

Rapport fra arbeidsgruppe med KMD, FIN, HOD, Hdir og KS

om

Ressurskrevende tjenester

Innholdsfortegnelse

1. Bakgrunn
 - 1.1. Stortingets vedtak
 - 1.2. Mandat
 - 1.3. Forståelse av Stortingets vedtak og mandatet
 - 1.4. Sammensetning av arbeidsgruppen
2. Historikk
 - 2.1. Skjønnsmidlene 2000-2003
 - 2.2. Øremerket ordning 2004-2007 (egenandel per innbygger)
 - 2.3. Øremerket ordning 2008-2018 (egenandel per mottaker)
 - 2.4. Oversikt over utviklingen i toppfinansieringsordningen
3. Om lovgrunnlaget for tjenesteytingen
4. Dagens ordning
 - 4.1. Formålet, forvaltning, kontroll med ordningen
 - 4.2. Fordelingseffekter og insentiveffekter ved dagens ordning
 - 4.3. Årsaker til utviklingen i ordningen Vurdering av endringer som gir mer bærekraft og effektivitet i ordningen
 - 4.3.1. Innledning
 - 4.3.2. Fürst og Høverstad
 - 4.3.3. SØF
 - 4.3.4. Ordningen fra 2014 – 2017
 - 4.3.5. Utviklingstrekk i omsorgstjenestene
5. Vurdering av endringer som gir mer bærekraft og effektivitet i ordningen
 - 5.1. Kompensasjonsgrad og innslagspunkt som virkemiddel ved en provenynøytral omlegging
 - 5.1.1. Kompensasjonsgraden
 - 5.1.2. Innslagspunktet
 - 5.1.3. Overføring til rammetilskuddet
 - 5.1.4. Vesentlig økning av innslagspunktet (case)
 - 5.2. Overslagsbevilgning til rammestyrte
 - 5.3. Trinnvis innslagspunkt
 - 5.4. Kontrolltiltak
 - 5.5. Rundskrivet
6. Vurderinger av endringer som ivaretar mottakerne av ressurskrevende tjenester på en god måte
7. Oppsummering (sammendrag).

1. Bakgrunn

1.1. Stortingets vedtak

Innst. 2 S (2017-2018) Finansinnstillingen - nasjonalbudsjettet og statsbudsjettet 2018, vedtak 58:

Stortinget ber regjeringen utrede forslag til endringer i ordningen for ressurskrevende tjenester som skal ivareta brukerne av ressurskrevende tjenester best mulig og gi mer bærekraft og effektivitet i ordningen. Kommunenes organisasjoner skal involveres i arbeidet.

1.2. Mandat

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

1.3. Arbeidsgruppens tolkning av mandatet

Mandatet innebærer at arbeidsgruppen skal utrede forslag til endringer i ordningen for ressurskrevende tjenester som skal ivareta flere hensyn.

(1) *Endringer i ordningen som skal ivareta mottakere av ressurskrevende tjenester på en god måte.* Økte overføringer gjennom ordningen vil isolert sett måtte forventes å bidra til et mer omfattende tjenestetilbud til mottakerne i ordningen. Arbeidsgruppens mandat har imidlertid vært å se på forslag til endringer innenfor gjeldende budsjetterammer.

(2) *Endringer som skal ivareta mer bærekraft i ordningen.* Tilskuddet til ressurskrevende mottakere har hatt en svært sterk vekst gjennom mange år. Arbeidsgruppen ser på utviklingstrekk som kan forklare veksten i ordningen. Arbeidsgruppen ser også på endringer i ordningen som kan bidra til en utflating av utgiftsveksten i ordningen.

(3) *Endringer som skal gi mer effektivitet i ordningen.* Med effektivitet i ordningen menes at ordningen skal gi insentiver til effektiv drift og effektiv prioritering av ressurser mellom ulike formål. Arbeidsgruppen skal dermed vurdere om tilskuddsordningen på en bærekraftig og effektiv måte bidrar til et godt tilpasset tjenestetilbud til den aktuelle målgruppen. Det skal også vurderes opp mot om de samme midlene hadde blitt tilført på en annen måte, for eksempel gjennom rammetilskuddet til kommunene eller ved mer standardiserte tilskuddssatser. Øremerkede tilskudd innebærer administrative kostnader både for staten og kommunene. Arbeidsgruppen vurderer størrelsen på de administrative kostnadene knyttet til ordningen.

1.4. Sammensetning

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD): Thor Bernstrøm (leder), Arild Kormeseth.

Finansdepartementet (FIN): Helga Aasdalen, Mari Bugge Solheim.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD): Liv Klyve.

Helsedirektoratet: Trond Christensen, Thorstein Ouren, Salman Khalil.

KS: Anne Gamme, Martin Fjordholm, Øystein Døhl.

2. Historikk

2.1. Skjønnsmidlene 2000-2003

Fra og med 2000 har det vært bevilget midler til særlig ressurskrevende brukere i kommunene. Frem til 2003 var dette en del av skjønnsmidlene i rammetilskuddet på daværende KRDs budsjett. Bevilgningene økte fra vel 300 mill. kroner i 2000 til om lag 549 mill. kroner i 2003. Ordningen var da rammestyrte.

2.2. Øremerket ordning 2004-2007 (egenandel per innbygger)

I forbindelse med behandling av kommuneproposisjonen for 2004 besluttet Stortinget at det skulle innføres en ny toppfinansieringsordning for ressurskrevende brukere. Da ordningen ble opprettet i 2004 ble den budsjettert med 1,2 mrd. kroner, mens utgiftene endte opp med å bli på om lag 1,5 mrd. kroner. Innslagspunktet ble satt til 700 000 kroner per bruker. Av utgifter utover netto 700 000 kroner per bruker fikk kommunene kompensert 80 pst. på landsbasis. Kommuner som hadde særlig høye utgifter i forhold til folketallet fikk en høyere kompensasjon enn 80 pst., mens kommuner som hadde forholdsvis lavere utgifter per innbygger fikk en lavere dekningsgrad enn 80 pst. Ordningen ble finansiert som en overslagsbevilgning. Ved innføringen av ordningen i 2004 la Stortinget til grunn at utgifter til sterkt pleietrengende eldre over 67 år skulle finansieres over ordinære midler til eldreomsorgen i kommunene. Ordningen ble budsjettert på kap. 761, post 64 på daværende Sosial- og helsedepartementets budsjett og forvaltet av daværende Sosial- og helsedirektoratet. Kommunene fikk ikke kjennskap til tilskuddenes størrelse før året etter at utgiftene oppstod og kunne først inntektsføre inntektene når utbetalingene forelå det påfølgende året. I 2006 ble dekningsgraden redusert fra 80 til 70 pst.

2.3. Øremerket ordning 2008-2018 (egenandel per mottaker)

Stortinget vedtok i forbindelse med kommuneproposisjonen for 2008 å legge om ordningen. Omleggingen innebar at en gikk fra å beregne egenandelen per innbygger til at den enkelte kommune fikk kompensert en fast andel av egne utgifter utover innslagspunktet. Ordningen ble derfor mer forutsigbar for kommunene. I tillegg styrket Stortinget ordningen ved å øke kompensasjonen over innslagspunktet fra 70 pst. til 85 pst. i 2008. Ordningen ble strammet inn i 2010 da kompensasjonsgraden ble redusert i til 80 pst. Det skjedde også en innstramming i 2016, 2017 og 2018, da innslagspunktet ble økt med hhv. 10 000, 50 000 og 50 000 kroner utover lønnsveksten. Som følge av omleggingen av ordningen i 2008 ble

kommunenes tilskudd kjent det året utgiftene påløp. Det ble derfor mulig å periodisere inntektene samme år som utgiftene påløp. Fra 2008 ble ordningen overført fra Helse- og omsorgsdepartementets budsjett til kap. 575, post 60 på Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett.

2.4. Oversikt over utviklingen i toppfinansieringsordningen

Tabellen nedenfor viser utviklingen i toppfinansieringsordningen fra 2004 til 2018.

Tabell 2.1 Utviklingen i utbetalinger, mottakere, kompensasjonsgrad, innslagspunkt 2004-18

År	Utbetalinger i mill. kr. (løpende)	Antall mottakere	Kompensasjonsgrad (pst.)	Innslagspunkt (kroner)	Endring i innslagspunkt (kroner)
2004	1 506	3 398	80	700 000	
2005	1 852	3 766	80	725 000	0
2006	1 700	3 676	70	745 000	0
2007	2 018	4 013	70	770 000	0
2008 ¹	2 966	4 505	85	800 000	0
2009	3 998	5 299	85	835 000	0
2010	4 160	5 527	80	865 000	0
2011	4 655	5 742	80	895 000	0
2012 ²	5 330	6 118	80	935 000	0
2013	6 361	6 667	80	975 000	0
2014	7 271	7 125	80	1 010 000	0
2015	8 264	7 517	80	1 043 000	0
2016	8 642	7 781	80	1 081 000	+10 000
2017 ³	9 039	7 927	80	1 157 000	+50 000
2018 ⁴	9 655	8 418	80	1 235 000	+50 000

¹ Endring av ordningen; til kompensasjon per tjenestemottaker.

² Fra 2011 - 2012 kan 236 mill. kr forklares med endringer i inntektssystemet

³ Trukket ut 89 mill. kroner til kommuner som er med i forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenester

⁴ Anslag i budsjettet for 2018 og uttrekk av ca. 170 mill. kroner til forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenester

3. Om lovgrunnlaget for tjenesteytingen

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. trådte i kraft 1. januar 2012. Etter loven skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Denne plikten korresponderer med bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven som gir pasient og bruker rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Tilbudet skal være forsvarlig, hvilket betyr at tjenesten må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Forsvarlighetskravet er en rettslig standard, hvilket innebærer at forsvarlighetskravet utvikles over tid og påvirkes av normer utenfor loven. Når det gjelder omfanget og nivået på tjenesten må tjenestene for å være forsvarlige dimensjoneres ut fra en konkret vurdering av den hjelpetrequendes behov ut fra en helse- og sosialfaglig vurdering. Dette betyr at kommunen må foreta en individuell vurdering av den enkeltes behov, og på den bakgrunn tilpasse et forsvarlig tjenestetilbud.

Kommunene skal fatte (enkelt)vedtak for alle omsøkte omsorgstjenester etter loven. Dette gjelder uavhengig av om det gjelder ressurskrevende tjenestemottakere eller andre mottakere. Kravene om vedtak er knyttet til lov og ikke til tilskuddsordningen. Fylkesmannen fører tilsyn med at tjenestene er forsvarlige og behandler klager om tjenestetilbudet i det enkelte tilfellet. Gjennom Fylkesmannen og Statens helsetilsyn sin klagebehandling og tilsynsvirksomhet, trekkes rammen for forsvarlighetskravet opp for kommunene.

I 2014¹ var det registrert i overkant av 341 000 unike tjenestemottakere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. 98,6 prosent av søknadene ble innvilget, mens de resterende 1,4 prosent av søknadene endte i avslag.

For 2016 ble det registrert i underkant av 355 000 unike tjenestemottakere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Nesten alle, eller 98,7 prosent av 614 670 søknader, ble innvilget, mens 1,3 prosent, eller 8 039 søknader, endte i avslag. I den korte perioden data om avslag/klager har vært publisert, har andel avslag og klager vært stabil.

Brukerstyrt personlig assistent (BPA) har en avslagsandel på 8,4 pst., jf. tabell 3.1. Søknader om BPA utgjør samtidig en lav andel av alle søknader om helse- og omsorgstjenester som kommunene behandler. Til sammenlikning hadde tjenesten omsorgslønn en avslagsandel på 8,2 prosent, og søknader om omsorgslønn utgjorde 1,2 prosent av den totale søknadsmengden. Avslagsandelen på helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand er på mellom 0,6 og 1,0 prosent.

Tabell 3.1 Vedtak i løpet av året, avslag og klager etter tjenestetype i 2016.

¹ Statistisk sentralbyrå, Kommunale helse- og omsorgstjenester 2016

	Antall vedtak*	Antall vedtak med avslag	Antall klager mottatt	Prosent avslag	Andel klager
I alt	614 640	8 039	545	1,3	0,1
Praktisk bistand, daglige gjøremål	59 201	610	40	1	0,1
Praktisk bistand, opplæring daglige gjøremål	13 068	133	9	1	0,1
Praktisk bistand, brukerstyrt personlig assistanse	3 061	256	72	8,4	2,4
Dagaktivitetstilbud	17 181	288	21	1,7	0,1
Matombringing	14 705	43	0	0,3	0,0
Trygghetsalarm	25 791	352	2	1,4	0,0
Avlastning – utenfor institusjon	8 448	223	43	2,6	0,5
Avlastning i institusjon	33 268	332	25	1	0,1
Støttekontakt	20 026	695	53	3,5	0,3
Omsorgslønn	7 413	607	100	8,2	1,3
Omsorgsbolig	8 248	733	28	8,9	0,3
Annen bolig	4 386	523	4	11,9	0,1
Helsetjenester i hjemmet	204 758	1 259	46	0,6	0,0
Re-/habilitering utenfor institusjon	37 285	161	4	0,4	0,0
Dagopphold i institusjon	4 678	65	0	1,4	0,0
Tidsbegrenset opphold, utredning/behandlet	55 615	334	17	0,6	0,0
Tidsbegrenset opphold, habilitering/rehabilitering	27 293	140	2	0,5	0,0
Tidsbegrenset opphold, annet	46 765	459	31	1	0,1
Langtidsopphold i institusjon	23 450	826	48	3,5	0,2

* Antall vedtak teller opp vedtakene som er fattet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og rapportert til IPLOS-registeret. En person kan ha flere vedtak om samme eller ulike tjenester. Kilde IPLOS.

Antall klager som blir omgjort av fylkesmannen er lavt i forhold til det store antallet mottakere som får tjenester, jf. tabell 3.2. Fylkesmannen har også anledning til å veilede kommunene i forkant av at det fattes vedtak om omfang og innretning på tjenestene til ressurskrevende tjenestemottakere. KS er kjent med, uten at omfanget er kartlagt, at det er en del dialog hvor kommunene sjekker ut nivået på den tjenesten som gis. Det er ikke kartlagt om dette har betydning for omfanget av ressurskrevende tjenester.

Antall klagesaker hos fylkesmannen har hatt en svak nedgang de to siste årene. I 2017 ble det gitt medhold i 24 % av sakene, enten ved en endring i vedtaket til fordel for klageren, eller ved at klagen ble sendt tilbake for ny behandling. Dette er en svak nedgang fra 2016

hvor andel omgjøring var på 27 %. Dette inkluderer samtlige klager, uavhengig av omfang. I tabell 3.2 er et utdrag av enkelte tjenester/vedtak i Tilsynsmeldinga 2017 (tabell 13)².

Tabell 3.2: Klagesaker om manglende oppfylling av rettigheter innenfor helse og omsorg. Antall vurderinger i saker som er avsluttet hos fylkesmennene i 2017

Pasient og brukerrettighetsloven §2-a. Rett til nødvendig hjelp fra kommunen	Antall vurderinger	Helt eller delvis medhold for klageren
Øyeblikkelig hjelp	1	0
Helsetjenester i hjemmet	74	27
Plass i sykehjem	145	36
Plass i annen institusjon	53	11
Praktisk bistand og opplæring	106	44
Støttekontakt	113	45
Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)	207	83
Omsorgslønn	345	114
Avlastningstiltak	191	94
Kommunal helse- og omsorgshjelp ellers	83	27

Kilde: [Helsetilsynet, Tilsynsmelding 2017](#) (utdrag fra tabell 13)

4. Dagens ordning

4.1. Formålet, forvaltning, kontroll med ordningen

Formålet med ordningen er å legge til rette for at kommunene kan gi et godt tjenestetilbud til mottakere som har krav på omfattende helse- og omsorgstjenester.

Omfanget av ressurskrevende tjenester varierer betydelig mellom kommuner, og det kan særlig være utfordrende for små kommuner å håndtere mottakere med behov for svært ressurskrevende tjenester. Det har foreløpig ikke vært mulig å finne objektive kriterier i inntektssystemet som kan fange opp denne kostnadsvariasjonen. Tilskuddsordningen for ressurskrevende tjenester er et supplement til kommunenes frie inntekter.

Gjennom tilskuddsordningen for ressurskrevende tjenester får kommunene refundert deler av utgiftene til tjenester til mennesker som mottar omfattende helse- og omsorgstjenester. Dette kan blant annet gjelde personer med psykisk utviklingshemming, nedsatt funksjonsevne, rusmiddelproblemer eller psykiske lidelser. I 2018 får kommunene kompensert 80 pst. av egne netto lønnsutgifter i 2017 til helse- og omsorgstjenester ut over et innslagspunkt på 1 235 000 kroner. Netto lønnskostnader er lønn til ansatte og tilhørende sosiale kostnader, fratrukket øremerkede tilskudd og tilskudd gjennom inntektssystemet. Tilskuddsordningen gjelder for tjenestemottakere til og med det året de fyller 67 år.

Hovedregelen er at helse- og omsorgstjenestene finansieres gjennom kommunenes frie inntekter (skatteinntekter og rammetilskudd). Rammefinansiering har gunstige

² Helsetilsynet: [Tilsynsmeldinga 2017](#)

effektivitetsegenskaper, blant annet fordi kommunene beholder gevinstene ved eventuelle kostnadsreducerende tiltak og selv kan prioritere mellom ulike formål og virkemidler.

I tillegg er fylkesmennene i retningslinjene for fordeling av skjønnskuddet for 2018 bedt om å ta hensyn til utgiftskrevende forhold av betydning som kommunene ikke kan påvirke selv, og som ikke er fanget opp i inntektssystemet eller andre faste tilskuddsordninger.

Helsedirektoratet forvalter ordningen på vegne av KMD. Helsedirektoratet sender i midten av januar et rundskriv til kommunene om rapporteringen fra kommunene til Helsedirektoratet. Parallelt med dette rundskrivet, sendes det et brev til kommunerevisjonene og kommunene om kontrollhandlingene som skal foretas i forbindelse med kommunenes refusjonskrav. Kommunene har frist til månedsskiftet februar/mars med å oversende sitt refusjonskrav til revisjonen for kontroll. Kommunens refusjonskrav skal sammen med skjema for revisjonsuttalelse være oversendt til Helsedirektoratet i månedsskiftet mars/april. Helsedirektoratet gjennomgår innkomne krav og foretar en samlet utbetaling i månedsskiftet juni/juli.

Dagens kontroll med ordningen skjer i kommunen, i kommunerevisjonen og i Helsedirektoratet. Kommunene har ansvaret for, og skal kontrollere, at regelverket følges, at rapporteringer er korrekt fylt ut og at underliggende dokumentasjon gjøres tilgjengelig for kommunenes revisor. I rundskrivet til kommunene og brev til revisjonen er det beskrevet nærmere om revisjonens kontroll. Kontrollen omfatter alle elementene i kommunenes rapportering (alder, direkte lønnsutgifter, funksjoner som skal inkluderes, tjenestetimer, fratrukk for inntekter, etc.). Det forutsettes at revisjonen fører kontroll med minimum 50 individkrav, eller alle hvis kommunen har færre enn 50 tjenestemottakere med særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester. For kommuner med flere enn 50 tjenestemottakere gjøres et tilfeldig utvalg.

Kravet som sendes til Helsedirektoratet inneholder noen nøkkelopplysninger om enkelttjenestemottakere. Dette gir direktoratet muligheter til å etterkontrollere kommunene på følgende punkter:

- At det ikke er tjenestemottakere i grunnlaget som er over 67 år.
- At det er gjort korrekte fradrag for det kommunene får kompensert gjennom delkriteriene i inntektssystemet, før tilskuddet beregnes.
- At det er gjort korrekte fradrag for andre statlige tilskudd og bruker-/egenbetaling, før tilskuddet beregnes.
- At alle tjenestemottakere i kravet har utgifter etter fradrag som overstiger innslagspunktet.
- At timeprisene som ligger til grunn for kravene er rimelige.

Forvaltningen gjøres i henhold til en felles mal og etter at alle krav er behandlet og godkjent av ansvarlig saksbehandler gjennomføres en sidemannskontroll.

Helsedirektoratet kan iverksette kontroll med kommunenes innrapportering innenfor gjeldende lovbestemmelser.

Dagens kontroll med ordningen skjer i flere ledd. Det er kommunerevisjonen som har ansvar for kontroll med tallgrunnlaget for den enkelte kommunes krav. Revisor gjennomgår grunnlaget på bakgrunn av konkrete kontrollkrav som Helsedirektoratet gir i årlig brev til kommunen. Revisor attesterer også skriftlig på at kontrollhandlingene er gjennomført og at kommunens krav anses å være i tråd med kriteriene i rundskrivet.

I enkelte tilfeller gjennomfører også Helsedirektoratet etterkontroll av kommuner. Dette kan for eksempel være basert på oppslag i media eller basert på at refusjonskrav er vesentlig endret fra et år til det neste. Helsedirektoratet kan også iverksette kontroll med kommunenes innrapportering innenfor gjeldende lovbestemmelser. Dette kan for eksempel innebære at en kan ta ytterligere stikkontroller av enkeltkommuner. Dette har ikke blitt foretatt så lenge dette har vært en øremerket ordning.

Siden denne ordningen er såpass stor så gjennomfører Riksrevisjonen årlig regnskapskontroll. Her møter de tilskuddsforvalterne og får anledning til å stille spørsmål. Hvis spørsmålene ikke blir tilfredsstillende besvart sender Riksrevisjonen spørsmålene formelt i brev i etterkant. Riksrevisjonen har aldri hatt merknader til Helsedirektoratets forvaltning av denne ordningen.

Utgifter knyttet til administrasjon og forvaltning av ordningen

Statens utgifter knyttet til forvaltningen av ordningen er grovt sett stipulert til 1,5 mill. kroner i 2018. Dette er basert på at grunnlaget for Helsedirektoratet sin forvaltning med ordningen ble anslått til 1,1 mill. kroner i statsbudsjettet for 2008. Det resterende er et anslag på KMDs og andres ressursbruk knyttet til prosesser som naturlig faller inn under ansvarlig fagdepartements ansvar for en tilskuddsordning.

I kommunalt rapporteringsregister (KOR) er en gjennomsnittkommunes ressursinnsats knyttet til selve rapporteringspliktene anslått til 18,75 timer (eller et halvt ukesverk). Ressursinnsatsen varierer naturlig nok i tråd med omfanget av mottakere de enkelte kommuner har i ordningen. I gjennomsnitt er det i underkant av 20 ressurskrevende tjenestemottakere i kommunene. Basert på opplysningene i KOR og rapporteringen gjennom tilskuddsordningen, bruker kommunene i gjennomsnitt en time i administrative ressurser per mottaker til rapportering. Dette tilsvarer om lag 3 mill. kroner på landsbasis.

Kommunene/KS har gjort noen undersøkelser av administrative ressurser som brukes i kommunene basert på et lite utvalg kommuner. Tallene nedenfor omhandler kun kommunenes rapportering knyttet til selve rapporteringen i forbindelse med toppfinansieringsordningen. Det innebærer at administrativ oppfølging og kontroll som er knyttet til selve tjenesteytingen ikke er inkludert i tallene nedenfor.

I forbindelse med denne utredningen ble det kartlagt utgifter til administrasjon av ordningen i Drammen, Malvik og Trondheim. Sammenliknet med størrelsen på ordningen vurderes dette til å utgjøre et lite beløp for disse byene tatt i betraktning ordningens størrelse. SØF-rapport nr. 1/2015 peker i samme retning for de 71 kommunene som ble undersøkt.

Tabell 4.1 Administrativ ressursinnsats i utvalgte kommuner

Undersøkelse våren 2018					
	Kartlagt adm. ressursbruk (kr)	Antall ressurskrevende mottakere	Adm. kostnad per mottaker (kr)	Andel adm. av utbetaling (pst.)	Utbetaling 2017 (kr)
Drammen	701 731	72	9 746	1,4 %	50 085 000
Trondheim	367 530	240	1 531	0,2 %	211 393 000
Malvik	110 000	20	5 500	0,6 %	17 762 000
	1 179 261	332	3 552	0,4 %	279 240 000

4.2. Fordelingseffekter og incentiveffekter ved dagens ordning

Toppfinansieringsordningen medfører en avlastning av de frie inntektene til kommunene og kan derfor oppleves som god for den enkelte kommune. Toppfinansieringsordningen påvirker ikke den enkelte mottakers rett til å motta nødvendige helse- og omsorgstjenester. Tilskuddsordningen kan likevel bidra til et bedre tjenestetilbud for den enkelte mottaker av ressurskrevende tjenester ved at kommunene prioriterer mer ressurser til disse tjenestene enn de ville gjort uten ordningen. For mest mulig effektiv ressursbruk bør de offentlige organer som har ansvaret for en oppgave i størst mulig grad også ha et helhetlig økonomisk ansvar for hvordan oppgaven løses. En høy kompensasjonsgrad gjør at kommunene har svake incentiver til å gjennomføre kostnadsdempende tiltak for mottakere som har utgifter som overstiger innslagspunktet eller til å vurdere om andre løsninger kan gi økonomiske besparelser og minst like gode tjenester. Ordningen innebærer at kommuner som bruker mer ressurser gjennom økt brukertid per tjenestemottaker mottar høyere tilskudd enn kommuner som bruker mindre ressurser gjennom mindre brukertid per tjenestemottaker. Dette reduserer den økonomiske risikoen for kommuner som har særlig ressurskrevende tjenestemottakere. Samtidig innebærer det svake incentiver til effektivisering fordi kommuner som driver mindre effektivt også får dette delvis kompensert gjennom høyere tilskudd fra staten. Imidlertid så foreligger det i liten grad kunnskap om dette har spilt en vesentlig rolle for den kostnadsveksten som er observert.

Toppfinansieringsordningen retter seg mot (har incentiveffekter på) direkte brukertid og tilhørende lønnskostnader. Måten kommunen kan påvirke omfanget av direkte brukertid er gjennom organiseringen av tilbudet til tjenestemottakere. Mottakere av helse- og omsorgstjenester som omfattes av ordningen vil som oftest motta et døgntilbud. Individuelle tilbud i bolig medfører høyere brukertid enn tilbud i gruppebolig/bokollektiv, og gruppebolig/bokollektiv med få beboere (2-3) gir høyere brukertid enn tilbud med flere beboere (6-10) som følge av vakt/turnusordninger. Brukertid kan også påvirkes av bruk av nattevakt (hvilende/aktiv). Retningslinjer³ for investeringstilskudd fra Husbanken til sykehjemsplasser og omsorgsboliger slår fast at "*prinsippene om normalisering og integrering skal bli tatt hensyn til ved lokalisering og planlegging. Boenhetene skal ikke ha institusjonsliknende preg, og disse bør bli plassert i ordinære og gode bomiljøer. Det er en forutsetning at ulike brukergrupper ikke blir samlokalisert på en uheldig måte*".

³ [Retningslinjer for investeringstilskudd fra Husbanken til sykehjemsplasser og omsorgsboliger](#)

Endringer i toppfinansieringsordningen med sikte på å bedre statens kostnadskontroll vil påvirke fordelingen av risiko mellom stat og kommune. Det vil være vanskelig å endre ordningen slik at insentivene for kostnadskontroll blir bedre uten at kommunene samtidig bærer en større del av risikoen. En kommunereform med større og mer robuste kommuner vil legge til rette for at kostnadsvariasjonen bedre kan håndteres innenfor inntektssystemet. Da vil behovet for et eget øremerket tilskudd reduseres.

4.3. Årsaker til utviklingen i ordningen

4.3.1 Innledning

Nedenfor gis en oversikt over noen utviklingstrekk for omsorgstjenestene generelt og toppfinansieringsordningen spesielt de siste ti årene. Den første delen er basert på to rapporter, en som er utarbeidet av Fürst og Høverstad (2010) for KMD og en som er utarbeidet av SØF (2015) for KS, samt en beskrivelse av utviklingen i ordningen de siste årene (2014-2017). Den siste delen er en generell beskrivelse av utviklingen i omsorgstjenestene de siste årene.

4.3.2 Fürst og Høverstad

Fürst og Høverstads rapport⁴ fra 2010 peker på følgende forhold som årsaker til utgiftsveksten i toppfinansieringsordningen fra budsjettet 2008 til 2009:

- den faktiske kostnadsveksten ble høyere enn prisjusteringen av innslagspunktet
- økt antall mottakere med behov for ressurskrevende tjenester og mer tjenester til den enkelte som følge av en dreining i type omsorgstjenester som kommunene yter
- tidligere underrapportering fanges opp etter hvert som ordningen blir bedre kjent
- feilrapporterte refusjonskrav fra kommuner hvor feilen ikke har blitt fanget opp i de påfølgende kontrollhandlingene

Lønnsutgiftene til ressurskrevende tjenester er grunnlaget for refusjonen til kommunene. En viktig årsak til den kraftige veksten i ordningen er at den faktiske lønnsveksten i kommunesektoren har vært høyere enn prisjusteringen av innslagspunktet. Veksten i statens utgifter til toppfinansieringsordningen var særlig sterk fra 2008 til 2009, da utbetalingene nominelt økte fra 3 til 4 mrd. kroner. Også de øvrige årene har den faktiske lønnsveksten vært sterkere enn det som ble lagt til grunn i statsbudsjettet.

Rapporten fra Fürst og Høverstad peker på at kommunene har hatt en faktisk vekst i antall mottakere av ressurskrevende tjenester, og at veksten i antallet mottakere og utgifter per mottaker i hovedsak er knyttet til at flere mottakere har flyttet fra omsorg i hjemmet til såkalte samlokaliserte boliger, økning i BPA-ordningen og "overføring" av mottakere fra spesialisthelsetjenesten.

Finansieringsløsningen og insentivene som ligger i toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester kan ha bidratt til veksten, både med tanke på hvem som kommer inn under ordningen og med tanke på hvilke type tjenester som gis til den enkelte. Fürst og Høverstad peker på at kommunene har blitt mer bevisste med å registrere mottakere som mottar tjenester som overstiger innslagspunktet, og at deler av veksten skyldes at tidligere

⁴ [Fürst og Høverstad: Årsaken til økning i utgiftsveksten til toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester fra 2008 til 2009](#)

underrapportering nå er fanget opp. I tillegg har det, ifølge Fürst og Høverstad, kommet fram tilfeller hvor kommunen i refusjonskravet har tatt med – og fått refundert – utgifter som ikke er refusjonsberettigede.

4.3.3 SØF

SØF⁵ viser til at økningen fra 2007 til 2014 er knyttet til økning i antallet mottakere med over 70 prosent, og at resten skyldes økning i ressursbruk per mottaker.

I caseundersøkelsene til SØF har det blitt stilt følgende spørsmål: *Dersom kommunen har opplevd kostnadsøkninger: Hva mener du kostnadsøkningene skyldes?* Her svarer kommunene i caset at årsakene er følgende (viktigst først):

- Større behov blant eksisterende tjenestemottakere
- Flere tjenestemottakere
- Større kommunalt ansvar
- Nye og utvidede brukerrettigheter
- Rapporteringsrutiner
- Annet

I kommentarene til spørsmålene peker noen kommuner på at samhandlingsreformen bidrar til en økning i utgiftene, mens andre kommuner mener at en ny gruppe mer ressurskrevende tjenestemottakere er på vei inn.

Videre peker kommunene på at de senere årene har vært omfattende gjennomgang av rapporteringsrutinene. I tillegg mener kommunene også at det er en del rom for skjønn med hensyn til hva som kan føres på de enkelte KOSTRA-funksjonene, og at man nå fører tjenester på disse KOSTRA-funksjonene som ikke var tenkelig tidligere.

Det utdypes med at yngre ressurskrevende tjenestemottakere mottar andre kommunale tjenester, slik at kommunene har utgifter knyttet til tjenestemottakerne som ikke inngår i ordningen. De fleste kommunene holder andre tjenester som ikke er pleie og omsorg utenom toppfinansieringsordningen, for eksempel belastes oppvekstbudsjettet når mottakere får tjenester etter opplæringsloven. Enkelte andre kommuner tolker dette noe annerledes og det er ulik grad av hvordan disse skjønnsvurderingene slår ut. Det er et gjennomgående inntrykk blant kommunene i undersøkelsene at de tjenestene mange av tjenestemottakerne mottar i skolehverdagen bærer mer preg av å være pleie enn å være opplæring. Gjennom caseundersøkelsene er det også identifisert en kommune som definerer deler av SFO-utgiftene under funksjon 253, som er en funksjon som inngår i rapporteringen for de ressurskrevende tjenestemottakerne. Begrunnelsen for tolkningen er at dette ikke har med opplæring og skolefritidsordning å gjøre, da man fører tilsyn med tjenestemottakeren på dagtid mens foreldre er på jobb.

⁵ [SØF \(2015\)](#): Ressurskrevende tjenester i pleie og omsorg – omfang og kostnader.

Basert på data for 2013 indikerer regresjonsanalyser at én ekstra ressurskrevende tjenestemottaker (i alderen 0-15 år) øker utgiftene i grunnskolen med om lag 1,2 mill. kroner og utgiftene i SFO med 117.000 kroner. For kommunene som helhet kan merutgiftene i andre sektorer anslås til 775 mill. kroner.⁶

4.3.4 Ordningen fra 2014 - 2017

Etter publikasjonen av rapportene fra Fürst og Høverstad i 2009 og SØF i 2014, har utgiftene i ordningen fortsatt å øke, både nominelt og reelt. Det er begrensede muligheter til å se på de bakenforliggende årsakene til denne utgiftsveksten, men de tilgjengelige dataene kan brytes ned noe.

Hensikten her er å beregne den underliggende veksten i ordningen og hvordan den fordeler seg på hhv. vekst i antallet mottakere og veksten i utgifter per mottaker. Det er nødvendig å legge til grunn noen forutsetninger for å få dataene sammenlignbare:

- Det tas utgangspunkt i ordinære utbetalinger de enkelte år. Helsedirektoratet praktiserte noen år etterbetalinger (mindre omfang) som ikke er inkludert i benevnelsen ordinære utbetalinger.
- Forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene er (i statsbudsjettet) er trukket ut av toppfinansieringsordningen de enkelte år, men reverseres i beregningene. Dette gjelder 89 mill. kroner i 2017.
- Det anslåtte provenyet ved å øke innslagspunktet med 10 000 kroner i 2016 og 50 000 kroner i 2017 var på hhv. 63 og 330 mill. kroner. Dette korrigeres for i beregningene.
- Basert på den faktiske lønnsveksten i kommunesektoren på 3,3 pst. i 2014, 2,7 pst. i 2015 og 2,4 i hhv. 2016 og 2017, er de nominelle, underliggende "lønnsutgiftene" omgjort til 2017-kroner.
- Veksten i antallet mottakere er gitt i tabell 2.1. Med utgangspunkt i den underliggende veksten i "lønnsutgiftene", er denne fordelt på (1) vekst i antallet mottakere og (2) vekst i utgifter per mottaker.

Tabell 4.2 Underliggende vekst i ordningen

	2013	2014	2015	2016	2017
Indeks (2013=100)	100,0	109,9	122,6	127,0	135,7
Årlig vekst i underliggende "brutto lønnsutgifter"		9,9 %	11,6 %	3,6 %	6,8 %
-Vekst i antall mottakere per år		6,9 %	5,5 %	3,5 %	1,9 %
-Årlig vekst i underliggende "brutto lønnsutgifter" per mottaker		2,8 %	5,8 %	0,1 %	4,8 %

Som en kan se av indeksen i tabellen over, så er det en underliggende vekst i "brutto lønnsutgifter" hvert år siden 2013. Den underliggende, årlige veksten i utgiftene har også svingt noe i perioden. Veksten i antallet mottakere er avtakende i perioden. Veksten i antallet mottakere var i 2014 på 6,9 pst., men den har gradvis blitt redusert til 1,9 pst. i 2017. Den underliggende veksten i utgifter per mottaker svinger fra null til nærmere seks prosent de enkelte årene i perioden. En mulig forklaring på veksttallene for 2017, kan være

⁶ SØF (2015): Ressurskrevende tjenester i pleie og omsorg – omfang og kostnader.

at innslagspunktet ble økt med 50 000 kroner utover lønnsveksten. Det kan ha ført til at noen mottakere som lå like over innslagspunktet kan ha falt ut av ordningen og dermed ble veksten i antallet mottakere i ordningen lavere i 2017 enn i 2016. Dersom dette er tilfellet, kan en også anta at de mottakerne som i 2016 lå like over innslagspunktet, bidro til å dra ned gjennomsnittlige utgifter per mottaker i 2016. Når disse mottakerne falt ut av ordningen i 2017, kan det tenkes at de gjenværende mottakerne (og noen nye) i ordningen drar gjennomsnittsutgiften litt opp, og dermed blir det en litt høyere vekst i utgiftene per mottaker enn dersom innslagspunktet ikke hadde blitt økt. For øvrig er det vanskelig å trekke ytterligere slutninger om årsakene til utgiftsveksten i ordningen basert på disse tallene.

Veksten i ordningen ser ut til å være sterkt korrelert med veksten i antall personer med utviklingshemming som mottar tjenester i egen bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet. Personer med utviklingshemming er den klart største gruppen (ca. 60 pst.) i toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester. Forståelse av utvikling i tjenester til denne gruppen er derfor viktig for å kunne si noe om utgiftsveksten i ordningen. De mest ressurskrevende tjenestemottakerne er de som bor i bolig med heldøgns bemanning. ASSS⁷ kommunene samler årlig inn kostnadsdata for psykisk utviklingshemmede⁸. ASSS-kommunene består av landets ti største kommuner som tilsvarer ca. 1/3 av Norges befolkning. Fra og med 2015 finnes det statistikk på antall mottakere som bor i boliger med heldøgns bemanning. Dette gjelder alle som bor i boliger med heldøgns bemanning, ikke bare de som er ressurskrevende tjenestemottakere. Tabellen nedenfor viser at det i perioden 2015-2017 var en vekst på 7,2 pst. i antall mottakere som mottar tjenester i boliger med heldøgns bemanning. Samtidig har det vært en nominell vekst i utgiftene med 9,4 pst. fra 2015 til 2017.

Tabell 4.3 Utvikling i utbetalinger og mottakere som bor i bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet⁹

	Antall personer med utviklingshemming	Vekst (pst.)	Utgiftene i mill. kr (løpende)	Vekst (pst.)
2015	1 860		8 264	
2016	1 904	2,4 %	8 642	4,6 %
2017	1 993	4,7 %	9 039	4,6 %
2015-2017		7,2 %		9,4 %

4.3.5 Utviklingstrekk i omsorgstjenestene

I 2016 var det gjennom året 355 635 mottakere av helse- og omsorgstjenester. Dette utgjorde 6,7 prosent av den totale befolkningen i Norge. I 2007 var det 306 919 mottakere av slike tjenester gjennom året, den gang var det en andel på 6,5 prosent av den totale befolkningen. Det har vært en økning på ca. 16 prosent i antall mottakere i perioden 2007-2016.

⁷ Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storbykommuner

⁸ For Oslo er Stovner valgt ut som representativ bydel

⁹ I tallene for Oslo så er det kun bydel Stovner som inngår i grunnlaget

Antall eldre som mottar helse- og omsorgstjenestene har økt noe i perioden fra 2007 til 2016 og utgjør den største gruppen mottakere. Samtidig har antallet yngre mottakere har økt mer i perioden slik at andelen tjenestemottakerne under 67 år har økt. I 2016 var 39 prosent av mottakerne under 67 år. Dette er en økning på 6 prosentpoeng siden 2007, da 33 prosent av tjenestemottakere var under 67 år.

Helse- og omsorgstjenester¹⁰ gis i de fleste tilfeller i tjenestemottakerens eget hjem. Tendensen til at det er flere som får helsetjenester i hjemmet, mens færre får praktisk bistand fortsetter. Det er få tjenestemottakerne under 67 år som har langtidsopphold i institusjon.

Andelen tjenestemottakere med med omfattende bistandsbehov har økt i perioden fra 2009 til 2016. Det kan tyde på at terskelen for å få institusjonsplass er hevet. Bistandsbehovet er større blant yngre mottakere av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand enn blant eldre. Dette kan ha en sammenheng med at eldre med omfattende bistandsbehov ofte får vedtak om langtidsopphold i institusjon. Samtidig er det et uttalt mål at yngre mottakere ikke bør bo i institusjon beregnet for eldre.

I gjennomsnitt får hver mottaker rundt 9 timer hjelp hver uke. Det har vært en økning i gjennomsnittstiden på 1,6 timer i perioden fra 2009 (7,5 timer) til 2016 (9,1 timer). Antall timer i uken med bistandsbehov avhenger av alder og om de er aleneboende eller samboere.

Andelen av mottakerne med individuell plan har økt i perioden fra 2009 til 2016. Individuell plan er en rettighet som tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har. Mottakere under 67 år har i større grad en individuell plan enn mottakere i aldersgruppen 67 år og over. I sistnevnte aldersgruppe er det 1-3 prosent som har en individuell plan, mens for de førstnevnte gruppe er det 9 til 36 prosent som har en individuell plan, avhengig av bistandsbehovene.

Antall yngre tjenestemottaker har de siste årene økt betydelig. Bistandsbehovet er også større blant yngre tjenestemottakere som bor i eget hjem enn blant eldre. Noe av dette kan skyldes holdninger både hos kommunene og hos tjenestemottakerne. Noe som igjen kan skyldes at "yngre og eldre er underlagt ulike omsorgsregimer"¹¹. Funnene fra Romøren tyder på at forskjellene mellom yngre og eldre er knyttet til omfang av praktisk bistand. Disse forskjellene i tjenestenivå kan ikke forklares i ulikt funksjonsnivå, men er relatert til helsemessige årsaker (somatiske problemer, psykisk problemer, demens og psykisk utviklingshemming).

Gautun og Skjevik¹² gjorde en studie for KS i 2012. Gjennomgangen, som omhandler 20-årsperioden frem til 2012, tas viser en gradvis sterkere vektlegging av "normalisering", i betydningen felles lovverk, og felles strukturer for alle brukergrupper, samt individuell tilpasning, individuell plan og brukermidvirkning. Vekten på individuell tilpasning, med sterk

¹⁰ [Statistisk sentralbyrå, Kommunale helse- og omsorgstjenester 2016](#)

¹¹ Romøren (2012)

¹² FAFO 2012: 62 [Hvordan fordele omsorg](#)

vekt på individuelle behov, legitimerer derimot forskjellsbehandling – så lenge denne er begrunnet i individuelle behov. Ulikheter i behov og livssituasjon vil dermed slå sterkt ut på hvilke tjenester den enkelte mottar. Ulik vektlegging av behov, og ulik evne til å utnytte de positive mulighetene som ligger i det felles lovverket, kan dermed skape forskjeller mellom grupper – både mellom eldre og yngre, og mellom grupper av tjenestemottakere i samme alder.

En studie av Hamran og Moe (2012)¹³ har sett på holdninger (normer) hos de ansatte som mulige forklaringsfaktorer på forskjeller i tjenestenivå mellom yngre og eldre mottakere av helse- og omsorgstjenester. De har intervjuet ansatte i kommunene. Det pekes på to forhold som skiller yngre og eldre mottakere av helse- og omsorgstjenester:

- (1) Det ene er forhandlingssituasjonen og forståelse av sine rettigheter. Yngre og deres pårørende er i en mye sterkere forhandlingssituasjon enn eldre.
- (2) Det andre går på hva som er livets gang, hva er en del av livet, for eldre versus yngre. Når tjenestetilbudet til yngre mottakere skal fastsettes så tas det utgangspunkt i at yngre mottakere skal ha et hverdagsliv så likt som mulig sine jevnaldrende¹⁴. Dvs. at yngre mottakere sammenlignes med friske unge når tjenestebehovet utmåles. Eldre sammenlignes ikke med friske eldre når tjenestebehovet utmåles.

Forståelsen av "behov" varierer med hvilken del av livsløpet tjenestemottakeren er i. Hjelpeapparatet kan legge til grunn at yngre tjenestemottakere har behov for sosial kontakt, opplæring/stimulering og personlig hygiene på et nivå man ikke opplever at eldre har "behov" for¹⁵.

En annen mulig forklaring på at antallet yngre tjenestemottakere har økt over tid, uten at formelt ansvar er overført stat til kommunene, er at statlige myndigheter gjennom opptrappingsplaner, handlingsplaner og flere "myke" styringssignaler i stortingsmeldinger, veiledere, etc., har vektlagt grupper av yngre tjenestemottakere sterkere enn for eldre tjenestemottakere.

Det pågår flere diskusjoner om antall beboere i samlokaliserte bofellesskap. Der hvor felles nattevakt kan brukes av flere beboere, kan det gi mer effektiv personalutnyttelse og dermed redusert ressursbruk. Begrensninger ned mot svært få beboere i hvert bofellesskap, kan i stor grad påvirke kostnadsbildet for kommunene.

Mer individualisering av tjenestene

Kommunene opplever generelt økte forventninger om individuelle tilbud. Disse kravene og forventningene er en del av den generelle fagutviklingen med vekt på individuell tilpasning, som møter resonans og drives frem av både organisasjoner og fagmyndigheter. Det viser seg nødvendigvis ikke direkte i nytt lovverk, med unntak i denne sammenheng av rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Lovgivningen og

¹³ Hamran og Moe (2012)

¹⁴ Hamran og Moe (2012)

¹⁵ Gautun, Skjevik Hermansen (2012)

rettighetsfestingen av BPA er et eksempel hvor yngre tjenestemottakere har sterkere rettigheter enn eldre.

Tilsynsrapporter hvor tjenester til mennesker med utviklingshemming omtales, understreker betydningen av individuell tilpasning og en aktiv hverdag. Individuelle tilbud er ofte dyrere enn kollektive løsninger. HVPU-reformen førte mennesker med utviklingshemming ut av spesialisthelsetjenesten og ut i kommunene. Reformen førte til at flere tjenestemottakere fikk tjenester i eget hjem, og slik vokste det frem tilbud i kommunene. Utviklingen medførte at også hjemmeboende voksne tjenestemottakere i økende grad fikk et tilbud fra kommunen.

Et annet utviklingstrekk i perioden både som følge av samhandlingsreformen i 2012, og som del av den generelle utviklingen, er at kommunene behandler sykere pasienter enn før. Dette kan skyldes både muligheter for økt medisinsk behandling, og bedre utstyr som gjør hjemmebehandling mulig. Et eksempel på dette er ALS-pasienter som tidligere kun fikk et behandlingstilbud i spesialisthelsetjeneste, men som nå ofte får tilbud i kommunen. Nedgang i antall senger i spesialisthelsetjenesten som er en ønsket utvikling, har også konsekvenser for helse- og omsorgstilbudet i kommunene¹⁶. Det har også vært en nedgang i antall døgnopphold innenfor psykisk helse og rus. Kommunene gir mer spesialiserte tilbud også her, og tilbudene kan kreve en samhandling på tvers av tjenestene som er ressurskrevende, men uten at ordningen for ressurskrevende tjenester dekker disse kostnadene. Som eksempler på dette kan nevnes at kommunene som følge av strengere lovkrav knyttet til bruk av tvang bruker mer tid til å sikre at samhandling og oppfølging av tjenestemottaker er korrekt ivaretatt. Kommunal virkelighet har m.a.o. endret seg siden ordningen ble innført, mens toppfinansieringen i mindre grad er endret.

Tjenestemottakere - ressurskrevende tjenester

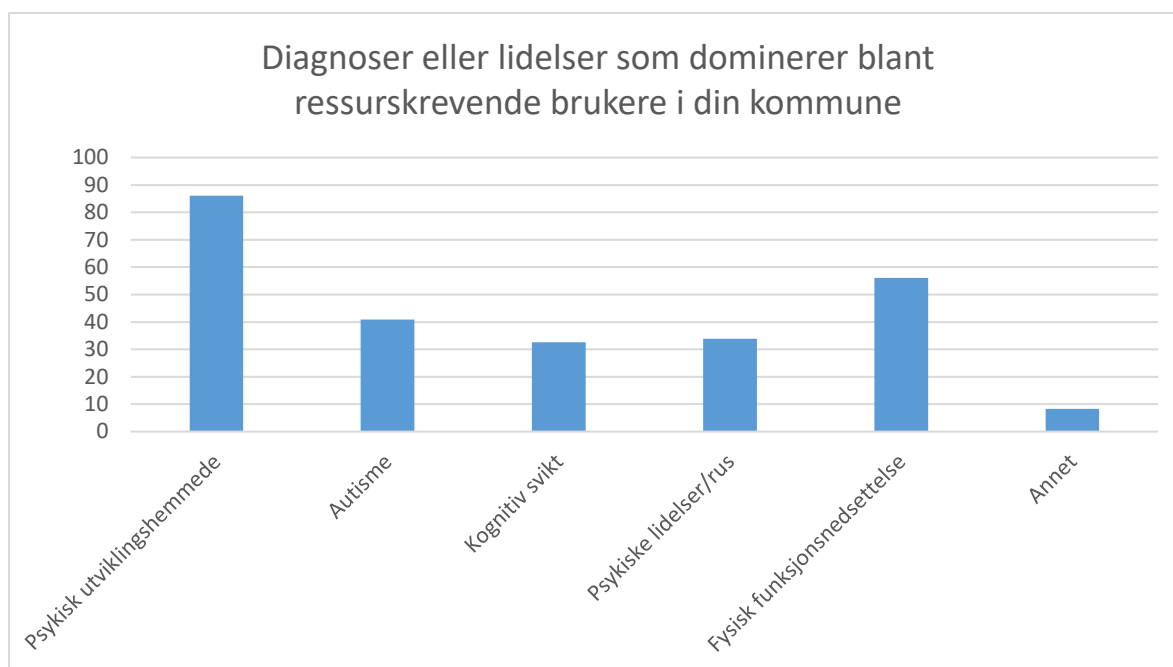
Mennesker med psykisk utviklingshemming utgjør en stor andel av de ressurskrevende tjenestemottakerne. Hovedinntrykket fra caseundersøkelsene er også at psykiatri og rus er en voksende gruppe. Fortsatt er personer med utviklingshemming den største gruppen, men andre grupper vokser mer¹⁷.

Følgende figur fra SØF-rapporten kan illustrere dette:

Figur 4.1: Spørreundersøkelse: Hvilke diagnoser eller lidelser dominerer blant de ressurskrevende tjenestemottakerne i din kommune?

¹⁶ Rapport IRIS - 2014/382

¹⁷ [SØF \(2015\)](#): Ressurskrevende tjenester i pleie og omsorg – omfang og kostnader.

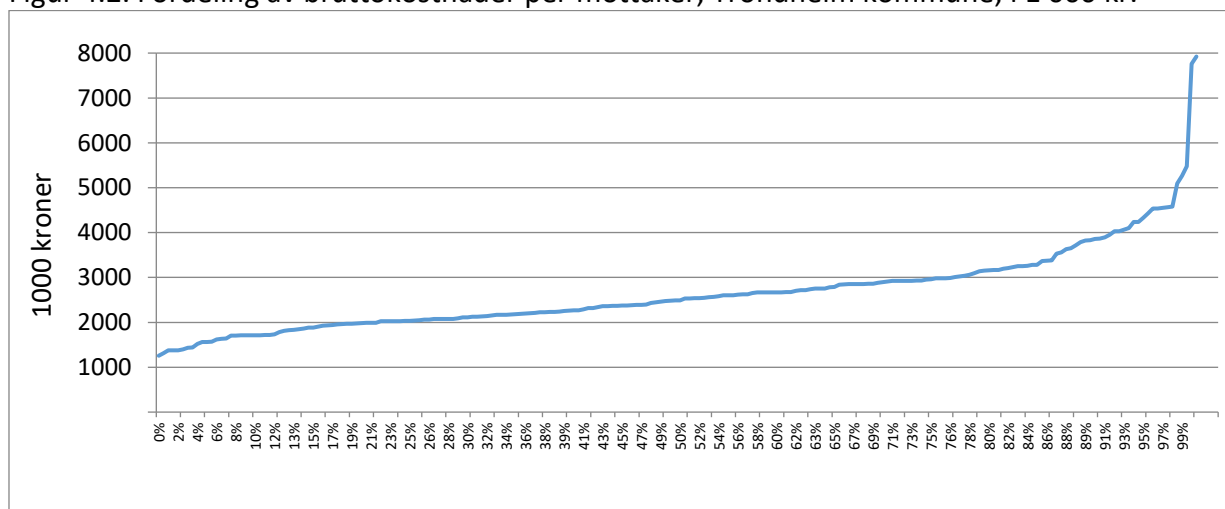


Det er verdt å merke seg at denne figuren ikke viser andel av tjenstemottakerne som defineres i de ulike kategoriene, men det er andelen av kommunene som rapporterer at disse kategoriene dominerer blant de ressurskrevende tjenstemottakerne. Vi ser også her at personer med utviklingshemming dominerer gruppen, men det er også en stor del med fysiske funksjonsnedsettelse. Kommunene kunne her velge flere kategorier. En del kommuner mener også at autisme, kognitiv svikt og psykiske lidelser/rus er viktig.¹⁸

Tall fra Trondheim kommune

Tallene under er laget med utgangspunkt i 218 tjenstemottakere som ble omfattet av ordningen i 2017. Figur 4.2 viser bruttokostnaden per tjenstemottaker i stigende rekkefølge. Ca. 80 pst. av tjenstemottakerne har utgifter på mellom 1,5 og 3,5 mill. kroner.

Figur 4.2. Fordeling av bruttokostnader per mottaker, Trondheim kommune, i 1 000 kr.



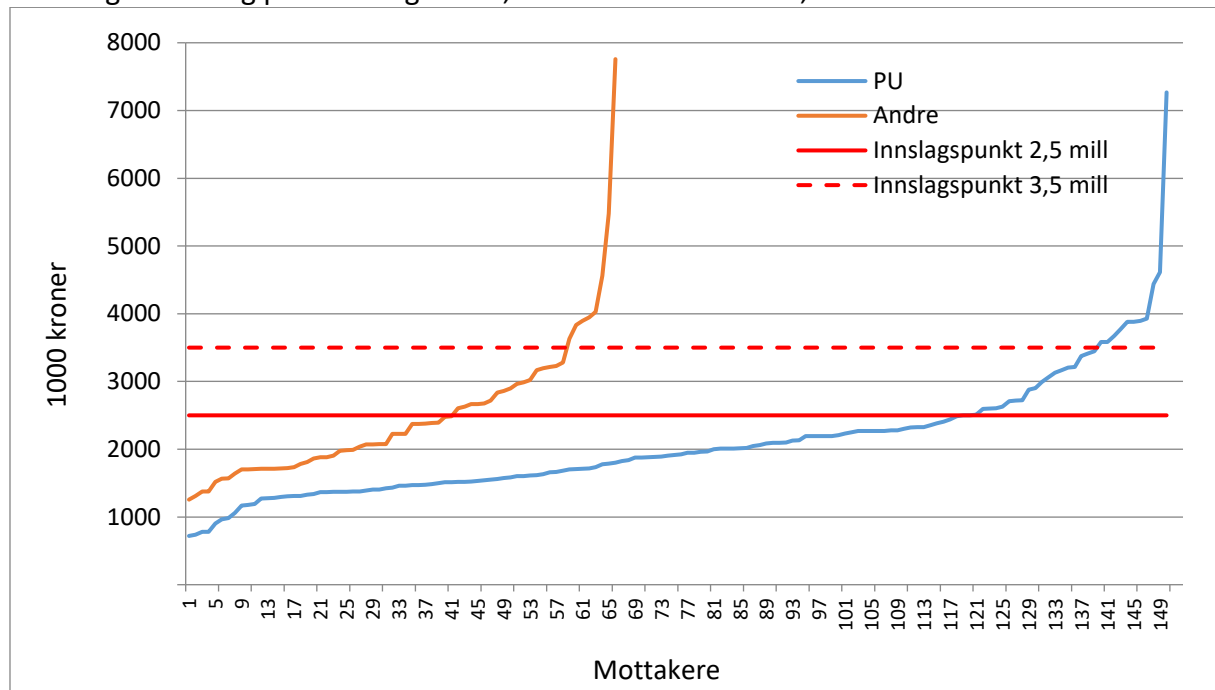
¹⁸ [SØF \(2015\)](#): Ressurskrevende tjenester i pleie og omsorg – omfang og kostnader.

Personer med psykisk utviklingshemming utgjør den største gruppen av ordningen med ressurskrevende tjenestemottakere. I Trondheim utgjør gruppen ca. 70 pst. av mottakerne som er med i refusjonsgrunnlaget.

Gruppen "andre", som utgjør resten av refusjonsgrunnlaget, består i stor grad av tjenestemottakere med komplekse lidelser. I denne gruppen så er ca. 2/3 comorbide/multimorbide med store fysiske hjelpebehov. Ca. 50 pst. har en fysisk funksjonssvikt, målt ved IPLOS på 4 eller 5 på samtlige fysiske variabler. I denne gruppen finner vi en relativt høy andel av barn under 18 år (30 pst.).

Figur 4.3 nedenfor viser det samme som figur 4.2, men tjenestemottakerne er splittet opp mellom personer med psykisk utviklingshemming og andre. Figuren viser også effekten av økt innslagspunkt eksemplifisert med hhv. 2,5 og 3,5 mill. kroner.

Figur 4.3. Fordeling av kostnader per mottaker, fordelt mellom hhv. personer med utviklingshemming personer og andre, Trondheim kommune, tall i 1 000 kr.



Figur 4.3 viser effekten av økt innslagspunkt for Trondheim. En økning av innslagspunktet til 2,5 mill. kroner vil redusere refusjonen med 134 mill. kroner, eller 65 pst. Målt i nominelt beløp vil tilskuddet knyttet til personer med utviklingshemming reduseres mest, men andelsmessig så reduseres tilskuddet til "andre" mest fordi gjennomsnittlig refusjonsbeløp per mottaker er lavere for personer i denne gruppen enn for personer med psykisk utviklingshemming.

En økning av innslagspunktet til 3,5 mill. kroner vil redusere refusjonen med 182 mill. kroner, eller 88 pst. Målt i nominelt beløp vil tilskuddet knyttet til personer med utviklingshemming reduseres mest, men andelsmessig så reduseres tilskuddet til "andre" noe mer.

Aldersfordeling.

Andelsmessig så er det mest ressurskrevende i de yngste årsklassene. Dvs. at dersom innslagspunktet øker så endrer alderssammensetningen seg slik at en høyere andel av de med refusjon er blant de yngste.

Tabell 4.4 Utgifter og mottakere ved ulikt innslagspunkt. Trondheim kommune.

Alder	2017			Innslagspunkt 2,5 mill			Innslagspunkt 3,5 mill		
	Antall	Andel	Brutto snittkostnad i tusen kr.	Antall	Andel	Brutto snittkostnad i tusen kr.	Antall	Andel	Brutto snittkostnad i tusen kr.
Under 18	42	19 %	2.471	19	31 %	3.313	5	26 %	4.779
18-29	57	26 %	3.083	25	40 %	3.886	9	47 %	4.698
30-49	74	34 %	2.534	12	19 %	3.560	5	47 %	4.973
50-66	45	21 %	2.498	6	10 %	4.145			
Sum	218	100 %	2.657	62	100 %	3.673	19	100 %	4.792

BPA

I Trondheim kommune så utgjør tjenestemottakere med BPA-vedtak ca. 7 pst. av det samlede grunnlaget. Dette er ganske stabilt om vi regner i antall tjenestemottakere eller i totalt refusjonsbeløp. Selv om de samlede BPA utgiftene har økt kraftig, så har andelen av ressurskrevende vært stabil siden 2009.

Bistandsbehov

Generelt er det kartlagte bistandsbehovet for personer som utløser tilskudd høyt, naturlig nok. Over halvparten (56%) har et gjennomsnittlig fysisk og kognitivt bistandsbehov på 3 eller høyere, jf. tabell 4.5.

Tabell 4.5 Bistandsbehov ved forskjellige kostnadsintervall¹⁹

		Kognitivt bistandsbehov			
		1-1,99	2-2,99	3-3,99	4-5
Fysisk bistandsbehov	1-1,99
	2-2,99	...	10 %	14 %	...
	3-3,99	...	4 %	27 %	...
	4-5	3 %	6 %	24 %	5 %

Fremtidige helsedata

Toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester har sin bakgrunn i at de objektive kriterier i inntektssystemet i utilstrekkelig grad fanger opp variasjoner i omfang av behov for omsorgstjenester for enkelttjenestemottakere. Etablering av Kommunalt pasient- og brukerregister fra 2018 har som formål å gi bedre helse- og omsorgsdata for planlegging og styring. Registreringen av data om enkelttjenestemottakere er i dag ufullstendig og usystematisk. Gjennom mer systematisk registrering av funksjonsnivå og helsetilstand (diagnose), og kopling av brukerdata fra ulike registre, vil en få mulighet til bedre å fange opp variasjoner i tjenestebehov for enkelttjenestemottakere, og da også tjenestemottakere med særlig omfattende behov for omsorgstjenester. Denne type bruk av data skjer allerede i enkelte europeiske land/delstater. Basert på data om funksjonsnivå, alder, kjønn og

¹⁹ IPLOS variablene er delt inn i en fysisk og en kognitiv dimensjon i tråd med [Døhl et. al. \(2016\)](#)

helsetilstand etablerer forvaltningen "standardiserte/justerte kliniske grupper" av tjenestemottakere ut fra omfang av tjenestebehov. Det er i dag utviklet statistiske verktøy for å uttrykke variasjoner i tjenestebehov basert på data om enkelttjenestemottakere (ACG-John Hopkins og CRG). Det kan antas at standardiserte kliniske grupper på noe sikt vil kunne etableres i Norge, ved hjelp av nevnte verktøy eller nasjonale algoritmer, basert på nasjonale analyser. Bruk av standardiserte grupper vil på lengre sikt kunne erstatte eller vesentlig forenkle dagens toppfinansieringsordning.

5. Vurdering av endringer som gir mer bærekraft og effektivitet i ordningen

Nedenfor vises det alternative tiltak som kan bidra til en mer bærekraftig og effektiv ordning. Forslaget til endringer vil ikke påvirke den enkelte mottakers rett til å motta nødvendige helse- og omsorgstjenester. Rettighetene er gitt i lov og forskrifter.

5.1. Kompensasjonsgrad og innslagspunkt som virkemiddel ved en provenynøytral omlegging

Nedenfor er det en beskrivelse av hvordan kompensasjonsgraden og innslagspunktet kan brukes som virkemiddel ved en provenynøytral omlegging av ordningen. En slik endring vil ikke gi noen effekter for kommunenes inntekter det første året. Det innebærer at en øker innslagspunktet og/eller reduserer kompensasjonsgraden i toppfinansieringsordningen og innlemmer provenyet i rammetilskuddet etter kostnadsnøkkelen. Under vurderes først endringen i bevilgningsbehovet til toppfinansieringsordningen ved å endre enten kompensasjonsgraden eller innslagspunktet. Deretter vurderes innlemming i rammetilskuddet, inkludert fordelingsvirkninger.

5.1.1 Kompensasjonsgraden

Redusert kompensasjonsgrad diskuteres her som en provenynøytral omlegging der reduksjonen i utgiftene til toppfinansieringsordningen som følge av omleggingen overføres til rammetilskuddet. En slik endring gir ikke endringer i de samlede inntektene til kommunene, men endringen vil ha fordelingseffekter mellom kommuner og den vil kunne medføre vridninger mellom ulike kommunale tjenester som følge av endrede insentiver for kommunene. Endringen vil ikke påvirke den enkelte mottakers rett til å motta nødvendige helse- og omsorgstjenester, men vil kunne føre til endringer i tjenestenes omfang og innretning.

Endringen vil i utgangspunktet ikke redusere antall tjenestemottakere som utløser tilskudd, men refusjonen per tjenestemottaker reduseres.

Lavere kompensasjonsgrad vil gi kommunene sterkere økonomiske insentiver til å redusere kostnadene til ressurskrevende tjenester, fordi de dekker en større andel av kostnadene selv og dermed også får en større gevinst ved å redusere kostnadene. Dette gir kommunene insentiver til å finne gode løsninger til lavere kostnader.

Sterkere insentiver til å holde kostnadene nede kan også innebære reduksjon i tjenestenivået til de ressurskrevende tjenestemottakerne sammenliknet med i dag. Ved at kommunenes utgifter til ressurskrevende tjenester i dag delvis refunderes av staten fremstår disse tjenestene som relativt billigere enn andre tjenester for kommunene. Dette kan gi en vridning mot økt bruk av disse tjenestene, og dermed lavere ressursbruk til andre tjenester, sammenliknet med en situasjon uten toppfinansieringsordningen. Å redusere kompensasjonsgraden vil kunne redusere denne vridningen, dvs. at redusert kompensasjonsgrad isolert vil kunne medføre redusert ressursbruk til ressurskrevende tjenester og økt ressursbruk til andre tjenester.

En reduksjon i kompensasjonsgraden vil isolert sett innebære en omfordeling fra kommuner som har høyere utgifter per tjenestemottaker enn gjennomsnittet og kommuner som har flere ressurskrevende tjenestemottaker enn gjennomsnittet til kommuner som har lavere utgifter per tjenestemottaker enn gjennomsnittet og kommuner som har færre ressurskrevende tjenestemottakere.

Ett prosentpoeng endring i kompensasjonsgraden er anslått å gi en reduksjon i bevilgningsbehovet til toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester på om lag 126,4 mill. kroner i 2018, beregnet ut fra faktiske utbetalinger i 2017. Tilsvarende beløp vil overføres til rammetilskuddet. I tabellen nedenfor er tallene de påfølgende årene framskrevet med vekstforutsetninger som ble benyttet i statsbudsjettet for 2018. Tabellen nedenfor viser anslaget på provenyet ved reduksjon av kompensasjonsgraden.

Tabell 5.1 Redusert bevilgningsbehov til toppfinansieringsordningen ved ulike kompensasjonsgrader.

Proveny ved reduksjon fra 80 pst. til (mill. kroner):	2019	2020	2021	2022
79 pst.	131	143	156	169
78 pst.	263	286	311	339
75 pst.	657	715	778	847
70 pst.	1 314	1 430	1 557	1 695

5.1.2 Innslagspunktet

Økt innslagspunkt diskuteres her som en provenynøytral omlegging der reduksjonen i utgiftene til toppfinansieringsordningen som følge av omleggingen overføres til rammetilskuddet. En slik endring gir ikke endringer i de samlede inntektene til kommunene i innføringsåret, men endringen vil ha fordelingseffekter mellom kommuner. Endringen vil ikke påvirke den enkelte mottakers rett til å motta nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Økt innslagspunkt vil innebære at færre tjenestemottakere vil utløse refusjon. Dette kan redusere administrative kostnader knyttet til tilskuddsforvaltning og rapportering.

For tjenestemottakere med utgifter som overstiger det nye innslagspunktet, endres ikke insentivene til kommunene. For tjenestemottakere som faller ut av ordningen øker

kommunenes insentiver til kostnadseffektivitet fordi de må dekke alle utgifter til disse tjenestemottakerne selv, mens de tidligere fikk refusjon for deler av disse. For disse tjenestemottakerne tilsvarer endringen en reduksjon i kompensasjonsgrad fra 80 til 0 pst. Som omtalt i kap. 5.1.1 gir redusert kompensasjonsgrad kommunene insentiver til å jobbe smartere og finne gode løsninger til lavere kostnader. Sterkere insentiver til å holde kostnadene nede kan også innebære reduksjon i tjenestenivået til de ressurskrevende tjenestemottakerne sammenliknet med i dag og dermed en vridning fra tjenester til ressurskrevende tjenestemottakere til andre tjenester.

Økt innslagspunkt vil isolert sett innebære en omfordeling fra kommuner som har flere ressurskrevende tjenestemottakere per innbygger enn gjennomsnittet til kommuner som har færre ressurskrevende tjenestemottakere per innbygger enn gjennomsnittet.

En marginal økning på 1 000 kroner i innslagspunkt er anslått å gi en reduksjon i bevilgningsbehovet til toppfinansieringsordningen på om lag 7,1 mill. kroner. Jo mer en øker innslagspunktet, jo mindre blir den marginale reduksjonen i bevilgningsbehovet, da de mottakerne som ligger like over innslagspunktet "faller ut" av ordningen. Eksempelvis vil en mottaker som har utgifter på 50 000 kroner over innslagspunktet utløse 40 000 kroner (80 pst) i tilskudd. Ved en økning av innslagspunktet med inntil 50 000 kroner, vil innsparingen være 80 pst. av økningen av innslagspunktet, mens en økning av innslagspunktet med utover 50 000 kroner ikke vil gi innsparinger knyttet til denne ene mottakeren. Tabell 5.2 nedenfor viser anslaget på provenyet ved reduksjon i innslagspunktet.

Tabell 5.2 Redusert bevilgningsbehov til toppfinansieringsordningen ved ulike endringer i innslagspunktet

Proveny ved økt innslagspunkt fra 1,235 mill. kr:	2019	2020	2021	2022
10 000	71	77	84	92
50 000	350	381	415	451
100 000	700	762	829	903
200 000	1 380	1 502	1 635	1 780

Svakheten ved den insentivstrukturen som ligger i en høy kompensasjonsgrad vil ikke endre seg ved økt innslagspunkt. Svakheten i insentivstrukturen ved at innslagspunktet er relativt lavt, er at kommuner kan prioritere tjenester til yngre, ressurskrevende mottakere på bekostning av andre grupper mottakere, siden utgifter utover innslagspunktet utløser tilskudd. Innslagspunktet vil i større grad ivareta forsikringselementet.

5.1.3. Overføring til rammetilskuddet

Det er i dette avsnittet lagt til grunn at en eventuell innstramming i toppfinansieringsordningen innlemmes i rammetilskuddet, slik at det ikke blir endringer i de samlede overføringene til kommunene. En kan redusere tilskuddet i toppfinansieringsordningen ved enten å redusere kompensasjonsgraden (jf. punkt 5.1.1), øke innslagspunktet (jf. punkt 5.1.2) eller en kombinasjon av de to virkemidlene.

Det er vanskelig å se for seg at en kan unngå omfordelingsvirkninger ved å innlemme tilskuddet i inntektssystemet, siden en p.t. ikke har objektive, treffsikre kriterier som kan fange opp variasjonene i kostnadene for disse mottakerne. Omfordelingsvirkningene blir større jo mer som innlemmes, men i noen grad dempes virkningen gjennom inntektsgarantiordningen (se 5.1.4).

Om lag 60 pst. av de som er mottakere i ordningen er personer med utviklingshemming (PU). Det ville i utgangspunktet være naturlig å tenke seg at tilskuddet kunne fordeles med en stor vekt på kriteriet PU 16 år og over. Analyser (blant annet i høringsutkast til nytt inntektssystem fra desember 2015) tyder på at dagens vekt på kriteriet PU 16 år og over er for høyt. Samtidig viste en rapport foretatt av SØF²⁰ i 2013 ingen entydig sammenheng mellom andel personer med utviklingshemming og kommunenes utgifter/tilskudd til ressurskrevende tjenester. Det er derfor problematisk å vektlegge PU 16 år og over ved en innlemming av tilskuddet i rammetilskuddet. Det er heller ingen andre kriterier som fanger opp variasjonene i kostnadene for ressurskrevende tjenester. Dermed står en igjen med ett alternativ og det er å innlemme etter kostnadsnøkkelen. Det legges derfor til grunn at en ev. innlemming skjer etter hele kostnadsnøkkelen.

Forordelingsvirkningene vil naturligvis avhenge av hvor stor del av tilskuddet som innlemmes. Dette kan eksemplifiseres med at noen få kommuner som i dag ikke får tilskudd gjennom tilskuddsordningen, vil få tilskudd gjennom rammetilskuddet. De kommunene som har de høyeste utgiftene til ressurskrevende tjenester per innbygger vil få de største reduksjonene i inntekter. Lavere kompensasjonsgrad og høyere innslagspunkt vil ha ulik fordelingseffekt.

Fordelen med at deler av toppfinansieringstilskuddet innlemmes som en del av rammetilskuddet, er at en høyere andel av kommunesektorens samlede inntekter vil komme som frie midler. En stor andel frie inntekter legger til rette for at kommunene kan prioritere mellom ulike formål i tråd med innbyggernes behov og preferanser. Rammefinansiering gir også kommunene frihet til å utforme tjenestetilbudet på en hensiktsmessig og kostnadseffektiv måte. Det innebærer en større grad av lokalt selvstyre og en mindre grad av statlig styring (gjennom øremerking). I tillegg vil en større andel frie inntekter gi bedre makroøkonomisk styring, mindre rapporteringsplikter og mindre byråkrati, samt en mer målrettet og bærekraftig toppfinansieringsordning for ressurskrevende tjenester. Ulempen ved en innlemming vil være at det vil være omfordelingseffekter i forhold til dagens fordeling.

Ved en innlemming av hele eller deler av tilskuddet, vil kommunenes prioritering mellom ulike tjenester kunne endres. Ved at staten delfinansierer ressurskrevende tjenester gjennom toppfinansieringsordningen fremstår disse som billigere relativt til andre tjenester. Dette kan bidra til at kommunene bruker mer ressurser på ressurskrevende tjenester og dermed mindre ressurser på andre tjenester enn dersom de samme midlene ble tildelt som rammetilskudd.

²⁰ SØF-rapport 04/13: Delkostnadsnøkkel for pleie og omsorg: Analyser av enhetskostnader, dekningsgrader, utgifter og brukerbetaling.

5.1.4. Vesentlig økning av innslagspunktet (case)

Arbeidsgruppen har sett på et alternativ som innebærer at innslagspunktet omtrent doubles, noe som medfører at om lag halvparten av dagens toppfinansieringstilskudd på i underkant av ti mrd. kroner overføres fra toppfinansieringsordningen til rammetilskuddet etter kostnadsnøkkelen.

Nedenstående eksempel er basert på utbetalingene for 2016. Da var innslagspunktet på 1,081 mill. kroner og utbetalingene på 8,644 mrd. kroner. Det var da 7 781 mottakere i ordningen. Ved å øke innslagspunktet med én mill. kroner, vil utbetalingene gjennom toppfinansieringsordningen bli på 3,945 mrd. kroner, noe som isolert sett gir en reduksjon i bevilgningsbehovet til toppfinansieringsordningen på 4,7 mrd. kroner. I beregningene er disse midlene innlemmet i rammetilskuddet til kommunene etter kostnadsnøkkelen på det samme året. Nær halvparten (49 pst.) av mottakerne som var i ordningen på dette tidspunktet ville "falt ut av" ordningen ved en slik innlemming.

Dersom en kun ser på endringene i toppfinansieringstilskuddet og rammetilskuddet som følge av en innlemming, vil endringen gi en omfordeling der 211 kommuner ville fått redusert sine inntekter med til sammen 703 mill. kroner, mens 217 kommuner ville ha fått tilsvarende økning i sine inntekter. Kommunene som taper, taper i snitt 385 kroner per innbygger, mens de som tjener, tjener i snitt 207 kroner per innbygger. Samlet utgjør tapene 0,5 pst. av brutto driftsinntektene for de berørte kommunene, mens gevinstene utgjør 0,28 pst. av brutto driftsinntekter.

Det vises til vedlegg 1 hvor det er en oppstilling av tap/gevinst for utvalgte kommuner. De som taper mest på en innlemming, taper over 2 000 kroner per innbygger eller rundt 2,5 pst. av brutto driftsinntektene. De som i hovedsak tjener på en innlemming, er mindre kommuner som ikke får tilskudd gjennom toppfinansieringen i dag.

Inntektsgarantiordningen (INGAR) i inntektssystemet for kommunene er en overgangsordning som sikrer at alle kommuner har en vekst i rammetilskuddet fra ett år til det neste som ikke ligger mer enn 400 kroner per innbygger under landsgjennomsnittet. INGAR fanger i stor grad opp endringer i rammetilskuddet fra ett år til det neste og gir kommunene forutsigbarhet ved at veksten i rammetilskuddet ikke vil avvike mer enn et visst beløp fra veksten på landsbasis. Ordningen gjelder løpende fra ett år til det neste slik at kompensasjonen ikke vil være vedvarende.

På denne måten vil de kommunene som taper vesentlig på en innlemming få dempet konsekvensene gjennom INGAR. Samtidig vil kommuner med svært ressurskrevende mottakere være sikret tilskudd gjennom ordningen.

Ved en større innlemming vil kommunenes prioritering mellom ulike tjenester kunne endres. Ved at staten subsidierer ressurskrevende tjenester gjennom toppfinansieringsordningen fremstår disse som billigere relativt til andre tjenester. Dette kan bidra til at kommunene bruker mer ressurser på ressurskrevende tjenester og dermed mindre ressurser på andre tjenester enn dersom de samme midlene ble tildelt som rammetilskudd.

5.2. Overslagsbevilgning til rammestyrte

Ved en rammestyrte ordning vil den årlige bevilgningen i statsbudsjettet være fastsatt som en gitt størrelse. En kan rent teoretisk benytte både kompensasjonsgrad og innslagspunkt som virkemiddel, jf. avsnitt 5.1, for å tilpasse utgiftene til ordningen til vedtatt budsjettbeløp. Kompensasjonsgraden kan være best egnet å bruke som residual for å tilpasse budsjettet. Dersom en skulle benyttet innslagspunktet ville en ikke kjent til hvilket nivå kommunene skulle rapportert inn utgifter på. Ved å ta utgangspunkt i et gitt nivå (innslagspunkt), vil kommunene ha forutsigbarhet i hva som skal rapporteres og den samlede ressursbruken med rapportering og tilskuddsforvaltning vil bli lavere.

Fordelen med å omgjøre toppfinansieringstilskuddet til en rammestyrte ordning, er at det vil gi en mer bærekraftig finansieringen for staten, da bevilgningene til ordningen er bestemt som en fast størrelse i statsbudsjettet. En ulempe er at kommunene først vil kjenne den nøyaktige størrelsen på inntektene året etter at utgiftene har påløpt. Enkeltkommuners inntekter er avhengig av det samlede utgiftsnivået i kommunene, og det vil derfor være en noe større grad av usikkerhet på budsjetteringstidspunktet. Dersom det er en underliggende vekst i utgiftene i ordningen, vil Stortinget i de enkelte budsjetter kunne hensynta dette ved å øke bevilgningen. Graden av usikkerhet på kommunenes inntektssiden, kan også gi kommunene insentiver til å opptre nøkternt og vurdere kostnadseffektive tiltak.

5.3. Trinnvis innslagspunkt

Dagens ordning har i realiteten to trinn: Null pst. kompensasjon for utgifter under 1,235 mill. kroner (2018-budsjettet) og 80 pst. kompensasjon for utgifter over 1,235 mill. kroner. En kan se for seg flere trinn hvor kompensasjonsgraden øker med økte utgifter. En provenynøytral omlegging av ordningen med dagens innslagspunkt som laveste nivå vil innebære kompensasjon på første innslagspunkt (for eksempel 1,235 mill. kroner) på under 80 pst., mens en må kompensere mer enn 80 pst. på neste nivå.

En enkel illustrasjon av en provenynøytral modell kan være slik:

Innslagspunkt ²¹	Under 1,235 mill. kr.	1,235-2,2 mill. kr.	Over 2,2 mill. kr.
Kompensasjonsgrad	0 pst.	70 pst.	90 pst.

En konsekvens av en høyere kompensasjonsgrad ved høyere utgifter, er at kommuner med de mest kostnadskrevende mottakerne vil få høyere refusjoner. Høy kompensasjonsgrad gir i seg selv svake insentiver til effektiv ressursbruk. En høy kompensasjonsgrad for de høyeste utgiftene vil innebære at kommuner med svært høye utgifter per mottaker får dekket en høyere andel av utgiftene til de aller mest ressurskrevende mottakerne enn øvrige kommuner.

²¹ Knekkpunktet på 2,2 mill. kroner for en provenynøytral ordning er et grovt anslag. Knekkpunktet er grovt beregnet. Dersom en mottaker har utgifter som er høyere en knekkpunktet, vil det kompenseres 70 pst. fra innslagspunktet til knekkpunktet og 90 pst. over knekkpunktet.

Endringen vil også ha noe grad av omfordeling, blant annet vil de kommunene som har flere mottakere mellom de to innslagspunktene få reduserte inntekter sammenlignet med dagens situasjon. Til gjengjeld blir det en bedre insentivstruktur for de med de utgifter under det høyeste innslagspunktet.

Trinnvis innslagspunkt vil medføre marginalt høyere ressursbruk i kommunene og i Helsedirektoratet til å kalkulere refusjonen.

5.4. Kontrolltiltak

Kontrollen av refusjonskravene skjer i første rekke i kommunene, men skjer i begrenset omfanget fra statens side, jf. kapittel 4.1. Helsedirektoratet har pekt på at det er mulig å utvide eksisterende kontrolltiltak, og å supplere med nye kontrolltiltak. En økning av omfanget av kontrolltiltak i kommunene vil krevet ekstra ressursinnsats fra revisjonene.

Et annet mulig tiltak er at Helsedirektoratet utfører etterkontroller som nye rutine, og ikke på indikasjon som ved dagens praksis. Helsedirektoratet kan i tillegg selv utføre stikkprøvekontroller. Et alternativt, og tyngre tiltak, kan være at Helsedirektoratet engasjerer et eksternt kontrollmiljø til å foreta stikkkontroller av kommunenes krav (og ev. revisjonens kontroll). Enten kontrolltiltakene utføres av Helsedirektoratet eller eksterne, vil det kreve ressurser.

Stikkprøvekontroller, enten utført av direktoratet selv eller som konsulentoppdrag, vil innebære en stedlig kontroll der alle sider ved kommunens kompensasjonskrav går etter, og er dermed mer omfattende enn dokumentasjonskontrollen kommunerevisjonen i dag utfører. Stedlig kontroll kan eksempelvis se på utførte timeverk, lønnsgrunnlaget for kompensasjonsgrad, etc.

5.5. Rundskrivet

Stortinget fastsetter hovedkriteriene for ordningen gjennom sitt årlige budsjettvedtak. På bakgrunn av endelig budsjettvedtak utarbeider Helsedirektoratet et årlig rundskriv (Rundskriv IS-4). I rundskrivet operasjonaliseres kriteriene til kommunene. Rundskrivet har årlig vært gjenstand for presisering og tydeliggjøring slik at det ikke skal oppstå tvil om hva som er legitime krav. Rundskrivet publiseres på Helsedirektoratets nettside <https://helsedirektoratet.no/tilskudd>.

Rundskrivet har som formål å gi veiledning så vel om de materielle elementer i ordningen som om de prosessuelle sider ved ordningen.

Høsten 2017 ble det gjort en særlig omfattende revisjon av teksten i rundskrivet. Dette ble gjort på bakgrunn av anbefalinger fra en arbeidsgruppe med deltakere fra kommuner og revisjonsselskap. Vurderinger og anbefalinger ble oppsummert i en egen rapport. På bakgrunn av arbeidet ble det gjort presiseringer i rundskrivet, blant annet knyttet til definisjonen av "direkte brukertid", føring av pensjonsutgifter, føring av utgifter i forbindelse med sykdom og permisjoner og håndtering av egenbetaling fra mottakere. Spesielt definisjonen av "direkte brukertid" eller "ansikt-til-ansikt-tid" oppfatter kommunene som å

være en "gråson" og vanskelig å definere. Det vil være behov for å presisere dette ytterligere dersom det lar seg gjøre og det vil bidra til å gjøre refusjonsgrunnlaget klarere og hindre at kommunene rapporterer feil.

I tillegg til informasjon og veiledning gitt gjennom rundskrivet har Helsedirektoratet etablert en egen postboks for spørsmål fra kommunene, ressurskrevendetjenester@helsedir.no. Svarene blir kjent for den enkelte spørrer (kommune). Selv om rundskrivet har vært gjenstand for en revisjon i forkant av 2018-rapporteringen, vil en måtte anta at det vil være behov for presiseringer i rundskrivet årlig som følge av spørsmålsstillinger som oppstår. Dette kan være basert på problemstillinger som oppstår i løpet av en refusjonsperiode og/eller som følge av at det etableres et system med en "fast" referansegruppe.

6. Vurderinger av endringer som ivaretar mottakerne av ressurskrevende tjenester på en god måte

Toppfinansieringsordningen bidrar til at kommunene kan gi et godt tjenestetilbud til mottakere som har krav på omfattende helse- og omsorgstjenester.

Samlet brukes det nærmere 10 mrd. kroner gjennom ordningen. Av hensynet til legitimiteten til ordningen er det viktig at en har sikkerhet for at de midlene som bevilges gjennom ordningen blir brukt i tråd med de forutsetninger som Stortinget har lagt til grunn for ordningen. Arbeidsgruppen har ikke grunnlag for å tro annet enn at dette i all hovedsak skjer. Samtidig vet man at det brukes lite ressurser på kontroll med denne ordningen i forhold til størrelsen på de beløp som bevilges.

Det kan derfor vurderes om noe økt kontroll kan bidra til å øke sikkerheten for at midlene brukes i tråd med formålet med ordningen.

Helsedirektoratet har de siste årene arbeidet med å tydeliggjøre sitt årlige rundskriv knyttet til ordningen. I rundskrivet for 2018 har Helsedirektoratet blant annet lagt vekt på å tydeliggjøre at det bare er direkte lønnsutgifter som kan relateres til den enkelte mottaker, som det kan søkes refusjon for. Det er grunn til å tro at denne type tydeliggjøring både kan gjøre det lettere for kommunene å vite hva de kan søke om refusjon for, men også sikre at de pengene som bevilges, faktisk brukes på de mottakerne som omfattes av ordningen.

Ordningen kan bidra til et bedre tilbud for den enkelte mottaker som omfattes av ordningen ved at kommunene bruker mer ressurser på tjenester til disse personene enn det som ville blitt brukt uten ordningen. Toppfinansieringsordningen innebærer likevel ikke at mottakerne av ressurskrevende tjenester, får andre rettigheter enn de ville hatt ved finansiering gjennom rammetilskuddet. En slik endring i kommunenes ressursbruk i retning av ressurskrevende tjenester kan medføre at andre tjenestemottakere i kommunen får et dårligere tilbud enn de ville ha fått om disse midlene hadde blitt fordelt som rammetilskudd.

Utformingen av tilskuddsordningen blir dermed en avveining mellom hensynet til at en kommunes økonomi kan være sårbar som følge av mange svært ressurskrevende mottakere

og å redusere kommuners risiko, hensynet til effektiv ressursbruk og insentiver som bidrar til dette og hensynet til kommunenes mulighet til å prioritere.

7. Oppsummering (sammendrag).

Arbeidsgruppen har grunn til å tro at tilskuddet til ressurskrevende mottakere bidrar til et godt tjenestetilbud til de mottakerne som omfattes av ordningen og et mer omfattende tilbud enn uten ordningen. Hovedfinansieringen av helse- og omsorgstjenestene skjer gjennom de frie inntektene (skatt og rammetilskudd). Gjeldende lovverk sørger for at de som har et behov for helse- og omsorgstjenester, får et tilbud av kommunene. Det er likevel utfordringer knyttet til særlig ressurskrevende mottakere fordi omfanget av nødvendige tjenester kan være svært store. Særlige for mindre kommuner kan det være utfordrende at enkelte mottakere har behov som kan utgjøre en betydelig del av en kommunes budsjett til helse- og omsorgstjenester.

Tilskuddet til særlig ressurskrevende tjenester er utformet slik at det er direkte lønnsutgifter knyttet til den enkelte mottaker som utløser tilskudd. Dette gir i utgangspunktet en god kobling mellom de ressursene som bevilges og tilbudet til den enkelte mottaker. Selv om prinsippet er enkelt, kan det likevel for kommunene være krevende å rapportere riktig. Blant annet kan det være krevende å definere hva som er direkte brukertid, dvs. ansikt-til-ansikt-tid.

Helsedirektoratet gir årlig ut et rundskriv om rapportering i ordningen. Helsedirektoratets gjennomgang av rundskrivet har bidratt til et bedre og tydeligere rundskriv. Arbeidsgruppen anbefaler at det arbeides videre med klargjøring av rundskrivet.

Hovedkontroll av ordningen skjer i kommunene gjennom kommunerevisjonen. Arbeidsgruppen legger til grunn at dette er en fornuftig og god ordning. På statlig hold foretas det en forenklet kontroll fra Helsedirektoratet. Forvaltningen gjøres i henhold til en felles mal og etter at alle krav er behandlet og godkjent av ansvarlig saksbehandler gjennomføres en sidemannskontroll. Helsedirektoratet kan iverksette kontroll med kommunenes innrapportering innenfor gjeldende lovbestemmelser. Omfanget av kontrolltiltak er begrenset i dag, og det kan være behov for å få mer kunnskap om hvordan kontrolltiltakene fungerer. Fordelen med noe økt kontroll er en større grad av sikkerhet for at de midlene som bevilges gjennom ordningen også gjenspeiler seg i direkte tjenestetilbud til den enkelte mottaker.

Hovedfinansieringen av helse- og omsorgstjenester skjer gjennom de frie inntektene (skatt og rammetilskudd). Tilskudd til ressurskrevende tjenester er en tilleggsfinansiering. For større kommuner vil det sannsynligvis ikke ha stor betydning om de midlene som i dag bevilges gjennom tilskudd til ressurskrevende tjenester fortsetter å bevilges som et øremerket tilskudd eller om midlene bevilges gjennom rammetilskuddet. For mindre kommuner kan imidlertid fordelingseffektene være store.

Den kraftige veksten i tilskuddsordningen kan skyldes flere forhold. Arbeidsgruppen har pekt på den generelle utviklingen i befolkningen og behovet for helse- og omsorgstjenester, at

ordningen har blitt bedre kjent i kommunene, at tilbudet til mottakere av ordningen er blitt bygget ut, blant annet som følge av nasjonale føringer og at utformingen av ordningen i seg selv kan ha bidratt til økt utgiftsvekst ved at det kan forekomme strategiske tilpasninger i enkelte kommuner.

Utformingen av ordningen kan også påvirke veksten. Ordningen er utformet slik at kommuner som har utgifter utover et gitt innslagspunkt får kompensert 80 pst. av det overskytende. Det innebærer at hvis en mottaker først har utgifter utover innslagspunktet så dekker staten 80 pst. av utgiftene utover det, mens kommunen kun dekker 20 pst. Det er rimelig å anta at dette kan ha en viss betydning for utgiftsveksten i ordningen fordi ordningen gir svake insentiver til kostnadseffektivitet i kommunene og fører til en vridning mot økt bruk av ressurser på disse tjenestene fremfor andre tjenester.

Arbeidsgruppen har vurdert følgende alternativer til endring i ordningen:

-
1. Delvis innlemming av ordningen i rammetilskuddet.
Ved å bruke kompensasjonsgraden og/eller innslagspunktet som virkemiddel for å redusere bevilgningen til toppfinansieringsordningen, kan provenyet innlemmes i rammetilskuddet etter kostnadsnøkkelen. Omfordelingsvirkningene ved en innlemming avhenger av størrelsen på tilskuddet som innlemmes og om endringen skyldes økt innslagspunkt eller redusert kompensasjonsgrad. Virkningene (per innbygger) blir sannsynligvis mindre for de største kommunene. For de kommunene som har størst omfordelingsvirkninger, så vil effekten på kort sikt bli dempet gjennom inntektsgarantiordningen. Kommunene vil i større grad enn i dag ha insentiver til å prioritere mellom ulike grupper ut fra lokale behov. I tillegg vil kommunene få bedre insentiver til å yte kostnadseffektive tjenester overfor mottakerne. Her må det også foretas en avveining mellom statens behov for å kunne budsjettere sine utgifter og kommunenes behov for å kunne budsjettere sine inntekter.
 - a. Høyere innslagspunkt vil innebære en omfordeling fra kommuner som har flere ressurskrevende tjenestemottakere per innbygger enn gjennomsnittet til kommuner som har færre ressurskrevende tjenestemottakere per innbygger enn gjennomsnittet. Økt innslagspunkt vil redusere antall mottakere i ordningen, noe som kan redusere de administrative utgiftene. Videre vil økt innslagspunkt gi større insentiver til kostnadseffektivitet for tjenestemottakerne under det nye innslagspunktet. Svakheten i insentivstrukturen ved at innslagspunktet er relativt lavt, er at kommuner kan prioritere tjenester til de gruppene som kommer over innslagspunktet på bekostning av de grupper som ligger under innslagspunktet eller ikke omfattes av toppfinansieringsordningen.
 - b. Lavere kompensasjonsgrad vil gi kommunene sterkere økonomiske insentiver til å redusere kostnadene til ressurskrevende tjenestemottakere, fordi de dekker en større andel av kostnadene selv og dermed også får en større gevinst ved å redusere kostnadene. Dette gir kommunene insentiver til å utnytte arbeidskraftressursene bedre. Sterkere insentiver til å holde kostnadene nede kan også innebære reduksjon i tjenestenivået og bidra til redusere uheldige vridningseffekter i prioriteringen.

2. Ved å gjøre om ordningen fra en overslagsbevilgning til en rammestyrt ordning, vil finansieringen bli forutsigbar for staten og derfor bli en mer bærekraftig finansiering i den nasjonale økonomien. På den andre siden blir kommunenes inntekter mer usikre å budsjettere, særlig siden refusjonsbeløpet først er klart året etter at utgiftene har påløpt. Det vil også bli fordelingsvirkninger for kommunene. Den finansielle risikoen vil overføres til kommunesektoren. Dette kan igjen påvirke tilbudet til mottakerne, men alle mottakere er sikret et forsvarlig tilbud gjennom helse- og omsorgstjenesteloven. Det er vanskelig å anslå i hvor stor grad en slik omlegging vil bidra til kostnadseffektivitet.
3. Trinnvis innslagspunkt. En ordning hvor det kompenseres mindre enn dagens 80 pst. kompensasjon i et intervall rett over innslagspunktet og over 80 pst. i et nytt intervall over det første intervallet. Fordelen med en slik ordning er at en oppnår en bedre insentivstruktur for kommunenes utgifter til mottakere som har utgifter under det øverste innslagspunktet, samtidig som en reduserer risikoen til de kommunene som har de mest kostnadskrevende mottakerne. Ulempen med dette alternativet er ordningen blir mer komplisert, det vil bli en grad av fordelingsvirkninger for kommunene og at insentivene til kostnadseffektivitet reduseres for utgifter i det øvre intervallet.

Vedlegg

De 20 kommunene som taper mest per innbygger:

		Folkemengde i alt 1.1.2015	Utbetaling 2016	Uttrekk 575.60	Fordeling gjennom IS	Tap/gevinst (1000 kroner)	Tap/gevinst (kroner per innbygger)	Tap/gevinst (andel av brutto dr. inntekter)
1421	Aurland	1 764	15 822	-6 669	1 878	-4 791	-2 716	-1,48 %
1938	Lyngen	2 861	19 740	-11 007	3 549	-7 458	-2 607	-2,47 %
429	Åmot	4 429	24 237	-15 120	4 597	-10 523	-2 376	-2,63 %
1851	Lødingen	2 144	10 734	-7 396	2 420	-4 976	-2 321	-2,28 %
428	Trysil	6 525	35 478	-21 670	6 847	-14 823	-2 272	-2,39 %
2024	Berlevåg	1 000	4 765	-3 200	1 168	-2 032	-2 032	-1,65 %
2011	Kautokeino	2 956	16 214	-8 902	3 151	-5 750	-1 945	-1,94 %
1151	Utsira	200	1 305	-800	431	-369	-1 844	-0,95 %
2023	Gamvik	1 139	8 050	-3 165	1 190	-1 975	-1 734	-1,42 %
1811	Bindal	1 465	5 706	-4 366	1 846	-2 520	-1 720	-1,49 %
2004	Hammerfest	10 455	59 962	-26 110	9 192	-16 918	-1 618	-1,50 %
2017	Kvalsund	1 035	4 650	-3 002	1 335	-1 666	-1 610	-1,21 %
1424	Årdal	5 359	37 003	-13 215	5 017	-8 198	-1 530	-1,60 %
1129	Forsand	1 238	4 597	-3 470	1 577	-1 894	-1 530	-1,01 %
1926	Dyrøy	1 158	4 126	-3 198	1 454	-1 745	-1 507	-1,32 %
616	Nes (BU)	3 422	15 034	-8 000	3 427	-4 573	-1 336	-1,42 %
1837	Meløy	6 471	31 827	-15 161	6 954	-8 207	-1 268	-1,30 %
420	Eidskog	6 142	43 366	-13 816	6 432	-7 384	-1 202	-1,51 %
1422	Lærdal	2 172	8 262	-4 849	2 286	-2 563	-1 180	-0,98 %
1857	Værøy	765	2 110	-1 896	997	-899	-1 176	-1,09 %

De 20 kommunene som taper mest som andel av driftsinntektene:

		Folkemengde i alt 1.1.2015	Utbetaling 2016	Uttrekk 575.60	Fordeling gjennom IS	Tap/gevinst (1000 kroner)	Tap/gevinst (kroner per innbygger)	Tap/gevinst (andel av brutto dr. inntekter)
429	Åmot	4 429	24 237	-15 120	4 597	-10 523	-2 376	-2,63 %
1938	Lyngen	2 861	19 740	-11 007	3 549	-7 458	-2 607	-2,47 %
428	Trysil	6 525	35 478	-21 670	6 847	-14 823	-2 272	-2,39 %
1851	Lødingen	2 144	10 734	-7 396	2 420	-4 976	-2 321	-2,28 %
2011	Kautokeino	2 956	16 214	-8 902	3 151	-5 750	-1 945	-1,94 %
2024	Berlevåg	1 000	4 765	-3 200	1 168	-2 032	-2 032	-1,65 %
1424	Årdal	5 359	37 003	-13 215	5 017	-8 198	-1 530	-1,60 %
719	Andebu	5 937	22 972	-12 194	5 431	-6 763	-1 139	-1,56 %
420	Eidskog	6 142	43 366	-13 816	6 432	-7 384	-1 202	-1,51 %
2004	Hammerfest	10 455	59 962	-26 110	9 192	-16 918	-1 618	-1,50 %

1811	Bindal	1 465	5 706	-4 366	1 846	-2 520	-1 720	-1,49 %
1421	Aurland	1 764	15 822	-6 669	1 878	-4 791	-2 716	-1,48 %
616	Nes (BU)	3 422	15 034	-8 000	3 427	-4 573	-1 336	-1,42 %
2023	Gamvik	1 139	8 050	-3 165	1 190	-1 975	-1 734	-1,42 %
1620	Frøya	4 799	22 106	-10 054	4 592	-5 462	-1 138	-1,35 %
1926	Dyrøy	1 158	4 126	-3 198	1 454	-1 745	-1 507	-1,32 %
1837	Meløy	6 471	31 827	-15 161	6 954	-8 207	-1 268	-1,30 %
1511	Vanylven	3 256	23 725	-7 200	3 628	-3 572	-1 097	-1,29 %
1441	Selje	2 774	9 954	-5 910	2 927	-2 983	-1 075	-1,28 %
417	Stange	20 119	107 085	-36 952	18 005	-18 947	-942	-1,27 %

De 20 kommunene som har størst gevinst per innbygger:

		Folkemengde i alt 1.1.2015	Utbetaling 2016	Uttrekk 575.60	Fordeling gjennom IS	Tap/gevinst (1000 kroner)	Tap/gevinst (kroner per innbygger)	Tap/gevinst (andel av brutto dr. inntekter)
1835	Træna	478	-	-	728	728	1 524	1,12 %
1816	Vevelstad	507	-	-	727	727	1 434	1,12 %
1144	Kvitsøy	524	-	-	724	724	1 381	1,24 %
1633	Osen	976	-	-	1 339	1 339	1 372	1,26 %
1632	Roan	961	-	-	1 237	1 237	1 287	1,16 %
1026	Åseral	942	-	-	1 174	1 174	1 247	0,84 %
1233	Ulvik	1 116	-	-	1 379	1 379	1 236	1,01 %
938	Bygland	1 204	-	-	1 462	1 462	1 215	1,04 %
1232	Eidfjord	925	-	-	1 118	1 118	1 209	0,61 %
436	Tolga	1 620	-	-	1 944	1 944	1 200	1,27 %
1665	Tydal	851	-	-	1 006	1 006	1 183	0,70 %
432	Rendalen	1 881	-	-	2 212	2 212	1 176	1,14 %
1046	Sirdal	1 832	-	-	2 134	2 134	1 165	0,68 %
1929	Berg	915	-	-	1 064	1 064	1 163	0,98 %
1034	Hægebostad	1 702	-	-	1 912	1 912	1 123	1,25 %
1736	Snåsa	2 139	-	-	2 382	2 382	1 114	1,15 %
1133	Hjelmeland	2 737	-	-	3 035	3 035	1 109	0,98 %
1815	Vega	1 244	-	-	1 363	1 363	1 096	1,18 %
1822	Leirfjord	2 216	-	-	2 385	2 385	1 076	1,01 %
1560	Tingvoll	3 103	44	-44	3 326	3 282	1 058	1,19 %

De 20 kommunene som har størst gevinst som andel av driftsinntektene:

		Folkemengde i alt 1.1.2015	Utbetaling 2016	Uttrekk 575.60	Fordeling gjennom IS	Tap/gevinst (1000 kroner)	Tap/gevinst (kroner per innbygger)	Tap/gevinst (andel av brutto dr. inntekter)
1114	Bjerkreim	2 825	222	-222	2 951	2 729	966	1,31 %

436	Tolga	1 620	-	-	1 944	1 944	1 200	1,27 %
1633	Osen	976	-	-	1 339	1 339	1 372	1,26 %
1034	Hægebostad	1 702	-	-	1 912	1 912	1 123	1,25 %
622	Krødsherad	2 275	-	-	2 328	2 328	1 023	1,25 %
1144	Kvitsøy	524	-	-	724	724	1 381	1,24 %
1560	Tingvoll	3 103	44	-44	3 326	3 282	1 058	1,19 %
1419	Leikanger	2 298	-	-	2 260	2 260	984	1,18 %
1815	Vega	1 244	-	-	1 363	1 363	1 096	1,18 %
1632	Roan	961	-	-	1 237	1 237	1 287	1,16 %
1736	Snåsa	2 139	-	-	2 382	2 382	1 114	1,15 %
432	Rendalen	1 881	-	-	2 212	2 212	1 176	1,14 %
1835	Træna	478	-	-	728	728	1 524	1,12 %
1816	Vevelstad	507	-	-	727	727	1 434	1,12 %
928	Birkenes	5 147	1 109	-800	4 967	4 167	810	1,11 %
119	Marker	3 610	721	-721	3 605	2 884	799	1,07 %
237	Eidsvoll	23 811	13 808	-5 651	20 867	15 216	639	1,04 %
938	Bygland	1 204	-	-	1 462	1 462	1 215	1,04 %
1233	Ulvik	1 116	-	-	1 379	1 379	1 236	1,01 %
1822	Leirfjord	2 216	-	-	2 385	2 385	1 076	1,01 %

De 20 største kommunene:

		Folkemengde i alt 1.1.2015	Utbetaling 2016	Uttrekk 575.60	Fordeling gjennom IS	Tap/gevinst (1000 kroner)	Tap/gevinst (kroner per innbygger)	Tap/gevinst (andel av brutto dr. inntekter)
301	Oslo	658 390	741 517	-409 062	543 891	134 829	205	0,26 %
1201	Bergen	277 391	324 283	-189 751	236 418	46 667	168	0,24 %
1601	Trondheim	187 353	219 814	-147 152	151 794	4 642	25	0,04 %
1103	Stavanger	132 644	152 445	-79 840	110 909	31 069	234	0,34 %
219	Bærum	122 348	166 685	-102 931	110 845	7 915	65	0,09 %
1001	Kristiansand	88 447	94 609	-71 312	76 921	5 609	63	0,09 %
106	Fredrikstad	78 967	148 515	-99 338	69 736	-29 602	-375	-0,55 %
1102	Sandnes	74 820	103 134	-55 018	63 608	8 590	115	0,18 %
1902	Tromsø	73 480	142 939	-87 559	59 293	-28 266	-385	-0,56 %
602	Drammen	67 895	61 637	-42 402	59 636	17 234	254	0,38 %
220	Asker	60 106	85 363	-48 131	53 445	5 313	88	0,12 %
105	Sarpsborg	54 678	62 154	-37 378	50 111	12 733	233	0,34 %
806	Skien	53 952	82 709	-56 537	48 295	-8 242	-153	-0,22 %
231	Skedsmo	52 522	49 019	-32 370	45 062	12 693	242	0,36 %
1804	Bodø	50 488	83 695	-40 414	42 387	1 972	39	0,06 %
1504	Ålesund	46 747	82 807	-45 755	39 466	-6 290	-135	-0,20 %
706	Sandefjord	45 820	59 022	-33 818	41 089	7 271	159	0,24 %
906	Arendal	44 313	57 930	-34 683	39 769	5 086	115	0,17 %
709	Larvik	43 867	50 275	-30 624	39 590	8 966	204	0,30 %

704	Tønsberg	42 276	53 571	-31 205	37 374	6 169	146	0,21 %
-----	----------	--------	--------	---------	--------	-------	-----	--------

De 20 minste kommunene:

		Folkemengde i alt 1.1.2015	Utbetaling 2016	Uttrekk 575.60	Fordeling gjennom IS	Tap/gevinst (1000 kroner)	Tap/gevinst (kroner per innbygger)	Tap/gevinst (andel av brutto dr. inntekter)
1151	Utsira	200	1 305	-800	431	-369	-1 844	-0,95 %
1252	Modalen	381	502	-502	637	135	354	0,15 %
1739	Røyrvik	469	736	-736	705	-31	-66	-0,04 %
1835	Træna	478	-	-	728	728	1 524	1,12 %
1816	Vevelstad	507	-	-	727	727	1 434	1,12 %
1144	Kvitsøy	524	-	-	724	724	1 381	1,24 %
1856	Røst	551	3 933	-800	727	-73	-132	-0,10 %
1755	Leka	562	1 876	-800	747	-53	-94	-0,08 %
1265	Fedje	576	402	-402	845	443	769	0,63 %
1748	Fosnes	633	892	-800	855	55	87	0,07 %
121	Rømskog	672	738	-738	865	127	190	0,19 %
1857	Værøy	765	2 110	-1 896	997	-899	-1 176	-1,09 %
1412	Solund	785	1 279	-800	1 013	213	271	0,23 %
1665	Tydal	851	-	-	1 006	1 006	1 183	0,70 %
1145	Bokn	865	1 065	-800	1 056	256	296	0,28 %
1740	Namsskogan	867	1 011	-800	1 224	424	489	0,33 %
1928	Torsken	913	601	-601	1 244	643	705	0,55 %
1929	Berg	915	-	-	1 064	1 064	1 163	0,98 %
1234	Granvin	920	642	-642	1 059	416	452	0,44 %
1232	Eidfjord	925	-	-	1 118	1 118	1 209	0,61 %