



**Utviklingen i
kommunenes
helse- og
omsorgstjenester
1986-2010**

*Terje P. Hagen
Kebebew Negera Amayu
Geir Godager*

Tor Iversen

Henning Øien

*Institutt for helse og samfunn,
Avdeling for helseledelse og
helseøkonomi, HERO
Universitetet i Oslo*

**UNIVERSITETET
I OSLO**

**HELSEØKONOMISK
FORSKNINGSPROGRAM
Skriftserie 2011: 5**

HERO

Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986-2010*

**Terje P. Hagen, Kebebew Negera Amayu, Geir Godager,
Tor Iversen, Henning Øien**

Institutt for helse og samfunn
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Universitetet i Oslo

Korrespondanse rettes til: t.p.hagen@medisin.uio.no

10. oktober 2011

**Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo
HERO 2011**

* Rapporten er skrevet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet er ikke ansvarlig for innholdet og deler ikke nødvendigvis alle synspunkter i rapporten. Vi har benyttet data fra SSB Statistikkbanken og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Verken SSB eller NSD er ansvarlig for analysene og tolkningene som er gjort.

Forord

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) utlyst høsten 2010 et prosjekt der målsettingen var å analysere tre problemstillinger:

- Korrigert for tjenestemottakeres bistandsbehov - koster det mindre for kommunen å satse på utbygging av hjemmetjenester framfor institusjonstjenester?
- Hvordan har veksten i kommunale pleie- og omsorgstjenesten vært og hva er årsakene til veksten?
- Hvordan påvirker utbygging av hjemmetjenester kvaliteten på tjenesten som tilbys den enkelte bruker?

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn ved Universitet i Oslo ble tildelt prosjektet etter anbudskonkurranse. Følgende har arbeidet med prosjektet: Professor Terje P. Hagen (prosjektleder), MPhil Kebebew Negera Amayu, forsker Geir Godager, professor Tor Iversen og cand. oecon Henning Øien.

Vi har benyttet data fra SSB Statistikkbanken og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Verken SSB eller NSD er ansvarlig for analysene og tolkningene som er gjort. Vi har hatt samtaler underveis med representanter fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Det var også meningen å benytte data fra IPLOS-registeret i analysene. Dessverre har det ikke latt seg gjøre å skaffe til veie IPLOS- data. Dette legger begrensninger på enkelte av analysene.

Blindern, 1. oktober 2011

Terje P. Hagen

Prosjektleder

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Tabeller.....	4
Figurer	6
1 Innledning.....	7
2 Nærmere om finansieringen av pleie- og omsorgstjenestene.....	9
2.1 Innledning	9
2.2 Regelverk og overordnede retningslinjer for finansiering.....	9
2.3 Nærmere om finansieringen av institusjonstjenesten	16
2.4 Nærmere om finansieringen av hjemmetjenestene.....	21
2.5 Skjematisk fordeling av finansieringsansvaret for pleie og omsorg.....	26
3 Kostnadsforskjeller mellom institusjonsbaserte og hjemmebaserte tjenester	28
3.1 Innledning	28
3.2 Analyse av enhetskostnader.....	29
3.3 Nærmere om enhetskostnadene kommunene står overfor.....	36
3.4 Oppsummering og konklusjon.....	43
4 Hva forklarer veksten i helse- og omsorgstjenestene?	45
4.1 Innledning	45
4.2 Viktige reformer	47
4.3 Utgiftsanalyse 1986-2010: Lange linjer - store reformer	49
4.4 Nærmere analyse av utgifter og årsverk 2002-2010.....	56
4.5 Utviklingen i antall brukere 2002-2006.....	59
4.6 Oppsummering	65
5 Kvaliteten i tjenestene	66
5.1 Innledning	66
5.2 Beskrivende statistikk.....	67

5.3 Analyser av faktorer som forklarer variasjon i observerbare kvalitetsindikatorer mellom norske kommuner	72
6 Oppsummering og konklusjoner	77
Litteratur	80

Tabeller

Tabell 2.1 Brutto driftsutgifter etter tjenesteområder i 2010.....	11
Tabell 2.2 Netto driftsutgifter etter tjenesteområder i 2010.....	12
Tabell 2.3 Fordelingen av brutto driftsutgifter i pleie- og omsorgssektoren 2010	16
Tabell 2.4 Kostnadsfordeling mellom kommune, stat og bruker i hjemmetjenesten og institusjonstjenesten i 2010 (1000 kroner og prosentandeler).....	17
Tabell 2.5 Årlige vederlag for enslige personer, kroner per år (2010).....	21
Tabell 2.6 Årlige vederlag for enslige personer, kroner per år (2010).....	21
Tabell 2.7 Kostnadsfordeling mellom kommune, stat og bruker	27
Tabell 3.1 Totale utgifter i 1000 kroner (2007=1) og antall brukere. N=228.....	30
Tabell 3.2 Beregning av enhetskostnader fordelt på betaler med utgangspunkt i KOSTRA (2007=1). N=228.....	30
Tabell 3.3 Gjennomsnitt, variasjon og bredde av enhetskostnadene i 2009 (nominelle tall). N=228.*.....	34
Tabell 3.4 Netto driftsutgifter per bruker for kommunene i institusjonstjenesten (Nominelle tall for 2009). N=228.....	38
Tabell 3.5 Brutto driftsutgifter per bruker i hjemmetjenesten etter bistandsbehov. Nominelle tall for 2009*	39
Tabell 3.6 Netto driftsutgifter for kommunene per bruker i hjemmetjenesten (brukere med omfattende bistandsbehov).....	39
Tabell 4.1 Variabler som beskriver utvikling i ressursbruk og brukere.....	46
Tabell 4.2 Beskrivende statistikk (Kronestørrelse er deflatert med indeks for kommunalt konsum, 2010=1).....	58
Tabell 4.3 Analyser av variasjoner i kommunale brutto driftsutgifter, 1986-2009 (vektede analyser)	54
Tabell 4.4 Beskrivende statistikk, 1991-2009 (Kronestørrelser er deflatert med indeks for kommunalt konsum, 2010=1)..	57

Tabell 4.5 Analyser av variasjoner i ressursbruk, 2001-2009 (vektede analyser)	58
Tabell 4.6 Dekningsgrader for institusjonstjenester, 2001-2006 (veide tall)	61
Tabell 4.7 Analyser av pleie- og omsorgstjenester, 2002-2006	58
Tabell 4.8 Analyser av mottakere av pleie- og omsorgstjenester, 2002-2006	63
Tabell 4.9 Beskrivende statistikk, diagnoser (veide tall)	65
Tabell 5.1 Kvalitetsvariable fra KOSTRA. Definisjoner	66
Tabell 5.2 Kvalitetsvariable fra KOSTRA. Beskrivende statistikk.....	67
Tabell 5.3 Regresjonsanalyser. Enerom og fagutdanning som avhengige variable. Vektet regresjon med kommunenes folketall som vekter.....	74
Tabell 5.4 Regresjonsanalyser. Legetimer og fysioterapitimer som avhengige variable. Vektet regresjon med kommunenes folketall som vekter.....	75

Figurer

Figur 3.1 Kommunenes nettoutgifter for en pleietrengende eldre i institusjon og i hjemmetjenesten.....	41
Figur 4.1 Ressursbruk i kommunens helse- og omsorgstjenester, 1986-2010. Kroner per innbygger (deflatert med indeks for kommunalt konsum, 2010=1).....	50
Figur 4.2 Ressursbruk i kommunens helse- og omsorgstjenester, utgiftsandeler, 1986-2009..	51
Figur 4.3 Ressursbruk i kommunens helse- og omsorgstjenester, utgifter og årsverk, 2001-2009 (vektet analyse)	56
Figur 4.4 Prosentandel av befolkningen som mottar pleie- og omsorgstjenester, 2001-2006 (veide gjennomsnitt).....	60
Figur 5.1 Legetimer.....	68
Figur 5.2 Fysioterapitimer.....	68
Figur 5.3 Enerom.....	70
Figur 5.4 Brukertilpasset enerom	70
Figur 5.5 Andel årsverk med fagutdanning.....	71
Figur 5.6 System for brukerundersøkelser	71

1 Innledning

Norge, som alle andre vestlige land, står foran en periode med betydelig økning i antall eldre. Økningen både i antall og andel eldre blir feilaktig beskrevet som en "eldrebølge".

Beskrivelsen er feilaktig fordi flere eldre ikke er et forbigående fenomen. Det er ingen bølge. Økningen i antall eldre fortsetter så langt prognosene til nå er laget, til 2060. Antall personer 67 år og eldre sank fra en topp på 620 000 i 1995 til drøye 600 000 i 2004 fordi de nye pensjonistene kom fra de små fødselskullene fra 1930-årene. Antall personer 67 år og eldre har deretter vokst noe, og vil øke raskere framover, fra 614 000 i 2008 til om lag 1,5 millioner i 2060 i følge mellomalternativet til Statistisk sentralbyrå. Dette er over dobbelt så mange som i dag (Brunborg, m. fl, 2008).

Den sterke økningen i antall eldre stiller krav til utformingen av offentlig politikk. I denne rapporten analyseres tre spørsmål som alle er viktige for å forstå endringene og utfordringene innen pleie- og omsorgstjenestene. De tre spørsmålene er:

- Korrigert for tjenestemottakeres bistandsbehov - koster det mindre for kommunen å satse på utbygging av hjemmetjenester framfor institusjonstjenester?
- Hvordan har veksten i kommunale pleie- og omsorgstjenesten vært og hva er årsakene til veksten i perioden 1986–2010?
- Hvordan påvirker utbygging av hjemmetjenester kvaliteten på tjenesten som tilbys den enkelte bruker?

Rapport dokumenterer analysene og har følgende oppbygging. I kapittel 2 gis en nærmere beskrivelse av finansieringen av kommunenes helse- og omsorgstjenester. Vi legger særlig vekt på å klargjøre hvilke aktører, staten, kommunene og/eller brukerne, som har ansvar for de ulike delene av finansieringen. Med utgangspunkt i beskrivelsen analyseres kostnadmessige forhold nærmere i kapittel 3. Det primære spørsmålet som besvares er om det koster kommunene mindre å satse på utbygging av hjemmetjenester framfor institusjonstjenester.

I kapittel 4 beskriver vi de viktigste reformene i sektoren etter 1980 og gjennomfører analyser for å forklare hva som driver veksten i ressursbruk i perioden fra 1986 til 2009/2010. Dagens datagrunnlag gir muligheter for å gjennomføre noe skarpere analyser enn de som ble gjennomført i forbindelse med NOU 2005:15 som er de siste økonometriske analysene av tilsvarende problemstillinger. Vi presenterer to typer av analyser: En analyse av ressursutviklingen og antall brukere i sektoren i perioden 1986-2009 med vekt på effektene av

ansvarsreformene i 1980- og 90-årene og en noe mer detaljert analyse fra perioden 2001-2006 av tilsvarende data der vi særlig studerer effekter av sosioøkonomiske variabler og sykehusutskrivninger. Intensjonen var også å gjennomføre en tverrsnittsanalyse fra 2008-2009 basert på IPLOS-data der vi særlig studerte på effektene av unge brukere. Så lang har vi ikke fått tilgang til datamaterialet som gjør en slik analyse mulig. Manglende tilgang til IPLOS-data har også lagt begrensninger på enkelte av de andre analysene.

Det siste spørsmålet som analyseres er om er ulikheter i tjenestekvalitet mellom kommuner og mellom tilbud som gis i sykehjem og ved hjemmebaserte tjenester. Dette belyses i kapittel 5. Generelt er det slik at hva man finner i analyser av kvalitet vil avhenge av hvordan man operasjonaliserer kvalitetsbegrepet. Hvilke indikatorer som benyttes er derfor vesentlig. Ved å bruke flere ulike kvalitetsindikatorer bedres mulighetene for å trekke sikre konklusjoner om eventuelle kvalitetsforskjeller. Målsetningen i dette delprosjektet var å benytte kvalitetsindikatorer fra to ulike datakilder, KOSTRA og IPLOS-registeret. Også på dette feltet har det vært umulig å få tilgang på data fra IPLOS, og analysene som beskrives tar i sin helhet utgangspunkt i materiale fra KOSTRA.

I kapittel 6 avslutter vi med en kort oppsummering av rapportens hovedresultater.

2 Nærmere om finansieringen av pleie- og omsorgstjenestene

2.1 Innledning

Pleie og omsorgstjenestene er regulert gjennom Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven. Det er kommunene som har hovedansvaret for finansieringen og organiseringen av tjenestene, mens kostnadene ved tjenestene er fordelt mellom kommunene, staten og brukerne. Staten har det overordnede tilsynet og reguleringsansvaret og bidrar indirekte og direkte til finansieringen gjennom overføringer av rammetilskudd og øremerkede tilskudd til kommunene, og gjennom direkte overføringer til brukerne via folketrygden og andre støtteordninger. Brukerne selv finansierer deler av tjenestene de mottar gjennom brukerbetaling.

Fordelingen av finansieringsansvaret for omsorgstjenester mellom kommune og stat avhenger av om tjenestene blir tilbudt i institusjon eller i omsorgsbolig og eget hjem. Videre er adgangen for kommunene til å kreve brukerbetaling vidt forskjellige mellom institusjonstjenester og hjemmetjenester. Hovedformålet med dette kapitlet er å beskrive detaljene i disse betalingsordningene. Vi starter med en kort generell beskrivelse av pleie- og omsorgssektoren og dens regelverk før vi går over til detaljene i finansieringen av institusjonstjenestene og hjemmetjenestene hver for seg.

2.2 Regelverk og overordnede retningslinjer for finansiering

Det er kommunene som har hovedansvaret for å finansiere og organisere pleie- og omsorgstjenesten. Sektoren er ikke eksplisitt definert, men defineres igjennom de tjenestene kommunene tilbyr brukere som på grunn av funksjonshemming, alderdom, eller andre årsaker trenger personlig eller praktisk hjelp til å klare seg i dagliglivet (Sosial- og helsedepartementet, 1999). Ansvar er regulert i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven som begge slår fast at kommunene plikter å tilby nødvendig helsehjelp til sine innbyggere og praktisk eller personlig hjelp til de som ikke kan dra omsorg for seg selv. I henhold til dette ansvaret pålegger regelverket (lovene og tilhørende forskrifter) kommunene å tilby bestemte hjemmetjenester og institusjonstjenester som er underlagt visse kvalitetskrav. I tillegg til de lovpålagte tjenestene har de fleste kommuner tilbud om matombringing, trygghetsalarm, og de driver omsorgsboliger. Dette er tjenester som ikke er lovregulerte, men som kommuner velger å tilby som en del av sitt tjenestetilbud for å dekke sitt ansvar for pleie- og omsorgstjenesten. Vi vil diskutere tjenestene og skillene mellom dem senere i kapitlet.

Brukerne har ikke krav på bestemte tjenester, deres rettigheter er definert ut i fra behov; enhver har rett til *nødvendig* helsehjelp. Hva som er nødvendig, og hvilken tjeneste og hvilket omfang av tjenesten behovet tilsier er det kommunene som avgjør. Kommunene er dog pålagt å følge forvaltningsloven og tilbudet skal være basert på behov og være uavhengig av brukerens økonomi (Sosial- og helsedepartementet, 1999). Regelverket definerer også fordelingen av finansieringsansvaret mellom kommunene, staten og brukerne, som vi beskriver i det påfølgende.¹

Kommunal finansiering

Kommunene er pålagt å sørge for nødvendige midler slik at pleie- og omsorgstrengende får den hjelpen de har krav på etter lovverket. I den forbindelse skal kommunene sørge for nødvendige bevilgninger til de lovpålagte tjenestene, men disse tjenestene kan komplementeres og til en viss grad erstattes av ikke-lovpålagte tjenester.² Hovedpoenget er at alle kommuner må sørge for de bevilgningene som trengs for å oppfylle sitt ansvar for pleie- og omsorgstjenesten. I tabell 2.1 har vi listet opp kommunale brutto driftsutgifter etter hovedområder og som andel av totale brutto driftsutgifter. I 2010 kostet pleie- og omsorgstjenesten kommunene i overkant av 78 milliarder, noe som utgjorde 2,1 prosent av brutto nasjonalproduktet (BNP). I internasjonal sammenheng er dette betydelig. OECD (2005) sammenlignet utgifter til tjenester til langtidspleie og fant at i Norge utgjorde disse 2,15 prosent av BNP, og at Norge og Sverige var de eneste landene som hadde en ugiftsandel på over 2 prosent av BNP.³

¹ Se kap. 5 i Kommunehelsetjenesteloven (1982) og kap. 11 i Sosialtjenesteloven (1991)

² Vår tolkning av Rundskriv I-6/2006 hvor følgende ordlyd blir brukt for tjenester som blir medregnet i egenandelsregelverket: "de tjenester som tildeles etter sosialtjenesteloven § 4-3 og som ytes til *erstatning* av lovpålagte tjenester"

³ De er en viss usikkerhet knyttet til disse tallene, fordi ikke alle land inkluderer administrasjonsutgifter i beregning av utgifter til langtidspleie, noe Norge gjør (Karlsson et al., 2010)

Tabell 2.1 Brutto driftsutgifter etter tjenesteområder i 2010

Tjenesteområde	Utgifter (1000 kr.)	Andel %
Administrasjon	15 581 752	5,2
Barnehager	35 643 602	12,0
Barnevern	7 656 587	2,6
Grunnskole	63 558 690	21,4
Helsetjenester	11 184 424	3,8
Kultur	10 797 475	3,6
<i>Pleie og omsorg</i>	<i>78 365 929</i>	<i>26,4</i>
Sosialtjenesten	13 718 128	4,6
Vann, avløp og renovasjon	12 577 739	4,2
Annet	47 967 867	16,2
Totale brutto driftsutgifter	297 052 193	100,0

Kilde: Kommunal regnskapsstatistikk SSB

Tallene er basert på et estimat for alle kommuner beregnet av SSB

Kommunene finansierer sine aktiviteter hovedsaklig gjennom lokale skatter, rammeoverføringer og øremerkede tilskudd fra staten, og gebyrinntekter. Kommunenes frie inntekter, altså de inntektene kommunene fritt kan disponere uten direkte føringer fra staten utenom gjeldene lover og forskrifter, utgjorde i 2010 omtrent 69 prosent av kommunenes totale inntekter. De frie inntektene består av statlige rammeoverføringer (36 prosent) og lokale skatter på inntekt, formue, eiendomsskatt og andre produksjonsskatter (64 prosent). Resten av inntektene er fordelt på øremerkede tilskudd fra staten, gebyrer som hovedsaklig består av brukerbetalinger, og momskompensasjon. Disse inntektspostene utgjorde henholdsvis 14, 13 og 4 prosent av samlede inntekter i 2010 (TBU, 2010).⁴

For å se på hvordan kommunene prioriterer pleie- og omsorgssektoren har vi i tabell 2.2 angitt netto driftsutgifter for pleie- og omsorgssektoren. Netto driftsutgifter er brutto driftsutgifter fratrukket øremerkede tilskudd fra staten, brukerbetalinger og andre direkte inntekter spesifikke for omsorgssektoren. Netto driftsutgifter utgjør det kommunene selv må dekke av sine frie inntekter, og kan bli sett på som et mål på hvordan kommunene vektlegger de enkelte sektorene. Som vi ser i tabellen, utgjør pleie- og omsorgssektoren 34,3 prosent av

⁴ Forskjellen mellom gebyrer og brukerbetalinger er at gebyrer omfatter inntekter fra husleie, festavgifter, og andre direkte salgs- og leieinntekter (TBU, 2009).

netto driftsutgiftene og er dermed også den sektoren som tar mest kommunenes frie inntekter. Tolkningen av netto driftsutgifter som et rent prioriteringsmål avhenger av at man kan korrigere for kommunalt inntektsnivå; rike kommuner tenderer til å bruke mer per innbygger uavhengig av lokale prioriteringer, og utgiftsbehov, siden kommuner med mange pleietrengende nødvendigvis har høye netto driftsutgifter.

Tabell 2.2 Netto driftsutgifter etter tjenesteområder i 2010

Tjenesteområde	Utgifter (1000 kr.)	Andel %
Administrasjon	15 161 861	7,8
Barnehager	5 801 851	3,0
Barnevern	6 660 603	3,4
Grunnskole	56 554 102	29,2
Helsetjenester	8 880 511	4,6
Kultur	8 509 817	4,4
<i>Pleie og omsorg</i>	<i>66 288 407</i>	<i>34,3</i>
Sosialtjenesten	1 09 95734	5,7
Vann, avløp og renovasjon	-1 272 412	0,0
Annet	14 669 087	7,6
Totale netto driftsutgifter	193 521 973	100,0

Kilde: Kommunal regnskapsstatistikk SSB

Tallene er basert på et estimat for alle kommuner beregnet av SSB

Mer relevant i denne sammenhengen er at netto driftsutgifter også kan gi oss en indikasjon på kostnadsfordelingen av driftsutgiftene i pleie- og omsorgssektoren mellom kommune, stat og bruker. Ettersom kommunenes hovedinntekter utenom de frie inntektene er øremerkede tilskudd og brukerbetalinger, kan man med forsiktighet - med tanke på andre direkte inntekter i sektoren - tolke restutgiftene (det som er igjen av brutto driftsutgifter etter at utgiftene som kommunene dekker gjennom sine frie inntekter er trukket fra) som en andel av brutto-driftsutgifter som dekkes av staten og brukerne.⁵ I henhold til tabell 2.1 og 2.2 utgjør netto

⁵ For eksempel bruker KS denne tolkningen i sine årlige nøkkeltallsrapporter for pleie- og omsorg hvor netto utgiftene blir beskrevet som hovedsaklig brutto utgifter fratrukket øremerkede tilskudd og egenbetalinger (KS, 2010).

driftsutgifter 84,6 prosent av totale driftsutgifter, noe som etterlater en finansieringsandel på 15,4 prosent til staten og brukerne.

Statens finansiering

Staten har både et indirekte og direkte finansieringsansvar for pleie- og omsorgstjenesten. I lovverket heter det at staten yter årlige rammetilskudd gjennom inntektssystemet som delvis dekker kommunenes utgifter og at folketrygden dekker stønad til helsetjenester i henhold til lov om folketrygd. Utover statens lovpålagte finansieringsansvar av lokale tjenester, yter staten tilskudd som er øremerket prioriterte formål i kommunesektoren.

Bakgrunnen for de statlige overføringene er at kommunene er pålagt å tilby omfattende pleie- og omsorgstjenester og andre nasjonale velferdstjenester som gjør at kommunenes lokale inntekter, med dagens skattesatser, ikke er tilstrekkelig til finansieringen (NOU 2005:18). Dette gjør at kommunene er avhengig av rammeoverføringene for å finansiere sine tjenester, og gjør dermed rammeoverføringene til en viktig indirekte finansieringskilde av kommunale tjenester. Hovedformålet med inntektssystemet er å sikre at alle kommuner har økonomiske forutsetninger for å tilby et likeverdig tjenestetilbud (NOU 2005:18). Fordelingen av rammetilskuddet er basert på kommunale forskjeller i inntekt, kostnader og behov for kommunale tjenester som kommunene selv ikke kan påvirke (KRD, 2011). Variasjoner i tjenestetilbudet skal dermed avhenge av lokale prioriteringer og ikke av lokaløkonomiske forhold. For å sikre et likeverdig tilbud av pleie- og omsorgstjenester mellom kommunene er faktorer som påvirker etterspørsel og utgifter i pleie- og omsorgstjenesten inkludert i inntektssystemet (NOU 2005:18). Variablene som skal fange opp forskjeller i etterspørsel inkluderer alderskriterier, antall personer med psykisk utviklingshemming og helsetilstand representert ved dødelighet. Kostnadsfaktorene er basert på bosettingsmønster og kommunestørrelse. Disse faktorene skal fange opp kostnadsulemper i hjemmetjenestene grunnet reiseavstand og smådriftsulemper i institusjonsomsorgen for små kommuner. I 2010 ble det bevilget 55 308 873 millioner kroner i rammetilskudd til kommunene, noe som utgjorde 25 prosent av kommunesektorens inntekter (TBU, 2010).

Øremerkede tilskudd til omsorgssektoren blir bevilget av Kommunal- og regionaldepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Over budsjettet til Kommunal og regionaldepartementet ytes det tilskudd til ressurskrevende tjenester (kap. 575) og tilskudd til omsorgsboliger og sykehjemsplasser (kap. 586). Ressurskrevende tjenester er et tilskudd til kommuner som har innbyggere med store behov for kommunale helse- og omsorgstjenester. Ordningen finansierer 80 prosent av lønnskostnadene knyttet til å tilby tjenester til

ressurskrevende brukere over et tak som i 2010 var på 865 000 kroner. Begrunnelsen for tilskuddet er at inntektssystemet ikke i tilstrekkelig grad klarer å fange opp kommuner med store utgifter til ressurskrevende tjenestemottakere. Saldert budsjett til ordningen i 2010 er på 4 350 millioner kroner (KRD, 2010-2011).

Nåværende tilskuddsordninger til sykehjem og omsorgsboliger er kompensasjon for utgifter til renter og avdrag (post 63) og et investeringstilskudd (post 64). Tilskuddet til renter og avdrag gir kompensasjon for utgifter til lån kommuner har til alle sykehjem og omsorgsboliger som fikk oppstartingstilskudd under handlingsplan for eldreomsorgen eller opptrappingsplanen for psykisk helse (KRD, 2004). Begge disse planene er nå avsluttet og de siste enhetene som fikk tilskudd ble ferdigstilt i 2009. Saldert budsjett i 2010 for kompensasjon til renter og avdrag er på 1 211,1 millioner kroner (KRD, 2010-2011). Etter at oppstartingstilskuddet gjennom disse planene har blitt avsluttet har det kommet et nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger som ble varslet i Omsorgsplan 2015 (St. meld. nr. 25 (2005-2006)). Formålet med tilskuddet er å følge opp handlingsplanen for eldreomsorgen og øke det kommunale tilbudet ytterligere av sykehjem og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning. Dette blir sett på som et viktig grep for å møte behovsveksten av slike tjenester grunnet aldring av befolkningen (St. meld. nr. 25 (2005-2006)). Målet er å gi tilskudd til 12 000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger i perioden 2008-2015. Opprinnelig dekket ordningen 30 og 20 prosent av anleggskostnadene til henholdsvis sykehjemsplasser og omsorgsboliger, hvor anleggskostnaden er satt til maksimalt 2,157 millioner kroner. Byggeaktiviteten som følge av tilskuddet har vært lavere enn ventet og det ble varslet at ordningen ble trappet ytterligere opp med en økning på 10 prosentpoeng av dekning av anleggskostnadene for både sykehjem og omsorgsboliger (KRD 2010-2011b). Kriteriet for tilskuddet er at det skal gå til bygging, kjøpt eller utbedring av plasser eller boliger tilrettelagt for heldøgnstjenester. Det er satt av 901, 250 millioner kroner til ordningen i 2010 (KRD, 2010-2011). Over 2010-budsjettet til Helse- og omsorgsdepartementet er det bevilget 1,55 milliarder kroner i øremerkede tilskudd til pleie og omsorgssektoren (kap. 761) (HOD, 2011). Disse midlene er fordelt på ni spesifikke tilskudd. For eksempel, er det bevilget i underkant av 1 milliard til tidligere vertskommuner for HVPU institusjoner (post 61) og det er satt av 182.3 millioner til et stimuleringstilskudd for brukerstyrt personlig assistanse som skal øke det kommunale tilbudet av brukerstyrt personlig assistanse som ble en del av det lovregulerte tilbudet i pleie- og omsorgssektoren i mai 2000 (HOD, 2000).

I tillegg til rammeoverføringer og øremerkede tilskudd yter staten botilskudd og tilskudd til legetjenester, viktige legemidler og hjelpemidler gjennom folketrygden direkte til

mottakere av pleie- og omsorgstjenester. Dette er tjenester som er tilgjengelige for hele befolkningen og det er dermed vanskelig å gjøre en eksplisitt avgrensning av hvilke tjenester som skal klassifiseres som pleie- og omsorgstjenester. Vi kan likevel, slik som i NOU 1997:17, relatere tjenester som ligger i skjæringspunktet mellom helsetjenester og pleie- og omsorgstjenester, og hvor mottakere av pleie- og omsorgstjenester er en stor del av brukergruppen, til en del av pleie- og omsorgssektoren som er delfinansiert av staten. Dette er også en naturlig avgrensning fordi tjenester som hjelpemidler, legetjenester, boligjenester mv. er et kommunalt finansieringsansvar i institusjon og dermed blir klassifisert som pleie- og omsorgstjenester og utgiftene som pleie og omsorgsutgifter. En nærmere beskrivelse av folketrygdfinansieringen følger senere.

Brukerbetalingen

I lovverket heter det at kommunene kan pålegge den som mottar kommunale tjenester å dekke kostnadene helt eller delvis, så lenge vederlaget er innenfor gjeldende regelverk. Brukerbetalingene i pleie- og omsorgssektoren er regulert i et regelverk for institusjonstjenester og et regelverk for hjemmetjenester. Disse vil bli inngående beskrevet i neste delkapittel.

For en del kommunale tjenester er det slik at brukerbetalinger for kommunal tjenester skal reflektere de faktiske kostnadene for å hindre overforbruk og for å sikre en effektiv allokering av tjenestene (NOU 1997:8). For pleie- og omsorgstjenester derimot utgjør brukerbetalinger en liten andel av de totale kostnadene og skal fungere mer som en medfinansiering av tjenesten, enn som en pris. Grunnen til dette er at pleie- og omsorgstjenester ønskes allokert etter behov og ikke etter betalingsvilje og –evne (NOU 1997:8). I 2010 er brukerbetalinger i pleie- og omsorgssektoren i overkant av 5,5 milliarder kroner.

Selv om brukerbetalinger utgjør en liten andel av kostnadene, kan de være relativt betydelige for enkelte brukere. I avsnittet der vi beskriver finansieringen av institusjonstjenester viser vi for eksempel at brukerbetalinger utgjør i gjennomsnitt 77 prosent av disponibel inntekt. Dette vil diskuteres inngående i de neste delkapitlene.

Oppsummering: Total kostnadsfordeling

I tabell 2.3 har vi oppsummert fordelingen av brutto driftsutgifter etter betaler. Som vi ser, finansierer kommunene med sine frie inntekter den aller største andelen av pleie- og omsorgssektoren, 84,6 prosent. Totale brukerbetalinger - brukerbetaling for praktisk bistand og for institusjonstjenester - dekker sju prosent av totale driftsutgifter. Vi vil i neste avsnitt vise at brukerbetalinger hovedsaklig kommer fra institusjonstjenesten hvor de utgjør en betydelig høyere andel av utgiftene enn i hjemmetjenesten.

Øremerkede tilskudd fra staten og andre direkte inntekter kommunene har tilknyttet sektoren dekker den resterende andelen på 8,4 prosent. Som vi skal se i neste avsnitt er finansieringsansvaret for staten betydelig større i hjemmetjenesten enn i institusjonstjenesten. Hvis vi hadde inkludert disse utgiftene i tabellen, ville de totale pleie- og omsorgsutgiftene økt samtidig som statens andel av finansieringen hadde gått opp.

Tabell 2.3 Fordelingen av brutto driftsutgifter i pleie- og omsorgssektoren 2010

	1000 kroner	Andel %
Netto driftsutgifter	66 288 407	84,6
Brukerbetalinger	5 502 715	7,0
Øremerkede tilskudd og andre direkte inntekter	6 574 807	8,4
Brutto driftsutgifter	78 365 929	100,0

Kilde: Kommunal regnskapsstatistikk SSB

Tallene er basert på et estimat for alle kommuner beregnet av SSB

2.3 Nærmere om finansieringen av institusjonstjenesten

I tabell 2.4 har vi listet opp totale utgifter til hjemmetjenester og institusjonstjenester, og fordelt driftsutgiftene på betaler. Som vi ser koster institusjonstjenesten i overkant av 37 milliarder kroner. Kommunene dekker 82 prosent av disse kostnadene ved sine frie inntekter, brukerbetalinger 13,4 prosent av utgiftene og øremerkede tilskudd og andre direkte inntekter dekker resten. Institusjonstjenesten utgjør 47,5 prosent av brutto driftsutgifter til den kommunale pleie- og omsorgssektoren.

Tabell 2.4 Kostnadsfordeling mellom kommune, stat og bruker i hjemmetjenesten og institusjonstjenesten i 2010 (1000 kroner og prosentandeler)

Utgiftsområde	Netto driftsutgifter	Bruker-betalinger	Øremerkede tilskudd og andre direkte inntekter	Totalt
Utgifter til pleie, omsorg og bolig – institusjoner	30 560 375	4 980 626	1 695 362	37 236 363
Andel av totale utgifter (%)	82,0	13,4	4,6	100,0
Utgifter til pleie og omsorg i hjemmet	32 101 442	522 089	4 208 961	36 832 492
Andel av totale utgifter (%)	87,6	1,4	11,4	100,0

Kilde: Kommunal regnskapsstatistikk SSB

Tallene er basert på et estimat for alle kommuner beregnet av SSB

Institusjonstjenestene er en samlebetegnelse på boliger med tilknyttede tjenester som er regulert i henholdsvis sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav d⁶ og i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 2. ledd tall 6.

Boliger regulert i kommunehelseloven går hovedsaklig under navnet sykehjem, og dette vil heretter bli brukt som samlebetegnelse for alle boliger regulert gjennom denne loven. Institusjonene regulert i sosialtjenesteloven er aldershjem, privat forpleining og bolig for personer under myndighetsalder med behov for særlig omsorg. Vi vil videre i dette kapitlet betegne alders- og sykehjem som institusjonstjenesten, men man må huske på at det inkluderer alle institusjonstypene som er nevnt over. Felles for institusjonstjenesten er at de er lovregulerte til å inneha døgnbemannede tjenester hvor fast personell skal være tilgjengelig hele døgnet og visse typer pleie- og omsorgstjenester er tilknyttet boligen. Forskjellen mellom institusjonene er at sykehjem skal ha heldøgns sykepleie og omsorgstjenester, og at tjenesten har detaljerte krav om organisering og bemanning som er regulert i Forskrift for sykehjem og

⁶ Institusjonene regulert i sosialtjenesteloven er aldershjem, privat forpleining og bolig for personer under myndighetsalder med behov for særlig omsorg se Forskrift til lov om sosiale tjenester m.v. kap. 7 (F04.12.1992 nr 915).

boform for heldøgns omsorg og pleie (F.14.11. 1998), mens aldershjem og andre institusjoner regulert i sosialtjenesteloven kun har krav om heldøgns omsorgstjeneste.

Sykehjem er ansett som en helseinstitusjon, med helsetjenester tilgjengelig hele døgnet, aldershjem, derimot, er institusjoner hvor hjelpen er mer rettet mot stell, tilsyn og praktisk hjelp. Forskriften slår fast at sykehjem må ha organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste, tannlegetjenester og sykepleietjenester. Videre skal bemanningen inkludere en administrativ leder, en lege og en sykepleier som er ansvarlig for lege- og sykepleietjenesten ved den enkelte institusjon. Selv om aldershjem ikke har samme krav om fast tilknyttede tjenester slik som sykehjem, og beboerne i prinsippet kan motta tjenester fra primærhelsetjenesten (Sosial- og helsedepartementet, 1999), har kommunene det samme finansieringsansvaret for tjenester som følge av vederlagsberegningen (beskrevet nedenfor) som i sykehjem. Dette betyr at aldershjem i likhet med sykehjem inkluderer kost og losji, legetjeneste, sykepleietjeneste, viktige legemidler og hjelpemidler. Hovedkjennetegnet til institusjonstjenesten er at det er en helorganisert driftsform med offentlig/kommunalt ansvar for både bolig og tjenester.

Et annet kjennetegn ved institusjonstjenesten er at beboere på langtidsopphold hovedsaklig er eldre med omfattende bistandsbehov. Gabrielsen et al. (2010) finner i en analyse av IPLOS-data for 2009 at tre fjerdedeler av 34 800 mottakere av langtidsopphold i institusjon har omfattende bistandsbehov, og at over 98 prosent av beboerne er over 50 år. Dette tilsvarer en dekningsgrad på 14 prosent av aldersgruppen 80 år og eldre, noe som betyr at andelen eldre som bor på institusjon er redusert i alle aldersgrupper siden 1994 (Otnes, 2011). Dette har blitt motsvart av en kraftig vekst av omsorgsboliger, som er tilrettelagte boliger for pleie- og omsorgstrengende hvor omsorgstjenestene blir tilbudt av hjemmetjenesten. Denne trenden er blitt kalt boliggingjøring av eldreomsorgen, og har bidratt til at funksjonen til institusjonstjenesten som en tjeneste til de mest pleietrengende har blitt forsterket. Dette vil vi diskutere nærmere i avsnittet om omsorgsboliger nedenfor.

Kommunenes finansieringsansvar

Utover brukerbetaling har kommunene det fullstendige finansierings- og driftsansvaret for både boliger og tjenester, og skal sørge for at boligene blir drevet i henhold til de sentrale reguleringene. Etersom institusjoner er en gjennomregulert tjeneste med spesifikke krav til bemanning og hvilke tjenester som skal inngå, betyr dette at kommunene har et vidtrekkende finansieringsansvar. Kommunene må dekke utgiftene til legetjenester, legemidler, sykepleie, sykepleieartikler, tekniske hjelpemidler, praktisk hjelp og tannhelsetjenester (Sosial- departementet, 2004). Kommunene dekker også egenandelene for brukerne ved eventuell

bruk av spesialisthelsetjenester, og disse egenandelene er ikke omfattet av frikortordningen under folketrygden for institusjonsbeboere.

Statens finansieringsansvar

Statens direkte finansiering av institusjonene er begrenset, men staten/folketrygden har ansvaret for å finansiere ortopediske hjelpemidler, forflytningshjelpemidler og hjelpemidler til kommunikasjon (NOU 2010:5). Hjelpemidler til forflytning og kommunikasjon gjelder rullestoler, rullatorer, høreapparater og andre hjelpemidler vedrørende syn og taleevne. Finansieringen av spesialisthelsetjenestene er like i og utenfor institusjon, bortsett fra at folketrygden ikke dekker egenandeler over frikortordningen da denne dekkes av kommunen for beboere i institusjon.

Brukerbetaling

Som vi ser i tabell 2.4, dekker brukerne 13,4 prosent av brutto driftsutgifter til institusjonstjenester. Dette gjør at brukerne dekker en vesentlig større andel av kostnadene i institusjoner enn i hjemmetjenester. Dette har sammenheng med den såkalte vederlagsforskriften som gir kommunene muligheter å ta betaling (vederlag) for opphold i institusjon mv (se Vederlagsforskriften for institusjoner av 26.04.95). Forskriften regulerer vederlagsbetaling for opphold i institusjoner for rusmiddelmissbrukere og boliger med heldøgns omsorgstjenester som nevnt i lov om sosiale tjenester § 7-1 og 7-5 og sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie i medhold av lov om helsetjenesten i kommunene § 1-3.

Det skilles mellom korttidsopphold og langtidsopphold, hvor regleverket for langtidsopphold er langt mer komplisert og omfattende enn for korttidsopphold. For korttidsopphold er det satt en maksimal sats for dag-, natt- og døgnopphold som fastsettes av Helse- og omsorgsdepartementet. I henhold til Prop. 1 S (2010-2011) for Helse- og omsorgsdepartementet er de nåværende satsene 129 kroner for døgnopphold og 68 kroner for dag- og nattopphold.

Ved langtidsopphold har kommunene rett til å ta et vederlag som avhenger progressivt av inntekten, så lenge vederlaget ikke overgår selvkost for institusjonsplassen. Selvkost er beregnet til institusjonens samlede driftsbudsjett utenom kapitalkostnader dividert på antall plasser. Kommunene kan kreve 75 prosent av disponibel inntekt (I) inntil folketrygdens grunnbeløp minus et fribeløp. Med disponibel inntekt menes all inntekt etter fradrag av skatt og gjeldsrenter. Ved disponibel inntekt utover grunnbeløpet kan kommunene kreve opptil 85 prosent. Fra 1. mai 2010 utgjør grunnbeløpet i folketrygden (G) kr. 75 641 per år. Fribeøpet (F), i likhet med maksimalsatsene for korttidsopphold, fastsettes av Helse- og

omsorgsdepartementet og er foreløpig på 6600 kroner. Dette beløpet var ment for å motvirke at reglene for vederlagsberegning skulle virke skjerpene i forhold til foregående regelverk som gjaldt fram til 1. januar 1988. Minimumsbeløpet skal minst være 25 prosent av grunnbeløpet i tillegg til 75 prosent av fribeløpet. Dette gjør at alle beboere er sikret minst 23 860,25 kroner til privat forbruk per år og at beboere med inntekt under dette beløpet er fritatt fra betaling. Det er også fradragsregler for beboere som har ektefelle som ikke er på institusjon eller har forsørgeransvar for mindreårige barn. Dette skal sikre at familie som har felles økonomi med beboer er sikret et visst økonomisk grunnlag. Gitt dette systemet kan vi presentere maksimalsatsene, når vi ser bort fra fradragsregler, mer konsist på følgende likningsform:

$$V = 0,75 (G-F) + 0,85(I-G) \text{ for } I \geq G$$

$$V = I - M \quad \text{for } M \leq I < G$$

hvor I er disponibel inntekt, G står for folketrygdens grunnbeløp, F er fribeløpet og M er minimumsinntekten som alle beboere skal sitte igjen med.

Som beskrevet over, er det detaljerte krav til innholdet i tjenestene for institusjoner regulert i kommunehelsetjenesteloven som ikke gjelder aldershjem. I reguleringene for vederlag blir det slått fast at vederlaget dekker kost og losji, medisiner, helsetjenester, fysioterapi, sykepleietjeneste, nødvendig tannbehandling, og hvis institusjonen har tilbud om det, også ergoterapeut. Siden januar 1995 gjelder dette også aldershjem, som gjør at kommunene har det samme finansieringsansvaret for helsetjenester i alle boliger hjemlet som institusjon.

Vederlagsberegningen som er presentert over, skal være en veileder for utformingen av brukerbetalinger for institusjon. Kommunen står fritt til å fastsette sine egne betalingssetter så lenge de ikke overgår de gitte maksimalsatsene. KOSTRA-systemet inneholder kun totale brukerbetalinger for institusjonstjenester, slik at det ikke er mulig å identifisere forskjeller mellom nivå og betalingsordninger på individnivå. I følge Kristiansen (2003) som analyserte individdata på langtidsbeboere i 2000, følger kommunene i grove trekk maksimalsatsene som beskrevet i likningen. For å illustrere de relevante maksimalsatsene har vi beregnet vederlaget for langtidsopphold for enslige personer med ulike inntekter i tabell 2.5.

Tabell 2.5 Årlige vederlag for enslige personer, kroner per år (2010)

Inntekt	G	2G	3G	4G	5G
Brutto pensjonsinntekt	75 641	151 282	226 923	302 564	378 205
Samlet skatt	0	0	27 772	52 948	76 714
Disponibel inntekt	75 641	151 282	199 151	249 616	301 491
Vederlag	51 781	116 076	156 764	199 660	243 776
Restinntekt	23 860	35 206	42 387	49 956	57 715
Vederlag (% av disp. inntekt)	68,5	76,7	78,7	79,9	80,9

Kilde: Kommunal regnskapsstatistikk SSB

Tallene er basert på et estimat for alle kommuner beregnet av SSB

Skatteberegningen er basert på de nye skattereglene for pensjonister som gjelder fra 1. januar 2011, se Skatteetaten (2010). For å gjøre skatteberegningen enkel er utregningen basert på en enslig person med alderspensjon som eneste inntekt. Dette betyr at skattegrunnlaget i tabellen vil være 4,7 prosent av personinntekten pluss 28 prosent av alminnelig inntekt minus skattefradraget for alderspensjonister. Med våre antakelser vil personinntekten være lik brutto pensjonsinntekt. Alminnelig inntekt vil være lik brutto pensjonsinntekt minus minste fradraget på 26 prosent av pensjonsinntekten, begrenset nedad til 4000 kroner og oppad til 62 950 kroner, og personfradraget på 43 600 kroner. Skattefradraget for alderspensjonister er fastsatt av Stortinget til maksimum 28 150 kroner i 2011. Maksimumsatsen gjelder inntil en pensjon på 158 650 kroner, trappes gradvis ned over dette beløpet og faller helt bort ved en pensjonsinntekt over 498 610 kroner. Selv om skatteberegningen gjelder pensjonsinntekter vil utregning av vederlaget være den samme for alle personer med lik disponibel inntekt. Som vi ser, er vederlaget proporsjonalt med inntekten.

2.4 Nærmere om finansieringen av hjemmetjenestene

Som vi så i tabell 2.4, er utgiftene til hjemmetjenestene i underkant av 37 milliarder noe som utgjør 47 prosent av totale utgifter til pleie og omsorg. Det er først siste årene at hjemmetjenestene har fått høyere utgifter enn institusjonene. Det er flere årsaker til endringen, også et ønske om at pleietrengende personer skal få mulighet til å bo så lenge som mulig i eget hjem (Kjelvik, 2011). Samtidig har det skjedd en eksplosiv vekst av yngre brukere med store hjelpebehov etter HVPU-reformen (Brevik, 2010a). I 2009 gikk to av tre kroner i hjemmetjenesten til brukere under 67 år som da utgjorde 37,7 prosent av totalt 174 275

brukere. Grunnen til dette er at de yngre brukerne får tildelt tre ganger så mange timer i uken av hjemmetjenester som eldre brukere (Kjelvik, 2011).

Hjemmebaserte tjenester er en samlebetegnelse på alle tjenester som kommunene tilbyr pleietrengende som bor hjemme, i omsorgsbolig eller i andre kommunale boliger som er tilrettelagt for pleie- og omsorg. Lovpålagte tjenester er hjemmesykepleie som er regulert i kommunehelsetjenestelover og hjemmehjelpstjenester, brukerstyrt personlig assistanse, avlastningstiltak, støttekontakt og omsorgslønn som er regulert i sosialtjenesteloven. Hjemmehjelp er hjelp med praktiske gjøremål som matlaging, rengjøring osv. Hjemmesykepleie er sykepleiefaglige tjenester utført av personer med helsefaglig kompetanse. Vaktmestertjenester, matombringing og trygghetsalarm er eksempler på vanlige hjemmetjenester som blir tilbudt av kommunene, men som ikke er lovpålagte. I tillegg disponerer kommunene omsorgsboliger og andre boliger som er tilpasset brukere av pleie- og omsorgstjenester. Dette er boliger som ikke er lovregulerte, og blir betraktet som brukerens private hjem. Utviklingen av pleie- og omsorgssektoren i nyere tid har vært kjennetegnet ved en kraftig tilvekst av omsorgsboliger i pleie- og omsorgssektoren og en vridning fra tradisjonelle institusjonsplasser til omsorgsboliger. Dette gjør at omsorgsboliger fortjener en nærmere beskrivelse.

Omsorgsboliger har siden 1994 mottatt diverse etableringstilskudd gjennom Husbanken, og er derfor formet etter retningslinjene for dette tilskuddet. Detaljerte retningslinjer for omsorgsboliger er gitt i rundskrivet Omsorgsboliger - en veileder.⁷ De sentrale retningslinjene er at kommunene som får støtte til omsorgsboliger må ha etablert hjemmetjeneste som er tilgjengelig døgnet rundt og boligen må være tilrettelagt for muligheten til motta døgtjenester. Til forskjell fra institusjon er omsorgsboliger private hjem og det er ingen bestemte tjenester som følger boligen. Brukeren eier eller leier boligen og mottar pleie- og omsorgstjenester etter behov på samme måte for brukere som bor i private hjem. Ettersom omsorgsboliger er å anse som en privat bolig, gjør det at beboerne er omfattet av det samme regelverket for helsetjenester, pleie- og omsorgstjenester og tilskuddsordninger som andre hjemmeboende. En annen viktig forskjell mellom institusjoner og omsorgsboliger er at sistnevnte kan dekke hele spekteret av omsorgsbehov. Omsorgsboliger er alt fra selvstendige boliger til bokollektiver med personalbase og heldøgnsbemanning. Brevik (2010a) skriver at tilveksten av 26 400 omsorgsboliger i perioden 1994-2006 er et eksempel på en radikal endring av pleie- og omsorgssektoren i form av boliggingjøring.

⁷ Rundskriv I-27, H - 24/97 B

Til sammen er det 50 200 boliger til pleie- og omsorgsformål, hvorav én tredjedel av disse har heldøgnsbemanning med beboere som har samme funksjonstap som sykehjemsbeboere (Brevik 2010b). Heldøgnsbemannet bokollektiv, altså en form for omsorgsbolig, ligner på mange måter et institusjonstilbud, men blir registrert som hjemmetjenester og omfattes dermed av et annet regelverk når det gjelder tjenestetilbud og finansiering. Begrepet omsorgsboliger kommer direkte fra tilskuddsordningen til boligene som ble startet i 1994, etter at Gjærevollutvalget anbefalte en avinstitusjonalisering av pleie- og omsorgstjenesten. Denne tilskuddsordningen gjaldt både sykehjem og omsorgsboliger, men i retningslinjene ble det ytret ønske om en boliggingjøring av eldreomsorgen (Husbanken, 2004). Tilskuddsordningen til omsorgsboliger og sykehjem ble senere utvidet i Handlingsplanen for eldreomsorgen (1998-2006).

Tilskuddsordningene har medvirket til at omsorgsboliger har tatt over rollen til aldershjem og i noen tilfeller blitt et alternativ til sykehjem. Dette eksemplifiseres ved at dekningsgraden i institusjon til innbyggere 80 år og eldre har blitt redusert med 16 prosent fra 1998 til 2006, samtidig som tilveksten av omsorgsboliger med heldøgnsbemanning har gjort at heldøgnsdekningen for de eldre har vært uendret de siste 9 årene (Brevik, 2010a). Nedgangen i institusjonsdekningen skyldes først og fremst en kraftig nedgang i aldershjems-plasser - en nedgang på 7000 plasser siden 1991 (Otnes, 2011). Med investeringstilskuddet til omsorgsboliger og sykehjem vil nok denne trenden fortsette, og det er sannsynlig at tradisjonelle aldershjem vil forsvinne som boform i pleie- og omsorgssektoren.

Tilskuddsordningene har gitt økonomiske insentiver til en avinstitusjonalisering av pleie- og omsorgssektoren som skyldes et politisk ønske om at pleietrengende skal få bo så lenge som mulig i eget hjem eller i tilpasset bolig. Gautan og Hermansen (2011) hevder også at trenden skyldes at hjemmebasert omsorg har kostet mindre, noe vi vil undersøke i kapittel 3.

Kommunenes finansieringsansvar

Kommunene har finansieringsansvaret for alle hjemmetjenester regulert i kommunehelse-tjenesteloven og sosialtjenesteloven. Dette gjelder hjemmesykepleie, praktisk hjelp, omsorgslønn og støttekontakt. I tillegg har kommunen finansieringsansvaret for hjelpemidler til kortidsbruk (varighet på under to år) (NOU 2010:5). Mottakere av hjemmetjenester er også omfattet av den øvrige kommunale helsetjenesten som for eksempel fastlege, fysioterapi-ordningen og legevakt. Disse tjenestene er imidlertid delfinansiert av folketrygden. Mange kommuner tilbyr også trygghetsalarm, matombringning og vaktmestertjenester.

Utgiftene til hjemmetjenester i tabell 2.4 utgjør kun utgiftene til de lovpålagte tjenestene. Kommunenes utgifter til hjemmeboende pleietrengende vil også avhenge av tilbudet av ikke-lovpålagte tjenester, i tillegg til at noen kommuner subsidierer husleien i kommunale boliger som bostøtte eller sosialhjelp. Fastsettelsen av husleie vil også påvirke finansieringsandelen til kommunene i hjemmetjenesten.

Statens finansieringsansvar

Staten har et betydelig mer omfattende finansieringsansvar for helsetjenester, tekniske hjelpemidler og botjenester når brukerne bor hjemme eller i omsorgsbolig enn det den har når brukerne bor i institusjoner. Brukere utenfor institusjon er dekket av folketrygden og har tilgang til statlig bostøtte på lik linje som den øvrige befolkningen, uavhengig av om brukeren bor hjemme eller i omsorgsbolig med eller uten heldøgnsbemanning. Dette betyr at staten har, i henhold til Lov om folketrygd, finansieringsansvaret utenom egenbetaling for en rekke tjenester som er et kommunalt finansieringsansvar i institusjoner. Dette gjelder allmennlegetjenester, fysioterapi, viktige legemidler og sykepleierartikler (blåreseptordningen) og nødvendige hjelpemidler. Staten/folketrygden har det samme finansieringsansvaret for ortopediske hjelpemidler, hjelpemidler til kommunikasjon og forflytning og spesialisthelsetjenester. Staten har også en bostøtteordning administrert av Husbanken, som yter bostøtte til personer med lav inntekt og relativt høye boutgifter.

I tillegg yter folketrygden stønad til ekstrautgifter knyttet til varig sykdom, skade eller lyte som medfører særskilt tilsyn og pleie. Hjelpestønad er et tilskudd til personer med et privat pleieforhold som trenger støtte til finansieringen. Grunnstønad er tilskudd til spesifikke hjelpemidler og ekstra utgifter vedrørende sykdom. Disse stønadsordningene ytes *ikke* til beboere i institusjoner (Rikstrygdeverket, 2002).

Brukernes utgifter

Brukere av hjemmetjenester er omfattet av det samme regelverket for helsetjenester som for resten av befolkningen. Dette betyr at brukere av hjemmetjenester betaler egenandeler for den enkelte tjeneste de mottar, i motsetning til brukere i institusjoner hvor det betales en fast andel av inntekten for et helhetlig tilbud.

Forskrift til lov om sosiale tjenester mv. § 8 regulerer kommunenes adgang til å kreve brukerbetaling for kommunale tjenester. Forskriften sier at kommunene står fritt til å forme sine egne betalingsordninger for pleie- og sosialtjenester det ikke er gjort unntak i forskriftens § 8-2 nr 2. Dette gjelder hjemmesykepleie, hjelp til personlig stell og egenomsorg, støttekontakt, avlastningstiltak eller omsorgslønn. Tjenester det kan tas egenbetaling for er

hjelp til praktiske gjøremål, som for eksempel rengjøring, klesvask, matlaging mv. Ytterligere skjerminger i brukerbetalingene innebærer at den ikke skal overstige kommunenes selvkost og at brukeren skal sitte igjen med en tilstrekkelig inntekt til å dekke personlige behov og eventuelle forsørgeransvar. Her må kommunene også ta hensyn til at brukerne kan ha store utgifter til egenandeler for andre helsetjenester og legemidler. I tillegg er det en maksimumsats for brukere med samlet skattbar inntekt under 2G, som på nåværende tidspunkt er satt til 165 kroner per måned.⁸ Inntektsgrunnlaget er annerledes enn for institusjonsvederlaget, her gjelder husstandens inntekt før skatt og særfradrag. Selvkost er satt til gjennomsnittlig timelønn tilknyttet tjenesten som blir tilbudt tillagt arbeidsgiveravgift, feriepenger, kommunenes pensjonsandel og 10 prosent i administrasjonsutgifter. Denne forskriften gjelder også for ikke-lovpålagte tjenester som kommunene tilbyr som et supplement eller erstatning til lovpålagte tjenester etter sitt ansvar i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Som vi skal se i neste kapittel, utgjør brukerbetalingene i hjemmetjenesten en mye mindre andel av kostnadene enn i institusjonstjenesten. Dette har sammenheng med at brukerbetalingen i institusjonstjenesten omfatter botjenester, helsetjenester og dagliglivets utgifter. Samtidig må kommunene ta hensyn til at brukere av hjemmetjenester ofte har store kostnader forbundet med funksjonshemming eller sykdom, som begrenser adgangen til å kreve brukerbetaling. Dette kan føre til at kommunene må subsidiere tjenestene slik at brukerne sitter igjen med nok inntekt til å dekke opp for personlige behov.

Kommunene har gjennomgående valgt enten en abonnementsordning, timeprisordning eller en kombinasjon av de foregående. Ved abonnement betaler brukerne en fast pris per måned. For timepris betaler brukeren en timesats for hver time mottatt av den aktuelle tjenesten, som oftest er begrenset til et utgiftstak For alle ordningene avhenger satsene som regel (positivt) av brukernes inntekt. En kombinasjonsordning gjelder timepris opp til et nivå, en sats per time, hvor abonnementsprisen overtar. I tabell 2.6 har vi, som i NOU 1997:17, betraktet abonnementsordninger og kombinasjonsordninger som én ordning, og laget en oversikt over minimums-, maksimumsbeløp og gjennomsnitt for ordningene innenfor de respektive inntektsintervallene.⁹

⁸ Se rundskriv "Endring av fribeløp og egenandeler for kommunale pleie- og omsorgstjenester" nr. I-1/2011

⁹ Tallene er hentet fra tabell 04691 KOSTRA. Observasjoner hvor det er registrert høyere egenandeler for lave inntekter enn for høye inntekter ble slettet, dette gjelder fem kommuner.

Tabell 2.6 Brukerbetaling, praktisk bistand, gjennomsnittlige abonnementssetter og utgiftstak ved timepris per måned

	Inntekt	Gjennomsnitt	Minimum	Maksimum
Abonnementsordning	Under 2G	151	50	155
	2-3 G	603	100	2 000
	3-4 G	967	120	2 970
	4-5 G	1 340	140	3 938
	Over 5 G	1 655	150	4 576
Utgiftstak - timepris	Under 2G	150	45	155
	2-3 G	696	85	6 958
	3-4 G	1 099	110	11 841
	4-5 G	1 509	155	17 480
	Over 5 G	1 932	155	22 203

Brukere av hjemmetjenester betaler, utenom brukerbetalningene for praktisk bistand, egenandeler av helsetjenester som er refundert av folketrygden. Disse reglene er de samme som for resten av befolkningen. For tjenester som legehjelp, psykologhjelp, viktige legemidler og sykepleieartikler og reise til behandling i spesialisthelsetjenesten betales egenandeler inntil egenandelstak 1 (i 2011 er dette taket på 1 880 kroner). For fysioterapi, refusjonsberettiget tannbehandling mv. betales det egenandel inntil egenandelstak 2 (i 2011 er taket på 2560 kroner). Brukerne som har behov for hjelpemidler for å mestre dagliglivet, får dekket dette av kommunen hvis behovet er av varighet under to år. Ved lang varighet er hjelpemidlene dekket av folketrygden. Begge ordningene er unntatt for egenandeler.

Uavhengig av om brukeren bor i omsorgsbolig eller eget hjem er boligutgifter et privat ansvar. Brukerne har rett til å søke statlig bostøtte på lik linje som resten av den ikke-institusjonaliserte befolkningen. I mange tilfeller kan det også være slik at kommunene subsidierer husleien i omsorgsboliger for å skjerme brukere med lav inntekt. Utgifter til legemidler og andre tjenester som ikke har tryggedekning må brukeren betale i sin helhet.

2.5 Skjematisk fordeling av finansieringsansvaret for pleie og omsorg

For å oppsummere fordelingen av finansieringsansvaret har vi laget en skjematisk beskrivelse av systemet i tabell 2.7.

Tabell 2.7 Kostnadsfordeling mellom kommune, stat og bruker

Tjeneste	Kommune	Stat	Bruker
Institusjon	<ul style="list-style-type: none"> - Kost & losji - Legetjenester - Legemidler - Store tekniske hjelpemidler - Sykepleie - Sykepleieartikler - Praktisk hjelp - Egenandeler spesialisthelsetjeneste 	<ul style="list-style-type: none"> - Forflytningshjelpemidler - Ortopediskhjelpemidler - Kommunikasjonshjelpemidler - Spesialisthelsetjenester - Reiseutgifter til spesialist 	<ul style="list-style-type: none"> - Inntektsavhengig vederlag som dekker samtlige tjenester
Hjemmetjenesten (Hjemmeboende og beboere i omsorgsboliger)	<ul style="list-style-type: none"> - Hjemmesykepleie - Hjemmehjelp - Omsorgslønn - Støttekontakt - Hjelpemidler til kortidsbruk - I tillegg enkelte ikke-lovpålagte tjenester 	<ul style="list-style-type: none"> - Viktige legemidler og sykepleierartikler - Allmennlegetjenester - Fysioterapi - Spesialisthelsetjenester - Reiseutgifter til spesialist - Hjelpemidler 	<ul style="list-style-type: none"> - Egenandeler for tjenester dekt av folketrygden - Egenandeler for praktisk bistand - Alle andre utgifter til dagliglivet

Vi ser at det er stor grad av kompleksitet i finansieringssystemet for tjenestene. Gjennomgangen har heller ikke avdekket noen overordnede prinsipper for de finansieringsløsningene som er valgt.

3 Kostnadsforskjeller mellom institusjonsbaserte og hjemmebaserte tjenester

3.1 Innledning

Som beskrevet i Omsorgsplan 2015 (St. meld. nr. 25 (2005-2006)) skal pleie- og omsorgstilbudet i størst mulig grad avhenge av individuelle preferanser og behov, og være uavhengig av sosioøkonomisk status. At ansvaret for sektoren er desentralisert til kommunene er basert på forutsetningen om at det er de lokale myndighetene som har de beste forutsetningene for å få dette til. Det er de som står nærmest brukerne som har best kunnskap om lokale behov, preferanser og kostnader. Lokal kunnskap skal på den måten sikre effektiv ressursutnyttelse ved at tilbudet blir tilpasset lokale behov (prioriteringseffektivitet) og ved at tilbudet gitt kvaliteten blir tilpasset lokale kostnader og dermed produsert på billigst mulig måte (kostnadseffektivitet).

En forutsetning for effektiv ressursutnyttelse er at kommunene i sitt valg av tjenester veier faktiske kostnader opp mot nytten av tjenesten. I denne sammenheng kan det stilles spørsmål ved om dagens finansieringssystem fungerer nøytralt. I kapittel 2 dokumenterte vi at det eksisterer kostnadsforskjeller mellom hjemmetjenester og institusjonstjenester som har sin bakgrunn i selve finansieringssystemene. Beskrivelsen identifiserte følgende kiler mellom kostnadene for hjemmetjenester og institusjonstjenester:

1. I hjemmetjenesten har folketrygden ansvaret for helsetjenester, viktige legemidler og hjelpemidler, fysioterapi mv., og brukerne dekker egne utgifter til bolig og mat, mens dette er et kommunalt finansieringsansvar i institusjonsomsorgen.¹⁰
2. Reglene for brukerbetaling gjør at brukerne dekker progressivt mer av driftsutgiftene med hensyn på inntekt i institusjonsomsorgen enn i hjemmetjenesten.

Dette systemet gir rom for kostnadsvridninger i den forstand at kommunene kan tilpasse tjenestetilbudet etter hva som reduserer egne kostnader. Helt stilistisk vil det budsjettmessig lønne seg for kommunen, gitt funksjonsnivået til brukeren, å tilby institusjonstjenester til høyinntektsbrukere og dermed velte deler av kostnadene over på bruker. For lavinntektsbrukere vil det lønne seg for kommunen å tilby hjemmetjenester og dermed vri kostnadene over på staten.

¹⁰ Viktige legemidler og hjelpemidler er de midlene som er dekket i folketrygden.

Staten vil dermed dekke større del av enhetskostnaden i hjemmetjenesten og brukerne vil dekke en større del av kostnadene i institusjonstjenesten. Disse vridningseffektene, hvis de er tilstede, vil selvsagt være større mellom tjenester som kan oppfylle samme hjelpebehov. For å gjøre en nærmere analyse av dette starter vi med en gjennomgang av enhetskostnadene i pleie- og omsorgssektoren.

3.2 Analyse av enhetskostnader

For å illustrere skillet mellom kommunenes kostnader til hjemmetjenestene og institusjonstjenestene, samt andelene av enhetskostnaden som blir dekket av kommunene, brukerne og øremerkede tilskudd fra staten og andre direkte inntekter, har vi nedenfor tatt utgangspunkt i kostnadstallene i KOSTRA for å beregne enhetskostnadene til ulike tjenester. Beregningene baseres på utgifter, antall mottakere og brukerbetalinge knyttet til følgende funksjoner i KOSTRA:

- f234 Aktivisering eldre og funksjonshemmede
- f253 Pleie, omsorg, hjelp i institusjon
- f261 Institusjonslokaler
- f254 Pleie, omsorg, hjelp til hjemmeboende

Funksjon 234, aktivisering eldre og funksjonshemmede, omfatter utgifter til eldresentre, dagsentre og aktiviteter for eldre og funksjonshemmede. f253 og f261 utgjør den totale institusjonstjenesten. Utgiftene og brukerbetalingene tilhørende disse to funksjonene dekker pleie- og omsorg i institusjon, andre driftsutgifter som kantine, vaskeri, rengjøring, drift og vedlikehold av boligene. Mottakere i kategorien er antall beboere i institusjon i alt. f254 omfatter den total hjemmetjenesten som dekkes gjennom kommunalbudsjettet. Dette er utgifter til hjemmesykepleie, praktisk bistand, avlastning og omsorgslønn. Brukerne tilhørende denne funksjonen er antall mottakere av hjemmetjenester i alt, og brukerbetalingene omfatter hva de betaler for praktisk bistand. Vi har benyttet data for perioden 2007-2009. Grunnen til dette er at det ikke er registrerte opplysninger om netto driftsutgifter i institusjon og mottakere av hjemmetjenester før 2006, og at tallene på mottakere fra og med 2007 er hentet fra IPLOS- registeret, og er derfor ikke direkte sammenlignbare med tidligere

år. Vi har også valgt å droppe 2010 siden mange kommuner ennå ikke har rukket å rapportere sine nyeste tall inn til KOSTRA.¹¹

I tabell 3.1 har vi angitt totale kostnader og brukerbetalinger deflatert med kostnadsdeflatoren for kommunesektoren, se vedlegg 6 i TBU (2010), og antall brukere i den tidsperioden vi har valgt å analysere.¹²

Tabell 3.1 Totale utgifter i 1000 kroner (2007=1) og antall brukere. N=228.

Variabel	2007	2008	2009	Reell endring %
Brutto driftsutgifter Samlet (ΣC)	62 932 032	66 342 200	67 904 536	7,9
Brutto driftsutgifter institusjoner (ΣCI)	30 985 614	32 248 722	32 661 360	5,4
Brutto driftsutgifter hjemmetjenester (ΣCH)	28 506 520	30 506 652	31 542 818	10,6
Netto driftsutgifter Samlet (ΣNC)	53 216 500	54 715 720	57 143 740	7,4
Netto driftsutgifter institusjoner (ΣNCI)	25 573 664	26 524 180	26 742 550	4,6
Netto driftsutgifter hjemmetjenester (ΣNCH)	24 847 188	25 357 558	27 253 000	9,7
Samlet brukerbetaling institusjoner (ΣBI)	4 165 935	4 242 249	4 304 886	3,3
Samlet brukerbetaling hjemmetjenester (ΣBH)	439 127	412 711	432 808	-1,4
Samlet antall institusjonsbeboere (ΣnI)	42 277	42 077	44 411	5,0
Samlet antall mottakere av hjemmetjenester (ΣnH)	171 895	178 342	186 317	8,4

¹¹ Torsken kommune mangler data på alle utgifter og brukerbetalinger og Utsira kommune mangler tall på mottakere, og vi har derfor valgt å droppe disse kommunene fra utvalget. Frei (kommunenr. 1556) og Kristiansund (kommunenr. 1503) ble slått sammen til Kristiansund kommune med nummer 1505 fra 2007. Dette gjør at tidligere Frei og Kristiansund kommune vil mangle opplysninger for 2008 og 2009 og nye Kristiansund kommune for 2007. Derfor har vi slått sammen opplysningene fra Frei og Kristiansund i 2007 og behandlet dette som opplysninger for Kristiansund kommune (kommunenr 1505) i samme tidsperiode. 14 kommuner har manglene opplysninger om mottakere, for disse har vi beregnet gjennomsnittet for kommunen i 2007-2009 og erstattet den manglene verdien. Dette gjør vi for å kunne beregne gjennomsnittskostnader for disse kommunene. Vi har også rettet på to ekstreme verdier, som vi har tolket som gale observasjoner. For Bykle kommune er det registrert en beskjeden negativ brukerbetaling for hjemmetjenester i 2008. Siden det er registrert at kommunen ikke har noen brukerbetalinger for de andre årene, har vi latt dette være observasjonen også i 2008. For Stordal kommune er det registrert betydelige negative netto driftsutgifter i 2008. Dette går ikke overens med brukerbetalingene det året og er ikke sammenlignbart med opplysningene for de andre årene for kommunen. Derfor har vi erstattet netto driftsutgifter i 2008 med Stordals deflaterte gjennomsnitt for 2007 og 2009. Utvalget vil da bestå av opplysninger fra 428 kommuner i tre år.

¹² Som vi ser i tabellen, er ikke summen av kostnadene i hjemmetjenesten og institusjonstjenesten lik samlede kostnader. Dette skyldes at samlede utgifter også inneholder utgifter til ikke-lovpålagte tjenester. Noen av disse utgiftene er inkludert i f234. Vi har valgt å utelukke f234 i kalkuleringen av enhetskostnadene i hjemmetjenesten fordi denne funksjonen ikke har informasjon om brukerbetalinger og antall brukere. Om vi hadde inkludert f234 i utgiftene til hjemmetjenester vil ikke dette ha endret på konklusjonene av analysen. I 2010, utgjorde f234 10.6 prosent av driftsutgifter i hjemmetjenesten.

Som vi ser i tabell 3.1 utgjør brukerbetalingene en betydelig større del av kostnadene i institusjonstjenesten enn i hjemmetjenesten. Selv om vi ser på en kort tidsperiode, ser vi at de reelle økningene i utgifter og i brukere er større i hjemmetjenesten enn i institusjonene. Dette bekrefter trenden vi diskuterte kort i forrige kapittel.

For å belyse kostnadsforskjeller mellom hjemmetjenester og institusjonstjenester har vi under beregnet gjennomsnittskostnader per bruker for den enkelte tjeneste. Vi har også beregnet andelene av gjennomsnittskostnaden som dekkes direkte av kommunen, bruker og av staten og andre direkte inntekter. Dette gjør vi for å belyse hvordan kostnadsforskjellene kan påvirke prioriteringer og preferanser. I tabell 3.2 har vi oppsummert enhetskostnadene for den samlede pleie- og omsorgssektoren, for hjemmetjenesten og for institusjonstjenesten. Enhetskostnadene blir her brukt som betegnelse på kostnader per bruker av tjenesten. Totale enhetskostnader, \bar{C} , er kalkulert for hver kommune som brutto driftsutgifter dividert på antall mottakere i alt, $\bar{C} = \frac{C}{nI + nH}$. Kalkulasjonen av enhetskostnadene i hjemmetjenesten, \bar{C}_H , og institusjonstjenesten, \bar{C}_I , er kalkulert på samme måte med bruk av driftsutgifter og brukere som er spesifikke for de respektive tjenestene, henholdsvis $\bar{C}_H = \frac{CH}{nH}$ og $\bar{C}_I = \frac{CI}{nI}$.

For å fordele andelene av enhetskostnadene på betalere har vi delt kostnadsvariablene inn i tre deler. $C = C_k + C_b + C_s$ hvor C_k er kostnader som betales direkte av kommunen, C_b er kostnader som dekkes direkte av brukerne, og C_s er andelen som er dekket av øremerkede tilskudd fra staten og andre direkte inntekter tilhørende omsorgssektoren. Kostnadene som er dekket direkte av kommunen er satt lik netto driftsutgifter, $C_k = NCI + NCK$. Som forklart i kapittel 2, er dette brutto driftsutgifter fratrukket brukerbetalinger, øremerkede tilskudd og andre direkte inntekter. Det er dermed de utgiftene som må dekkes direkte av kommunenes frie inntekter, og vil derfor være det relevante utgiftsbegrepet å bruke for å beregne enhetskostnadene som kommunene står overfor. Det brukerne dekker av utgifter er det de betaler i brukerbetalinger, $C_b = BH + BI$. Restutgiftene blir dekket av øremerkede tilskudd og andre direkte inntekter, $C_s = C - C_k - C_b$. Dermed kan vi fordele enhetskostnadene på betalere, $\bar{C} = \frac{C_k}{nI + nH} + \frac{C_b}{nI + nH} + \frac{C_s}{nI + nH}$, hvor uttrykkene på høyre side av likningen er henholdsvis enhetskostnaden som dekkes av kommunen, \bar{C}_k , brukerne, \bar{C}_b , og av staten og andre direkte inntekter, \bar{C}_s .

Beregningen av enhetskostnader fordelt på betalere i hjemmetjenesten, $\bar{C}H_k$, $\bar{C}H_b$ og $\bar{C}H_s$, og institusjonstjenesten, $\bar{C}I_k$, $\bar{C}I_b$ og $\bar{C}I_s$, er gjort på samme måte med bruk av utgifter og brukere som er spesifikke for de respektive tjenestene.

Tabell 3.2 Beregning av enhetskostnader fordelt på betalere med utgangspunkt i KOSTRA (2007=1). N=228.

Variabel	2007		2008		2009	
	Gjennomsnitt	Andel %	Gjennomsnitt	Andel %	Gjennomsnitt	Andel %
\bar{C}	304 176	100,0	300 140	100,0	300 089	100,0
\bar{C}_k	244 833	80,5	237 525	79,1	241 038	80,3
\bar{C}_b	22 428	7,4	21 273	7,1	21 348	7,1
\bar{C}_s	36 915	12,1	41342	13,8	37 703	12,6
$\bar{C}I$	810 694	100,0	793 377	100,0	790 335	100,0
$\bar{C}I_k$	670 285	82,7	655 892	82,7	649 301	82,2
$\bar{C}I_b$	100 841	12,4	96 662	12,2	97 673	12,4
$\bar{C}I_s$	39 568	4,9	40 823	5,1	43 362	5,4
$\bar{C}H$	169 013	100,0	165 153	100,0	166 243	100,0
$\bar{C}H_k$	146 360	86,6	137 114	83	143 237	86,2
$\bar{C}H_b$	2 955	1,7	2 580	1,6	2 547	1,5
$\bar{C}H_s$	19 698	11,7	25 459	15,4	20549	12,3

De fire første linjene i tabell 3.2 oppgir enhetskostnadene for hele pleie- og omsorgssektoren. Tallene bekrefter at det er kommunen som har hovedansvaret for driftsutgiftene i pleie- og omsorgssektoren - finansieringsandelen til kommunene ligger på cirka 80 prosent i analyseperioden. I følge tabellen er det øremerkede midler fra staten og andre direkte inntekter kommunen har tilknyttet pleie- og omsorgssektoren som dekker den nest største andelen - gjennomsnittlig 12,8 prosent i 2007-2009. Brukerbetalinger dekker gjennomsnittlig 7,2 prosent av de totale driftsutgiftene i analyseperioden. Her må man legge merke til at innenfor institusjonstjenesten blir botjenester, legemidler, hjelpemidler mv. regnet som pleie- og omsorgsutgifter som dekkes av brukerbetalinger og kommunen. De samme tjenestene blir

dekket av folketrygden i hjemmetjenesten og blir ikke registrert som pleie- og omsorgsutgifter. Hadde disse utgiftene blitt ansett som pleie- og omsorgsutgifter, eller en andel av disse utgiftene - for eksempel hvis man likestiller institusjoner og heldøgns omsorgsboliger og dermed medregner utgiftene for disse tjenestene i sistnevnte, ville finansieringsandelen til staten økt og andelen til kommunene og brukerne ville blitt redusert.

De fire neste linjene i tabell 3.2 viser enhetskostnadene i institusjonstjenesten, og de fire siste angir enhetskostnadene i hjemmetjenesten fordelt på betalere. Vi ser at i gjennomsnitt er enhetskostnadene i institusjonstjenesten betydelige høyere enn i hjemmetjenesten og da også følgelig for sektoren totalt sett. Brukerne betaler i gjennomsnitt 100 841 kroner for opphold i institusjon, noe som utgjør 12,4 prosent av gjennomsnittlige enhetskostnader. Dette betyr at brukerbetalinger er 32 ganger høyere i institusjonstjenesten, og dekker nærmere 11 prosentpoeng mer av enhetskostnaden i gjennomsnitt. Her må man også huske på at institusjonstjenesten inkluderer flere og som regel et større omfang av tjenester. Det er likevel verdt å merke seg at brukerbetalinger utgjør en betydelig medfinansiering av institusjonstjenesten sammenlignet med hjemmetjenesten.

For å vise forskjell i spredning og størrelse på enhetskostnadene som kommunen møter, har vi i tabell 3.3 oppgitt variasjonskoeffisienten, minimums- og maksimumsverdi av enhetskostnadene.¹³ Variasjonskoeffisienten er definert som standardavviket relativt til gjennomsnittet. Den beskriver variasjonen i enhetskostnadene mellom kommunene; jo høyere variasjonskoeffisienten, jo større forskjeller er det mellom kommunene. Det er enhetskostnadene dekket av øremerkede tilskudd og andre direkte inntekter som har størst spredning. Dette har nok med å gjøre at øremerkede tilskudd som regel er direkte rettet mot å utligne forskjeller i behov og kostnader mellom kommuner, slik som tilskuddet til ressurskrevende tjenester, som gjør at det blir store forskjeller mellom hva kommuner mottar i tilskudd.

¹³ Siden vi bruker tall fra 2009 i resten av kapitlet velger vi å benytte nominelle tall i denne tabellen. Dette gjør at enhetskostnaden i tabell 3.2 vil i absoluttverdi være høyere enn enhetskostnaden for 2009 i tabell 3.2.

Tabell 3.3 Gjennomsnitt, variasjon og bredde av enhetskostnadene i 2009 (nominelle tall). N=228.*

Variabel	Gjennomsnitt	Variasjonskoeffisient (%)	Min	Maks
\bar{C}	330 398	23,9	180 521	822 105
\bar{C}_k	265 383	24,2	144 4281	648 104
\bar{C}_b	25 540	35,7	1 846	66 788
\bar{C}_s	41 511	55,7	2 201	230 842
\bar{CI}	870 159	26,2	393 018	2 874 308
\bar{CI}_k	714 880	27,2	341 911	2 262 461
\bar{CI}_b	107 538	24,9	0	323 200
\bar{CI}_s	47 741	110	342	501 462
\bar{CH}	183 033	36,5	37 150	598 567
\bar{CH}_k	157 704	36,2	35 100	411 150
\bar{CH}_b	2 804	67,4	0	14 958
\bar{CH}_s	22 525	90	0	120 519

* To kommuner hadde negative observasjoner for \bar{CH}_s , disse ble normalisert til null

Som vi ser av tabellene, er utgiftene per bruker i institusjonstjenesten gjennomgående høyere enn i hjemmetjenesten. En opplagt grunn til dette er at beboere i institusjon har omfattende funksjonstap og har dermed tungt pleie- og omsorgsbehov -- 76 prosent av mottakere av langtidsopphold i institusjon har omfattende bistandsbehov mot 12 prosent av de som mottar hjemmesykepleie og praktisk bistand (Gabrielsen et al., 2010). En annen grunn, som allerede nevnt, er at utgiftene til institusjon også inkluderer utgifter til bolig, kost, legetjenester, medisiner, hjelpemidler mv. Det er ikke mulig å finne ved hjelp av KOSTRA-data hvor stor andel av institusjonsutgiftene som går til de nevnte utgiftene, siden alle utgiftene ligger under samme funksjon (f253). I NOU (1997:17) anslås det fra et utvalg av kommuner at 7 prosent av driftsutgiftene går til helsetjenester.

Hvis vi i tillegg tar med andel av utgiftene som går til bolig, regnet ut som utgifter til institusjonslokaler (f261) andel av totale utgifter i institusjon, som er på cirka 9,6 prosent, får vi et grovt overslag at disse utgiftene utgjør i overkant av 16 prosent av de totale institusjons-

utgiftene.¹⁴ Utgiftene til disse tjenestene blir ikke registrert som utgifter til pleie og omsorg når mottakeren bor i eget hjem eller omsorgsbolig. Dette gjør at kostnadssammenligninger mellom hjemmetjenester og institusjonstjenester blir svært vanskelige, selv om man klarer å kontrollere for bistandsnivå på en tilfredsstillende måte. Derfor skal man være svært forsiktig med å bruke KOSTRA-data for å analysere kostnadseffektivitet mellom institusjon og hjemmetjenester.

For eksempel finner Borge og Haraldsvik (2005) at institusjonsandelen, definert som andel brukere av pleie- og omsorgstjenester som er institusjonsbeboere, har positiv effekt både på utgifter og årsverk per innbygger, når man kontrollerer for alderssammensetning, bosettingsmønster, mv. Til en viss grad kan dette resultatet relateres direkte til at utgiftene og årsverkene tilknyttet institusjonstjenesten omfatter flere tjenester. Dermed vil institusjonsandelen ha en positiv effekt på utgifter og årsverk. Det trenger derfor ikke å bety at kommuner med lav institusjonsandel er mer effektive fordi de bruker mindre ressurser per innbygger enn kommuner med høy institusjonsandel.¹⁵ Denne skjevheten vil til dels oppveies når man kontrollerer for bistandsnivå, ettersom mottakere av hjemmetjenester i gjennomsnitt mottar et høyt antall timer med praktisk bistand og hjemmesykepleie - 31,2 timer i 2009 (Gabrielsen et al., 2010). Hvis man derimot sammenligner utgifter mellom sykehjem og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning, som langt på vei vil ha samme bemanning når samme pleiebehov skal ivaretas (Sosial- og helsedepartementet, 1999), vil bruttoutgiftene til sykehjem alltid være høyere fordi institusjon inkluderer utgifter til de ovennevnte tjenestene. Dette er også den mest relevante kostnadssammenligningen siden det er størst fare for kostnadsvridninger mellom tilnærmet like tjenester.

Hjelmbrekke et al. (2011) estimerer blant annet en kostnadsfunksjon for pleie- og omsorgstjenester basert på KOSTRA-data, og finner at ved å spesialisere heldøgnsomsorgen enten i institusjon eller heldøgnsbemannet omsorgsbolig vil man oppnå en kostnadsgevinst som følge av stordriftsfordeler. Korrigert for ulikheter i pleiebehov finner Hjelmbrekke et al. (2011) at den klart største kostnadsgevinsten blir realisert for gjennomsnittskommunen hvis heldøgnsomsorgen blir konsentrert i omsorgsboliger – kostnadsbesparelsen er på 13 prosentpoeng mer enn ved spesialisering i institusjon. Konklusjonen er at omsorgsboliger er det kostnadmessige gunstigste alternativet. Denne konklusjonen blir feil hvis dette blir tolket

¹⁴ Andelen som går til institusjonslokaler er basert på et estimat fra 2010 for alle kommuner, som er gjort av SSB. Vi har brukt korrigerte bruttodriftsutgifter i beregningen fordi totale brutto driftsutgifter ikke er tilgjengelig for f261.

¹⁵ Vi gjør oppmerksom på at konklusjonen at kommuner med lav institusjonsandel er mer effektive også er basert på at de har flere årsverk per beboer i institusjon og flere timer per bruker i hjemmetjenesten.

som en samfunnsøkonomisk besparelse ved spesialisering av heldøgnsomsorg i omsorgsbolig istedenfor i institusjon. Feilen ligger i at Hjelmbrække et al. (2011) anser bruttokostnadene som den samfunnsøkonomiske kostnaden uten at det er tatt hensyn til at utgiftene til de ovennevnte tjenestene ikke er inkludert i utgiftene til omsorgsboliger. Tar man disse utgiftene med i betraktning, anslått over til 16 prosent av totalkostnadene i institusjon, vil denne kostnadsbesparelsen bli mindre og kanskje forsvinne. I følge Sosial- og helsedepartementet (1999) er det liten realøkonomisk forskjell mellom kostnader for sykehjem og tilsvarende tilbud i omsorgsboliger, og siden skillet mellom sykehjem og omsorgsboliger mange steder er i ferd med å viskes ut (Sosial- og helsedepartementet, 1999), er det liten grunn til å tro at det skal være større stordriftsfordeler ved bruk av omsorgsbolig. Konklusjonen blir heller da at det er kostnadsbesparelser for kommunene med å satse på heldøgnsbemannet omsorgsbolig i stedet for institusjonsomsorg, fordi staten dekker en større del av regningen i omsorgsbolig. Dette undersøker vi nå nærmere.

3.3 Nærmere om enhetskostnadene kommunene står overfor

Som vi har sett i tabell 3.3, er de gjennomsnittlige enhetskostnadene som kommunene møter i institusjonsomsorgen betydelige høyere enn i hjemmetjenesten. Kostnadsforskjellene betyr ikke at det i gjennomsnitt er mer lønnsomt for kommunene å satse på hjemmetjenester. For det første er ikke enhetskostnadene over korrigert for funksjonsnivå, og som vi vet fra IPLOS har brukere av hjemmetjenester gjennomsnittlig lavere bistandsbehov (Gabrielsen et al., 2010). For det andre er ikke slike kostnadssammenligninger relevante hvis tjenestene ikke er sammenlignbare. Selv om hjemmetjenester i eget hjem skulle vise seg å være rimeligere for kommunene er det lite trolig at de vil satse på slike tjenester til pleietrengende med behov for heldøgnspleie og -omsorg. At hjelpebehov er den avgjørende faktoren for tjenestetilbudet blir bekreftet av beskrivelsen av tjenestemottakerne i Gabrielsen et al. (2010). Dette er fordi kommunene først og fremst tar hensyn til brukeren selv, og fordi de har et ansvar etter loven for pleie- og omsorgstjenesten hvor ressurs hensyn *kun* kan tillegges vekt når de kan velge mellom likeverdige tjenester (Sosial- og helsedepartementet, 1999). Kostnadsvidringer forekommer når beslutningstakeren, kommunene i vårt tilfelle, i valget mellom *tilnærmet like* tjenester, velger den tjenesten som vrir (deler av) kostnadene over på andre aktører (staten/brukeren) (Norton et al., 1999). Det interessante er dermed å sammenligne kommunenes netto kostnader til institusjoner med tilbudet sammenlignbare brukergrupper mottar i hjemmetjenesten. For å kunne gjøre dette med må vi ta hensyn til brukernes

funksjonsnivå som avgjør hjelpebehovet, brukernes inntekter som avgjør brukerbetalingene og statens utvidede finansieringsansvar i hjemmetjenesten.

Det første punktet er mest utfordrende. Det er stor variasjon i brukernes hjelpebehov i hjemmetjenesten, som nok kan forklare en stor del av de lave gjennomsnittelige enhetskostnadene i hjemmetjenesten. Dette betyr at i en eventuelt kvantitativ analyse av enhetskostnadene må man kontrollere for funksjonsnivå slik at dens effekt på enhetskostnadene blir fanget opp. For å kunne gjøre dette tilfredsstillende er det nødvendig med nøyaktige opplysninger om funksjonsnivå, helst på individnivå. Problemet er at KOSTRA ikke inneholder slike opplysninger på individnivå, og at de opplysningene som finnes om bistannds nivå er sensurert for små kommuner. Vi mener at en kvantitativ analyse hvor vi ikke kan være sikre på kvaliteten på resultatene kan virke mot sin hensikt. Grunnet disse problemene har vi valgt å gjøre en enkel selvkostanalyse og kontrollere for bistannds nivå etter hvor mange timer tjenestemottakere med forskjellige bistannds nivå faktisk mottar i hjemmetjenesten. Disse opplysningene finnes i Gabrielsen et al. (2010) som har analysert IPLOS-data for 2009.

Som i Andresen og Friestad (1995) antar vi at kommunenes utgifter per innbygger i institusjonstjenesten er lik driftsutgifter i institusjonstjenesten dividert på antall beboere, fordi vi ikke har data om hvordan utgiftene i institusjon fordeler seg på beboere etter bistanndsbehov. Denne forenklingen trenger ikke være problematisk, for det første fordi beboere i institusjon er relativt homogene i forhold til bistanndsbehov. For det andre er det sentrale reguleringer for tjenestenivået i institusjon som er uavhengig av bistanndsbehovene til brukerne. Dette gjør at utgiftene per bruker innad i hver institusjon ikke trenger å variere mye med bistanndsbehov.¹⁶ Når vi samtidig ignorerer øremerkede tilskudd og andre direkte inntekter, som utgjør i gjennomsnitt 5,1 prosent av utgiftene, kan vi angi kommunenes selvkost i institusjon etter brukernes inntekt. Dette har vi gjort i tabell 3.4 hvor vi har brukt gjennomsnittskostnaden fra 2009, hentet fra tabell 3.3. Brukerbetalingene har vi hentet fra utregningene i tabell 2.1.

¹⁶ Variasjonskoeffisientene i tabell 3.9 og 3.10 gjelder variasjon mellom kommuner

Tabell 3.4 Netto driftsutgifter per bruker for kommunene i institusjonstjenesten (Nominelle tall for 2009). N=228.

Inntekt	G	2G	3G	4G	5G
Brukerbetaling	51 781	116 076	156 764	199 660	243 776
Brutto driftsutgifter	870 159	870 159	870 159	870 159	870 159
Netto driftsutgifter	818 378	754 083	713 395	670 499	626 383

Beregningen av selvkost i hjemmetjenesten er basert på lønnsutgifter per time kommunene har tilknyttet funksjon 254 i KOSTRA. Dermed antar vi, som i NOU (1997:17) og som ble anbefalt kommunene av regjeringen i St. meld. nr. 50 (96-97), at kommunene tar kostnadsriktig husleie i omsorgsboliger. Kostnadsriktig husleie skal dekke kommunenes kapitalkostnader, drifts- og vedlikeholdsutgifter, og antakelsen blir dermed utvidet til at kommunene hovedsaklig har lønnsutgifter i hjemmetjenesten. I tillegg antar vi at brukerne også dekker andre av dagliglivets utgifter. Dette vil nok til en viss grad undervurdere utgiftene i hjemmetjenesten, ettersom kommuner, spesielt til brukere med omfattende bistandsbehov, subsidierer mattjenester og husleie. Ettersom vi ikke har data på timer og priser til matombringning og andre tjenester, eller på eventuell kommunal bostøtte, har vi valgt å se bort fra disse utgiftene for øyeblikket og kommentere konsekvensene etter gjennomføringen av analysen. Vi vet ikke hvordan timene fordeler seg på de ulike tjenestene, derfor kan vi ikke lage en timepris basert på lønnsopplysninger tilhørende yrkesgruppene som utfører de forskjellige tjenestene. Vi har løst dette ved å kalkulere en samlet pris per time i hjemmetjenesten. Timeprisen er kalkulert på følgende måte:

$$\text{Timepris} = \frac{\text{Totale lønnskostnader i hjemmetjenesten (f254)}}{\text{Gjennomsnittlige timer i uken per bruker (f254) \times brukere \times 52,25}} = 473$$

Dette gir oss en pris på 473 kroner per time i hjemmetjenesten. Alle tallene er tilknyttet funksjon 254 (f254) i KOSTRA. Pedersen og Halvorsen (2005) bruker en timepris for hjemmesykepleie og rehabiliteringstjenesten i Bærum kommune på 490 kroner, som er i nærheten av vårt nasjonale gjennomsnitt. En bruker i hjemmetjenesten med tilsvarende behov som en institusjonsbeboer mottar etter all sannsynlighet både praktisk bistand og

hjemmesykepleie.¹⁷ Dermed benytter vi tabell A6 i Gabrielsen et al. (2010), som angir gjennomsnittlig timer i uken til mottakere av både praktisk bistand og hjemmesykepleie. I tabell 3.5 har vi gjengitt gjennomsnittlig timer per år etter bistandsbehov, og regnet ut brutto driftsutgifter ved å multiplisere med vår timepris i hjemmetjenesten.

Tabell 3.5 Brutto driftsutgifter per bruker i hjemmetjenesten etter bistandsbehov. Nominelle tall for 2009*

Bistandsnivå	Noe avgrenset bistandsbehov	Middels til stort bistandsbehov	Omfattende bistandsbehov
Timer i alt per år	182.9	418	1687.7
Bruttoutgifter	86 512	197 714	798 282

*Kilde: Tabell A6 i Gabrielsen et al (2010)

Vi ser at det for lavere bistandsbehov alltid vil være mer lønnsomt for kommunene å tilby hjemmetjenester enn institusjonsplass. Fordi institusjonsomsorg hovedsaklig er en tjeneste for brukere med omfattende bistandsbehov, er en kostnadssammenligning av institusjonsomsorg mot brukere med avgrenset bistandsbehov i hjemmetjenesten ikke like relevant, siden institusjonsomsorg som oftest ikke er en alternativ tjeneste for disse brukergruppene.

For å gjøre en nærmere sammenligning av netto kostnader til brukere med omfattende bistandsbehov i hjemmetjenesten i forhold til institusjonsbeboere, har vi i tabell 3.6 trukket fra brukerbetalinger til praktisk bistand. Vi har gjort som i NOU (1997:17) og benyttet gjennomsnittlige abonnementssetter for å regne ut brukerbetalinger. Opplysningene er hentet fra tabell 3.4

Tabell 3.6 Netto driftsutgifter for kommunene per bruker i hjemmetjenesten (brukere med omfattende bistandsbehov)

Inntekt	G	2G	3G	4G	5G
Brukerbetaling	1 812	7 236	11 604	16 080	19 860
Brutto driftsutgifter	798 282	798 282	798 282	798 282	798 282
Netto driftsutgifter	796 470	791 046	786 678	782 202	778 422

¹⁷ Kun 7-9 prosent av de som bare mottar hjemmesykepleie eller praktisk bistand har omfattende bistandsbehov (Gabrielsen et al., 2010)

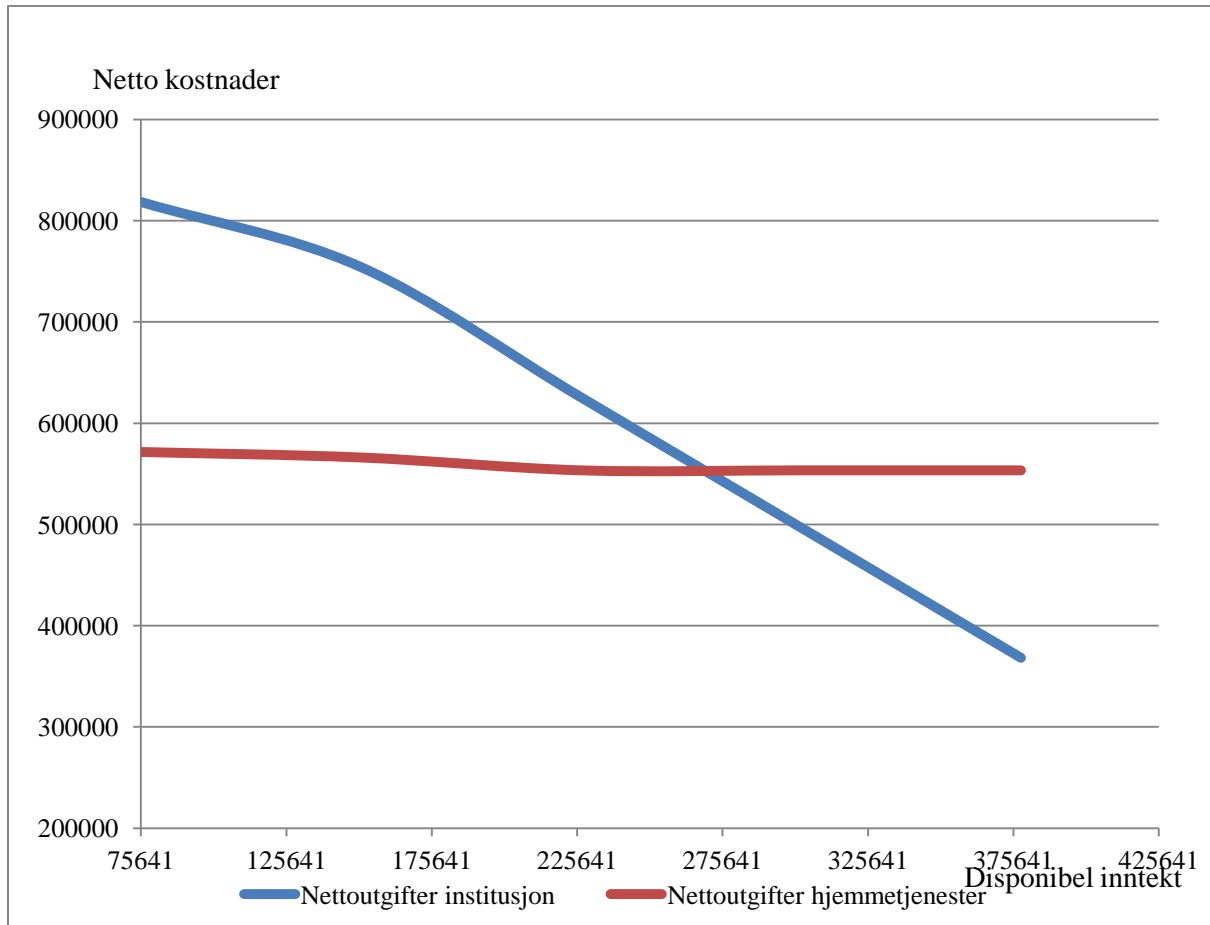
Når vi sammenligner tabellene 3.5 og 3.6 ser vi at for inntekter over én G vil det for kommunene i gjennomsnitt være billigere å tilby institusjonsomsorg til en bruker med omfattende bistandsbehov. Når vi samtidig husker at vi ikke har tatt med eventuell kommunal subsidiering av husleie for brukere med lave inntekter og utgifter til andre ikke lovpålagte tjenester, blir hovedkonklusjonen at hjemmetjenester er billigere inntil brukeren blir tildelt ressurser tilsvarende gjennomsnittlige timer for brukere med omfattende bistandsbehov. Dette er i tråd med konklusjonen i Andresen og Friestad (1995) som undersøker kostnader ved alternative boformer i Kristiansand. Dette antyder at det todelte finansieringssystemet ikke vil gi kommunene kostnadsvridende insentiver, ettersom institusjoner blir billigere for brukere med omfattende bistandsbehov som tildeles omfattende ressurser.

Vi mener at dette ikke gir et helt riktig bilde av situasjonen ettersom institusjonsomsorg hovedsaklig er en tjeneste for eldre med omfattende bistandsbehov. Som nevnt i avsnittet om finansieringen av institusjonstjenesten er 98 prosent av langtidsbeboere på institusjon over 50 år, og 76 prosent har omfattende bistandsbehov. Yngre brukere får langt flere timer i hjemmetjenesten enn eldre, samtidig som yngre brukere hovedsaklig bor i egne hjem (Brevik, 2010a; Romøren, 2007). Det er et politisk ønske at yngre ikke skal bo på eldreinstitusjoner og derfor er det flere unge med tunge bistandsbehov som bor i selvstendige boliger. Dette medfører et behov for flere timer med hjemmetjenester. Derfor er det grunn til å tro at vridninger mellom hjemmetjenester og institusjon for yngre brukere ikke er et reelt alternativ.

For å ta hensyn til at eventuelle kostnadsvridninger hovedsaklig er relevante mellom sammenlignbare tjenester, altså om eldre med omfattende bistandsbehov skal motta hjemmetjenester eller institusjonsomsorg, kalkulerer vi kommunenes selvkost i hjemmetjenesten for en eldre bruker med omfattende bistandsbehov og sammenligner dette med utgiftene til institusjon. Dette gjør vi ved å regne ut hva brukere 50 år og over faktisk mottar i gjennomsnittlige timer i hjemmetjenesten. Vi bruker gjennomsnittlige timer i uken som går til aldersgruppene 50 år og over som har omfattende bistandsbehov hentet fra tabell A6 i Gabrielsen et al. (2010) og antall brukere i de forskjellige aldersgruppene hentet fra tabell A3 for å regne ut et samlet gjennomsnitt for denne gruppen. Dette gir oss et gjennomsnitt på 23,2 timer i uken, og med en timepris på 473 kroner blir brutto kostnader for en eldre person med omfattende bistandsbehov 573 371 kroner. Noe av grunnen til at eldre med omfattende bistandsbehov får gjennomsnittlige færre timer i uken enn yngre, er nok at dekningen av

heldøgnsomsorg for eldre til en viss grad har skiftet til heldøgnsbemannede omsorgsboliger (Brevik, 2010a).

Figur 3.1 Kommunenes nettoutgifter for en pleietrengende eldre i institusjon og i hjemmetjenesten



I figur 3.1 viser vi hvordan kommunenes netto driftsutgifter ved å tilby hjemmetjenester og institusjonstjeneste til en eldre person med omfattende bistandsbehov varierer med inntekt. Grafene er laget etter tabell 3.3 og tabell 3.5 hvor brutto driftsutgifter er byttet ut med 573 371 kroner, som er det gjennomsnittlige kostnadsanslaget for en person 50 år og eldre med omfattende bistandsbehov. Vi ser at nettokostnadene i hjemmetjenesten faller frem til en disponibel inntekt på 4G, hvor maksimum brukerbetaling vil slå inn på 19 860 kroner, som gjør at nettokostnadene vil holde seg konstant på 553 511 kroner. Nettokostnadene i institusjon vil falle raskere med disponibel inntekt grunnet progressiv brukerbetaling. Dette gjør at nettokostnadene til institusjon vil krysse nettokostnadene i hjemmetjenesten ved en disponibel inntekt på omtrent 378 205 kroner (5G).

La oss videre anta at beregningene over har fanget opp alle relevante kostnader, og at kostnadsvridningene hovedsaklig er tilstede for eldre med omfattende bistandsbehov. Det vil si at alternativet for kommunene er tildeling av institusjonsplass eller et vedtak om litt over 23 timer i hjemmetjenesten. En slik situasjon medfører at det kostnadmessig vil lønne seg for kommunen å tilby hjemmetjenester til eldre med disponibel inntekt under 5G og institusjonsplass til de med disponibel inntekt over dette beløpet. Når vi husker at vi ikke har tatt med alle utgifter kommunene har i hjemmetjenesten (matombringing, kortidsplass på institusjon mv.), vil nok sannheten ligge mellom tilfellet der vi har tatt med timene til alle brukere av hjemmetjenester og hvor vi kun har tatt med timene til de over 50 år.

Det finnes også andre analyser som har undersøkt samme problemstilling, og kommet frem til liknende resultater. Sosial- og helsedepartementet (1999) referer for eksempel til en undersøkelse utført av NIBR i 1999 som gjorde en liknende sammenlikning og fant at skillet gikk ved en bruttoinntekt på 4G. Kommentaren av undersøkelsen i Sosial- og helsedepartementet (1999) er at hvis omsorgsboliger og sykehjem skal ivareta samme behov vil det langt på vei kreve samme bemanning, og kostnadsforskjellene mellom tjenestene vil hovedsaklig være på grunn av hvordan kostnadene fordeles mellom kommune, stat og bruker som følger av finansieringssystemet. NOU 1997:17 skriver, blant annet basert på Andresen og Friestads (1995) funn om at for brukere som trenger mye ressurser er det billigst med sykehjem, at dagens finansieringssystem ikke går utover prioriteringseffektiviteten. Samtidig blir det advart mot at eventuelle vridningseffekter kan forverres hvis det funksjonelle skillet mellom sykehjem og omsorgsboliger blir mindre klart. Videre gjør utvalget en liknende analyse som over og finner at når man antyder at driftsutgiftene er like i omsorgsboliger og sykehjem, vil det fra kommunenes side være mest lønnsomt å tilby omsorgsbolig framfor institusjon til brukere med disponibel inntekt under 3G.

Vi kan gjøre en liknende analyse med oppdaterte tall ved å anta at den eneste forskjellen i utgifter mellom sykehjem og heldøgnsbemannet omsorgsboliger er at staten dekker utgifter til medisiner, legetjenester, hjelpemidler mv. og brukere dekker bolig tjenestene, anslått over til 16 prosent av utgiftene i institusjon. Ved å trekke dette fra institusjonsutgiftene og anta at dette er utgiftene til heldøgnsbemannet omsorgsbolig, kommer vi frem til en kostnad på 730 934. I dette tilfellet vil det lønne seg for kommunen å tilby omsorgsboliger til brukere med inntekt under 3G.

Neste spørsmål er om kommunene faktisk tar slike lønnsomhetsbetraktninger som finansieringssystemet gir muligheten til. Vridning av ressurser fra institusjonsomsorg til hjemmetjenester og fremveksten av heldøgnsbemannede omsorgsboliger kan i stor grad

tilkjennes nasjonale prioriteringer mot en boliggjøring av pleie- og omsorgssektoren. Likevel tyder konkrete eksempler fra noen kommuner på at finansieringssystemet fører til at lønnsomhetsvurderinger blir gjort i valg av omsorgsform. I et notat skrevet av fylkesmannen i Nordland blir omgjøring av sykehjem til omsorgsboliger i enkelte kommuner i Nordland beskrevet som et valg kun basert på økonomiske hensyn (Fylkesmannen i Nordland, 2005). I et liknende notat skrevet for kommunene i Hordaland av fylkesmannen der, står det at "I det siste har fleire kommunar etter økonomiske vurderingar reist spørsmål om dei skal omgjere enkelte sjukeheimar til omsorgsbustader" (Fylkesmannen i Hordaland, 2006). I en rapport som evaluerer omgjøring av et aldershjem i Bamble kommune i Telemark står det at omgjøringen er et innsparingstiltak for kommunen. Det blir videre sitert fra saksframlegget i forbindelse med avgjørelsen av omgjøringen: "Utgangspunktet for å foreslå avhjemling av Vest-Bamble aldershjem er å få fordelt utgiftene til driften på en annen måte enn vi har i dag" (Telemark kommunerevisjon, 2006).

3.4 Oppsummering og konklusjon

I en sammenligning av driftsutgiftene til en langtidsbeboer i institusjon mot driftsutgiftene til en pleietrengende eldre i hjemmetjenesten, har vi funnet at det vil være økonomisk lønnsomt for kommunene å tilby hjemmetjenester til brukere med inntekt opp til 5G. Grunnen til at vi har brukt denne spesifikke kostnadssammenligningen, er at målgruppen for institusjon først og fremst er eldre pleietrengende mennesker (Sosial- og helsedepartementet, 1999). Dette gjør at rommet for kostnadsvridninger er størst for denne gruppen pleie- og omsorgsmottakere. Vi vil understreke at våre analyser ikke har tatt med alle relevante utgifter i hjemmetjenesten, og at datakvaliteten er varierende, spesielt gjelder dette data fra IPLOS-systemet (Gabrielsen et al., 2010). Dette gjør at resultatene kun er å anse som anslag som først og fremst fungerer som en illustrasjon av de økonomiske insentivene som skapes av finansieringssystemet for kommunene i valg av tjenestesammensetning.

Hovedkonklusjonen er likevel at finansieringssystemet gir økonomiske insentiver for kommunen å satse på heldøgnsbemannede omsorgsboliger for pleietrengende eldre hvis den inntektsavhengige brukerbetalingen dekker mindre enn ekstrautgiftene kommunene har i institusjon. Denne konklusjonen er basert på våre egne resultater og andre analyser som har kommet frem til liknende resultater, men også av at omsorgsboliger organisert som bokollektiv på mange måter likner institusjonsomsorg. Noen kommuner har avhjemlet institusjonsomsorgen og valgt å satse på bokollektiver som er delvis institusjonaliserte tilbud med bolig og tjenester med stor grad av statlig styring (Sosial- og helsedepartementet, 1999).

Dette tilsier at kostnadsforskjellene mellom tjenestene hovedsaklig vil avhenge av at kommunene dekker en større del av regningen i institusjon, og lønnsomheten mellom alternativene vil avhenge av inntekten til brukerne. Hvis omsorgsboliger med heldøgnsbemanning blir regnet som et alternativ til sykehjem er det sannsynlig at kommunene kan gjøre lønnsomhetsvurderinger i valg av tjeneste. En klar anbefaling er dermed at finansieringssystemet for heldøgnsomsorg bør harmoniseres slik at kommunene vil evaluere behov opp mot faktiske kostnader i valg av tjenester.

4 Hva forklarer veksten i helse- og omsorgstjenestene?

4.1 Innledning

Standardanalyser av slike problemstillinger gjøres gjerne innenfor etterspørselsmodeller der en lar kommunestyrene etterspørre tjenester til ulike grupper av befolkningen under en restriksjon gitt ved kommunens inntekter. De siste omfattende analysene basert på denne tilnærmingen ble foretatt av Borge-utvalget (NOU 2005:18). Utvalget delte sine analyser i to: 1) Analyser av kommunale helsetjenester og 2) analyser av kommunale pleie- og omsorgstjenester.

Analysene av helsetjenestene hadde særlig fokus på betydningen av kommunestørrelse og bosettingsmønster. Det ble vist at små kommuner hadde kostnadsulemper innen primærhelsetjenesten. Kostnadsulempene ble antatt å ha sammenheng med at lavt innbyggertall ga svakt inntektsgrunnlag for primærlegene og dermed behov for ulike former for kommunal subsidiering. Videre ble det antatt at lavt innbyggertall og spredt bosettingsmønster bidro til høye utgifter per innbygger knyttet til legevakt, helsestasjoner og miljørettet helsevern. Utvalget undersøkte videre betydningen av en rekke sosiale kriterier som antall uføretrygdede, antall fattige, sykefravær, skilte og separerte og andelen av befolkningen med lav utdanning, men uten å kunne dokumentere noen systematisk effekt av disse variablene. Det antas at årsaken til dette er at behovsvariasjonene i stor grad reflekteres i de refusjoner primærlegene mottar gjennom trygdesystemet. Analysene var primært basert på tverrsnittsdata.

Analysene av ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene viste at forbruksvariasjoner mellom kommunene primært ble forklart av andel innbyggere i aldergruppene 67-79 år, 80-89 år og 90 år og over, reiseavstander i kommunen, andel psykisk utviklingshemmede over 16 år og ikke-gifte 67 år og over. Også disse analysene var primært basert på tverrsnittsanalyser mellom kommunene.

Dagens datagrunnlag gir muligheter for å gjennomføre noe skarpere analyser enn de som ble gjennomført i forbindelse med NOU 2005:15. Vi vil gjennomføre to typer av analyser: 1) En analyse av ressursutviklingen og antall brukere i sektoren i perioden 1986-2009/2010 med vekt på effektene av ansvarsreformene i 1980- og 90-årene og 2) en noe mer detaljert analyse fra perioden 2001-2006 av tilsvarende data der vi særlig studerer effekter av sosioøkonomiske variabler og sykehusutskrivninger. Intensjonen var også å gjennomføre en

tverrsnittsanalyse fra 2008-2009 basert på IPLOS-data der vi særlig studerte på effektene av unge brukere. Så lang har vi ikke fått tilgang til datamaterialet som gjør en slik analyse mulig.

I kapitlet har vi analysert veksten i ressursbruk målt ved utgifter og årsverk og veksten i antall brukere. Tabell 4.1 gir oversikt over størrelsene som dekkes av analysen. På de fleste områder har vi kun presentert resultater fra de aggregerte analysene, for eksempel totale utgifter til pleie- og omsorgsutgifter og ikke utgifter til aktivisering eller institusjonslokaler.

Tabell 4.1 Variabler som beskriver utvikling i ressursbruk og brukere

Delsektor	Utgiftstall	Årsverkstall	Brukere
Helse	Forebygging, skole- og helsest.-tjeneste Forebyggende arbeid, helse og sosial Diagnose, behandling og rehabilitering Totale utgifter	Primærleger Andre helsefagsprofesjoner Totalt antall årsverk	
Pleie- og omsorg	Aktivisering eldre og funksjonshemmede Pleie, omsorg, hjelp i institusjon Pleie, omsorg, hjelp til hjemmeboende Institusjonslokaler Totale utgifter	Sykepleiere Sykehjemsleger Hjelpepleiere Andre helsefagsarbeidere Totalt antall årsverk	Mottakere av institusjonsplasser Mottakere av hjemmetjenester Totalt antall mottakere

På grunn av variasjon i datatilgangen i perioden, har vi valgt å benytte aggregerte størrelser i de fleste analysene, for eksempel totale utgifter til kommunehelsetjenesten og totale utgifter til pleie- og omsorgstjenestene. En nærmere beskrivelse av de avhengige variablene følger i de enkelte underkapitlene.

Alle analysene er basert på kommunedata. I enkelte tilfeller kan aggregering av data fra kommunenivå gi resultater som svakt avviker fra nasjonale data som for eksempel presenteres av SSB.

4.2 Viktige reformer

Organiseringen av helse- og omsorgstjenestene har gått gjennom betydelige endringer i den perioden som gjøres til gjenstand for analyse. Det er spesielt tre trekk som fremstår som sentrale når vi ser på utviklingen over tid (Barstad 2006: s. 50, St.meld.nr. 25 2005-2006): desentralisering av oppgaver til kommunene, integrering av nye brukergrupper i de ordinære kommunale tjenestene, dvs. at ordningene med særomsorg trappes ned, og avinstitusjonalisering. Det antas at disse endringene, sammen med den generelle inntektsveksten i kommunesektoren og endringer i demografiske og sosioøkonomiske forhold, langt på vei forklarer den veksten i kommunenes helse- og omsorgstjenester vi observerer i analyseperioden. I dette delkapitlet gis derfor en kort oversikt over endringene med vekt på to forhold – endringer i ansvaret for oppgaver og endringer i finansieringsordningene. Hovedvekten legges på endringer i kommunenes helse- og omsorgstjenester, men i den grad endringer i andre deler av helsetjenestene påvirker tjenestene i kommunene, noe den neste alltid vil gjøre, nevnes også disse.

Vi har valgt å dele inn perioden fra 1980-2010 i tre faser. 1980-årene kan betraktes som en struktureringsfase der kommunenes ansvar defineres. I den etterfølgende fasen som strekker seg fra 1990-2008 skjer det betydelig grad av desentralisering av oppgaver til kommunene. Den siste fasen, som starter i 2009 og som vi er inne i, representerer prinsipielle endringer i kommunenes oppgaver ettersom de skal ta et større ansvar også for helsetjenester som fram til nå har ligget i spesialisthelsetjenestene.

1980-årene: Struktureringsfase

Kommunehelseloven av 1983 (Ot. prp. nr. 66 (1981-82)) la langt på vei grunnlaget for den strukturen i helse- og omsorgstjenesten som vi har hatt fram til i dag. Fra 1984 fikk kommunene definert et bredt ansvar for befolkningens helse, herunder ansvaret for forebyggende helsearbeid (miljørettet helsevern, helsestasjonsvirksomhet, skolehelsetjenesten). Ansvaret omfattet videre medisinsk habilitering og rehabilitering, pleie og omsorg og hjelp ved ulykker. Den første og mest konkrete effekten av loven var at ansvaret for allmennlegene ble flyttet fra staten til kommunene.

Som en konsekvens av Kommunehelseloven ble også de somatiske sykehjemmene overført fra fylkeskommunene til kommunene fra 1988, mens spesialsykehjemmene forble fylkeskommunalt ansvar (St.meld. nr. 68 (1984-85)). Hovedbegrunnelsen for å desentralisere ansvar for sykehjemmene var knyttet til ønsket om integrere tjenestene i den generelle pleie-

og omsorgstjenesten. At spesialsykehjemmene forble fylkeskommunale hadde primært sammenheng med at de var spesialiserte og få i antall (Ot.prp. nr. 48 (1985-86)).

I løpet av 1980-årene nærmet finansieringssystemet for kommunene seg også den form det har i dag og som er beskrevet i kapittel 2. Øremerkede tilskudd ble gradvis innlemmet i en rammebevilgning som ble bestemt gjennom kriterier som beskrev behov og kostnadmessige forhold (NOU 1982:15).

1990-2008: Desentralisering av tjenester til nye grupper

Desentraliseringen av oppgaver skjøt fart fra 1991 da HVPU-reformen ble gjennomført. Reformen innebar at tilbudet til personer med utviklingshemming ble overført fra HVPU (Det fylkeskommunale helsevernet for psykisk utviklingshemmede) til kommunene. Målet var at psykisk utviklingshemmede skulle bli integrert i sine nærmiljø og ha egne boliger i hjemstedskommunen. NOU 2001: 22 «Fra bruker til borger» gir en oppsummering etter reformens første år. Evalueringen viser at det store flertallet av brukere hadde fått egne leiligheter, som hovedregel i bofellesskap eller samlokalisert (Tøssebro, 1996). En sammenlignende undersøkelse av situasjonen før og etter reformen konkluderer imidlertid med at helsevesenet ikke ga utviklingshemmede et tilfredsstillende tilbud (Linaker og Nøttestad 1998). Utviklingshemmede hadde vansker med å håndtere spørsmål omkring helse på egen hånd og det ble påvist en reduksjon i forbruket av helsetjenester.

Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2006, senere forlenget til 2008) hadde som målsetting å forbedre tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Planen hadde flere virkemidler, blant annet utbygging av kommunale tjenester, særlig boliger, og oppbygging av et lettere institusjonstilbud gjennom etablering av distriktpsikiatriske sentra (DPS-er). Antall døgnplasser ved DPS-ene økte. Samtidig ble psykiatriske spesialsykehjemmene og de psykiatriske sykehusene bygd ned. Som en konsekvens av reformen ble antall døgnplasser innen psykisk helsevern for voksne totalt sett redusert samtidig med at det skjedde en betydelig opptapping av dagbehandling og poliklinisk aktivitet (Kalseth m. fl 2009).

Innføring av innsatsstyrt finansiering av somatiske sykehus i 1997 og de to store strukturreformene som ble gjennomført i helsetjenestene, fastlegereformen i 2001 og sykehusreformen i 2002, hadde ikke direkte effekter for kommunenes ansvar og oppgaver. Både Innsatsstyrt finansiering og sykehusreformen av 2002 påvirket imidlertid aktivitetsnivået i sykehusene. Dette kan indirekte ha påvirket etterspørselen etter kommunale tjenester, primært rehabiliteringstjenester. I forlengelsen av sykehusreformen overtok også staten ansvaret for fylkeskommunale tiltak for rusmiddelmissbrukere fra 1. januar 2004. Overtakelsen

innebar ingen større endringer i kommunenes ansvar på dette feltet, men betalingsordningen for bruk av institusjonene ble avvirket.

Både HVPU-reformen og Opptrappingsplanen ble gjennomført ved hjelp av øremerkede tilskudd til kommunale omsorgsboliger slik dette er beskrevet i kapittel 2.

2009-: Helsekommunen tar form

De siste to årene har vært preget av diskusjonene om en større samhandlingsreform. Hovedelementet i reformen er økt ansvar for kommunene. Blant annet skal sykehjemmene oppgraderes som medisinske institusjoner, medisinsk- og sykepleiefaglig base og ressurs for pleie- og omsorgstjenester. For å få dette til skal legetjenesten i sykehjemmet styrkes og det skal utvikles spesialkompetanse i terminal pleie og psykiatri. Vår analyse stopper imidlertid før denne fasen starter.

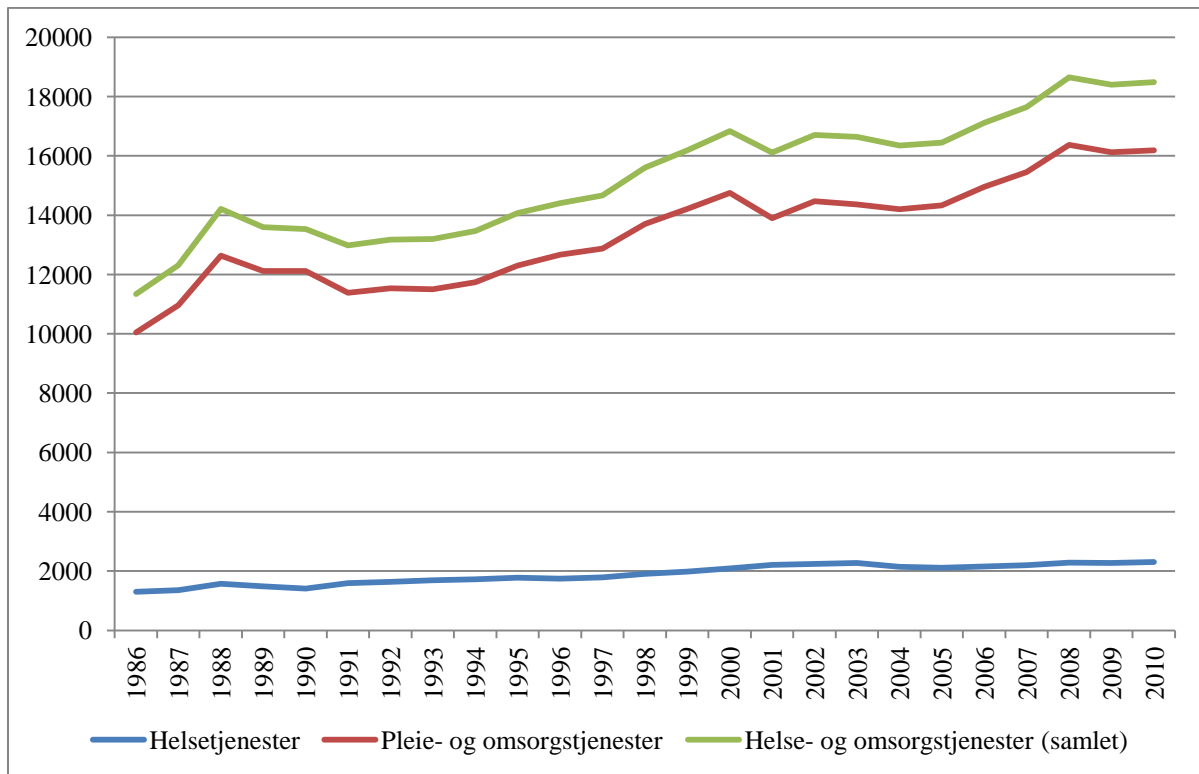
4.3 Utgiftsanalyse 1986-2010: Lange linjer - store reformer

Figur 4.1 beskriver ressursbruk i kommunenes helse- og omsorgstjenester i perioden 1986-2010 målt ved gjennomsnittlige brutto utgifter basert på data fra kommuneregnskapene. Alle størrelser er i 2010-kroner per innbygger og vektet med folketallet i den enkelte kommune. Det er et brudd i tidsserien i 2001 som følge av overgangen til KOSTRA-tall. Dette skaper en viss usikkerhet knyttet til utviklingen tidlig på 1990-tallet.

Gjennomsnittlige brutto driftsutgifter i den kommunale helsetjenesten økte fra 1298 kroner per innbygger i 1986 til 2303 kroner i 2010 (vektet). Den samlede veksten var i perioden 77 % og årlig gjennomsnittlige vekstrate var 2,6 %. I pleie- og omsorgstjenestene økte brutto driftsutgifter per innbygger fra kr. 10042 i 1986 til kr 16187 i 2010. Den samlede veksten var 61 % og den årlige gjennomsnittlige vekstraten 2,5 %.¹⁸ For kommunehelsetjenesten var det relativt jevn vekst i perioden, med unntak for perioden 2003-2005 da utgiftsnivået gikk svakt ned. For pleie- og omsorgstjenestene var det sterke vekstperioder i siste halvdel av 90-årene og fra 2005 til 2008. Det var realnedgang i utgiftene i perioden 1988-1991 og relativt stabilt utgiftsnivå i perioden 2001-2005. Begge disse periodene falt sammen med perioder med generell lav vekst i offentlig sektor.

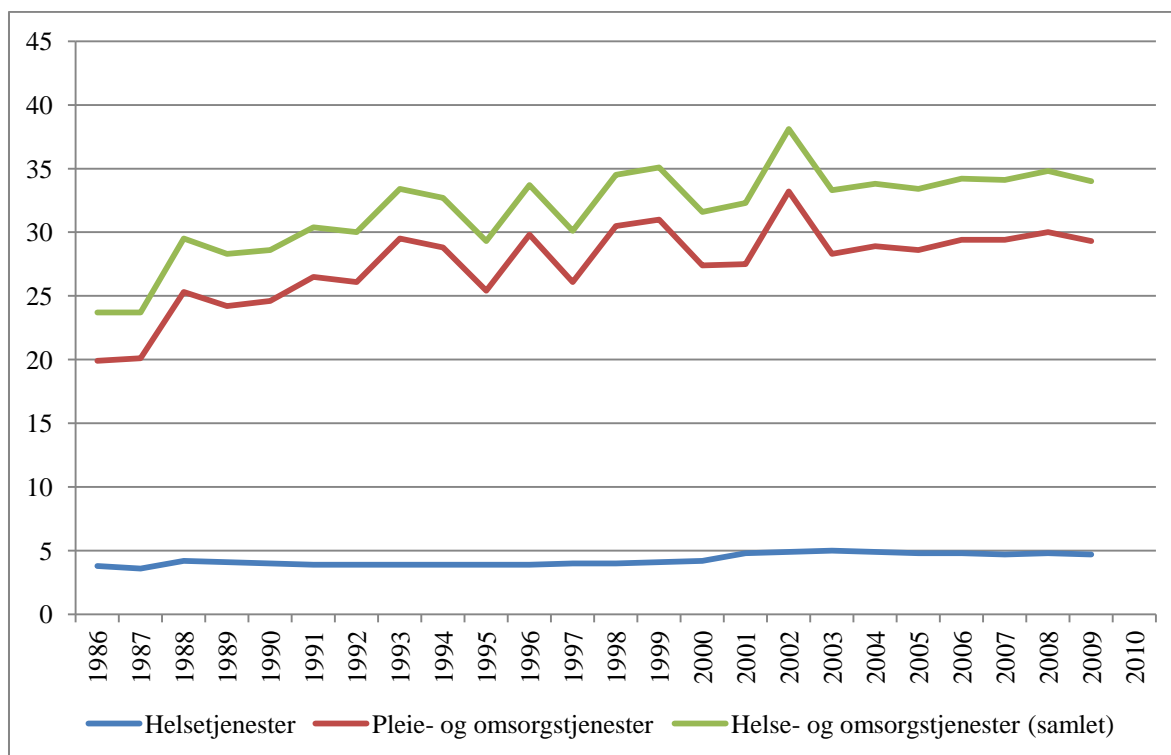
¹⁸ Overgangen til bruk av KOSTRA-tall i 2001 gjør at den samlede veksten og den gjennomsnittlige årlige veksten i perioden kan bli estimert for lavt.

Figur 4.1 Ressursbruk i kommunens helse- og omsorgstjenester, 1986-2010. Kroner per innbygger (deflatert med indeks for kommunalt konsum, 2010=1).



Figur 4.2 viser brutto driftsutgifter i helse- og omsorgstjenestene som andeler av kommunenes samlede brutto driftsutgifter. Bruttoutgiftene i helse- og omsorgstjenestene har økt sin andel av kommunenes samlede bruttodriftsutgifter fra 24 % i 1986 til 34 % i 2009. Det meste av veksten kom i perioden fram til 2000. Vi merker oss at utgiftsandelene svinger noe. Dette skyldes primært reformaktivitet, både i helse- og omsorgssektoren og i den andre kommunale sektorene. At utgiftsandelene har vært relativt stabile etter 2000 må blant annet tilskrives økt ressursinnsats i andre sektor, særlig innenfor barnehagesektoren.

Figur 4.2 Ressursbruk i kommunens helse- og omsorgstjenester, utgiftsandeler, 1986-2009.



Vi benytter en standard etterspørselsmodell som utgangspunkt for analysene (Rubinfeld 1979, Inman 1986, Rattsø 1989) og lar kommunen tilpasse seg befolkningens behov for tjenester innenfor en restriksjon gitt av kommunens samlede inntekter. Tre avledede hypoteser fra denne modellen er: 1) For et gitt nivå på inntektene vil en kommune som har en høy andel eldre tilby mer tjenester for eldre enn en kommune med en høy andel yngre. 2) En kommune med høye inntekter vil tilby et høyere samlet nivå på tjenestene enn en kommune med lavere inntekter. 3) Høye priser på en tjeneste vil, alt annet likt, redusere tilbudet av tjenesten. Hypotesene har fått bred støtte i empiriske analyser fra de siste tiårene (se Hagen 1997, Martinussen 2006, Borge og Haraldsvik 2008).

Etter innledende analyser har vi valgt å benytte følgende etterspørselsvariable:

- Andel0-5: Prosentandel av befolkningen som er i aldersgruppe 0-5 år
- Andel6-15: Prosentandel av befolkningen som er i aldersgruppe 6-15 år
- Andel67-79: Prosentandel av befolkningen som er i aldersgruppe 67-79 år
- Andel80pluss: Prosentandel av befolkningen som er i aldersgruppe 80 år og over
- Andelenker/m: prosentandel av befolkningen som er enker eller enkemenn
- Andeldøde: Prosentandel av befolkningen som dør
- Folketall: Folketall i 10000 innbyggere

Alle variabler er på kommunenivå og spesifisert per år. De to første variablene, Andel0-5 og Andel6-15, vil beskrive etterspørsel fra kommunens innbyggere mot andre kommunal tjenester, i dette tilfellet barnehager og grunnskole. Vi forventer at kommuner som har sterkt press mot tjenester fra disse aldersgruppene vil kunne bruke mindre ressurser i pleie- og omsorgstjenestene, alt annet likt. Folketall kan fange opp flere forhold, men vi vil anta at det primært fanger opp stordriftsfordeler.

Kommunenes brutto inntekter per innbygger (BRUINT) er beregnet som summen av brutto utgifter over kommunens hovedsektorer per innbygger. Dette forutsetter at kommunene benytter de ressurser de har, men heller ikke mer (se Borge 1995 og Hagen og Vabo 1997 for nærmere analyser av underskuddsbudsjettering og fiskal disiplin).

Større reformer i kommunenes helse- og omsorgstjenester beskrives på følgende måte:

- SYKEH1: Variabel som tar verdien 1 i sykehjemsreformens første år (1988), 0 ellers.
- SYKEH2: Variabel som tar verdien 1 i sykehjemsreformens andre år (1989), 0 ellers.
- HVPU1: Variabel som tar verdien 1 i HVPU-reformens første år (1991), 0 ellers.
- HVPU2: Variabel som tar verdien 1 i HVPU-reformens andre år (1992), 0 ellers.
- PSYK1: Variabel som tar verdien 1 i psykiatireformens første år (1999), 0 ellers.
- PSYK2: Variabel som tar verdien 1 i psykiatireformens andre år (2000), 0 ellers.
- FAST1: Variabel som tar verdien 1 i fastlegereformens første år (2001), 0 ellers.
- FAST2: Variabel som tar verdien 1 i fastlegereformens andre år (2002), 0 ellers.

Tabell 4.2 gir beskrivende statistikk for forklaringsvariablene (gjennomsnitt for perioden) utenom dummyvariablene.

Tabell 4.2 Beskrivende statistikk (Kronestørrelse er deflatert med indeks for kommunalt konsum, 2010=1).

Variabel	Gjennomsnitt	Std. avvik	Minimum	Maksimum
BRUINT	51300,98	13959,92	23820,43	285098,89
Andel0-5	7,86	1,01	3,49	14,65
Andel6-15	12,96	1,92	8,17	20,71
Andel67-79	9,59	2,10	4,32	22,21
Andel80pluss	4,14	1,43	2,92	13,61
Andelenker/m	6,21	1,43	2,29	17,30
Andeldød	0,98	0,26	0,00	3,34
Folketall (10K)	9,43	15,63	0,03	57,55
N	10212			

Som vi ser er det betydelige variasjoner mellom kommunene, særlig når det gjelder inntektsnivå, andel eldre over 80 år, folketall og reisetid.

Vi benytter to økonometriske tilnærminger. I tabellene som er presentert i teksten benyttes faste effekter for kommune. De faste effektene vil fange opp strukturelle forhold ved kommunen slik som spredtbygdhet, næringsstruktur og beliggenhet. En trendvariabel (Trend) vil beskrive den generelle veksten i kommunenes driftsutgifter. En alternativ spesifisering som kun blir rapportert i teksten, er basert på GMM. Fordelen med GMM er at den gjør det mulig å estimere regresjonslikninger der en eller flere av forklaringsvariablene er endogene. Et eksempel på en situasjon der en forklaringsvariabel er endogen har vi dersom de kommunale inntekter (forklaringsvariabel) delvis påvirkes av omfanget av omsorgstilbudet i kommunen (avhengig variabel). Ved GMM estimering benyttes såkalte instrumentvariable til å tilføre informasjon om den aktuelle endogene forklaringsvariabelen. Den viktigste instrumentvariabelen som er benyttet ved GMM estimeringene her, er kommunens befolkningstetthet målt som antall innbyggere per kvadratkilometer. For en mer detaljert beskrivelse av GMM, se for eksempel Biørn (2009).

Tabell 4.3 viser hovedresultatene fra analysene.

Tabell 4.3 Analyser av variasjoner i kommunale brutto driftsutgifter, 1986-2009 (vektede analyser)

Variabel	Helse- og omsorgstjenester (samlet)		Pleie- og omsorgstjenester	Helsetjenester
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
BRUINT	0,15***	0,15***	0,14***	0,01***
Andel0-5	-1127,88***	-1000,95***	-1013,93***	31,65***
Andel6-15	-357,22***	-447,33***	-488,40***	0,92
Andel67-79	231,49***	287,28***	362,57***	-58,61***
Andel80pluss	412,40***	490,31***	491,40***	22,87
Andelenker/m	705,30***	656,92***	522,10***	100,11***
Dødelighet	676,46***	506,28***	642,14***	-67,11***
Folketall (10k)	-995,44***	-995,06***	-919,84***	-74,10***
Trend	336,47***	352,39***	301,49***	46,24***
Sykehj1	-	1821,64***	1577,50***	172,86***
Sykehj2	-	1142,62***	990,17***	66,26***
HVPU1	-	-270,70	-445,80**	66,09***
HVPU2	-	-319,56**	-498,53***	64,59***
PSYK1	-	-80,04	-137,31	10,17
PSYK2	-	384,38***	283,64***	68,01***
FASTL1	-	701,66***	486,05***	196,53***
FASTL2	-	387,03***	199,14***	184,77***
Konstantledd	7754,32***	7342,41***	7112,94***	682,94***
Faste effekter	Kommune	Kommune	Kommune	Kommune
AdjR2	0,84	0,87	0,82	0,80

***=sig på 0,001-nivå, **=sig. på 0,05-nivå

Modell 1 gir resultatene fra basismodellen der variablene som beskriver reformer ikke er inkludert. I gjennomsnitt øker brutto driftsutgiftene til helse- og omsorgstjenester med 0,15 kr når bruttoinntektene øker med 1 krone. Vi ser videre at økningen i andelen i de yngre aldersgruppene bidrar til å redusere innsatsen i helse- og omsorgstjenestene. Effekten er sterkest for den yngste aldersgruppen der en økning på 1% reduserer utgiftene til helse- og omsorgstjenester med vel 1100 kroner per innbygger. GMM gir de samme hovedresultatene som de som er presentert i tabellen, men med noe høyere estimater for variabelen som beskriver kommunale inntekter (BRUINT). Estimater for kommunale inntekter er for eksempel 0,32, nesten dobbelt så høyt som i tabellen.

Modell 3 og 4 viser effekten av analysene som er gjort på delsektorer. Vi ser at økning i andelen i den yngste aldersgruppen drar ned utgiftene til pleie- og omsorgstjenester, men bidrar til økning i utgiftene til helsetjenester. Vi tolker den første effekten som en effekt av at kommunene må prioritere sine ressurser innenfor en gitt ramme. Økning i de yngste

aldergruppene gir økende behov for barnehager og grunnskoletjenester og det blir mindre igjen til omsorgstjenester. Den andre effekten reflekterer trolig at flere i den yngste aldergruppen øker behovet for helsestasjoner.

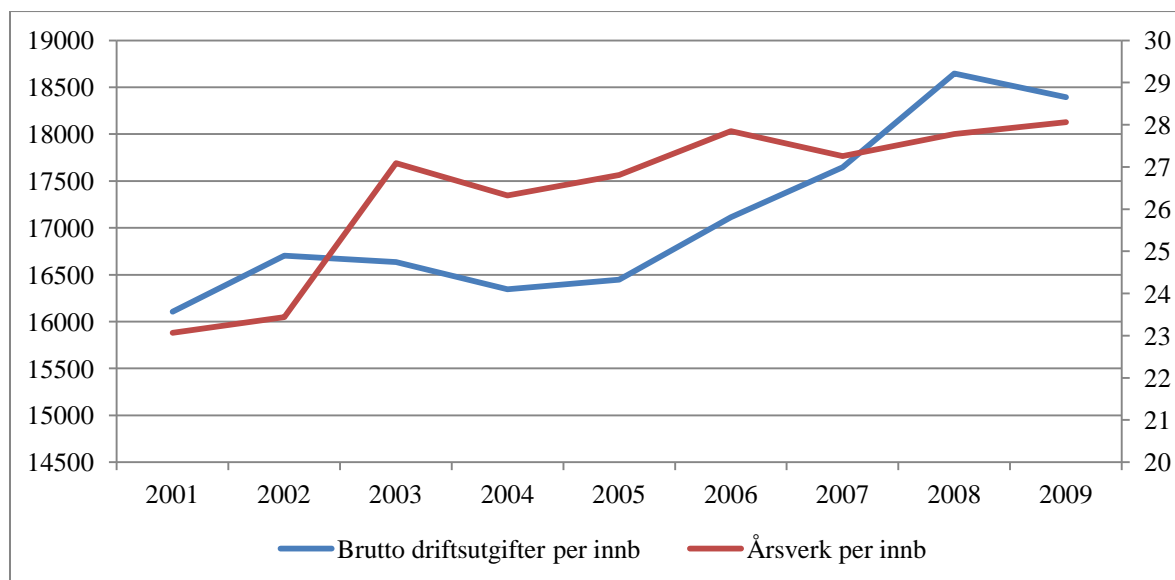
Motsvarende innebærer økte andeler i de eldste aldersgruppene at utgiftsnivået i helse- og omsorgssektoren øker. Effekten er som forventet sterkest i den øverste aldersgruppen. Både prosentandel enker og enkemenn og døde bidrar til å dra opp utgiftsnivået. Effekten er betydelig. Vi fortolker effekten av enker og enkemenn som et resultat av at bortfall av ektefeller reduserer innsatsen av privat omsorg og dermed øker behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester. Effekten av dødelighet reflekterer økt behov for helsetjenester i livets siste fase. Folketall har en negativ effekt på utgiftsnivået som trolig må forstås som en stordriftseffekt. Vi merker oss i tillegg en relativt sterk trendeffekt. Det skjer en økning i utgifter på 336 kroner per år utover det som kan forklares med endringer i de andre variablene i analysen. Igjen er GMM-resultatene nokså tilsvarende de som er presentert, men med høyere estimater for variabelen som beskriver kommunale inntekter.

I modell 2 estimeres effektene av ansvarsreformene på det samlede utgiftsnivået i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Særlig effekten av sykehjemsreformen er betydelig. Førsteårseffekten er vel 1800 og andreårseffekten er vel 1100 kroner per innbygger utover trendeffekten. Effekten av HVPU-reformen er ikke signifikant det første året og bare svakt positiv det andre året. At kortidseffektene for HVPU-reformen er lavere enn for sykehjemsreformen skyldes trolig primært at HVPU-reformen gikk over flere år. Gjennomsnittstallene i tabellen tilslører imidlertid store variasjoner mellom kommunene. I de mindre kommunene er det en betydelig vekst i utgiftene som kan tilskrives reformen, også på kort sikt. Deler av denne effekten kan trolig forklares med den såkalte vertskommuneeffekten – at kommuner som var vertskommuner for HVPU-institusjoner fikk en ekstrabelastning. Ekstrabelastningen ble kompensert ved et eget statlig tilskudd, vertskommunetilskuddet, som fortsatt eksisterer. Det ble også innført en toppfinansieringsordning for ressurskrevende brukere. Også den eksisterer fortsatt. Opptappingsplanen for psykisk helsevern har ingen effekt utover trendeffekten første året og bare en svak effekt andre året. Det har antagelig sammenheng med at opptappingsplanen, som HVPU-reformen, gikk over en lang periode. Fastlegereformen hadde en effekt på knapt 200 kroner per innbygger både første og andre året.

4.4 Nærmere analyse av utgifter og årsverk 2002-2010

Forrige avsnitt ga oss en analyse av de store linjer. For perioden fra og med 2001 har vi tilgang til bedre statistikk både om ressursbruk som her vil omfatte både utgifter og årsverk og om variabler som kan bidra til å forklare variasjonen i ressursbruk. Årsaken til bedre datatilgang er primært innføring av KOSTRA fra 2001. Data om antall psykisk utviklingshemmede er tilgjengelige fra 2002 som da vil utgjøre første året i denne analysen. Figur 4.3 viser brutto driftsutgifter til helse- og omsorgstjenester per innbygger og årsverk i helse- og omsorgstjenesten per 1000 innbyggere i perioden 2001-2009. Utgiftene er, som i forrige analyse, i 2010-priser.

Figur 4.3 Ressursbruk i kommunens helse- og omsorgstjenester, utgifter og årsverk, 2001-2009 (vektet analyse)



Årsverk per innbygger (høyre vertikale akse) øker fra 23,1 i 2001 til 28,1 i 2009. Veksten er på 21,6 prosent. Utgiftene øker fra 16 106 kroner per innbygger i 2001 til 18 395 kroner per innbygger i 2009, en samlet vekst på 14,2 prosent. At veksten i årsverk er høyere enn veksten i utgifter skyldes flere forhold. En mulig forklaring er at årsverksveksten har kommet i de lavere utdanningskategoriene der lønningene er lavere enn gjennomsnittslønningene i sektoren.

Følgende forklaringsvariabler inngår i analysen:

- Andel0-5: Prosentandel av befolkningen som er i aldersgruppe 0-5 år
- Andel6-15: Prosentandel av befolkningen som er i aldersgruppe 6-15 år
- Andel67-79: Prosentandel av befolkningen som er i aldersgruppe 67-79 år

- Andel80pluss: Prosentandel av befolkningen som er i aldersgruppe 80 år og over
- AndelEnsl80pl: Prosentandel av befolkningen over 80 år som er enslige
- AndelDøde: Prosentandel av befolkningen som dør
- AndelLavUtd: Andel av befolkningen som har grunnskole som høyeste utdanning
- AndelSosHj: Andel av befolkningen som mottar sosial stønad
- AndelPUUng: Psykisk utviklingshemmede under 16 år som prosentandel av befolkningen
- AndelPUOld: Psykisk utviklingshemmede 16 år og eldre som prosentandel av befolkningen
- Folketall: Folketall i 1000 innbyggere
- Reisetid: Gjennomsnittlig reisetid til kommunesenteret

Tabell 4.4 viser beskrivene statistikk for perioden samlet.

Tabell 4.4 Beskrivende statistikk, 1991-2009 (Kronestørrelser er deflatert med indeks for kommunalt konsum, 2010=1).

Variabel	Gjennomsnitt	Std. Avvik	Minimum	Maksimum	CV
BRUINT (i 1000 kr)	52,76	963,27	22,02	230,13	1807,25
Andel0-5	7,56	94,97	3,24	10,81	1193,18
Andel6-15	14,46	190,37	10,41	20,93	1298,65
Andel67-79	8,50	166,84	4,36	16,93	1920,31
Andel80pluss	4,56	123,33	0,00	3,38	2666,97
AndelDøde	0,89	24,03	0,00	3,38	2604,75
AndelEnsl80Pl	3,10	89,63	1,12	10,21	2864,80
AndelLavUtd	24,14	551,43	12,81	52,73	2241,26
AndelUføre	6,45	175,85	2,58	14,78	2669,13
AndelSosHj	2,81	87,65	0,20	9,74	3017,09
AndelPUUng	0,18	15,85	0,00	3,94	9312,32
AndelPUOld	0,27	15,85	0,00	3,95	6242,51
Folketall (i 10000 innb.)	10,52	1800,26	0,02	59,92	16963,20
Reisetid	6,77	452,60	0,00	75,80	7239,86

Det er størst ulikhet målt ved variasjonskoeffisienten (CV) i folketall, dernest i andel yngre PU-klienter og andel eldre PU-klienter. Den store variasjonen som eksisterer når det gjelder PU-klienter må langt på vei tilskrives den opphopning som skjedde som følge av lokalisering av HVPU-institusjonene til enkelte kommuner (vertskommuner). Vi kan heller ikke utelukke varierende registreringspraksis.

Det er små endringer i de fleste av disse størrelsene over tid. Den største endringen er i kommunale inntekter som øker med 10,1 prosent fra 2002 til 2009.¹⁹

Tabell 4.5 viser resultatet fra analysene.

Tabell 4.5 Analyser av variasjoner i ressursbruk, 2001-2009 (vektede analyser)

Variabel	Brutto driftsutgifter		Årsverk	
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
BRUINT	0,27***	0,32***	0,26***	0,04***
Andel0-5	-0,04***	-0,27***	-0,43***	-0,93***
Andel6-15	-0,08**	-0,11**	-0,10	-0,30*
Andel67-79	0,21***	0,20***	0,07	0,07
Andel80pluss	0,77***	0,59***	0,58**	0,27
AndelDøde	0,44*	0,46***	0,56	1,15***
AndelEnsl80Pl	0,04	0,15	1,39***	0,30
AndelLavUtd	0,02**	-0,10***	0,09***	-0,01
AndelUføre	-0,04	0,05	0,10	0,16
AndelSosHj	-0,06	-0,17***	-0,09	-0,23
AndelPUUng	4,19***	0,18	6,84***	-1,14*
AndelPUOld	4,92***	0,01	11,02***	0,25
Folketall (10k)	-0,00	-0,28***	-0,07***	-0,63***
Reisetid	0,05***	0,03***	0,15***	-0,03
Konstantledd	-3,76***	-0,82	-0,17***	32,15***
Faste effekter	År	Kommune, år	År	Kommune, År
AdjR2	0,80	0,85	0,81	0,85

***=sig på 0,001-nivå, **=sig. på 0,05-nivå *=sig på 0,10-nivå

I modell 1 og 3 utnyttes tverrsnittsvariasjonen mellom kommunene. Resultatene fra analysen av brutto driftsutgifter (modell 1) samsvarer langt på vei med resultatene fra analysen i forrige delkapittel som dekket hele perioden 1986-2009. Vi ser at i tillegg til de demografiske variablene, så har enkelte av de sosioøkonomiske variablene effekter på ressursbruken. Det gjelder i særlig grad dødelighet som bidrar til økte utgifter. Andel sosialhjelpsklienter har negativ effekt på utgiftsnivået i pleie- og omsorgstjenestene. Fortolkningen er at en her står

¹⁹ Uføre endrer definisjon fra 2008. Modellene er kjørt med og uten denne endringen.

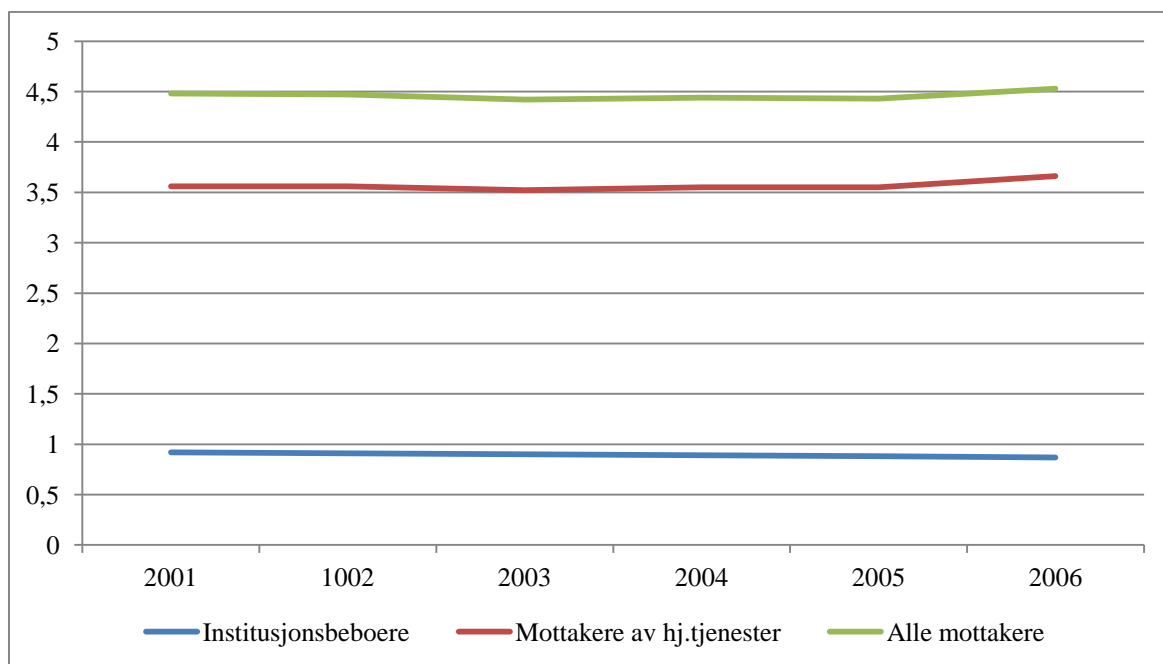
overfor samme mekanismen som når det skjer en økning i andelen yngre innbyggere: Flere sosialhjelpsklienter vrir ressurser bort fra helse- og omsorgstjenestene og over i sosialsektoren. Andel PU-klienter, både yngre og eldre, er en viktig årsak til utgiftsvariasjoner. Folketall har her som i den forrige analysen negativ effekt på driftsutgiftene, mens en økning i reisetidene innad i kommunen drar utgiftsnivået opp. Det er altså dyrere å drive helse- og sosialtjenester i kommuner som har spredt bosetting enn i kommuner der befolkningen har korte reiseavstander. I modell 2 inkluderes faste effekter for kommune. Vi utnytter da variasjonen innenfor den enkelte kommune over tid. Effektene endres særlig for lav utdanning. De to variablene som beskriver andelen PU-klienter blir begge insignificant. Dette betyr trolig at det er lite variasjon i disse variablene innen den enkelte kommune over tid. Analysen av årsverk per 10000 innbyggere samsvarer i rimelig grad med resultatene fra analysen av brutto driftsutgifter, men estimatene er noe mindre skarpe.

4.5 Utviklingen i antall brukere 2002-2006

Data om antall brukere er tilgjengelig fra 1991-2010, men med et brudd i tidsrekken i 2007. Data om antall brukere på kommunenivå fra og med 2007 er langt dårligere enn for den foregående perioden som følge av restriksjoner lagt på bruken av data. Denne delanalysen stopper derfor i 2006. Delanalysen har hovedfokus på effekter av strukturelle variasjoner i bosettingsmønstret, demografi, sosioøkonomiske forhold og andre tilgjengelige variabler som beskriver behov i befolkningen. I tillegg til variabler som er analysert tidligere (for eksempel andel psykisk utviklingshemmede) ser vi her nærmere på effekten av antall utskrevne pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Eksempelvis kjenner vi antall innleggelser for hjerteinfarktpasienter og nyresviktpasienter på kommunenivå. Disse dataene er tilgjengelige fra 2001-2007. Data om PU-klienter er som tidligere tilgjengelig fra 2002. Analyseperioden blir da 2002-2006. Her gis først en beskrivelse av antall brukere i perioden 2001-2006 dernest en analyse av variasjonen mellom kommunene og innen kommunene over tid.

Figur 4.4 viser antall institusjonsbeboere, antall mottakere av hjemmetjenester og totalt antall mottakere som prosentandel av befolkningen i perioden 2001-2006. Prosentandelen av befolkningen som mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester er som vi ser meget stabil i denne perioden. Det er en svak økning i prosentandelen som mottar hjemmetjenester fra 3,6 i 2001 til 3,7 i 2006. Prosentandelen av befolkningen som er institusjonsbeboere er 0,9 i hele perioden. Nasjonale tall fra SSB viser at stabiliteten som vi observerer fram til og med 2006 fortsetter til og med 2010 (<http://www.ssb.no/pleie/>).

Figur 4.4 Prosentandel av befolkningen som mottar pleie- og omsorgstjenester, 2001-2006 (veide gjennomsnitt)



Tabellene 4.5-4.7 viser data om variasjonen i kommunenes dekningsgrader for hjemmetjenester, institusjonstjenester og samlet (både hjemmetjenester og institusjonstjenester) i to aldersgrupper, 0-66 år og 67 år og over. Dekningsgrader defineres som antall mottakere i en aldersgruppe/antall innbyggere i aldersgruppen. Tabellen viser også to mål på spredning, ekstremverdier (minimums- og maksimumsverdier) og variasjonskoeffisienten (CV). Variasjonskoeffisienten er definert som $(\text{standardavviket}/\text{gjennomsnittet}) \cdot 100$.

Det er en svak nedgang i dekningsgraden for hjemmetjenester i den eldste aldersgruppa fra 19,7 i 2001 til 18,9 i 2006 og en økning i dekningsgraden i aldersgruppa 0-66 år fra 1,0 i 2001 til 1,3 i 2006 (tabell 4.5). I absolutte tall innebærer veksten i mottakere av hjemmetjenester i den yngste aldersgruppa en økning fra 39788 i 2001 til 55009 i 2006. Økningen var på 38 prosent. Veksten er litt sterkere hos menn (41 prosent) enn hos kvinner (35 prosent), men det er fortsatt noe flere kvinner enn menn som er mottakere av hjemmetjenester i den yngste aldersgruppen også i 2006 (om lag 25 500 menn og om lag 29 500 kvinner).

Tabell 4.5 Dekningsgrader for hjemmetjenester, 2001-2006 (veide tall)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<= 66 år						
Dekningsgrad	1,0	1,0	1,1	1,2	1,2	1,3
Minimum	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2
Maksimum	4,2	4,6	4,2	4,5	5,8	6,6
CV	44,8	43,7	43,7	46,0	48,5	45,1
67=<						
Dekningsgrad	19,7	19,7	19,2	19,0	18,7	18,9
Minimum	8,2	5,9	3,9	3,8	5,7	3,7
Maksimum	47,6	45,9	45,9	48,9	44,5	43,5
CV	19,5	18,0	18,0	20,0	20,3	18,8

Tilsvarende data om dekningsgradene i institusjoner er gitt i tabell 4.6. Dekningsgraden øker svakt fra 0,04 til 0,05 i aldersgruppa 0-66 år. I absolutte tall er økningen fra 1619 beboere i 2001 til 1924 i 2006, en økning på 18 prosent. I aldersgruppa 67 år og eldre faller dekningsgraden svakt fra 6,5 i 2001 til 6,3 i 2006. Antall personer i institusjoner faller også noe i aldersgruppa 67-79 år, og marginalt i aldersgruppa 80 år og over.

Tabell 4.6 Dekningsgrader for institusjonstjenester, 2001-2006 (veide tall)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<= 66 år						
Dekningsgrad	0,04	0,04	0,04	0,05	0,05	0,05
Minimum	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Maksimum	0,33	0,33	0,47	0,38	0,36	0,47
CV	72,76	69,38	68,00	77,61	68,42	73,84
67=<						
Dekningsgrad	6,51	6,52	6,42	6,41	6,32	6,29
Minimum	0,97	1,17	0,86	1,19	1,55	1,00
Maksimum	30,61	31,91	27,45	21,15	26,42	29,63
CV	28,10	27,93	28,12	28,81	28,61	29,56

Tabell 4.7 gir dekningsgradene for pleie- og omsorgstjenestene samlet. Tabellen bekrefter den tidligere forskningen på feltet (Brevik 2010, Otnes 2011); det skjer en økning i dekningsgradene for de yngre gruppene og en svak reduksjon i dekningsgradene i de eldre gruppene.

Tabell 4.7 Dekningsgrader for pleie- og omsorgstjenester samlet, 2001-2006 (veide tall)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<= 66 år						
Dekningsgrad	1,0	1,1	1,1	1,2	1,3	1,4
Minimum	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,2
Maksimum	4,4	4,7	4,4	4,8	6,1	6,7
CV	43,4	42,2	41,8	43,5	47,1	43,9
67=<						
Dekningsgrad	26,2	26,2	25,6	25,4	25,0	25,1
Minimum	17,6	8,3	13,1	16,3	14,2	13,8
Maksimum	58,4	53,7	53,9	57,8	51,4	51,9
CV	16,9	16,9	16,2	17,7	17,6	16,6

Siden vi ikke har data om behovet for pleie- og omsorgstjenester hos den enkelte bruker, vil det ikke være mulig å fastslå om de store forskjellene i dekningsgrader også innebærer at det er stor ulikhet i tilbudet. Forutsetter vi derimot at behovet for tjenester er noenlunde likt for de ulike aldersgruppene, så innebærer de betydelige forskjellene i dekningsgrader mellom kommunene at det er stor ulikhet i tilbudet av pleie- og omsorgstjenester i Norge. Dette gjelder særlig dekningsgraden for institusjoner. Kommunene vil imidlertid ha ulike omsorgsprofiler. De vil kunne velge ulik sammensetning av tjenestene. Det gjør at en skal være varsom med å vurdere variasjonen i dekningsgrader for en type tjeneste enkeltvis. Konsentrerer vi oss om dekningsgradene for pleie- og omsorgstjenester samlet (tabell 4.7) ser vi imidlertid at dekningsgradene i den beste kommunen er tre ganger så høy som i kommunen med den laveste dekningsgraden. Alle variasjonskoeffisientene er stabile i analyseperioden noe som indikerer at årsakene til de betydelige ulikhetene er strukturelle.

Årsakene analyseres nærmere i tabell 4.8. Vi benytter her samme basismodell som i kapittel 4.3 og 4.4 og lar kommunen tilpasse seg befolkningens behov for tjenester innenfor en restriksjon gitt av kommunens samlede inntekter.

Tabell 4.8 Analyser av mottakere av pleie- og omsorgstjenester, 2002-2006

Variabel	Mottakere av pleie- og omsorgstjenester (samlet)		Yngre mottakere av pleie- og omsorgstjenester		Eldre mottakere av pleie- og omsorgstjenester	
	Modell 1	Modell 2	Modell 3 Hjemme- tjenester	Modell 4 Institusjons- beboere	Modell 5 Hjemme- tjenester	Modell 6 Institusjons- beboere
BRUINT	0,02***	0,01**	0,001**	0,001***	0,003***	0,010***
An0-5	-0,02	-0,07	-0,04*	0,00	-0,01	-0,05***
An6-15	0,10***	0,04	-0,03**	-0,00**	-0,03*	-0,01*
An67-79	0,14***	0,09	-0,03**	0,00	0,09***	-0,04***
An80pluss	0,17***	0,15	-0,01	-0,01**	0,28***	-0,05***
AnDøde	0,12	-0,14	0,06	0,00	-0,15**	0,02
AnEnsl80Pl	0,51***	0,15	-0,04	0,00	0,18***	0,20***
AnLavUtd	0,03***	-0,01	-0,01***	0,00	0,02***	0,10***
AnUføre	0,05***	0,04	0,08***	0,001*	0,01	-0,00
AnSosHj	0,02	0,00	0,03*	0,00	0,10***	-0,04***
AnPUUng	0,81***	0,00	0,54***	0,02***	0,01	0,00
AnPUOld	0,98***	0,06	0,57***	0,00	0,14**	0,02
Folketall (10k)	0,01***	-0,054	-0,01*	-0,00	-0,01	0,00
Reisetid	0,01**	0,01	-0,00	0,00	0,01***	-0,00
Konstantledd	-3,17***	2,68	2,96	0,16	1,20	2,81***
Faste effekter	År	Kom., år	År	År	År	År

Modell 1 viser resultatene for analysen av variasjoner i antall mottakere samlet og utnytter variasjonen mellom kommunene. Antall mottakere øker med andelen innbyggere i aldersgruppene 6-15 år, 67-70 år og 80 år og over, samt antall enslige over 80 år. Vi ser videre at andel med lav utdanning, andel uføre i aldersgruppa 16-67 år og andel psykisk utviklingshemmede bidrar til å øke antall tjenestemottakere. I modell 2 inkluderes faste effekter for kommune. Vi utnytter da kun de kommuneinterne endringene over tid. Vi ser at det kun er kommunenes inntektsnivå som står igjen som signifikant. An67-79 og An80Pluss er på kanten til å være signifikante ($p=0,11$ og $p=0,12$). At effektene blir insignifikante i modell 2 skyldes at det er lite variasjon innen den enkelte kommune i den relativt korte perioden vi studerer.

Modell 3 (hjemmetjenester) og modell 4 (institusjonsbeboere) gir nærmere analyser av mottakere av tjenester som er 66 år og lavere og modell 5 og 6 gir tilsvarende analyser for mottakere av tjenester som 67 år og eldre. Vi presenterer her kun tverrsnittsanalysene i tabells form.

Kommunale inntekter har positive effekter på nivået av mottakere for begge tjenester og for begge aldersgrupper. Andelen i de yngre aldersgruppene har gjennomgående negative effekter for antall mottakere. Dette har tilsvarende fortolkning som vi har diskutert tidligere – mange yngre innebærer store driftsutgifter i barnehager og skole. Stor eldreandel bidra til å redusere andelen mottakere av hjemmetjenester og institusjonsplasser i den yngste aldersgruppen (0-66 år) og det bidrar til å redusere andelen mottakere av institusjonsplasser og øke andelen mottakere av hjemmetjenester i den eldste aldersgruppen. Høy eldreandel skaper med andre ord press både mot tilbudet til yngre mottakere og i retning av et hjemmebasert tilbud i den eldste aldersgruppen. Økende andel eldre enslige gir høyere andel mottakere både av hjemmetjenester og institusjonsplasser i den eldste aldersgruppen. Tilsvarende effekt finner vi av lav utdanning. Andel PU-klienter påvirker antall mottakere, særlig mottakere av hjemmetjenester, men i den yngste aldersgruppen også andelen som mottar institusjonsplass. GMM-estimeringene har i hovedsak samme effekter som nevnt tidligere – effekten av kommunale inntekter blir mer markant.

I neste fase inkluderer vi, i tillegg til de økonomiske, sosiodemografiske og helsemessige variablene, data om følgende grupper av pasienter behandlet i spesialisthelsetjenesten i analysene:

- Diabetes (ICD-10: E10- E14)
- Hypertensjon (I10-I15)
- Ischemiske hjertelidelser (I20-I25), herunder hjerteinfarkt
- Kroniske respirasjonssykdommer (J40-J47), herunder KOLS

Vi har valgt grupper som representerer lidelser som i noen eller høy grad kan behandles i kommunehelsetjenesten som diabetes og hypertensjon, sykdommer som med rimelig høy grad av sannsynlighet vil ende med sykdomsopphold (respirasjonssykdommer) og lidelser som nesten alltid vil ende med sykehusopphold (hjertelidelser). Tabell 3.8 gir beskrivende statistikk om utskrivninger etter diagnoser. Variablene er definert som antall utskrivninger per 1000 innbyggere. Tabellen viser gjennomsnitt for perioden.

Tabell 4.9 Beskrivende statistikk, diagnoser (veide tall)

Variabel	Gjennomsnitt	Minimum	Maksimum
Diabetes mellitus	1,21	0,00	22,57
Hypertensjon	0,18	0,00	6,19
Ischemisk hjertelidelser	11,03	0,00	48,62
Kronisk respiratorisk sykd	3,05	0,00	17,93

Antall innleggelser per 1000 innbyggere er høyest for hjertelidelsene som også er den gruppen som krever sykehusbehandling, lavest for hypertensjon.

Variablene er inkludert i modeller tilsvarende de som er rapportert i tabell 3.7. Resultatene viser svake positive, men ikke signifikante effekter av de fire variablene enkeltvis. Vi har også inkludert en variabel som summerer antall opphold over de fire diagnosegruppene. Også en slik variabel gir svake positive, men ikke signifikante effekter. Vår fortolkning er at de øvrige variablene i modellen langt på veg fanger opp effektene av sykehusutskrivninger.

4.6 Oppsummering

Som vi nevnte innledningsvis i dette kapitlet, viste de foregående analysene av ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene at forbruksvariasjoner mellom kommunene primært ble forklart av andel innbyggere i aldergruppene 67-79 år, 80-89 år og 90 år og over, reiseavstander i kommunen, andel psykisk utviklingshemmede over 16 år og ikke-gifte 67 år og over.

Analysene var primært basert på tverrsnittsanalyser mellom kommunene for 1 eller 2 år. Her har vi benyttet et noe større datamateriale og vi har testet ut effektene av noe flere variabler, særlig sosioøkonomiske variabler og variabler som beskriver sykehusforbruk.

I forhold til de tidligere analysene bekreftes alle funnene her. Dette gjelder både effektene av demografi, kommunestørrelse og reiseavstander. I tillegg finner vi signifikante effekter på utgiftsnivået av både dødelighet og utdanningsnivå. Dødelighet har samtidig en negativ effekt på antall brukere. En fortolkning er at kommuner med høy dødelighet må øke ressursene til mange pasienter i terminal pleie noe som reduserer tilgangen til tjenester for andre. Andel uføre er en viktig årsak til variasjoner i antall mottakere i den yngre aldergruppen (<67 år).

5 Kvaliteten i tjenestene

5.1 Innledning

Problemstillingen i dette kapitlet er om det er ulikheter i tjenestekvalitet mellom kommuner og mellom tilbud som gis i sykehjem og ved hjemmebaserte tjenester. Generelt er det slik at hva man finner i analyser av kvalitet vil avhenge av hvordan man operasjonaliserer kvalitetsbegrepet. Hvilke indikatorer som benyttes er derfor vesentlig. Ved å bruke flere ulike kvalitetsindikatorer bedres mulighetene for å trekke sikre konklusjoner om eventuelle kvalitetsforskjeller. Målsetningen i dette delprosjektet var å benytte kvalitetsindikatorer fra to ulike datakilder, KOSTRA og IPLOS-registeret, i analyser av i kvalitetsvariasjoner. Det har i denne omgang dessverre ikke vært mulig å få tilgang på data fra IPLOS, og analysene som beskrives i dette kapitlet tar i sin helhet utgangspunkt i materiale fra KOSTRA. Derfor har det, i denne omgang, ikke vært mulig å undersøke eventuelle sammenhenger mellom dødelighet og utformingen av pleie- og omsorgstjenestene. Fra KOSTRA har vi i det dette kapitlet benyttet kvalitetsvariablene som er beskrevet i tabell 5.1.

Tabell 5.1 Kvalitetsvariable fra KOSTRA. Definisjoner

Variabel (forkortelse)	År der vi har observasjoner av variabelen
Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem (Legetimer)	Observasjoner fra årene 2004-2010.
Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem (Fysioterapitimer)	Observasjoner fra årene 2004-2010.
Andel plasser i enerom i pleie- og omsorgsinstitusjoner (Enerom)	Observasjoner fra årene (2000) 2001-2010.
Andel plasser i brukertilpasset enerom med eget bad/wc (Brukertilpasset enerom)	Observasjoner fra årene 2004-2010.
Andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning (Fagutdanning)	Observasjoner fra årene 2003-2010.
System for brukerundersøkelser i institusjon (Brukerundersøkelser inst.)	Observasjoner fra årene 2004-2010
System for brukerundersøkelser i hjemmetjenesten (Brukerundersøkelser hjemmetj.)	Observasjoner fra årene 2004-2010

5.2 Beskrivende statistikk

Tabell 5.2 beskriver utviklingen i kvalitetsindikatorene over tid. Vi har beregnet vektete gjennomsnitt for de ulike variablene i de årene vi har opplysninger.

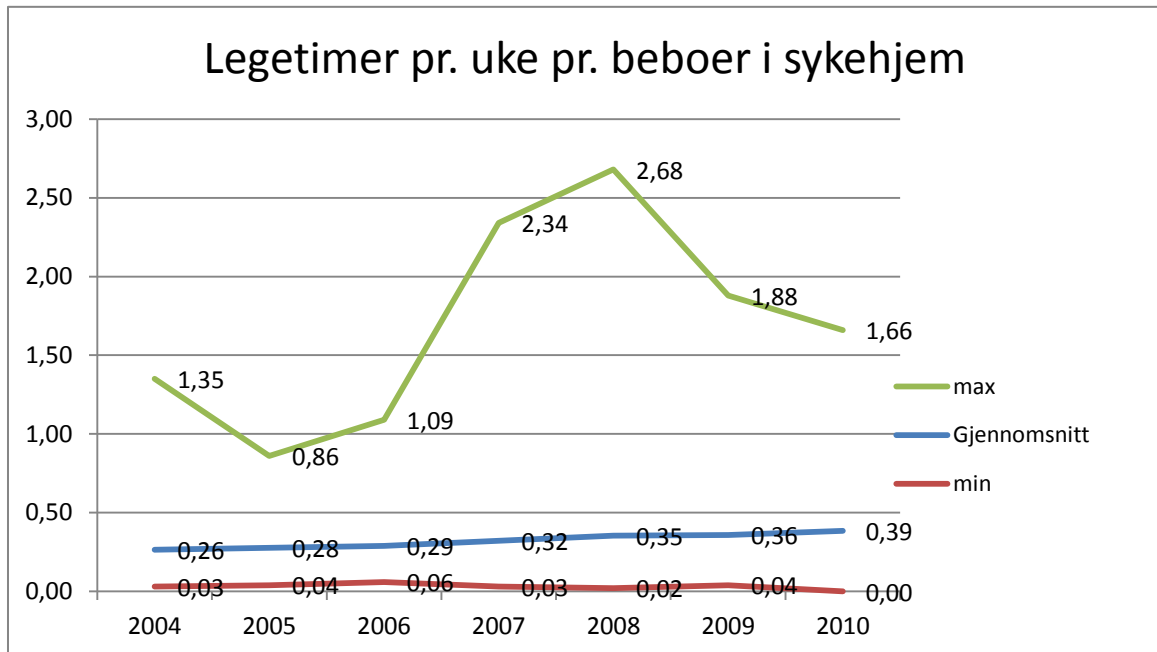
For *Legetimer* har vi opplysninger for årene fra og med 2004 til og med 2010. Vi ser at det har vært en jevn økning i antall legetimer i sykehjemmene i perioden 2004-2010, fra 0,26 timer (16 minutter) i 2004 til 0,39 timer (23 minutter) i 2010. Samtidig ser vi i Figur 5.1 at det er svært store forskjeller mellom kommunene med hensyn til omfanget av *Legetimer*: I 2004 ser vi at kommunen med det høyeste tallet for *Legetimer* er registrert med 1,35 *Legetimer*, og det utgjør mer enn 5 ganger flere timer sammenlignet med gjennomsnittet (0,26).

Tabell 5.2 Kvalitetsvariable fra KOSTRA. Beskrivende statistikk

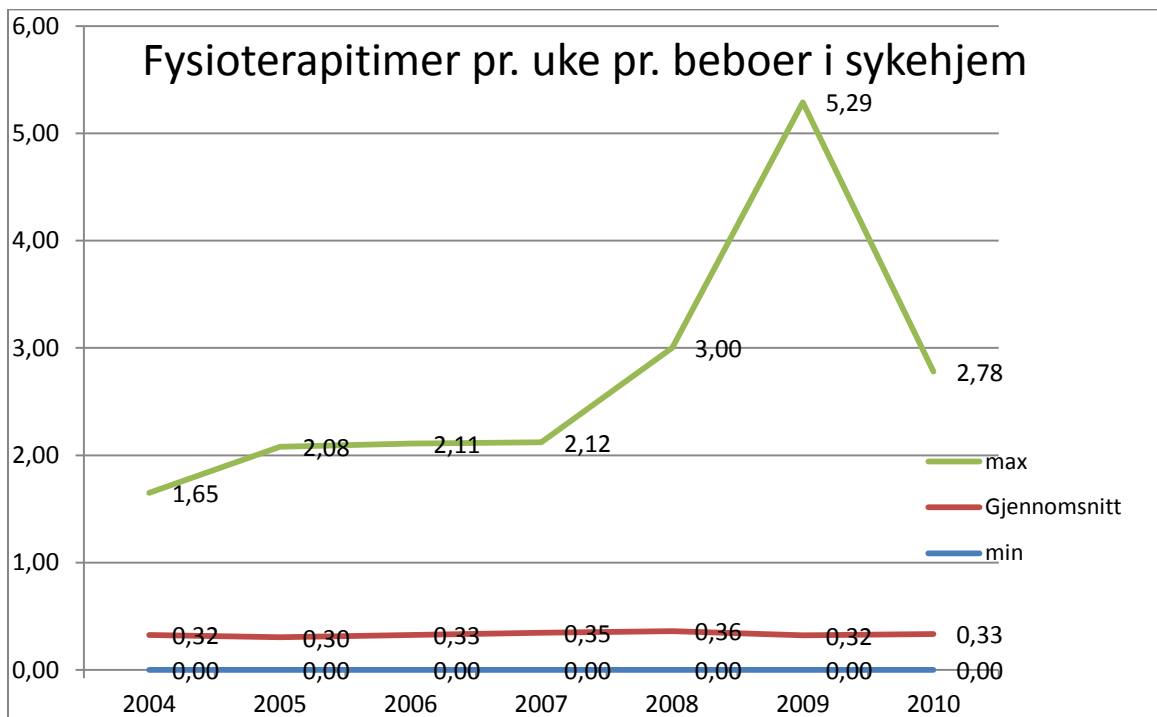
År	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem	-	-	-	0,26	0,28	0,29	0,32	0,35	0,36	0,39
Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem	-	-	-	0,32	0,30	0,33	0,35	0,36	0,32	0,33
Andel plasser i enerom i pleie- og omsorgsinstitusjoner	79,17	80,97	84,65	87,69	89,86	91,10	92,05	93,65	93,83	93,26
Andel plasser i brukertilpasset enerom med eget bad/wc	-	-	-	53,59	55,51	56,89	63,24	64,77	65,07	76,31
Andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning	-	-	65,52	67,57	69,86	71,52	71,19	71,67	71,92	72,41
System for brukerundersøkelser i institusjon	-	-	-	0,68	0,75	0,81	0,65	0,64	0,66	0,69
System for brukerundersøkelser i hjemmetjenesten	-	-	-	0,62	0,75	0,75	0,64	0,65	0,67	0,69
Andel innbyggere eldre enn 80 år (%)	4,45	4,50	4,57	4,63	4,65	4,66	4,61	4,58	4,53	4,49
And hjemmetj./And Institusjon	4,24	4,26	4,33	4,42	4,44	4,68	4,84	4,64	4,57	4,62

Ser vi på utviklingen i *Fysioterapitimer* ser vi at omfanget av *Fysioterapitimer* per beboer i gjennomsnittskommunen er nær uendret i perioden i ser på, og omfanger utgjør omtrent 19-20 minutter per uke i gjennomsnittskommunen. Samtidig ser det i Figur 5.2 ut til at forskjellene mellom kommunene har økt. I 2004 ser vi at kommunen med det høyeste tallet for *Fysioterapitimer* er registrert med 1,65 *Fysioterapitimer*, og det utgjør mer enn 5 ganger flere

timer sammenlignet med gjennomsnittet (0,32). I 2010 ser vi at kommunen med det høyeste tallet for *Fysioterapitimer* er registrert med 2,78 *Fysioterapitimer*, og det utgjør mer enn 8 ganger flere timer sammenlignet med gjennomsnittet i 2010 (0,33). Vi ser at det i hele perioden er slik at enkelte av kommunene ikke tilbyr *Fysioterapitimer* i det hele tatt.



Figur 5.1 Legetimer



Figur 5.2 Fysioterapitimer

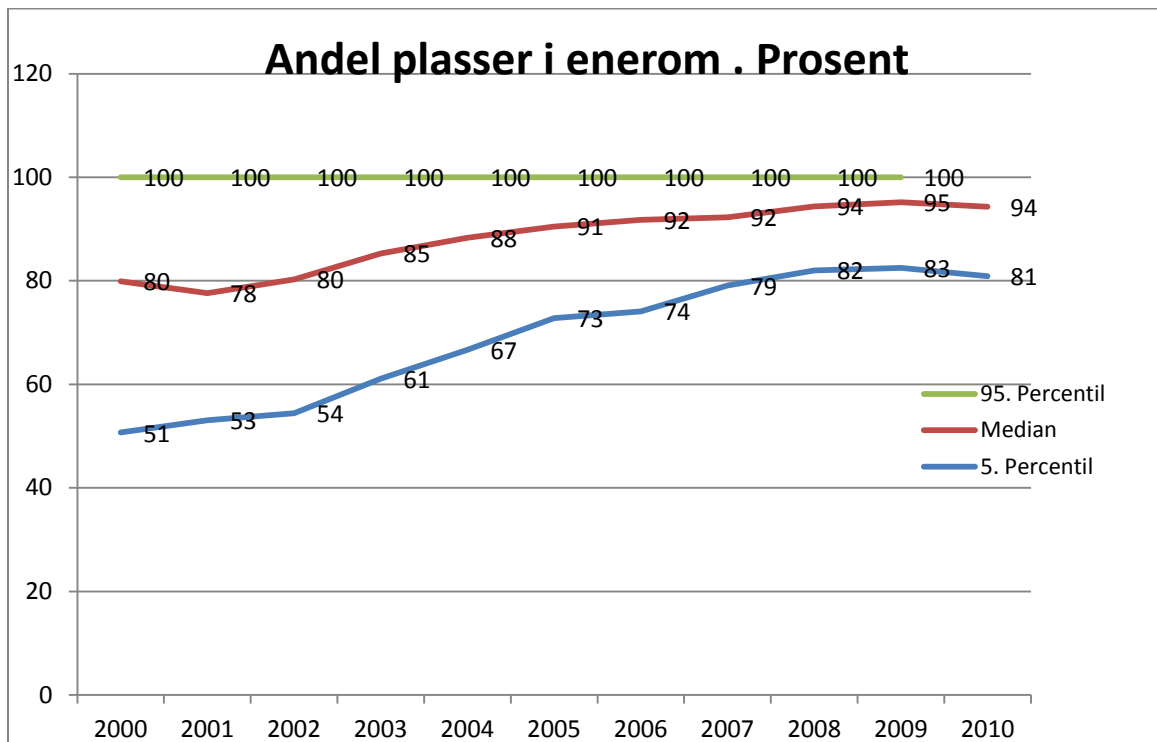
For variabelen *Enerom* har vi opplysninger for årene fra og med 2001 til og med 2010. Vi ser i tabell 5.2 at det har vært en jevn økning i andelen enerom i sykehjemmene i perioden, fra et gjennomsnitt på 79 % i 2001 til 93 % i 2010. Samtidig ser vi i Figur 5.3 at forskjellene blant de 5 prosent av kommunene som med lavest andel enerom og de 5 prosent av kommunene med størst andel enerom er redusert i perioden. I de 5 prosent av kommunene med størst andel enerom, utgjør andelen enerom 100 % i hele perioden. Samtidig ser vi at andelen enerom i kommunen som utgjør 5 percentilen har økt fra 51 % i 2001 til 81 % i 2010.

For variabelen *Brukertilpasset enerom* har vi opplysninger for årene fra og med 2004 til og med 2010. Vi ser i tabell 5.2 at det har vært en jevn økning i andelen brukertilpassede enerom i sykehjemmene i perioden, fra et gjennomsnitt på 54 % i 2004 til 76 % i 2010. Samtidig ser vi i Figur 5.4 at forskjellene blant de 5 prosent av kommunene som med lavest andel enerom og de 5 prosent av kommunene som med størst andel enerom er redusert i perioden. I de 5 prosent av kommunene med størst andel brukertilpassede enerom, utgjør andelen 100 % i hele perioden. Samtidig ser vi at i de fem prosent av kommunene med lavest andel brukertilpassede enerom, så ble det ikke tilbudt brukertilpassede enerom i perioden 2004- 2008. Andelen brukertilpassede enerom i kommunen som utgjør 5 percentilen var økt til 36 % i 2010.

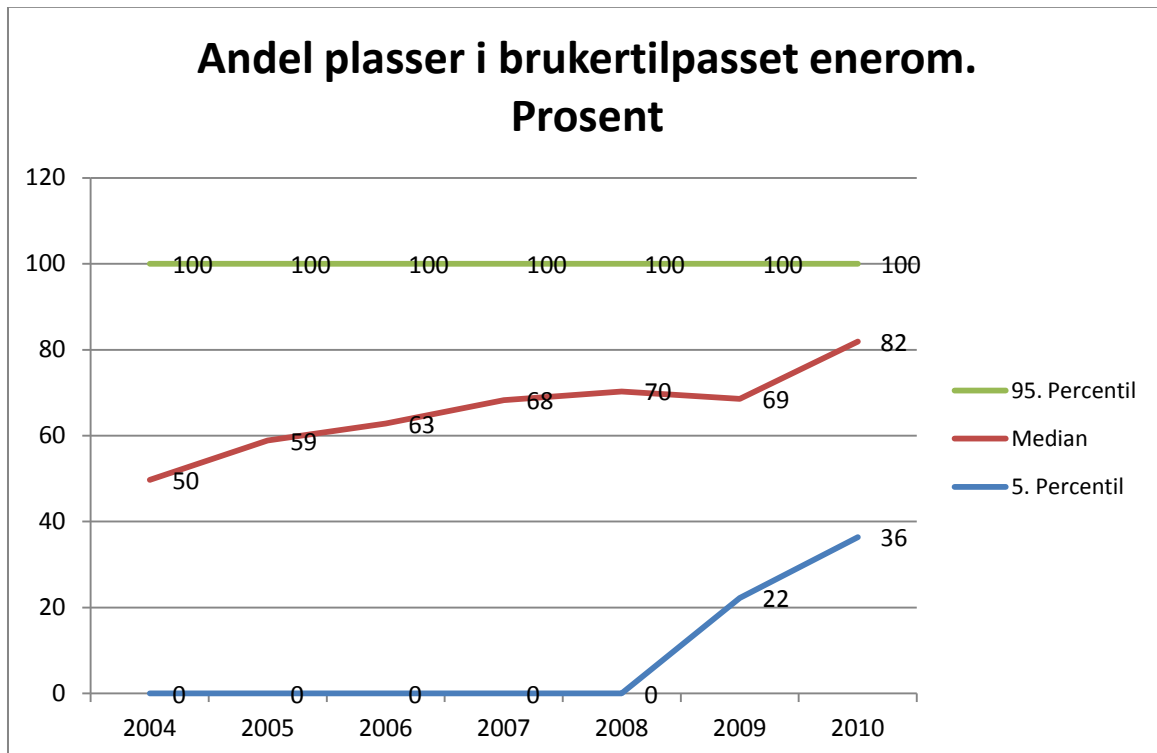
Variabelen *Fagutdanning* beskriver hvor stor andel av årsverkene i brukerrettede tjenester som uføres av personer med fagutdanning. For denne variabelen har vi informasjon fra årene 2003 til 2010. I tabell 5.2 ser vi at andelen har økt jevnt i perioden fra 66 % i gjennomsnittskommunen i 2003 til 72 % i 2010. I Figur 5.5 ser vi at andelen har økt også i kommunene som utgjør 5 percentilen og 95 percentilen.

Variablene *Brukerundersøkelser inst.* og *Brukerundersøkelser hjemmetj.* beskriver hvorvidt den enkelte kommune har tatt i bruk et system for brukerundersøkelser i henholdsvis institusjoner og hjemmetjenesten. For disse variablene har vi opplysninger for årene fra og med 2004 til og med 2010, og denne variabelen tar enten verdien 1 (*JA*) eller 0 (*NEI*). Vi ser i tabell 5.2 at andelen kommuner med brukerundersøkelser institusjon har variert noe i perioden men at andelen er om lag på samme nivå i 2010 som i 2004 med omtrent 69 %. Vi ser imidlertid at andelen kommuner med brukerundersøkelser i hjemmetjenestene har økt noe i perioden fra 62 % i 2004 til 69 % i 2010.

Figur 5.3 Enerom.²⁰

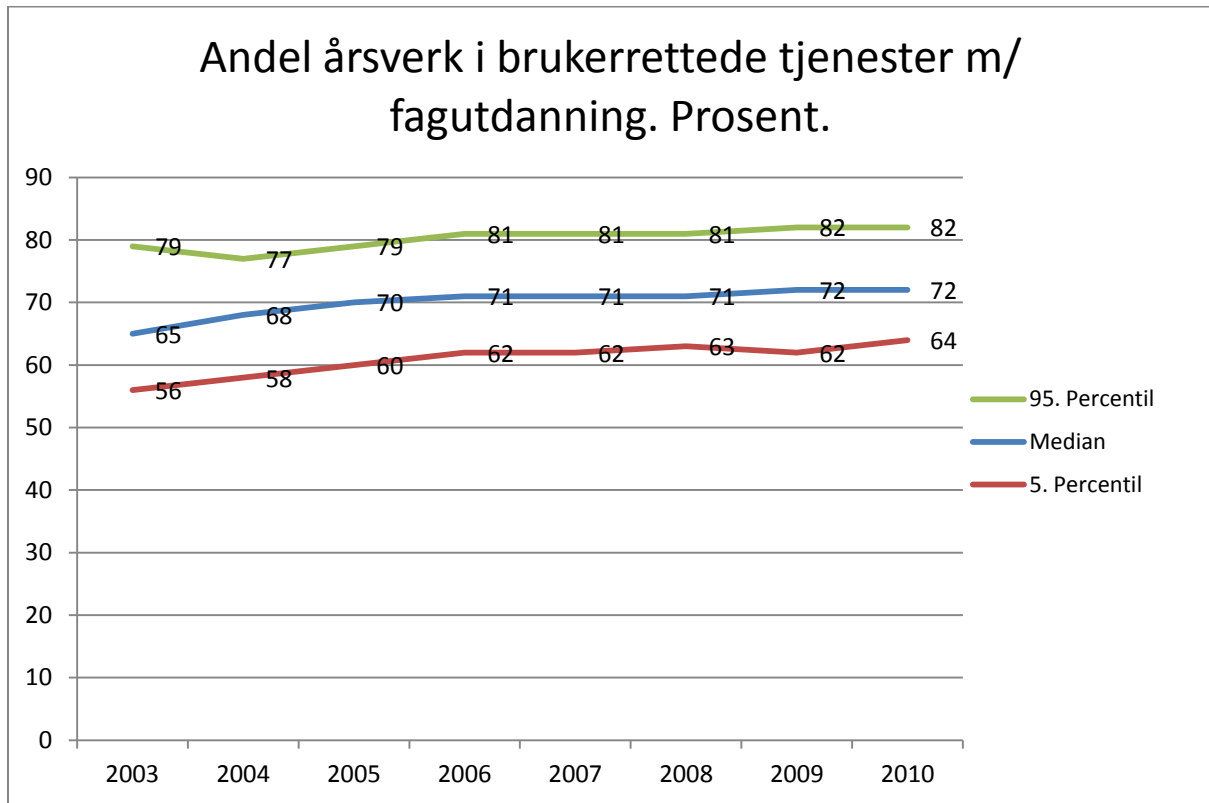


Figur 5.4 Brukertilpasset enerom

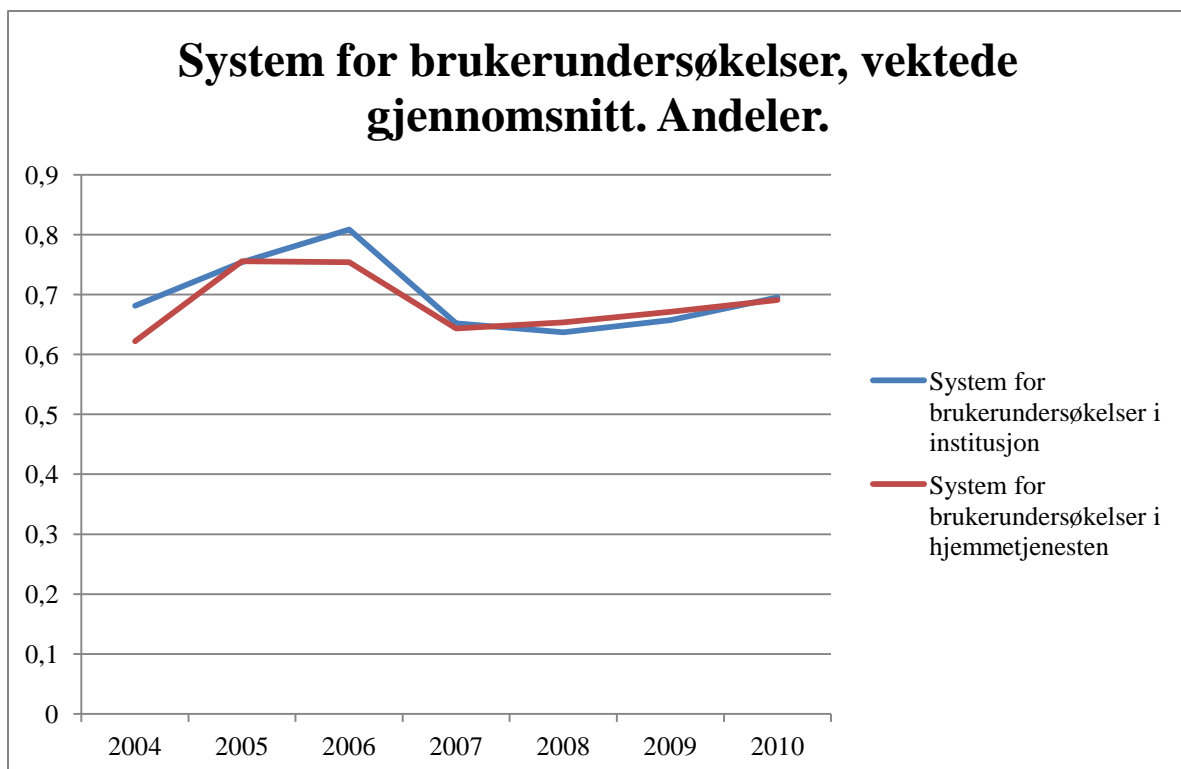


²⁰ Figuren beskriver *medianen* (kommunen som ligger midt i fordelingen av andelen enerom), *5 percentilen* (kommunen som har en andelen enerom slik at 5 prosent av kommunene faller under) og *95 percentilen* (kommunen som har en andelen enerom slik at 5 prosent av kommunene ligger over).

Figur 5.5 Andel årsverk med fagutdanning



Figur 5.6 System for brukerundersøkelser



5.3 Analyser av faktorer som forklarer variasjon i observerbare kvalitetsindikatorer mellom norske kommuner

I tabellene 5.3 og 5.4 presenteres resultater fra regresjonsanalyser der de avhengige variable er kvalitetsindikatorer registrert i KOSTRA. Med unntak av en variabel som beskriver utdanningsnivået i kommunens brukerrettede tjenester, utgjør de kvalitetsindikatorer som inngår i analysene beskrivelser av kommunenes sykehjemstjenester. De avhengige variable er henholdsvis ”Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem” og ”Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem” i Tabell 5.3, og ”Andel plasser i enerom i pleie- og omsorgsinstitusjoner, ”Andel plasser i brukertilpasset enerom m/ eget bad/wc” og ”Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning” i Tabell 5.4.²¹

I analysene undersøker vi om nivået på kommunens frie inntekter påvirker kvaliteten på pleie og omsorgstjenestene, slik kvaliteten kommer til uttrykk gjennom de relativt grove kvalitetsindikatorer vi har tilgjengelig. Beskrivende statistikk for kommunale inntekter finnes i kapittel 4. Vi kontrollerer for prosentandel innbyggere over 80 år, siden det er rimelig å tenke seg at organiseringen av tjenesten avhenger hvorvidt det relativt sett er små eller store behov for pleie- og omsorgstjenester i kommunen. Videre vil organiseringen av selve sykehjemstjenesten i den enkelte kommune avhenge av pleiebehovet til sykehjemsbeboerne. For eksempel er det rimelig å forvente at behovet for ukentlige legetimer per beboer er større i kommuner der sykehjemsbeboerne har større pleiebehov. Vanligvis vil det være slik at det er de av kommunens innbyggere som har det største pleiebehovet som utgjør sykehjemsbeboerne. En gradvis overgang mot en organisering med mer hjemmebasert omsorg vil innebære at en del personer som tidligere ville blitt tildelt sykehjems plass nå mottar omsorg i eget hjem. En slik prosess innebærer at et stort innslag av hjemmebasert omsorg i en kommune kan bidra til at det gjennomsnittlige pleiebehovet hos sykehjemsbeboere blir høy. Grunnen er at sykehjems plasser blir et relativt sett knappere gode. Det relative omfanget av hjemmetjenester og institusjonstjenester i kommunen kan altså være en faktor som kan påvirke våre observerbare kvalitetsindikatorer. Vi har derfor valgt å inkludere variabelen ”Andel mottakere av hjemmetjenester / And beboere i Institusjon” som forklaringsvariabel i våre regresjoner.

²¹ Vi har undersøkt hvorvidt det er mulig å beregne sammenhengen mellom forklaringsvariablene i Tabell 5.3 og Tabell 5.4 og sannsynligheten for at kommunene har implementert et system for brukerundersøkelser i institusjoner og hjemmetjenester. Vi lyktes ikke med å oppnå robuste resultater. Årsaken er trolig at det for mange kommuner er lite eller ingen variasjon over tid, hvilket innebærer at svært mange av kommunene må ekskluderes fra analysene.

Siden vi har observasjoner for flere år av hver kommune (paneldata), vil ikke alle restleddene være uavhengig fordelt. Dette tar vi hensyn til ved å benytte kommunespesifikke faste effekter for å kontrollere for uobserverbare faktorer på kommunenivå²². Denne korreksjonen gjør vi i alle regresjonene. For alle modeller har vi har vi estimert modeller med og uten faste effekter for år. Ved å inkludere faste effekter for år blir det blant annet mulig å kontrollere for generell nominell vekst i kommunale inntekter over tid. Ved hjelp av en likelihood ratio test har vi testet hvorvidt det er hensiktsmessig med faste effekter for år. Vi finner da at modeller *uten* faste effekter for år kan forkastes med lav p-verdi. Vi presenterer derfor kun de modellene der faste effekter for år inkluderes.

I kolonnene 2 og 4 i Tabell 5.3 og i kolonnene 2, 4 og 6 i tabell 5.4 er modellene estimert med vanlige minste kvadraters metode (MKM), mens modellene i de øvrige kolonnene er estimert ved å benytte instrumentvariable for kommunale inntekter.

Vi har testet hvorvidt man kan forkaste en hypotese om at de kommunale inntekter er eksogene. For modellene presentert i Tabell 5.3 finner vi at vi ikke kan forkaste hypotesen om at kommunale inntekter er eksogene. Når vi beskriver resultatene i tabell 5.3 diskuterer vi derfor resultatene fra modellene estimert ved MKM (uthevet). For modellene presentert i Tabell 5.4 finner vi at vi kan forkaste hypotesen om at kommunale inntekter er eksogene. Når vi beskriver resultatene i tabell 5.4 diskuterer vi derfor resultatene fra modellene estimert ved GMM (uthevet).

²² Vi har også estimert modeller med stokastiske kommunespesifikke effekter (random effects modell), men modeller med stokastiske effekter blir i såkalte Hausman tester forkastet til fordel for modeller med faste effekter.

Tabell 5.3 Regresjonsanalyser. Legetimer og fysioterapitimer som avhengige variable. Vektet regresjon med kommunenes folketall som vektor.

	Legetimer		Fysioterapitimer	
Kommunale inntekter per capita (10 000 kr)	-0.017 (0.023)	0.111** * (0.010)	0.045 (0.035)	0.004 (0.014)
Andel innbyggere eldre enn 80 år (%)	-0.049*** (0.012)	-0.005 (0.046)	-0.089** (0.018)	-0.042 (0.070)
And hjemmetj./And Institusjon	0.015*** (0.002)	0.015* (0.009)	0.025** (0.003)	0.027** (0.012)
	MKM	GMM	MKM	GMM
Faste effekter for kommune	Ja	Ja	Ja	
Tidsperiode	2004-2010	2004-2010	2004-2010	2004-2010
Faste effekter for år	Ja	Ja	Ja	Ja
Antall kommuner	436	436	435	435
Antall observasjoner per kommune	1-7	1-7	1-7	1-7
R ²	0,58	0,41	0,63	0,57
Hypotesen om at kommunale inntekter er eksogene forkastes		Nei		Nei

I Tabell 5.3 beskriver vi resultatene fra regresjoner der de avhengige variable er *Legetimer* og *Fysioterapitimer*, og vi diskuterer resultatet fra modellene estimert med MKM (uthevet). Tolkningen av resultatene i tabell 5.3 er at kommunale inntekter ikke påvirker omfanget av *Legetimer* og *Fysioterapitimer*. En mulig forklaring til dette funnet er at *Legetimer* og *Fysioterapitimer* i større grad påvirkes av sammensetningen av, og pleiebehovet til, pasientene på sykehjemmene, og i mindre grad av kommunale inntekter.²³ Resultatene kan tyde på at andelen av kommunens innbyggere som er eldre enn 80 år påvirker omfanget av *Legetimer* og *Fysioterapitimer*. De estimerte koeffisientene tilknyttet denne forklaringsvariabelen er statistisk signifikante og har negativt fortegn, og tolkingen er at en større andel eldre over 80 år er assosiert med færre ukentlige Legetimer og Fysioterapitimer per beboer. De estimerte koeffisientene tilknyttet variabelen som beskriver forholdet mellom andelen beboere som mottar hjemmetjenester og andelen som er beboere i institusjon er statistisk signifikante og har positivt fortegn både i modellen der *Legetimer* er den avhengige variabelen og i modellen der *Fysioterapitimer* er den avhengige variabelen. En nærliggende tolkning av dette funnet er kommunens organisering av pleie- og omsorgstilbudet med hensyn til omfanget av hjemmebasert versus institusjonsbasert omsorg, påvirker omfanget av

²³ Vi har også undersøkt hvorvidt resultatene blir annerledes dersom vi log-transformerer disse avhengige variablene. Resultatene ble i hovedtrekk ikke forskjellig fra resultatene som presenteres.

Legetimer og *Fysioterapitimer*. En mulig forklaring til dette funnet er at det gjennomsnittlige pleiebehovet til sykehjemsbeboerne er større i de kommuner der det relative omfanget av hjemmetjenester er høyt.

I Tabell 5.4 beskriver vi resultatene fra regresjoner der de avhengige variable er *Enerom*, *Brukertilpasset enerom*, og *Fagutdanning*, og vi diskuterer resultatet fra modellene estimert med GMM (uthevet).

Tabell 5.4 Regresjonsanalyser. Enerom og fagutdanning som avhengige variable. Vektet regresjon med kommunenes folketall som vektor.

	Enerom		Brukertilpasset enerom		Fagutdanning	
Kommunale inntekter per capita (10 000 kr)	0.609 (0.871)	8.685*** (0.431)	3.777 (4.659)	21.365*** (1.709)	-1.429*** (0.533)	4.880*** (0.276)
Andel innbyggere eldre enn 80 år (%)	-0.765 (0.547)	4.166*** (0.861)	3.561 (2.373)	1.190 (3.160)	0.417 (0.259)	1.485*** (0.462)
And hjemmetj./And Institusjon	0.244*** (0.060)	0.210** (0.096)	0.163 (0.184)	0.198* (0.112)	-0.006 (0.023)	0.007 (0.042)
	MKM	GMM	MKM	GMM	MKM	GMM
Faste effekter for kommune	Ja	Ja	Ja			
Tidsperiode	2001-2010	2001-2010	2004-2010	2004-2010	2003-2010	2003-2010
Faste effekter for år	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Antall kommuner	438	438	435	435	435	435
Antall observasjoner per kommune	1-10	1-10	1-7	1-7	1-8	1-8
R ²	0,65	0,47	0,61	0,59	0,85	0,77
Hypotesen om at kommunale inntekter er eksogene forkastes	Ja²⁴ p<0,01		Ja p<0,01		Ja²⁵ p<0,01	

Et interessant resultat er at koeffisientene tilknyttet variabelen *kommunale inntekter per capita* er statistisk signifikant og positiv, i modellene for alle de tre kvalitetsindikatorerne *Enerom*, *Brukertilpasset enerom*, og *Fagutdanning*. Tolkningen er at en økning i de kommunale inntekter svarende til ti tusen kroner per capita er assosiert med:

- En økning i andelen *Enerom* svarende til 8,69 prosentpoeng.
- En økning i andelen *Brukertilpassede enerom* svarende til 21,37 prosentpoeng.

²⁴ Hypotesen ble testet under estimering av den aktuelle modellen ved bruk av tottrinns minste kvadraters metode, da testobservator ikke kunne beregnes under generaliserte minste kvadraters metode.

²⁵ Hypotesen ble testet under estimering av den aktuelle modellen ved bruk av tottrinns minste kvadraters metode, da testobservator ikke kunne beregnes under generaliserte minste kvadraters metode.

- En økning i andelen ansatte med *Fagutdanning* svarende til 4,88 prosentpoeng.

En noe mer generell tolkning av dette funnet er at høyere kommunale inntekter er assosiert med bedre kvalitet på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, slik kvaliteten kommer til uttrykk gjennom de tre kvalitetsindikatorerne vi studerer i Tabell 5.4. Vi ser også at de estimerte koeffisientene knyttet til variabelen *andel innbyggere eldre enn 80 år* er statistisk signifikant og positiv i regresjonene der *Enerom* og *Fagutdanning* er de avhengige variable. Tolkningen er altså at en større andel eldre assosieres med en større andel *enerom*, og at en større andel eldre assosieres med en større andel ansatte med *Fagutdanning*. Videre ser vi at de estimerte koeffisientene tilknyttet det relative omfanget av hjemmetjenester er statistisk signifikante og positive i regresjonene der *enerom* og *brukertilpasset enerom* er de avhengige variable. Tolkningen er altså at større relativt omfang av hjemmetjenester assosieres med en større andel *enerom*, og *brukertilpasset enerom*. En mulig forklaring til dette funnet er at satsning på hjemmebasert omsorg bidrar til at kommunene i større grad kan tilby ulike former for *enerom* i den institusjonsbaserte omsorgen.

6 Oppsummering og konklusjoner

Vi har analysert tre problemstillinger. Første spørsmålet vi stilte er om det er kostnadsforskjeller mellom institusjonstjenester og hjemmebaserte tjenester. Dette har vi analysert med utgangspunkt i dagens todelte finansieringssystem der kommuner og brukere stilles overfor ulike insentiver i valget mellom ulike tjenestetyper. For å kunne identifisere disse insentivene og mulige påfølgende kostnadsvridninger, begynte vi i kapittel 2 med en grundig gjennomgang av dagens finansieringssystem. Beskrivelsen av finansieringssystemet identifiserte følgende kiler mellom kostnadene for hjemmetjenester og institusjonstjenester:

1. I hjemmetjenesten har folketrygden ansvaret for helsetjenester, viktige legemidler og hjelpemidler, fysioterapi mv., og bruker dekker egne utgifter til bolig og mat, mens dette er et kommunalt finansieringsansvar i institusjonsomsorgen.
2. Reglene for brukerbetaling gjør at brukerne dekker progressivt mer av driftsutgiftene med hensyn på inntekt i institusjonsomsorgen enn i hjemmetjenesten.

Disse punktene tilsier at hjemmetjenester vil være billigere for kommunene så lenge brukerbetalingene i institusjon ikke dekker mer enn ekstrautgiftene i punkt 1. Dette systemet gir rom for kostnadsvridninger i den forstand at kommunene kan tilpasse tjenestetilbudet etter hva som reduserer egne kostnader. For å illustrere kostnadsforskjellene mellom institusjonstjenester og hjemmetjenester har vi kalkulert de respektive enhetskostnadene på kommunenivå. Vi finner at i perioden 2007-2009 er de gjennomsnittlige enhetskostnadene ca 80 prosent lavere i hjemmetjenesten enn i institusjonstjenesten.

Det er disse kostnadsforskjellene som skaper bekymringene om kostnadsvridninger, men vi understreker at dette ikke betyr at det i gjennomsnitt er mer lønnsomt for kommunene å satse på hjemmetjenester enn på institusjoner. For det første vil dette avhenge av funksjonsnivå, og for det andre er ikke slike kostnadssammenligninger relevante hvis tjenestene ikke er sammenlignbare. Kostnadsvridninger forekommer når beslutningstakeren, kommunene i vårt tilfelle, i valget mellom tilnærmet like tjenester, velger den tjenesten som vrir (deler av) kostnadene over på andre aktører (her staten eller brukeren). Derfor har vi også sammenlignet kommunenes netto kostnader til institusjoner med tilbudet sammenlignbare brukergrupper mottar i hjemmetjenesten. Grunnet manglende data gjør vi en enkel selvkostanalyse og kontrollerer for bistannds nivå etter hvor mange timer eldre tjenestemottakere med omfattende bistannds nivå faktisk mottar i hjemmetjenesten. Vi bruker

denne kostnadssammenligningen fordi målgruppen for institusjon først og fremst er eldre pleietrengende mennesker, og det er dermed her eventuelle kostnadsvridninger vil være tilstede. Vi finner at det vil være økonomisk lønnsomt for kommunene å tilby hjemmetjenester til brukere med inntekt opp til 5G, og institusjonstjenester for brukere med inntekt over dette nivået. Vår konklusjon er at finansieringssystemet for heldøgnsomsorg bør harmoniseres slik at kommunene vil evaluere behov opp mot faktiske kostnader i valg av tjenester.

Hva forklarer veksten i helse- og omsorgstjenestene? Dette forskningsspørsmålet er i hovedsak analysert gjennom to tilnæringer – en analyse av endringer i brutto driftsutgifter i perioden 1986-2010 og en mer detaljert analyse av utgifter og årsverk som dekker årene 2001-2009 (2002-2006 for mottakere). Hovedkonklusjonene fra analysen av de lange linjer er at vekst i utgifter og årsverk utover trenden forklares av kommunal inntektsvekst, økningen i andel eldre og enkelte av ansvarsreformene. Av reformene er det særlig overføringene av sykehjemmene i 1988 som er viktig, men også opptrappingsplanen for psykisk helsevern og fastlegereformen har bidratt til utgiftsvekst. HVPU-reformen skjedde samtidig med en nedgangskonjunktur i norsk økonomi. Så langt har vi ikke identifisert vekst på kort sikt som følge av denne reformen som går utover trenden, men andel PU-klienter er en av de viktigste variablene for å forklare kostnadsvariasjoner mellom kommunene. De siste 10-årene skiller seg fra den tidligere perioden. Etter 2000 er det aller meste av veksten i helse- og omsorgstjenestene drevet fram av kommunale inntektsøkninger. Det er en svak effekt av økningen i andelen over 80 år og i økningen av PU-klienter, særlig yngre brukere. De aller siste årene kan reduksjonen i den relative andelen i de to laveste aldersgruppene i tillegg ha bidratt til å frigjøre ressurser som er satt inn i tjenestene for eldre og pleietrengende. Vi observerer betydelig ulikhet i dekningsgrader mellom kommunene. Vi kan i prinsippet ikke utelukke at dette skyldes variasjoner i behov, men forskjellene er så store at det ikke er trolig at behovsvariasjoner på individnivå vil fange opp den betydelige ulikheten vi observerer.

Den tredje problemstillingen har vært hva som forklarer variasjoner i kvalitet slik dette er målt ved offentlig tilgjengelige kvalitetsindikatorer for pleie- og omsorgstjenesten. Variablene *”Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem”*, *”Andel plasser i enerom i pleie- og omsorgsinstitusjoner”*, *”Andel plasser i brukertilpasset enerom med eget bad/wc”* og *”Andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning”* har vist en positiv trend de senere år. Man kan likevel ikke konkludere entydig med at det har skjedd en generell kvalitetsforbedring i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene på bakgrunn av dette. Grunnen er først og fremst at pleiebehovet endrer seg over tid, og det kan for eksempel tenkes at økningen i legetimer

først og fremst reflekterer endret sammensetning av sykehjemsbeboere. Videre ser vi at kvaliteten, slik den kommer til uttrykk gjennom øvrige kvalitetsindikatorer som *”Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem”*, *”System for brukerundersøkelser i institusjon”* og *”System for brukerundersøkelser i hjemmetjenesten”*, ikke viser samme økende trend.

Vi undersøkte også hvorvidt nivået på kvalitetsindikatorene påvirkes av kommunale inntekter, det generelle pleiebehovet i kommunen målet ved andelen innbyggere eldre enn 80 år, og det relative omfanget av hjemmetjenester i kommunen. Som forventet ser vi at resultatene fra regresjonsanalysene avhenger av hvilken kvalitetsindikator som benyttes. Et viktig funn er at den estimerte effekten av kommunale inntekter på andelen plasser i de to variantene av enerom, og andelen ansatte med fagutdanning, er statistisk signifikant og positiv. En noe generell tolkning av dette funnet er at høyere kommunale inntekter er assosiert med bedre kvalitet på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, slik kvaliteten kommer til uttrykk gjennom disse tre kvalitetsindikatorene. Vi fant ingen tilsvarende sammenheng mellom kommunale inntekter og omfanget av Legetimer og Fysioterapitimer. Årsaken kan være at disse variablene i hovedsak bestemmes av pleiebehovet.

Litteratur

- Andresen, K. og Friestad, L. B. H. (1995). Boliger for eldre. Økonomiske konsekvenser av ulike alternativer. Fou- rapport nr. 173/95, Agderforskning.
- Barstad, S (2006). *Seniorland. Omsorgsscenarioer for de nye gamle*. Hovedoppgave i samfunnsplanlegging. Høgskolen i Lillehammer
- Borge, L.E., og M. Haraldsvik (2005). *Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjon og hjemmetjenesteorienterte kommuner*. Senter for økonomisk forskning AS. Utredning for helse- og omsorgsdepartementet
- Brevik, I. (2010a). De nye hjemmetjenestene – langt mer eldreomsorg. NIBR-rapport 2010:2, Oslo.
- Brevik, I. (2010b). Oppgaveforskyvning mellom 1. og 2. – linjetjenesten. NIBR-rapport 2010:1, Oslo.
- Brevik, I. og L. Schmidt (2005). Slik vil eldre bo. En undersøkelse av framtidige eldres boligpreferanser. NIBR rapport 2005-17.
- Biørn, E. (2009). Økonometriske emner, 3. utgave. Unipub, Oslo.
- Brunborg, H., I. Texmon og S. V. Pettersen (2008). Nye befolkningsframskrivninger. Økonomiske analyser 3/2008.
- F.14.11.1988. Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. Kommunal- og regionaldepartementet, Oslo.
- Fylkesmannen i Hordaland (2006). Heildøgns pleie og omsorgstenester – omgjøring av sjukeheimar til omsorgsbustader.
- Fylkesmannen i Nordland (2005). Omgjøring av sykehjem til omsorgsbolig.
- Gabrielsen, B. Otnes, B., Sundby, B., og Strand, P. (2010). Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (2010). Rapporter 50/2010, Statistisk sentralbyrå, Oslo-Kongsvinger
- Gautun, H. og Hermansen, Å. (2011). Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre. FAFO-rapport 2011:12, Oslo.
- Hermansen, Åsmund (2009). *Hjemme eller institusjon?* Masteroppgave. Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo
- Hjelmbrekke, S., Løyland, K., Møller, G., og Vardheim, I. (2011). Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren. TF-rapport nr. 280, Telemarksforskning.
- HOD (2000). Brukerstyrt personlig assistanse. Rundskriv I-20/2000, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.
- HOD (2010-2011). Proposisjon til Stortinget for budsjettåret 2011. Prop. 1 S, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.
- Husbanken (2004). Handlingsplan for eldreomsorgen. Husbankens oppsummering, Husbanken, Oslo.
- Huseby, Beate M. og Bård Paulsen (2009). *Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig eller best i verden?* SINTEF rapportnr. A11522. SINTEF
- Karlsson, M., Iversen T., og Øien, H. (2010). Scandinavian LTC financing. HERO workingpaper 2010:2.
- Kjelvik, J. (2011). Mindre del av utgiftene går til eldre. Samfunnspeilet 2/2011.
- Kommunehelsetjenesteloven (1982). Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.

- KRD (2004). Proposisjon til Stortinget for budsjettåret 2004. Prop. 1 S, Kommunal- og regionaldepartementet, Oslo.
- KRD (2010-2011). Proposisjon til stortinget for budsjettåret 2011,. Prop. 1 S, Kommunal- og regionaldepartementet, Oslo.
- KRD (2010-2011b). Styrking av investeringstilskotet til omsorgsbustader og sjukeheimplassar. Prop. 65 S, Kommunal- og regionaldepartementet, Oslo.
- Kristiansen, F. (2003). Økonomiske konsekvenser av tjenestebasert egenbetaling. SNF-rapport nr. 15/03, Samfunns- og næringslivsforskning AS, Bergen.
- KS (2010). Pleie og omsorg: Tjenestetilbudet utvides. Kommune og norsk økonomi – nøkkeltallsrapport 2010, Kommunenes sentralforbund.
- Norton, E. C., Lindrooth, R. C., Dickey, B. (1999). Cost-Shifting in Managed Care. Mental Health Services Research.
- NOU 1979, Helsepolitikken. Norges offentlige utredninger 1979:10. Oslo: Universitetsforlaget, 1979.
- NOU 1979. Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet. Norges offentlige utredninger 1979:28. Oslo: Universitetsforlaget, 1979.
- NOU 1982:15. Nytt inntektssystem for kommunene.
- NOU 1997:17. Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester.
- NOU 2005: 18. Fordeling, forenkling, forbedring.
- NOU 2010 Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering
- OECD (2005). Long-term care for older people. The OECD health project.
- Ot.prp. nr. 48 (1985-86)) Om lov om endring i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og andre lover.
- Ot. prp. nr. 36 (1980-81) 1. Om lov om helsetjenesten i kommunene. 2. Om lov om endringer i lov av 5. juni 1964 n. 2 om sosial omsorg. 3. Om lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene. (Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene.)
- Ot. prp. nr. 66 (1981-82) Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene.
- Otnes, B. (2011). Hjelpetjenester og tjenestetilbud. I Mørk, E. Seniorer i Norge 2010, sidene 127-141. Statistisk sentralbyrå, Kongsvinger-Oslo
- Pedersen, M. og Halvorsen, T. (2005). Evaluering av Henie-Onstad bo- og rehabiliteringssenter, SINTEF-helse, Trondheim.
- Rapport 2007 Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007.
- Rikstrygdeverket (2002). Konsekvenser for folketrygden ved å innføre tjenestebaserte brukerbetaling i alders- og sykehjem. Rikstrygdeverkets utredningsavdeling.
- Romøren, T. L. (2007). Kommunale hjemmetjenester – fra eldreomsorg til 'yngreomsorg'. Aldring og livsløp.
- Skatteetaten (2010). Nye skatteregler for pensjonister. Brosjyre 17. Desember 2010.
- Sosial- og helsedepartementet (1999). Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester. Veiledninger og brosjyrer, 01.10.1999, Sosial- og helsedepartementet, Oslo. 1999
- Sosialdepartementet (2004). Brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester. Høringsnotat 23. Mars 2004, Sosialdepartementet, Oslo.

Sosialtjenesteloven (1991). L13.12.1999 nr. 81. Helse- og omsorgsdepartementet.
Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.

St.meld. nr. 68 (1984-85) Om sykehjemmene i en desentralisert helse- og sosialtjeneste.

St. meld. nr. 85 (1970-71) Om helsetjenesten utenfor sykehus.

St. meld. nr. 9 (1974-75) Sykehusutbygging m. v. i et regionalisert helsevesen.

St. meld. nr. 31 (1974-75) Om mål og retningslinjer for reformer i lokalforvaltningen.

St. meld. nr. 36 (1989-90) Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane.

TBU (2009). Rapport fra det tekniske beregningsutvalget for kommunal og fylkeskommunal økonomi. Rapport november 2009, Kommunal- og regionaldepartementet, Oslo.

TBU (2010). Rapport fra det tekniske beregningsutvalget for kommunal og fylkeskommunal økonomi. Rapport november 2010, Kommunal- og regionaldepartementet, Oslo.

Telemark kommunerevisjon (2006). Omgjøring av institusjonsplasser til omsorgsboliger, Bamble kommune. Forvaltningsrevisjonsrapport nr: 714010, Kommunerevisjon IKS.