

Kommunal- og regionaldepartementet  
Pb 8112 Dep  
0032 Oslo

Deres ref: 05/3280-1 MSC  
Saksbehandler: JRJ  
Vår ref: 05/5437  
Arkivkode:  
Dato: 25.01.2006

KOMM. OG REG. DEP	
30 JAN 2006	
05/3280-75	
Ark.	66-0
Avd.	KD / KØ / HER

### Høringssvar til NOU 2005: 18 fra Sosial- og helsedirektoratet

Viser til brev av 11.oktober 2005 hvor Sosial- og helsedirektoratet inviteres av Kommunal- og regionaldepartementet til å komme med et høringssvar til NOU 2005: 18 "Fordeling, forenkling, forbedring – Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner". Her følger Sosial- og helsedirektoratets høringssvar.

#### Sosialhjelp

##### Dagens ordning:

Dagens delkostnadsnøkkelen for sosialhjelp består av antallet skilte og separerte, arbeidsledige, innvandrere fra ikke-vestlige land og et urbanitetskriterium.

##### Utvalgets tilråding:

Delkostnadsnøkkelen for sosialhjelp vil etter utvalgets forslag bestå av en opphopningsindeks som fanger opp antall skilte og separerte, antall arbeidsledige og antall fattige, samt antall uførepensjonister og antall innbyggere 16-66 år.

Opphopningsindeksen erstatter urbanitetskriteriet og er et produkt av tre sosiale kriterier: skilte og separerte, arbeidsledige og fattige. Opphopningsindeksen gir større uttelling for kommuner med betydelige sosiale problemer langs alle tre dimensjoner, enn om de kriteriene inngår hver for seg. Sosial- og helsedirektoratet er enig i utvalgets vurdering om denne opphopningsindeksen som legger til grunn at problemene ikke summerer hverandre, men forsterker hverandre.

I analyser av kommunenes sosialhjelpsutgifter i 2002 og 2003 dokumenteres det ingen sammenheng mellom ikke-vestlige innvandrere med lang botid og kommunenes sosialhjelpsutgifter. Utvalget anbefaler derfor at kriteriet ikke-vestlige innvandrere tas ut av delkostnadsnøkkelen. Sosial- og helsedirektoratet støtter dette, og vil samtidig påpeke at dette kan fjerne et stigma som ikke-vestlig innvandrere kan oppleve ved at de i inntektssystemer oppfattes som en økonomisk byrde.

##### Psykisk helsearbeid

Sosial- og helsedirektoratet er av den oppfatning at kommunenes utgifter til psykisk helse trenger en mer inngående analyse. Bakgrunnen for dette er delvis mangelfullt datagrunnlag. Psykisk helsearbeid i kommunene omfatter pleie- og omsorgstjenester, kulturtjenester, sosialtjenester og helsetjenester. Inntektssystemutvalget har vurdert kommunenes utgifter til "psykiatri" (korrekt benevnelse er psykisk helsearbeid (kommunene) og psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten)) i tilknytning til kommunenes sosial(hjelps)utgifter, jf. innstillingen s. 218. Det er korrekt at 4 av 10 mottakere av økonomisk sosialhjelp har alvorlig psykisk lidelse og/eller

Sosial- og helsedirektoratet

rusavhengighet. I forhold til kommuners utgifter knyttet til innbyggere med psykiske lidelser/vansker, blir imidlertid analyse av kommunenes utgifter til sosialtjenester et snevert utgangspunkt. Dette utgjør en svakhet i innstillingen på dette fagområdet.

En betydelig utgiftskomponent i psykisk helsearbeid i kommunene, er bolig og tjenester knyttet til bolig, som i kommuner utgiftsføres som utgifter til pleie- og omsorg. En annen stor utgiftskomponent knyttet til psykisk helsearbeid, er utgifter til kulturarbeid/frivillig arbeid for å hindre sosial isolasjon blant personer med psykiske lidelser. Utvalget har ikke søkt å foreta analyser av pleie- og omsorgstjenester, kulturtjenester eller helsetjenester med tanke på brukere med psykiske lidelser. Særskilte analyser av denne brukergruppen er nødvendig i den grad brukere med psykiske lidelser har en aldersspredning eller andre kjennetegn som avviker fra kommunenes øvrige brukere av tjenester som analyseres.

Sintef Helse har i en undersøkelse<sup>1</sup> fra 2005 analysert brukere av psykisk helsevern for voksne blant annet mht. aldersfordeling. Brukere av psykisk helsevern vil i stor grad være sammenfallende med brukere av psykisk helsearbeid i kommunene. Undersøkelsen viser følgende aldersfordeling (pst) når det gjelder poliklinisk behandling:

Aldersgruppe	18-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60 + år
Andel	28 %	27 %	21 %	14 %	10 %

Kilde: Sintef Helse

Tall for døgntilrettelagt behandling viser om lag samme fordeling. Samme undersøkelse viser for øvrig forskjeller mellom kjønn, slik at variasjoner i kjønnsfordeling mellom kommuner, kan ha betydning for kommunenes utgifter. I en undersøkelse foretatt 2005 blant brukere med psykiske lidelser, av tilrettelagte boliger, fant Sosial- og helsedirektoratet at kun en av 202 brukere var over 75 år. Undersøkelsene viser dermed at brukere med psykiske lidelser mht. alder klart avviker fra øvrige brukere av tjenesten.

Når utvalget foreslår å kun benytte befolkning på 67 år eller eldre som kriterier for pleie- og omsorgsnøkkel, har Sosial- og helsedirektoratet derfor all grunn til å anta at kommunenes utgifter til gruppen brukere med alvorlige psykiske lidelser ikke fanges opp på en tilfredsstillende måte gjennom utvalgets forslag til kostnadsnøkkel. At kulturutgifter til gruppen heller ikke fanges opp, gjør at direktoratet har grunn til å frykte en skjevfordeling i inntektssystemet.

Det psykiske helsearbeid registreres ikke entydig i kommunenes regnskapssystemer eller kommunens personalsystemer. Dette gjør det vanskelig å analysere kommunale utgiftsforskjeller, og vi vil anta at de svakheter i utvalgets analyse om psykisk helsearbeid har med dette forhold å gjøre. Sosial- og helsedirektoratet vil anbefale at det gjøres en innsats med sikte på å kunne gi et dekkende bilde av de kommunale utgifter på dette område. Gjennom Opptrappingsplanen fordeler Sosial- og helsedirektoratet om lag 2,5 mrd kroner til psykisk helsearbeid i kommunene. Kvaliteten på tjenestene varierer mellom kommuner. For de kommuner som har foretatt analyser av utgiftene på dette området, utgjør tilskuddet 30-70 pst av de totale utgifter. De totale utgifter til psykisk helsearbeid kan derfor på usikkert grunnlag anslås

<sup>1</sup> Sintef Helse (2005) "Tjenestetilbudet til individer- Fra episodedata til individdata innen psykisk helsevern", desember 2005 Lilleeng og Hagen

til 4-7,5 mrd kroner. Uten bedre analyser av kommunale utgiftsforskjeller til psykisk helsearbeid, og følgende justering av kostnadsnøkkel, frykter direktoratet at fordeling gjennom inntektssystemet vil gi en betydelig skjevfordeling mellom kommuner i forhold til de objektive behov.

### **Primærhelsetjenesten**

Dagens ordning:

Dagens delkostnadsnøkkel for helsetjenester består utelukkende av alderskriterier og er basert på Rattsø-utvalgets analyser i NOU 1996:1.

Utvalgets tilrådning:

Delkostnadsnøkkelen for primærhelsetjenesten vil etter utvalgets forslag bestå av et basiskriterium, sonekriteriet og to alderskriterier; innbyggere 0-21 år (vekt 0,3868) og innbyggere over 21 år (vekt 0,5250).

Utvalget påpeker at fastlegeordningen bidrar til at ulik bruk av helsetjenester får forholdsvis liten virkning på kommunenes utgifter til helseformål. Kommunene betaler et fast tilskudd per innbygger uavhengig av bruken av legetjenester. Dette tilsier at forskjeller i helsetilstand trolig ikke har særlig effekt på kommunenes utgifter.

Sosial- og helsedirektoratet vil påpeke at Wisløffutvalget (NOU 2005: 3) er bekymret for at kommunen ikke fullt ut benytter muligheten til offentlig legearbeid. I tillegg ønsker regjeringen en nasjonal standard for legetjenester i sykehjem (se Soria Moria erklæringen). Nasjonale standarder eller lignende reguleringer<sup>2</sup> for legetjenester i sykehjem kan føre til økte ufrivillige kostnader for primærhelsetjenesten i den enkelte kommune. Det vil da være nærliggende å bruke mer finmaskete indikatorer, muligens etter modell av kostnadsnøkklene for pleie og omsorg.

I Ot.prp.nr 99 (1998-1999) synliggjøres et behov for å legge spesielt til rette for fastlegeordningen i små kommuner, og det ble foreslått en utjamningsordning for å øke tilskuddet i mindre kommuner. Sett i lys av dette støtter Sosial- og helsedirektoratet derfor utvalgets forslag om å innføre et basiskriterium og et sonekriteriet for å kompensere henholdsvis små og spredt befolkede kommuner.

### **Pleie og omsorg**

Dagens ordning

Dagens kostnadsnøkkel for pleie- og omsorgssektoren består av fire alderskriterier, to PU-kriterier som fanger opp antall psykisk utviklingshemmede, antall ikke-gifte eldre og dødelighet.

Utvalgets tilrådning

Delkostnadsnøkkelen for pleie og omsorg vil etter utvalgets forslag bestå av et basiskriterium, sonekriteriet, psykisk utviklingshemmede 16 år og over, ikke-gifte 67 år og over og tre alderskriterier (67-79 år, 80-89 år og 90 år og over).

Sosial- og helsedirektoratet vil rette søkelyset mot indikatoren "psykisk utviklingshemmede" i inntektssystemet. Utvalget foreslår at indikatoren antall psykisk

---

<sup>2</sup> Se også Sosial- og helsedirektoratets rapport "Normering av legetjenester i sykehjem" fra 2005 hvor det anbefaler at det i forskrifts form nedfelles kriterier for utvikling og fastsetting av lokale bemanningsnormer, altså en nasjonal prosessnorm istedenfor en rent kvantitativ norm.

utviklingshemmede under 16 år ikke lenger skal inngå i kostnadsnøkkelen for pleie- og omsorg. Sosial- og helsedirektoratet tar til etterretning utvalgets analyse om at denne indikatoren ikke har statistisk signifikans og derfor ikke inngår i utvalgets forslag til nye kostnadsnøkler. Kriteriet antall psykisk utviklingshemmede 16 år og over skal fortsatt inngå.

Sosial- og helsedirektoratet er enig i at dette er et kriterium som fanger opp utgiftsvariasjon mellom kommuner, og derfor kan være et nødvendig kriterium inntil videre. Det er imidlertid flere ulike årsaker til at vi mener kriteriet bør revurderes om få år. Først av alt mener vi at det om få år bør være mulig å komme fram til bedre kriterier. For det andre har Riksrevisjonen påpekt at det er en rekke problemer med kvaliteten på det eksisterende kriteriet. For det tredje mener vi at dagens kriterium er problematisk i forhold til brukernes krav til rettsikkerhet.

#### Bedre kriterier

Med innføringen av IPLOS som obligatorisk informasjonssystem for alle kommuner fra og med 2006, vil det bli tilgjengelig statistikk på individnivå om brukerne av pleie- og omsorgstjenesten. I statistikken vil det blant annet inngå diagnose fra primærhelsetjenesten samt funksjonsnivåvariable. Dette datamaterialet mener vi bør kunne nyttes til å komme fram til ett eller flere kriterier til inntektssystemet som kan overta for kriteriet antall psykisk utviklingshemmede 16 år og over. Det er mange store grupper av pleie- og omsorgstjenester utover psykisk utviklingshemmede som ikke fanges opp i forslaget til ny kostnadsnøkkel. Vi mener det derfor bør kunne komme fram til kriterier med enda større forklaringskraft for eksempel basert på funksjonsnivå. Vi mener analyser bør initieres av KRD for om mulig å komme fram til slike kriterier, så snart det finnes tilstrekkelig med data i IPLOS til å gjennomføre analysene. I tillegg kan det nevnes at det pågår et arbeid med å videreutvikle ICF (International Classification of Function) som muligens kan taes i betraktning i arbeidet med kostnadsnøkler.

#### Kriteriets kvalitet

Riksrevisjonen påpeker om kriteriet psykisk utviklingshemmede at det kan være vanskelig å kontrollere innrapporteringen fra kommunene, og at det er funnet avvik i innrapporteringen fra halvparten av kommunene. Dette kan ha ført til at noen kommuner har fått mer i tilskudd enn de skulle ha hatt, mens andre kommuner har fått mindre. Utvalget foreslår at ettersom analysene ikke har kommet frem til kriterier med like høy forklaringskraft, vil det være mer nærliggende å gripe fatt i rutineene for innrapportering for å sikre en mest mulig likeartet praksis kommunene imellom.

Det er Sosial- og helsedirektoratet som foretar det praktiske arbeidet med innsamling av kriteriedataene fra kommunene. Vi vil arbeide for å bedre innrapporteringen, men vil samtidig påpeke at det er visse vanskeligheter med innrapporteringen. I dag er det ikke klare krav til hvilke fagpersoner som kan avgjøre om en person skal regnes som psykisk utviklingshemmet. Det er mange ulike betegnelser som brukes på psykisk utviklingshemmede av ulike fagpersoner. Dette medfører problemer for kommunens revisorer som i mange kommuner skal kontrollere tallene. For å gjøre kriteriet mer objektivt og sikre en mest mulig likeartet praksis kommunene imellom ville det være nærliggende å tenke i retning av å innføre et diagnosekrav med krav til hvilke fagpersoner som kan stille diagnosen. Dette er problematisk av flere årsaker. Psykisk utviklingshemming er en diffus diagnose som brukes mindre nå enn før. Ved en mer presis diagnostikk vil mange få andre diagnoser, som for eksempel angir et syndrom.

Sosial- og helsedirektoratet har derfor konkludert med at det vil være uhensiktsmessig å innføre klare diagnosekrav.

#### Rettsikkerhet

Med den foreslåtte videreføringen av dagens kriterium er kommunene pålagt å føre et register over psykisk utviklingshemmede i kommunen. Når det samtidig er så mange utfordringer knyttet til dokumentasjon av hvem som er psykisk utviklingshemmede, mener Sosial- og helsedirektoratet at det er et rettsikkerhetsproblem at en person kan bli innskrevet i et slikt register uten selv å ha gitt samtykke til det, uten å vite det og i en del tilfeller uten at vedkommende har en diagnose som slår fast at vedkommende er psykisk utviklingshemmet.

-

#### Konklusjon

Sosial- og helsedirektoratet mener likevel at utvalgets forslag må kunne følges i noen år til, i mangel på bedre datagrunnlag for å lage alternative kriterier. Samtidig mener vi at det bør settes i gang nye analyser i løpet av kort tid med tanke på å finne ett eller flere kriterier som kan overta for kriteriet antall psykisk utviklingshemmede 16 år og over.

### **Tannhelse i fylkeskommuner**

#### Utvalgets tilrådning

Delkostnadsnøkkelen for tannhelse vil etter utvalgets forslag bestå av psykisk utviklingshemmede over 16 år<sup>3</sup>, antall døgnplasser på rusinstitusjoner og tre alderskriterier (antall innbyggere 0-18 år, 19-20 år og 67 år og over).

-

Sosial- og helsedirektoratet synes utvalget metodisk går i riktig retning når de ønsker å knytte kostnadsnøkklene direkte til fylkeskommunenes lovpålagte oppgaver om å prioritere brukere: 0-18 år, 19-20 år, eldre i institusjon, psykisk utviklingshemmede, ruspasienter i institusjon. Samtidig vil Sosial- og helsedirektoratet påpeke at en utvidelse av kriteriet for psykisk utviklingshemmede til fylkeskommunenes inntekter trolig vil bringe med seg de samme utfordringene mht objektivitet og innrapportering som for kommunen.

Ut fra Sosial- og helsedirektoratets kunnskap om tannstatus blant rusmiddelmissbrukere vil vi anta at vekten for rus er satt noe lavt. Det udekkede behandlingsbehovet er stort i denne gruppen. Imidlertid er det store udekkede behov også blant innsatte i fengsler. Vertskommunene kompenseres for helsetjenester i fengsler, men dette gjelder kun i primærhelsetjenesten. I NOU 2005:11 som omhandler tannhelsefeltet foreslås det at innsatte blir en ny prioritert gruppe, da innsatte gjennomgående har dårlig tannhelse. En slik endring vil Sosial- og helsedirektoratet støtte. Det ville da ikke være unaturlig å vurdere antall innsatte som et kriterium. På den andre siden kan det være betydelig overlapp mellom antall rusmisbrukere i behandling og antall innsatte.

Sosial- og helsedirektoratet vil vise til brev av 10.11.2005 Høringssvar på NOU 2005:11 "Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet – Sosial- og helsedirektoratets høringsuttalelse", hvor det blant annet tar til orde for en generell trygderefusjon av

---

<sup>3</sup> Det er et avvik i kommunenes kriterium; "psykisk utviklingshemmede 16 og over" i forhold til fylkeskommunens kriterium; "psykisk utviklingshemmede over 16 år". Sosial- og helsedirektoratet antar at det er samme kriterium og at avviket skyldes en inkurie hvor det riktige for fylkeskommunen skal være "psykisk utviklingshemmede 16 år og over".

tannbehandling. En generell trygderefusjon av tannbehandling vil trolig føre til omfattende endringer i kostnadsnøkklene, hvor trygden vil ta mye av de uforutsigbare utgiftene på samme måte som ved primærhelsetjenesten i dag.

Med vennlig hilsen

  
Gunn-Elin Aa Bjørneboe  
Assisterende direktør

  
Olav Slåttembrekk  
Fung. prosjektdirektør

Kopi: Helse- og omsorgsdepartementet