere
- Store kommuner: Kommuner med flere enn 20 000 innbyggere

2.3.2 Casebeskrivelser

Av personvern hensyn offentliggjør vi ikke navnet på casekommunene, men vi vil nedenfor gi en kort beskrivelse av kjennetegn ved de utvalgte casekommunene.

Tabell 1 Tabelloversikt over utvalgte casekommuner

Case	Geografisk område	Endring i antall brukere	Kommunestørrelse (Innbyggere)
1	Østlandet	Vekst	>20 000
2	Østlandet	Vekst	>20 000
3	Vestlandet	Vekst	>20 000
4	Østlandet	Reduksjon	>20 000
5	Østlandet	Vekst	<3000
6	Nord - Norge	Vekst	<3000

Casekommune 1 er en stor kommune lokalisert på Østlandet. Sett i forhold til innbyggertallet er antall ressurskrevende brukere lavt sammenliknet med gjennomsnittet for alle kommuner. Antallet ressurskrevende brukere økte med 12 % fra et år til det neste i perioden 2011–2019. Etter denne økningen har utviklingen snudd, og antallet brukere har sunket noe. Omtrent to tredjedeler av de ressurskrevende brukerne er PU-brukere, men kommunen har også en del ressurskrevende brukere innenfor rus og psykiatri. Kommunens inntektsnivå ligger like under landsgjennomsnittet. Kommunen har over tid hatt et relativt høyt utgiftsnivå, uten at kommunale inntekter har holdt seg på samme nivå. Kommunens netto driftsresultat har derfor over tid utviklet seg svakere enn for andre sammenliknbare kommuner. Etter et par år med forbedret resultat fikk kommunen et redusert resultat både i 2017 og 2018.

Casekommune 2 er også en stor kommune i Østlandsområdet som har opplevd en økning i antallet ressurskrevende brukere. Fra et år til det neste økte antall brukere med over 40 %. Etter dette har antallet brukere sunket noe (6 %). Omtrent to tredjedeler av de ressurskrevende brukerne i kommunen er PU-brukere. Antall ressurskrevende brukere per innbygger er lavere enn gjennomsnittet for alle kommuner. Når det gjelder inntektsnivå, ligger korrigerte frie inntekter like under landsgjennomsnittet. Kommunen har hatt et positivt netto driftsresultat i perioden 2015–2018.

Casekommune 3 er en stor kommune lokalisert på Vestlandet. Antallet ressurskrevende brukere har økt over tid, med en spesielt sterk vekst fra et år til et annet på 56 %. Siden dette har antallet ressurskrevende brukere sunket igjen (12 %). Under halvparten av de ressurskrevende brukerne er PU-brukere. Målt per innbygger ligger antallet ressurskrevende brukere under gjennomsnittet for alle kommuner. Kommunens inntektsnivå er under landsgjennomsnittet. Kommunen har hatt positivt netto driftsresultat i årene 2014–2016, før dette var negativt i 2017 og positivt igjen i 2018.

Casekommune 4 er en stor kommune på Østlandet. Antall ressurskrevende brukere per innbygger er lavere enn gjennomsnittet for alle kommuner. Fra et år til et annet sank antallet ressurskrevende brukere med 22 %. Etter dette har antallet ressurskrevende brukere sunket ytterligere med 3 %.

Omtrent halvparten av de ressurskrevende brukerne i kommunen er PU-brukere. Når det gjelder inntektsnivå er korrigerte frie inntekter under landsgjennomsnittet. Kommunen har hatt et positivt netto driftsresultat i årene 2015–2018, dog med en svak utvikling fra 2017–2018.

Casekommune 5 er en liten kommune på Østlandet. Antallet brukere har økt moderat i perioden 2011–2018 med en årlig vekst på omtrent 10 %. Kommunens inntektsnivå ligger over landsgjennomsnittet. Netto driftsresultat var negativt i 2017 og 2018.

Casekommune 6 er en liten kommune i Nord-Norge. Kommunen har hatt en svak vekst i antallet brukere med en 33 % økning fra et år til et annet. Antallet ressurskrevende brukere har imidlertid holdt seg stabilt etter dette. Litt over halvparten av de ressurskrevende brukerne er PU-brukere. Veksten i antallet ressurskrevende brukere har i hovedsak vært knyttet til andre brukergrupper enn PU-brukere. Når det gjelder inntektsnivå, ligger korrigerte frie inntekter nært

landsgjennomsnittet, men relativt lavt for en liten kommune. Kommunens netto driftsresultat har utviklet seg negativt i perioden 2013–2017. Resultatet var svakt positivt i 2018.

Utvalget av casekommuner er ikke nødvendigvis representativt for kommunesektoren, men er primært valgt for å få god innsikt i problemstillingene. Vi har lagt vekt på å få med store kommuner som har bred erfaring med ressurskrevende brukere. Før prosjektet startet hadde vi en relativt lang liste med potensielle effekter av ordningene, og i små kommuner kunne vi risikere at man hadde liten erfaring med mange av disse problemstillingene, f.eks. når det gjelder ulike typer brukere. For å likevel være sikre på at vi ikke gikk glipp av problemstillinger som var spesifikke for mindre kommuner, valgte vi i tillegg å inkludere to små kommuner. Vi endte derfor opp uten mellomstore casekommuner, men en av kommunene i forstudien tilhører denne gruppen.

Case-studiene viste at det stort sett var de samme problemstillingene som gjaldt i små og store kommuner, men at den ene av de små kommunene var mer preget av utfordringer med å rekruttere kompetanse. Det var påfallende hvor like alle kommunene var i sine beskrivelser av hvilke føringer de forholdt seg til og hvilke utfordringer de hadde. Samtidig var måten de organiserte og administrerte tjenestene på ganske differensiert, også blant kommuner som ellers var forholdsvis like.

Generelt har nok de store kommunene noe mindre oversikt over de enkelte brukerne, samtidig som de har noe større kapasitet og kompetanse enn de små kommunene. Det vi potensielt har mistet ved dette utvalget av kommuner, er de mellomstore kommunenes kombinasjon av kompetanse og nærhet til brukerne. Vi har heller ikke fått med oss erfaringer fra de aller største kommunene.

2.3.3 Dokumentgjennomgang

En del av datainnsamlingen har vært en gjennomgang av relevante dokumenter og tallmateriale i de utvalgte casekommunene. Formålet med dokumentgjennomgangen har dels vært å gi et grunnlag for å kartlegge beslutningsprosessen i kommunene og vurdere forholdene som inngår i disse. I tillegg har det gitt oss en oversikt over hvordan kommunen organiserer sine helse- og omsorgstjenester, hvordan kommunen organiserer arbeidet med refusjonsordningen, samt hvilke utfordringer kommunene i hovedsak opplever å stå overfor. I tillegg til en gjennomgang av sentrale dokumenter i de aktuelle casekommunene har vi i forbindelse med noen av intervjuene også bedt om å få oversendt anonymiserte eksempler på enkeltvedtak om tjenester til ressurskrevende brukere.² Disse vedtakene har i hovedsak blitt brukt i forbindelse med intervjuer med tildelingskontor for helse- og omsorgstjenester, som et verktøy i intervjusammenheng for å få innsikt i de faglige vurderingene som gjøres knyttet til enkeltvedtak, informantenes tolkning av retningslinjer og beslutningsprosessene som foregår i kommunen.

² Dette ble forespurt i de tre første casekommunene for å få innsikt i prosessen rundt å utforme vedtak, i de tre siste casekommunene refererte vi til prosessen uten lokale, spesifikke enkeltvedtak.

Gjennom litteratursøk og forstudien kom vi frem til følgende relevante kommunespesifikke dokumenter:

- Oversikt over refusjonsutbetalinger
- Årsbudsjett
- Økonomiplan
- Årsberetninger
- Anonymiserte enkeltvedtak
- Kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester
- Helse- og omsorgsplaner
- Organisering av helse- og omsorgstjenester
- Refusjonsberegninger

Vi har også sett på statlige føringer kommuner må forholde seg til:

- Rundskriv for tilskuddsordningen for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene
- Brev til kommunens revisor
- Skjema for innrapportering

I tillegg har vi sett på andre relevante evalueringer, rapporteringer, utredninger, st.meldinger etc.

2.3.4 Intervju

Hovedformålet her var å få innsikt i beslutningsprosessene som foregår i kommunene, og de ulike forholdene som spiller inn i disse, herunder faglige og økonomiske vurderinger sett opp mot bruk av toppfinansieringsordningen. Vi anså derfor dybdeintervjuer med ulike involverte som en spesielt egnet metode for å undersøke samspillet mellom økonomiske insentiver og faglige avgjørelser. For å belyse dette i sin fulle bredde var det nødvendig å få frem synspunkter fra de ulike nivåene i kommunen. Vi valgte å gjennomføre datainnsamlingen på følgende tre nivåer i kommunen:

- 1) Kommunal ledelse (kommunalsjef helse og omsorg og økonomiansvarlig/rådgiver)
- 2) Enhetsledere for relevante tjenester
- 3) Tildelingskontoret for helse- og omsorgstjenester³

På *nivå 1* har vi gjennomført fokusgruppeintervju med økonomiansvarlige/rådgivere⁴ og kommunalsjef for helse og omsorg. Intervjuene gav oss innblikk i deres tolkinger av og erfaringer med insentiver, lover og retningslinjer relevant for finansieringsordningene, og hvordan disse påvirker det kommunale handlingsrommet. Blant annet gjennom finansieringsordningenes betydning for kommuneøkonomien, lokalt utfordringsbilde og kommunens organisering av helse- og omsorgstjenester. Videre fikk vi innsikt i håndtering og administrasjon av toppfinansieringsordningen lokalt. Blant annet hvordan de jobber med

³ Unntaket fra dette er en casekommune som ikke hadde tildelingskontor. Vedtak om tjenester fattes ute i den relevante tjenesten. I denne kommunen ble spørsmål knyttet til tildeling og vedtak om tjenester inkludert i intervjuet med enhetsledere.

⁴ Økonomiansvarlig/rådgiver med særlig ansvar for toppfinansieringsordningen.

refusjonsberegninger, samarbeid både innad i kommunen, med revisor og mot eventuelle private aktører.

På *nivå 2* har vi intervjuet enhetsledere fra relevante tjenester. Hvilke tjenester som var relevante, varierte etter kommunens organisering og hvilke typer særlig ressurskrevende brukere de ulike casekommune har. Eksempler på tjenester som har vært representert, er hjemmetjeneste, miljøtjenester, rus & psykiatri, rehabilitering og sykehjem. På *nivå 2* har vi gjennomført intervju med alt fra 1 til 10 enhetsledere per intervju. Her har vi fått innblikk i hvordan de ulike enhetslederne gjør sine faglige vurderinger og tolker retningslinjer og føringer. I disse intervjuene ble dialogen og refleksjonene mellom enhetslederne særlig interessant. Eksempelvis nyanser av ulike faglige vurderinger, erfaringsutvekslinger med retningslinjer og innretting av tjenestetilbud og refleksjoner rundt alternative måter å gjøre dette på. Videre fikk vi innsikt i innretting av tjenester mot de særlig resurskrevende brukerne, budsjettbehandling, rutiner for rapportering rundt ressurskrevende brukere og oversikt over kontaktflater mellom kommunale tjenester og relevante aktører

På *nivå 3* har vi intervjuet leder og saksbehandler ved tildelingskontor eller annen tilsvarende enhet i kommunen, som behandler søknader og tildeler tjenester i helse og omsorg. Enkeltvedtak er en viktig del av refusjonsgrunnlaget, både beregningen av timer og beskrivelse av ressurskrevende brukers hjelpe- og omsorgsbehov. Vedtakene er også avgjørende for omfang og innretting av tjenestene den enkelte bruker mottar. Hvordan disse vedtakene gjøres, og beslutninger og prosessen rundt dette var derfor sentralt i disse intervjuene. Her fikk vi innblikk i hvilke forhold som lå til grunn for deres vurderinger, hvilke føringer og retningslinjer de forholder seg til når de utformer enkeltvedtak, og kontakten mellom de ulike tjenestene og nivåene i kommunen. Generelt ble tildelingskontoret betraktet som en frittstående enhet, med faste møtepunkter mot de andre helse- og omsorgstjenestene. I intervjuene vektla samtlige av informantene at vurderingene som ble gjort her, baserte seg i stor grad på lovgrunnlag, ulike kartleggingsverktøy, BEON-prinsippet⁵, kommunale kriterier for tildeling av tjenester, innspill fra relevante tjenester/fagpersoner og egne faglige vurderinger. I hvilken grad disse faktorene ble vektlagt, varierte noe ut ifra tema i intervju og fra kommune til kommune.

I sum gav intervjuer på de tre nivåene i kommunen og dokumentgjennomgangen inngående kunnskap om de ulike casekommunene, både hvordan de erfarte og håndterte finansieringsordningene, og innsikt i kommunenes praksis og organisering. Selv om det var lokale variasjoner, samsvarte flere av erfaringene. Dette er en viktig del av datagrunnlaget og omtales videre i rapporten.

Tabell 2 viser en oversikt over antall og hvilke typer informanter vi har snakket med i de ulike intervjuene.

⁵ Beste Effektive Omsorgs Nivå (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester), i enkelte kommuner refererte de til LEON-prinsippet (Lavest Effektive Omsorgs Nivå)

Tabell 2 Oversikt over informanter i prosjektet

Informanter ⁶	Case 1	Case 2	Case 3	Case 4	Case 5	Case 6	Forstudie/tilleggsintervju	Sum
Kommunalsjef helse og omsorg/Kommunalsjef	1	1	2	1	1	1	1	8
Økonomiansvarlig/rådgiver	1	1	2	2	2	2		9
Enhetsledere	2	5	10	5	2	1	1	26
Leder tildelingskontor	1	1		1	1	1		5
Rådgiver tildelingskontor	1	1		1	1	1		5
Rådmann							3	3
Revisor							2	2
Sum	6	9	14	10	7	6	4	58

2.4 Vurdering av forskningsdesign

Hensikten med denne studien har vært å frembringe kunnskap om hvorvidt regelverk og utformingen av de to finansieringsordningene påvirker omfang av kommunale tjenester, innretting av lokale tjenestetilbud, organisering av tjenester og eventuelle andre virkninger av ordningene. Et viktig spørsmål vi har stilt oss, er om de valgte metodene er de mest relevante i denne studien.

Vårt formål var å avdekke både de økonomiske insentivene og måten disse blir oppfattet og respondert på av aktører på ulike nivåer i kommunen. Vi var i utgangspunktet bevisst på at finansieringsordningene kan gi klare økonomiske insentiver. Inntektssystemet, som PU-kriteriet er en del av, har tydelig basis i økonomiske teorier om lokal offentlig ressursallokering, mens toppfinansieringsordningen på sin side bryter med det finansielle ansvarsprinsipp i og med at kommunene ikke bærer det fulle økonomiske ansvaret for tjenestene. Samtidig har vi hatt en bevissthet rundt at finansieringsordningene er rettet mot komplekse tjenester i en kompleks organisasjon, der beslutningstagerne følger lover, regler, retningslinjer, rutiner etc. som ofte er generelle og åpent formulert, i tillegg til egne (helse)faglige vurderinger (Lipsky, 1980). Vi ønsket derfor å gjennomføre en kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder, der det kvantitative først og fremst ble benyttet til å beskrive rammene og selve omfanget av ordningene, mens det kvalitative fokuserte på beslutningsprosessene i kommunen og de ulike føringene som spiller inn i disse. Med føring mener vi her faglige, juridiske, politiske og økonomiske føring som er relevante for tjenestetildelingen. I utformingen av den metodiske fremgangsmåten la vi til grunn at dette i stor grad kan variere mellom kommunene. Vi har derfor i caseundersøkelsene lagt stor vekt på å identifisere og beskrive de beslutningsprosessene som påvirker og leder frem til innretningen av kommunale tjenestetilbud, og i rapporten beskrives noen generelle prosesser ut i fra dette.

Et annet spørsmål som opptok oss, var om case-kommunene og informantene representerte den konteksten vi ville undersøke og innehadde kunnskapen vi var ute etter å få innsikt i (Halkier 2010, Tjora, 2017). En av hensiktene med intervjuundersøkelsen var å avdekke erfaringer, vurderinger, holdninger og normer i en praksis som består av mange og ulike aktører (Lipsky,

⁶ Stillingstittel varierer mellom kommunene – her delt inn etter generell betegnelse og ansvarsområde.

1980; Vabø, 2014a). Forskjellige typer erfaringer fra ulike nivåer og forskjellig kjennskap til dette praksisfeltet var derfor av stor betydning i utvelgelsen av informanter. Sammensetting av informanter, og erfaringsutvekslingen dem imellom under gruppeintervjuene, ga oss innblikk i flere aspekter ved praksisen rundt finansieringsordningene. Dette styrket datagrunnlaget og ga oss et innblikk i den kompleksiteten som preger tjenestetilbudet i kommunene. Erfaringene og kunnskapen som kom frem under intervjuene, bidro til å få frem synspunkter og aspekter som overgikk våre forkunnskaper om feltet, og var et verdifullt bidrag i studien. Disse aspektene kunne vi vanskelig ha forutsett på forhånd, og de ville potensielt ikke vært fanget opp av en survey. Som forberedelse til intervju gjennomførte vi også en dokumentgjennomgang av case-kommunene. Vi så på relevant planverk, kommunens økonomi, organisering av helse- og omsorgstjenester, eksempler på enkeltvedtak etc. samt relevante nasjonale føringer (se 2.3.3.). Ved å sette datamaterialet i sammenheng med kommunale, statlige (økonomisk og juridiske) og (helse)faglige vurderinger fikk vi et bilde av et kommunalt handlingsrom som, etter vår mening, også vil ha overføringsverdi ut over de enkelte kommuner i denne studien.

En survey fra et utvalg representative kommuner kunne ha bidratt til en bredde i materiale som case-undersøkelsen ikke gir. Likevel, vårt forskningsdesign omfatter både dybde og bredde, gjennom hensyn til valg av case-kommuner og informanter, dokumentgjennomgang og analyse av nasjonale registerdata. Vi mener derfor at valgte forskningsdesign var relevant for å belyse sentrale problemstillinger i prosjektet. De valgte case-kommunene utgjør ikke et representativt utvalg for kommune-Norge, dette var heller ikke vår intensjon. Datamaterialet belyser problemstillingene fra ulike perspektiver og har gitt en verdifull innsikt i kompleksiteten rundt organisering og levering av kommunale helsetjenester. Dette har gitt et helhetlig grunnlag for de vurderinger og forslag som skisseres i rapporten.

2.4.1 Kommentarer til datainnsamlingen

Ettersom et viktig mål med intervjuene har vært å få frem de faglige vurderingene som gjøres i kommunene, har det vært ønskelig å intervju informanter med ulik fagbakgrunn. Ser vi på intervjuene samlet sett, er det imidlertid en tydelig overvekt av informanter med helsefaglig bakgrunn i materialet. Dette er ikke overraskende, siden de fleste av våre informanter jobber i helse og omsorg. Unntaket fra dette er informanter med økonomisk og juridisk bakgrunn. Dette gjelder først og fremst kommunal ledelse og/eller personer som har ansvar for beregning og rapportering av utgifter til ressurskrevende brukere.

Informantenes helsefaglige bakgrunn har til dels preget tema og argumentasjon under intervjuene. Særlig på nivå 2 og 3 i kommunene sto det faglige i sentrum, f.eks. ved at man vektla behovet til den enkelte bruker, og argumentasjonen bar preg av en omsorgsdiskurs (Aaltvedt, V. et al, 2017;). Dette reflekterer den posisjonen informantene arbeider ut fra, og er en velkjent tematikk i forskning på forvaltning av kommunale helse- og velferdstjenester (Aaltvedt, V. et.al, 2017; Kristiansen, M.et.al, 2016; Lipsky, 1980; Vabø, 2014a, 2014b). Under intervjuene forsøkte vi derfor å utfordre det helsefaglige perspektivet med ulike spørsmål knyttet til budsjettprioriteringer. Gjennom dette fikk vi, til en viss grad, innsikt i hvilke vurderinger informantene på nivå 2 gjør i henhold til budsjettstyring og øvrige økonomiske hensyn. Det samme gjaldt delvis under intervjuer på nivå 3, der ledere og rådgivere refererte til

et kommunalt handlingsrom med økonomiske rammer, med tilhørende kommunale kriterier og retningslinjer for tildeling av tjenester.

2.5 Gjennomføring og bearbeiding av intervjudata

Intervjuene ble gjennomført både som enkelt- og som fokusgruppeintervju. Vi benyttet oss av tre semi-strukturerte intervjuguider inndelt etter relevante tema på de ulike kommunenivåene.

I samtlige av intervjuene var det to forskere til stede, som intervjuet og gjorde notater underveis. I tillegg ble det også gjort lydopptak. I etterkant av intervjuene ble notatene renskrevet og supplert med sitater og relevant informasjon fra opptakene. Som en del av forstudien ble kun opptakene fra intervjuene med *casekommune 1* transkribert i sin helhet.

I bearbeidingen av de kvalitative dataene har vi benyttet oss av NVivo (QSR International Pty Ltd. Version 12 Pro) for å systematisere data. Dataene vi har behandlet her, har vært transkribert intervjumateriale, notater og diverse dokumenter.

2.6 Forskningsetikk og personvern

Prosjektet er gjennomført i tråd med gjeldende lovverk og retningslinjer for forskning. Prosjektet ble registrert hos Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) 15.05.2019, Referanse: 615021. Datamateriale har blitt håndtert i henhold til NSDs retningslinjer.

3. Finansiering av kommunale pleie- og omsorgstjenester

3.1 Rammefinansiering (inkl. PU-kriteriet)

3.1.1 Rammefinansiering

Hovedprinsippet for statens finansiering av kommunene er rammefinansiering. Det innebærer at kommunene får midler som de fritt kan disponere til produksjon av kommunale tjenester. Rammefinansiering gir lokalpolitikkerne mulighet til å prioritere i tråd med lokale preferanser. Friheten begrenses riktignok av at nasjonalt regelverk legger en del føringer på hvilke tjenester kommunene skal tilby, men kommuner som klarer å produsere de pålagte tjenestene effektivt, kan fritt benytte gevinsten til andre formål. I tillegg til å støtte opp om lokaldemokratiet, gir dermed rammefinansiering kommunene incentiver til effektiv ressursbruk. Øremerkede tilskudd, slik som refusjonsordningen for ressurskrevende helse- og omsorgstjenester, bryter med prinsippet om rammefinansiering og svekker kommunenes incentiver til å drive kostnadseffektivt. Det er derfor et mål at øremerkede tilskudd kun skal benyttes unntaksvis (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2016).

Rammetilskuddet gis i utgangspunktet med likt beløp pr. innbygger. Samtidig er staten oppmerksom på at kommunenes forutsetninger er ulike, og at likt tjenestenivå ikke nødvendigvis er det samme som lik utgift. I inntektssystemet, modellen som fordeler ressurser mellom kommuner, er det derfor lagt inn et element som omfordeler midler fra kommuner som kan driftes rimelig, til kommuner som er dyrere å drive. Denne delen av inntektssystemet kalles utgiftsutjevningen.

Hvor dyr en kommune er å drive, beregnes på bakgrunn av et sett kriterier som er samlet i en kostnadsnøkkel. «Personer med psykisk utviklingshemming 16 år og eldre» er ett slikt kriterium. Kriteriet bidrar til å øke rammetilskuddet til kommuner som har et høyt antall personer med psykisk utviklingshemming relativt til innbyggertallet. Midlene flyttes fra kommuner med en liten andel innbyggere med psykisk utviklingshemming.

I 2019 er det totalt 24 kriterier i kostnadsnøkkel, hvorav 8 er aldersgrupperte innbyggertall. Kommunen som beregnes som dyrest i drift, er Utsira, som får beregnet et utgiftsbehov pr. innbygger på 2,4 ganger landsgjennomsnittet, først og fremst på grunn av at det er en liten kommune. Lavest indeks har Tromsø med rett i underkant av 90 % av landsgjennomsnittet.

Krav til kriterier i inntektssystemet er at de i størst mulig grad må være:

- Objektive
- Basert på offisiell statistikk
- Mulig å oppdatere jevnlig

Det at et kriterium er objektivt, innebærer at størrelsen på kriteriet ikke skal kunne påvirkes av kommunen selv. Det er kun utgifter som kommunen ikke kan velge seg bort fra, som skal kompenseres. I tillegg til kravene i listen over må kriteriene naturligvis ha betydning for det kommunale utgiftsnivået. Dette fastslås vanligvis gjennom bruk av statistiske analyser.

Kostnadsnøkkelen er bygget opp av åtte delkostnadsnøkler basert på sektorinndelingen i KOSTRA, og antall personer med psykisk utviklingshemming er et kriterium i delkostnadsnøkkelen for pleie og omsorg.⁷ Ikke alle sektorer er inkludert i kostnadsnøkkelen.

I kostnadsnøklerne har hvert kriterium en vekt som gjenspeiler andelen av ressurser som kriteriet omfordeler. Vektene for alle kriterier summerer seg til 1.

3.1.2 Kriteriet «Antall personer med psykisk utviklingshemming, 16 år og over»

Dagens PU-kriterium ble innført i 1998, sammen med et kriterium for psykisk utviklingshemmede 0–15 år. Kriteriet ble innført i forbindelse med at det tidligere øremerkede tilskuddet til psykisk utviklingshemmede ble innlemmet i rammetilskuddet, og kriterievekten ble satt på bakgrunn av beløpet som ble innlemmet. I 2011 ble kriterievekten redusert fra 18,2 % til 14 %. Før det hadde Borgeutvalget (NOU 2005:18) presentert analyser som viste enda lavere kostnadseffekt, men departementet vurderte det slik at en enda lavere vekt kunne gi en underfinansiering av kommuner med dyre brukere. I 2011 ble også kriteriet for den yngste aldersgruppa fjernet ettersom det ikke ga signifikante utslag i analysene.

Ved siste helhetlige oppdatering av kostnadsnøklerne i 2017 antydte Kommunal- og moderniseringsdepartementets egne analyser en langt lavere vektning av kriteriet, samtidig som resultatene avvek en del fra SSBs resultater. Det ble bestemt at den tidligere vekten ble videreført i påvente av nærmere utredning. Denne ble gjennomført av Agenda Kaupang (Agenda Kaupang 2017).

Agenda Kaupangs analyser underbygger at vekten på 14 % er for høy, og det argumenteres for at dette er uheldig ettersom det gir en skjevfordeling av ressurser. Det diskuteres også andre uheldige sider ved kriteriet, som også har vært løftet fram i andre utredninger. Dette dreier seg om:

1. Etiske utfordringer knyttet til registrering av psykisk utviklingshemmede
2. At tjenestebehovet og de kommunale utgiftene knyttet til gruppen som faller inn under diagnosen psykisk utviklingshemming, varierer veldig mellom personer
3. At man utelater andre brukergrupper som utløser lignende tjenestebehov

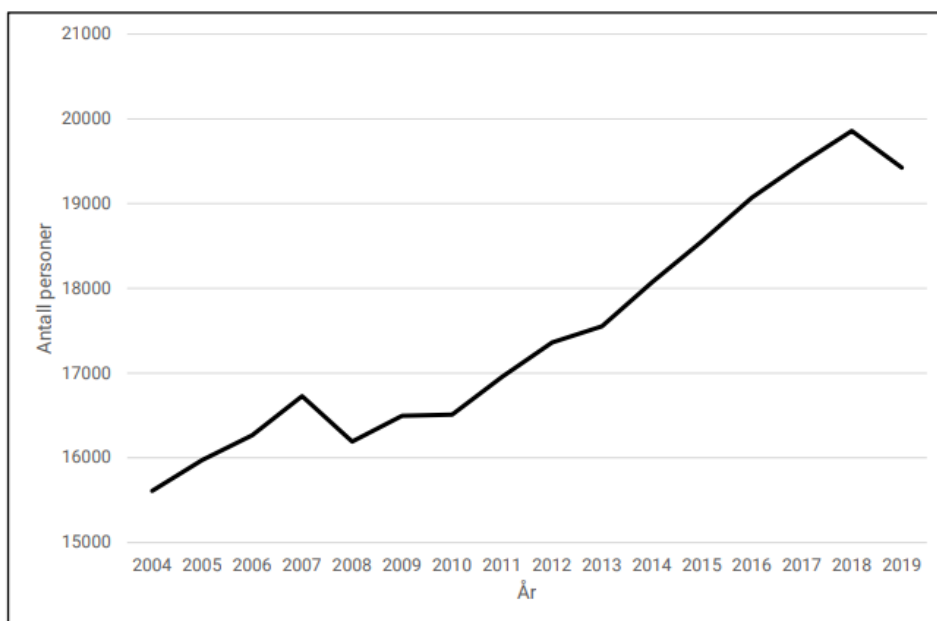
De finner likevel ikke fram til alternative kriterier som tilfredsstiller de nødvendige kravene for bruk i inntektssystemet.

I dagens delkostnadsnøkkel for pleie- og omsorgstjenesten har PU-kriteriet en vekt på 0,1403, noe som innebærer at drøyt 14 % av utgiftene innen pleie- og omsorgstjenestene er knyttet til

⁷ Fylkeskommunene har tilsvarende inntektssystem, og her er «Personer med psykisk utviklingshemming over 18 år» et kriterium i delkostnadsnøkkelen for tannhelsetjenesten.

disse brukerne. Det er da tatt hensyn til at deler av bruttoutgiftene er dekket av refusjonsordningen for ressurskrevende tjenester. Videre er sektornøkkelen for pleie og omsorg vektet med 34,49 % i den samlede kostnadsnøkkelen for 2019, så PU-kriteriet omfordeler 4,8 % av det samlede utgiftsbehovet. I kroner gir dette en verdi på 656 000 kroner pr. rapporterte person med psykisk utviklingshemming. Til sammen var det 19 487 personer som utløste dette kriteriet i kostnadsnøkkelen for 2018, og kriteriet omfordelte dermed nesten 13 milliarder kroner dette året.

Det har vært vekst i antall registrerte personer over tid. Helsedirektoratet (2019) viser følgende figur med antall personer med utviklingshemming ifølge kriteriedataene vist i diverse årganger av Grønt Hefte (2004–2019):



Figur 2 Utviklingen over antall personer som utløser økt rammetilskudd. Tall fra diverse årganger av Grønt Hefte. Figuren er hentet fra Helsedirektoratet (2019), s. 27.

I 2019 ble det altså innrapportert 420 færre personer enn i 2018. Helsedirektoratet omtaler at dette bl.a. kan ha årsak i de økte kravene til dokumentasjon av diagnoser og revisors kontroll som ble innført i forbindelse med 2019-rapporteringen.

Normalt er ikke verdien av de enkelte kriteriene i inntektssystemet allment kjent, selv om den kan regnes ut. Siden fordelingen via kostnadsnøkkelen er basert på statistiske gjennomsnittsberegninger, er det normalt ingen informasjonsverdi i denne størrelsen. Kriteriene skal uansett ikke kunne påvirkes av kommunene, og det ligger ikke noe normativt i delkostnadsnøklerne. Det er altså ikke ønskelig at den enkelte kommune skal la kriteriene og fordelingen av disse påvirke prioriteringen av midler. Verdien av PU-kriteriet er derimot godt kjent i kommunene fordi denne verdien trekkes fra i refusjonsordningen for ressurskrevende tjenester.

Det er fire kommuner som ikke har registrert noen innbyggere i dette kriteriet, først og fremst fordi de har få innbyggere totalt. Bortsett fra disse fire ligger Siljan kommune lavest, med 23 %

av landsgjennomsnittet (målt pr. innbygger). Høyest ligger Høylandet, med 3,8 ganger landsgjennomsnittet.

I kriteriet telles personer over 16 år som oppfyller de relevante diagnosekravene, jf. Rundskriv IS-3/2019 fra Helsedirektoratet, og som samtidig har vedtak om kommunale tjenester etter helse- og omsorgsloven. Personer skal ikke rapporteres hvis de bor i bolig under Landsbystiftelsen eller hvis de inngår i grunnlaget for vertskommunetilskudd. Vertskommunetilskudd blir gitt til kommuner som tidligere var vertskommuner for HVPU-institusjoner, og tilskuddet er knyttet til tidligere beboere i disse institusjonene. Landsbystiftelsens virksomhet var også en del av HVPU.

Ifølge Fylkesmannen i Vestland (2019) er antall personer med psykisk utviklingshemming i Norge betydelig høyere. De fleste av dem har en lettere utviklingshemming og er ikke diagnostisert eller registrert i hjelpeapparatet.

3.2 Refusjonsordningen for særlig ressurskrevende tjenester

Refusjonsordningen for ressurskrevende helse- og omsorgstjenester ble innført i 2004. Ordningen forvaltes av Helsedirektoratet og utbetaler i 2019 et samlet beløp på ca. 10,2 milliarder kroner til kommunene, som delvis refusjon for påløpte kostnader i 2018. I korte trekk innebærer ordningen at deler av kommunenes utgifter knyttet til de dyreste brukerne betales av staten. Når årlig kostnad knyttet til en bruker overstiger et visst beløp, får kommunen kompensert en andel av de overskytende kostnadene. I 2018 var innslagspunktet 1 270 000 kroner, og kompensasjonsgraden for utgifter utover dette var 80 %.

Bakgrunnen for ordningen var at kommunene etter hvert hadde overtatt ansvaret for flere brukergrupper med ressurskrevende behov innen pleie og omsorg, blant annet overtakelse av sykehjem og HVPU-reformen. Kommuner med særlig ressurskrevende brukere hadde fram til 2004 blitt kompensert gjennom øremerkede skjønnsmidler. Vedtaket om etablering av den nye ordningen ble begrunnet med at hensynet til brukerne er lite forenlig med utøvelsen av skjønn.⁸

Fram til 2008 hadde ordningen en litt annen utforming enn den har i dag. Mens kommunene nå får refundert 80 % av egne utgifter utover innslagspunktet, gjaldt kompensasjonsgraden den gangen på nasjonalt nivå. På kommunalt nivå varierte kompensasjonsgraden etter omfanget av refunderbare utgifter pr. innbygger. Kommuner med høye utgifter pr. innbygger fikk høyere kompensasjonsgrad. Den nye ordningen ga større forutsigbarhet for kommunene.

Refusjonsordningen har en del avgrensninger som beskrives i det følgende.

Refusjonen gis som nevnt når kommunens kostnader knyttet til en enkeltbruker overstiger et visst nivå, kalt innslagspunktet. Det er kun lønnsutgifter for personer som arbeider direkte med brukeren som skal tas med, og kun utgifter som hører inn under helse- og omsorgstjenestene. Refusjonene er også avgrenset til spesifikke tjenestefunksjoner i KOSTRA:

⁸ Se diskusjon i Kommuneproposisjonen 2004 (St.prp. nr. 66 (2002-2003)).

- Helsetjenester:
 - 232 Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste
 - 233 Annet forebyggende helsearbeid
 - 241 Diagnose, behandling, re-/habilitering
- Sosialtjenester:
 - 242 Råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid
 - 243 Tilbud til personer med rusproblemer
 - 273 Arbeidsrettede tiltak i kommunal regi
- Omsorgstjenester:
 - 234 Aktivisering og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse.
 - 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon.
 - 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende

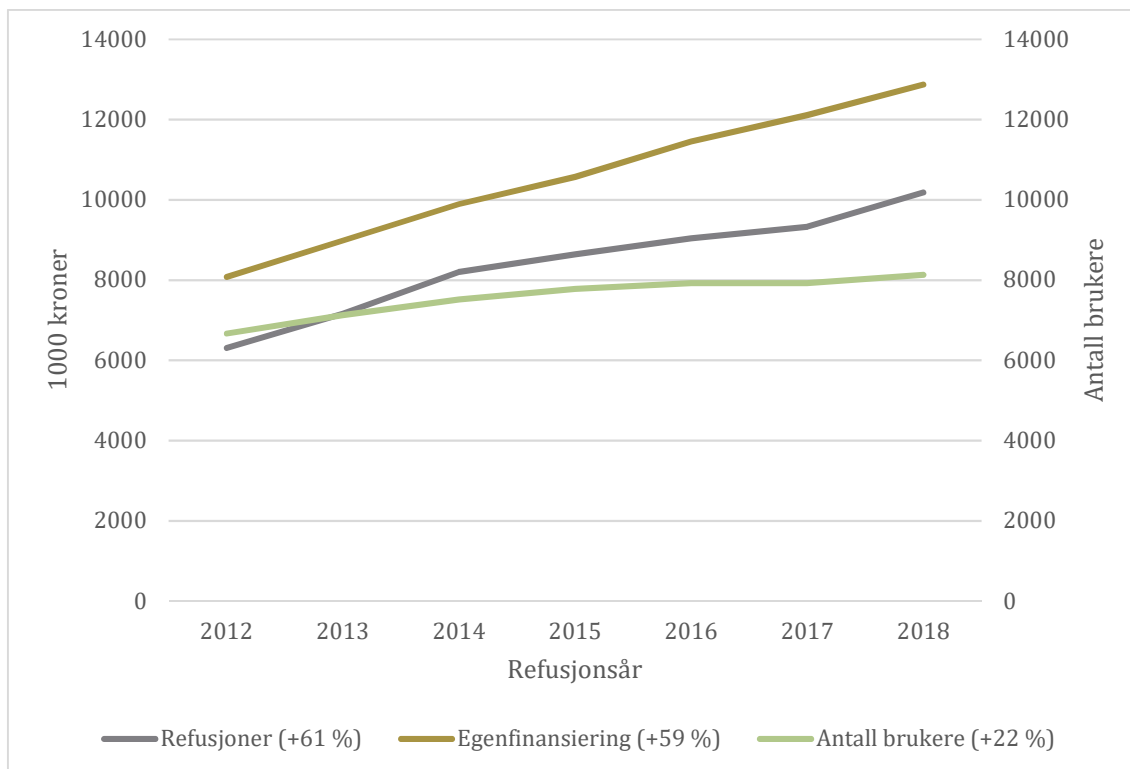
Refusjon gis ikke for personer som er eldre enn 67 år, og kommunen må derfor bære hele kostnaden knyttet til brukere over denne aldersgrensen.⁹ Borge m.fl. (2015) viser til at dette er en avgrensning som kommunene har liten forståelse for. Brukerne får vanligvis ikke mindre behov for tjenester med alderen, og levealderen for målgruppen er økende. Dette bekreftes i stor grad også av informantene i våre intervjuer, jf. bl.a. avsnitt 4.1.

Ordningen gir refusjon for kommunens nettoutgifter, og utgifter dekket av brukerbetaling og øremerkede tilskudd skal dermed holdes utenfor kravet. Dette innebærer også at innslagspunktet i praksis er høyere for psykisk utviklingshemmede ettersom refusjonsordningen også motregnes mot verdien av PU-kriteriet i rammetilskuddet.

Dokumentasjonen som sendes til Helsedirektoratet, er begrenset, men kommunens revisor er pålagt å kontrollere og attestere refusjonskravet og den tilhørende kostnadsberegningen. Som vedlegg til den årlige utsendelsen av rundskrivet om refusjonsordningen, sender Helsedirektoratet også et brev til kommunenes revisor med instruks for revisjonen.

Refusjonen skal inntektsføres i året hvor utgiftene påløper, men utbetales ikke før sommeren året etter. Kommunen må derfor føre et anslag på refusjon inn i regnskapet. Dette beløpet skal fordeles og føres på de tjenestene hvor de tilhørende utgiftene har oppstått.

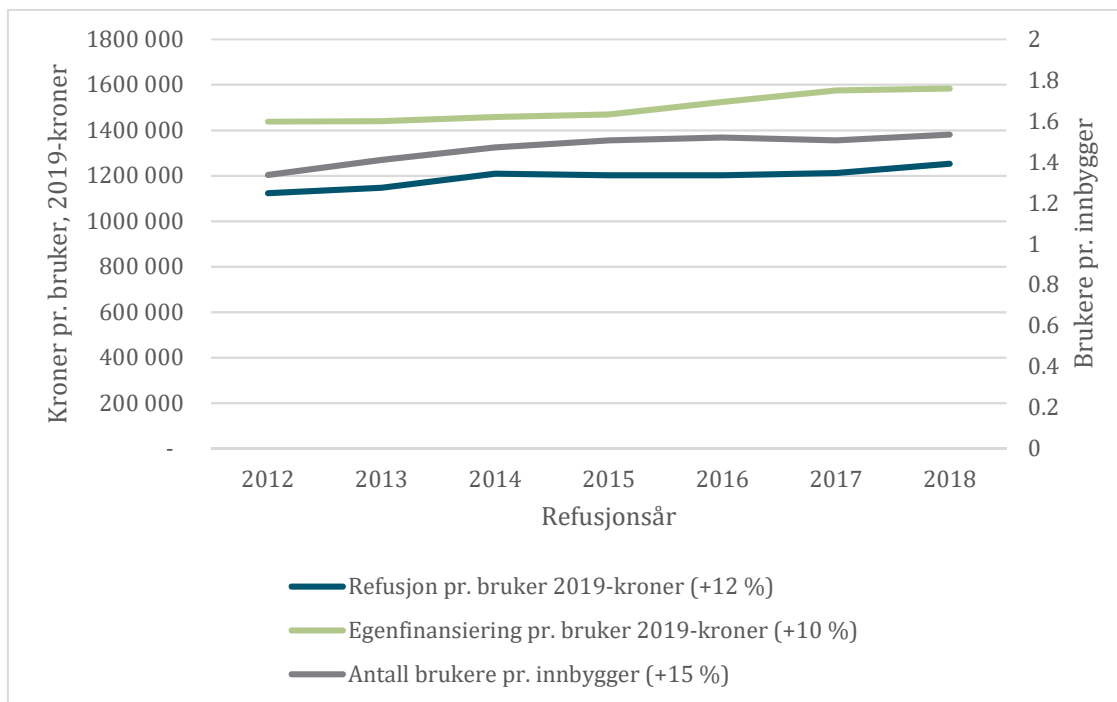
⁹ Rundskriv IS-4/2019 angir de spesifikke kravene til refusjonskravet.



Figur 3 Utvikling i antall brukere, refusjoner og egenfinansiering, nominelle størrelser. År er utgiftsår, ikke utbetalingsår.

Figur 3 viser hvordan omfanget av ordningen har utviklet seg i perioden 2012–2018. Antall brukere har økt med 22 %, samlede refusjoner har økt med 61 % og egenfinansieringen har økt med 59 %. Samlede refusjoner for 2018 (utbetalt i 2019) er ca. 10,2 mrd. kroner, mens egenfinansieringen av de samme brukerne er ca. 12,9 mrd. kroner.

Figur 4 viser utviklingen i antall brukere pr. innbygger og refusjoner og egenfinansiering pr. bruker i reelle 2019-kroner. Veksten i antall brukere er på 15 % når vi tar hensyn til den generelle befolkningsveksten. Når vi tar hensyn til veksten i antall brukere og prisvekst målt ved kommunal deflator, finner vi at veksten i refusjoner pr. bruker er 12 % i perioden 2012–2018. Egenfinansieringen er økt med 10 %.



Figur 4 Utvikling i antall ressurskrevende brukere pr. innbygger og refusjon og egenfinansiering pr. bruker i 2019-kroner, prisjustert med kommunal deflator.

Tabell 3 viser noe tilleggsstatistikk for refusjonene for 2017 (utbetalt i 2018). Vi har et utvidet statistikkgrunnlag for dette året, med informasjon om kostnadsfordelingen mellom brukere. Gjennomsnittlig refusjon pr. bruker var i underkant av 1,2 millioner kroner, mens gjennomsnittlig egenfinansiering er 1,5 millioner kroner. Høyeste refusjon for en enkelt bruker er nesten 10,8 millioner kroner, noe som ga kommunen en egenfinansiering på nær 4 millioner kroner.

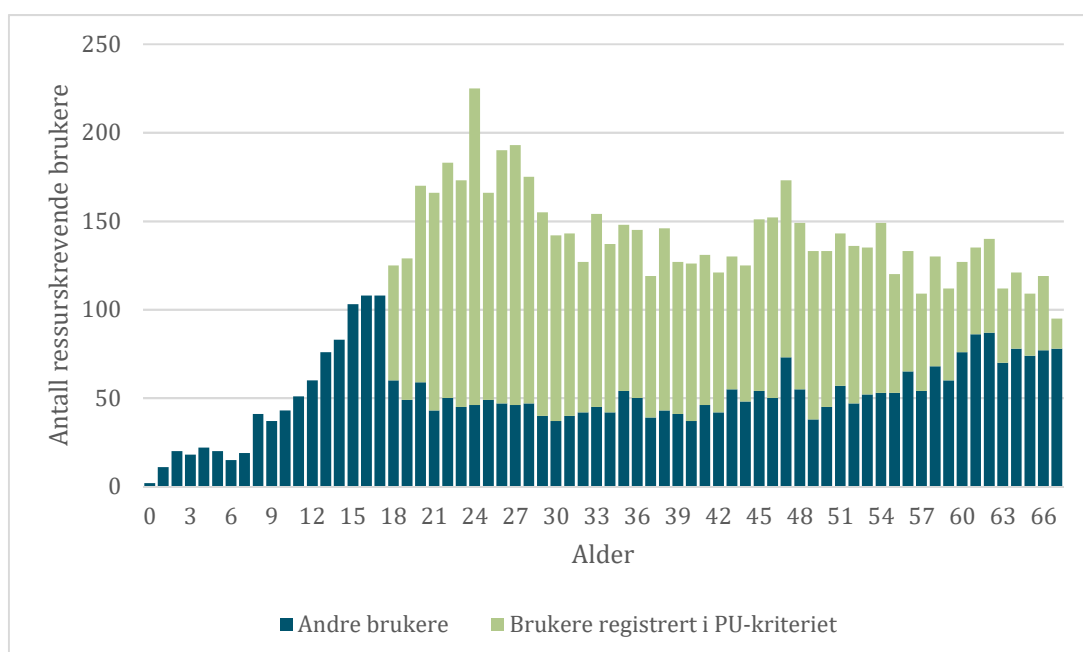
Refusjon pr. innbygger var i gjennomsnitt 2 264 kroner, og høyeste refusjon var nesten 14 000 kroner pr. innbygger. Samme kommune finansiert selv de ressurskrevende tjenestene med over 10 000 kroner pr. innbygger.

Tabell 3 Utvalgt statistikk for utgiftsåret 2017

	Gjennomsnitt	Median	Minimum	Maksimum
Refusjon pr. bruker (kr)	1 177 000	838 000	1	10 765 000
Egenfinansiering pr. bruker (kr)	1 529 000	1 445 000	1 235 000	3 926 000
Refusjon, kroner pr. innbygger (kommuner)	2 264	1 894	0	13 919
Egenfinansiering, kroner pr. innbygger (kommuner)	2 750	2 482	0	10 386

Figur 5 viser aldersfordelingen blant de ressurskrevende brukerne i 2017 (med utbetaling i 2018). Statistikken er basert på tall vi har fått fra Helsedirektoratet. Brukerne er fordelt etter om de er registrert i PU-kriteriet eller ikke. Kriteriet gjelder kun psykisk utviklingshemmede over 16 år. Det skjer dermed et brudd der hvor deltakerne passerer denne aldersgrensen og deler av brukergruppen blir registrert i PU-kriteriet. På grunn av at kriterieverdien er målt året før, er det 18-åringene som er den yngste årgangen som er registrert i PU-gruppen.

Vi ser at det er få brukere blant de aller yngste, men at antallet vokser ganske jevnt fra 8–10 årsalderen opp til ca. 20 år. Det er uklart hvorfor det er markert flere PU-brukere født i 1993, men vi antar at det må være en tilfeldighet. Antallet reduseres noe igjen mot 30 års alder og er forholdsvis stabilt opp til brukerne har passert 50 år. Etter det reduseres antallet noe med alderen. Andelen psykisk utviklingshemmede blir jevnt mindre med alder blant brukerne som har passert 50 år. Antall andre brukere øker faktisk en del med alder blant brukerne over 50 år.

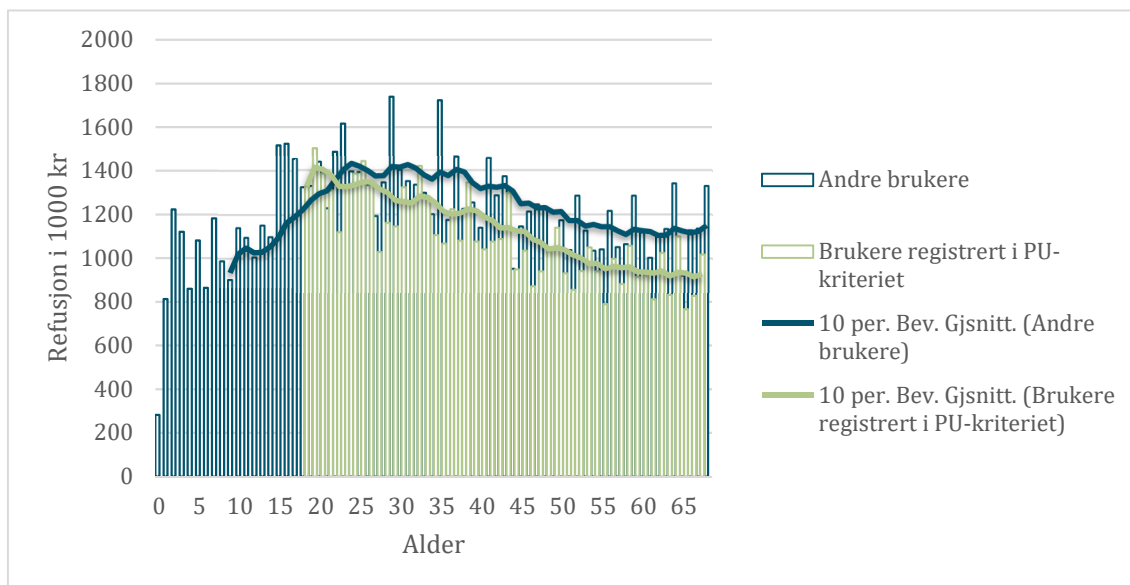


Figur 5 Aldersfordeling blant ressurskrevende brukere

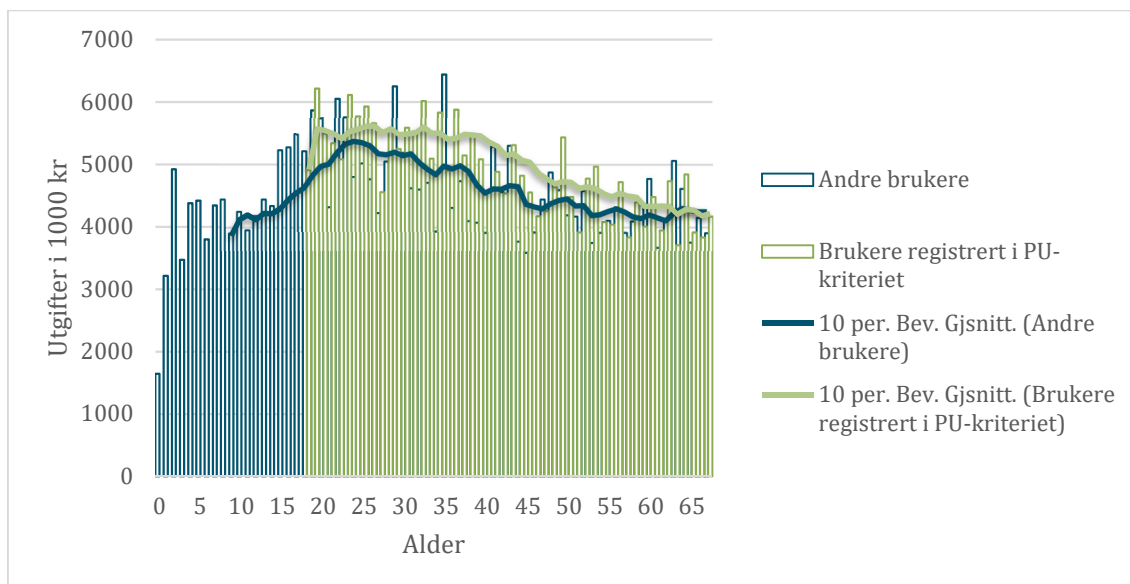
Figur 6 viser gjennomsnittlig refusjon pr. bruker etter alder og brukergruppe. Linjene i figuren (grønn for PU, blå for andre brukere) viser et flytende gjennomsnitt over ti alderstrinn for å gjøre det lettere å se mønsteret i utviklingen. Gjennomsnittlig refusjon er høyest for brukere mellom 25 og 35 års alder for de som ikke er psykisk utviklingshemmede. For psykisk utviklingshemmede er refusjonen høyest for de yngste brukerne (like over 16 år). Med unntak av de aller yngste er gjennomsnittlig refusjon lavest fra ca. 55 år og eldre. Etter dette flater det ut mot aldersgrensen på 67 år. Dette gjelder begge brukergrupper.

Med unntak av brukere i begynnelsen av 20-årsalderen er refusjonene høyest for brukere som ikke inngår i PU-kriteriet. Dette er en naturlig effekt av at personer som også er registrert under PU-kriteriet, har høyere innslagspunkt ettersom verdien av PU-kriteriet trekkes fra i refusjonsordningen. I Figur 7 viser vi utgiftsnivået inkludert verdien av PU-kriteriet. Her bruker vi 90-persentilen i stedet for gjennomsnittet, det vil si nivået for den brukeren som har høyere utgifter enn 90 prosent av brukerne i samme alders- og brukergruppe (og utgifter lavere enn

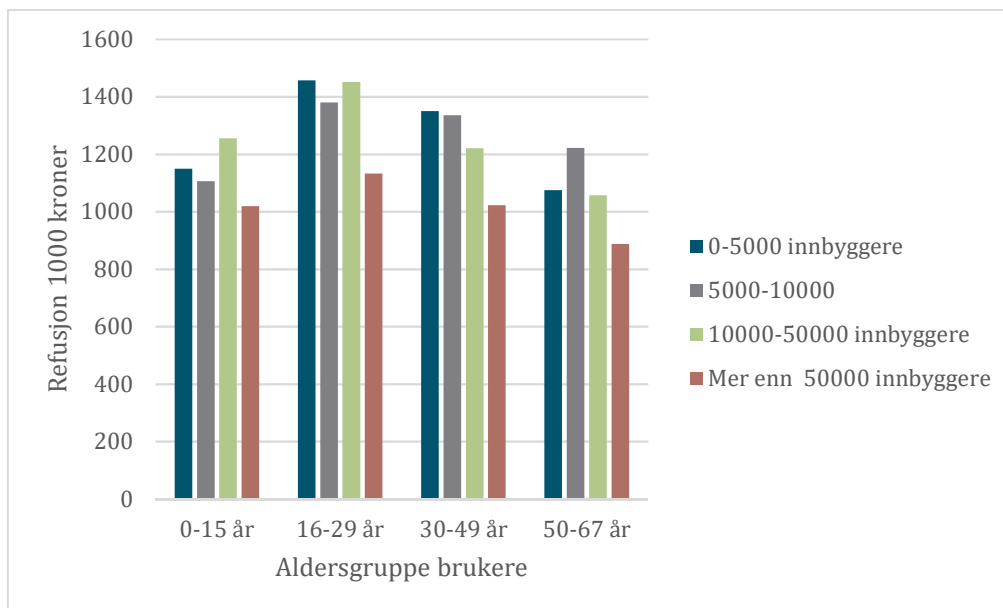
10 % av den samme gruppen). Grunnen til ikke å bruke gjennomsnittet er at denne verdien blir såpass påvirket av ulikt innslagspunkt at det blir misvisende i sammenligning. Vi ser da at PU-brukerne har noe høyere utgifter, med unntak av de aller eldste brukerne hvor utgiftene er like.



Figur 6 Gjennomsnittlig refusjon etter alder og brukergruppe. Linjer viser flytende gjennomsnitt over 10 alderstrinn (grønn er PU-brukere, blå er andre brukere).



Figur 7 Utgiftsnivå etter alder og brukergruppe, inkludert verdi av PU-kriteriet (90 persentil) Linjer viser flytende gjennomsnitt over 10 alderstrinn (grønn er PU-brukere, blå er andre brukere).



Figur 8 Gjennomsnittlig refusjon pr. bruker etter alder og kommunestørrelse

Figur 8 viser gjennomsnittlig refusjon pr. bruker fordelt på aldersgrupper og størrelsen på kommunen de bor i. Aldersfordelingen følger naturlig nok mønsteret i figurene over. Når det gjelder kommunestørrelse, er det de største kommunene som skiller seg ut, med lavere kostnader pr. bruker.¹⁰

3.3 Brukerbetaling og andre tilskuddsordninger

Øvrig finansiering av helse- og omsorgstjenester skjer hovedsakelig gjennom andre tilskuddsordninger og brukerbetaling.

For flere av tjenestene innen helse og omsorg kan kommunene kreve brukerbetaling. Adgangen til å kreve egenandel er regulert av forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester.

For opphold i institusjon skilles det mellom korttids- og langtidsopphold, hvor skillet går ved 60 døgn pr. kalenderår. Maksimal egenandel varierer etter beboerens inntekt og kan uansett ikke overstige de reelle oppholdsutgiftene. Kapitalutgifter kan ikke tas med i grunnlaget for brukerbetalingen. For korttidsopphold angir forskriften en maksimalsats pr. døgn. Kommunen kan ikke kreve egenandel for avlastning eller døgnplasser for øyeblikkelig hjelp.

For helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon kan kommunen kreve egenbetaling for praktisk bistand og opplæring som ikke er til personlig stell og egenomsorg, trygghetsalarm, dagsenter m.m., mens hjemmesykepleie og tjenester til personlig stell og egenomsorg er gratis.

¹⁰ Vi har også sett på medianverdien, og denne viser samme mønster som gjennomsnittsverdien.

Husbanken gir tilskudd for å stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester. Tilskudd gis til oppføring, kjøp av bygg, ombygging, utbedring og leie for:

- Plass i institusjon
- Omsorgsbolig
- Fellesareal, felles teknisk anlegg og velfersteknologi i tilknytning til omsorgsboliger og sykehjem
- Lokaler for dagaktivitetstilbud
- Døgnomsorgsplasser til personer med behov for øyeblikkelig hjelp.

Husbankens bostøtteordning kan også sies å inngå i finansiering av tjenestene ettersom en del av de ressurskrevende brukerne også kan ha rett på bostøtte til å betale husleie i kommunale omsorgsboliger.

Lønnsomheten ved valg av boform vil være et regnestykke som omfatter både investeringskostnad, driftskostnad, brukerbetaling og Husbankens tilskuddsordning. Grundige analyser av kostnader ved ulik organisering av boformer i pleie- og omsorgstjenesten finnes hos Hjelmbrække m.fl. (2011).

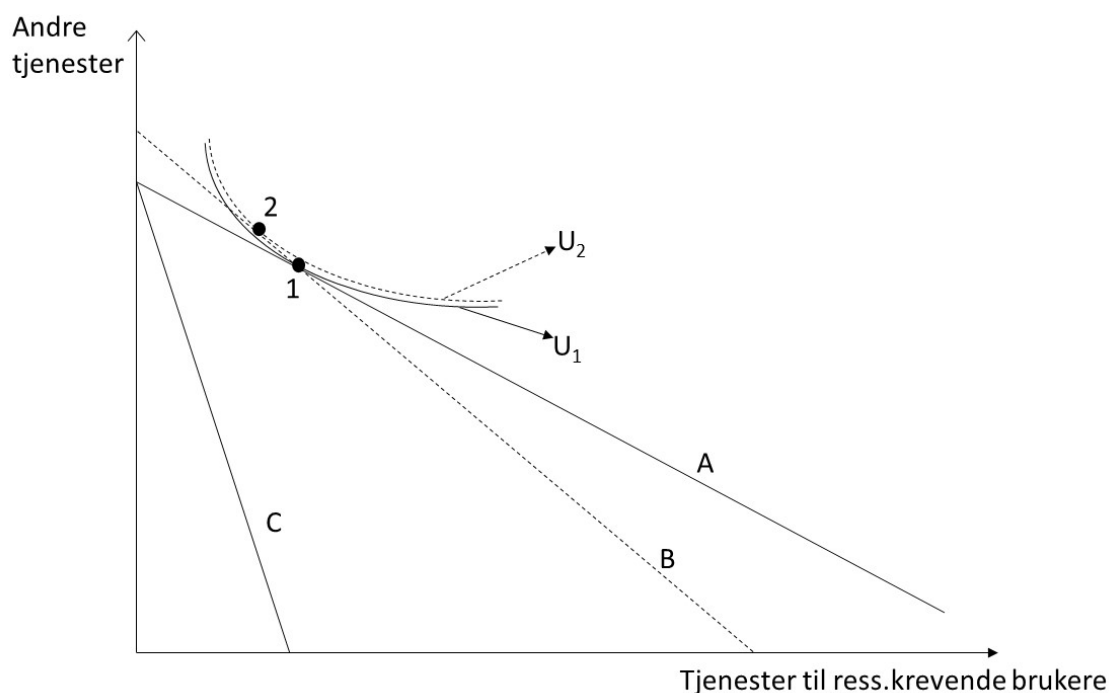
3.4 Refusjonsordningens insentivvirkninger – økonomiteoretisk betraktning

Regjeringens arbeidsgruppe som avleverte sin rapport i 2018, uttrykker bekymring over at den høye kompensasjonsgraden på 80 % gir kommunene små incitamenter til kostnadsmoderasjon. Argumentasjonen til arbeidsgruppen ser ut til å være basert på en tradisjonell mikroøkonomisk læreboksmodeell omkring prisvridninger og tilpasningsendringer: «Ved at staten delfinansierer ressurskrevende tjenester gjennom toppfinansieringsordningen fremstår disse som billigere relativt til andre tjenester. Dette kan bidra til at kommunene bruker mer ressurser på ressurskrevende tjenester og dermed mindre ressurser på andre tjenester enn dersom de samme midlene ble tildelt som rammetilskudd.» (s. 25).

Et lignende resonnement framføres også av arbeidsgruppen når virkninger av en evt. reduksjon av kompensasjonsgraden omtales, jf. Regjeringens arbeidsgruppe (2018) s. 24: «Sterkere insentiver til å holde kostnadene nede kan også innebære reduksjon i tjenestenivået til de ressurskrevende tjenestemottakerne sammenlignet med i dag og dermed en vridning fra tjenester til ressurskrevende tjenestemottakere til andre tjenester.»

Disse resonnementene er helt i tråd med standard teori om en rasjonell konsumenters statiske tilpasning til ulike pris- og inntektsnivåer, med en kommune i rollen som den rasjonelle konsumenten. Selv om det selvsagt kan diskuteres i hvilken grad en kommunes mer kompliserte beslutningsprosess uten videre kan modelleres som om det var en enkeltstående konsument, er dette en helt vanlig antagelse, og vi selv har gjentatte ganger anlagt et tilsvarende perspektiv i forbindelse med kommunaløkonomiske analyser, jf. bl.a. Håkonsen (1999) eller Håkonsen og Løyland (2011).

Arbeidsgruppens resonnementer om forventede virkninger av redusert kompensasjonsgrad eller evt. full overgang til rammefinansiering kan illustreres ved hjelp av følgende figur.



Figur 9. Effekt av å redusere kompensasjonsgraden (refusjonsprosenten) for ressurskrevende tjenester i henhold til standard konsumentteoretisk analyse.

I denne figuren vises 3 budsjettlinjer A, B og C. Disse budsjettlinjene viser hvor mye kommunen maksimalt kan tilby av tjenester innenfor sitt budsjett, i tre ulike situasjoner A, B og C forklart nedenfor:

- C er den budsjettlinjen en kommune ville hatt med dagens nivå på rammetilskudd, men uten noen refusjon for utgifter til ressurskrevende brukere.
- A er budsjettlinjen med samme nivå på rammetilskudd som i dag (samme som linje C), men med 80 % refusjon av utgifter til ressurskrevende brukere, dvs. den eksisterende ordningen per i dag.
- B er budsjettlinjen dersom kompensasjonsgraden reduseres fra dagens 80 % til f.eks. 60 % og der besparelsen (målt ved dagens omfang av ressurskrevende tjenester) legges inn som økt rammetilskudd.

Kommunens optimale tilpasning ved budsjettlinje A vises som punkt 1. Hvis kompensasjonsgraden reduseres, blir ressurskrevende tjenester dyrere (høyere kommunal egenandel) slik vi ser på den nye, stiplede budsjettlinjen B. Kommunen vil da – i større eller mindre grad – «vri seg bort» fra de ressurskrevende tjenestene slik at det nye optimale punktet 2 innebærer mer av andre tjenester og mindre av ressurskrevende tjenester enn i det opprinnelig optimale punkt 1. Hvor stor denne effekten blir, avhenger av krumningen på indifferenskurven rundt det opprinnelig optimale punktet. Hvis det er null substitusjonselastisitet (vinkelrette indifferenskurver), vil det ikke bli noen omprioriteringseffekt overhodet, og det nye optimale

punktet vil falle sammen med det opprinnelige.¹¹ Generelt kan vi altså si at dersom en vridning eller omprioriteringseffekt skal bli av vesentlig størrelsesorden, må kommunens preferanser være fleksible, dvs. at substitusjonselastisiteten mellom andre tjenester og tjenester til ressurskrevende brukere må være høy. I så fall vil indifferenskurvene ha lav krumningsgrad (være relativt «flate»). Den empiriske kunnskapen om graden av substituerbarhet mellom ulike kommunale tjenester kan i noen grad avledes fra empiriske analyser av hvordan prisendringer endrer kommunal tilpasning (priselastisiteter). Imidlertid er det betydelige metodiske utfordringer knyttet til å estimere presise priselastisiteter for kommunale tjenester, og de foreliggende estimatene spriker i betydelig grad.¹² I Figur 9 har vi bevisst tegnet indifferenskurver med relativt lav krumningsgrad slik at tilpasningsendringen fra punkt 1 til 2 er av en viss størrelsesorden og tydelig vises i figuren. Nyttennivået til kommunen øker i Figur 9 fra opprinnelig nytte U_1 til ny nytte U_2 markert som en stiplet indifferenskurve.

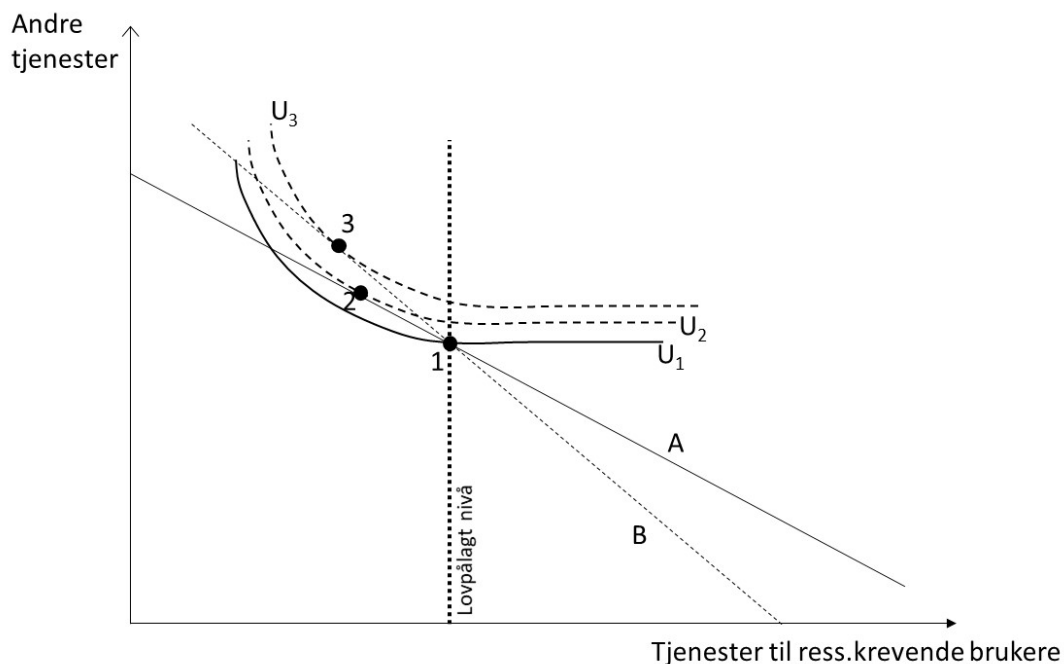
Når en skal benytte innsikt fra grunnleggende mikroøkonomisk teori til å belyse en helt konkret og anvendt problemstilling, slik vi her forsøker å gjøre, er det selvsagt viktig at teorimodellen er i stand til å fange opp de viktigste aspektene ved den faktiske problemstillingen. Det er flere momenter som kan tilsi at analysen basert på Figur 9 kan være litt for enkel og overfladisk til å være godt tilpasset den konkrete problemstillingen vi her er ute etter å belyse.

For det første har vi sett bort fra muligheten for at preferansene kan gå i metning, dvs. at grensenytten av mer av en tjeneste kan gå til null. Dette sees det rutinemessig bort i fra i standardframstillingen i de fleste lærebøker. Forutsetningen om ikke-metning sikrer at indifferenskurvene aldri blir helt vertikale eller helt horisontale. For det andre har vi også tatt utgangspunkt i at kommunens opprinnelige tilpasning (punkt 1 i Figur 9) er et fritt valgt og optimalt punkt. Hvis brukerrettigheter og lovpålegg er bindende for kommunen, vil imidlertid det lovpålagte omfanget av tjenester til ressurskrevende brukere ligge lenger til høyre enn kommunens eget optimale valg langs den aktuelle budsjettlinjen. For det tredje handler standardmodellen egentlig om valg av *kvantum* av tjenestene, slik at vridningen eller omprioriteringen bort fra f.eks. punkt 1 til punkt 2 egentlig handler om å endre antallet av ulike tjenester (antall barnehageplasser, antall sykehjemsplasser osv.), mens kvaliteten på tjenestene i utgangspunktet antas å være uforandret.

Nedenfor vises en noe modifisert figur som er egnet til å belyse de to førstnevnte av disse momentene. Det sistnevnte momentet om kvantumstilpasning vs. kvalitetstilpasning omtaler vi deretter som et separat punkt uavhengig av selve figurene.

¹¹ En indifferenskurve viser alle kombinasjoner av tjenestetilbud som vurderes som like bra. Substitusjonselastisiteten mellom to tjenester er et mål på i hvilken grad mer av en tjeneste kan erstatte mindre av en annen og likevel gi et samlet tjenestetilbud som vurderes som like bra. Jo høyere substitusjonselastisitet, jo flatere (mindre krumme) vil indifferenskurvene bli. Hvis substitusjonselastisiteten derimot er meget lav, vil indifferenskurvene bli sterkt krummet og i grensen gå mot en vinkelrett L-form. For lesere som ikke er kjent med grunnleggende konsumentteori, nevner vi at begrepene budsjettlinjer og indifferenskurver vil være grundig forklart i enhver innføringsbok i mikroøkonomi. Substitusjonselastisitet er derimot et noe mer teknisk krevende begrep og defineres/forklares derfor som regel først i lærebøker for viderekommne studenter, f.eks. Varian (1992) kap. 1.9.

¹² Se nærmere omtale og referanser til aktuelle empiriske analyser i Håkonsen og Løyland kap. 3.1, se særlig s. 25.



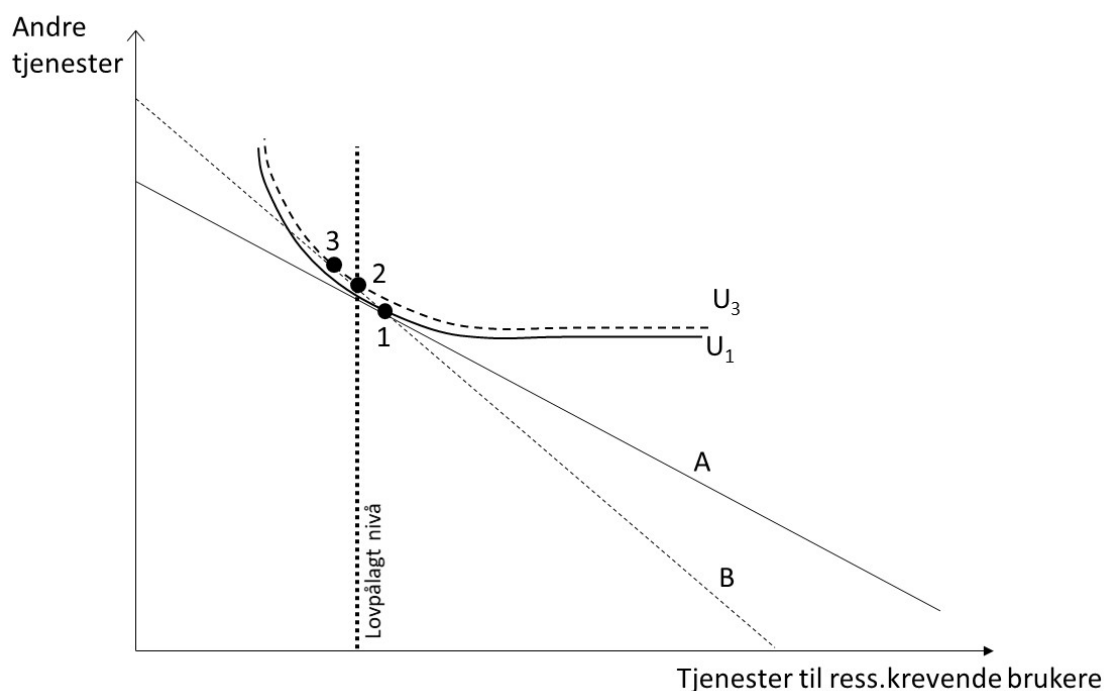
Figur 10. Situasjon der lovpålegg påtvinger kommunen mer ressurser til ressurskrevende brukere enn det kommunen selv ville ha valgt og der ekstraressurser til ressurskrevende brukere har gått i metning (gir null grensenytte for kommunen).

I denne noe modifiserte varianten av forrige figur viser budsjettlinjen A dagens nivå på rammetilskudd og kompensasjonsgrad, mens den stiplede linje B viser en situasjon med lavere kompensasjonsgrad og en tilsvarende økning i rammetilskudd. Langs dagens budsjettlinje A ville kommunen selv ha valgt tilpasningen i punkt 2. Imidlertid antas det nå at omfanget av individuelle rettigheter og lovpålegg for de ressurskrevende brukerne sikrer et høyere omfang av tjenestenivået til disse brukerne, slik at kommunen må øke ressursinnsatsen til punkt 1. Vi ser at indifferenskurve U_1 er tegnet slik at den er helt horisontal i punkt 1, dvs. at det etter kommunens egen oppfatning da ikke lenger er ønskelig å øke ressursinnsatsen ytterligere («metning»). Det er ikke vesentlig for resten av resonnementet basert på denne figuren om indifferenskurven er helt horisontal i punkt 1 eller ikke – det mest sentrale er at indifferenskurven har lavere helning i punkt 1 enn i punkt 2, og at det lovpålagte nivået innebærer større budsjett og mer omfattende tjenestenivå til ressurskrevende brukere enn ved kommunens fritt valgte optimum i punkt 2.

Dersom staten i situasjonen vist i Figur 10 gjennomfører en provenynøytral reform med reduksjon av kompensasjonsgraden til (f.eks.) 60 %, vil den nye budsjettlinjen bli den stiplede linje B. Kommunens fritt valgte optimum vil i så fall forskyve seg fra punkt 2 til punkt 3 (mer av andre tjenester, mindre tjenester til ressurskrevende brukere). I praksis vil det imidlertid ikke bli noen endring overhodet, siden det lovpålagte minimumsnivået allerede er bindende i den opprinnelige situasjonen. Den eneste endringen er dermed at reformen skaper en enda større avstand mellom det lovpålagte nivået (punkt 1) og kommunens fritt valgte optimale tilpasning (punkt 3), men en slik endring vil selvsagt ikke være verken direkte målbar eller observerbar.

En siste mulighet som også kan være interessant å få fram i denne diskusjonen, kan være at kommunens beste valg med den nåværende kompensasjonsgraden kan ligge like på *oversiden* av det lovpålagte minimumsnivået. I så fall vil en reform med redusert refusjonsgrad kunne

gjøre at det lovpålagte minimumsnivået går over fra å være ikke-bindende til å bli bindende. Dette er vist i Figur 11 nedenfor:



Figur 11. Situasjon der lovpålagt minstenivå for tjenester til ressurskrevende brukere går over fra å være ikke-bindende ved 80 % kompensasjonsgrad til å bli bindende ved en lavere kompensasjonsgrad.

I Figur 11 er punkt 1 et fritt valgt og optimalt punkt ved dagens kompensasjonsgrad på 80 % langs budsjettlinje A. Dersom kompensasjonsgraden senkes til f.eks. 60 % som illustrert ved den stippledte budsjettlinje B, vil kommunens optimale valg endre seg til punkt 3. Imidlertid vil punkt 3 innebære et tjenestenivå som ikke tilfredsstiller lovpålagt nivå (bryter med individuelle rettigheter), slik at kommunen dermed vil måtte legge seg på minimumsnivået og velge tilpasning 2.¹³

Det siste av de tre momentene eller innvendingene mot den enkleste standardmodellen nevnt ovenfor, er poenget omkring kvantumstilpasning vs. kvalitetstilpasning. I de enkle mikroøkonomiske valghandlingsmodellene handler alt om å velge optimalt *kvantum* av varer/tjenester til gitte priser (enhetskostnader) og inntektsnivåer. Dette er umiddelbart overførbart til kommuners valg av for eksempel antall barnehageplasser vs. antall sykehjemsplasser. Et øremerket stykkpristilskudd til barnehager, slik vi hadde fram til innlemmingen av dette tilskuddet i 2011, vil da gjøre barnehageplasser billigere relativt til sykehjemsplasser. Dette kan forventes å føre til en *vridning* eller *omprioritering* over fra sykehjemsplasser til barnehageplasser, og er helt i tråd med Ekspertgruppens (2018) betraktninger om virkninger av et prisvridende øremerket tilskudd. I forbindelse med tjenester til ressurskrevende brukere er det imidlertid vanskelig å tenke seg en slik vridningseffekt på kvantum. Dette siden antallet ressurskrevende brukere må antas å være bestemt av forhold helt

¹³ Vi har her utelatt indifferenskurven som viser nyttenivået i punkt 2. Denne kurven vil ligge så tett på indifferenskurve U_3 at den knapt vil kunne skilles fra U_3 .

utenfor kommunens valg eller kontroll, og kvantumet når det gjelder *antall personer eller brukere* er således allerede låst.¹⁴ For ressurskrevende brukere er det uansett snakk om å levere meget omfattende tjenester, og kommunens valg handler om valg og tilpasning av sammensetning, omfang og kvalitet til et gitt antall personer. Dette tilsier at tilpasningsmulighetene er mer begrenset enn i en mikroøkonomisk standardmodell for valg av kvantum av varer/tjenester, og en skal dermed være noe forsiktig med uten videre å overføre standardmodellens konklusjoner omkring vridningseffekter av prisvridninger til tilfellet med ressurskrevende brukere. Merk at vi her ikke argumenterer for at vridningseffekter ikke er aktuelle eller relevante i sammenheng med ressurskrevende brukere. Argumentet er kun at selve kvantumsvalget når det gjelder antall brukere eller antall «plasser» ikke kan velges, og at dette gjør at kommunens valgmuligheter vil være noe mer innskrenket enn det som er tilfelle i standardmodellen der kvantum av alle varer/tjenester er en fri valgvariabel.

Oppsummering/konklusjon når det gjelder vridningseffekter og tilpasningsmuligheter

Som en oppsummering av denne diskusjonen, kan vi si at Regjeringens arbeidsgruppes (2018) formuleringer omkring forventede virkninger av en høy kompensasjonsgrad i stor grad ser ut til å være tatt rett ut av den enkleste formen for konsumentteoretisk valghandlingsmodell. Hvis det skal bli tilpasningsendringer eller «vridninger» av betydelig størrelsesorden, må imidlertid kommunenes preferanser være relativt fleksible, slik at ulike tjenester i stor grad kan substituere eller erstatte hverandre. Det er vi langt fra sikre på er tilfellet i praksis.

Dessuten bidrar det faktum at man ikke kan velge selve kvantumet i form av antall plasser eller antall tjenestemottakere av ressurskrevende tjenester, i seg selv til å gjøre handlingsrommet for å foreta store tilpasningsendringer mer begrenset enn for tjenester der selve kvantumet er skalerbart.

I tillegg virker det som om arbeidsgruppens betraktninger mer eller mindre ser bort fra at lovpålegg eller legale minstestandarder kan innskrenke kommunenes valgmuligheter ytterligere, slik at effekten av endrede relative priser blir enda mindre eller evt. lik null.

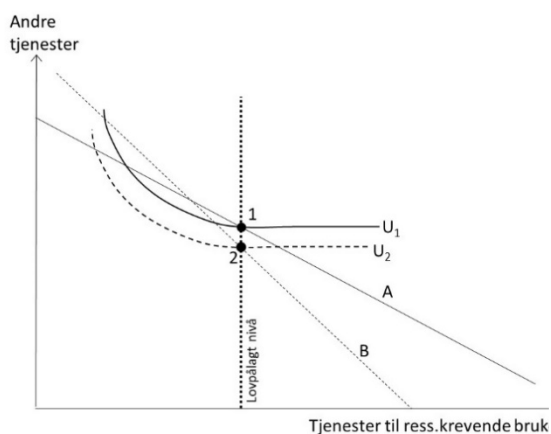
Deler av våre casekommuners argumentasjon trekker klart i samme retning som disse mer teoretisk baserte argumentene; i en del tilfeller vil det være lovpålegget som styrer kommunenes valg og prioriteringer. Finansieringsmodellen vil da ikke lenger få noen selvstendig prioriteringseffekt, siden prioriteringen allerede er overstyrt av lovpåleggene eller brukerrettighetene. Det blir dermed åpenbart sentralt å se både lovpåleggene og finansieringsordningene i nær sammenheng, både i teoretiske betraktninger og i forsøk på å skaffe empirisk kunnskap om hvordan finansieringsordningen endrer eller evt. ikke endrer kommunenes tilpasning og innretning av sitt tjenestetilbud.

¹⁴ Unntaket fra dette er selvsagt dersom ressurskrevende brukere flytter bevisst til andre kommuner pga. at det ryktes at de kan få bedre tjenester («velferdsmigrasjon»).

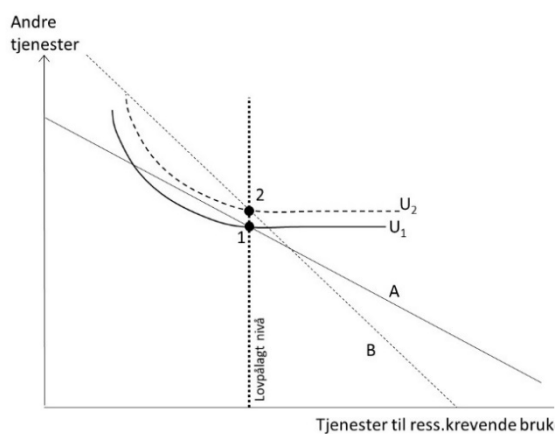
3.4.1 Redusert kompensasjonsgrad og forskjellen mellom kommuner som får hhv. lavere eller høyere samlet inntekt

I analysen av mulige effekter av redusert dekningsgrad ovenfor, har vi kun sett på en enkelt og representativ kommune. Med representativ menes her en kommune som har landsgjennomsnittlig nivå på ressursbehov knyttet til ressurskrevende brukere. Hvis det gjennomføres en provenynøytral reform der kompensasjonsgraden reduseres og erstattes av en tilsvarende økning i rammetilskuddet, vil kommunen da akkurat ha råd til å levere det samme tjenestetilbudet som tidligere. Derfor går både opprinnelig budsjettlinje A og ny budsjettlinje B gjennom opprinnelig punkt 1 i samtlige figurer ovenfor (Figur 9, Figur 10, Figur 11).

Vi ønsker nå i stedet å fokusere på to kommuner som vil komme hhv. dårlig og godt ut økonomisk ved en reduksjon av kompensasjonsgraden. Reformen er fortsatt antatt å være provenynøytral i makro (for kommunesektoren som helhet), men den vil likevel kunne gi betydelig inntektsøkning-/tap for kommuner som har hhv. færre eller flere ressurskrevende brukere enn landsgjennomsnittlig nivå. Vi viser først en situasjon der kommunene i utgangspunktet kun tilfredsstiller minimumskravet til omfang av tjenestetilbud, dvs. lovpålagt nivå.



Figur 10a. Kommune med mange ressurskrevende brukere og minimumsstandard (lovpålagt nivå) i utgangspunktet.



Figur 10b. Kommune med få ressurskrevende brukere og minimumsstandard (lovpålagt nivå) i utgangspunktet.

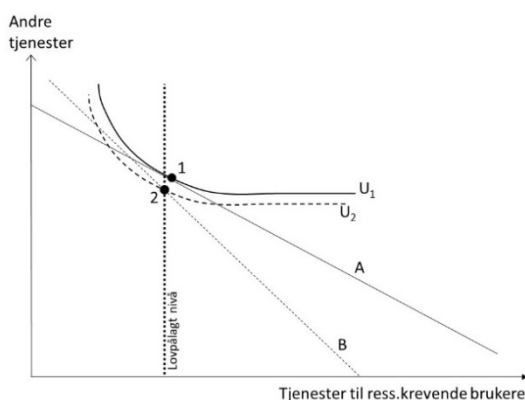
Figur 12 Effekt av omfordeling mellom kommuner

Kommunen i figur 10a) har flere ressurskrevende brukere enn landsgjennomsnittet og får dermed en lavere økning i rammetilskudd enn det den taper på lavere kompensasjonsgrad. Både substitusjonseffekten og inntektseffekten vil da være negativ, og det er utvilsomt slik at denne kommunen ville ha kuttet i tjenester til ressurskrevende brukere. Siden lovpålagt nivå er bindende allerede i utgangspunktet, er imidlertid dette utelukket, slik at reformen kun kan gjøre seg utslag i redusert omfang av andre tjenester.

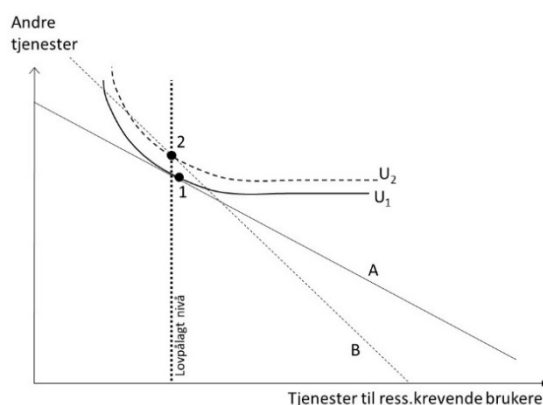
Kommunen i Figur 12b) har derimot få ressurskrevende brukere (relativt til landsgjennomsnittet) slik at reformen gir en positiv inntektseffekt. Substitusjonseffekten og inntektseffekten vil i dette tilfelle få motsatt fortegn. Imidlertid får ikke dette virkning for selve tilpasningen slik Figur 12b) er tegnet, for det lovpålagte minimumskravet er her antatt å være bindende både før og etter reformen. Dermed blir den eneste effekten at kommunen får råd til å øke omfanget av andre tjenester fra punkt 1 til punkt 2.

Forskjellen mellom de to kommunene vist i figur 10a og 10b blir altså ganske markert, men ikke for de ressurskrevende brukerne, siden disse antas å være «skjermet» bak et bindende lovkrav som sikrer disse det samme tjenestenivået både før og etter reformen. Det blir dermed kommunens øvrige tjenestetilbud som påvirkes ned eller opp som følge av inntektsendringen.

Hvis vi i stedet tar utgangspunkt i kommuner som i utgangspunktet ligger noe over det lovpålagte minimumsnivået i tjenesteomfang til ressurskrevende brukere, vil situasjonen heller bli som illustrert i de to figurene nedenfor:



Figur 11a. Kommune med mange ressurskrevende brukere og høyere omfang enn minimumsstandard av tjenester til ressurskrevende brukere i utgangspunktet.



Figur 11b. Kommune med få ressurskrevende brukere og høyere omfang enn minimumsstandard av tjenester til ressurskrevende brukere i utgangspunktet.

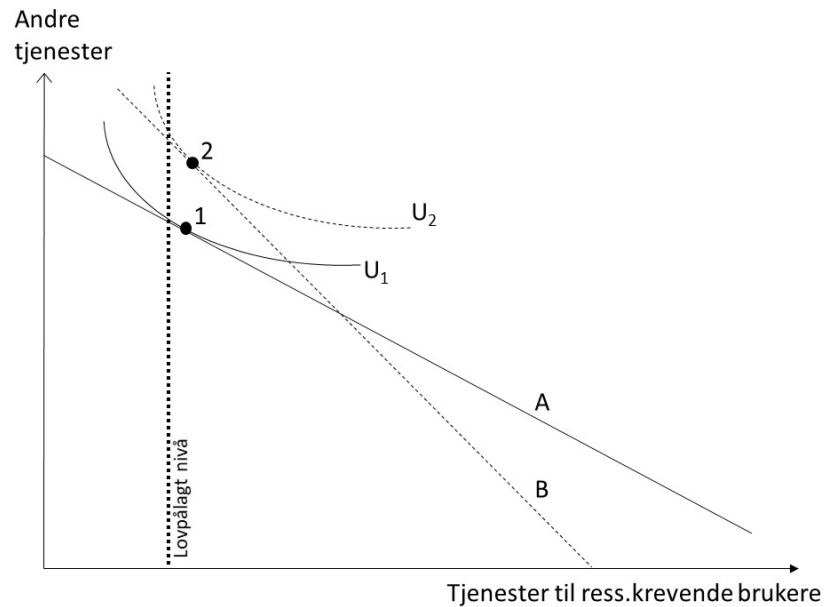
Figur 13 Effekt av omfordeling mellom kommuner som i utgangspunktet ligger over minimumsstandard

Begge disse figurene (11a og 11b) er tegnet slik at det lovpålagte minimumsnivået går over til å bli bindende for kommunen når kompensasjonsgraden senkes og kommunens netto enhetskostnad for tjenester til ressurskrevende brukere øker. Dermed vil det bli et visst kutt i tjenesteomfanget til ressurskrevende brukere både i kommunen med inntektsreduksjon (11a) og i kommunen med inntektsøkning (11b). Hovedbildet blir imidlertid fortsatt det samme som i de forrige to figurene (10a og 10b), nemlig at den største forandringen kommer i omfanget av kommunens øvrige tjenester.

Både figurene 10a/10b og 11a/11b kan altså sies å illustrere muligheten for at refusjonsordningen kan vise seg å være viktigere for omfanget av alle andre kommunale tjenester, enn den er for omfanget av tjenester til ressurskrevende brukerne!

Til slutt i denne gjennomgangen av mulige tilfeller ut fra rent teoretiske betraktninger, viser vi at det i prinsippet er fullt mulig at redusert kompensasjonsgrad kan føre til økt omfang av

tjenester til ressurskrevende brukere. Dette dersom en kommune har meget få ressurskrevende brukere sammenlignet med landsgjennomsnittet, slik at inntektsøkningen ved en nasjonal provenynøytral reform slår særlig heldig ut for kommunen, og dermed dominerer over det faktum at tjenester til ressurskrevende brukere har blitt dyrere for kommunen. Dette illustreres i figuren nedenfor:



Figur 6. Tilfelle der en kommune (med få ressurskrevende brukere) får så stor inntektsøkning at omfanget av tjenester til ressurskrevende brukere økes selv om kompensasjonsgraden har blitt redusert.

I denne figuren ser vi altså at punkt 2 ligger svakt til høyre for punkt 1, slik at omfanget av tjenester til ressurskrevende brukere har økt noe. Hovedeffekten er imidlertid også her en økning i omfanget av andre tjenester.

4. Tildeling av pleie- og omsorgstjenester (i case-kommunene)

Resultatene som presenteres i dette kapittelet, er i hovedsak basert på intervjudata med de tre ulike kommunale nivåene i seks case-kommuner, 1) kommunal ledelse 2) enhetsledere 3) tildelings- /vedtaksenhet. Først beskrives de ressurskrevende brukerne og involverte aktører, og så gir vi en generell beskrivelse av tjenestene. Videre tar kapittelet for seg hvordan tildeling av tjenester rettet mot særlig ressurskrevende brukere skjer i de ulike case-kommunene. Dette knyttet opp mot formelle, skjønnsmessige og faglige vurderinger som ligger til grunn for tildeling

4.1 De ressurskrevende brukerne

Ressurskrevende brukere er mennesker som mottar omfattende helse- og omsorgstjenester. Formålet med toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester og kriteriet for «personer med psykisk utviklingshemming 16 år og over» er å gi kommunene økonomisk grunnlag for å sikre et tilstrekkelig tjenestetilbud til brukere som har behov for og krav på omfattende helse- og omsorgstjenester. Dette kan gjelde personer med psykisk utviklingshemming, rusmiddelproblemer, psykiske lidelser, demensdiagnoser eller andre former for omfattende nedsatt funksjonsevne.

Omfanget av brukere som mottok ressurskrevende tjenester i case-kommunene, varierte. I alle de seks case-kommunene var de fleste av brukerne kommunen fikk refusjon for, personer med psykisk utviklingshemming. Blant de resterende ressurskrevende brukerne varierte det i større grad. En kommune hadde en stor andel ressurskrevende brukere som tilhørte rus- og psykiatritjenestene. I andre case-kommuner besto ressurskrevende brukere som ikke var PU-brukere, mest av personer med demensdiagnoser, samt andre former for nedsatt funksjonsevne som ALS, slag, MS etc. I case-kommunene var det en lav andel av ressurskrevende brukere som var under 16 år, noe som også gjenspeiler mønsteret på landsbasis hvor kun 8 % av brukerne i 2017 var under 16 år.

4.1.1 Endring i antall ressurskrevende brukere

Ett av temaene i samtlige av intervjuene var endringer knyttet til brukere som mottar ressurskrevende tjenester. Her var det særlig to tematikker som ble trukket frem av informantene: endring i antall ressurskrevende brukere som kommunen får refusjon for, og ulike kostnadsdrivere som medvirker til en kostnadsvekst.

Når det gjelder endring i antall ressurskrevende brukere kommunen får refusjon for, trekker flere av informantene på nivå 1 frem at det tidligere har vært en underrapportering som nå i større grad fanges opp. Flere kommuner beskriver hvordan de har endret rutiner og fått mer kunnskap og bevissthet rundt ordningen. En kommune som hadde en relativt stor økning fra ett år til et annet forklarer økningen på følgende måte:

For noen år siden satt vi mer fokus på ordningen og innrapporteringen. Ute i tjenestene har vi hatt fokus på å dokumentere riktig slik at man får frem hvor mye ressurser som er brukt til enkeltpersoner. Tidligere ble ikke alle telt. De som var i andre tjenester enn omsorgsbolig f.eks, var brukere vi ikke hadde den rutinen på, rett og slett fordi enhetslederne hadde verken rutiner eller kunnskap nok til å rapportere på det. Det har nok bidratt til økningen i antall brukere. I tillegg er det noen personer som er utskrevet fra statlige tilbud og overført til kommunen, og det ser vi mer av. Sitat: Kommunalsjef helse – og omsorg.

Nasjonalt er den største andelen av brukere som mottar ressurskrevende tjenester, personer med psykisk utviklingshemming. På landsbasis er det 56 % av brukerne som også er rapportert inn under i PU-kriteriet. Brukere under 16 år inngår ikke i kriteriet. Holder vi alle brukere under 16 år utenfor, er andelen med psykisk utviklingshemming 62 %. Vi fikk også inntrykk av at psykiatri og rus har økende andel brukere med behov for ressurskrevende tjenester. Enkelte kommuner hevder de har flere brukere med behov for ressurskrevende tjenester i rus og psykiatri, men at innrettingen av tjenestetilbudet og manglede systemer for å identifisere brukere over innslagspunktet, medfører en underrapportering. De trekker også frem et uforutsigbart behov for pleie- og omsorgstjenester som en utfordring. Det kan være lengre perioder der brukeren oppholder seg i eksempelvis spesialisthelsetjenesten som gjør at de ett år kan gi grunnlag for refusjon, mens de andre år ikke er i nærheten.

I intervjuene, på alle tre nivåer, forklarer informantene deler av kostnadsveksten med samfunnsmessige og strukturelle endringer som gir flere kostnadsdrivere. Her vektlegges blant annet større kommunalt ansvar og mer komplekse behov blant tjenestemottakerne. Informantene trekker frem oppgaveoverføring fra stat til kommune gjennom eksempelvis samhandlingsreformen, og en økende forventning til kommunale tjenester blant innbyggerne. Samtidig som stadig flere eldre lever lenger, og at flere lever lenger med store lidelser eller funksjonsnedsettelse.

For det første har vi hatt noen tunge reformer som har forskjøvet store oppgaver over på kommunen. Det er reformer som HVPU, innen psykiatri, barnevern, NAV, leve hele livet og ikke minst samhandlingsreformen. I kombinasjon med at det også har vært endringer i lov endringer omkring brukernes - og pårørendes rettigheter som BPA for eksempel (...) Også må vi ikke glemme endringer i samfunnsnormer som påvirker hva som ansees som «normalt» eller «tilstrekkelig». Psykisk utviklingshemmede er i mye mindre grad institusjonalisert, og det er et helt annet krav om hvilke tilbud disse brukerne skal ha, med tanke på bolig, mestring og livskvalitet. (...). Det er forventninger knyttet til ferie. Pårørende skal på ferie. Brukerne skal også ha muligheter til ferie. Dette krever mer av kommunen. Det er også en mye større tendens til at særlig unge brukere flytter for seg selv på egen boligløsning tidligere enn før. (Sitat: Leder tildelingskontor)

I intervjuene i alle de seks case-kommunene blir disse endringene knyttet til utfordringsbildet kommunen står i dag. I forlengelsen av dette trekkes det også frem at det stadig er andre aktuelle brukergrupper med behov for omfattende kommunale helsetjenester, som personer med ALS, MS og demens.

4.1.2 67-årsgrensen

Under intervjuene ble det trukket frem som en stor utfordring for kommunene at ordningen ikke omfatter brukere som er eldre enn 67 år. Dette fremsto som en tematikk kommunene var opptatt av. Generelt lever folk lenger enn før, og helsetjenestene er også generelt bedre og bidrar til å holde folk i live lengre enn tidligere. Informantene vektla at stadig flere «tunge» brukere lever lenger enn 67 år, eksempelvis personer med tunge psykiatriutfordringer, psykisk utviklingshemmede og tungt demente. Det varierte hvor mange brukere over 67 som mottok ressurskrevende tjenester i case-kommunene, men samtlige av kommunene hadde eksempler på personer de tidligere hadde mottatt refusjon for, men som nå har passert 67 år. Hvor mange brukere dette gjelder på landsbasis, er vanskelig å tallfeste med de dataene vi har hatt tilgang på, nettopp fordi de faller utenfor ordningen og derfor ikke lenger inngår i datagrunnlaget. Flere av kommunene vektla at sjansen var stor for at disse brukerne om få år vil utgjøre en betraktelig høyere andel av brukere som mottar ressurskrevende tjenester.

I vår kommune gjelder det særlig to grupper. Den ene er personer med demens, de lever som regel lenger enn 67 år og blir stadig mer ressurskrevende utover i livsløpet, blant annet kan de være fare for både seg selv og andre og krever kontinuerlig pleie og overvåking. Det er sammensatte diagnoser vi snakker om da. Personalet må være tett på. Også er det PU. Der behovet kanskje endrer seg, mindre behov for aktivisering kanskje, men desto mer pleie. Også har de fått tett oppfølging i mange år, det behovet blir ikke borte etter fylte 67, tvert imot. Det som skjer er at vi må omprioritere innenfor budsjettet i pleie og omsorg, slik at vi kan opprettholde det tjenestetilbudet til brukeren. (...) Noen av de aller dyreste brukerne vi har i dag er over 67 år. Og da snakker vi brukere som koster flere millioner i året (...) Jeg tror vi vil få mange flere av RB-brukere over 67 i årene fremover. (Sitat: Leder pleie og omsorg)

Sitatet ovenfor representerer svært mange av de uttalelsene vi fikk i forbindelse med dette tema. I sitatet fortalte informanten at tilbudet ble opprettholdt. Hva som skjedde når en bruker fylte 67 år, varierte noe mellom hver av case-kommunene. De fleste kommunene svarte at tilbudet i hovedsak ble opprettholdt fordi brukerne ofte hadde like store eller komplekse behov (eller større) jo eldre de ble. Det vil imidlertid naturlig nok bli visse endringer i sammensetning/innhold av tjenestetilbudet ut fra at det enkelte individs behov for tjenester jo gradvis endres for personer på ulike aldersnivå.

4.2 Aktører og kontaktflater i kommunen

Som tidligere nevnt har vi i denne studien valgt å gjennomføre datainnsamlingen på tre kommunale nivå; 1) kommunal ledelse 2) enhetsledere for relevante tjenester 3) tildelings - /vedtaksenhet. I fem av de seks case-kommunene var tildelingsenheten organisert som en egen enhet. Det vil si at det var et organisatorisk skille mellom forvaltning av tjenesten og selve

tjenesteutøvelsen. Utredningen av brukerne og selve tildelingen av tjenester foregikk i en egen enhet, mens de som planlegger for, innretter tilbudet og utøver tjenesten, tilhører en annen enhet.

4.2.1 Samarbeid om rapportering av brukere

Gjennom intervjuene har vi fått innblikk i flere ulike prosesser fra vedtak til utbetaling av refusjon, og hvordan kommunen håndterer og administrerer dette. I samtlige av de seks case-kommunene var ansvaret for administreringen av refusjonsordningen lagt til nivå 1, økonomiavdelingen. I hvilken grad de to andre kommunale nivåene var involvert i denne prosessen, varierte. I noen kommuner var det hyppige møtepunkter mellom enhetsledere og økonomiansvarlig. Enhetslederne i en av kommunene beskrev seg som et mellomledd mellom praksis og regnskap. Her jobbet enhetslederne med å beskrive faktisk ressursbruk for enkelte brukere, som de sammen med økonomi så opp mot enkeltvedtak. Dette samarbeidet ble beskrevet som viktig for å få grunnlaget mest mulig nøyaktig, samt som et verktøy for å vurdere og revurdere enkeltvedtak. I andre kommuner var det mindre kontakt mellom enhetsledere og økonomi.

Selv om enkeltvedtak er sentralt i refusjonsgrunnlaget, var nivå 3 ikke involvert i prosessen rundt refusjonsberegninger og administrering av ordningen i noen av case-kommunene vi snakket med. Dette kan ha sammenheng med at kravene rundt vedtakene er knyttet til lovgrunnlag og ikke til tilskuddordningene, og at de fleste av tildelings/vedtaksenheterne er organisert som egne frittstående enheter. I noen tilfeller rapporterte likevel enkelte informanter på nivå 3, endringer rundt enkelte brukere hvis det var behov for dette. For videre beskrivelser av rapportering av brukere i case-kommunene, se kapittel 6.

4.2.2 Samarbeid i utforming av enkeltvedtak

Selve enkeltvedtaket ble, som beskrevet over, utformet av saksbehandlere på nivå 3 og er en viktig del av både innretting av tjenestetilbud og refusjonsordningen. Sentralt i arbeidet til saksbehandlerne ved tildelingsenheten var å utforme enkeltvedtak som beskrev brukerens diagnose, hjelpebehov og funksjonsnivå. Informantene vektla derfor at utforming av vedtak må skje i samråd med flere aktører. Informantene trakk frem bruker og/eller pårørende som viktige i kartleggingsfasen. Kartleggingen skjer også i samråd med øvrige helsepersonell (eks. fastlege, spesialisthelsetjeneste etc.) og tjenester som kjenner brukeren og/eller den utførende tjeneste. Etter enkeltvedtaket var fattet, ble det avholdt faste og jevnlig møter mellom nivå 2 og 3. Her blir enkeltvedtak tatt opp, dette for å eventuelt justere tjenestetilbudet eller ha en full revurdering. Informantene på nivå 2 og 3 trakk frem disse møtepunktene som viktige for å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud til brukerne, og at dette var viktig for samhandling både mellom tjenestene og med bruker/pårørende. Videre utdyping av prosessen rundt utforming av enkeltvedtak kommer under avsnittet *Tildeling av tjenester* nedenfor.

4.2.3 Samarbeid med revisjon

De fleste kommunene forteller om tett samarbeid med revisjon. Revisjonen kommer med innspill til rapportering/refusjonen (eks basert på nye retningslinjer), tar stikkprøver og er tilgjengelig for dialog. Én kommune trekker frem at det kan være stor variasjon på hvem i revisjonen du samarbeider med i hvor grundig denne kontrollen utføres. For videre beskrivelser av samarbeid og revisors rolle, se kapittel 6.

4.2.4 Samarbeid med fylkesmannen

Formelt har fylkesmannen en tilsyns- og kontrollrolle ovenfor kommunene, og gjør vurderinger knyttet til forsvarlige tjenestetilbud og behandler klager. Informantene fortalte at fylkesmannen kobles inn i varierende grad. Noen av informantene på nivå 3 gav uttrykk for at fylkesmannens tilsyn i klagesaker var positivt, at det var eksterne inne og så på deres vurderinger – og eventuelt fikk justert eller bekreftet disse. Informanter i ulike kommuner gav også uttrykk for at dette i noen tilfeller var komplisert. Her opplevde de at fylkesmannen i noen tilfeller gjorde vedtak de mente ikke var faglig forsvarlig, og/eller ikke tok hensyn til kommunens øvrige ressursprioritering. Kommunene har også mulighet til å søke om skjønnsmidler fra fylkesmannen til å opprettholde tjenestetilbudet til brukeren. Enkelte av kommunene forteller at de har gjort dette for ressurskrevende brukere over 67-år,

Hvis beslutningstagerne i helse- og omsorgstjenesten anser bruk av tvang som mulighet, skal disse beslutningene tas i tråd med gjeldende lovgrunnlag, og eventuelle vurderinger og utredninger skal nøye dokumenteres. Fylkesmannen kan behandle klagesaker og overprøve kommunens tvangsvedtak (Fylkesmannen, 2019). I saker for sosial- og barneverntjenester kobles eventuelt egne fylkesnemnder inn.

4.2.5 Samarbeid med private aktører

Flere av case-kommunene kjøpte tjenester av private aktører. En av kommunene understreket at dette valget handlet mye om kompetanse og kapasitet. De argumenterte for at kommunen i mange tilfeller var for liten til å utvikle velfungerende tilbud i egen regi. For brukere med behov for ressurskrevende tjenester omhandlet kjøp fra private aktører særlig institusjonsplasser i rus og psykiatri og BPA-tjenester. Flere informanter trakk frem hvordan private aktører oftere blir viktige samarbeidspartnere. Særlig innenfor BPA-tjenester, der brukere kan velge private leverandører. Her var det vekslende erfaringer mellom case-kommunene. Noen informanter på nivå 1 var fornøyde med private aktørers kjennskap til ordningen og tilhørende krav. Andre informanter på samme nivå trakk frem hvordan kommunene i mindre grad hadde kontroll over kostnader og timeforbruk og innsikt i det faktiske tilbudet hver bruker fikk. Dette påvirkes likevel i mindre grad av ordningen i seg selv, men er en generell utfordring ved kjøp av tjenester.

4.2.6 Samarbeid med andre kommunale sektorer

Enkelte av de ressurskrevende brukerne mottok tjenester fra andre kommunale tjenester enn pleie og omsorg, dette gjaldt særlig yngre brukere under 16 år som går på grunnskole. Flere informanter beskrev en «silotenking» der de skilte mellom skole- og helsetjenester. De fleste av case-kommunene inkluderte ikke utgifter i skoletiden i refusjonsberegningene. I en kommune hadde de gjort helsefaglig vedtak om helsetjenester i skoletiden, der bruker fikk oppfølging av helsefaglig personell. I denne kommunen førte de utgiftene opp på en KOSTRA-funksjon som ble omfattet av refusjonsordningen. I et oppfølgingsintervju vi gjorde med kommunerevisjonen i etterkant av casestudiet, bekreftet de at dette er en mulighet, men opplevde i svært liten grad at kommuner gjorde dette.

4.3 Tjenestene

Alle seks kommunene var organisert i henhold til en form for bestiller-utfører modell. Det vil si at tjenestene i case-kommunene var organisert som egne virksomheter med egen ledelse, som hadde resultatansvar og rapporterte til en rådmann og/eller kommunalsjef for helse og omsorg. Stillingstitler og hva de ulike tjenestene het, varierte noe fra kommune til kommune. Som vist til tidligere, hadde fem av case-kommunene egne tildelingsenheter, og hadde et organisatorisk skille mellom forvaltning av tjenesten og selve tjenesteutøvelsen.

I case-kommunene var det i liten grad bruk av interkommunale samarbeid for å tilby ressurskrevende tjenester. Brukerne var tilknyttet ulike kommunale tjenester som hjemmetjenesten, miljøtjenesten, rehabiliteringstjenesten, rus og psykiatri og sykehjem/institusjon. Hva de ulike tjenestene het, og hva slags tilbud som lå i tjenestene, varierte noe fra kommune til kommune. De fleste ressurskrevende brukerne mottok døgntilbud og bodde i bofelleskap med få beboere, omsorgsbolig eller hadde individuell oppfølging i egen bolig. Noen bodde også på ulike institusjoner som for eksempel sykehjem eller demensavdeling. Ifølge flere av informantene er det en økning i antall brukere med individuell oppfølging i egen bolig.

Flere av informantene tematiserte hvordan de ulike boformene kunne medføre store forskjeller i lønnskostnader. Her ble særlig tilbud i egen bolig og bofelleskap trukket frem. Kostnaden for å ha døgnskuttet bemanning i bolig er betydelig høyere enn i bokollektiv der flere beboere deler på ressursene og inngår i samme turnus. Særlig informantene fra mindre kommuner understreket at det er kostbart og krevende å opprettholde individuelle døgntilbud i bolig. Enkelte av informantene hevdet også at flere av de ressurskrevende brukerne ville hatt, etter deres faglige vurdering, stort utbytte av å tilhøre mindre bokollektiv eller boenheter under samme tak.

Jeg tenker på flere av brukerne vi har, særlig PU, som har stor glede av felleskap (...). Rent faglig er jeg for en slags samlokalisering av noen brukere. Ikke i institusjon som tidligere, men bofelleskap med flere leiligheter under samme tak eller et slags bokollektiv med få brukere. Jeg vet at flere pårørende er skeptisk til dette, de mener dette har et institusjonsliknende preg. (...)

Det hadde også spart oss for lønnskostnader selvsagt. Det er fryktelig dyrt å tilby døgnskuttet tjenester på denne måten. Noe av det vanskeligste i en liten kommune som

oss er kompetanse. Vi sliter med rekruttering av fagfolk med tilstrekkelig med kompetanse. Det koster selvsagt mer med flere individuelle tilbud i bolig (...) Det som er med å opprettholde og drive utviklingen slik den er, det er formelle krav og retningslinjer, som etter min mening, bidrar til å drive kostnader og øke andel brukere som kommer over innslagspunktet. Ta Husbanken. De er klare på at boenheter ikke skal lokaliseres på en «uheldig måte.» Dette fører til at det blir mindre enheter og mer kostnader, og legger ikke til rette for, etter min vurdering, faglig forsvarlige tjenester. Sitat: Enhetsleder

I likhet med sitatet ovenfor, hevdet flere av informantene at endringer i forventninger til kommunen og statlige føringer på kommunal tjenesteinnretning var med å bidra til økte lønnskostnader per bruker, og dermed også en vekst i antall brukere som kommer over innslagspunktet. Det er noe variasjon mellom de ulike case-kommunene i hvilke botilbud som er tilgjengelige. Dette kan ha sammenheng med retningslinjer Husbanken praktiserer, som vist ovenfor. Motstand fra pårørende rundt endring av tilbud, økonomi og hvilke botilbud som kommunen har tilgjengelig fra tidligere, kan også spille inn. Det vil si at rammene og tilgjengelige ressurser også i en viss grad vil påvirke hvilke tilbud kommunen kan gi brukerne. Særlig de mindre kommunene trakk frem manglede kompetanse til å utføre tjenestene som en stor belastning. I intervjuene ble fordeler med samlokalisering trukket frem ved flere anledninger, særlig knyttet til muligheten av å benytte seg av ressurser som kvalifisert helsepersonell innenfor samme infrastruktur og turnusordning. Flere mente at dette ville kunne redusere arbeidsbelastningen, føre til redusert bruk av assistenter og bidra til et faglig sterkere tilbud.

4.3.1 Velferdsteknologi

Velferdsteknologi kan på sikt være med å redusere lønnskostnader, ved for eksempel sensorsystemer for natt-tilsyn, sensorer som registrerer bevegelse, fallalarm etc. Vi hadde derfor før intervjuene en hypotese om at refusjonsordningen kunne være til hinder for å fokusere på denne typen innovasjon. Det viste seg imidlertid at informantene ikke nødvendigvis så disse i sammenheng og understreket at satsing på velferdsteknologi og innovasjon er et arbeid som foregår uavhengig av ordningen. Fokuset på velferdsteknologi er knyttet til kvalitet og utvikling av tjenestene i et brukerperspektiv. Hvordan kan tjenestene designes på en best mulig måte, og hva gir brukerne økt livskvalitet og bedre tjenester?

Også her må jeg trekke inn regelverk, i tillegg til sterkere rettigheter til pasient/pårørende. Det er også et meget strengt regelverk knyttet til bruk av velferdsteknologi og regelverket passer dårlig inn for mange brukere i gruppen av ressurskrevende brukere. Blant annet krever bruk av velferdsteknologi individuell godkjenning fra den enkelte bruker. På dette stadiet i hvert fall blir nok det vanskelig. For noen brukere eks psykiatri kan sensorovervåking være bra, mindre forstyrrelser og urolighet av at noen skal komme inn å «sjekke», i disse individuelle, faglige vurderingene så tror jeg ikke dette med kutt i lønnskostnader og ordningen i seg selv er tema.

Enkelte av informantene trekker frem forklaringsårsaker som rigid regelverk, faglige utfordringer og motstand fra pårørende som viktigere hindre for utvikling av velferdsteknologi enn finansieringsmodellen i toppfinansieringsordningen. Det tyder på at ressurskrevende brukere er ikke den mest aktuelle gruppen for å teste ut velferdsteknologiske løsninger, og vil nok helst henge seg på andre gruppers utviklingsprosjekter. Ut ifra hva informantene i case-

undersøkelsen beskriver, får vi derfor ikke inntrykk av at refusjonsordningen i seg selv er et hinder i denne type innovasjoner.

4.4 Tildeling av tjenester

Enkeltvedtak skal fattes i både i henhold til – og i samsvar med *Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester, pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonell loven, forvaltningsloven*. I tillegg til veiledende retningslinjer som *Veileder for saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester* (IS-2442) og egne kommunale retningslinjer for prioriteringer og tildelingskriterier. Nylig kom også NOU 2018 :16 «*Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*». Utredningen gir en oversikt over ulike prioriteringsutfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester, og foreslår flere prinsipper for prioriteringer for beslutningstagere i kommunen.

Retningslinjene er klare på at «Pasient/bruker har rett til nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2 - 1 a. Det er pasientens/brukerens hjelpebehov etter en helse- og sosialfaglig vurdering som styrer hvilke tjenester han eller hun har rett til, og i hvilket omfang» (IS-2442:8). Kommunen er forpliktet til å fatte enkeltvedtak for personer som har krav på nødvendig helsehjelp. De formelle kravene omkring enkeltvedtak er knyttet til lovgrunnlaget, ikke finansieringsordninger.

I tråd med veiledende retningslinjer for tildeling av tjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste, skal enkeltvedtakene inneholde beskrivelse av brukerens diagnose, omsorgs- og hjelpebehov og funksjonsnivå. Enkeltvedtaket bør også angi hva som er hensikten med de tjenester og tiltak som tilbys. Noen av informantene fortalte her at for de ressurskrevende brukerne går dette som regel ut på sosial trening/sosialisering, mål om mestring, aktiviteter, trene opp funksjonsevner etc. Informantene beskrev viktigheten av å tydeliggjøre og konkretisere brukerens behov ovenfor virksomheten som skal innrette tjenestetilbudet. Informantene på nivå 2 understreket at eventuell nærmere konkretisering av selve tilbudet brukeren mottar, skjer gjennom egne tjenesteavtaler og individuell plan. I case-kommunene varierte det i hvilken grad tildelingsenheten spesifiserte timeantall i enkeltvedtaket, i disse tilfellene var det den utførende tjenesten som beregnet timeantall basert på beskrivelsene i vedtaket.

4.4.1 Utforming av enkeltvedtak

Ifølge informantene starter de fleste vedtaksprosesser med en kartleggingsfase. Sentralt i arbeidet til saksbehandlerne ved tildelingsenheten var å utforme enkeltvedtak som beskriver brukerens funksjonsnivå og hjelpebehov. Informantene vektla derfor at utforming av vedtak må skje i samråd med flere aktører som kjenner brukeren. For brukere med behov for ressurskrevende tjenester er ofte pårørende sentrale i denne prosessen. De trekker også frem at pårørende og brukerens krav om medbestemmelse og rettigheter har blitt klarere gjennom lovverk de siste årene. Generelt erfarte informantene at pårørende til personer som mottar ressurskrevende tjenester, var godt kjent med de formelle rettighetene. Likevel fortalte flere

informanter at de i svært begrenset grad opplevde at denne gruppen hadde kjennskap til refusjonsordningen og brukte den som argument inn i dialogen rundt enkeltvedtak. Informantene oppleve i noe større grad at PU-kriteriet var mer kjent for de pårørende og kom oftere opp i prosessen rundt utforming eller revurdering av enkeltvedtak.

Enkeltvedtak utformes også i samråd med øvrig helsepersonell (eks. fastlege, spesialisthelsetjeneste etc.) og helsepersonell fra tjenester som kjenner brukeren og/eller den utførende tjeneste. I flere av case-kommunene ble det også benyttet ulike standardiserte kartleggingsverktøy.

Når vi vet hva brukerens behov er, bruker vi ofte et kartleggingsskjema. Det er faktisk slik at vi scorer på en skala fra 1 til 5, for eksempel hvor selvstendig brukeren er osv. Så får vi ut et timeantall i bunn. Dette er noe vi bruker som et veiledende dokument. Vi legger også skjønn inn i våre faglige helthetsvurderinger av brukerens behov. Pårørende, eller helsepersonell som kjenner brukeren er med og scorer i denne kartleggingen, slik at vi får det mest mulig nøyaktig.
Saksbehandler, tildelingskontor

Kommunene har, som vist tidligere, en viss grad av frihet i oppgaveløsning rundt innhold og organisering av tjenester, der faglige vurderinger og skjønn utgjør en viktig del. Samtidig skal denne skjønnsutøvelsen skje i overenstemmelse med lovgrunnlag og retningslinjer, og den skal grundig begrunnes i enkeltvedtaket. Samtlige av informantene hevdet at de ikke forholdt seg til tilskuddsordninger når de fattet vedtak. De fleste av informantene på nivå 3 svarte ut ifra en faglig kontekst der de satte brukerens individuelle behov, funksjonsnivå og diagnose som fremste krav når de fattet vedtak. Samtidig, når de ble utfordret på ressursprioritering, gav informantene uttrykk for at de også i en viss grad måtte ta hensyn til ressursprioritering og effektivitet i sine vurderinger. Særlig BEON-prinsippet ble trukket frem. De fleste av informantene refererte til at kommunens veileder for tildeling av tjenester omfattet BEON-prinsippet, det vil si beste effektive omsorgsnivå.

I våre kommunale retningslinjer for tildeling av tjenester har kommunen utviklet det vi omtaler som en omsorgstrapp. I vår kommune er det slik at det øverste trinnet er de fleste brukerne vi snakker om nå. Brukere som ikke kan ivareta seg selv, med behov for kontinuerlig oppfølging og har heldøgnstilbud. Neste trinn er brukere som bor i omsorgsbolig f.eks. med tilgang til bemanning, så er de de som bor hjemme med hjemmetjenester, nederste trinn er på et mer folkehelsenivå. Forebygging og helsefremmende tiltak. Våre retningslinjer står det klart at vi da skal fatte vedtak som er på det beste effektive omsorgsnivå. Det sier seg selv at for denne typen gruppe så er de aller fleste på det øverste trinn.

De understreket også av vedtakene var relativt fleksible til tross for at vedtakene ikke var begrenset i tid, med faste møtepunkter og muligheter for revurdering. Samtidig var de opptatt av at vedtakene også tok høyde for de ansattes sikkerhet, blant annet ved å spesifisere ekstra bemanning i tilfellene der det var behov for det.

4.4.2 Ressursprioritering og toppfinansieringsordningens betydning

I fem av seks casekommuner var utredningen av brukerne og selve tildelingen av tjenester organisert i egne frittstående enheter, mens de som planlegger for, innretter tilbud og utøver

tjenesten, tilhører andre enheter. Ifølge flere av informantene var dette en av årsakene til at økonomiske aspekter og ressursprioritering i liten grad er en del av deres vurderinger. Enkelte informanter hevdet at de ikke en gang visste hva en time ute i tjenestene kostet. Videre understreket informantene at kravene rundt enkeltvedtak er knyttet til lovgrunnlag, ikke ulike tilskuddsordninger. Enhetslederne på nivå 2 gav i større grad uttrykk for at beslutninger angående prioriteringer og innretting av tjenester kan være komplisert, og at det er flere hensyn som må tas. Samtlige av enhetslederne var klare på at enkeltvedtakene var avgjørende for omfang og innrettingen av tjenestene den enkelte bruker mottar.

I samtlige av intervjuene spurte vi informantene hva som ville skje med tilbudet til brukerne med behov for ressurskrevende tjenester, dersom toppfinansieringsordningen forsvant. I hovedsak fokuserte informantene på at vedtakene og tjenestetilbudet uansett må bli utformet i tråd med brukernes omfattende behov og rettigheter. Det er dermed små tilpasninger eller innskrenkninger som egentlig kan være aktuelle. Noen av informantene gav uttrykk for at aktiviseringstiltak antagelig ville være mest utsatt i en slik prosess, siden dette kan ansees som tiltak som ikke er absolutt nødvendige, og som i noen grad kan ansees som «luksus» ut over minimumsnivået. Her ble deltagelse på dag- og aktivitetssenter og oppfølging i hverdagen som gåturer, aktivisering etc. nevnt.

Enkelte av kommunene fortalte at refusjonsordningen og muligheten for refusjon av deler av lønnskostnadene, også har bidratt til at de prioriterer å ansette helsepersonell med høyere kompetanse i tjenesten, og derfor har redusert bruk av assistenter. Fra et faglig synspunkt vil det å tilby for mye oppfølging og tjenester til brukere i enkelte tilfeller kunne føre til dårlige tjenester totalt sett. Informantene argumenterte her for at kvalifisert helsepersonell gav flere av brukerne mer selvstendighet og mestring i hverdagene. I deres argumentasjon kom det frem at de hadde som mål å øke mestring og selvstendighet blant flere av brukerne, og dermed redusere hjelpebehov over tid. En kommune hevdet at det totale timeantallet i vedtakene hadde gått ned etter at de satte inn bedre kvalifisert helsepersonell som i større grad hjalp og veiledet brukerne til å klare ting på egenhånd. Her hevdet de at hvis refusjonsordningen forsvant, ville de kanskje måtte redusere bruk av bedre kvalifisert helsepersonell, og at bruk av assistenter ville øke igjen. I verste tilfelle fryktet de at dette, på sikt, kan føre til dyre tjenester av dårligere kvalitet som igjen kan bli en belastning for øvrig ressursprioritering.

Samtlige av informantene understreket viktigheten av toppfinansieringsordningen, og at den «verner om» og bidrar til å sikre et godt tilbud til en sårbar gruppe. De mindre kommunene er særlig opptatt av de økonomiske konsekvensene og øvrig ressursprioritering om refusjonsordningen utgikk.

Det er alltid usikkert i en kommune. Det er kamp om midlene. Når det ikke er øremerket, så kan de trenge i andre sektorer. Umiddelbart tenker jeg at det ville gått ut over de øvrige brukere av pleie- og omsorgstjenester, og potensielt medføre en risiko for en sårbar gruppe som nå ordningen verner om (...) Vi måtte ha opprettholdt tjenestetilbudet, dette er brukere som er helt avhengige av tilsyn og oppfølging 24/7. Vi hadde raskt fått problemer med fylkesmannen hvis vi hadde kuttet i tilbudet. Vi har forsøkt å kutte i tjenester tidligere (...) Forsøkte å kutte støttekontakter for personer med 1:1-bemanning og ble aktivisert i boligen. Det ble klager, og Fylkesmannen godtok ikke at støttekontakt ble sett i sammenheng med andre tjenester. (...). Vi diskuterer hva som er kvalitativt godt nok også. Vi har muligheten til å gi sårbare brukerne

tjenester som gir innhold i hverdagen, mestring og tett oppfølging(...). Vi gir ikke noe utover enkeltvedtaket, men dette står gjerne beskrevet her. Sitat: enhetsleder

Samtlige av informantene understreker at brukere med behov for ressurskrevende tjenester i utgangspunktet er dyre brukere. Innretting av tjenestetilbudet til denne gruppen er i stor grad påvirket av faglige vurderinger og et betydelig omfang av politiske føringer og juridiske bestemmelser. Enkelte av informantene på nivå 1 trakk frem hvordan det fra et økonomisk perspektiv ville vært mer lønnsomt å ligge lavere i tjenestetilbud, men likevel opprettholde en god tjeneste, enn å være over det relativt høye innslagspunktet. Her trakk de frem at det ikke opplevdes som «lukrativt» for kommunen å få en bruker over innslagspunktet. Innslagspunktet er relativt høyt, og kommunen må uansett dekke 20 % av det som ligger over innslagspunktet.

5. Kvantitative analyser av kommunedata

I dette kapittelet presenteres utvalgte analyser basert på kvantitative data under to hovedavsnitt. I første avsnitt forsøker vi å illustrere de to ordningenes økonomiske betydning målt i samlet beløp og grad av omfordeling mellom kommuner. Vi sammenligner ordningene mot den omfordelingen som skjer gjennom den samlede delkostnadsnøkkelen for pleie og omsorg.

I det andre avsnittet presenterer vi resultatene av et utvalg regresjonsanalyser. Vi analyserer sammenhengen mellom kommunale kjennetegn og omfanget av refusjonskravet i toppfinansieringen. Særlig ser vi på om kommunenes inntektsnivå og størrelse har betydning for antall ressurskrevende brukere og beløp pr. bruker. Her gjør vi også en sammenlignende analyse av hvordan de samlede helse- og omsorgsutgiftene varierer med kommunale kjennetegn.

5.1 De to ordningenes økonomiske betydning

Refusjonsordningen fordeler omtrent 10,2 milliarder kroner i 2019, som refusjon for påløpte utgifter i 2018. Netto driftsutgifter på de ni KOSTRA-funksjonene som omfattes av ordningen, var omtrent 117 mrd. i 2018.

PU-kriteriet fordeler i overkant av 13 mrd. kroner i 2019 gjennom delkostnadsnøkkelen for pleie og omsorg.

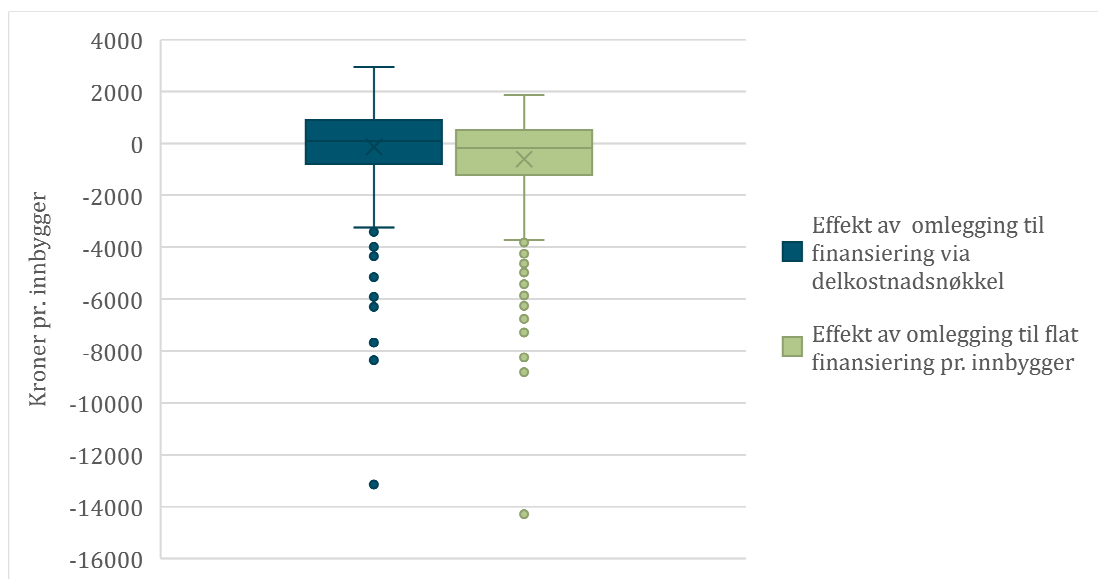
Det er ikke perfekt samsvar mellom delkostnadsnøkklene og regnskapsfunksjonene som det kan søkes refusjon for. KOSTRA-funksjonene som utgjør delkostnadsnøkkelen for pleie og omsorg, omfattet 98 mrd. kroner i netto driftsutgifter i 2018, hvorav 5 mrd. til institusjonslokaler ikke inngår blant refusjonsberettigede tjenester. Alle funksjoner som dekkes av delkostnadsnøkkelen for kommunehelsetjenesten, inngår også i refusjonsordningen. Disse utgjorde drøyt 15 mrd. i 2018. Av de tre siste funksjonene som inngår i refusjonsordningen, inngår to i delkostnadsnøkkelen for sosialhjelp, mens den siste er utenfor inntektssystemet. Disse tre funksjonene hadde til sammen drøyt 8 mrd. i netto driftsutgifter i 2018. Refusjonsordningen og PU-kriteriet utgjør, både hver for seg og til sammen, åpenbart en viktig del av finansieringen av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det mest nærliggende alternativet til refusjonsordningen ville være å omfordele de samme midlene gjennom de relevante kostnadsnøkklene. For PU-kriteriet ville det vært snakk om å utelate dette kriteriet fra den eksisterende kostnadsnøkkelen. I begge tilfeller ville det være naturlig at man utredet en ny kostnadsnøkkel, noe som kunne gitt både nye alternative kriterier og endrede vektorer på eksisterende kriterier.

Vi har her ingen ambisjoner om å beregne alternative kostnadsnøkler, men vi vil se på effekten av å fordele midlene i de to ordningene gjennom den eksisterende delkostnadsnøkkelen for pleie og omsorg. PU-kriteriet inngår i delkostnadsnøkkelen, men kun med 14 % andel. Vi

sammenligner altså fordeling av 13 milliarder kroner gjennom PU-kriteriet alene med fordeling av 13 milliarder gjennom delkostnadsnøkkelen hvor PU-kriteriet utgjør 14 %. Dette blir altså en forenklet beregning, og målet med analysen er å gi et inntrykk av omfanget av de to ordningene og variasjonen mellom kommunene. Siden det er usikkert hvordan nye delkostnadsnøkler ville se ut i praksis, legger vi også inn et alternativ til sammenligning hvor vi fordeler beløpene i ordningene med en lik sats pr. innbygger. Denne sammenligningen viser i praksis at, relativt til de to ordningene, er fordelingen gjennom delkostnadsnøkkelen forholdsvis lik en flat fordeling pr. innbygger.

Figur 14 viser hvordan de to alternative fordelingsmodellene ville endre fordelingen av midlene som i dag tildeles som refusjon for ressurskrevende tjenester. Figuren viser hvordan tap eller gevinst vil fordele seg mellom kommuner.¹⁵ Første alternativ er å fordele tilskudd til ressurskrevende tjenester gjennom dagens kostnadsnøkkel for pleie og omsorg, og alternativ nr. to viser fordelingen med en flat sats pr. innbygger. Forskjellen mellom de to fordelingene er forholdsvis liten, men tapene vil være minst ved fordeling via kostnadsnøkkelen. I begge tilfeller er sum av tap og gevinst 0 på landsbasis, men forskjeller i kommunestørrelse kombinert med at alle kommuner teller som én observasjon hver, gjør at det ser ulikt ut. Mønsteret tyder på at små kommuner får relativt mer midler pr. innbygger gjennom delkostnadsnøkkelen for pleie og omsorg.



Figur 14 Fordelingseffekt ved alternative finansieringsmodeller for midlene i refusjonsordningen, årgang 2018

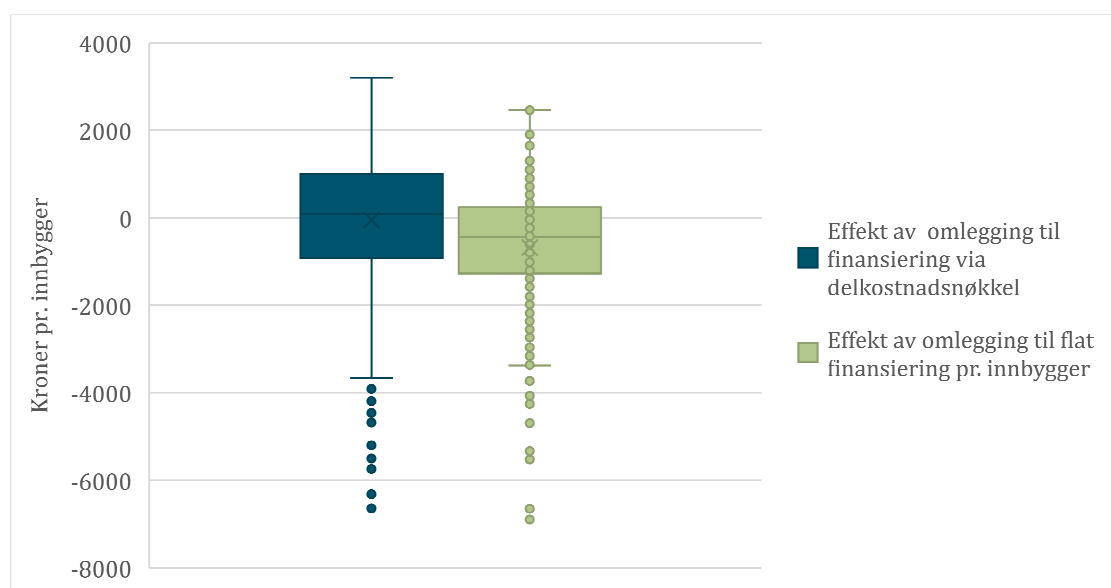
Kommunen som har størst gevinst av dagens modell i form av høyest netto utbetaling pr. innbygger (Moskenes), er også kommunen som ville tapt mest på en omlegging. Figuren viser at tapet ville være rundt 14 000 kroner pr. innbygger med en slik omlegging i 2018.

¹⁵ Boksen i figuren viser kommunene som plasserer seg i andre og tredje kvartil. Det vil si at 25 % av kommunene ligger over toppen av boksen og 25 % av kommunene ligger under bunnen av boksen. Linjen i boksen representerer medianverdien og X viser gjennomsnitt. Whisker-linjene strekker seg til høyeste og laveste verdi som ikke regnes som ekstremverdi. Ekstremverdier er de kommunene som ligger mer utenfor boksen pluss 1,5 ganger høyden av boksen. Markører utenfor Whisker-linjene er enkeltkommuner som anses som ekstremverdier.

Boksen i figuren viser kommunene som plasserer seg i andre og tredje kvartil. Det vil si at 25 % av kommunene ligger over toppen av boksen, og 25 % av kommunene ligger under bunnen av boksen. For flertallet av kommunene ville omleggingen bety en endring i inntekter på mindre enn 2000 kroner pr. innbygger. Nå er ikke det nødvendigvis lite, men det vil trolig være håndterbart. Samtidig viser figuren at ordningen er svært viktig for enkelte kommuner.

14 kommuner vil tape mer enn 4000 kroner pr. innbygger på en omlegging via delkostnadsnøkkelen, noe som er et betydelig beløp. Det utgjør over 7 % av frie inntekter pr. innbygger på landsbasis og over 18 % av landsgjennomsnittet for netto driftsutgifter innen helse og omsorg i 2018.

Figur 15 viser på samme måte hvordan en fjerning av PU-kriteriet og overføring av de samme midlene gjennom alternative fordelingsmodeller ville endre kommunenes inntekter.¹⁶ Her er effektene noe mindre enn hva vi så for refusjonsordningen, men også her ville et mindre antall kommuner tape mer enn 4000 kroner pr. innbygger. Høylandet og Kvæningen er kommunene med flest psykisk utviklingshemmede pr. innbygger og dermed størst tap ved en fjerning av kriteriet. Det er her ikke tatt hensyn til at bortfall av PU-kriteriet vil øke omfanget av toppfinansieringsordningen.



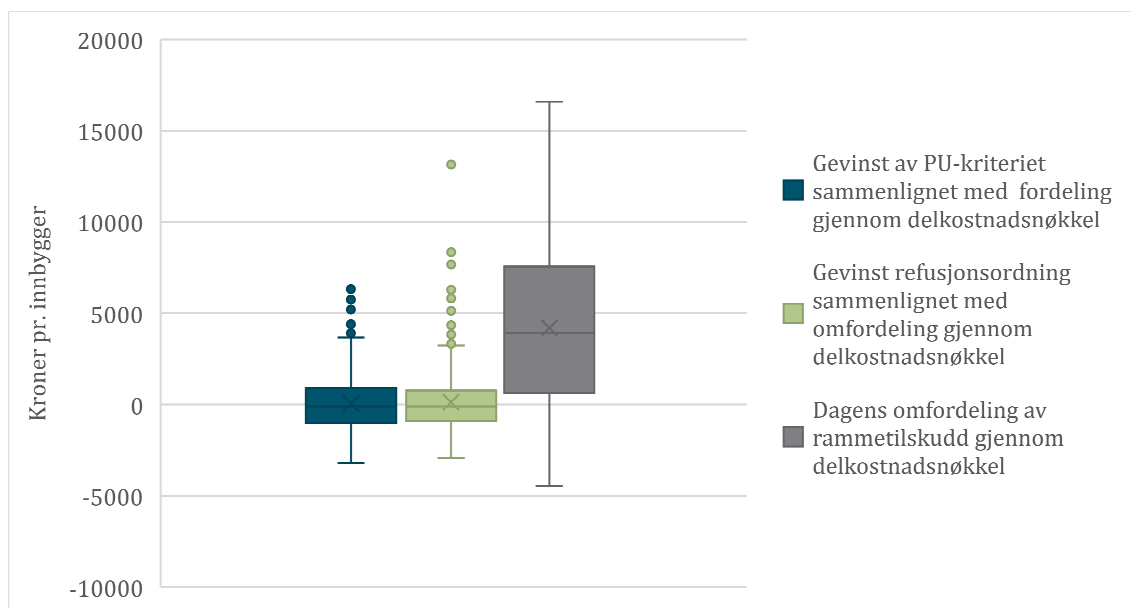
Figur 15 Fordelingseffekt ved alternative finansieringsmodeller for midlene i PU-kriteriet

I Figur 16 sammenlignes omfordelingen som skjer gjennom de to ordningene med dagens omfordeling av rammetilskudd gjennom delkostnadsnøkkelen for pleie og omsorg. Dette gir et bilde av hvor store disse ordningene er, og hvor betydningsfull omfordelingen er for kommuner med særlig høye verdier på refusjonsberettigede kostnader og PU-kriteriet. Vi ser at de fleste kommunene får økt rammetilskudd gjennom delkostnadsnøkkelen, selv om den samlet sett går i

¹⁶ Som forklart over, inngår PU-kriteriet som en del av delkostnadsnøkkelen, men effekten er da i praksis redusert fra at 100 % av de 13 mrd. kronene fordeles etter PU-kriteriet, til at kun 14 % fordeles etter kriteriet. Det er ikke unaturlig at ved en eventuell fjerning av PU-kriteriet fra kostnadsnøkkelen, så vil deler av den samme utgiftsvariasjonen fanges opp av andre kriterier. Dette handler uansett om en illustrerende anslagsvis beregning.

null. Dette skyldes at det i hovedsak er de største kommunene som trekkes, og som dermed finansierer mange små kommuner.

Totalt sett, og for de fleste kommuner, er fordelingen av rammetilskuddet klart mer viktig enn PU-kriteriet alene og refusjonsordningen. For enkelte kommuner med mange psykisk utviklingshemmede eller høye utgifter til ressurskrevende tjenester, gir imidlertid disse ordningene relativt store inntekter.



Figur 16 Sammenligning av fordelingen av midler gjennom de to ordningene og fordelingen av rammetilskudd gjennom delkostnadsnøkkel for pleie og omsorg.

En annen effekt av refusjonsordningen er at den øker med kostnadsutviklingen i sektoren. Hadde beløpet i 2004 i stedet vært justert med kommunal deflator og befolkningsutvikling, ville rammen i 2019 vært på bare 2,8 milliarder kroner. Det har derfor vært en betydelig realøkning i utbetalingene gjennom ordningen. På den annen side, mens den statlige finansieringen har økt med 8,7 mrd. kroner siden 2004 til 2019, har kommunenes egenfinansiering økt med 11 mrd. kroner. Det er vanskelig å si hvordan de samme utgiftsøkningene hadde blitt tatt hensyn til om midlene i stedet hadde ligget i rammetilskuddet, men utgifter som følger av generell samfunnsutvikling, endrede forventninger, vedtakspraksis og lignende ville ikke nødvendigvis blitt kompensert.

5.2 Regresjonsanalyser

Formålet med toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester og PU-kriteriet er å dekke deler av utgiftsbehovet knyttet til ressurskrevende enkeltpersoner. Hvorvidt en kommune har høye utgifter til ressurskrevende brukere, kan være tilfeldig eller knyttet til forhold som kommunen ikke kan gjøre mye med, som for eksempel store reiseavstander eller aldersfordeling i befolkningen. For å sikre at slike tilfeldigheter ikke gir store forskjeller i tjenestetilbud mellom kommuner, bidrar staten med kompensasjon. Samtidig kan omfanget skyldes forhold som det er mindre ønskelig å kompensere, for eksempel om kommunen har lav kostnadseffektivitet innen pleie og omsorg. I refusjonsordningen ligger det ingen mulighet for å skille på bakgrunnen for kostnadsvariasjon.

Vi gjennomfører her noen analyser av variasjonen i utgifter til ressurskrevende brukere. Vi deler også utgiftene opp i antall brukere og utgift pr. bruker. Målet er å se om utgiftene det kreves refusjon for, varierer med kjennetegn ved kommunene.

Særlig interessant er det å se på effekten av kommuneinntekt. Rike kommuner bruker generelt mer ressurser på tjenesteproduksjon. Pleie- og omsorgstjenester er ikke noe unntak, jf. Hjelmbrække m.fl. (2011) som finner en klar effekt av inntekt på kommunenes utgifter innen pleie og omsorg. Det er også et kjent resultat at rike kommuner i større grad enn fattige kommuner evner å utnytte refusjonsordninger, rett og slett fordi de er i bedre stand til å bidra med en høy egenfinansiering og dermed utløser høyere refusjoner.

Situasjonen kan imidlertid være en annen for denne refusjonsordningen. Som vi også har omtalt i flere andre avsnitt, er det en mulighet for at utgiftsnivået i stor grad er styrt av en lovregulert standard slik at utgiftene til ressurskrevende brukere i liten grad er noe kommunene kan velge bort. Finner vi at kommunenes inntektsnivå i liten grad påvirker antall brukere som kommer over innslagspunktet, og utgifter over innslagspunktet, tyder det på at refusjonen i stor grad bidrar til å dekke reelle forskjeller i behov for omsorgstjenester. Finner vi derimot at inntekt forklarer mye, tyder det på at økonomi påvirker ressursbruken overfor ressurskrevende brukere. Dermed vil det være nærliggende å anta at også refusjonsordningen kan gi incentiver til økt ressursbruk. Hvis det er en tydelig sammenheng mellom inntekter og omfanget av ressurskrevende tjenester, kan det bety at refusjonsordningen har uheldige effekter både med tanke på kostnadseffektivitet og fordelingsmessig.

For å belyse disse spørsmålene nærmere har vi gjennomført tre regresjonsanalyse med ulike operasjonalisering av avhengig variabel: *Netto utgifter til ressurskrevende brukere, antall brukere og beløp per bruker*. I tillegg har vi gjennomført en analyse av sammenhengen mellom netto utgifter til refusjonsberettigede KOSTRA-funksjoner i toppfinansieringsordningen og kommunens egenfinansiering av ressurskrevende brukere. Formålet med denne analysen er å se hvordan høye utgifter til ressurskrevende brukere påvirker de totale utgiftene til helse- og omsorgstjenester. Høye refusjoner betyr også at kommunen har høye egne utgifter til ressurskrevende brukere, og mange ressurskrevende brukere betyr at man skal finansiere mange tjenester opp til innslagspunktet. Disse midlene må tas fra andre steder i budsjettet, og det er interessant i hvilken grad dette berører andre brukere av helse- og omsorgstjenester eller om rammen til disse tjenestene blir økt tilsvarende utgiftene.

Fordelingen av personer med behov for ressurskrevende tjenester vil i stor grad være tilfeldig fordelt mellom kommuner, og slike tilfeldigheter vil gi særlig store utslag i de minste kommunene. Det er et utslag av store talls lov at større kommuner oftere vil ligge nær gjennomsnittet pr. innbygger. Generelt vil variasjonen i både observerte og uobserverte faktorer være størst i de minste kommunene, så for å undersøke stabiliteten i resultatene, kjører vi modellene for to ulike utvalg. I samtlige regresjonsmodeller viser vi resultater for alle kommuner, og for et utvalg hvor kommuner med færre innbyggere enn 3000 er utelatt fra analysene. I alle modeller har vi også kontrollert for regionale forskjeller ved å inkludere dummyvariabler for fylke. Flere forhold kan gi forskjeller mellom fylker som det er en fordel å kontrollere for selv om vi ikke har grunnlag for å si hva de skyldes. For eksempel kan variasjon i Fylkesmannens vedtakspraksis ha betydning.¹⁷ I alle analysene som presenteres i de påfølgende tabellene, er tallgrunnlaget hentet fra 2018-årgangen.¹⁸ Vi har også gjort analyser på årgangene 2016 og 2017, som gir lignende resultater. Disse er ikke gjengitt her.

Deskriptiv statistikk for variablene i samtlige regresjonsanalyser er presentert i Tabell 4. Avhengige variabler i de ulike analysene har ulike skalaer. Både «*netto utgifter til ressurskrevende brukere*» og «*netto utgifter til refusjonsberettigede KOSTRA-funksjoner*» er målt i kroner per innbygger. «*Beløp per ressurskrevende brukere*» er målt i millioner kroner per bruker, og «*antall brukere*» er målt som antall ressurskrevende brukere per 1000 innbyggere. Variablene er basert på refusjonskravet fra kommunene i 2018 fra Helsedirektoratet. Personvern hensyn gjør at vi mangler tall for antall brukere for mange av de mindre kommunene.

Kontrollvariabler i analysene er kjennetegn ved kommunene slik som alderssammensetning, relevante kriterievariabler fra inntektssystemet, kommunestørrelse og befolkningsutvikling de siste fem år. «*Korrigerte frie inntekter*» inkluderer eiendomsskatt, konsesjonskraft og hjemfallsinntekter og angir inntektsnivå pr. innbygger i prosent av landsgjennomsnittet. I alle analyser inngår kriterievariabler fra kostnadsnøkklene for pleie og omsorg, helse og sosialhjelp i inntektssystemet som kontrollvariabler; *Sone*, *Nabo*, *Skilte*, *Uføre*, *Dødelighet*, *Ikke gifte over 67 år* og *PU-kriteriet*. Dataene er hentet fra inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner 2018, Grønt hefte (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2017). Disse er målt per innbygger. Variabelen «*Sone*» er gjennomsnittet av reiseavstand innen sone de siste tre år, og *Nabo* er gjennomsnittet av reiseavstand til nærmeste nabokrets for de siste tre årene. Variabelen «*Uføre*» er antall uførepensjonister i alderen 18–49 år i kommunen. «*Skilte*» angir skilte og separerte i aldersgruppen 16–59 år. «*Dødelighet*» angir antall døde i kommunen hvis dødelighetsmønsteret i kommunen var som i perioden 2014–2018 og alders- og kjønnsstrukturen var som i en standardbefolkning.

¹⁷ Ifølge beregninger gjort av NAKU, er det store fylkesvis forskjeller i registrerte tvangsvedtak. <https://naku.no/kunnskapsbanken/tvang-og-makt-forskning>

¹⁸ Ved bruk av kriterier i inntektssystemet, er det kriterieverdiene som ligger til grunn for rammetilskuddet i 2018 som er brukt. Disse vil være målt på tidligere tidspunkter, jf. Grønt hefte 2018..

Tabell 4 Deskriptiv statistikk for regresjonsanalyser

Variabel	Gjennomsnitt	Standardavvik	Minimum	Maksimum	N
Netto utgifter til ressurskrevende brukere (kroner) per innbygger	5 279,0	3 311,2	0,0	28 583,3	418
Netto utgifter til refusjonsberettigede KOSTRA-funksjoner (kroner) per innbygger	27 537,9	8 166,0	1 633,6	63 732,9	422
Beløp per ressurskrevende bruker (millioner kroner)	2,9	0,6	1,6	5,9	294
Antall ressurskrevende brukere per 1000 innbyggere	2,0	0,9	0,6	6,6	294
Prosent innbyggere i aldersgruppen 0-16 år	18,1	2,5	11,2	24,2	422
Prosent innbyggere i aldersgruppen 17-67 år	65,0	2,1	57,9	72,1	422
Prosent innbyggere i aldersgruppen 68-79 år	11,6	2,2	6,2	17,8	422
Prosent innbyggere i aldersgruppen 79 år eller eldre	5,3	1,4	2,3	9,3	422
Korrigerte frie inntekter	106,6	16,9	90,0	231,0	414
Sone	7,8	7,2	0,0	91,6	415
Nabo	3,6	2,9	0,0	34,2	415
Skilte	0,05	0,01	0,02	0,1	415
Uføre	0,02	0,01	0,01	0,04	413
Dødelighet	0,01	0,001	0,005	0,01	422
Ikke gifte 67 år eller eldre	0,1	0,02	0,03	0,1	422
PU	0,005	0,002	0,0	0,01	415
Antall brukere med vertskommunetilskudd	0,000	0,001	0,0	0,02	422
Kommunestørrelse (log)	8,5	1,2	5,3	13,4	422
Prosentvis befolkningsvekst siste fem år	1,7	4,4	-12,7	15,2	414
Egenfinansiering per innbygger (kroner)	3 021,2	1 510,0	406,9	12 375,5	398

Variabelen «*ikke gifte*» angir antall personer som aldri tidligere er gift, skilt eller separert 67 år eller eldre. «PU» er personer med psykisk utviklingshemming 16 år og eldre per januar 2017 som har vedtak om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. «*Kommunestørrelse*» er definert som den naturlige logaritmen til innbyggertallet¹⁹. «*Prosentvis befolkningsvekst de siste fem år*» angir befolkningsvekst i perioden 2013–2018. Dataene er hentet fra SSB. Variabelen «*Antall brukere med vertskommunetilskudd*» er kodet 0 for alle kommuner som ikke mottar slikt tilskudd, og for de som gjør det, er antall brukere med vertskommunetilskudd delt på innbyggertall. Kommunens egenfinansiering er kommunens egenandel (under innslagspunktet) + egenandelen over innslagspunktet (20 %). Egenfinansieringsvariabelen er basert på refusjonskravet for 2018 og målt per innbygger.

¹⁹ Log-transformeringen gir en befolkningsvariabel som ligger nærmere normalfordelingen og er standard prosedyre for regresjonsanalyser på norske kommuner. Kommunene er svært skjevfordelt når det gjelder innbyggertall, med mange små og noen svært store kommuner. Dette gir et dårlig utgangspunkt for regresjonsanalyser ettersom parameterestimatet i stor grad vil styres av de største kommunene.

Tabell 5 viser resultatene av en analyse av antall ressurskrevende brukere per 1000 innbyggere. På grunn av høy multikolinearitet er variablene «Nabo» og «Ikke gifte over 67 år» utelukket fra analysen. Dette er kjent utfordring fra tidligere analyser, for eksempel utredning av delkostnadsnøkler i Kommuneproposisjonen 2017.

Tabell 5 Regresjonsanalyse. Sammenhengen mellom kommunale kjennetegn og antall ressurskrevende brukere per 1000 innbyggere.

	Antall brukere per 1000 innbyggere	
	Alle kommuner	Kommuner med flere enn 3000 innbyggere
Innbyggere 0-16 år, %	-0,10***	-0,05
Innbyggere 16-67 år, %	0,01	-0,02
Korrigerte frie inntekter	0,01**	0,004
Sone	0,003	0,01
Skilte	6,36	-4,12
Uføre	3,49	-2,95
PU	135,78***	146,64***
Dødelighet	-107,12	-32,92
Prosentvis befolkningsvekst siste fem år	-0,01	-0,01
Kommunestørrelse	-0,20***	0,03
Antall brukere med vertskommunetilskudd	-26,68	86,60*
Konstantledd	3,69	2,95
Antall observasjoner	285	238
R ²	0,51	0,41
Justert R ²	0,46	0,33

***Signifikant på 1 % nivå. **Signifikant på 5 % nivå. *Signifikant på 10 % nivå
Dummyvariabler for fylke er inkludert i analysen, men er ikke rapportert i tabellen.

Den avhengige variabelen antall ressurskrevende brukere per 1000 innbyggere er basert på refusjonskravet fra kommunene for 2018. Av personvern hensyn er data om antall brukere prikket i kommuner med 5 eller færre brukere. Analysen av alle kommuner omfatter derfor ca. 2/3 av kommunene.

De fleste variablene har ingen signifikant effekt på antall brukere i kommunene. Om vi skulle forvente en effekt av alderskriteriene, ville det vært at en høy andel innbyggere i aldersgruppen over 67 år, som er utelatt fra refusjonsordningen, hadde en negativ effekt på antall brukere. Siden dette er referanse kategorien her, burde koeffisientene for yngre aldersgrupper i så fall vært positive. Et argument for null effekt vil være at ressurskrevende brukere er en marginal gruppe, og at variasjon i antall brukere heller skyldes tilfeldigheter enn at aldersfordelingen blant innbyggerne har noen betydning. Analysen viser derimot at kommuner med en høy andel innbyggere under 16 år, har færre ressurskrevende brukere, noe som er vanskeligere å forklare. Effekten er kun signifikant når vi har med de minste kommunene, og det kan være ekstremverdier som styrer resultatet. Totalt sett ser det ut til at aldersfordeling i befolkningen i liten grad har betydning for antall brukere.

Kommunestørrelse og kommuneinntekt er også variabler som er signifikante kun i den analysen hvor de minste kommunene er med. Kommuner med høy inntekt har flere ressurskrevende brukere, noe som altså er i tråd med en hypotese om at rike kommuner bruker mer ressurser på tjenester til ressurskrevende slik at flere kommer over innslagspunktet. En alternativ forklaring kan være at ressurskrevende brukere velger å bosette seg eller bli boende i kommuner med mer ressurser. Størrelsen på effekten er imidlertid liten. Sammenligner vi en kommune med inntektsnivå på 116 % av landsgjennomsnittet med en kommune med 106 % av landsgjennomsnittet, beregnes den rikeste kommunen å ha 0,1 flere brukere pr. 1000 innbyggere. Når vi fjerner kommuner med færre enn 3000 innbyggere, svekkes effekten, og den er ikke lenger statistisk signifikant.

Når vi ser de to analysene i sammenheng, må tolkningen av kommunestørrelse være at de minste kommunene har flere ressurskrevende brukere pr. innbygger. Dette kan skyldes at de har smådriftsulempene som gjør at en høyere andel brukere kommer over innslagspunktet. Smådriftsulempene kan også lede til behov for å kjøpe tjenester fra andre, samtidig som små kommuner kanskje har dårligere innkjøpskompetanse. En helt annen forklaring kan være flyttestrømmer, hvor mer mobile innbyggere flytter ut av små distriktskommuner, mens ressurskrevende brukere blir værende igjen. Dette er mulige forklaringer, men vi har ikke grunnlag for å si noe om den faktiske bakgrunnen for resultatet. Det er ikke vesentlige forskjeller mellom mellomstore og store kommuner.

Ettersom kommunestørrelse er logtransformert, må koeffisienten tolkes som effekten av en prosentvis endring i uavhengig variabel på avhengig variabel. I dette tilfellet er det mest intuitive å regne ut effekten for spesifikke verdier av kommunestørrelse. Denne er gitt av den naturlige logaritmen til den prosentvise endringen man er interessert i. Nedenfor vises uttrykket for en 10 % endring i befolkning:

$$(-0,20) \cdot \ln(1.1) \approx -0,019$$

En økning i befolkningen på 10 prosent reduserer antall ressurskrevende brukere pr. innbygger med 0,019, kontrollert for alle andre variabler i modellen. En dobling av befolkning vil etter samme formel redusere antall brukere pr. innbygger med -0,14. Gjennomsnittsverdien av logaritmen til innbyggertallet, jf. Tabell 4, tilsvarer en kommune med 5000 innbyggere. Med gjennomsnittlig antall ressurskrevende brukere pr. innbygger vil denne kommunen ha 10 brukere. Ifølge parameterestimatet vil en dobbelt så stor kommune med 10000 innbyggere i gjennomsnitt ha 18,6 brukere i stedet for 20 som ville være det dobbelte. Effekten av kommunestørrelse er altså liten, og når de minste kommunene utelukkes fra analysen, er den tilnærmet null og ikke signifikant.

Variabelen for antall psykisk utviklingshemmede rapportert til inntektssystemet er signifikant positiv i begge modellvariantene. Dette er som forventet. En ekstra innbygger med psykisk utviklingshemming gir i gjennomsnitt ca. 0,14 flere ressurskrevende brukere (ca. 140 flere brukere pr. 1000 innbyggere).

Variabelen for antall brukere som utløser vertskommunetilskudd, er signifikant positiv på 10 % nivå i den analysen hvor de minste kommunene er utelatt. Brukerne som utløser dette tilskuddet, skal ikke inngå i den avhengige variabelen, men kanskje tiltrekker disse kommunene seg noen

ekstra brukere på grunn av det tilbudet de historisk sett har hatt?²⁰ Uansett er effekten svak, og det gjelder kun et lite antall kommuner.

I Tabell 6 finner vi resultatene av den samme analysen med beløp per ressurskrevende bruker som avhengig variabel. Som i den første analysen er variablene «Nabo» og «Ikke gifte over 67 år» utelukket fra analysen på grunn av multikolinearitet.

Tabell 6: Regresjonsanalyse. Sammenhengen mellom kommunale kjennetegn beløp per bruker (millioner kroner)

Beløp per ressurskrevende bruker (millioner kroner)		
	Alle kommuner	Kommuner med flere enn 3000 innbyggere
Andel innbyggere 0-16 år	0,03	0,03
Andel innbyggere 16-67 år	0,04	0,05
Korrigerte frie inntekter	-0,0002	0,001
Sone	-0,01	0,001
Skilte	-4,03	-12,77
Uføre	18,78	14,91
Dødelighet	-11,77	36,88
PU	39,74	53,28
Kommunestørrelse (log)	-0,08	-0,08
Prosentvis befolkningsvekst siste fem år	-0,004	0,01
Antall brukere med vertskommunetilskudd	12,93	75,84
Konstantledd	-0,08	-0,41
Antall observasjoner	285	238
R ²	0,13	0,18
Justert R ²	0,03	0,07

***Signifikant på 1 % nivå. **Signifikant på 5 % nivå. *Signifikant på 10 % nivå

Dummyvariabler for fylke er inkludert i analysen, men er ikke rapportert i tabellen.

Resultatene i Tabell 6 sammenfaller i noen grad med den første analysen, men i denne analysen er ingen av variablene signifikante. Altså ser det ikke ut til at kjennetegn ved kommunene har betydning for beløp per ressurskrevende bruker.

Dette gjelder også for effekten av inntekt – koeffisienten for inntekt er ikke signifikant i noen av modellene i Tabell 6. Vi ser også at inntektskoeffisienten bytter fortegn når vi utelukker de minste kommunene fra analysen. Koeffisienten for inntekt er negativ i modellen med de minste kommunene, og positiv i analysen hvor disse er fjernet. Dette tyder på at det er ekstremverdier som styrer resultatet. Dette ser vi også på justert R² som er større (0,07) i modellen uten de minste kommunene. Justert R² er imidlertid liten i begge modeller. De uavhengige variablene forklarer henholdsvis kun 3 og 7 % av variansen i beløp per ressurskrevende bruker. Modellen er i liten grad egnet til å forklare variasjonen i kommunenes utgifter pr. bruker. Det at kommunekjennetegn har liten betydning for tjenestene, kan bety at det primært er brukernes

²⁰ En lignende hypotese nevnes i Helsedirektoratet (2017) som en mulig forklaring på opphopning av personer med utviklingshemming i enkelte kommuner.

behov for tjenester som styrer variasjonen. Samtidig kan vi ikke se bort fra at det er andre faktorer av betydning, som ikke er inkludert i modellen, og som heller ikke korrelerer med inkluderte variabler.

I Tabell 7 er resultatene av den samme analysen med «Netto driftsutgifter til ressurskrevende brukere per innbygger» som avhengig variabel. Dette tilsvarer dermed kombinasjonen av de to foregående avhengige variablene, antall brukere og utgift pr. bruker.

Tabell 7: Regresjonsanalyse. Sammenhengen mellom kommunale kjennetegn og netto utgifter til ressurskrevende brukere per innbygger

	Alle kommuner	Flere enn 3000 innbyggere
Prosent innbyggere 0-16 år	-78,98	-24,19
Prosent innbyggere 16-67 år	148,45	51,28
Korrigerte frie inntekter	6,16	17,56
Sone	31,99	52,80
Nabo	-88,51	-152,55
Skilte	-5 593,23	-43 087,64
Uføre	93 331,84**	19 838,66
PU	273 090,80***	537 481,70***
Dødelighet	-284 182,90	21 543,71
Kommunestørrelse (log)	168,38	173,03

***Signifikant på 1 % nivå. **Signifikant på 5 % nivå. *Signifikant på 10 % nivå
Dummyvariabler for fylke er inkludert i analysen, men er ikke rapportert i tabellen.

Kjennetegn ved kommunene ser heller ikke ut til å forklare variasjonen i netto utgifter til ressurskrevende brukere; de fleste variablene har ingen signifikant effekt på netto driftsutgifter til ressurskrevende brukere. Ser vi på modellen samlet, er det kun variabelen for antall psykisk utviklingshemmende rapportert til inntektssystemet som er signifikant i begge analysene. Denne er signifikant på 1 % nivå og positiv, som forventet. En ekstra innbygger med psykisk utviklingshemming gir kommunen i gjennomsnitt 273 000 kroner ekstra i netto driftsutgifter til ressurskrevende brukere (begge variablene er målt pr. innbygger). Når vi fjerner de minste kommunene fra analysen, ser vi at effekten av PU-kriteriet blir markant større; En ekstra innbygger med psykisk utviklingshemming gir i gjennomsnitt 537 000 kr ekstra i netto driftsutgifter til ressurskrevende brukere. Variabelen er viktig som kontrollvariabel for å få rett parameter på andre variabler, men tolkningen av parameterestimatet er komplisert²¹

Når det gjelder variabelen for antall brukere som utløser vertskommunetilskudd, finner vi omtrent det samme resultatet i denne analysen som i analysen med antall brukere som avhengig variabel. Koeffisienten er signifikant positiv på 5 % nivå i modellen hvor de minste kommunene er utelatt. En ekstra bruker som utløser vertskommunetilskudd, gir i gjennomsnitt 433 000

²¹ Parameterestimatet må ikke forveksles med verdien av PU-kriteriet ettersom kriteriet er ment å dekke merkostnadene ved psykisk utviklingshemmede som ikke fanges opp av refusjonsordningen for ressurskrevende brukere. Her måler vi derimot effekten på utgifter til ressurskrevende brukere etter fratrekk av PU-kriteriet, og den målte effekten blir et gjennomsnitt over alle personer i PU-kriteriet, både de som er ressurskrevende og ikke.

kroner ekstra i netto driftsutgifter til ressurskrevende brukere. Som i den foregående analysen skal brukere som utløser tilskuddet, ikke inngå i den avhengige variabelen. At resultatet er signifikant i begge modeller, styrker argumentet om at det er en korrelasjon, men vi har ikke grunnlag for å spekulere om årsaken. Effekten er relativt stor, men gjelder kun for et lite antall kommuner.

Koeffisienten for antall uføre i alderen 18–49 år er positiv og signifikant på 5 % nivå i analysen hvor alle kommuner er inkludert. En ekstra ufør gir i gjennomsnitt 93 000 kr mer i netto driftsutgifter til ressurskrevende brukere per innbygger. Det kan være at antall uføre fanger opp noe av variasjonen i ressurskrevende tjenester fordi brukerne er uføre, men det kan også være andre årsaker til korrelasjonen. Det at resultatet kun er signifikant i den ene analysen, kan bety at korrelasjonen egentlig er knyttet til småkommuneproblematikk.

Også for denne modellen har vi gjennomført tilsvarende analyser med data fra 2016 og 2017 i tillegg til en «pooled» OLS-regresjon, altså en regresjonsanalyse hvor data fra årgangene 16-18 slås sammen. Vi får dermed flere observasjoner å teste modellen på. For å samtidig kontrollere for tidsdimensjonen, har vi lagt inn dummyvariabler for år. I den sammenslåtte modellen har vi derfor klyngekorrigert standardfeilen på kommuner. Klyngekorrigerte standardfeil tillater restleddene å ha hvilken som helst korrelasjon innenfor en klynge, men legger til grunn at restleddene ikke korrelerer på tvers av klynger (Stock og Watson 2012:413).²²

Resultatene av disse analysene er stabile på tvers av modeller og årganger, med noen unntak. Ser vi alle analysene under ett, ser det ikke ut til at kommunens økonomi har betydning for utgifter til ressurskrevende brukere. Inntekt påvirker i liten grad antall brukere som passerer innslagspunktet og utgifter over innslagspunktet. Dette støtter antakelsen om at utgifter til denne brukergruppen i stor grad styres av tjenestebehov og lovregulerte standarder.

5.2.1 Hvordan påvirker ressurskrevende brukere utgifter til pleie og omsorg?

Frem til nå har vi sett på sammenhengen mellom kjennetegn ved kommunene og utgifter til ressurskrevende brukere. Ressurskrevende brukere ser ut til å være skjermet for inntektsvariasjon i den betydning at de ikke ser ut til å få mindre ressurser i lavinntektskommuner enn i høyinntektskommuner. Dette gjelder enten vi måler tjenesteomfanget som totale utgifter per innbygger, antall brukere eller beløp per bruker.

Ressurskrevende brukere kan derimot påvirke kommunens økonomi. Ettersom kommunene selv finansierer egenandelen opp til innslagspunktet og 20 % av utgiften over innslagspunktet, vil høye utgifter til ressurskrevende brukere eller mange brukere kunne ha betydning for det kommunale helse- og omsorgstilbudet. Når kommunen ikke kan tilpasse ressurskrevende tjenester til kommunens inntektsnivå, må høye utgifter og lave inntekter føre til kutt andre steder. Dermed vil utgifter til ressurskrevende brukere først og fremst få betydning for hvor mye kommunene kan bruke på kommunale pleie- og omsorgstjenester til *andre brukergrupper* eller

²² Når tidsdimensjonen inkluderes i modellen, er autokorrelasjon et vanlig problem. Autokorrelasjon betyr at en enhets (i dette tilfellet en kommune) verdi på et tidspunkt er betinget av enhetens verdi på et tidligere tidspunkt (Christophersen 2018:77). Ved autokorrelasjon fremstår standardfeilen i OLS som lavere enn den egentlig er, og koeffesientvariansen øker (Christophersen 2018:77; James H. Stock og Watson 2012:413).

andre tjenester enn tjenester til de ressurskrevende brukerne, jf. den teoretiske gjennomgangen i avsnitt 3.4.

For å se nærmere på dette spørsmålet har vi sett på sammenhengen mellom kommunale utgifter til de 9 KOSTRA-funksjonene som inngår i refusjonsordningen²³, og kommunens egenfinansiering av ressurskrevende brukere. Kommunens egenfinansiering er kommunens egenandel (under innslagspunktet) + egenandelen over innslagspunktet (20 %). Egenfinansieringsvariabelen er basert på refusjonskravet for 2018. Resultatene av denne analysen er i Tabell 8. Avhengig variabel er netto driftsutgifter til de 9 KOSTRA-funksjonene i kroner per innbygger.

Tabell 8: Regresjonsanalyse av sammenhengen mellom kommunale utgifter til KOSTRA-funksjoner som inngår i toppfinansieringsordningen og kommunenes egenfinansiering av tilbudet til ressurskrevende brukere

Netto utgifter til refusjonsberettigede KOSTRA-funksjoner				
	Uten variabelen «egenfinansiering»		Med variabelen «egenfinansiering»	
	Alle kommuner	Kommuner med flere enn 3000 innbyggere	Alle kommuner	Kommuner med flere enn 3000 innbyggere
Prosent innbyggere 16-67 år	-673,75***	-477,95**	-719,68***	-479,76**
Korrigerte frie inntekter	168,98***	157,22***	167,18***	156,78***
Sone	-69,11	175,45**	-71,60	173,32**
Nabo	323,47**	-82,17	323,56**	-78,23
Skilte	11 894	-51 492	12 043	-50 400
Uføre	-81 570	-82 827,90	-88 475*	-82 896
PU	342 608***	428 576***	271 397**	415 006**
Dødelighet	289 767	259 213	341 042	261 302
Kommunestørrelse (log)	-1 036,62***	291,87	-1 021,61***	286,42
Prosentvis befolkningsvekst siste fem år	-170,30**	-204,43**	-144,63*	-203,10**
Egenfinansiering			0,49***	0,06
Konstantledd	73 206***	47 385***	74 682***	47 410***
Antall observasjoner	359	225	359	225
R ²	0,78	0,77	0,79	0,77
Justert R ²	0,76	0,74	0,77	0,74

***Signifikant på 1 % nivå. **Signifikant på 5 % nivå. *Signifikant på 10 % nivå

Dummyvariabler for fylke er inkludert i analysen, men er ikke rapportert i tabellen.

Også i denne analysen har vi gjennomført analyser med og uten kommuner med færre enn 3000 innbyggere. I tillegg viser vi her resultater med og uten egenfinansieringsvariabelen inkludert i analysen. Kommuner som mottok vertskommunetilskudd i 2018, er utelatt fra analysene. Kontrollvariabler i analysen er kjennetegn ved kommunene som kan tenkes å påvirke utgifter til

²³ Se liste i avsnitt 3.2.

KOSTRA-funksjonene slik som alderssammensetning, bostedskriterier, kommunestørrelse og befolkningsutvikling de siste fem år. Variabelen «Ikke-gifte» er utelatt fra analysene på grunn av høy multikolinearitet.

Vi ser for det første at kommunens inntektsnivå har en klar effekt på utgiftene til helse og omsorg, til forskjell fra hva vi fant for ressurskrevende brukere. Dette stemmer også med signalene om at ressurskrevende brukere er betydelig mer skjermet fra økonomisk variasjon enn andre brukere, slik også den teoretiske analysen indikerer, jf. særlig figurene 10a og b, og 11a og b. Effekten av kommunestørrelse viser klare smådriftsulempers, slik vi også fant for ressurskrevende brukere.

Hvis egenfinansieringen av ressurskrevende brukere ikke skal påvirke tilbudet til andre, ville vi forvente å se at en krone ekstra til ressurskrevende brukere ville medføre en krone ekstra til de samlede utgiftene. Forventningen ville da være at parameterestimatet er i nærheten av 1. I stedet viser resultatet i modellen med alle kommunene at de samlede utgiftene kun øker med 49 øre. I modellen hvor de minste kommunene er utelatt, er det knapt noen effekt i det hele tatt, kun 6 øre av en krone. Det betyr at 94 øre tas fra brukere eller andre kostnader enn direkte lønnsutgifter innenfor det samme utgiftsområdet.²⁴ Vi må her ta forbehold om at et slikt resultat også kan skyldes en overrapportering av utgifter til ressurskrevende brukere ved at en registrerer utgifter som egentlig gjelder andre brukere, eller at man har stordriftsfordeler hvor andre brukere kan være «gratispassasjerer» på tjenestene til ressurskrevende brukere. Dette siste har vært nevnt som en mulighet ved fordeling av nattevakter, jf. avsnitt 6.5.3. For å se nærmere på betydningen av kommunens egenfinansiering av ressurskrevende brukere for tjenestetilbudet til andre brukergrupper over 67 år og andre tjenester har vi gjennomført flere ulike analyser med ulik avhengig variabel basert på data fra IPLOS. Avhengig variabel i analysene er «Timeforbruk til personer over 67 år per innbygger», «Døgn i døgnbaserte tjenester for personer over 67 år per innbygger» og «Antall brukere av omsorgstjenester over 67 år per innbygger». Disse viser ingen negativ effekt av egenfinansiering av ressurskrevende brukere.²⁵ Analyseresultatene må dermed sies å sprike med ulike data, noe som uansett ikke reduserer styrken i argumentet om at høy egenfinansiering av ressurskrevende tjenester må gå på bekostning av andre deler av det kommunale budsjettet.

Bortsett fra noen av variablene fra inntektssystemet (Uføre, Skilte, Dødelighet, Sone og Nabo) har alle de øvrige variablene en signifikant effekt på netto samlede utgifter.

²⁴ Signifikans i forhold til parameterverdi 0 blir her mindre relevant. Vi har beregnet 95 % konfidensintervall rundt de to parameterestimatene for å se om verdien 1 ligger innenfor sannsynlig variasjon. Konfidensintervallet rundt 0,49 er [0,22; 0,76], og konfidensintervallet rundt 0,6 er [-0,29; 0,41]. Parameterestimatene er dermed signifikant ulik 1.

²⁵ Vi vil likevel stille spørsmål ved datakvaliteten på noen av de testede variablene. Det en urovekkende høy positiv korrelasjon mellom timer til brukere over og under 67 år i samme kommune.

6. Rapportering av brukere i case-kommunene

6.1 Innrapporteringsskjemaet og søknadsprosessen

Kommuner som ønsker refusjon for en eller flere ressurskrevende brukere, må fylle ut et Excel-basert innrapporteringsskjema og sende dette til Helsedirektoratet. Detaljer omkring ordningen er beskrevet i et årlig rundskriv samt tilhørende skjemaer og øvrig dokumentasjon på Helsedirektoratets nettsider.²⁶ Siste versjon av dette rundskrivet er Rundskriv IS-4/2019. Nytt rundskriv publiseres som regel ca. medio januar hvert år.

Før refusjonssøknad kan sendes til Helsedirektoratet, må kommunen ha sendt inn innrapporteringsskjemaet med tilhørende dokumentasjon til kommunens revisor. Fristen for dette var i 2019 satt til 28. februar 2019.

Endelig innrapporteringsskjema og tilhørende revisoruttalelse må så sendes til Helsedirektoratet innen en frist fastsatt i Rundskrivet. I 2019 var fristen satt til 3. april.

Dersom revisor krever endringer i kommunenes skjema, må kommunen innen fristen korrigere refusjonskravet og innhente ny revisjonsuttalelse.

Selve innrapporteringsskjemaet som ble benyttet i søknadene for utgifter påløpt i 2018, er vist i figuren nedenfor.

Tjenestemottaker	1	2	3			6		8	Er allt fylt ut riktig?	11		
	Fødselsår (åååå)	Ressursinnsats (i 1000 kr)	Type bruker			Øremerkede statstilskudd og egenbetaling		Antall tjenestetimer		Resultat		
			PU over 16 år	Verts-kommune	Andre	Tilskuddsnavn	Beløp (i 1000kr)			Netto utgifter	Tilskudds-beløp	Timepris
Nr. 1	1995	2 500			1	Egenbetaling	60	5 000	OK	2 440	936	500
Nr. 2	1994	2 500	1			Egenbetaling	60	5 000	OK	1 784	411	500
Nr. 3	1993	3 000		1		Vertskomm.tilsk.	1 697	6 000	OK	1 303	26	500

Figur 17. Kommunenes innrapporteringsskjema for 2018-utgifter. (Helsedirektoratet)

Kommunene fyller inn en linje for hver bruker de søker refusjon for. Kommunen må for hver bruker fylle inn brukerens fødselsår, total (brutto) ressursinnsats i kroner, type bruker, fratrekk for statstilskudd og/eller egenbetaling, samt antall tjenestetimer. De grønne feltene i skjemaet blir så beregnet automatisk. Timeprisen i kolonne 12 blir således automatisk beregnet ut fra ressursinnsatsen i kolonne 2 dividert på antall tjenestetimer i kolonne 8. Videre blir nettoutgifter i kolonne 9 beregnet ut fra brutto ressursinnsats i kolonne 2 fratrasket øremerkede tilskudd og/eller egenbetaling (herunder også eventuelt vertskommunetilskudd) i kolonne 7, samt evt. fratrekk for ekstra rammetilskudd for personer som er rapportert inn som del av PU-kriteriet.

Vi har for illustrasjonsformål lagt inn tre fiktive brukere i skjemaet i figuren.

²⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/saerlig-ressurskrevende-helse-og-omsorgstjenester>

Bruker nr. 1 er en «ordinær bruker», dvs. en person som hverken er registrert i PU-kriteriet eller som vertskommunebruker. Det er derfor krysset av på «andre» i skjemaets kolonne 5.

Kommunens brutto ressursinnsats for bruker nr. 1 er satt til 2,5 mill. kr., og timetallet er satt til 5000 timer, slik at gjennomsnittlig timepris blir beregnet til 500 kr/timen. Innslagspunktet for 2018-utgifter var på 1 270 000 kroner. Vi har inkludert egenbetaling på 60 000 kr for bruker nr. 1, slik at kommunens netto utgifter i kolonne 9 blir 2 440 000 kr. Kommunen vil i så fall motta 80 % av sine netto utgifter over innslagspunktet på 1 270 000. Dvs. at kommunens tilskuddsbeløp for bruker nr. 1 blir $(2\,440\,000 - 1\,270\,000) \cdot 0,8 = 936\,000$ kr.

Bruker nr. 2 har identisk ressursinnsats, egenbetaling og timeantall som bruker nr. 1, men er registrert som psykisk utviklingshemmet over 16 år. I 2018 fikk da kommunen 656 000 kroner i ekstra rammetilskudd via PU-kriteriet. Disse 656 000 blir derfor et ekstra fratrekk slik at kommunens nettoutgift i kolonne 9 blir $2\,500\,000 - 60\,000 - 656\,000 = 1\,784\,000$ kr.

Kommunens refusjon for bruker nr. 2 blir dermed 80 % av nettoutgifter ut over innslagspunktet, dvs. at refusjonen i dette tilfellet blir 411 000 kr.²⁷

Bruker 3 er en bruker som i kolonne 4 er registrert som vertskommunebruker, dvs. at kommunen for denne brukeren mottar et vertskommunetilskudd. Bruttoutgiften for denne brukeren er økt til 3 mill. kr (og timetallet til 6000 timer), siden 2,5 mill. kr. ville gjøre at denne brukeren ellers ikke ville komme over innslagspunktet for refusjonsordningen. Dette fordi kommunens mottak av vertskommunetilskudd per bruker skal trekkes fra i skjemaets kolonne 6.²⁸ For vår fiktive bruker nr. 3 har vi benyttet det gjennomsnittlige vertskommunetilskuddet per beboer i hele landet i 2018, som var på kr. 1 697 049. For bruker nr. 3 blir dermed kommunens nettoutgift gitt ved 1 302 961, dvs. at det bare er utgifter på kr. 32 961 som ligger over innslagspunktet. Refusjonen blir dermed i dette tilfellet på kun 26 000 kroner.

Det kan være betydelige variasjoner i måten hver enkelt kommune har regnet ut sine utgifter per bruker på. Rundskrivet og instruksene som spesifiserer revisors oppgaver, legger selvsagt visse føringer på hva som kreves av dokumentasjon av kommunene. Likevel er det fortsatt rom for ulike praktiske tilnærminger til hvordan den enkelte kommune kommer fram til sine utgiftsbeløp. Vi gir først en beskrivelse av revisors kontrollhandlinger i avsnittet nedenfor. Deretter omtaler vi hvordan kommunene mer konkret og praktisk arbeider med å beregne bruttoutgiftene per bruker.

6.2 Revisors kontrollhandlinger

Revisors kontrollhandlinger er nærmere beskrevet i et eget brev som utarbeides i tillegg til hvert års rundskriv. Dette brevet sier for det første at Direktoratet forutsetter at bestemmelsene i Rundskriv IS-4 er kjent og legges til grunn for kontrollhandlingen. For det andre krever brevet at det skal gjennomføres kontroll for minimum 50 individuelle krav i hver kommune. Dvs. at det i små og mellomstore kommuner stort sett blir kontroll av alle brukerne det sendes inn

²⁷ Rundskriv IS-4 2019 presiserer på s. 12 at de brukerne som skulle avkrysses som «PU over 16 år» i innrapporteringskjemaet for ressurskrevende tjenester (for regnskapsåret 2018), skal være de samme personene som ble innrapportert som utviklingshemmede i tråd med Rundskriv IS-3 i 2017, som gjaldt som grunnlag for beregning av rammetilskudd for 2018.

²⁸ Det skal der også trekkes fra for eventuelle andre øremerkede tilskudd og/eller egenbetalinger. Dette har vi her satt til null.

refusjonssøknad for. Ut over disse overordnede bestemmelsene spesifiserer brevet følgende mer detaljerte punktliste over hva revisjonen skal kontrollere:

- At det kun er personer født i 1951 eller senere som er tatt med i rapporteringen.
- At det i innrapporteringen kun gjelder direkte tjenester til brukeren ført i kommunens regnskap under KOSTRA-artene 010-099, 270 og 300-380.
- At det i innrapporteringen kun er inkludert direkte lønnsutgifter ført i kommunens regnskap under KOSTRA-funksjonene 232, 233, 234, 241, 242, 243, 253, 254 og 273.
- At det foreligger enkeltvedtak for de tjenester som er inkludert i kommunens refusjonskrav. Alternativt annen dokumentasjon for tjenester der det ikke fattes enkeltvedtak.
- At angitt ressursinnsats i kroner er beregnet ut fra reell underlagsdokumentasjon som anses å være i tråd med IS-4/2019.
- At kommunen har kontrollert at beregningen er gjort på en slik måte at samme utgift ikke er tatt med flere ganger (jf. veiledningen til kolonne 2 i rundskrivet). Revisor bør også foreta stikkprøver på at disse kontrollene virker rimelige.
- At kommunen har dokumentert reell ressursinnsats i antall direkte tjenestetimer i kolonne 8, og at dette logisk samsvarer med den ressursinnsats i kroner som kommunen har innarbeidet i refusjonskravet. Ved en timepris over 600 kroner (jf. kolonne 12) vil direktoratet rutinemessig be kommunen om en nærmere, skriftlig forklaring på den høye timesatsen. Dersom kommunen har brukere med timepris som overstiger 600 kroner, vil det være arbeidsbesparende dersom revisor sørger for at slik dokumentasjon blir vedlagt søknaden.
- At det foreligger bekreftelse/dokumentasjon fra ekstern tjenesteleverandør på ressursinnsats i direkte tjenestetimer og direkte lønnsutgifter i de tilfeller der tjenesten leveres av andre enn kommunen selv.
- At tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming er avmerket riktig i kolonne 3 i innrapporteringsskjemaet. Herunder at det foreligger dokumentasjon på psykisk utviklingshemming (jf. veiledningen til kolonne 3 i rundskrivet).
- At eventuelle øremerkede statstilskudd utløst av tjenestemottakeren er ført opp i kolonne 6 og 7 i rapporteringsskjemaet.

6.3 Kommunens egne beregninger av bruttoutgifter per bruker

Selve innrapporteringsskjemaet og søknadsprosessen er – som det bør framgå av beskrivelsen i avsnittene ovenfor – enkelt og transparent. Skjemaet gir bl.a. en nyttig automatisk kontroll ved at timeprisen per bruker blir residualt beregnet i skjemaets kolonne 12, slik at det vil bli godt synlig dersom det skulle være dårlig samsvar mellom kronebeløp i kolonne 2 og antall tjenestetimer i kolonne 8.

Det som derimot kan være mer komplisert og mindre transparent, er hver enkelt kommunes egne beregningsrutiner for å komme fram til kronebeløpene som skal legges inn som kommunens brutto ressursinnsats per bruker i skjemaets kolonne 2.

En arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet kom i slutten av 2017 ut med en rapport som omtaler variasjonen i kommunenes beregningspraksis og inneholder en del forslag til presiseringer og endringer i Rundskrivet og beskrivelsen av revisors kontrollhandlinger. Arbeidsgruppen hadde bl.a. som mandat å utvikle en felles, nasjonal beregningsmodell som alle kommunene kunne bruke som mal for å beregne sine refusjonssøknader. Arbeidsgruppen foreslo at bruken av en slik felles beregningsmodell i første omgang burde bli testet ut i et knippe utvalgte kommuner, før den evt. blir innført som en nasjonal standardmodell for utgiftsberegning. En slik uttesting av en standardisert beregningsmodell har imidlertid foreløpig ikke blitt gjennomført. Status nå i 2019 ser derfor ut til å være om lag slik som den var da arbeidsgruppen arbeidet med sine forslag i 2017, nemlig at det er betydelig variasjon i hvordan ulike kommuner setter opp og kommer fram til de beløpene de søker refusjon for. Det vil derfor være mye kommunespesifikk variasjon i beregningsopplegget, der hver enkelt kommune kan ha hvert sitt unike beregningsopplegg basert på diverse regnearkmodeller.

Helsedirektoratets arbeidsgruppe (2017) s. 5 beskriver at den har studert tre ulike hovedmetoder for beregning av direkte (refusjonsberettigede) lønnsutgifter:

- i. Regnskapet som grunnlag for refusjonsberegning direkte.
- ii. Regnskapet som grunnlag for beregning av kalkulert timepris
- iii. Årslønn som grunnlag for beregning av kalkulert timepris.

Alle de tre metodene var – og er fortsatt – i bruk i ulike kommuner. Gjennom intervjuene i våre casekommuner, samt med en kommunerevisjon, har vi fått samlet opp en god del informasjon om hvordan modellene i ulik grad praktiseres i ulike kommuner. Hvilken av metodene det ligger best til rette for å bruke, avhenger bl.a. av strukturen i kommunens helse-/omsorgstjenester og i kommunens oppbygging av ansvarsnummer i sitt internregnskap. Vi omtaler de tre metodene nærmere i egne underavsnitt nedenfor.

6.3.1 Direkte metode (regnskapsbasert metode)

Med denne metoden er de regnskapsførte utgiftene den primære kilden til å beregne beløpet det søkes refusjon for. Det ligger godt til rette for å bruke denne metoden dersom kommunen har egne ansvarsnummer i sitt internregnskap som tydelig avgrenser hvilke utgifter som har gått med til de ressurskrevende brukerne. Dersom en kommune eksempelvis har ressurskrevende brukere i et bofellesskap, og dette bofellesskapet har et eget ansvarsnummer i kommunens internregnskap, starter man med «fasiten» i form av hvilke totale utgifter som er regnskapsført i dette bofellesskapet. Arbeidet med å komme fram til refusjonsberettiget beløp består da av å fjerne den delen av totalutgiften i bofellesskapet som det ikke kan søkes refusjon for, samt å fordele det resterende beløpet mellom de individuelle brukerne det skal søkes refusjon for. Metoden kan altså beskrives skjematisk som:

1. Start med en kjent, regnskapsført totalutgift
2. Trekk ut ikke-refusjonsberettigede utgifter

- a. Utgifter som ikke er direkte lønn
 - b. Lønnsutgifter som ikke skjer i direkte interaksjon med brukeren, dvs. administrasjon, møter, planleggingstid osv.
3. Fordel beløpet som står igjen etter 1. og 2. mellom individene det søkes refusjon for, evt. også mellom individer det ikke søkes refusjon for.

6.3.2 Indirekte (timebasert) metode 1. Regnskapsført lønn i aktuelle tjenester.

Begge de indirekte (timebaserte) metodene kommer fram til de direkte (refusjonsberettigede) utgiftene ved å multiplisere antall tjenestetimer med en beregnet timepris. Forskjellen består altså i hvordan timeprisen beregnes. I indirekte metode 1 tar man (som i den direkte metoden) utgangspunkt i faktiske regnskapstall i egen kommune når man skal beregne timeprisene. Det kan imidlertid variere hvor detaljerte regnskapstall man bruker. Det vil således kunne være glidende overganger mellom det vi her omtaler som metode 1 og metode 2 nedenfor. Helsedirektoratets arbeidsgruppe (2017) anbefaler at man bruker mest mulig detaljerte regnskapstall, dvs. går helt ned til internregnskapsnivå, slik som den enkelte boenhet. Man tar da utgangspunkt i faktisk (i henhold til regnskapet) gjennomsnittlig brutto timelønssats (inkl. feriepenger) for de fast ansatte i den aktuelle tjenesteenheten, samt tillegg for kvelds-, natt-, helg- og helligdager, tillegg for variabel lønn (lønn til ferievikarer), pensjon og arbeidsgiveravgift. Grunnlaget for å beregne alle disse tilleggene er da regnskapstall i den aktuelle enheten. Det er vist et konkret talleksempel på dette i Figur 1 på s. 6 i arbeidsgruppens rapport, som vi også viser nedenfor:

Modell - utregning av timepris basert på kalkyle (eks bofelleskap a)			
	Timer per år	1 846,0	
			Kommentar
Timelønn fast ansatte	205,19		Bruk av regnskapstall, inkl fp
Kveld-, nattillegg, lør og søndag og helligdagstillegg	32,01	15,60 %	Bruk av regnskapstall
Timepris lønn med turnustillegg	237,20		
Variabel lønn	41,98	17,70 %	Bruk av regnskapstall, inkl fp
Timepris før sosiale kostnader	279,18		
Pensjon fellesordningen og sykepleierordningen	41,51	14,87 %	Bruk av regnskapstall
-Bruk av premiefond	-7,20	-3,23 %	Bruk av regnskapstall
Arbeidsgiveravgift av timepris og pensjon	44,20	14,1 %	

Figur 18. Eksempel på utregning av timepris basert på regnskapsførte utgifter i en tjenesteenhet/tjenesteområde. Figuren er hentet fra Helsedirektoratets arbeidsgruppe (2017) Figur 1, s. 6.

6.3.3 Indirekte (timebasert) metode 2. Utgangspunkt i årslønn.

Denne metoden tar utgangspunkt i tarifflønn (brutto årslønn) per time for ulike yrkesgrupper som yter direkte timeinnsats i interaksjon med de ressurskrevende brukerne. Dette vil typisk være en kombinasjon av sykepleiere, vernepleiere, fagarbeidere og ufaglærte/assistenter. Et hensiktsmessig skille som ofte ser ut til å bli brukt i praksis, er å dele inn i høgskoleutdannet, fagarbeider og ufaglært. Så benytter man fordelingsnøkler (andeler) for hvor stor del av total timeinnsats som ytes av de ulike utdanningskategoriene. Dernest må det inkluderes tillegg for de samme forholdene som i den timebaserte metode 1, dvs. tillegg for kvelds-/natt-/helg-/helligdager, feriepenger, variabel lønn (ferievikarer), pensjonsutgifter og evt. andre sosiale utgifter, samt arbeidsgiveravgift. Et eksempel på oppbyggingen av en slik kalkyle er vist i følgende figur, også hentet fra den samme arbeidsgruppens rapport:

Modell - utregning av timepris basert på kalkyle				
	Arbeidstimer		1 846,0	
	Snittpris	Vektet	Vekting	Kommentar
Timelønn høgskole	226,00	67,80	30,0 %	
Timelønn fagarbeider	199,00	99,50	50,0 %	
Timelønn ufaglært	184,00	36,80	20,0 %	
Timelønn etter vekting		204,10		
Kveld-, nattillegg, samt lørdag og søndag og helligdagstillegg		31,76	15,56 %	Se kalkyle - bruk av regnskapstall
Timepris lønn med turnustillegg		235,86		
Påslag feriepengetillegg fast lønnede		2,92	1,24 %	
Variabel lønn		41,82	17,73 %	Se kalkyle - bruk av regnskapstall, inkl fp
Timepris før sosiale kostnader		280,60		
Pensjon fellesordningen og sykepleierordningen		43,75	15,59 %	Se kalkyle - bruk av regnskapstall
-Bruk av premiefond		-7,24	-3,22 %	Se kalkyle - bruk av regnskapstall
Arbeidsgiveravgift av timepris og pensjon		44,71	14,1 %	
Timepris total lønn inkl. sos.utg.		369,06		

Figur 19. Eksempel på utregning av timepris med utgangspunkt i et veiet gjennomsnitt av brutto timelønnsatser for ulike utdanningsgrupper. Figuren er hentet fra Helsedirektoratets arbeidsgruppe (2017) Figur 2, s.7.

6.3.4 Ulike detaljeringsgrader kan benyttes i beregningen av timepriser

Indirekte (timebasert) metode 2 framstår naturligvis som mer sjablongmessig enn metode 1. Hvor sjablongmessig indirekte metode 2 i praksis blir, avhenger av detaljeringsgrad og om man velger å gjennomføre ulike timeprisberegninger for ulike deler av kommunens virksomhet. Vi har inntrykk av at noen kommuner benytter en felles timepris i alle sine refusjonskrav, dvs. at det legges til grunn at

- alle brukernes tilbud er basert på samme andeler av høgskoleutdannede, faglærte og ufaglærte, og at de respektive gruppene tjener det samme enten de jobber med bruker A eller B.

Det er imidlertid intet i veien for å benytte ulike timesatser for ulike områder av kommunens virksomhet. Dette kan bl.a. være fordi noen deler av de kommunale tjenestene har større innslag av høyskoleutdannede, mens andre tjenester har mer bruk av ufaglærte. Man kunne således utarbeide egne sjablonger for (eksempelvis) hjemmebaserte tjenester og institusjonsbaserte tjenester. Dessuten kan de ansatte ha ulik grad av ansiennitet slik at de befinner seg på ulike trinn i sine respektive ansiennitetsbaserte lønnsstiger. I en kommune med mange unge ansatte, vil altså de reelle timeprisene være noe lavere enn i en kommune med mange mer erfarne ansatte med høy ansiennitet. I prinsippet kan det samme gjelde ulike områder/enheter innen samme kommune.

Med en maksimal detaljeringsgrad kan vi altså tenke oss at en kommune utarbeider ulike vekter for de ulike utdanningskategoriene for ulike tjenesteenheter (bofellesskap osv.) og benytter ulike gjennomsnittlige timelønnsnivåer for de ulike utdanningskategoriene basert på ulike grader av ansiennitet i ulike kommunale tjenesteenheter. Jo lenger man går i retning av å beregne ulike timepriser for ulike tjenester og/eller brukere, jo mindre forskjell bør det i prinsippet bli mellom indirekte metode 1 og 2 i sluttresultat.

6.3.5 Vurdering og sammenligning av metodene; noe skjønn må utøves uansett metode

Fra beskrivelsen av de ulike metodene ovenfor, framgår det at det vil være behov for å utøve et visst skjønn uansett hvordan den enkelte kommune beregner seg fram til refusjonskravet.

Den direkte (regnskapsbaserte) metoden framstår etter vårt syn som den mest ideelle, men denne metoden er mest aktuell hvis man nokså enkelt kan «omringe» utgiftene til de aktuelle brukerne i veldefinerte ansvarsnumre i internregnskapet. De kommunerevisorene vi snakket med, omtalte også denne metoden som den beste sett fra deres ståsted. Behovet for skjønnsutøvelse vil her i første rekke bestå i hvor mye lønn man trekker fra i form av administrasjon/møter/planlegging, samt hvordan man fordeler resterende lønnsutgifter mellom de ulike brukerne.

Den største potensielle svakheten med den direkte og regnskapsmessige metoden, er trolig knyttet til fordeling mellom individer det hhv. søkes og ikke søkes refusjon for. Hvis noen brukere i et (eksempelvis) bofellesskap ikke kommer over innslagspunktet, mens andre brukere gjør det, vil det selvsagt være en betydelig gevinst for kommunen hvis noen av utgiftene til de ikke-refusjonsberettigede brukerne overføres til de som allerede ligger over innslagspunktet. Revisorene vi intervjuet viste til et eksempel der en kommune hadde fordelt en så stor del av den totale lønnsutgiften i et bofellesskap til ressurskrevende brukere, at det ble svært små utgifter igjen til de øvrige brukerne. Gitt de vedtakene de øvrige brukerne hadde, var det imidlertid nokså åpenbart at disse brukernes tilbud ikke kunne være så lite omfattende og så billig som det ifølge kommunens opprinnelige utgiftsfordeling framsto som. Revisorene krevde da omarbeidelse til en mer reell fordeling av bofellesskapets totalutgift mellom de ulike brukerne.

En annen potensiell svakhet er selvsagt selve internfordelingen kommunen foretar til de ulike ansvarsnumrene i sitt internregnskap. Man kan i prinsippet tenke seg at en spekulativ kommune

vil kunne henføre større utgifter til ansvarsnumre der kommunen har brukere den søker refusjon for. Vi nevner imidlertid dette kun som en «teoretisk» mulighet og har ingen konkrete indikasjoner fra våre intervjuer om at denne type fiktiv bokføring finner sted.

Med indirekte (timebaserte) metoder blir utgiftene per bruker egentlig residuelt beregnet, dvs. blir en ren konsekvens av en kalkulert timepris og et stipulert timeantall per bruker. Som vi har sett av eksemplene ovenfor, er det flere ulike tilnærminger og forutsetninger bak disse regnestykkene. Hvor godt utgiftene samsvarer med kommunens reelle direkte lønnsutgifter per bruker, vil da selvsagt avhenge sterkt av hvor godt timeprisen og timeantallet treffer med den underliggende, virkelige utgiften for hver enkelt bruker.

Hvis indirekte metoder brukes, samtidig som regnskapsførte utgifter knyttet til de aktuelle brukerne relativt enkelt lar seg avgrense i egne ansvarsnummer i kommunens regnskap, vil det i prinsippet være relativt enkelt for revisor å avdekke manglende samsvar mellom utgiftsbeløp på refusjonssøknad og regnskapsførte utgifter.

Noen kommuner benytter derimot mindre detaljerte ansvarsnummer, slik at man kun kan hente ut regnskapsførte utgifter på et mer grovmasket nivå. I slike tilfeller vil det være meget vanskelig både for kommunen selv og for kommunens revisor å vurdere hvorvidt de beregnede utgiftene per bruker i refusjonsskjemaet samsvarer godt eller mindre godt med virkelige, regnskapsførte utgifter per bruker. I disse tilfellene vil det jo også i praksis være umulig for kommunen å benytte den direkte metoden, slik at det uansett ikke finnes annet valg enn å benytte en indirekte metode.

Helsedirektoratets arbeidsgruppe (2017) er særlig opptatt av at den indirekte metoden lett kan føre til at kommunen får refusjon for samme utgift flere ganger, for eksempel dersom flere brukere på ulike vis deler samme personellinnsats. Dette er særlig aktuelt der flere brukere har vedtak om nattevakt, men der nattevaksressursen kan deles mellom flere brukere. Hvis man da kun ganger opp hver enkelt brukers vedtakstimer med en kalkulert timepris, vil alle brukerne få utgifter som om de hadde hver sin personlige nattevakt. Både rundskrivet og brevet om revisors kontrollhandlinger inneholder nå formuleringer som klart presiserer kommunens plikt til å sjekke at ingen utgifter tas med flere ganger, samt revisors plikt til å kontrollere dette.

6.3.6 Fagsystemer har ulik funksjonalitet når det gjelder timeregistrering

Det er ikke bare kommunenes organisering av både tjenesteeenheter og regnskapsregistrering som varierer. Også fagsystemene er forskjellige og har ulik funksjonalitet, bl.a. når det gjelder muligheter for å skille mellom planlagte timer i selve vedtaket og faktisk gjennomførte timer gjennom året.

I noen fagsystemer er det kun vedtakstimer som kan fylles inn. Det finnes ikke et egnet sted i fagsystemet der man kan legge inn at gjennomførte timer ble et annet tall enn vedtatte timer. En kommune med et slikt fagsystem blir dermed veldig «låst» mot selve vedtakene. Vedtakene må da skrives veldig detaljert når det gjelder hvor mange timer hver enkelt bruker skal bli tildelt. Videre må vedtakene justeres gjennom året for å ta hensyn til tilfeller der behovene – og de gjennomførte timene – endres underveis i året.

Andre fagsystemer har funksjonalitet til at det kan registreres både vedtakstimer og faktisk utførte timer. Dette gir rom for at vedtakene kan skrives mer åpne eller generelle, slik at fokuset når det gjelder detaljerte «regnskap» for timetall til den enkelte bruker flyttes fra vedtakstimer til utførte timer. En av våre casekommuner var veldig eksplisitt på at de så langt som mulig forsøker å unngå konkrete timetall i vedtakene, slik at vedtakene mer går på hvilken type tjenester brukerne skal få. Dermed unngår de i mange tilfeller å måtte justere vedtakene selv om det evt. blir behov for å endre tjenesteomfang (antall timer) gjennom året. Så lenge fagsystemet holder orden på hvor mange timer per uke den enkelte brukeren mottar, er det ikke behov for å gå inn på dette detaljnivået i selve vedtakene.

6.3.7 Indirekte metode kan praktiseres med «maksimal kvalitet» og «minimal kvalitet»

Ut fra de ovenstående avsnittene om ulike kalkylemetoder for beregning av timepriser og ulik funksjonalitet i fagsystemer for å registrere antall timer den enkelte bruker faktisk får, kan vi skissere opp det vi kan kalle *minimal* og *maksimal kvalitet* på beregningsopplegget. Med kvalitet tenker vi her på hvor nært beregningen er koblet til de faktiske utgiftene som har gått med til å yte tjenester til den enkelte bruker i løpet av et år.

Minimal kvalitet:

- i. En timelønssats per utdanningsgruppe i hele kommunen.
- ii. En gjennomsnittlig miks (andel) av høyskoleutdannet, fagutdannet og ufaglært i hele kommunen.
- iii. Kun vedtak som objektivt grunnlag for å beregne timeantall per bruker.
- iv. Kun etterskuddsvis beregning, dvs. at man samler inn vedtakene etter nyttår og teller opp antall timer.

Maksimal kvalitet:

- v. Mer reell beregning av timelønn for ulike deltjenester i kommunen. Dvs. at det blir forsøkt beregnet mest mulig reelle timepriser for de som arbeider i (f.eks.) hjemmebaserte tjenester, i institusjon eller i ulike bofellesskap.
- vi. Godt grunnlag for å hente ut reelle timer som hver bruker har blitt tildelt. Dette krever at fagsystemet legger til rette for å skille mellom vedtatte timer og faktisk gjennomførte timer, samt at de ansatte har gode rutiner for å registrere løpende endringer hvis behovene og tjenestetilbudene opp mot den enkelte bruker blir justert gjennom året.

Gjennom samtalene med våre casekommuner og kommunerevisorene har vi erfart eller hørt eksempler på alle prinsipper i)-vi) i listene ovenfor. Det er dermed høyst reelt at kvaliteten i ulike kommuners beregningsopplegg kan variere på den måten som her er beskrevet. Så vidt vi har fanget opp, vil alle prinsippene nevnt ovenfor måtte bli akseptert ved revisjonen. Noen kommuner har rett og slett verken fagsystemer eller internregnskapssystemer tilgjengelige som gjør det mulig å bruke annet enn de mest sjablongbaserte beregningsoppleggene skissert ovenfor.

6.4 Kommunenes beregninger kan være unike og personavhengige

Som det framgår fra ovenstående avsnitt, kan det være betydelige forskjeller i måten den enkelte kommune går fram for å beregne – og dokumentere – sine utgiftstall i innrapporteringsskjemaet. I hver kommune er det en enkelt medarbeider som har hovedansvaret for arbeidet med innsending av refusjonssøknad og dokumentasjon overfor kommunens revisor.

Hver enkelt kommune har bygget opp sine regneark på ulike måter og det kan dermed være meget tidkrevende for en ny revisor å gjøre seg kjent med hvordan en konkret kommune har beregnet sine utgifter. Jobben med kontroll og revisjon går selvsagt bedre år for år, etter hvert som man er bedre kjent med hvordan beregningene foregår.

Det har også vært flere eksempler der kommuner over tid lærer av hverandre og «arver» beregningsmåter fra andre kommuner. Revisorene har ved noen anledninger bidratt til slik «arving», siden revisorene har erfart at andre kommuner har hatt bedre og mer ryddige beregningsopplegg. Dermed har de anbefalt at kommune X burde spørre kommune Y om å få tilsendt kommune Ys beregningsopplegg og ta i bruk dette. Dette har bidratt til en viss standardisering av beregningsoppleggene, men det er uansett fortsatt mye igjen av beregningsopplegg som er kommuneunike og personavhengige.

6.4.1 Kommunene bør sette sin «beste økonom på jobben»

Revisorene vi snakket med, framhever at kommunene er best tjent med å «sette sin beste økonom på jobben med refusjonsskjemaet». Det er såpass mange detaljer angående regskapsbegreper og økonomiske begreper (pensjon, arbeidsgiveravgift, bruk av premiefond m.v.) at det ofte vil være vanskelig for personer med mer helsefaglig bakgrunn å gjøre alt sammen riktigst mulig.

Til tross for at mange kommuner etter hvert har lært seg bedre rutiner for å få med de fleste relevante utgifter i sine refusjonskrav, er det revisorenes oppfatning at det fortsatt også finnes kommuner som går glipp av utgifter de burde tatt med. Revisorene argumenterer ut fra at hvis den «beste økonom» hadde vært satt på oppgaven og brukt et ekstra månedsverk eller to på dette, ville kommunen som regel funnet økte utgifter som kunne vært tatt med og gitt høyere refusjon, og at dette som regel ville blitt mye mer penger enn kommunens ekstrautgift ved å sette sin «beste økonom» på jobben.

I småkommuner er imidlertid som regel kommunens «beste økonom» økonomisjefen, og denne personen er gjerne overbelastet med arbeidsoppgaver fra før. I småkommuner er det derfor ofte kapasitets- og kompetanseutfordringer som gjør at arbeidet med refusjonskravet ikke blir utført på optimal måte. Dette kan også være en grunn til at det har vært et marked for konsultentselskaper som har tilbudt kommunene hjelp med å utforme refusjonskravet, se nærmere omtale av dette under neste overskrift.

6.4.2 Dårlig erfaring med konsultentselskap

Revisorene vi snakket med, viste til et eksempel på en kommune som nokså nylig hadde benyttet et konsultentselskap for å hjelpe dem med å uforme refusjonskravet. Dette skapte mye ekstraarbeid for revisoren, og det ble behov flere endringer før refusjonskravet kunne godkjennes. Det var en særlig utfordring at kommunen selv ikke hadde det samme eierskapet til detaljene i refusjonskravet, siden det var konsultentselskapet som sto bak en del av beregningene. Det krevde dermed mye arbeid å finne ut av hva slags beregninger som egentlig var gjennomført. En del av beregningene var klart i strid med rundskrivet, slik at revisoren måtte påpeke feil og kreve utgifter fjernet. Dette gjaldt bl.a. at utgifter som tilhørte skolesektoren var inkludert, hvilket jo er helt uaktuelt så lenge utgiftene er ført på KOSTRA-funksjoner for skole. Det var også blitt inkludert utgifter som hadde påløpt før kommunen hadde fattet enkeltvedtak. Også her er rundskrivet krystallklart på at «Det er bare anledning til å kreve refusjon for påløpte direkte lønnsutgifter fra det tidspunkt enkeltvedtak er fattet.»²⁹ Revisor fant også et eksempel på at man hadde forsøkt å omgå kravet om gyldig enkeltvedtak ved å tilbakedatere et vedtak for å kunne få med utgifter for hele året. Revisoren måtte i dette tilfellet altså be kommunen endre refusjonskravet ved dels å fjerne utgifter som var påløpt uten at gyldig enkeltvedtak var fattet, og dels fjerne utgifter på feil KOSTRA-funksjon (skoleutgifter). Dette er beskrivelser gitt i ett intervju, og kritikken er ikke nødvendigvis relevant for konsultentselskapers involvering generelt.

6.5 Elementene som revisor og kommuner oftest diskuterer

Finnes det typer av kostnader som kommunene mener at burde vært inkludert, men som reglene ikke tillater? Er det noen kostnader som noen revisorer godtar, men som andre ikke tillater? I disse diskusjonene kan det ligge spor av incentiver til tilpasninger. Er det utgifter som kommunene mener bør dekkes, men som ikke tillates, vil en alternativ løsning fra kommunens side være å tilpasse tjenestene. Vi har identifisert tre slike temaer som særlig peker seg ut.

6.5.1 Rom for å inkludere utgifter i skoletiden

De fleste av våre casekommuner har for tiden lite eller ingen refusjon for utgifter fra grunnskolen. Dette ser ut til å være begrunnet ut fra en tanke om at «skole er skole» og «helse er helse», dvs. at alle utgifter i skoletiden henføres til KOSTRA-funksjonene for skole og dermed blir uaktuelle for å bli inkludert i refusjonsordningen.

En av kommunene vi snakket med, har derimot inkludert utgifter i skoletiden for ressurskrevende brukere i skolealder. Dette fordi denne kommunen har gjort helsefaglige vedtak om helsetjenester som også gis til eleven i skoletiden. Dvs. at ekstraressurser gis i skoletiden, men av helsefaglig personell og evt. brukerstyrte personlige assistenter, i stedet for av lærere, spesialpedagoger eller assistenter tilsatt i skolesektoren.

²⁹ Det kan riktig nok gis unntak fra dette for tjenester der det vanligvis ikke fattes enkeltvedtak, for eksempel fysio- eller ergoterapitjenester. Dette var imidlertid ikke aktuelt i det her omtalte eksemplet.

Dette eksemplet ble også diskutert med de revisorene vi intervjuet, og revisorene så intet i veien for at det kunne bli inkludert utgifter som oppstår i skoletiden, så lenge dette er basert på helsefaglige vedtak, gis av helsefaglig personell og utgiftene føres på de KOSTRA-funksjonene som er innenfor refusjonsordningen. Veiledningen til regnskapsrapporteringen i KOSTRA viser til at praktisk bistand for elever skal føres på funksjon 254 gitt at vedtaket har hjemmel i helselovgivningen. Vi skulle tro det samme prinsippet gjelder også for tjenester i barnehager og på SFO. Revisorene hadde imidlertid få konkrete eksempler i sitt område som fikk særlig mye refusjon for tjenester gitt i skoletid, SFO-tid eller i barnehagene.

I tilfeller hvor det skjønnsmessig kan vurderes om vedtak skal fattes med hjemmel i helselovgivningen eller opplæringsloven, har kommunene økonomiske insentiver til å velge førstnevnte ettersom dette gir grunnlag for refusjon. Flere av casekommunene satte imidlertid et skarpt skille mellom skoletiden og helsetjenestene, og vårt inntrykk er at de ikke gjorde en reell vurdering av om brukeren også kunne hatt nytte av støtte fra helsepersonell i skoletiden. Hos en av case-kommunene var lederen for helse- og omsorgssektoren klar på at de hadde hatt en avklaring av ansvar mellom sin tjeneste og skoletjenesten, og at en ikke ønsket å åpne for å endre på dette igjen.

Det kan dermed se ut til at sektortenkningen her hindrer muligheten for bruk av helsepersonell i skoletiden, samtidig som andre kommuner potensielt kan ha utnyttet muligheten til å øke refusjonen gjennom å systematisk å gi helsetiltak der hvor det skjønnsmessig kan argumenteres for dette.

6.5.2 Kan det likevel være rom for å inkludere ekstra administrative ressurser?

Både rundskrivet og brevet om revisors kontrollhandlinger er i utgangspunktet svært tydelige på at det kun er direkte lønnsutgifter som gis som personlig tjenesteyting til den konkrete brukeren, som det er aktuelt å få refusjon for:

Rundskrivets s. 7: *«Det er bare direkte lønnsutgifter som dekkes. Med dette menes lønn knyttet til direkte brukertid.»*

Rundskrivets s. 8: *«Tjenesteyter må være til stede i boligen og ha sine arbeidsoppgaver i interaksjon med tjenestemottaker. Tid brukt på arbeidsoppgaver utenfor bofellesskap/dagsenter kan ikke tas med. Stillinger med merkantile- eller ledelsesoppgaver kan heller ikke tas med.»*

Flere av kommunene vi snakket med påpekte at det *burde vært* rom for å inkludere noe kompensasjon også for administrativ ressursbruk, fordi det brukes mye ekstra ressurser på å administrere/organisere tilbudet som gis til de ressurskrevende brukerne. Når enkeltpersoner har behov for et så omfattende tjenestetilbud som det her kan være snakk om, kommer selvsagt ikke alt dette av seg selv. Det kan derfor være behov for økt bemanning også på administrativt nivå, mellomledere m.v. for å organisere, planlegge og følge opp alle detaljer vedrørende brukernes tjenester. Særlig gjelder dette i forbindelse med tvangsvedtak, hvor omfanget av dokumentasjonskrav fra Fylkesmannen krever store ressurser. Slik sett er argumentasjonen at en del administrative merutgifter er å betrakte som «direkte lønnsutgifter» selv om det ikke er snakk om direkte «interaksjon med tjenestemottaker».

Avgrensningen handler ikke nødvendigvis bare om størrelsen på kompensasjonen, men om en mulig vridningseffekt. En av informantene i prosjektet hevder at det å prioritere tilstrekkelig administrasjon rundt en bruker kan ha positive effekter både på kvalitet og kostnader, for eksempel ved at man gjennom en grundigere utredning slipper å teste ut unødvendige tiltak. Hvis kommunen betaler full pris for utredningen, men kun 20 % av tiltaket, kan det gi en uheldig tilpasning. Indirekte brukertid kan være like viktig som direkte brukertid, både faglig og med tanke på effektivitet. Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming fant alvorlige mangler ved dokumentasjon og journalføring (Helsetilsynet 2017), noe som viser at det generelt er noe å gå på når det gjelder administrasjon og indirekte brukertid i kommunens omsorgstjenester. Samtidig bør det påpekes at Helsetilsynet knytter mange av de påviste manglene opp mot manglende kompetanse heller enn manglende prioritering.

En av casekommunene har tydeligvis vunnet fram med denne type argumentasjon overfor sin revisor selv om dette er i strid med formuleringene i rundskrivet. Denne kommunen har inkludert en del «overhead-timer» i sitt refusjonskrav. Denne kommunen har også en praksis for å inkludere flere «overhead-timer» det første året en ny bruker mottar tjenester i kommunen, ut fra en begrunnelse for at behovet for kartlegging, planlegging og oppfølging er mer tidkrevende for en ny bruker enn for en bruker som er kjent fra før.

6.5.3 Deling av personellressurser, særlig nattevakt

Revisorene vi snakket med, var tydelige på at det alltid vil være et visst rom for skjønn, uansett hvor presist man formulerer regelverk og rundskriv. Et «klassisk» punkt der det vil være behov for en viss utøvelse av skjønn, jf. også punkt 6.3.5 ovenfor, er tilfeller der det er behov for å beregne hvor store andeler av en felles personellinnsats som skal tilordnes hver enkelt bruker som inngår i kommunens refusjonssøknad. Det mest åpenbare eksemplet er fordeling av nattevaksressurser, der det er nokså vanlig at en nattevaksressurs deles mellom flere brukere. Det vil da for det første være behov for å fordele utgiftene til nattevaksressursen mellom brukere som hhv. inngår og ikke inngår i kommunens refusjonssøknad. For det andre vil det også være behov for å dele ressursen mellom hver enkelt ressurskrevende bruker.

I de to siste utgavene av Helsedirektoratets rundskriv (dvs. IS-4/2019 og IS-4/2018), i avsnittet med veiledning til utfyllingen av Excel-skjemaets kolonne 2 Ressursinnsats, står det presisert følgende:

“Dersom personalet har ansvar for flere mottakere i bofellesskapet kan en beregning av ressursbruk basert på timer i de individuelle vedtakene medføre at det samlet sett blir lagt til grunn flere timer enn det som faktisk utføres. Kommunene kan kun inkludere den andelen av utgiftene som er knyttet til den enkelte ressurskrevende tjenestemottakeren. Kommunene må kontrollere at utgifter til andre mottakere enn ressurskrevende tjenestemottakere trekkes ut/korrigeres der kommunene yter tjenester til flere samtidig. Revisor skal kontrollere at kommunene har utført kontrollen.”

Det samme temaet er også eksplisitt omtalt på side 2 i Helsedirektoratets brev om revisors oppgaver, i punktlisten under overskriften “Revisjonen skal kontrollere”:

- “At kommunen har kontrollert at beregningen er gjort på en slik måte at samme utgift ikke er tatt med flere ganger (jf. veiledningen til kolonne 2 i rundskrivet). Revisor bør også foreta stikkprøver på at disse kontrollene virker rimelige.”

Helsedirektoratets rundskriv for 2019 inneholder på side 8 og 9 også et konkret talleksempel på fordeling av en våken nattevakt mellom fire tjenestemottakere som bor i et fellesskap. I eksempelet er en av de fire tjenestemottakerne ressurskrevende, mens de andre tre ikke er det. I rundskrivets eksempel uttales det at (s. 8) “..., er det kun en fjerdedel av lønnsutgiftene som kan tas med i refusjonsgrunnlaget.”

Rundskrivet peker altså her på et overordnet prinsipp om at en felles ressurs skal deles jevnt mellom alle brukere som deler på denne ressursen. Revisorene vi snakket med, var ikke uten videre enige i at et slikt prinsipp om likedeling alltid vil være naturlig. De nevnte eksempler på kommuner der de har godkjent en skjevdeling ut fra en begrunnelse at det er vesentlige forskjeller i hvor store behov de ulike brukerne har, slik at en av brukerne i praksis “forbruker” en vesentlig større andel av den felles nattevaksressursen enn andre mer “passive” brukere. Dette er et eksempel på et skjønns revisorene mener bør kunne benyttes, så lenge det klart kan begrunnes.

For vår del vil vi imidlertid her bemerke at det synes noe krevende for revisor å skulle foreta så detaljerte vurderinger at man kan godkjenne eller ikke godkjenne (for eksempel) en 70-30 skjevfordeling i stedet for en 50-50 likedeling i denne type tilfeller. Uansett kan dette tjene som et eksempel på at det alltid vil være et behov for en viss utøvelse av skjønn hvis det overordnede målet er å komme fram til en mest mulig “riktig” fordeling av fellesutgifter mellom ulike mottakere/brukere.

6.6 PU-kriteriet

Alle kommuner må hvert år registrere (i Altinn) antall personer som kvalifiserer som «psykisk utviklingshemmede» i henhold til bestemmelsene i Helsedirektoratets rundskriv. Gjeldende rundskriv er IS-3/2019. Fristen for innsending av Altinn-skjemaet var i 2019 satt til 15.04. Antallet som da ble registrert, inngår i kriteriedataene for beregning av rammetilskudd for 2020.

For at en person skal kvalifisere til å bli registrert som psykisk utviklingshemmet i henhold til gjeldende bestemmelser i Rundskriv IS-3/2019, er det tre hovedkrav som må være oppfylt:

1. Personen må være psykisk utviklingshemmet slik dette er avgrenset i rundskrivets punkter 1a), b) eller c).
2. Personen må være fylt 16 år per 1. januar det aktuelle registreringsåret.
3. Personen må ha vedtak om tjenester som spesifisert i rundskrivets punkt 3.

Personer som enten bor i Landsbystiftelsens bokollektiver eller landsbyer, eller personer som kommunen mottar vertskommunetilskudd for, skal ikke registreres.

Det har vært stor mediaoppmerksomhet rundt PU-kriteriet etter den såkalte «Tolga-saken». I februar 2019 ble det lagt fram en fellesrapport fra Fylkesmannen i Vestland, Statens sivilrettsforvaltning og Statens helsetilsyn. Samtidig ble det også lagt fram en særreport fra

Fylkesmannen i Vestland.³⁰ Videre har også Helsedirektoratet (2019) avlagt en egen rapport til Helse- og omsorgsdepartementet.

Før selve Tolga-saken og oppfølgingen av denne ble opplegget for registrering av antall psykisk utviklingshemmede også omtalt av Agenda Kaupang/Oslo Economics (2017). De omtaler bl.a. at kriteriene for hvilke brukere som kunne rapporteres inn, hadde endret seg gradvis over tid, men at kriteriene som var beskrevet i Helsedirektoratets Rundskriv IS-3/2016 hadde blitt strammet inn og presisert. Dette bl.a. etter at Riksrevisjonen tidligere hadde kritisert at kommunene kunne bruke for mye skjønn i vurderingen av hvem som kunne føres opp i registeret. Kriteriene i Rundskriv IS-3/2019 er så ytterligere presisert ut over de presiseringer som gjaldt for 2016.

Presiseringene i 2019-rundskrivet gjelder for det første noen ytterligere presiseringer angående hvilke diagnosekoder som regnes som psykisk utviklingshemming. For det andre har kravene til revisors kontroll blitt tydeligere beskrevet. Det framgår nå i rundskrivet at revisors kontrolloppdrag skal utføres i samsvar med ISRS 4400 Avtalte kontrollhandlinger. Videre skal revisor skrive under på Vedlegg 2 til rundskrivet. Tidligere (før 2019) var det nok at kun kommunen selv (rådmannen) skrev under på dette vedlegget.

Registreringen av antall personer med psykisk utviklingshemming var med på vår punktliste over aktuelle temaer i intervjuene med både de seks casekommunene og den kommunerevisjonen vi snakket med. I disse intervjuene kom det fram relativt lite nytt av momenter rundt denne registreringen. Hovedinntrykket er derfor at det med de siste presiseringer i rundskrivet og i kravene til revisors kontrollhandlinger som har blitt innført, finnes få gjenværende uklare punkter rundt kommunenes registrering.

En av casekommunene ble kontrollert av Helsetilsynet i etterkant av Tolga-saken uten at det ble funnet noe galt med kommunens registrering. Kommunen hadde på et tidspunkt hatt en større økning i antall registrerte personer, noe som bl.a. skyldtes at noen personer hadde fylt 16 år og således kommet inn under kriteriet. Det var også noen personer man tidligere ikke hadde fanget opp. Kommunen fortalte også at en person hadde gått ut av registreringen etter at denne ikke lenger ønsket å motta kommunale omsorgstjenester.

I intervjuene med kommunene kom vi også inn på hva slags tjenestetilbud personene som registreres som psykisk utviklingshemmede egentlig får. Her var informantene åpne på at variasjonen kan være meget stor. De med det tyngste omsorgsbehovet er også ressurskrevende brukere og kan ha tjenester som koster flere millioner kroner. Andre personer som faller inn under de aktuelle diagnosene, kan imidlertid ha langt mindre omfattende tjenester, slik at kommunene for disse personene kan gå betydelig i pluss rent økonomisk. Kriteriet er dermed lite treffsikkert som finansielt virkemiddel målt opp mot hver enkelt persons underliggende utgiftsbehov. Det gjelder for så vidt også for andre kriterier i kostnadsnøkkelen at disse kompenserer en gjennomsnittlig merkostnad knyttet til grupper av personer med store individuelle forskjeller i tjenestebehov. Variasjonen har likevel større betydning når det gjelder PU-kriteriet, ettersom dette er kriteriet som utløser klart størst beløp pr. person som telles.

³⁰ Begge rapporter finnes her: <https://www.fylkesmannen.no/nb/vestland/kommunal-styring/kommunalrett/resultata-etter-gjennomgangen-av-tolga-saka/>

Antallet personer som utløser kriteriet er også lavere enn for andre kriterier, så den relative betydningen av tilfeldig variasjon mellom kommuner vil være større.

Vi oppfatter at både den store oppmerksomheten rundt Tolga-saken og de innstramminger og presiseringer som har blitt innført i rundskrivet og tilhørende bestemmelser (bl.a. om revisors kontroll) til sammen helt klart har bidratt til at det nå neppe vil være stort rom for misbruk av denne ordningen. Den største gjenværende svakheten med denne ordningen er derfor trolig ikke lenger muligheten for misbruk/feilregistrering av personer, men heller at diagnoseavgrensningen framstår som lite treffsikker med tanke på ressursbehovet knyttet til de enkelte personene som utløser økt rammetilskudd.

7. Analyse – ordningenes betydning for tildeling av tjenester

I dette avsnittet ser vi teori, kvantitative data og case-studier i sammenheng og kobler dette opp mot problemstillingene i prosjektet. Kapittelet er organisert i fem avsnitt, hvor de to første tar for seg hvilken effekt de studerte ordningene har på prioriteringer og tjenesteproduksjon i den enkelte kommune. Dette gjøres med utgangspunkt i de økonomiske begrepene *allokeringseffektivitet* og *produksjonseffektivitet*. I tredje avsnitt diskuteres betydningen av hvordan ordningene omfordeler midler mellom kommuner. I fjerde avsnitt gjør vi en vurdering av om ordningene kan ha ulike effekter i ulike kommuner. I femte avsnitt gir vi en kort samlet vurdering av ordningene.

Allokeringseffektivitet handler om fordeling av ressurser mellom ulike oppgaver, tjenester eller kommuner. Den marginale nytten av ressurser bør være lik, hvis ikke vil det være en effektivitetsgevinst å hente ved å flytte ressursene fra oppgaver med lav nytte til oppgaver med høy nytte. Når refusjonsordningen endrer de relative prisene som kommunene står overfor, kan kommunene komme til å velge en annen fordeling av ressurser enn den som er samfunnsøkonomisk mest effektiv, jf. den teoretiske gjennomgangen i avsnitt 3.4.

På samme måte vil allokeringen av ressurser mellom kommuner kunne være mer eller mindre effektiv. Hvis en finansieringsordning gir mest midler til kommuner som allerede har gode rammer for å løse sine oppgaver, bidrar dette isolert sett til et effektivitetstap.

Produksjonseffektivitet handler om hvordan tjenestene produseres. Er det en optimal sammensetning av personalressurser og infrastruktur, er sammensetningen av kompetanse optimal, og tas lønnsomme innovasjoner i bruk? Når refusjonsordningen gjør personalinnsats relativt rimeligere enn andre innsatsfaktorer, kan dette føre til at kommuner velger å bruke mer personal og mindre av andre innsatsfaktorer enn optimalt.

Ettersom de to ordningene vi studerer, er ulikt utformet og har ulike effekter, gjør vi separate omtaler av ordningene under hvert avsnitt. Som i rapporten for øvrig er det refusjonsordningen som får den mest omfattende omtalen.

7.1 Allokeringseffektivitet i kommunen – prioritering av brukergrupper og tjenester

7.1.1 Refusjonsordningen

Påvirker refusjonen for ressurskrevende tjenester allokeringen av ressurser mellom brukergrupper eller tjenester?

Som vi beskrev i avsnitt 3.4, kan det knyttes en bekymring til refusjonsordningen for ressurskrevende tjenester om at denne forskyver kommunenes prioritering fra andre brukere og andre tjenester over til brukere og tjenester som gir grunnlag for refusjon. Bekymringen kan man argumentere for gjennom standard økonomisk teori som sier at ordningen gjør tjenester til ressurskrevende brukere relativt billigere enn andre tjenester, og at dette vil føre til at kommunen vil velge et høyere tjenestenivå for ressurskrevende brukere. Gis det et vedtak om ti ekstra timer til en ressurskrevende bruker, betaler kommunen for bare to av disse, mens for øvrige brukere må kommunen selv betale alle ti timene.

Argumentet om at dette vil forskyve prioriteringene, kan møtes med to motargumenter. Det ene er at en slik priseffekt avhenger av at det er en viss grad av substituerbarhet mellom tjenestene i kommunenes preferanser. Det er imidlertid ikke sikkert at kommunene i praksis synes at et veldig godt tilbud til særlig ressurskrevende brukere veier opp for et dårligere tilbud til andre. I så fall vil effekten av endrede relative priser kunne være liten. Det andre motargumentet er at nasjonale regler kanskje binder såpass mye ressurser til de ressurskrevende brukerne at kommunen, om den valgte fritt, heller ville flytte ressurser fra de ressurskrevende til andre brukere. Begge tilfeller innebærer i praksis at kommunene ikke ser det som hensiktsmessig å fjerne to sykepleiere fra arbeid med ordinære sykehjemsplasser selv om man i bytte kunne fått ti ekstra sykepleiere til ressurskrevende brukere.

I hvilken grad kommunene faktisk har insentiver til å vri tjenestene i retning av mer ressurskrevende tjenester fordi de bare betaler en liten andel av utgiftene utover innslagspunktet, kan altså diskuteres. Intervjuene med casekommunene gir et klart inntrykk av at ordningen i liten grad påvirker de løpende avgjørelsene om tildeling av tjenester til ressurskrevende brukere. Det argumenteres for at tjenester gis ut fra brukernes behov for tjenester. Det fortelles at det i liten grad er muligheter for å kutte i tjenester og bemanning. Særlig gjelder dette de dyreste tiltakene, for eksempel ved behov for tvangstiltak og der hvor det er nødvendig å sikre de ansattes sikkerhet. Fra et økonomisk synspunkt forteller informantene at behovene for ressurser til andre brukere innen helse og omsorg er så stort, at det er lite ønskelig å gi unødvendige tjenester til de ressurskrevende brukerne. De ressursene som ville gått til 20 % egenandel, er av stor verdi i andre deler av tjenesten.

Standarden på tjenestene prøves også mot Fylkesmannens avgjørelser i vedtak, klagesaker og tilsyn. Rettighetene til grupper som psykisk utviklingshemmede er sterke, og kommunene er klare på at de i en del tilfeller har opplevd å bli overprøvd av Fylkesmannen om de har gjort forsøk på å redusere bemanningen.

Tjenestene som anses som nødvendige enten det er behov eller rettigheter som styrer, innebærer et såpass høyt tjenestenivå at kommunene fra et faglig synspunkt har få ønsker om å legge til ytterligere tjenester. Flere av informantene forteller at for mye tjenester og personell kommer i konflikt med faglige ønsker om å bygge opp brukerens mestringsnivå, noe også Hamran og Moe (2012) omtaler. Det er viktig at pleiere ikke gjør oppgaver som brukerne kan gjøre selv, og det er ikke bra med for mye personell rundt brukeren. Dermed er det ikke nødvendigvis et internt faglig press for å øke omfanget av tjenester. I tillegg kan behovet for omsorgstjenester bli redusert over tid dersom man lykkes med å øke mestringsnivået til brukeren.

Det er imidlertid ikke gitt at alle kommuner evner å holde dette fokuset på rett mengde tjenester. Det nevnes at ansatte med høy kompetanse er flinkere til å se hvilke oppgaver brukeren selv kan mestre. Mangel på kompetanse vil i større grad medføre at det gis unødvendig mye bistand. Dette rimer med resultatene til Hjelmbrekke m.fl. (2011) som fant at høyere kompetanse i pleie- og omsorgstjenesten gir lavere kostnader.

En innstramming av refusjonsordningen kan gi økt økonomisk press på tjenestene til ressurskrevende brukere, men sterke rettigheter og tilsyn og vedtak fra Fylkesmannen vil sannsynligvis gjøre det vanskelig å redusere tjenesteomfanget vesentlig. En annen grunn til at tjenestenivået i stor grad kan tenkes å bli opprettholdt, er at de som gir vedtak om tjenester i liten grad har direkte økonomiansvar. Vedtak gjøres i de aller fleste kommuner i en tildelingsenhet som opererer på siden av de utførende enhetene. Mangelen på kobling mellom økonomiske incentiver og tjenester underbygges av de kvantitative analysene i kapittel 5, som viser at utgiftene til ressurskrevende tjenester er tilnærmet uavhengig av kommunens økonomi, mens de samlede utgiftene til pleie og omsorg er klart preget av inntektsnivået.

Den klareste testen på en direkte effekt av finansieringen er det som skjer når en bruker passerer 67 år og kommunen ikke lenger mottar refusjon. Nettoutgiften kommunen selv står overfor, blir da femdoblet fra det ene året til det neste (fra 20 % til 100 %). Ifølge kommunene er det lite som endres i tjenestene til brukerne, selv om den økonomiske belastningen blir svært stor. Flere av brukerne blir i stedet mer ressurskrevende med alder. De får flere somatiske helseplager, som i kombinasjon med f.eks. kommunikasjonsproblemer kan lede til mer utagering og enda dyrere tjenester. Det oppgis at det som kanskje kan kuttes, er aktiviseringstiltak. Dette er tiltak som typisk benyttes mindre med høyere alder, ikke bare blant ressurskrevende brukere. Vi har dessverre ikke tilgang til tall som kan brukes til å teste dette kvantitativt, og vi har ikke hatt anledning til å gå inn og undersøke tjenestene til personer før og etter de passerer aldersgrensen. Casekommunene er heller ikke mange nok til at vi kan påstå at de kvalitative funnene er representative. Informantene er imidlertid svært samstemte om at 67-årsgrensen er en betydelig økonomisk utfordring, og at det er lite som kan gjøres med tjenestene. Konklusjonen basert på våre data må derfor være at disse tjenestene er lite påvirket av den prisen kommunene står overfor. Resultatet er at kommunen må finne ressurser andre steder i organisasjonen når refusjonen faller bort.

De ressurskrevende brukerne er ingen ensartet gruppe. Mens den typiske gruppen av ressurskrevende brukere med psykisk utviklingshemming har relativt klare rettigheter og utløser omtrent de samme tjenestene uavhengig av hvilken kommune de bor i, oppgis kommunene at det er større variasjon i tilbudet til andre brukere. Særlig gjelder dette personer innenfor gruppen rus og psykiatri. Mens personer med tung utviklingshemming eller alvorlige fysiske

skader/handikapp er helt avhengig av kontinuerlig hjelp og automatisk fanges opp av hjelpeapparatet, er hjelpebehovet innenfor rus og psykiatri mer varierende, og brukerne kan i perioder være uten behov for oppfølging. Når behovet for bistand inntreffer, er det ikke nødvendigvis slik at kommunene fanger opp dette eller klarer å komme i posisjon til å hjelpe.

For å evne å fange opp disse brukerne tidlig, er kommunen avhengig av å ha et apparat som fungerer løpende og har oversikt over potensielle omsorgsbehov. Denne delen av tiltaksapparatet, som kan være avgjørende for å avdekke behov, arbeider ikke nødvendigvis 1:1 med brukerne på en måte som utløser refusjoner. Når behovet varierer gjennom året, er det også usikkert for kommunen om det ved enden av året vil være grunnlag for refusjoner. Dermed blir det i stor grad et spørsmål om kommunale prioriteringer av kompetanse og kapasitet i tjenesten. Kommuner som ikke har prioritert et helhetlig tjenestetilbud til denne gruppen, risikerer også å overse behovene når de oppstår. Ifølge en survey gjennomført av SINTEF, er de minste kommunene mindre fornøyd med sitt tilbud til de tyngste brukerne innen rus og psykiatri (Ose m.fl. 2018). Det er naturlig at små kommuner har mindre mulighet til å finansiere slike tjenester uten å være sikret refusjoner.

Informantene i casekommunene er generelt enige i at refusjonsordningen bidrar til å skjerme de ressurskrevende brukerne. Det at kommunene forteller om få muligheter til å kutte i tilbudet til enkeltbrukere, betyr ikke nødvendigvis at refusjonsordningen er uten betydning for tjenesten til ressurskrevende brukere. Historisk finnes det mange eksempler på at denne gruppen brukere som vi her snakker om, har hatt dårligere kår enn i dag, se for eksempel NOU 1985:34. Over tid vil det ha utviklet seg en standard på tjenestene, hvor faktorer som brukernes behov, faglige vurderinger, regelverk, regeltolkninger og økonomi trolig har spilt inn. Hadde finansieringsordningen aldri eksistert, er det naturlig at kommunene ville gjort mer for å utfordre de lovfestede minstestandardene og Fylkesmannens regeltolkninger. En av informantene nevner at for de eldre brukerne ligger det en mulig, men ikke ønskelig, besparelse i å erstatte tettere oppfølging med økt medisinerings.

I et langsiktig perspektiv kan det derfor argumenteres for at refusjonsordningen, sammen med andre virkemidler, støtter opp under en generelt god standard for tjenester til gruppene som utgjør de ressurskrevende brukerne. Det omtales som ønskelig å ha en slik skjerming som sikrer gode tjenester til en sårbar gruppe.

7.1.2 PU-kriteriet

For at en innbygger skal kunne registreres i PU-kriteriet og utløse midler, er betingelsen at den aktuelle personen, i tillegg til å ha den påkrevde diagnosen, har vedtak om kommunale helse- og omsorgstjenester. Finansieringen er uavhengig av omfanget av tjenester, og det er ingen krav til hvordan midlene disponeres. Generelt vil de færreste kommunene, om noen, internt øremerke midlene fra PU-kriteriet til helse- og omsorgstjenester.

Vilkåret om at en person må ha vedtak om tjenester for å utløse finansieringen, gir et klart insentiv til å yte tjenester til personer som man vet at oppfyller diagnosekravet. Samtidig vil det mest lønnsomme være å gi et minimum av tjenester. For eksempel vil det å gi tjenester som koster kommunen 50 000, gi kommunen en nettogevinst på ca. 600 000 kroner sammenlignet

med om det ikke gis tjenester. Dette betinger at personen ønsker å motta tjenestene, noe ikke alle ønsker.

Resonnementet kan trekkes videre i retning av at kommunene har insentiver til å lete etter personer som kan oppfylle diagnosekravet og sørge for at disse blir diagnostisert. Vi kan ikke utelukke at dette har blitt gjort, men i våre case-kommuner fremsto ikke det som tilfelle. Undersøkelser i etterkant av Tolga-saken har heller ikke påvist tilfeller av en slik praksis. I kommunenes beskrivelse av sin saksgang oppgis det at det normalt vil være en søknad om tjenester som er utgangspunktet for å utrede en person og eventuelt innhente opplysninger om diagnoser. Dermed er det behovet for tjenesten som kommer først. Eventuell diagnose kommer som et senere steg, og det vil i liten grad være snakk om at det gis tjenester som er helt uten relevans. Det er likevel klare økonomiske insentiver til å innvilge tjenester når det først er klart at det foreligger en diagnose innenfor kravet til PU-kriteriet, og slik sett kan det være en vridningseffekt. Effekten vil uansett være av begrenset økonomisk størrelse som følge av at det ikke er krav til omfanget av tjenester. Hvis det gis slike unødvendige tjenester, vil en eventuell innføring av krav om et minstenivå av tjenester som ligger over dagens nivå, kunne forsterke den eventuelle vridningseffekten.

Selv om gevinsten for kommunen vil være høyest ved et minimumsnivå på tjenestene, kan PU-kriteriet i noen grad bidra til å gi tjenester utover dette. Det at personen utløser midler til kommunen, kan styrke argumentasjonen for å yte ønskede tjenester. Enkelte av informantene i case-kommunene oppgir at midlene som følger med PU-kriteriet av og til brukes som tilleggsgargument for økte tjenester til enkeltpersoner. Argumentasjonen kan brukes både fra pårørende eller brukerorganisasjoner og innad i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I hvilken grad argumentet får gjennomslag, er vanskelig å si.

7.2 Produksjonseffektivitet – hvordan tjenestene produseres

7.2.1 Refusjonsordningen

I tillegg til muligheten for at refusjonsordningen kan føre til en overprioritering av ressurskrevende brukere, på bekostning av andre brukere, er det uttrykt bekymring for at ordningen svekker insentivene til effektiv ressursbruk, jf. notatet fra Regjeringens arbeidsgruppe (2018). Ordningen bryter med det finansielle ansvarsprinsipp i og med at kommunene ikke bærer den fulle kostnaden ved tjenestene til ressurskrevende brukere. Når den som tar avgjørelser om ressursbruken ikke betaler den fulle kostnaden, svekkes insentivene til kostnadskontroll.

Det kan for det første lede til at kommunene konsentrerer sparetiltakene sine om andre tjenester og brukergrupper. Mens innsparinger i andre tjenester tilfaller kommunen fullt ut, får kommunen kun 20 % av reduserte lønnsutgifter i tjenester til ressurskrevende brukere. Resten av innsparingen tilfaller staten. En innvending mot dette argumentet, som er uttalt av mange av informantene, er at kommunen fortsatt må betale 20 %. Hvis man kan effektivisere driften og gi samme kvalitet i tjenestene til en lavere pris, vil dette være ønskelig uavhengig av om man sparer mye eller lite.

Argumentet ovenfor overser at det i praksis ofte vil være kostnader forbundet med innsparinger. Dette kan være rent budsjettmessige kostnader, som ved investeringer i velferdsteknologi; administrative kostnader ved at det er en jobb å finne fram til mulige innsparingstiltak og gjennomføre disse; eller det kan være politiske kostnader i den forstand at effektiviseringstiltak ofte vil møte politisk motstand, negative oppslag i media og motstand fra brukere og pårørende. Hvis kostnadene overstiger kommunens gevinst, vil innsparingstiltaket være lite attraktivt å gjennomføre for kommunen, selv om det er samfunnsøkonomisk lønnsomt når statens innsparing regnes med.

I tillegg kan avgrensningene i ordningen påvirke effektiviteten negativt gjennom å vri ressursbruken vekk fra den mest effektive produksjonsmetoden. Ved at det kun gis refusjon for lønnsutgifter, blir det lite attraktivt å velge en innretning av tjenestene som innebærer en økning i andre typer kostnader, selv om dette kunne gi store innsparinger i lønnsutgiftene. Dette kan for eksempel gjelde investeringer i nye boformer som kan redusere behovet for personal. Det kan også innebære at administrative oppgaver, som optimalisering av turnus, nedprioriteres fordi administrasjonstiden ikke gir refusjon. Se også diskusjon i avsnitt 6.5.2. Ordningen gjør det også rimeligere å sette inn personell med høy kompetanse i tjenesten til de ressurskrevende brukerne. Merkostnaden er liten sammenlignet med ufaglærte.

Insentivene til å drive tjenesteinnovasjon vil også være et tema her. En typisk gevinst ved tjenesteinnovasjon er at man får et redusert behov for personellinnsats. Refusjonen kan dermed bidra til at det blir mindre aktuelt å ta på seg kostnadene ved innføring av tjenesteinnovasjon og velferdsteknologiske løsninger overfor de ressurskrevende brukerne.

Intervjuene gir som nevnt lite direkte støtte til bekymringer om at ordningen svekker insentivene til effektivitet og tjenesteinnovasjon. Enkelte av informantene ser utfordringen i at «det er først og fremst statens penger man sparer», men de fleste legger heller vekt på at man ved innsparinger faktisk sparer 20 %. Eventuelle utgifter ved innsparingene har man mindre konkrete tanker om. Dette gjelder også konkret i vurdering av tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi. I intervjuene er det i all hovedsak faglige vurderinger som trekkes fram når disse temaene diskuteres. Innsparing i personellbehov sees på som en mulighet for å frigjøre disse ressursene til andre oppgaver, og flere av de vi intervjuer, ser ut til å glemme at refusjonen i så fall forsvinner. Det at kostnadene til innføring og drift av velferdsteknologiske løsninger ikke er refusjonsberettiget, blir også i liten grad tatt med i vurderingene. Selv om de økonomiske insentivene (eller snarere disinsentivene) ligger der, ser det ut til at mange ikke er særlig observante på dem.

Forsøk på effektivisering ser i større grad ut til å bli hindret av regelverk og tolkninger av dette enn av de rent økonomiske insentivene. Et eksempel fra en av case-kommunene er deres forsøk på å innføre elektronisk natteovervåking for enkelte brukere som i dag har nattlig tilsyn gjennom fysisk tilstedeværelse. Ifølge kommunen vil elektronisk natteovervåking være klart kvalitetsfremmende fordi det innebærer mindre forstyrrelser for brukeren i løpet av natten, i tillegg til at det kan spare ressurser for kommunen (og staten). Fylkesmannen ga derimot ikke tillatelse til denne endringen, da de mente at det var kostnadsbesparelsen som var kommunens motivasjon.

Også når det gjelder boformer, oppfatter kommunene at staten, gjennom Husbankens regelverk og praktisering av dette, hindrer endringer som kan være kostnadssparende uten å gå ut over kvaliteten.

Vi har ganske god dialog med Husbanken nå. Husbanken er klare på at de må fornye seg for å treffe behovene ute i kommunene. (...) De har tidligere kunne vært en liten brems. (...) Vi satser ganske stort på velferdsteknologi, særlig i hjemmetjenesten og i sykehjemmene. Men når det gjelder psykisk utviklingshemmede, så møter vi foreløpig ganske lukka dør hos Fylkesmannen. Flere og flere kommuner må prøve å utfordre Fylkesmannen på den biten. Her vil det skje ting i årene som kommer, men foreløpig går vi ikke helt i takt. Kommunene er utålmodige. (Sitat: leder helse og omsorg)

I tillegg nevnes det at brukere og pårørende i mange tilfeller er skeptiske til endringer i hvordan tjenestene leveres.

Også andre interessante aspekter ved innføring av velferdsteknologiske løsninger har blitt godt belyst av casekommunene. For det første har implementering av velferdsteknologiske løsninger hittil kommet relativt kort. Inntrykket er derfor først og fremst at «det er noe på gang», men at dette ikke helt har rukket å materialisere seg enda. For det andre er det nokså opplagt at innføring av velferdsteknologiske løsninger i de fleste tilfeller ikke gjøres stykkevis og delt (dvs. på enkeltperson-nivå). Hvis man først tar i bruk velferdsteknologiske løsninger (eksempelvis nattevaktssystemer), vil det nok være mest aktuelt å ta dette generelt i bruk for den typer avdelinger og boligformer der det vurderes som hensiktsmessig, uavhengig av hvilke konkrete brukere som bor der akkurat nå. Det virker unaturlig å tenke seg at kommunene vil montere nattevaktsutstyr i rom A, B og C fordi det der bor brukere med lavere utgifter enn innslagspunktet for refusjonsordningen, mens de ikke monterer det i rom D og E fordi det der bor ressurskrevende brukere. Sagt på en annen måte; muligheten for at insentivene kommunene står overfor blokkerer for innføring av velferdsteknologi, ville nok vært bekymringsfulle hvis de gjaldt alle mottakere av helse- og omsorgstjenester. Så lenge kommunen selv mottar 100 % av kostnadsgevinsten hvis de utvikler gode løsninger for alle andre brukere enn de ressurskrevende, vil det trolig være et godt trykk på å ta i bruk denne type løsninger generelt i kommunene. Vi ser for oss at de ressurskrevende brukerne i stor grad vil komme med i «dragsuget», selv om kommunene isolert sett har svake kostnadsmessige insentiver for akkurat disse enkeltpersonene.

Avgrensningen mot andre tjenester enn de som inngår i de ni KOSTRA-funksjonene, kan også bidra til ineffektivitet. Det kan være en fare for at tiltak som ligger utenfor helse- og omsorgssektoren i mindre grad blir vurdert og tatt i bruk så lenge de ikke gir grunnlag for refusjon. Intervjuene tyder ikke på at dette er en stor utfordring. Det gis uttrykk for at brukerne får det aller meste av nødvendige tjenester innenfor definisjonen av refunderbare tjenester. Unntaket er skole og barnehage, men også her finner vi lite problematisering blant informantene, jf. avsnitt 4.2 og avsnitt 6.5.1. Helse- og omsorgstjenesten samarbeider med skoler og barnehager og bidrar til nødvendig opplæring av de ansatte som skal jobbe med ressurskrevende brukere. Utover dette er det oppveksttjenestene som har ansvaret i skole- og barnehagetiden i fem av seks casekommuner, og det gis inntrykk av at dette fungerer greit. Det gis ikke eksempler på andre tjenester eller annen organisering av tjenestene som kunne vært aktuelle hvis flere regnskapsfunksjoner kunne gitt refusjon.

Denne framstillingen fra informantene kan være preget av at det organisasjonsmessig er klare skiller mellom helse- og omsorgstjenesten og andre tjenester som oppvekst. Det uttrykkes fra flere av informantene at det generelt er en utfordring med «silo-tenkning» i kommunene. Det kan se ut til at mangelen på tverretattlig tenkning generelt, heller enn finansieringsordningen, kan være årsak til eventuell mangel på inkludering og samarbeid med andre tjenester. Samtidig kunne trolig en bredere innrettet refusjonsordning bidra til å fremme tverretattlig samarbeid om tjenester til ressurskrevende brukere.

Vi har også hatt fokus på om selve rapporteringskravene påvirker organiseringen av tjenestene. Organiseres boenhetene slik at det skal være lett å identifisere de utgiftene det kan søkes refusjon for, eller organiseres tjenestene slik at det øker mulighetene for å skyve kostnader fra andre brukere over til dem som utløser refusjon? Vi finner ikke tegn til slike tilpasninger. Vi kan selvsagt ikke utelukke at det forekommer, men den store variasjonen vi ser i hvordan tjenestene organiseres i de seks kommunene vi har besøkt, underbygger inntrykket av at det ikke er elementer i finansieringsordningen som sterkt favoriserer én type organisering.

7.2.2 PU-kriteriet

Bekymringen for PU-kriteriet når det gjelder produksjonseffektivitet, er at vilkåret om kommunale tjenester gir kommunen insentiver til å tilby kommunale helse- og omsorgstjenester også til de som ikke har behov for, og kanskje heller ikke har ønsker om, slike tjenester. Kravet om at vedtakene skal være aktive pr. 1. januar, vil på samme måte kunne gi insentiver til å yte tjenester på et tidspunkt hvor det ikke er behov eller ønske om det.

Siden det mest lønnsomme for kommunen vil være å gi et rimelig lavterskeltiltak, kan det argumenteres for at omfanget av unødvendige tjenester vil være relativt lite. En må anta at de fleste som får tjenester, faktisk har behov for disse, og for de som eventuelt får tjenester de ikke trenger, så vil det være snakk om relativt rimelige tjenester. Men selv om de økonomiske konsekvensene er små, så vil det etiske ved en slik praksis være svært problematisk. Våre studier har ikke avdekket slike utfordringer med strategisk tildeling av tjenester. Det ble heller ikke funnet tegn på at man bevisst fulgte slike økonomiske insentiver i undersøkelsene som fulgte i etterkant av Tolga-saken.

7.3 Allokerings effektivitet mellom kommuner

7.3.1 Refusjonsordningen

Formålet med refusjonsordningen for ressurskrevende tjenester er å kompensere kommuner med særlig høye utgifter til ressurskrevende brukere. Formålet kan begrunnes i at det støtter opp om allokerings effektiviteten mellom kommuner. Ressurskrevende brukere innebærer et behov for ressurser, og kommuner med relativt mange brukere har dermed et større behov for ressurser

enn andre kommuner. Høyest mulig allokeringseffektivitet vil man få om fordelingen av ressurser er lik fordelingen av behov.³¹

Gitt at dette er hovedformålet med ordningen, er det interessant å se hvor stor betydning ordningen har for kommunenes ressursfordeling. Fordelingen av midler mellom kommuner vil ha betydning for kommunens tjenester. Om ikke de ressurskrevende helse- og omsorgstjenestene påvirkes, vil det ha en betydning for andre tjenester.

Det samlede datamaterialet (jf. særlig analysene i kap. 5) tyder på at refusjonsordningen har vel så stor betydning for *andre tjenester* som den har for de ressurskrevende brukerne. Som omtalt i avsnittene over, har de ressurskrevende brukerne sterke rettigheter, og de har behov som er såpass alvorlige at de må få et stort omfang av tjenester. Hvis ordningen skulle svekkes eller falle bort, vil det være begrenset hva som umiddelbart kan gjøres med tjenestene til disse brukerne. Dette synliggjøres i dag med hva som skjer når brukerne passerer aldersgrensen på 67 år. Våre case-studier tyder på at ressursinnsatsen i liten grad endres selv om finansieringen forsvinner.

Telemarksforskning har tidligere funnet at kommuneinntekt er en viktig faktor for både ressursinnsats og brukertilfredshet i pleie og omsorg (Hjelmbrekke m.fl. 2011). Kommuner med lave inntekter har dårligere dekningsgrad og mindre fornøyde brukere. Våre analyser i kapittel 5 (Tabell 7) viser tilsvarende at ressursbruken innen helse- og omsorgssektoren generelt er klart korrelert med inntektsnivået. Samtidig finner vi *ikke* at kommunens inntektsnivå påvirker ressursbruken knyttet til ressurskrevende tjenester, og vi finner at egenfinansieringen av ressurskrevende tjenester i liten grad påvirker det totale budsjettet til helse og omsorg. Samlet sett betyr dette at høye utgifter til egenfinansiering av ressurskrevende tjenester reduserer ressursene til andre brukere av helse- og omsorgstjenester.

Som vi skriver i avsnitt 7.1.1, vil en svekking eller fjerning av refusjonsordningen *over tid* likevel kunne svekke standarden på tjenestene til ressurskrevende brukere ved at reglene og føringene som nå er gjeldende, vil bli satt under press. Samtidig vil ikke en svekking av ordningen nødvendigvis bety at ressursene til andre brukere øker. I kommuner som taper på en svekket refusjonsordning, vil mest sannsynlig ressursene til andre brukere også måtte reduseres.

Store kommuner er store nok til å håndtere tilfeldig variasjon i antall ressurskrevende brukere uten særlig merkbare konsekvenser for kommunens øvrige tjenestetilbud. Dette siden merkostnaden pr. innbygger blir langt mindre for store enn for små kommuner når en ekstra ressurskrevende bruker kommer til, og variasjonen i antall brukere pr. innbygger vil av statistiske årsaker være størst blant de minste kommunene. Ressursmessig kunne altså de største kommunene fint håndtert at finansiering av ressurskrevende ble rammefinansiert. Case-kommunene påpeker også at det først og fremst er de mindre kommunene som har behov for toppfinansieringsordningen. For enkelte kommuner har tilfeldighetene gitt så store utslag at heller ikke dagens refusjonsordning ser ut til å være tilstrekkelig.

Vi har vært i kontakt med den kommunen som peker seg ut med klart høyest utgifter per innbygger til særlig ressurskrevende tjenester, og som dermed illustrerer denne utfordringen.

³¹ Grunnen til at ikke alle ressurser fordeles etter behov, og grunnen for at refusjonsordningen ikke kompenserer for alle kostnader, er at behovene i den enkelte kommune er ukjent for staten, og at kommunenes forsøk på å signalisere behov kan gi vridningseffekter med lavere produksjons- og allokeringseffektivitet.

Moskenes er en kommune i Nordland med 1068 innbyggere og sju ressurskrevende brukere registrert i 2018. Samlede utgifter for disse sju brukerne var 30,5 millioner kroner, hvorav refusjonsordningen dekket 17,3 millioner kroner utbetalt i 2019. Kommunen må dermed selv dekke de resterende 13,2 millioner kroner. Dette utgjør over 11400 kroner pr. innbygger.

For 2019 viser kommunens egne beregninger en egenandel på ca. 20 000 kroner pr. innbygger når utgifter til ressurskrevende brukere som har passert 67 år, regnes med. I arbeid med budsjettet for 2020 oppgir kommunen at uten tiltak vil utgiftene til ressurskrevende brukere øke ytterligere og gi en egenandel på 29 000 kroner pr. innbygger. Fylkesmannen i Nordland uttalte allerede i 2016 at Moskenes kommune driver på et minimumsnivå (Fylkesmannen i Nordland 2016), og kuttene som planlegges for å kunne budsjettere i balanse, vil ifølge rådmannen medføre brudd på lover og regler som kommunen er pliktig å overholde. Kommunen fikk skjønnsmidler på henholdsvis 2,4 og 2,5 millioner kroner i 2017 og 2018 for å kompensere for noe av de særlig høye kostnadene. I 2019 er beløpet 2 millioner kroner, og det er ifølge kommunen ikke signalisert noe for 2020. Vi har ikke etterprøvd disse beregningene, men ser at tallene også er omtalt i administrasjonens forslag til økonomiplan for 2020–2024.

Modellen som gjaldt før 2008, ga høyere kompensasjonsgrad til kommuner med høye utgifter pr. innbygger. Denne modellen har vi beregnet at ville gitt Moskenes en egenfinansiering på 9,4 millioner kroner for de sju brukerne i 2018 i stedet for 13,2.

Moskenes er kommunen med de klart høyeste utgiftene til ressurskrevende tjenester målt pr. innbygger, men også andre kommuner har utgifter etter refusjon som utgjør en svært høy andel av totalbudsjettet. Etter hvert som antall ressurskrevende brukere øker på grunn av høyere levealder, utvidelse av samhandlingsreformen og større oppmerksomhet om personer med problemer innen rus og psykiatri, vil også antall kommuner med svært høy belastning kunne bli større.

I kommuner hvor egenfinansiering av de ressurskrevende tjenestene utgjør flere tusen kroner pr. innbygger, vil behovene innen pleie og omsorg prege hele den økonomiske situasjonen. Ressurskrevende tjenester nevnes ofte i kommunenes budsjett dokumenter, og når enkeltpersoner i så stor grad preger kommuneøkonomien i små lokalsamfunn, er det også fare for at det oppstår debatter som virker stigmatiserende for enkeltpersoner.

7.3.2 PU-kriteriet

PU-kriteriets bidrag til allokeringseffektivitet mellom kommunene framstår som dårligere enn toppfinansieringsordningens. Der refusjonsordningen gir finansiering til realiserte kostnader, framstår PU-kriteriet som lite treffsikkert når det gjelder å kompensere for forskjeller i utgiftsbehov. Intervjuene i casekommuner underbygger tidligere utredningers påstand om at kostnader knyttet til de som oppfyller kriteriet, varierer betydelig, fra noen få ukentlige timer med støttekontakt til kostnader langt over innslagspunktet for ressurskrevende tjenester (Agenda Kaupang 2017; Fylkesmannen i Vestland 2019). Diagnoseavgrensningen mot andre brukergrupper er også lite relevant. Det vil si at det finnes andre typer brukere som i stor grad mottar samme typer tjenester, men som ikke fanges direkte opp av særskilte finansieringsordninger.

Dette er i utgangspunktet ikke unikt for PU-kriteriet. Alle kriterier i inntektssystemet kompenserer for gjennomsnittlige anslåtte merkostnader, og det er ikke noen forventning om at systemet skal treffe ressursbehovet knyttet til enkeltpersoner. Det er likevel mer relevant å omtale dette som problematisk når det gjelder PU-kriteriet. Sammenlignet med andre kriterier er det en relativt liten gruppe som utløser PU-kriteriet, og verdien av en ekstra person som registreres, er klart større enn for alle andre kriterier. Det betyr at det statistisk sett vil være større avvik mellom beregnet og faktisk kommunalt utgiftsbehov for dette kriteriet. Dette betyr videre at der refusjonsordningen bidrar til en ressursfordeling som er mer i tråd med variasjonen i kostnader, og dermed legger til rette for mindre regionale forskjeller i tjenestetilbudet, er det en risiko for at dette i liten grad er tilfelle for PU-kriteriet. Tidligere utredninger har også dokumentert at kroneverdien av kriteriet er høyere enn gjennomsnittlig kostnad, noe som betyr at et unødvendig høyt beløp omfordes (Agenda Kaupang 2017).

7.4 Varierer funnene mellom kommuner?

Vi har i liten grad grunnlag for å si at effektene av finansieringsordningene generelt varierer mellom kommunene. Vi finner egentlig få effekter av ordningene, og den klart viktigste effekten er den som er formålet med ordningene, det vil si å kompensere kommunene for høye kostnader og variasjon i antall ressurskrevende brukere. Denne funksjonen er klart viktigst for de små kommunene, og for de med svært høy belastning kan det stilles spørsmål ved om den fungerer godt nok, jf. avsnitt 7.3.

Ellers er det mange forskjeller mellom kommunene når det gjelder hvordan de produserer tjenester, for eksempel når det gjelder organisering, boformer og kjøp fra private leverandører. Det er også store forskjeller i hvordan kommunene setter opp regnestykket som leder til et refusjonskrav. Dette mener vi at ikke er konsekvenser av finansieringsordningene. Forskjellene oppfatter vi heller som en støtte til at ordningene har få vridningseffekter. Slike vridningseffekter vil typisk gi som resultat at én type organisering er mer lønnsom slik at alle kommuner velger å gjøre det på denne måten, noe vi ikke ser tegn til.

7.5 Overordnet vurdering av ordningene

Vi finner få tegn til at toppfinansieringsordningen påvirker omfang, innretning eller organisering av tjenestene i en retning som går på tvers av regelverk, helsefaglige vurderinger eller effektivitet. Ordningen har noen avgrensninger som isolert sett gir uheldige økonomiske insentiver, men våre funn tyder på at disse insentivene i praksis får liten betydning ettersom tjenestene til ressurskrevende brukere i liten grad styres av økonomi.

Ordningen gir sterke økonomiske insentiver til å kutte i tjenestene til brukere som er eldre enn 67 år, men i vårt datamateriale finner vi ingen indikasjoner på at dette skjer.

Ordningen svekker teoretisk sett de økonomiske insentivene til innovasjon og velferdsteknologi, men kommunenes motiver for tjenesteinnovasjon er først og fremst helsefaglige. Økonomisk motivert innovasjon hindres i stor grad av statlige reguleringer.

Ordningen gir økonomiske insentiver til å gjøre vedtak om omsorgstjenester i skoletiden med hjemmel i helselovgivningen i stedet for opplæringsloven, men alt tyder på at dette gjøres sjelden.

Vi finner i liten grad indikasjoner på at refusjonsordningen er utgiftsdrivende i direkte forstand, dvs. at kommunene (på grunn av den høye kompensasjonsgraden) frivillig velger dyrere tjenesteløsninger enn de ellers ville gjort. Årsaken til dette er at kombinasjonen av individuelle rettigheter og ulike krav og hensyn i diverse lover sikrer de ressurskrevende brukerne et meget omfattende tjenestenivå. Når nødvendige tjenester er gitt, er utgiftene så høye at kommunene har svake insentiver til å gi ytterligere tjenester. De fleste kommuner har – til tross for den høye kompensasjonsgraden – opplevd at de har forsøkt å tilby mindre omfattende tjenester, men måttet øke det etter pålegg fra Fylkesmannen.

Trolig er ordningen likevel utgiftsdrivende, men denne virkningen er mer indirekte, via å påvirke politiske og juridiske vurderinger om hvilket tjenestenivå den enkelte skal være sikret å få. Vi tror ikke det ville vært mulig rent politisk og økonomisk å ha like omfattende individuelle rettigheter og lovkrav for sterkt pleietrengende personer som i dag, hvis kommunene ikke hadde noen form for ekstrasfinansiering av særlig ressurskrevende brukere. Merutgiftene i de mest utsatte kommunene ville da blitt så høye at kommuneøkonomien ville kommet i en helt uhåndterlig situasjon. Det er derfor rimelig å anta at det er et langsiktig samspill mellom finansierungsordningene på den ene siden og de juridiske og politiske normer og regler rundt tjenestetilbudene på den andre. Hvis hele merutgiften knyttet til særlig ressurskrevende brukere måtte blitt betalt av hver enkelt kommune i hele perioden, måtte staten (og de pårørende) akseptert at en del kommuner simpelthen ikke ville hatt råd til like omfattende tjenestetilbud som det de kan tilby i dag.

Alle kommuner står i dag overfor de samme forventningene til tjenestestandard. Når kommuner med særlig mange ressurskrevende brukere har få muligheter til å redusere de ressurskrevende tjenestene, er de også avhengig av å få særskilt finansiering av disse tjenestene. Alternativet vil være at kommunene må ta ressurser fra tjenestene til brukere med svakere rettigheter. Dette betyr at en svekkelse av refusjonsordningen ikke nødvendigvis vil flytte ressurser over til andre brukere av pleie- og omsorgstjenester. Tvert imot er ordningen med på å sikre at kommuner med mange ressurskrevende brukere har råd til å finansiere andre tjenester. I allokeringen av ressurser mellom ressurskrevende brukere og andre brukere kan vi noe forenklet si at det er reguleringer og andre føringer som gir omprioriteringer, mens finansierungsmodellen bidrar til at disse vridningene i mindre grad går ut over andre brukere.

Toppfinansierungsordningen er viktig for kommunenes økonomi, og ordningen er relevant for å dekke en andel av kostnader pr. bruker. Samtidig er den mindre treffsikker når det gjelder å sikre tilstrekkelige inntekter pr. innbygger, så enkelte små kommuner har – til tross for refusjonsordningen – en svært høy egenfinansiering sett i forhold til folketallet. Vi ser på en mulig modell for å ta hensyn til høye kostnader pr. innbygger i kapittel 8.

PU-kriteriet omfordeler et enda større beløp, og er slik sett også viktig, men treffsikkerheten er usikker. Det er et reelt spørsmål om PU-kriteriet burde fjernes. De dyreste brukerne vil i så fall fortsatt fanges opp av toppfinansierungsordningen. Vi gjør en beregning av effekten av en slik omlegging i neste kapittel.

Toppfinansieringsordningen bidrar ikke til å dekke finansieringsbehovet når det gjelder utgifter til personer over 67 år. Disse brukerne er ikke nødvendigvis rimeligere for kommunene, og får dermed stor betydning for økonomien til enkeltkommuner. Særlig i små kommuner blir slike ekstrakostnader tydelige, noe som i ytterste konsekvens kan føre til uheldig oppmerksomhet om enkeltpersoner. Muligheten for å søke skjønnsmidler kan kompensere noe, men er ikke nødvendigvis tilstrekkelig. Vi ser på kostnadene ved å øke aldersgrensen i kapittel 8.

Kommunene har betydelige administrative kostnader knyttet til rapportering og dokumentasjon av utgifter til ressurskrevende brukere. Flere av kommunene ønsker seg et mer standardisert opplegg for rapportering. Vi gir en ganske grundig beskrivelse av rapporteringspraksis og utfordringer ved denne i kapittel 6, men vi gir ingen forslag til hvordan en slik standardisering kan gjøres. Case-kommunenes beskrivelser tyder på at kommunenes rapporteringspraksis er tilpasset egne rutiner, fagsystem m.m., og det er en risiko for at økt standardisering av ordningen kan gi nye økonomiske insentiver til tilpasning av tjenestene.

8. Utfordringer og mulige endringer

Hovedinntrykket fra prosjektet er at refusjonsordningen for ressurskrevende tjenester i hovedsak fungerer bra og er viktig for kommunene. Det er imidlertid to mulige endringer vi vil se nærmere på. Dette gjelder aldersgrensen på 67 år og modellens evne til å sikre tilstrekkelige ressurser til de kommunene som har ekstra stor belastning fra ressurskrevende tjenester. Avslutningsvis ser vi også nærmere konsekvenser av å utelate PU-kriteriet fra kostnadsnøkkelen i inntektssystemet.

Alle de tre endringsforslagene handler først og fremst om ressursfordelingen mellom kommuner. Dette følger av at vi finner få tegn til at ordningene påvirker omfang, innretning og organisering av tjenestetilbudet, mens vi derimot ser at det kan stilles spørsmål ved i hvor stor grad ordningene oppfyller hovedformålet om å kompensere for utgiftsbehov. Eventuelle uheldige effekter som toppfinansieringsordningen måtte ha på tjenestetilbud og tjenesteomfang, kunne isolert sett tilsi at ordningen burde svekkes, men vi mener at totalbildet heller tilsier at ordningen bør styrkes på enkelte områder. Vi mener det er interessant å vurdere endringer som sikrer finansiering av kommuner med svært høy belastning pr. innbygger, inkludert brukere over 67 år. Dette vil styrke ordningen for de kommunene som trenger den mest, noe som videre kan gjøre det mindre problematisk å stramme inn den totale rammen for ordningen.

8.1 Kostnadsrisiko for de minste kommunene

Noen kommuner har en ekstra stor belastning med mange og dyre ressurskrevende brukere sett i forhold til innbyggertallet. Dette vil typisk være tilfelle i de minste kommunene, hvor noen få brukere fra eller til kan ha stor prosentvis betydning. Vi beskrev situasjonen i Moskenes kommune i avsnitt 7.3. Dette er et ekstremtilfelle, men likevel høyst reelt og potensielt u håndterlig for den eller de kommunene det gjelder. Når antall potensielle brukere vokser, for eksempel på grunn av samhandlingsreformen, øker også risikoen for at noen kommuner blir særlig utsatt.

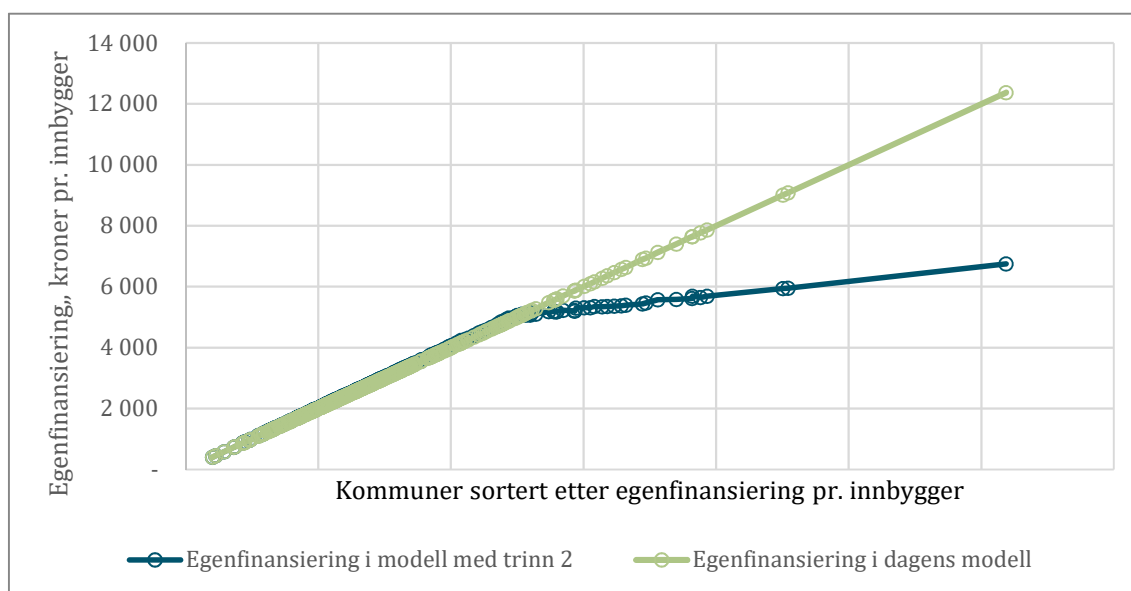
En mulig modell, som også har blitt foreslått av Moskenes kommune, er å legge inn et trinn 2 i dagens modell. Dette trinnet vil ta utgangspunkt i utgifter målt i kroner pr. innbygger. I motsetning til inntektssystemet, hvor det aller meste av midler fordeles med et beløp pr. innbygger, er refusjonsordningen for ressurskrevende tjenester slik den er utformet i dag, helt uavhengig av belastningen pr. innbygger.

Det foreslåtte trinn 2 inneholder på samme måte som dagens modell et innslagspunkt og en kompensasjonsgrad, men i trinn 2 er disse knyttet til utgift pr. innbygger. Etter at refusjon etter dagens modell, trinn 1, er beregnet, sees den gjenstående kommunale egenfinansieringen opp mot innbyggertallet. Hvis utgifter pr. innbygger overstiger innslagspunktet, får kommunen refundert 80 % av det overstigende beløpet. Dette vil endre marginal refusjon til 96 % for de kommunene som kommer over innslagspunkt 2.

Hvis innslagspunktet for trinn 2 settes til 6000 kroner pr. innbygger, ser vi i refusjonene som ble utbetalt for regnskapsåret 2018, at 19 kommuner vil bli berørt. Dette vil utløse ekstra tilskudd på til sammen 55 millioner kroner. For Moskenes vil det gi 5,2 millioner kroner ekstra refusjon.

Hvis innslagspunktet senkes til 5000 kroner pr. innbygger, blir 40 kommuner med i trinn 2, og økningen i tilskudd blir 118 millioner kroner. Dette kan finansieres nasjonalt ved å redusere kompensasjonsgraden (i trinn 1 og trinn 2) fra 80 % til 79 %. Netto effekt for Moskenes kommune vil være at egenfinansieringen reduseres fra 13,2 millioner til 7,2 millioner kroner, eller fra 12375 kroner pr. innbygger til 6750 kroner pr. innbygger.

Figur 1 illustrerer effekten av en slik modell med innslagspunkt 2 satt til 5000 kroner pr. innbygger og kompensasjonsgrad redusert til 79 % for å finansiere endringen. Effekten av den generelle endringen i kompensasjon er tilnærmet usynlig, mens effekten av trinn 2 er betydelig.



Figur 20 Effekt av selvfinansierende totrinnsmodell med innslagspunkt 2 lik 5000 kroner pr. innbygger og generell kompensasjonsgrad på 79 %.

En mulig ulempe er selvfølgelig at den marginale kompensasjonsgraden blir høy for de kommunene som blir omfattet av trinn 2 slik at egenfinansieringsandelen blir svært lav for siste krone. Det er likevel snakk om kommuner som allerede har *svært høye kostnader* og som derfor har lite interesse av å øke egeninnsatsen utover det som er nødvendig.

En mulig fordel er at det blir mindre problematisk å justere ned den generelle kompensasjonsgraden når de kommunene som er mest avhengig av ordningen, blir relativt skjermet. Veksten i utgifter gjennom ordningen har vært problematisert, og en del av mandatet for Regjeringens arbeidsgruppe (2018) var å utrede endringer som kan gi sterkere insentiver til kostnadskontroll og bidra til en mer bærekraftig ordning (i betydningen lavere utgiftsvekst). Slik modellen er i dag, fremstår det imidlertid som problematisk å svekke ordningen på grunn av de vanskelighetene det vil skape for kommunene med størst belastning. For flertallet av kommuner vil derimot en viss reduksjon i tilskuddet i bytte mot økt rammefinansiering være håndterbart.

Trinn 2 i modellen bør kunne innføres uten store administrative kostnader. Vår beregning inkluderer en form for tilnærmet provenynøytral innføring, hvor trinn 2 finansieres med en liten reduksjon i den generelle kompensasjonsgraden. Dette er først og fremst ment som illustrasjon. En eventuell komponent som automatisk gjør trinn 2 provenynøytralt, vil gi økt uforutsigbarhet i modellen for staten, ettersom kostnaden ved trinn 2 vil variere noe fra år til år.

8.2 Hva kan gjøres med aldersgrensen på 67 år?

Aldersgrensen på 67 år trekkes fram som problematisk av alle aktører vi har snakket med i kommunene. De ressurskrevende brukernes behov for tjenester blir sjelden mindre med høyere alder, og særlig for de minste kommunene kan det være en stor økonomisk belastning å miste hele refusjonen når aldersgrensen passeres. Slik sett gir heller ikke denne avgrensningen grunn til å si at ordningen har vridningseffekter. Med stadig økende levealder, kan det imidlertid bli vanskeligere å opprettholde tjenestetilbudet til denne gruppen uten refusjoner.

8.2.1 Kompenseres det for ressurskrevende brukere gjennom alderskriteriene i inntektssystemet?

Aldersgrensen har bakgrunn i at Stortinget ved innføringen av ordningen la til grunn at utgiftene til de over 67 år skulle finansieres over ordinære midler til eldreomsorgen i kommunene.³² De ordinære midlene til eldreomsorgen ligger i rammetilskuddet. Det er derfor relevant å se hva som endres i tildelingen av rammetilskuddet ved 67 års alder.

- Alderskriteriet 67–79 år
- Aleneboende 30–66 år
- Ikke-gifte 67 år og over

En innbygger som fyller 67 år, utløser i 2019 ca. 17 000 kroner ekstra pr. år i rammetilskudd på grunn av alderskriteriet.³³ Hvis personen er aleneboende, reduseres samtidig overføringen med ca. 12 000 kroner på grunn av at personen faller ut av kriteriet Aleneboende 30–66 år. Er personen ikke gift, vil det videre utløses 35 000 kroner ekstra. En person som er aleneboende og ikke gift, vil dermed utløse 40 000 kroner ekstra i årlig rammetilskudd som følge av å fylle 67 år.

For en person med stort behov for helse- og omsorgstjenester er det dermed minimalt hva som utløses av ekstra midler gjennom inntektssystemet ved fylte 67 år. På den annen side vil samtlige personer som fyller 67 år, utløse den samme økningen i overføringer, uavhengig av pleiebehov. Økte midler til de som ikke trenger pleie, vil kunne finansiere utgifter til de som trenger pleie. Hvor stor kompensasjonen er relativt til en gjennomsnittlig ressurskrevende bruker, vil avhenge av antall 67-åring i kommunen og dermed være nært knyttet til kommunestørrelse.

³² Rapport fra arbeidsgruppe med KMD, FIN, HOD, Hdir og KS om Ressurskrevende tjenester (2018), side 4.

³³ Alderskriteriene gjelder også for andre tjenester enn helse og omsorg. Med tall fra Grønt hefte 2020 har vi beregnet at overføringen knyttet til alderskriteriene innen helse, pleie og omsorg øker med ca. 20 000 kroner for en person som fyller 67 år.

Vi bruker i det følgende Fjaler kommune som eksempel. Kommunen hadde 37 personer som var 67 år pr. 1.1.2019. Gjennom alderskriteriene utløste disse 629 000 kroner mer i tilskudd som 67-åringene enn de året før gjorde som 66-åringene. I gjennomsnitt er 38 % av innbyggere i alderen 60–69 år ikke gift. Legger vi dette til grunn, får kommunen i tillegg 488 000 ekstra gjennom kriteriet «Ikke-gifte 67 år og over» når de fyller 67 år. Når i gjennomsnitt 28 % av 67-åringene går ut av det tredje kriteriet, «Aleneboende 30–66 år», taper Fjaler 126 000 kroner. Til sammen utgjør dette ca. 991 000 kroner. Disse midlene skal dekke hele merutgiften knyttet til at 37 ekstra personer går fra gruppen under 67 år til gruppen over 67 år (og eventuelt utløser de to andre kriteriene). Blant disse 37 personene kan det både være ressurskrevende brukere og personer som ikke har hjelpebehov, og midlene skal dekke et gjennomsnitt av disse. Hvis vi legger til grunn at kostnadsnøkkelen gir korrekt kostnadsdekning for den nasjonale gjennomsnittsbrukeren i denne aldersgruppen, gjenstår spørsmålet om i hvilken grad dette dekker den enkelte kommunes kostnader dersom kommunen er uheldig og har uforholdsmessig mange ressurskrevende brukere over 67 år.

Gjennomsnittlig refusjon pr. ressurskrevende bruker i alderen 65–67 år i tallmaterialet fra 2017 var 1 million kroner. For Fjaler vil altså én gjennomsnittlig ressurskrevende bruker over aldersgrensen utløse kostnader tilsvarende merinntekten fra de 37 67-åringene. Det kan innvendes at dette er en unaturlig sammenligning, og at kostnadene knyttet til de øvrige personene i kohorten er både ukjent og høyst relevant for om kostnadene dekkes eller ikke. Vårt poeng er å vise den store betydningen tilfeldig variasjon i antall ressurskrevende eldre personer har sammenlignet med gjennomsnittlig merinntekt gjennom inntektssystemet.

Tilfeldigheter gir generelt større utslag i små kommuner, og kostnadsrisikoen er dermed større for de minste. 155 kommuner får mindre økning i overføring fra gruppen av personer som fyller 67 år enn gjennomsnittlig tilskudd pr. ressurskrevende bruker i denne aldersgruppen (1 million kroner). For kommuner med ca. 3000 eller færre innbyggere skal det altså bare én gjennomsnittlig ressurskrevende bruker over 67 år til for å overstige midlene til en hel kohort med personer i aldersgruppen over 67 år.

8.2.2 Høyere innslagspunkt som mulig løsning

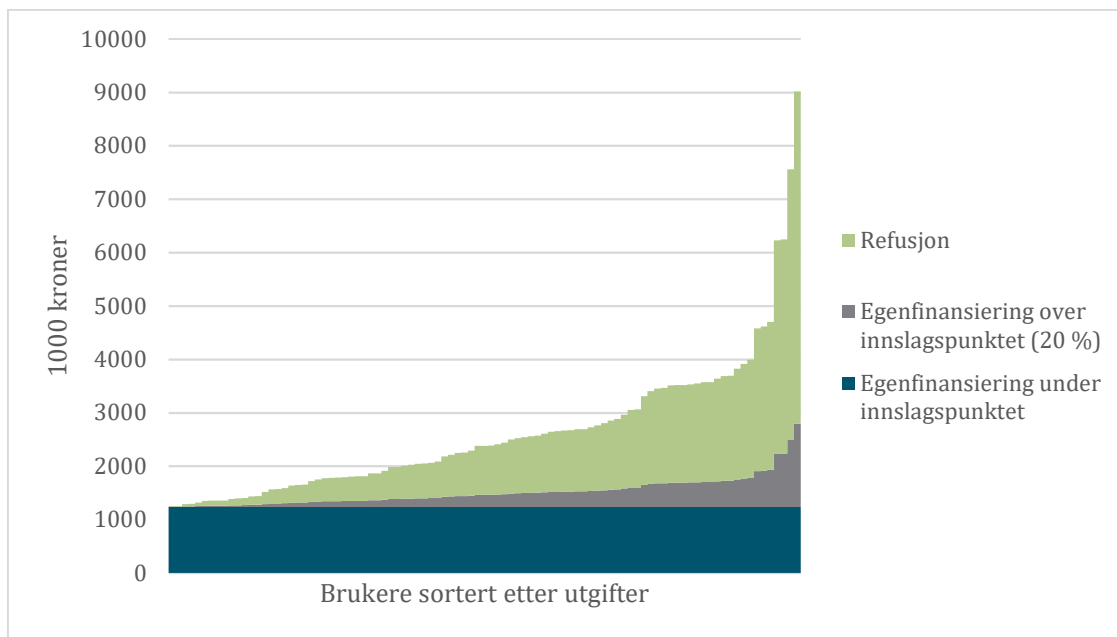
SØFs rapport fra 2015 (Borge m.fl. 2015) behandler temaet ganske grundig, og gjør en beregning av merkostnadene ved å øke aldersgrensen til 70 år. De ser også på effekten av å ha en lavere kompensasjonsgrad for denne gruppen.

En særlig utfordring ved å øke aldersgrensen er at man står i fare for at ordningen fanger opp nye brukergrupper med tjenester som ligger nær innslagspunktet. Det er generelt flere personer med betydelige omsorgsbehov blant eldre, og det er viktig at ordningen ikke får en utforming som gjør at brukere innenfor det vi kan kalle ordinær eldreomsorg inkluderes. Man vil kanskje ikke fange opp mange nye brukere som er svært dyre, men hvis eldre med ordinære sykehjemsplasser begynner å passere innslagspunktet, kan antall brukere øke betydelig. Dette vil gi en uheldig økning av kostnader knyttet til administrasjon av ordningen.

En mulig tilpasning av ordningen, som blir nevnt, men ikke nærmere utredet i rapporten til SØF, er å slippe brukere over 67 år inn i ordningen, men med økt innslagspunkt. Dette vil

utelukke at ordinær eldreomsorg inkluderes, samtidig som man fortsatt kan kompensere for de dyreste brukerne.

Figur 21 viser kostnadsfordelingen blant 95 brukere som fylte 67 år i 2017 og dermed hadde sitt siste år i ordningen. Kostnadene er delt opp i kommunens egenfinansiering over og under innslagspunktet og refusjonen fra staten. Brukeren med lavest kostnader ga en refusjon på 10000 kroner, høyeste refusjon var 6,2 millioner kroner. Hvis den dyreste brukeren hadde samme tjenestebehov året etter, vil det si at hjemkommunen fikk en merkostnad på 6,2 millioner kroner fra ett år til det neste kun for denne brukeren.



Figur 21 Fordeling av egenfinansiering og refusjon for brukere født i 1950, refusjon for 2017. N= 95.

Vi har regnet på et eksempel hvor innslagspunktet økes med 50 % for brukere over 67 år. Vi har brukt de tre eldste kohortene i refusjonsgrunnlaget fra 2017 som eksempel for å unngå at tilfeldigheter i én årgang preger resultatene for mye. De tre kohortene utgjør 323 brukere. Statens kostnad ved å inkludere disse i ordningen med ordinært innslagspunkt ville være 323 millioner kroner.³⁴

Når innslagspunktet økes fra 1 235 000, som det var i 2017, til 1 852 500, faller 108 brukere ut av ordningen, og det står igjen 215 brukere med kostnader utover det nye innslagspunktet. Statens ekstrakostnad ville være 189 millioner kroner, eller i underkant av 60 % av kostnaden med ordinært innslagspunkt. Samtidig ville konsekvensen for kommunene være betydelig mindre ettersom ingen vil tape mer enn 494 000 kroner pr. bruker som fyller 67 år, gitt at kostnadsnivået er det samme.

³⁴ At gjennomsnittskostnaden er 1 million pr. bruker er tilfeldig.

Velger man i stedet et dobbelt så høyt innslagspunkt, kr. 2 470 000, vil 129 brukere stå igjen i ordningen, og merkostnaden for staten vil være 107 millioner kroner for de tre kohortene. Økt egenfinansiering for kommunene vil da maksimalt utgjøre 988 000 kroner pr. bruker.³⁵

Vi presiserer at dette er et helt enkelt regnestykke hvor vi ikke har tatt hensyn til prisjusteringer, mulige endringer i kostnadsnivå eller at noen av brukerne vil falle fra.

En ny brukergruppe som kan komme til å dominere blant de over 67 år, er demenspasienter. Vi har ikke oversikt over hvor mange disse utgjør i dag, og med en utvidet finansieringsordning er det mulig at det kommunale tjenestetilbudet og kostnadene kan øke betraktelig. I en av casekommunene fortelles det at dette er en gruppe som i dag får store deler av sitt tjenestebehov dekket av pårørende i eget hjem med minimalt bidrag fra kommunen. Dette kan være utfordrende med tanke på kompetanse og med tanke på rettsikkerheten ved bruk av tvang, og det kan derfor være faglige grunner for at kommunene bør inkludere flere av disse inn i sitt tjenestetilbud. Samtidig er det også utviklingstrekk i samfunnet som kan føre til at flere pårørende vil ønske å overlate ansvaret for denne gruppen til det offentlige.

Det kan være behov for å utrede omfanget og kostnadspotensialet som ligger i denne brukergruppen før aldersgrensen i ordningen eventuelt fjernes. Et alternativ kan også være å øke aldersgrensen gradvis for å ha kontroll på hvordan omfanget av brukere utvikler seg.

En løsning med økt innslagspunkt kan også kombineres med en betingelse om at brukeren var registrert i refusjonsordningen før man passerte aldersgrensen. Effektene av en slik betingelse ble drøftet av Senter for økonomisk forskning (Borge m.fl. 2015). De påpekte samtidig en mulighet for at kommunene ville tilpasse seg en slik betingelse gjennom å øke kostnadene i tiden fram mot aldersgrensen for personer som lå like under innslagspunktet, noe som ville være kostnadsdrivende. Dersom betingelsen for inkludering etter 67 år knyttes til det ordinære innslagspunktet, mens refusjonen tar utgangspunkt i et høyere innslagspunkt, vil man heller ikke gi kommunene insentiver til en slik tilpasning.

8.3 PU-kriteriet – kan det fjernes?

I dette avsnittet ser vi på hva som vil være konsekvensene av å fjerne PU-kriteriet fra kostnadsnøkkelen i inntektssystemet. Dette er en anbefaling fra særrapporten fra Fylkesmannen i Vestland som også vi mener bør vurderes. Som omtalt tidligere i rapporten, blant annet i avsnitt 7.5, er det flere utfordringer med PU-kriteriet:

- Den gjeldende avgrensningen etter diagnose er lite treffsikker som mål på utgiftsbehovet.
- Det er usikkerhet om hva som er korrekt vekt for kriteriet.
- Kriteriet kan oppfattes som stigmatiserende.
- Kriteriet er unødvendig for å fange opp brukerne med de største kostnadene ettersom disse uansett vil håndteres gjennom toppfinansieringsordningen.

³⁵ Det kan være naturlig å sammenligne beløpene med hva som i dag tildeles av skjønnsmidler. Vi har ikke samlet inn disse tallene for dette prosjektet.

I beregningene nedenfor illustrerer vi i noen grad effektene for enkeltkommuner, og beregner på landsbasis hvor stor del av tilskuddet som vil flyttes til toppfinansieringsordningen. Det er imidlertid ikke alle størrelser i regnestykket som er kjent, og vi får ikke sett disse effektene i sammenheng på kommunenivå. Beregningene må derfor betraktes som noe tentative, men vil likevel gi relevant innsikt i de «store linjene» hvis man valgte å fjerne PU-kriteriet fra kostnadsnøkkelen.

8.3.1 Økonomiske konsekvenser

Hva kan vi si om de økonomiske konsekvensene av å ta PU-kriteriet ut av inntektssystemet? Vi kjenner verdien av PU-kriteriet, som er 656 000 kroner i 2019 og var 655 000 kroner i 2018. I 2019 er det 19 858 personer som utløser dette kriteriet, slik at det samlede beløpet som omfordeles er i overkant av 13 mrd. kroner.

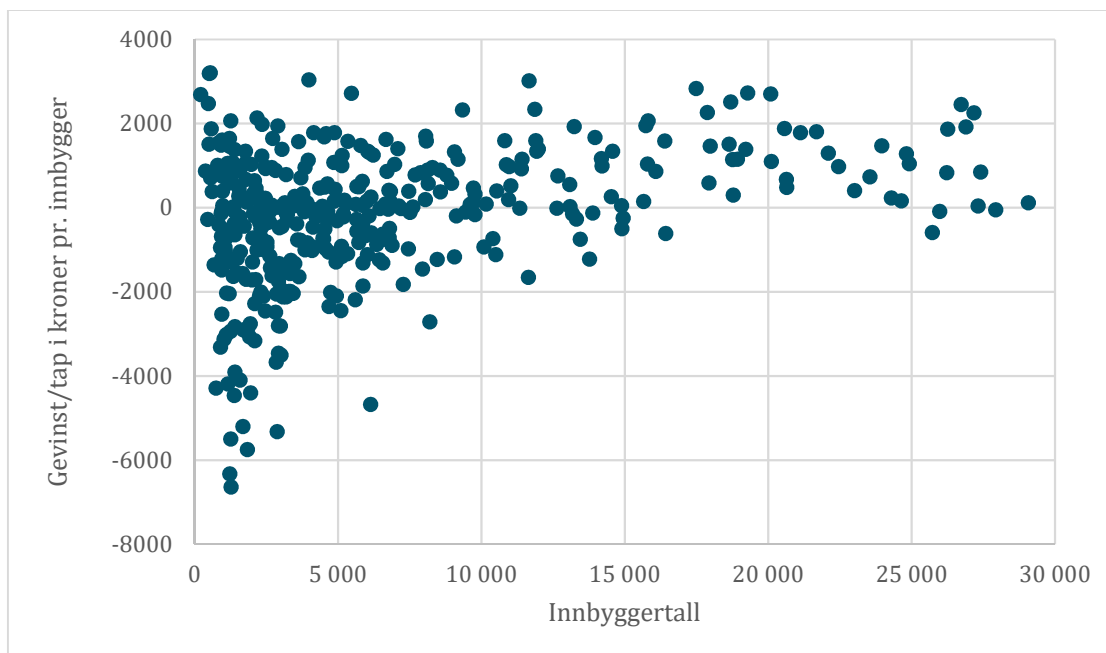
Kommunesektoren vil ikke miste disse inntektene, men ved bortfall av PU-kriteriet vil de bli fordelt på en annen måte. For registrerte personer med psykisk utviklingshemming som utløser kostnader over innslagspunktet i ordningen for ressurskrevende brukere, vil det utløses høyere refusjon enn i dag ettersom innslagspunktet for psykisk utviklingshemmede vil bli det samme som for andre ressurskrevende brukere. Vi gjør nedenfor en analyse på nasjonalt nivå av hvor stor del av de 13 milliardene som vil fanges opp av refusjonsordningen for ressurskrevende tjenester, og hvor mye som vil bli fordelt på annet vis.

For de psykisk utviklingshemmede som ikke passerer innslagspunktet, vil kommunen partielt sett miste hele beløpet på 656 000 kroner, men det naturlige vil være å videreføre midlene i det beregnede utgiftsbehovet som fordeles gjennom kostnadsnøkkelen i inntektssystemet. Vi kommer tilbake til hvor mye som eventuelt må trekkes ut fordi toppfinansieringsordningen vil utvides. Den nøyaktige endringen i fordeling er ukjent ettersom det vil være nødvendig å endre delkostnadsnøkkelen for pleie og omsorg når PU-kriteriet tas ut.

Det har tidligere vært gjort forsøk på å finne kriterier som kan erstatte PU-kriteriet (Agenda Kaupang 2019; Borge m.fl. 2013). En ny utredning kan komme til å finne et slikt kriterium, men det vil også være aktuelt å kun ta kriteriet ut og gjøre en ny beregning med de øvrige eksisterende kriteriene. Dette kan i noen grad endre de beregnede effektene av andre kriterier i samme delkostnadsnøkkel. Den variasjonen som ikke fanges opp av noen av kriteriene, blir i praksis lagt på alderskriteriene (Kommuneproposisjonen 2017), så ved en eventuell fjerning av PU-kriteriet, vil nok vektene til alderskriteriene øke noe. Fastsettingen av delkostnadsnøkler inneholder såpass mange vurderinger og miks av metoder at vi ikke ser det som hensiktsmessig å forsøke å tallfeste endringene i detalj. I stedet gjør vi en forenklet analyse av omfordeling mellom kommuner hvor vi omfordeler midlene gjennom den samlede delkostnadsnøkkelen i stedet for kun via PU-kriteriet. (Se også forklaring i avsnitt 5.1.)

Figur 22 viser graden av omfordeling dersom hele verdien av PU-kriteriet fordeles via delkostnadsnøkkelen for pleie og omsorg. Dette er samme analyse som den vi gjør i kapittel 5, men med en annen type figur hvor kommunene er sortert etter innbyggertall. Den vannretteaksen er kuttet ved 30 000 innbyggere. Kommuner med flere enn 30 000 innbyggere vil i all hovedsak tjene noe på en slik omlegging. De fleste kommunene vil tjene eller tape mellom 0 og

2000 kroner pr. innbygger. Noen vinner opp mot 3200 kroner pr. innbygger, mens de som taper mest, taper mer enn 6000 kroner pr. innbygger. Kun med ett unntak er det kommuner med færre enn 3000 innbyggere som taper mer enn 3000 kroner pr. innbygger.



Figur 22 Anslått gevinst/tap ved fjerning av PU-kriteriet, ny fordeling gjennom dagens delkostnadsnøkkel

Figuren overdriver i noen grad omfordelingen fordi den ikke tar høyde for at toppfinansieringsordningen vil fange opp deler av bortfallet av PU-kriteriet. Når verdien av PU-kriteriet forsvinner, vil innslagspunktet for ressurskrevende brukere i denne kategorien bli det samme som for andre brukere. Vi har ikke tall som lar oss synliggjøre denne effekten på kommunalt nivå. Det er også ukjent i hvilken grad den enkelte kommune har kostnader som tilsvarer inntekten.

På nasjonalt nivå kan vi derimot gjøre anslag på hvor stor del av PU-kriteriets verdi som vil fanges opp av refusjonsordningen for ressurskrevende brukere. Vi bruker her tall fra refusjonen for kostnadsåret 2017 ettersom vi ikke har tilgang til like detaljerte tall for 2018. Innslagspunktet i 2017 var 1 235 000 kroner, kompensasjonsgraden var 80 % og verdien av PU-kriteriet var 655 000 kroner.

Effekten av å fjerne PU-kriteriet kan deles opp i tre deler:

A: Personer som utløser mindre kostnader enn innslagspunktet på 1 235 000 kroner gir ingen endring for refusjonsordningen.

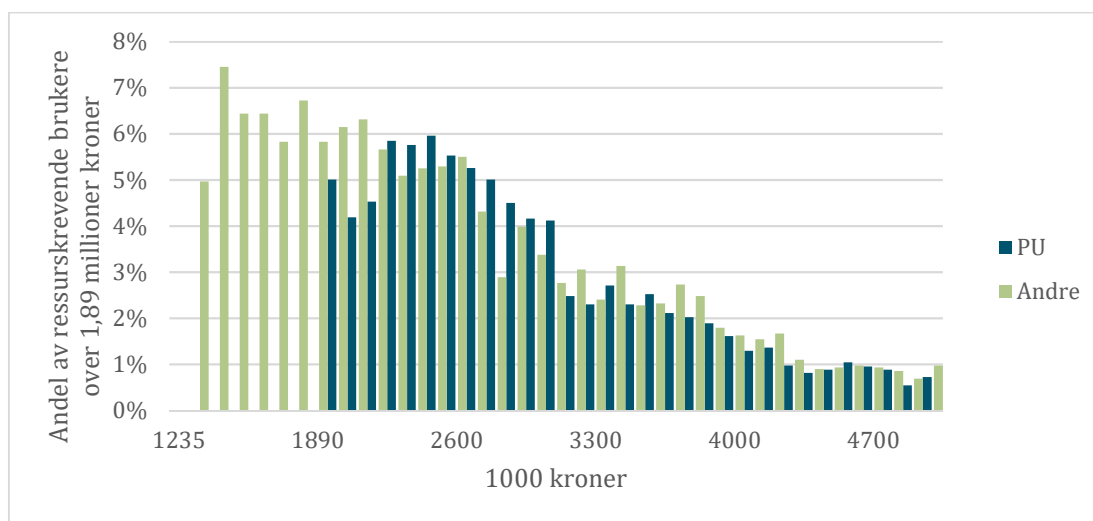
B: Personer med kostnader over innslagspunktet på 1 235 000 men under 1 890 000 som var innslagspunktet for psykisk utviklingshemmede: Disse vil komme inn under ordningen og kommunen får 80 % refusjon for beløpet over 1 235 000 kroner. Dette vil i praksis utgjøre mellom 0 og 524 000 kroner.

C: Personer med kostnader over 1 890 000 kroner: Disse vil utløse 524 000 kroner mer enn i eksisterende modell, tilsvarende 80 % av 655 000 kroner.

Antall personer i gruppe C er kjent ettersom disse ble rapportert i refusjonsordningen. I 2017 var det 4395 personer som både utløste PU-kriteriet og refusjon for ressurskrevende tjenester.

Videre kjenner vi summen av A, B og C. Dette var de 19487 personene som utløste PU-kriteriet i 2017. Dermed vet vi også at A+B er 15 092 personer.

Fordelingen mellom A og B må anslås. Vi tar utgangspunkt i fordelingen av rapporterte utgifter til henholdsvis psykisk utviklingshemmede og andre ressurskrevende brukere, jf. Figur 23.



Figur 23 Kostnadsfordeling for ressurskrevende brukere, 100 000 kroner pr. intervall. Figuren er kuttet ved 5 millioner kroner. Kilde: Tall fra Helsedirektoratet

Figuren viser kostnadsfordelingen for de to gruppene. Kostnadene for de som også utløser PU-kriteriet er inkludert verdien på 655 000 kroner, slik at laveste registrerte kostnad for PU-brukerne er i overkant av 1,89 millioner kroner. For øvrige personer er laveste kostnad i overkant av 1,235 millioner kroner. Det vi ønsker å anslå, er antall personer i PU-gruppen som har kostnader mellom disse to punktene, altså gruppe B som omtalt ovenfor. Vi ser at kostnadsfordelingen er ganske lik der hvor vi har tall for begge grupper, men at det er noe færre brukere helt til venstre i hver fordeling. Det rapporteres altså noe færre brukere i området nærmest innslagspunktet. Basert på dette anslår vi at gjennomsnittlig andel av PU-brukere i det aktuelle området er 5 %, og at fordelingen innenfor området er flat.

Tabell 9 viser anslagene. Av de 12,76 mrd. kroner som i 2017 ble fordelt gjennom PU-kriteriet, ville 2,69 milliarder kroner vært fanget opp av refusjonsordningen for ressurskrevende tjenester. Dette skyldes for det første at refusjonen for de 4 395 brukerne som nå inngår i begge ordninger, øker med 524 000 kroner pr. bruker når innslagspunktet for disse senkes (gruppe C). I tillegg anslår vi at 1538 nye brukere, med en gjennomsnittlig refusjon på ca. 250 000 kroner, kommer over det nye innslagspunktet (gruppe B).³⁶

³⁶ Antar vi at noen flere PU-brukere ligger i kostnadsområdet mellom 1,235 og 1,89, slik at nivået i Figur 7 ligger på 6 % i stedet for 5 %, så øker anslaget med ca. 80 millioner kroner.

I 2018 var omfanget av refusjoner 10,2 mrd., så anslagene i tabellen anslår at rammene for refusjonsordningen må forventes å øke med ca. 25 %.

Tabell 9 Anslag på utgifter som fanges opp av refusjonsordningen

	Antall personer	Økt tilskudd gjennom refusjonsordningen		Øvrige midler til omfordeling	
		Snitt pr. person	Totalt	Snitt pr. person	Totalt
Gruppe A	13 554	0	0	655 000	8 878 mill.
Gruppe B	1 538	253 429	390 mill.	401 571	618 mill.
Gruppe C	4 395	524 000	2 303 mill.	131 000	576 mill.
Sum	19 487		2 693 mill.		10 071 mill.

De 2,69 mrd. i ekstra refusjon vil redusere kommunale netto driftsutgifter. Det er naturlig at dette vil redusere midlene som fordeles gjennom rammetilskuddet.

8.4 Avsluttende kommentar om endringsforslag

Alle de foreslåtte endringene kan i prinsippet gjøres provenynøytrale gjennom små justeringer av parameterne i dagens ordning, det vil si innslagspunktet og kompensasjonsgraden. Datamaterialet og våre tolkninger av dette tyder på at justeringer av disse parameterne vil ha marginal betydning for tjenestetilbudet, mens mer treffsikker ressursallokering mellom kommuner vil være positivt.

Vi har ikke utredet endringsforslagene i detalj, hverken når det gjelder behovet for endring, samlede effekter eller alternative modeller. Det er naturlig at det gjøres nærmere utredninger før endringene eventuelt gjennomføres. Hver av de tre endringene vil i noen grad ha betydning for effekten av de to andre endringene dersom to eller alle tre endringer skulle gjennomføres samtidig. Fjernes PU-kriteriet, vil det utvide refusjonsordningen slik at det vil være naturlig å heve innslagspunktet for et eventuelt «trinn 2» i denne. Det samme vil gjelde om aldersgrensen heves, og da vil også antall brukere som fanges opp av refusjonsordningen ved et bortfall av PU-kriteriet endres. Med de data som har vært tilgjengelige for dette prosjektet, er det utfordrende å beregne kombinerte effekter nærmere, og vi har derfor avstått fra forsøk på dette.

Referanser

Aaltvedt, V et.al (2017) Omsorgsdiskurs og budsjettstyring – To konstituerende diskurser som konstituerer lederskap i hjemmetjenesten. *Nordisk sykepleieforskning*. 7 (3): 209-223.

Agenda Kaupang (2017): *Psykisk utviklingshemmede i inntektssystemet. Vekting av psykisk utviklingshemmede kriteriet i delkostnadsnøkkelen for pleie og omsorg*. Rapport nr. 9647, Agenda Kaupang.

Borge, L.-E., M. Haraldsvik, K. Løyland og O. H. Nyhus (2013): Delkostnadsnøkkelen for pleie og omsorg: Analyser av enhetskostnader, dekningsgrader, utgifter og brukerbetaling. Senter for Økonomisk Forskning AS. Trondheim.

Borge, L.-E., J. M. Vaag Iversen, I. Vardheim og K. Løyland (2015). *Ressurskrevende tjenester i pleie og omsorg – omfang og kostnader*. Senter for Økonomisk Forskning AS. Trondheim.

Christophersen, K.-A. (2013). *Introduksjon til statistisk analyse: regresjonsbaserte metoder og anvendelser*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Flyvbjerg, B (2004): Five Misunderstandings About Case-study research. *Sosiologisk tidsskrift*. 12 (2:117-142).

Fylkesmannen i Nordland (2016): Tilrådning om kommunestruktur, september 2016.

Fylkesmannen i Vestland (2019). *Tolga-saken*. Rapport til Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019.

Fylkesmannen i Vestland, Statens sivilrettsforvaltning og Statens helsetilsyn (2019). *Tolga-saken - en gjennomgang*. Rapport til Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019.

Førland, O og Rostad, H.M (2019). *Variasjon og uønsket variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene – En kunnskapsoppsummering*. Senter for omsorgsforskning. Rapport nr4/2019.

Halkier, B. (2010). *Focus Groups as Social Enactments: Integrating Interaction and Content in the Analysis of Focus Group Data*. Qualitative Research, 10.

Helsedirektoratet (2017). *SAMDATA kommune*. Rapport IS-2575, Helsedirektoratet 2017.

Helsedirektoratets arbeidsgruppe (2017): *Revisjon av rundskriv vedrørende tilskudd til ressurskrevende tjenester*. Rapport nr. R1020307. Agenda Kaupang 2017.

Helsetilsynet (2017). *Det gjelder livet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*. Rapport fra Helsetilsynet 4/2017.

Hjelmbrekke, S., K. Løyland, G. Møller og I. Vardheim (2011). *Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren*. TF-rapport nr 280, Telemarksforskning 2011.

IS-2442 *Veileder i saksbehandling - Tjenester etter helse- omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8*. Helsedirektoratet 2016 (Oppdatert 07/2017).

IS-3/2016: Kriteriedata for inntektssystemet 2020 Registrering av tal på personar med psykisk utviklingshemming i kommunane. Helsedirektoratet 2016.

IS-3/2017: Kriteriedata for inntektssystemet 2018 Registrering av tal på personar med psykisk utviklingshemming i kommunane. Helsedirektoratet 2017.

IS-3/2019: Kriteriedata for inntektssystemet 2020 Registrering av tal på personar med psykisk utviklingshemming i kommunane. Helsedirektoratet 2019.

IS-4/2018: Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse-og omsorgstjenester i kommunene. Helsedirektoratet 2018.

IS-4/2019: Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse-og omsorgstjenester i kommunene. Helsedirektoratet 2019.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2016): *Statlig styring av kommuner og fylkeskommuner*. Veileder, Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2016.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2017: *Inntektssystemet for kommunar og fylkeskommunar 2018. Beregningsteknisk dokumentasjon til Prop. 1 S(2017-2018)*, Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

Kristiansen, K, Obstfelder, A og Lotherington, AT (2016): Contradicting logics in everyday practice. *Journal of Health Organisation and management*.

Lipsky, M (1980), *Dilemmas of the individual in public service*. Russel Sage Foundation.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven).

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).

NOU 1985:34 *Levekår for psykisk utviklingshemmede*. Sosialdepartementet.

NOU 2005:18 *Fordeling, forenkling, forbedring. Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner. (Borgeutvalget)*. Kommunal- og regionaldepartementet.

NOU:2018:16 *Det viktigste først - Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Ose, S. O., S. L. Kaspersen, M. Ådnanes, E. Lassemo og J. Kalseth (2018). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018*. SINTEF 2018.

Regjeringens arbeidsgruppe (2018): *Rapport fra arbeidsgruppe med FIN, HOD, Hdir og KS om ressurskrevende tjenester*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport-fra-arbeidsgruppe-om-ressurskrevende-tjenester/id2619805/> .

St.prp. nr. 66 (2002-2003) *Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2004. Kommuneproposisjonen*. Kommunal- og regionaldepartementet.

St.prp. nr. 123 S (2015-2016) *Kommuneproposisjonen 2017*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

Stock, J.H og Watson, M. W. (2012). *Introduction to Econometrics*. Boston, Mass: Pearson.

Tjora, Aksel (2017): *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3.utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Yin, R.K (2008)., *Case study research: Design and methods*. Thousand Oaks: Sage.

Vabø, Mia (2014a): Dilemmaer i velferdsstatens organisering. I: *Velferdens organisering*. Vabø, Mia & Vabo, Signy Irene. Oslo: Universitetsforlaget.

Vabø, Mia (2014b) : Velferdsstatens organisering – Mellom styring, ledelse og læring. I: *Velferdens organisering*. Vabø, Mia & Vabo, Signy Irene. Oslo: Universitetsforlaget

Øydgard, G (2018). *Individuelle behovsvurderinger eller standardiserte tjenestetilbud?* Tidsskrift for omsorgsforskning, 4 (01), 27-39.