



Private kommersielle og ideelle tjenestetilbydere i helse- og omsorgstjenesten

Omtale av data og datagrunnlag

TALL

SOM FORTELLER

NOTATER / DOCUMENTS

2019 / 12

Dag Abrahamsen, Svetlana Beyrer, Gunnar Claus, Trond Ekorud og Arne Jensen

I serien Notater publiseres dokumentasjon, metodebeskrivelser, modellbeskrivelser og standarder.

© Statistisk sentralbyrå
Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen
skal Statistisk sentralbyrå oppgis som kilde.

Publisert 11. mars 2019

ISBN 978-82-537-9895-0 (elektronisk)

Standardtegn i tabeller	Symbol
Tall kan ikke forekomme	.
Oppgave mangler	..
Oppgave mangler foreløpig	...
Tall kan ikke offentliggjøres	:
Null	-
Mindre enn 0,5 av den brukte enheten	0
Mindre enn 0,05 av den brukte enheten	0,0
Foreløpig tall	*
Brudd i den loddrette serien	—
Brudd i den vannrette serien	
Desimaltegn	,

Forord

Notatet er et resultat av et oppdrag Statistisk sentralbyrå (SSB) har utført for Helsedirektoratet andre halvår 2018. Oppdraget er utført innenfor rammene av en egen avtale om forsknings- og utredningsoppdrag. Notatet dokumenterer resultater av oppgaver som er utført i tillegg til å omtale oppgaver som kan bli gjennomført, for å belyse problemstillingene i kapittel 2 ytterligere.

Statistisk sentralbyrå, 6. mars 2019

Torstein Bye

Sammendrag

På oppdrag fra Helsedirektoratet har SSB sett nærmere på eksisterende informasjon om private tjenestetilbydere i omsorgstjenesten. Mer spesielt har SSB forsøkt å presentere private tjenestetilbyderes andel av bestemte tjenester (KOSTRA-funksjoner) på henholdsvis nasjonalt og kommunalt nivå.

SSB fikk i oppdrag å levere et produkt som inkluderer:

- Å drøfte og omtale muligheter og begrensninger i eksisterende datamateriale i et kortfattet notat
- Å produsere relevante tabeller med gode metadata som kan utnyttes i videre analyser av kommunenes bruk av private tjenestetilbydere
- Å sette opp oversikter/lister der dette er relevant og hensiktsmessig

Hovedformålet med notatet er å drøfte og omtale muligheter og begrensninger i eksisterende datamateriale, jf. første kulepunkt ovenfor. I tillegg er det produsert noen tabeller og lister i henhold til Helsedirektoratets bestilling.

Strukturen i notatet er basert på delproblemstillingene for oppdraget (jf. kap. 2). Notatet tar følgelig for seg henholdsvis kostnader (jf. kap. 3), plasser i institusjon (jf. kap. 4), tjenestemottakere (jf. kap. 5), timer i hjemmetjenesten og døgn i institusjonstjenesten (jf. kap. 6) og sykehjem og institusjoner (jf. kap. 7). Innenfor oppdragets tids- og budsjettmessige rammer har det ikke vært mulig å utføre alle oppgaver og belyse alle delproblemstillinger innenfor de ulike kapitlene.

For kapitlene 3-7 er strukturen den samme. Først presenteres eventuelle funn, dernest utfordringer og til sist noen innspill og forslag til videre arbeid.

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
1. Innledning	6
2. Datakilder, metode og tilnærming	7
2.1. Datakilder.....	7
2.2. Metode og tilnærming	7
2.3. Problemstillinger.....	12
3. Kostnader	14
3.1. Funn.....	14
3.2. utfordringer	17
3.3. Videre arbeid.....	17
4. Plasser i institusjon	18
4.1. Funn.....	18
4.2. utfordringer	19
4.3. Videre arbeid.....	20
5. Tjenestemottakere	21
5.1. Funn.....	21
5.2. utfordringer	27
5.3. Videre arbeid.....	27
6. Timer (hjemmetjenesten) og døgn (institusjon)	28
6.1. Funn.....	28
6.2. utfordringer	29
6.3. Videre arbeid.....	30
7. Sykehjem/institusjoner og øvrige virksomheter	31
7.1. Funn.....	31
7.2. utfordringer	31
7.3. Videre arbeid.....	32
Referanser	33
KOSTRA skjema 5 Helse – og omsorgsinstitusjoner 2017	34

1. Innledning

SSB har på oppdrag for Helsedirektoratet prøvd å skille ulike virksomheter som tilbyr og/eller leverer tjenester i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I denne sammenhengen skilles det mellom:

- Kommunale tjenestetilbydere
- Privat kommersielle tjenestetilbydere
- Privat ideelle tjenestetilbydere

Med utgangspunkt i denne tredelingen er det forsøkt å identifisere private tjenestetilbyderes andel av følgende tjenester (funksjoner i regnskapsrapporteringen i KOSTRA):

- 232 Forebygging, helsestasjon- og skolehelsetjenesten
- 233 Annet forebyggende helsearbeid
- 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse
- 241 Diagnose, behandling og re-/habilitering
- 243 Tilbud til personer med rusproblemer
- 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon
- 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende
- 256 Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene

Private tjenestetilbyderes andeler er forsøkt presentert på henholdsvis kommunenivå og nasjonalt nivå mht. kostnader, plasser, tjenestemottakere, timer/døgn og antall sykehjem/institusjoner. Andelene er inkludert både i tekstlig omtale og tabeller i notatet.

I tillegg til at notatet bidrar til å dokumentere hva som er gjort og hvordan, er intensjonen med notatet å:

- Oppsummere funn fra analysene som er gjennomført
- Gjøre rede for (noen) utfordringer i datagrunnlaget
- Skissere mulig videre arbeid på området

2. Datakilder, metode og tilnærming

2.1. Datakilder

I forbindelse med dataleveransen er det brukt ulike datakilder. I all hovedsak inkluderer det KOSTRA-kommuneregnskap, KOSTRA-skjema 5 institusjon, IPLOS-registeret og Virksomhet- og foretaksregisteret.

Datakildene er brukt for å fordele henholdsvis kostnader, plasser i institusjon og brukere mellom kommunale tjenestetilbydere, privat kommersielle tjenestetilbydere og privat ideelle tjenestetilbydere.

KOSTRA (Kommune-stat-rapportering)

KOSTRA gir styringsinformasjon om ressursinnsatsen, prioriteringer og måloppnåelse i kommuner, bydeler og fylkeskommuner. Det finnes tall om for eksempel helse- og omsorgstjenester, barnehagedekning og saksbehandlingstid, og brukeren av KOSTRA-statistikkene kan sammenligne kommuner med hverandre, med regionale inndelinger og med landsgjennomsnittet (<https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra>).

IPLOS-registeret (Register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk)

IPLOS-registeret er et pseudonymt individbasert sentralt helseregister som inneholder informasjon om mottakere og søkere av helse- og omsorgstjenester i kommunene samt opplysninger om tjenestene de mottar. IPLOS-registeret har siden 2007 vært hovedkilde for offisiell statistikk over mottakere av helse- og omsorgstjenester (<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2017>).

Virksomhet- og foretaksregisteret (VoF)

Virksomhets- og foretaksregisteret er et av flere registre som er knyttet til Enhetsregisteret (ER) i Brønnøysundregistrene og inneholder data om virksomheter og foretak i offentlig og privat sektor i Norge. Virksomhets- og foretaksregisteret skal være et heldekkende og kvalitetssikret register, og utgjøre en felles populasjon for den økonomiske og næringsmessige statistikken samt personstatistikken.

KOSTRA-sysselsetting

For noen KOSTRA-funksjoner hentes sysselsetting fra a-ordningen og ikke skjema. SSB har laget en egen datafil som dekker KOSTRAs behov for sysselsettingsdata. Sysselsettingsdata er ikke en del av denne leveransen, men denne kilden vil likevel bli brukt i noen sammenhenger.

2.2. Metode og tilnærming

Kartleggingen av ulike tjenestetilbydere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er i all hovedsak gjennomført ved sammenstilling av opplysninger fra ulike datakilder.

For å skille bidragene fra de ulike tjenestetilbyderne fra hverandre er det nødvendig med gode «grunnregistre» hvor informasjon om tilbyderne hentes fra, og enda bedre statistiske registre og andre kilder til informasjon om bl.a. kostnader, institusjonsplasser, brukere og timer/døgn.

I denne sammenhengen har det vært avgjørende å se tjenestetilbydernes virksomhet i tilknytning til regnskapsrapporteringen i KOSTRA. Det innebærer i praksis at relevante funksjoner og arter i kommunenes funksjon- og artskontoplan er lagt til grunn. Hovedveilederen for regnskapsrapporteringen gir informasjon om og

retningslinjer for inndelingen i funksjoner og arter (ressursbruken i kommunene) i regnskapsrapporteringen i KOSTRA.

Populasjoner

Kartlegging av tjenestetilbydere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten må ta utgangspunkt i alle virksomheter som tilbyr slike tjenester. Ulike informasjonskilder inkluderer imidlertid forskjellige virksomheter slik at samlingen av virksomheter (populasjonen) kan variere på bakgrunn av hvilken kilde som legges til grunn.

Virksomhets og foretaksregisteret (VoF)

Med utgangspunkt i Virksomhets- og foretaksregisteret er det mulig å danne populasjoner basert på næringskoder (Standard for næringsgruppering). Inndelingen i funksjoner og arter i kommunenes funksjon- og artskontoplan har imidlertid en finere inndeling enn det næringskodene har, noe som gjør det umulig å lage helt presise populasjoner basert på Virksomhets- og foretaksregisteret.

KOSTRA-sysselsetting (SYSSKOSTRA)

Med utgangspunkt i en sysselsettings-fil basert på informasjon som rapporteres gjennom A-ordningen og som er skreddersydd for produksjonsbehovene i KOSTRA, er det mulig å danne populasjoner på et litt mer «raffinert» grunnlag enn utelukkende basert på Virksomhets- og foretaksregisteret. Internt i SSB blir denne kilden gjerne kalt for SYSSKOSTRA, i denne sammenhengen blir den omtalt som KOSTRA-sysselsetting.

I KOSTRA-sysselsetting blir sysselsatte og virksomheter først grovfordelt på KOSTRA-funksjoner basert på næringskodene i Virksomhets- og Foretaksregisteret. Deretter foretas det en omfordeling av sysselsatte og virksomheter basert på opplysninger fra ulike andre registre, slik at det blir bedre treff på KOSTRA-funksjoner. Opplysninger om de ansattes yrke og utdanning, arbeidsplassens navn samt manuelle justeringer av enkeltenheter er eksempler på kilder og metoder som brukes for denne omfordelingen.

KOSTRA-funksjoner fordelt ned på enkeltkommuner kan imidlertid ha store avvik, noe som særlig gjelder for små kommuner. KOSTRA-sysselsetting har populasjoner for 7 av de 8 KOSTRA-funksjonene i bestillingen.

KOSTRA-sysselsetting inkluderer ikke leger og fysioterapeuter. Dette betyr at mange virksomheter innen funksjon 241 og noen virksomheter innen funksjon 233 blir utelatt. Selv om sysselsatte med disse utdanningene holdes utenfor, blir virksomhetene de jobber i med i populasjonen i en del tilfeller. Dette skjer fordi det er ansatte med andre utdanninger på arbeidsplassen.

Interkommunale selskap (IKS) er plassert i den kommunen de er fysisk plassert, og ikke forsøkt fordelt på kommunene som mottar tjenestene. Det omfatter til sammen 12 virksomheter.

- 5 virksomheter i KOSTRA-funksjon 233 som har aktivitet i 2 til 11 ulike kommuner.
- 4 virksomheter i KOSTRA-funksjon 241 som har aktivitet i 3 til 9 ulike kommuner.
- 2 virksomheter i KOSTRA-funksjon 253 som har aktivitet i 6 og 14 ulike kommuner.
- 1 virksomhet i KOSTRA-funksjon 254 som har aktivitet i 2 ulike kommuner.

Videre er det foretatt noen justeringer av enkeltvirksomheter. 2 virksomheter innen KOSTRA-funksjon 233 med sektor 6 100 «stats- og trygdeforvaltningen» er lagt inn i kommunalforvaltningen og 81 virksomheter i KOSTRA-funksjon 241 uten sektorkode er lag inn i private kommersielle organisasjoner. Disse 81 er i hovedsak kontorfellesskap for fastleger. Eventuelle tilbydere på Svalbard er lagt til Tromsø.

Tabell 2.1 viser hvordan virksomhetene i KOSTRA-syssetning populasjonen fordeler seg etter ulike KOSTRA-funksjoner og sektor.

Tabell 2.1. Virksomheter i KOSTRA-syssetning populasjon, etter ulike KOSTRA-funksjoner og sektor. 2017. Antall

Funksjon	I alt	Kommunale	Private kommersielle	Private ideelle
232	481	480	1	0
233	1 172	329	823	20
234	838	679	19	140
241	2 478	700	1 776	2
243	220	91	30	99
253	1 371	1 250	71	50
254	3 179	2 919	238	22
I alt	9 739	6 448	2 958	333

Kilde: KOSTRA, A-ordningen

IPLOS-registeret

Med utgangspunkt i IPLOS-registeret er det mulig å danne populasjoner på bakgrunn av informasjon (virksomhetsnummer/organisasjonsnummer) som registreres om tjenestetilbyderen i kommunenes fagsystemer og rapporteres til registeret.

Det er imidlertid ikke obligatorisk for kommuner å registrere denne informasjonen om alle tilbydere av alle tjenester som rapporteres til IPLOS-registeret. I denne sammenhengen er det derfor fokusert på tjenester som rapporteres til IPLOS-registeret der det er obligatorisk å oppgi virksomhetsnummeret til tjenestetilbyderen. For ordens skyld er det grunn til å understreke at informasjon om virksomhetsnummer er obligatorisk å registrere og rapportere for de mest brukte og omfattende tjenestene, for eksempel langtidsopphold på institusjon og helsetjenester i hjemmet.

KOSTRA-skjema 5 – Helse- og omsorgsinstitusjoner

Med utgangspunkt i KOSTRA-skjema 5 er det mulig å danne en populasjon som utelukkende omfatter virksomheter som utfører tjenester som sorterer under funksjon- og artskontoplanens funksjon 253 «Helse- og omsorgstjenester i institusjon». Basert på registreringer i Virksomhets- og foretaksregisteret og samarbeid med kommunene er det dannet en populasjon som viser hvilke virksomheter som faktisk er i drift og leverer kommunale institusjonstjenester.

Regnskap

Med utgangspunkt i regnskapsrapporteringen er det mulig å vise utgifter og inntekter per funksjon og kommune, men regnskapet inneholder ikke opplysninger om enhetene som står bak. Det er imidlertid mulig å skille ut opplysninger om kjøp fra private på bakgrunn av artsinndelingen i regnskapet.

Sammenligning av tre populasjoner for funksjon 253

For tre av populasjonene kan vi sammenligne antall virksomheter innen funksjon 253 «helse- og omsorgstjenester i institusjon». Det gjelder antall virksomheter fra KOSTRA-syssetning, antall virksomheter som har levert KOSTRA-skjema 5 og antall virksomheter fra IPLOS som har levert (utvalgte) tjenester innen funksjon 253.

Tabell 2.2 viser hvordan virksomheter i institusjonstjenesten i 2017 fordeler seg etter sektor med utgangspunkt i ulike populasjoner.

Tabell 2.2. Virksomheter i KOSTRA-syssetting, KOSTRA-skjema 5 og IPLOS-registeret, etter KOSTRA-funksjon 253 og sektor. 2017. Antall og prosent

Virksomheter innen funksjon 253	I alt	Kommunale	Private	
			kommersielle	Private ideelle
Antall				
KOSTRA-syssetting	1 371	1 250	71	50
KOSTRA-skjema 5	1 226	1 139	44	43
IPLOS	1 256	1 111	87	58
Andeler				
KOSTRA-syssetting	100	91,2	5,2	3,6
KOSTRA-skjema 5	100	92,9	3,6	3,5
IPLOS	100	88,5	6,9	4,6

Kilde: KOSTRA, A-ordningen og IPLOS-registeret

Begreper og definisjoner

Kommunal, privat eller ideell tjenestetilbyder

For å bestemme om en tjenestetilbyder er kommunal, privat kommersiell eller privat ideell har vi koblet enhetens organisasjonsnummer i de ulike datakildene mot Virksomhets- og foretaksregisteret for desember 2017. Virksomhetens sektorkode bestemmer tilbydertype.

Tabell 2.3 viser hvordan sektorkodene er gruppert.

Tabell 2.3. Sektorkoder for virksomheter innen omsorgstjenestene

Sektorkode	Gruppe
1520 Selvstendige kommuneforetak	Private kommersielle
2100 Private foretak med begrenset ansvar	Private kommersielle
2300 Personlige foretak	Private kommersielle
6500 Kommuneforvaltningen	Kommunale
7000 Ideelle organisasjoner	Private ideelle
8200 Personlig næringsdrivende	Private kommersielle

Kilde: Virksomhets- og foretaksregisteret (VoF), SSB

Standard for kommunestørrelse

I tabeller fordelt etter kommunestørrelse vil kommunene være delt inn i 8 grupper avhengig av befolkningen per 31/12-2017.

Tabell 2.4 viser hvordan landets kommuner fordeler seg etter kommunestørrelse (antall innbyggere) per 31.12.2017.

Tabell 2.4. Kommuner, etter antall innbygger. Per 31.12.2017. Antall

Beskrivelse	Antall kommuner
Under 2 000 innbyggere	95
2 000 - 4 999 innbyggere	130
5 000 - 9 999 innbyggere	88
10 000 - 19 999 innbyggere	54
20 000 - 29 999 innbyggere	27
30 000 - 49 999 innbyggere	16
50 000 - 299 999 innbyggere	15
300 000 eller flere innbyggere	1
I alt	426

Kilde: Befolkningsstatistikk, Standard for kommunestørrelse, SSB

Standard for KOSTRA-grupper

Formålet med KOSTRA-gruppene er å ordne kommunene i sammenlignbare grupper etter ulike kommunale kostnader som skyldes demografiske og geografiske forhold. I tillegg blir kommunene ordnet etter inntekter som de disponerer etter at kostnader for å innfri minstestandarder og lovpålagte oppgaver er dekket.

For å lage disse gruppene deles kommunene inn etter følgende kriterier:

- Hvor store er kommunens bundne kostnader, det vil si kostnadene deres ved å nå minstestandarder og tilby lovpålagte tjenester. Kommunene står imidlertid overfor ulike kostnader for å innfri oppgavene sine, noe som avhenger av demografi og sosiale og geografiske forhold
- Folkemengden. Driften av små kommuner skiller seg fra driften av store kommuner
- Frie disponible inntekter, det vil si inntektene som står til disposisjon etter at minstestandarder og lovpålagte oppgaver er dekket

Tabell 2.5 viser fordeling av kommunene i 2017 etter KOSTRA-grupper.

Tabell 2.5. KOSTRA-grupper 2017

Navn	Antall kommuner	Beskrivelse
Gruppe 1	21	Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter
Gruppe 2	60	Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter
Gruppe 3	35	Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter
Gruppe 4	15	Små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter
Gruppe 5	40	Små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter
Gruppe 6	47	Små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter
Gruppe 7	30	Mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter
Gruppe 8	23	Mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter
Gruppe 9	0	Mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter
Gruppe 10	20	Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter
Gruppe 11	53	Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter
Gruppe 12	19	Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter
Gruppe 13	49	Store kommuner utenom de fire største byene
Gruppe 14	3	Bergen, Trondheim og Stavanger
Gruppe 15	1	Oslo kommune
Gruppe 16	10	De ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger
I alt	426	

Kilde: Befolkningsstatistikk, Standard for KOSTRA-grupper, SSB

Standard for sentralitet

Med sentralitet menes en kommunes geografiske beliggenhet i forhold til et senter hvor det er funksjoner av høy orden (sentrale funksjoner som post- og banktjenester). Sentrale funksjoner er først og fremst lokalisert til tettsteder.

Tettstedene deles inn i tre nivåer etter folketall og tilbud av funksjoner. Tettsteder på nivå 3 er landsdelssentre (eller folketall på minst 50 000), nivå 2 har et folketall på mellom 15 000 og 50 000 og nivå 1 har et folketall på mellom 5 000 og 15 000. Det er fire hovednivåer av sentralitet, kode 3-0, alt etter reisetid til de forskjellige tettstedsnivåene.

Tabell 2.6 viser gruppene for sentralitet med tilhørende antall kommuner i 2017.

Tabell 2.6. Kommuner, etter sentralitet. 2017. Antall

Sentralitet	Antall kommuner
3 Sentrale kommuner	148
2 Noe sentrale kommuner	78
1 Mindre sentrale kommuner	51
0 Minst sentrale kommuner	149
I alt	426

Kilde: Befolkningsstatistikk, Standard for sentralitet 2017, SSB

I denne leveransen brukes innholdsbestemmelsen av sentralitet som var gyldig til og med 2017. Standard for sentralitet er revidert og beregningsmetoden justert i siste versjon med gyldighet fra 2018.

2.3. Problemstillinger

Notatet belyser flere problemstillinger som er belyst i større eller mindre utstrekning. Disse problemstillingene er listet opp nedenfor.

Hovedproblemstilling:

- Presentere private tjenestetilbyderes andel av følgende tjenester:
 - 232 Forebygging, helsestasjon- og skolehelsetjenesten
 - 233 Annet forebyggende helsearbeid
 - 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse
 - 241 Diagnose, behandling og re-/habilitering
 - 243 Tilbud til personer med rusproblemer
 - 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon
 - 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende
 - 256 Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene
- Presentere private tjenestetilbyderes andel på nasjonalt nivå og kommunenivå. Når det gjelder kommunene skal disse grupperes etter sentralitet, KOSTRA-gruppe og kommunestørrelse (befolkning)

Delproblemstillinger:

- Presentere private tjenestetilbyderes andel av *kostnader*:
 - Drøfte muligheter og begrensninger knyttet til å skille mellom kommunenes kjøp fra henholdsvis kommersielle og ideelle private tjenestetilbydere
 - Gjøre rede for at kommuners eventuelle kjøp av vikartjenester fra private vikarbyråer vil inngå i kommunenes kjøp fra private tjenestetilbydere
 - Vurdere hvor stor andel kommunenes kjøp av slike vikartjenester vil utgjøre av totalsummen
- Presentere private tjenestetilbyderes andel av *plasser*:
 - Fordele andel institusjonsplasser på offentlige og private tjenestetilbydere, og fordele institusjonsplasser i privat virksomhet på henholdsvis kommersielle og ideelle tjenestetilbydere i den grad det lar seg gjøre
 - Se andel private institusjonsplasser (kapasitet) i forhold til andel beboere i institusjon av antall plasser (belegg), for henholdsvis private kommersielle og private ideelle institusjoner
 - Kommentere hvordan eventuell korrigering for kjøp og salg av plasser mellom kommuner håndteres
- Presentere private tjenestetilbyderes andel av *tjenestemottakere*:

- Fordele andel tjenestemottakere på offentlige og private tjenestetilbydere, og fordele tjenestemottakere i privat virksomhet på henholdsvis kommersielle og ideelle tjenestetilbydere i den grad det lar seg gjøre
 - Sammenstille informasjon om henholdsvis brukere og tjenestetilbyders organisasjonsnummer fra IPLOS-registeret, med informasjon om tjenestetilbyder fra Enhetsregisteret
 - Gjøre rede for eventuelle kjente svakheter i registreringene i henholdsvis IPLOS-registeret og Enhetsregisteret mht. å identifisere hvilke tjenestetilbydere som utfører hvilke tjenester overfor hvilke tjenestemottakere
 - Kommentere at tjenestemottakeres behov for tjenester, målt i henholdsvis tildelte timer i hjemmetjenester eller tildelte døgn i institusjonstjenester, ikke er kontrollert for, og vurdere eventuelle kjente svakheter i datagrunnlaget
- Presentere private tjenestetilbyderes andel av *timer* (hjemmetjenester) og *døgn* (institusjonstjenester):
 - Fordele andel timer (hjemmetjenester) og andel døgn (institusjonstjenester) gjennom året på offentlige og private tjenestetilbydere, og fordele timer og døgn i privat virksomhet på henholdsvis kommersielle og ideelle tjenestetilbydere i den grad det lar seg gjøre
 - Presentere private tjenestetilbyderes andel av *sykehjem og andre institusjoner*:
 - Fordele helse- og omsorgsinstitusjoner som rapporteres gjennom KOSTRA-skjema 5 på offentlige og private tjenestetilbydere, og fordele institusjoner i privat virksomhet på henholdsvis kommersielle og private tjenestetilbydere i den grad det lar seg gjøre
 - Presentere en *oversikt over navngitte private tjenestetilbydere* på kommunenivå etter om de er kommersielle eller ideelle virksomheter

3. Kostnader

Kapittelet tar sikte på å drøfte muligheter og begrensninger knyttet til å skille mellom kommunenes kjøp fra henholdsvis kommersielle og ideelle private tjenestetilbydere.

Kapittelet tar også sikte på å gjøre rede for om kommuners eventuelle kjøp av vikartjenester fra private vikarbyråer vil inngå i kommunenes kjøp fra private tjenestetilbydere, og om mulig vurdere hvor stor andel kommunenes kjøp av slike vikartjenester vil utgjøre av totalsummen.

3.1. Funn

KOSTRA-kommuneregnskapet er inndelt i dimensjonene funksjon og art. I det følgende blir det redegjort for regnskapets oppbygging og relevante funksjoner og arter som kan si noe om innslaget av privat kommersielle og ideelle tjenestetilbydere, samt kjøp av vikartjenester fra private.

Funksjoner i KOSTRA-kommuneregnskapet

Funksjon angir hvilke formål inntektene og utgiftene knytter seg til, som for eksempel grunnskole, kultur og helse- og omsorgstjenester. Innen helse- og omsorg er det ni funksjoner som beskriver de enkelte deltjenestene som kommunen utfører/ har ansvaret for:

- 232 Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste
- 233 Annet forebyggende helsearbeid
- 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse
- 241 Diagnose, behandling, re-/habilitering
- 243 Tilbud til personer med rusproblemer
- 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon
- 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende
- 256 Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene
- 261 Institusjonslokaler

Artene gjenspeiler som hovedregel hvilke produksjons- og innsatsfaktorer (utgifts- og inntektstyper) som er benyttet i den kommunale virksomheten. Derfra kommer prinsippet om «rene» utgifts- og inntektsarter. De forskjellige artsseriene omfatter arter av lik/lignende karakter. I denne sammenhengen er det skillet mellom artsseriene 0/1/2 og artsserie 3 som er relevant å beskrive litt nærmere.

Artsserie 0 omfatter lønnsutgifter og sosiale utgifter knyttet til kommunen som arbeidsgiver. Lønnsutbetalingene omfatter kommunalt ansatte, og innleide vikarer for disse. Vikarene kan enten være kommunalt ansatte, eller eksterne vikarer som blir midlertidig ansatt.

Art 020 Lønn til vikarer beskrives slik:

Vikarutgifter (inklusive avtalefestede tillegg) som kommer i tillegg til fast lønnsutbetaling for stillingen på art 010. Vikarlønn for personer som har permisjon med lønn. Vikarutgifter for sykefravær, tillitsverv, ombudsverv, svangerskapspermisjon og ferie. Lønn til fast ansatte som utfører arbeid for personer som har sykefravær.

Artsseriene 1 og 2 omfatter som hovedregel utgifter knyttet til kjøp av varer og tjenester som inngår som produksjonsfaktor i kommunens egen produksjon.

For kjøp av tjenester som skal regnskapsføres på disse artsseriene vil det etter hovedregelen være snakk om tjenester som anses som deltjenester som er nødvendige for at kommunen skal kunne levere et sluttprodukt.

Vikartjenester (fra private vikarbyråer) regnskapsføres på art 270 Andre tjenester (som inngår i egenproduksjon).

Art 270 Andre tjenester (som inngår i egenproduksjon) beskrives slik:

Kjøp av andre tjenester som inngår i egenproduksjon og som ikke hører naturlig under andre arter. For eksempel: Konsulenttjenester, juridisk bistand, kontrollopgaver, generelle rådgivningstjenester i forbindelse med forvaltning, drift og vedlikehold, vikartjenester, kjøp av tanntekniske tjenester, kjøp av bedriftshelsetjenester, refusjon fra staten for statlige NAV-ansatte der kommunen dekker deler av lønnen.

Selv ved å ekskludere de mange tjenestene i lista som mest sannsynlig ikke er aktuelle innenfor helse og omsorgstjenesten, så vil det som er regnskapsført på art 270 omfatte mer enn kommunens utgifter til vikartjenester. Utgiftene som er ført her vil derfor ikke kunne brukes til å si noe om hvor mye den enkelte kommune kjøper av vikartjenester fra private tilbydere.

Artsserie 3 omfatter som hovedregel tjenester som en leverandør yter direkte til brukerne på vegne av kommunen, etter avtale mellom kommunen og leverandøren. Et typisk eksempel på slike sluttprodukter kan være at kommunen kjøper «hele» sykehjemsplasser eller hjemmehjelpstjenester i stedet for å produsere dette selv. Artene i serie 3 inndeles etter hovedkategoriene kjøp fra andre offentlige virksomheter (andre kommuner, fylkeskommuner og staten), kjøp fra andre (private) og fra egne foretak og interkommunale selskaper.

Kjøp fra private regnskapsføres på art 370 Kjøp fra andre (private).

Art 370 Kjøp fra andre (private) beskrives slik:

Betaling til private, interkommunale selskap (IKS) der kommunen/fylkeskommunen ikke selv er deltager eller kommunale/fylkeskommunale aksjeselskap for produksjon av tjenester som er et kommunalt/fylkeskommunalt ansvar, jf. avsnitt 3.3/3.4 om skillet mellom artsserie 1/2 og artsserie 3. Gjelder også for kjøp fra stiftelser. Eksempler på hva som sorterer under Art 370 er kommunal finansiering av boliger/institusjoner (f.eks. innen pleie- og omsorgstjenestene eller rusmisbrukeromsorg) som er drevet av private organisasjoner med driftsavtale med kommunen og driftstilskudd til leger, fysioterapeuter

Andel kjøp fra private tjenestetilbydere utgjør av totale utgifter i helse- og omsorgstjenesten

Tabell 3.1 viser hvor stor andel kjøp fra private (art 370 som inkluderer kjøp fra både privat kommersielle og privat ideelle) utgjør av de totale utgiftene på de ni KOSTRA-funksjonene innenfor helse- og omsorg fordelt etter hele landet og fylker i 2017.

Tallgrunnlaget i tabellen er hentet fra KOSTRA-kommuneregnskapet og er publisert på [ssb.no](https://www.ssb.no/statbank/table/12367/) i statistikkbanken (<https://www.ssb.no/statbank/table/12367/>).

Tabell 3.1. Kjøp fra private som andel av totale brutto driftsutgifter. Art 370 funksjonsfordelt. Hele landet og fylke. 2017. Prosent

Fylke	232	233	234	241	243	253	254	256	261
Hele Landet	1	3	11	26	17	12	9	2	3
Hele Landet uten Oslo	1	3	7	25	17	8	7	0	2
01 Østfold	2	1	5	34	22	9	10	0	0
02 Akershus	0	2	3	24	7	9	12	0	1
03 Oslo	1	1	37	38	18	48	26	14	19
04 Hedmark	1	5	3	29	4	1	6	0	1
05 Oppland	1	5	6	22	1	5	8	0	1
06 Buskerud	0	2	6	34	15	7	7	2	1
07 Vestfold	0	2	5	39	23	8	8	0	2
08 Telemark	1	3	4	25	7	1	4	0	0
09 Aust-Agder	2	9	4	31	22	2	6	1	0
10 Vest-Agder	1	3	9	37	33	1	3	1	0
11 Rogaland	1	4	10	28	10	14	6	1	4
12 Hordaland	1	3	10	12	16	21	8	0	9
14 Sogn og Fjordane	2	7	11	15	3	2	9	0	0
15 Møre og Romsdal	1	6	3	29	14	1	3	2	1
16 Sør-Trøndelag	0	3	4	28	22	7	6	0	2
17 Nord-Trøndelag	1	2	14	24	6	3	3	1	0
18 Nordland	1	4	11	20	46	2	6	0	0
19 Troms	0	4	8	23	16	1	11	0	0
20 Finnmark	0	2	20	11	31	15	4	0	6

Kilde: KOSTRA-kommuneregnskap, Statistisk sentralbyrå.

Tabellen viser at andelen kjøp fra private av de totale utgiftene varierer mellom de ulike KOSTRA-funksjonene. I tillegg er det fylkesvise forskjeller. Oslo er fylket hvor andelen kjøp fra private er størst for nær alle funksjoner.

På landsnivå er andelen kjøp fra private i helse- og omsorgstjenesten størst på funksjon 241 med 26 prosent, mens andelen er minst for funksjon 232 med 1 prosent. For funksjon 241 vil leger og fysioterapeuter med driftstilskudd inngå i disse utgiftene.

For funksjonene knyttet til omsorgstjenestene i kommunen (funksjon 234, funksjon 253, funksjon 254 og funksjon 261) viser tallene at andelen kjøp fra private er størst for funksjon 253 med 12 prosent for hele landet. Oslo er fylket hvor andelen kjøp fra private er størst med 48 prosent, mens den er lavest i Hedmark, Telemark, Vest-Agder, Møre og Romsdal og Troms alle med 1 prosent. Det var i alt 297 av 426 kommuner (70 prosent) som kjøpte tjenester fra private knyttet til funksjon 253 i 2017. Andelen kjøp fra private varierer fra 1 til 97 prosent på kommunenivå.

For funksjon 234 utgjør kjøp fra private 11 prosent av de totale utgiftene. Oslo er fylket hvor andelen kjøp fra private er høyest med 37 prosent, mens den er lavest i Akershus og Møre og Romsdal, begge med 3 prosent. Det var i alt 262 av 426 kommuner (62 prosent) som kjøpte tjenester fra private knyttet til funksjon 234 i 2017. Andelen kjøp fra private varierer fra 1 til 98 prosent på kommunenivå.

For funksjon 254 utgjør kjøp fra private 9 prosent av de totale utgiftene. Oslo er fylket der andelen kjøp fra private er høyest med 26 prosent, mens den er lavest i Vest-Agder, Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag, alle med 3 prosent. Det var i alt 342 av 426 kommuner (81 prosent) som kjøpte tjenester fra private knyttet til funksjon 254 i 2017. Andelen kjøp fra private varierer fra 1 til 66 prosent på kommunenivå.

Variasjonen mellom kommuner når det gjelder hvor stor andel kjøp fra private utgjør på de ulike funksjonene, gir nok et godt bilde av virkeligheten. Det er imidlertid ikke mulig ut fra kommuneregnskapet å se hvilken type tjenester/deltjenester innenfor de ulike KOSTRA-funksjonene som er kjøpt av den enkelte kommune.

3.2. utfordringer

KOSTRA-kommuneregnskapet er ikke innrettet slik at det er mulig å skille mellom kommunenes utgifter som går til kjøp fra privat kommersielle og privat ideelle tjenestetilbydere. Det finnes heller ikke detaljert nok informasjon i regnskapet til å se hvor stor andel kjøp av private vikartjenester vil utgjøre av de totale utgiftene.

Foruten de relevante artene 020 Lønn til vikarer, 270 Andre tjenester (som inngår i egenproduksjon) og 370 Kjøp fra andre (private), som er omtalt i kapittel 3.1, er det ingen ytterligere kategorisering i regnskapsrapporteringen til KOSTRA med hensyn til om de private tjenestetilbyderne er privat kommersielle eller privat ideelle. Dette gjelder hverken for kjøp av vikartjenester (i artsseriene 0/1/2) eller for kjøp av hele tjenester (i artsserie 3).

Ut fra regnskapsdataene som rapporteres til KOSTRA, er det derfor ingen muligheter til å skille mellom utgifter til kjøp av tjenester fra privat kommersielle og kjøp av tjenester fra privat ideelle. Det er også svært begrensede muligheter til å kunne vurdere hvor stor andel kommunenes kjøp av private vikartjenester vil utgjøre av totalsummen. Til det inkluderer de relevante artene 020 Lønn til vikarer og 270 Andre tjenester (som inngår i egenproduksjon) for mange andre utgifter til at en vil kunne fastslå hvorvidt utgiftene er knyttet til private vikartjenester eller ikke og følgelig heller ikke hvor stor andel det utgjør av totalsummen knyttet til de ulike KOSTRA-funksjonene som inngår i helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

3.3. Videre arbeid

For å få mer detaljerte opplysninger enn det som finnes i KOSTRA-kommuneregnskap i dag når det gjelder kjøp fra privat kommersielle og privat ideelle tjenestetilbydere, samt kjøp av private vikartjenester foreslår SSB følgende:

- Gjennomføre egen datainnsamling hvor alle landets kommuner blir bedt om følgende:
 - fordele utgifter knyttet til *kjøp fra andre (private) (art 370)* mellom privat kommersiell og privat ideelle tjenestetilbydere på alle de ni KOSTRA-funksjonene innenfor helse og omsorg
 - oppgi hvor mye av utgiftene knyttet til *lønn til vikarer (art 020)* går til lønn til private vikartjenester på alle de ni KOSTRA-funksjonene innenfor helse- og omsorg
 - oppgi hvor mye av utgiftene knyttet til *Andre tjenester (som inngår i egenproduksjon) (art 270)* går til kjøp av private vikartjenester på alle de ni KOSTRA-funksjonene innenfor helse- og omsorg
- Gjennomføre case-studier i utvalgte kommuner som har stort innslag av kjøp fra private mht. ulike KOSTRA-funksjoner innen helse og omsorg
- Gjennomføre case-studier i et utvalg kommuner som har lite eller intet innslag av kjøp fra private mht. ulike KOSTRA-funksjoner innen helse og omsorg

4. Plasser i institusjon

Kapittel 4 tar sikte på å vise hvordan institusjonsplasser fordeler seg på henholdsvis offentlige og private tjenestetilbydere, og dernest vise hvordan institusjonsplasser i privat virksomhet fordeler seg på henholdsvis kommersielle og ideelle tjenestetilbydere.

Kapittelet tar også sikte på å se andel private institusjonsplasser (kapasitet) i forhold til andel beboere i institusjon av antall plasser (belegg), for henholdsvis private kommersielle og private ideelle institusjoner.

Kapittelet kommenterer dessuten hvordan eventuell korrigerings for kjøp og salg av plasser mellom kommuner håndteres.

4.1. Funn

Opplysninger om plasser blir samlet inn ved hjelp av KOSTRA-skjema 5 (jf. vedlegg). Det leveres et skjema per virksomhet innen KOSTRA-funksjon 253 «Helse- og omsorgstjenester i institusjon». I 2017 ble det på denne måten samlet inn opplysninger fra 1 226 virksomheter. Innsamlede opplysninger gjelder per 31.12.2017 eller «mot slutten av året» i noen tilfeller.

Typer av institusjoner

Plasser telles med slik bygningsmassen er utformet, noe som i praksis vil si at det ikke blir tatt hensyn til eventuelle over-/underbelegg ved hver institusjon.

Tabell 4.1 viser hvordan virksomhetene som sorterer under funksjon 253 fordeler seg etter type institusjon i 2017. Informasjonskilden er rapporteringen av opplysninger gjennom KOSTRA-skjema 5.

Tabell 4.1. Virksomheter, etter type institusjon. 2017. Antall

Type institusjon	Antall virksomheter
01 Sykehjem	892
02 Kombinert aldershjem og sykehjem	14
03 Sykehjemsavdeling kombinert med statlig virksomhet (sykestue/ fødestue, psykiatrisk avd., distriktsmedisinsk senter mm.)	24
04 Aldershjem	24
05 Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge (barnebolig)	59
10 Avlastningsinstitusjon/-bolig	213
I alt	1 226

Kilde: KOSTRA, SSB

Følgende institusjoner er ikke inkludert når det gjelder fordeling av plasser:

- Privat forpleining, opphold hos privatpersoner
- Kommunalt drevet institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige
- Øyeblikkelig hjelp - døgnopphold¹

Fordeling av plasser

Det er kommunene som rapporterer antall plasser ved hver av de 1 226 virksomhetene ved hjelp av KOSTRA-skjema 5. For hver institusjon rapporteres det både antall plasser i drift mot slutten av året, og antall plasser slik bygningen er utformet per 31.12. uavhengig av om plassene er i bruk eller ikke på talletidspunktet. Her er det sistnevnte som er inkludert i framstillingen.

¹ For IPLOS-registerets vedkommende kan også slike virksomheter inngå

Fordelt etter kommune viser grunnlagstallene at 373 kommuner kun har kommunale plasser, mens de resterende 51 kommunene supplerer kommunale plasser med kjøp av plasser fra private kommersielle eller private ideelle tjenestetilbydere.

Tabell 4.2 viser fordeling av plassene etter sektor og fylke.

Tabell 4.2. Plasser, etter fylke og sektor. 2017. Antall

Fylke	Plasser i alt	Kommunale	Private kommersielle	Private ideelle
01 Østfold	2 167	2 043	124	-
02 Akershus	4 301	4 047	251	3
03 Oslo	4 536	2 255	1 554	727
04 Hedmark	2 058	2 044	14	-
05 Oppland	1 722	1 667	35	20
06 Buskerud	1 931	1 885	46	-
07 Vestfold	1 838	1 676	86	76
08 Telemark	1 420	1 420	-	-
09 Aust-Agder	922	922	-	-
10 Vest-Agder	1 381	1 380	-	1
11 Rogaland	3 377	2 943	64	370
12 Hordaland	4 401	3 491	331	579
14 Sogn og Fjordane	1 104	1 104	-	-
15 Møre og Romsdal	2 434	2 434	-	-
16 Sør-Trøndelag	2 655	2 521	-	134
17 Nord-Trøndelag	1 059	1 031	-	28
18 Nordland	2 498	2 498	-	-
19 Troms	1 547	1 547	-	-
20 Finnmark	710	648	-	62
I alt	42 060	37 555	2 505	2 000

Kilde: KOSTRA-skjema 5, SSB

Antall plasser i forhold til antall beboere

Det er mulig å beregne belegg ved å dele antall tjenestemottakere på antall plasser. Disse to variablene kommer imidlertid fra ulike statistikkgrunnlag og er av forskjellige årsaker ikke direkte sammenlignbare. Blant annet er populasjonene definert litt ulikt og det er ulike feil i rådata som ikke lar seg rette/oppdage. Usikkerheten blir større dess lavere antall observasjoner som ligger bak. På landsbasis er beleggsprosenten 98 (www.ssb.no/tabell/12293), slik at det mest sannsynlig ikke forventes større reelle avvik mellom ulike sektorer, de fleste institusjoner har tilnærmet fullt belegg.

Korrigerings for kjøp og salg av plasser mellom kommuner

Kjøp og salg av plasser mellom kommuner tar utgangspunkt i KOSTRA-skjema 5, punkt 5 «Plasser disponert av andre kommuner/bydeler». Dersom institusjonen selger plasser til andre kommuner enn den kommunen institusjonen selv ligger i, justeres dette for her. Alle tabeller på fylkesnivå er korrigert for kjøp og salg over fylkesgrenser, også når det gjelder sektor.

Det skilles mellom sykehjem og andre plasser, og videre egen opptelling om plassene eventuelt er i kommersielle eller ideelle virksomheter. Eventuelle ledige plasser tilfaller vertskommunen.

4.2. utfordringer

Det er noen utfordringer knyttet til de ulike problemstillingene som ble skissert i tilknytning til plasser i institusjon.

- Når det gjelder muligheten til å fordele andel institusjonsplasser på offentlige og private tjenestetilbydere, og fordele institusjonsplasser i privat virksomhet på henholdsvis kommersielle og ideelle tjenestetilbydere, avhenger det først og fremst av at institusjonene er registrert riktig og dermed er å gjenfinne i Virksomhets- og foretaksregisteret (VoF), og at institusjonene inngår i kommunens KOSTRA-rapportering.
- Når det gjelder muligheten for å se andel private institusjonsplasser (kapasitet) i forhold til andel beboere i institusjon av antall plasser (belegg), for henholdsvis private kommersielle og private ideelle institusjoner, er det en utfordring at plasstallene er samlet inn gjennom KOSTRA mens beboertall er rapportert til IPLOS-registeret.
- Når det gjelder korrigerende kjøp og salg av plasser mellom kommuner blir dette gjort ved hjelp av informasjonen kommunene rapporterer gjennom KOSTRA-skjema 5. Her kan det være en utfordring å vite om informasjonen som listes opp er uttømmende, for eksempel om en kommunes kjøp av plass tilsvarer en annen kommunes salg av plass.

Mer generelt er det en utfordring knyttet til å presentere tall på kommune- og institusjonsnivå. Det skyldes først og fremst hensynet til å undertrykke små tall som forekommer i IPLOS-registeret.

4.3. Videre arbeid

Basert på problemstillinger, utført arbeid og funn er det grunn til å gå videre med å:

- Se på muligheten for å presentere tall på kommunenivå – om ikke institusjonsnivå. Plasstall som sorterer under KOSTRA-funksjon 253 (helse- og omsorgstjenester i institusjon) basert på KOSTRA-skjema 5, kan sannsynligvis fordeles på kommune og tredelt sektor uten at det er nødvendig å prikke (anonymisere) lave antall.
- Vurdere muligheten for å følge opp enkeltkommuner, for å få bedre grep om tall for plasser og beboere og på den måten fremskaffe informasjon om belegg. En slik oppfølging vil kunne skje gjennom en bred datainnsamling eller med utgangspunkt i et utvalg kommuner, jf. også kapittel 3.3.

5. Tjenestemottakere

Kapittel 5 tar sikte på å vise hvordan tjenestemottakere fordeler seg på henholdsvis offentlige og private tjenestetilbydere, og dernest vise hvordan tjenestemottakere i privat virksomhet fordeler seg på henholdsvis kommersielle og ideelle tjenestetilbydere.

Kapitlet tar videre sikte på å sammenstille informasjon om henholdsvis brukere og tjenestetilbyders organisasjonsnummer fra IPLOS-registeret, med informasjon om tjenestetilbydere fra Enhetsregisteret.

Kapitlet vil dessuten gjøre rede for eventuelle kjente svakheter i registreringene i henholdsvis IPLOS-registeret og Enhetsregisteret mht. å identifisere hvilke tjenestetilbydere som utfører hvilke tjenester overfor hvilke tjenestemottakere.

Kapitlet vil også kommentere om tjenestemottakeres behov for tjenester, målt i henholdsvis tildelte timer i hjemmetjenester eller tildelte døgn i institusjonstjenester, ikke er kontrollert for, og vurdere eventuelle kjente svakheter i datagrunnlaget.

5.1. Funn

Tildelte kommunale helse- og omsorgstjenester slik disse rapporteres til IPLOS-registeret kan i hovedsak tilknyttes KOSTRA-funksjonene.

I kartleggingen er det brukt tall for tjenestemottakere som mottar IPLOS-tjenester i slutten av året (videre omtalt som per 31.12). Alternativt kan det brukes tall for tjenestemottakere i løpet av hele året som i de fleste tilfeller vil gi et bedre bilde av den faktiske situasjonen både totalt og fordelt på ulike funksjoner og sektorer. En mer detaljert framstilling som det bør imidlertid forventes til kvaliteten på registrering av organisasjonsnummer er ytterligere forbedret.

Tabell 5.1 gir en oversikt over totalt antall tjenestemottakere i tjenestene med obligatorisk registrering av organisasjonsnummer per 31.12. og deres gruppering etter KOSTRA-funksjonene 253 (Helse- og omsorgstjenester i institusjon), 254 (Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende) og 234 (Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse).

Tabell 5.1. Brukere av utvalgte IPLOS-tjenester, etter KOSTRA-funksjon. Per 31.12.2017. Antall

KOSTRA-funksjon	IPLOS-tjeneste	Brukere per 31.12
253	Dagopphold i institusjon	3340
	Tidsavgrenset opphold - utredning/behandling	2743
	Tidsavgrenset opphold - habilitering/rehabilitering	1514
	Tidsavgrenset opphold - annet	2517
	Langtidsopphold i institusjon	32733
	Nattopphold i institusjon	12
254	Praktisk hjelp: daglige gjøremål	81318
	Praktisk hjelp - opplæring - daglige gjøremål	20656
	Praktisk hjelp - brukerstyrt personlig assistanse	3509
	Helsetjenester i hjemmet	154031
234	Dagaktivitetstilbud	23021

Kilde: KOSTRA, IPLOS-registeret, SSB

Utfylt organisasjonsnummer er nødvendig for å fordele tjenestemottakerne etter sektor. Imidlertid er ikke rapportering av organisasjonsnummer obligatorisk for alle IPLOS-tjenester, kun for det som anses som de mest sentrale tjenestene der organisasjonsnummer er naturlig. For å ekskludere unødvendige forstyrrelser av mer perifere tjenester som ofte mangler organisasjonsnummer, er bare de tjenestene som krever utfylling av organisasjonsnummer inkludert.

Tjenestene som krever utfylling av organisasjonsnummer representerer over 90 prosent av brukere av helse- og omsorgstjenester i institusjon og til hjemmeboende. For aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse er det bare dag dagaktivitetstilbud som har obligatorisk organisasjonsnummerrapportering.

Tjenestemottakere av helse- og omsorgstjenester har forskjellig behov for både type og omfang av tjenester. En tjenestemottaker med større bistandsbehov har ofte et sammensatt tjenestetilbud, og én person kan motta flere tjenester på samme tidspunkt. Derfor vil ikke antallet i grupperingen av tjenestene etter KOSTRA-funksjoner sammenfalle med summen av tjenestemottakere for disse tjenestene i tabell 5.1.

Videre vil én og samme mottaker kunne motta tjenester fra både kommunal og privat sektor for å dekke sine behov, slik at hun blir telt med og inkludert i begge sektorene. Én og samme person kan også bli fordelt på ulike KOSTRA-funksjoner, som helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende og aktiviserings- og service-tjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse.

Opptellingen av brukere bør derfor sees i sammenheng med aggregeringsnivå. Derfor er det ofte ikke mulig å summere tallene ut fra tabellene. Brukere gruppert etter hver sin KOSTRA-funksjon, fylke, kommune er ikke nødvendigvis gjensidig utelukkende. Unntaket er døgnopphold på institusjon, som forutsetter at en bruker ikke kan motta hjemmetjenester samtidig.

Tabell 5.2 viser fordeling av tjenestemottakere etter institusjonstjenester (KOSTRA-funksjon 253), hjemmetjenester (KOSTRA-funksjon 254) og dagaktivitetstilbud (KOSTRA-funksjon 234).

Tabell 5.2. Brukere av IPLOS-tjenester, etter KOSTRA-funksjon og sektor. Per 31.12.2017. Antall og prosent²

	Totalt	Kommunale	Private kommersielle	Private ideelle	Andel med feil eller manglende org.nr.
Institusjonstjenester	42 765	85 %	6 %	5 %	3 %
Hjemmetjenester	188 750	85 %	2 %	0 %	15 %
Dagaktivitetstilbud	22 993	80 %	2 %	2 %	15 %

Kilde: KOSTRA, PLOS-registeret, SSB

Tallene på landsnivå viser at andelen private tilbydere er forholdsvis lav innenfor alle tjenesteområdene. Imidlertid er andelen høyere for tjenestemottakere på institusjon og fordeler seg noenlunde jevnt mellom kommersielle og ideelle aktører, som tilbyr tjenester for tilsvarende seks og fem prosent av tjenestemottakerne på institusjon. Fordelingen blir preget av situasjonen karakteristisk for dem som er på langtidsopphold i institusjon, da denne gruppen dominerer tallene på telletidspunktet per 31.12.

Innslag av tjenester utført av private aktører er lavere for dem som benytter seg av dagaktivitetstilbud, der fordelingen mellom kommersielle og ideelle tilbydere er lik og ligger på to prosent hver. På landsbasis er det ellers bare to prosent av hjemmeboende brukere som får praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet av private aktører, og disse er hovedsakelig kommersielle tilbydere.

Det er verdt å merke seg at det både for hjemmetjenester og dagaktivitetstilbud er en større andel tjenestemottakere som enten ikke har fått oppgitt organisasjonsnummer eller at organisasjonsnummeret som er oppgitt er feil i den forstand at

² Andelene i tabellen summerer seg ikke til hundre, da tjenestemottakere kan ha tjenester innenfor samme KOSTRA-funksjonen, men hos forskjellige tilbydere.

virksomheten ikke kan gjenfinnes i Virksomhets- og foretaksregisteret. Dette skaper naturlig nok usikkerhet rundt sektorfordelingen.

I det følgende beskrives hver av KOSTRA-funksjonene for seg. Tallene presenteres på fylkesnivå, for å unngå tap av informasjon på grunn av omfattende anonymisering i henhold til IPLOS-forskriften³.

Helse- og omsorgstjenester i institusjon⁴

Tjenestetilbydere i omsorgstjenesten skal være registrert med organisasjonsnummer i Virksomhets- og foretaksregisteret. Organisasjonsnummer regnes som feil dersom organisasjonsnummeret som kommunen har registrert ikke sammenfaller med organisasjonsnummeret som finnes i Virksomhets- og foretaksregisteret per desember 2017.

Tabell 5.3 presenterer antall brukere av helse- og omsorgstjenester i institusjon fordelt på fylke. I tillegg er det tatt med en kolonne som viser hvor stor andel av tjenestemottakerne som er registrert med enten feil eller manglende organisasjonsnummer.

Tabell 5.3. Brukere av helse- og omsorgstjenester i institusjon, etter fylke og sektor. Per 31.12.2017. Antall

Fylke	Totalt	Kommunale	Private kommersielle	Private ideelle	Andel med feil org.nr.
Østfold	2 206	2 089	106	:	<1 %
Akershus	4 197	3 900	215	11	2 %
Oslo	4 690	1 979	1 748	715	5 %
Hedmark	2 021	1 983	:	:	1-2 %
Oppland	1 892	1 802	26	29	2 %
Buskerud	1 965	1 817	26	:	5-6 %
Vestfold	1 950	1 754	87	101	<1 %
Telemark	1 344	1 274	0	0	5 %
Øst-Agder	1 173	923	0	0	21 %
Vest-Agder	1 551	1 257	0	0	19 %
Rogaland	3 633	3 012	63	543	<1 %
Hordaland	4 276	3 316	391	556	<1 %
Sogn og Fjordane	1 108	1 101	0	0	1 %
Møre og Romsdal	2 448	2 408	:	:	1-2 %
Sør-Trøndelag	2 742	2 564	0	129	2 %
Nord-Trøndelag	965	934	0	27	<1 %
Nordland	2 489	2 446	0	0	2 %
Troms	1 429	1 427	0	0	<1 %
Finmark	714	587	0	48	11 %

Kilde: KOSTRA, IPLOS-registeret, SSB

På fylkesnivå var det mellom 42 og 100 prosent av brukerne som fikk helse- og omsorgstjenester i institusjon fra kommunale tjenestetilbydere. Andelen i de fleste fylkene er over 90 prosent, med unntak av Oslo som skiller seg kraftig ut siden under halvparten av brukerne får tjenesten utført av en kommunal virksomhet.

Fylkene hvor andel brukere med tjeneste levert av kommunal tjenestetilbyder er under 90 prosent har samtidig en større andel brukere som ikke blir fordelt etter sektor. Manglende fordeling etter sektor skyldes at disse ikke har fått registrert gyldig organisasjonsnummer eller mangler registrering.

Hordaland er for øvrig et fylke som har noen likhetstrekk med Oslo med hensyn til tjenestetilbyderne. Hordaland har en lav andel brukere uten registrert organisasjonsnummer eller feil organisasjonsnummer, samtidig som andelen brukere som får tjenester av kommunale tilbydere er på 78 prosent, som er noe lavere enn i de fleste fylkene.

³ Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk, §5-1 FOR-2006-02-17-204

⁴ Omfatter her langtidsopphold og ulike typer tidsbegrenset opphold, men ikke avlastning. Øyeblikkelig hjelp døgnopphold gjelder KOSTRA-funksjon 256, og inngår heller ikke her.

I fylker der det rapporteres at omsorgstjenester leveres av andre tilbydere enn kommunale, er det oftere større innslag av private ideelle tilbydere. Samtidig varierer andelen mellom fylkene. Oslo er igjen et unntak med nærmere 40 prosent av tjenestemottakere som får tjenesten av private kommersielle tjenestetilbydere.

Fylkestall gir et visst geografisk bilde av fordelingen, men det kan være vanskelig å tolke resultatene. Det er for eksempel 386 kommuner som ikke rapporterer noen tjenestemottakere med private tilbydere. Av disse er det 12 kommuner som har over 10 prosent tjenestemottakere som er registrert med feil eller manglende organisasjonsnummer, og disse kan derfor ikke uten videre fordeles på kommunale, private kommersielle eller private ideelle tjenestetilbydere.

Tabell 5.4 viser bruk av private tjenestetilbydere for å utføre institusjonstjenester etter fylke. Det er bare 13 av 19 fylker som har registrert bruk av private institusjoner. Tallene for flere fylker baserer seg på noen få kommuner.

Tabell 5.4. Bruk av private tilbydere av institusjonstjenester, etter kommuner i fylke. Per 31.12.2017. Antall

Fylke	Kommuner
Østfold	4
Akershus	11
Oslo	1
Hedmark	1
Oppland	4
Buskerud	5
Vestfold	5
Telemark	0
Øst-Agder	0
Vest-Agder	0
Rogaland	1
Hordaland	4
Sogn og Fjordane	0
Møre og Romsdal	1
Sør-Trøndelag	1
Nord-Trøndelag	1
Nordland	0
Troms	0
Finmark	1

Kilde: KOSTRA, IPLOS-registeret, SSB

Grunnlagsmaterialet viser at av de relativt få kommunene som har rapportert bruk av private tilbydere av institusjonstjenester tilhører disse ofte kategorien sentrale kommuner etter SSB sin definisjon⁵.

Helse- og omsorgstjenester i hjemmet

Når det gjelder helse- og omsorgstjenester i hjemmet (hjemmetjenester) kan en og samme person ha flere tjenester til samme tid, samtidig som tjenestene kan leveres av forskjellige tilbydere. Det betyr at sektorfordelte tall, samt tjenestemottakerne med feil/manglende organisasjonsnummer, ikke vil summere nøyaktig til totalen når de framstilles i tabellform.

Tabell 5.5 presenterer fordeling av brukere av helse- og omsorgstjenester som bor hjemme og mottar praktisk hjelp og helsetjenester i hjemmet.

⁵ Her brukes sentralitet som fordelingsnøkkel: : 0 – minst sentrale kommuner, 1 – mindre sentrale kommuner, 2 – noe sentrale kommuner, 3 – sentrale kommuner.

Tabell 5.5. Brukere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet (praktisk hjelp og helsetjenester i hjemmet), etter fylke og sektor. Per 31.12. 2017. Antall og prosent

Fylke	Totalt	Kommunale	Private kommersielle	Private ideelle	Andel med feil/manglende org.nr.
Østfold	12 077	11 254	238	74	5 %
Akershus	17 410	16 399	479	5	6 %
Oslo	15 262	11 166	2 786	198	16 %
Hedmark	9 225	8 379	19	8	12 %
Oppland	9 707	9 137	0	19	6 %
Buskerud	10 614	8 362	49	23	24 %
Vestfold	9 927	9 158	284	:	9 %
Telemark	7 260	7 212	0	:	1 %
Øst-Agder	5 067	4 334	0	0	24 %
Vest-Agder	7 617	6 550	221	0	16 %
Rogaland	13 516	12 957	182	15	4 %
Hordaland	16 737	10 627	138	45	43 %
Sogn og Fjordane	5 171	4 974	:	:	4 %
Møre og Romsdal	11 543	7 833	6	:	33 %
Sør-Trøndelag	9 893	9 302	0	111	6 %
Nord-Trøndelag	6 837	5 713	0	8	18 %
Nordland	11 111	10 377	:	:	7 %
Troms	6 481	4 715	100	8	27 %
Finmark	3 711	2 839	0	0	25 %

Kilde: KOSTRA, IPLOS-registeret, SSB

Andel tjenestemottakere med tjenester fra kommunal tilbyder varierer mellom fylkene fra 63 til 99 prosent. Fylkene der andelen er under 90 prosent har også andel tjenestemottakere med feil eller manglende organisasjonsnummer som overstiger 10 prosent. Hordaland skiller seg spesielt ut med 43 % med feil/ingen organisasjonsnummer.

Oslo er fylket med størst andel private kommersielle tjenestetilbydere med nærmere 20 prosent. Det er imidlertid grunn til å nevne at det samtidig er 16 prosent av tjenestemottakerne som er registrert med feil organisasjonsnummer eller mangler registrering av organisasjonsnummer i Oslo, og som derfor ikke kan fordeles på henholdsvis kommunale, private kommersielle og private ideelle tjenestetilbydere.

Andel tjenestemottakere som er registrert med feil organisasjonsnummer eller mangler registrering av organisasjonsnummer, er større for helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende enn for institusjonstjenester. Å finne årsaker til denne forskjellen krever nærmere analyse, men en kan tenke seg at det mindre grad av kvalitetsoppfølging på registrering av de mindre personellintensive og kortvarige hjemmetjenestene, som likevel gjelder mange mottakere. Samtidig er det et langt større mangfold av små private tilbydere inne hjemmetjenestene, slik at det kan være en større jobb å finne korrekt organisasjonsnummer.

Det er i alt 383 kommuner som ikke har rapportert noen hjemmeboende tjenestemottakere som mottar helse- og omsorgstjenester fra private kommersielle eller private ideelle tjenestetilbydere. Av disse 383 kommunene er det for øvrig 10 kommuner som har over 10 prosent tjenestemottakere som er registrert med feil organisasjonsnummer eller mangler registrering av organisasjonsnummer.

Over halvparten av kommunene har registrert og rapportert et organisasjonsnummer som kan spores i Virksomhets- og foretaksregisteret for alle mottakerne av helse- og omsorgstjenester. Imidlertid er det 26 kommuner som har rapportert alle tjenestemottakerne av hjemmetjenestene med feil eller manglende organisasjonsnummer.

Tabell 5.6 viser bruk av private tilbydere av hjemmetjenester etter antall kommuner i fylkene. Også her er tallene basert på noen få for det meste sentrale kommuner som har rapportert tall på private tilbydere.

Tabell 5.6. Bruk av private tilbydere av hjemmetjenester, etter kommuner i fylke. Per 31.12.2017. Antall

Fylke	Kommuner
Østfold	6
Akershus	7
Oslo	1
Hedmark	3
Oppland	1
Buskerud	3
Vestfold	2
Telemark	1
Øst-Agder	0
Vest-Agder	2
Rogaland	2
Hordaland	4
Sogn og Fjordane	2
Møre og Romsdal	1
Sør-Trøndelag	1
Nord-Trøndelag	1
Nordland	2
Troms	4
Finnmark	0

Kilde: KOSTRA, IPLOS-registeret, SSB

For mer informasjon om hjemmetjenester anbefales blant annet rapporten «Hjemmetjenestens målgrupper og organisering» (Abrahamsen m.fl. 2016).

Dagaktivitetstilbud

Det er 62 kommuner som ikke har rapportert brukere med dagaktivitetstilbud. Disse kommunene er fordelt på nesten alle fylker, og det er fra 1 til 6 kommuner per fylke uten rapportering av dagaktivitetstilbud.

Tabell 5.7 presenterer fordeling av brukere av dagaktivitetstilbud etter fylkes sektor.

Tabell 5.7. Brukere av dagaktivitetstilbud, etter fylke og sektor. Per 31.12.2017. Antall og prosent

Fylke	I alt	Kommunale	Private kommersielle	Private ideelle	Andel med feil/manglende org.nr.
Østfold	1 539	1 449	:	:	4-5%
Akershus	2 520	2 087	97	32	12 %
Oslo	2 242	1 250	294	412	13 %
Hedmark	985	968	:	0	1-2%
Oppland	1 171	1 106	0	0	6 %
Buskerud	1 532	1 298	:	0	14-15%
Vestfold	605	493	0	:	17-18%
Telemark	725	643	0	0	11 %
Øst-Agder	601	510	0	0	15 %
Vest-Agder	717	642	0	0	10 %
Rogaland	1 664	1 600	0	0	4 %
Hordaland	2 429	1 331	5	:	44-45%
Sogn og Fjordane	699	644	0	:	7 %
Møre og Romsdal	1 858	1 121	0	0	40 %
Sør-Trøndelag	1 712	1 547	6	105	3 %
Nord-Trøndelag	426	341	26	0	14 %
Nordland	765	732	0	0	4 %
Troms	566	454	:	0	18-19%
Finnmark	239	227	0	0	5 %

Kilde: KOSTRA, IPLOS-registeret, SSB

Tabellen viser at for de kommunene som rapporterer dagaktivitetstilbud til IPLOS-registeret, registreres det få tjenestemottakere med tjenestetilbud fra private kommersielle eller private ideelle tjenestetilbydere. Mulig underrapportering av tjenestetilbudet, kombinert med større andel som er registrert med feil eller manglende registrering av organisasjonsnummer, betyr at en skal være varsom med å tolke aggregerte tall.

Oslo rapporterer at det tilbys dagaktiviteter fra både private kommersielle og private ideelle tjenestetilbydere, der de siste utgjør en større andel. Tallene for Sør-

Trøndelag viser ellers at det er et relativt stort innslag av at dagaktivitetstilbud tilbys av private tjenestetilbydere det flest brukere som benytter seg av tilbudet hos ideelle organisasjoner.

I fylkesfordelingen for dagaktivitetstilbud, i likhet med de andre tjenestene, er det hovedsakelig noen få sentrale kommuner med tall for private tilbydere.

Les mer om kartlegging av dagaktivitetstilbud i rapporten «[Dagaktivitetstilbud i omsorgstjenesten](#)» (Abrahamsen m.fl. 2016).

5.2. utfordringer

Resultatene presentert i notatet er utelukkende basert på tjenester der virksomhetens organisasjonsnummer er obligatorisk å registrere og rapportere fra kommunene til IPLOS-registeret. For å kunne identifisere tjenestetilbyderen er det nødvendig at organisasjonsnummeret til tjenestetilbyderen er registrert korrekt og med en gyldig verdi i det enkelte vedtak om helse- og omsorgstjenester. For å kunne identifisere sektor, med andre ord kunne kartlegge om det er en kommunal, privat kommersiell eller privat ideell tjenestetilbyder, er det imidlertid tilstrekkelig om foretakets organisasjonsnummer er kjent⁶.

Andel brukere med feil utfylt eller manglende organisasjonsnummer varierer mellom tjenester, kommuner og saksbehandlere. Mens IPLOS-registerets databehandler⁷ sender tilbakemeldinger til kommunene om manglende eller feil utfylt organisasjonsnummer for de fleste institusjonstjenestene, er dette i mindre grad tilfellet med omsorgstjenester til hjemmeboende.

Videre tar uttaket som ligger til grunn for tallene for seg situasjonen per 31.12.2017. Det er bare tjenester som løper på det tidspunktet som er med i uttaket, mens tjenester som er påbegynt, men avsluttet i løpet av året, ikke er med i datagrunnlaget. Dette har nok særlig konsekvenser for korttidsopphold i institusjon og dagaktivitetstilbud, og gjelder sannsynligvis i mindre grad hjemmetjenester.

Fylkestall presentert i notatet har imidlertid også svakheter, da resultatene for innslaget av privat sektor kan basere seg på noen få kommuner som ikke nødvendigvis er representative for hele fylket.

5.3. Videre arbeid

- Grunnet større andel med feil eller manglende organisasjonsnummer for helse- og omsorgstjenester i hjemmet, inkludert dagaktivitetstilbud, bør det vurderes å analysere kommuner med mye feil eller mangler på organisasjonsnummer på kommunenivå.
- Det bør vurderes direkte oppfølging av de kommuner som har særlig store feil og mangler i registrering av organisasjonsnummer for sentrale tjenester, med sikte på å oppnå vesentlig kvalitetsforbedring på sektorfordeling for 2019-årgangen.
- Sammenstilling av institusjoner rapportert i KOSTRA skjema 5 mot institusjoner registrert i IPLOS. Her kan en særlig kvalitetssikre at antall plasser samsvarer med antall beboere.
- En nærmere analyse av hva slags type virksomheter som tilbyr tjenester, fordelt på sektor, kan vurderes. Som en har sett i kapittel 3, er det faktisk KOSTRA-funksjon 243 «Tilbud til personer med rusproblemer» som har størst innslag av private tilbydere.

⁶ dvs organisasjonsnummer til eieren av virksomheten (i mange tilfeller er det nettopp dette foretaksorganisasjonsnummeret, og ikke virksomhetens organisasjonsnummer, som er oppgitt).

⁷ Til og med 2018 var databehandler SSB, fra 2019 Helsedirektoratet/KPR.

6. Timer (hjemmetjenesten) og døgn (institusjon)

Som tidligere omtalt, vil timer eller døgn gjennom året gi det beste bildet av faktisk omfang for de ulike tjenestene. Statistikken for hele året skiller seg fra tall på bestemt tidspunkt av året (per 31.12.), da denne omfatter all forbruk av tjenester i løpet av et kalenderår – alle brukere som har fått vedtak og får en tjeneste i løpet av året telles med uavhengig om tjenesten er avsluttet i løpet av året. Tall gjennom året egner seg derfor bedre også for sammenligning mot KOSTRA regnskapsfunksjoner.

Grunnet ressurskrevende arbeid for å fremstille tall for hele året fordelt på sektor, har det innenfor rammene av oppdraget ikke vært mulig noen beregninger tilsvarende dem som er presentert i kapittel 5.

SSB publiserer imidlertid tall gjennom året på www.ssb.no. Disse kan gi et estimat på omfanget av brukere gjennom året på tjenestene som er inkludert i de forskjellige KOSTRA-funksjonene.

6.1. Funn

Det er grunn til å understreke at det er store forskjeller i omfanget av tjenestemottakere når tidshorisonten kun er 31.12 og ikke gjennom året.

Tabell 6.1 viser noen av forskjellene ulik tidshorisont har for summeringen av brukere av forskjellige tjenester som rapporteres til IPLOS-registeret.

Tabell 6.1. Brukere, etter IPLOS-tjenester og ulike telletidspunkter. Per 31.12. og gjennom året. 2017. Antall

IPLOS-tjenester	Per 31.12.2017	Gjennom 2017
Praktisk hjelp: daglige gjøremål	81 318	105 561
Praktisk hjelp - opplæring - daglige gjøremål	20 656	24 738
Praktisk hjelp: brukerstyrt personlig assistanse	3 509	3 945
Helsetjenester i hjemmet	154 031	227 269
Dagopphold i institusjon	3 340	6 059
Tidsbegrenset opphold - utredning/behandling	2 743	28 394
Tidsbegrenset opphold - habilitering/rehabilitering	1 514	16 090
Tidsbegrenset opphold - annet	2 517	22 420
Langtidsopphold i institusjon	32 733	47 193
Nattopphold i institusjon	12	60
Dagaktivitetstilbud	23 021	30 906

Kilde: KOSTRA, IPLOS-registeret, SSB

Fordeelingen finnes også på kommunenivå på SSB sine sider under:

<https://www.ssb.no/statbank/table/11642/>

Ettersom brukerne har stor variasjon i behov når det gjelder tjenester og omfang, vil ikke antall brukere være dekkende når en skal sammenligne tall mellom tjenester, mellom kommuner og eventuelt fordele i forhold til utgifter. Derfor bør omfanget kompletteres med informasjon om timer direkte til mottakeren og antall døgn på institusjon – gjennom året. Gjennom organisasjonsnummeret kan disse variablene fange opp ressursene brukt på tjenestene i hver sektor.

Tabell 6.2 gir en oversikt over timer og døgn som er vedtatt for brukere av henholdsvis hjemmetjenester og institusjonstjenester gjennom året.

Tabell 6.2. Timer i hjemmetjenesten og døgn i institusjonstjenesten, etter tjeneste og KOSTRA-funksjon. Gjennom året. 2017. Antall

KOSTRA-funksjon	IPLOS-tjenester	Sum gjennom året	
		Timer	Døgn
254	Praktisk hjelp: daglige gjøremål	16 046 061	
254	Praktisk hjelp - opplæring - daglige gjøremål	26 299 005	
	Praktisk hjelp: brukerstyrt personlig assistanse	6 784 373	
	Helsetjenester i hjemmet	36 445 592	
253	Dagopphold i institusjon	1 895 499	
	Tidsbegrenset opphold - utredning/behandling		856 650
	Tidsbegrenset opphold - habilitering/rehabilitering		484 591
	Tidsbegrenset opphold - annet		798 848
	Langtidsopphold i institusjon		11 837 492
	Nattopphold i institusjon	20 031	
234	Dagaktivitetstilbud	14 175 749	

Kilde: IPLOS-registeret, SSB

For å nyansere bildet av ressursbruk er det mulig å se nærmere på de tjenestene der tjenesteforbruket er registrert i døgn (institusjon) eller timer (hjemmetjenester).

En utfordring med vedtak om timer per uke er at det ikke sier noe om hvor mange ansatte som samtidig leverer tjenesten. Den nye variabelen «ressursinnsats» tar høyde for det. Variabelen ble innført så sent som i 2016, og det er derfor for tidlig å bruke denne i beregningen. En sjekk på utfyllingsgraden av variabelen peker på at mange kommuner allerede har tatt den i bruk. Kvaliteten på innsendte verdier på denne variabelen har imidlertid ennå ikke blitt analysert.

Utfylling av organisasjonsnummer er som tidligere nevnt avgjørende for fordeling av tjenestemottakere etter sektor. Gjennomgangen av tall på fylkesnivå har vist at andel tjenestemottakere med feil organisasjonsnummer ofte er større for hjemmetjenester enn for institusjonstjenester. Obligatorisk utfylling av organisasjonsnummer var derfor kriteriet for utvalg av tjenestene som inngår i KOSTRA-funksjonene. Underrapportering av organisasjonsnummer kan underestimere/overestimere innslaget av private kommersielle og private ideelle tjenestetilbydere som tilbyr helse- og omsorgstjenester i kommunene, og en slik effekt kan ytterligere forsterkes om noen av enkelttjenestene har avvikende profil på sektor.

Antallet tjenestemottakere som får tjenester fra private tjenestetilbydere har vist seg å være en utfordring for presentasjon av tallene på kommunenivå. Små tall fører til at datamaterialet må anonymiseres og vil da gi lite nyttig informasjon i videre arbeid med problemstillingen. Det er imidlertid vanskelig å si p.t. hvor store utfordringer som ligger i en slik framstilling for de om lag 40 kommunene som har brukere som mottar tjenester fra private kommersielle eller private ideelle tjenestetilbydere.

6.2. Utfordringer

Tallene basert på informasjonen for hele årgangen kan bidra til større brukerpopulasjon, særlig for institusjonstjenester som korttidsopphold i institusjon, som vil gi et riktigere bilde av omfanget i antall brukere enn tallene per 31.12.

Det er imidlertid ikke nødvendigvis ensbetydende med at andel brukere med utfylt organisasjonsnummer vil øke for alle tjenestene. Kvaliteten på andel brukere uten organisasjonsnummer blir en viktig faktor her, da skjevheten i økningen kan forplante seg til skjevheten i fordelingen mellom privat og kommunal sektor.

Det blir derfor viktig å gjøre en grundig kvalitetssjekk på manglende/feil organisasjonsnummer i den nye populasjonen gjennom året, samt eventuelle forskjeller en slik utvidelse fører med seg med tanke på sektorfordelingen.

Som tidligere nevnt, er sannsynligvis ressursinnsats et bedre mål for omfanget av timebaserte tjenester enn vedtakstimer. Siden dette er en ny variabel, er kvaliteten på innsendte verdier på denne variabelen imidlertid usikker. En sjekk på utfyllingsgraden av variabelen peker på at mange kommuner allerede har tatt den i bruk.

En vet heller ikke om nettopp de kommunene som har større innslag av private aktører har bedre kvalitet på variabelen ressursinnsats enn de øvrige kommunene. Når det gjelder institusjonstjenester, bør bruk og registrering av avlastning i institusjon analyseres nærmere med tanke på omfangsektorfordeling. Tidligere erfaring tilsier at kommunene her har store ulikheter i praksis, som for noen kan gi større feilutslag i det helhetlige institusjonsbildet. En særlig utfordring her er at avlastning er en kombinasjon av timer per uke (rullerende enkeltvedtak) og døgn (vanlig enkeltvedtak)

6.3. Videre arbeid

Til tross for at fravær av eller mangelfulle opplysninger om tjenestetilbyders organisasjonsnummer kan by på noen utfordringer, er det grunn til å videreføre arbeidet med fordeling av timer (hjemmetjenester) og døgn (institusjonstjenester) på kommunenivå. Resultatene fra analysen av andel manglende eller feil registrert organisasjonsnummer vil gi en pekepinn på videre arbeid med dataene. Kvaliteten på utfyllingen av organisasjonsnummer, og da særlig for hjemmetjenester, bør være avgjørende for hvordan f.eks. sektorfordelte tall presenteres mht. aggregeringsnivå.

En fordeling av andel timer (hjemmetjenester) og andel døgn (institusjonstjenester) gjennom året på henholdsvis offentlige og private tjenestetilbydere, og en fordeling av timer og døgn i privat virksomhet på henholdsvis kommersielle og ideelle tjenestetilbydere, vil kanskje ikke i første omgang kunne gi et fullstendig bilde som følge av «brokete» registrering av organisasjonsnummer. Samtidig vil den informasjonen som er mulig å fordele på ulike sektorer og forskjellige tjenestetilbydere gi et mer nyansert bilde av det private innslaget i helse- og omsorgstjenesten i kommunene, og ikke minst kunne redusere anonymiseringsutfordringen.

Mulige områder for videre arbeid:

- Analysere graden av utfylt organisasjonsnummer på tallene for hele årgangen
- Vurdere aggregeringsnivå for presentasjon av sektorfordelte tall
- Vurdere presentasjon av timer/døgn på mer detaljert nivå. I tilfellet lav kvalitet anbefales det å lage en liste over kommuner med dårlig utfylt organisasjonsnummer for tettere oppfølging for å få bedre data for 2019-årgangen som blir tilgjengelig i 2020.
- Institusjonstjenester som dag- og nattopphold i institusjon måles i timer, samtidig som de andre institusjonstjenestene måles i døgnopphold. Det bør derfor vurderes muligheten til å konvertere timebaserte tjenester til døgn for institusjonstjenester i presentasjon av forbruket av omsorgstjenester i timer/døgn. Eventuelt kan timebaserte tjenestene holdes utenfor.
- Dersom anonymitetsutfordringen er for stor til å framstille data på kommunenivå, anbefales det å presentere todelt sektorfordeling: kommunale og private tjenestetilbydere.
- Analyse av ressursinnsats i stedet for vedtakstimer bør vurderes, særlig for de tjenester som synes å ha større innslag av private tilbydere.

7. Sykehjem/institusjoner og øvrige virksomheter

Kapittel 7 tar sikte på å presentere private tjenestetilbyderes andel av sykehjem og andre institusjoner i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I praksis søker kapittelet å fordele helse- og omsorgsinstitusjoner som rapporteres gjennom KOSTRA-skjema 5 på henholdsvis offentlige og private tjenestetilbydere, og dernest fordele institusjoner i privat virksomhet på henholdsvis kommersielle og private tjenestetilbydere i den grad det lar seg gjøre.

7.1. Funn

Antall tjenestetilbydere innen KOSTRA-funksjon 253 er ifølge KOSTRA-skjema 5 totalt 1 226 virksomheter i 2017. Som nevnt i kapittel 2.2 finnes det flere populasjoner for denne KOSTRA-funksjonen. Tabell 7.1 viser populasjonen fra KOSTRA-skjema 5 fordelt etter fylke og tredelt sektor.

Tabell 7.1. Virksomheter, etter sektor og fylke. 2017. Antall

Fylke	I alt	Kommunale	Privat kommersielle	Privat ideelle
Østfold	49	45	4	-
Akershus	95	89	6	-
Oslo	63	33	16	14
Hedmark	56	56	-	-
Oppland	55	51	3	1
Buskerud	67	62	5	-
Vestfold	48	44	2	2
Telemark	44	44	-	-
Aust-Agder	35	35	-	-
Vest-Agder	44	44	-	-
Rogaland	107	99	1	7
Hordaland	123	104	7	12
Sogn og Fjordane	43	43	-	-
Møre og Romsdal	90	90	-	-
Sør-Trøndelag	79	76	-	3
Nord-Trøndelag	41	40	-	1
Nordland	90	90	-	-
Troms	60	60	-	-
Finnmark	37	34	-	3
I alt	1226	1139	44	43

Kilde: KOSTRA-skjema 5

7.2. utfordringer

Det er ulike populasjoner som ligger til grunn for de ulike statistikkene i KOSTRA. I notatet har vi i hovedsak fordelt populasjonene etter fylke.

SSB har lagt ut liste over alle tjenestetilbydere som med utgangspunkt i næringskode er potensielle tjenesteleverandører innen helse og omsorg. Denne listen ligger her: <https://www.ssb.no/innrapportering/offentlig-sektor/attachment/331983?ts=16026114838>

Tabell 7.2 viser fordeling og gruppering av oversikten over alle tjenestetilbydere etter sektor.

Tabell 7.2. Virksomheter, etter sektor. 2017. Antall

Sektor	Virksomheter
1520 Kommunalt eide aksjeselskaper mv.	4
2100 Private aksjeselskaper mv.	378
2300 Personlige foretak	17
6500 Kommuneforvaltningen	5656
7000 Ideelle organisasjoner	272
8200 Personlig næringsdrivende	337
Sektor ikke oppgitt	2
I alt	6666

Kilde: KOSTRA, SSB

Hvilken populasjon som utgjør det beste grunnlaget for en navneliste over tjenestetilbydere, er det ikke noe opplagt svar på. Det vil avhenge av hva formålet med en slik liste er. Se også beskrivelsen av de enkelte populasjonene andre steder i notatet.

Ved oversendelse av notatet fulgte det også med en oversikt over alle kommuner i Norge med innbyggertall, sentralitet, KOSTRA-gruppe og gruppert etter antall innbyggere (kommunestørrelse).

7.3. Videre arbeid

For å sette opp en navneliste som inkluderer private kommersielle og private ideelle tjenestetilbydere i helse- og omsorgstjenesten i Norge, kan det være hensiktsmessig å avgrense hvilket formål en slik oversikt skal tjene. For eksempel er det en forskjell på hvilke tjenestetilbydere som potensielt tilbyr tjenester og hvilke tjenestetilbydere som faktisk produserer tjenester på helse- og omsorgsområdet i kommunene. I første omgang er populasjonen i IPLOS det mest nærliggende, men her kan krav til undertrykking av sensitiv informasjon være en utfordring. Alternativt kan en liste over de kommuner som ikke har registrert innslag av private tilbydere i så måte være enklere å produsere.

Referanser

Abrahamsen, D., Allertsen, L. og Skjøstad, O. (2016a): *Hjemmetjenestens målgrupper og organisering*, Rapport 2016/13, Statistisk sentralbyrå
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/hjemmetjenestens-malgrupper-og-organisering>

Abrahamsen, D., Allertsen, L. og Skjøstad, O. (2016b): *Dagaktivitetstilbud i omsorgstjenesten*, Rapport 2016/43, Statistisk sentralbyrå
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/dagaktivitetstilbud-i-omsorgstjenesten>

Regnskapsrapporteringen i KOSTRA. Hovedveileder
<https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/kostra/regnskapsrapporteringen/id551573/>

KOSTRA skjema 5 Helse – og omsorgsinstitusjoner 2017

1 Opplysninger om kommunen og ansvarlig for rapporteringen	
Kommunenr <input type="text"/>	Kommunens navn <input type="text"/>
Bydelsnr <input type="text"/>	Bydelsnavn <input type="text"/>
Navn skjemaansvarlig <input type="text"/>	
Tlf nr <input type="text"/>	
E-post skjemaansvarlig <input type="text"/>	
2 Opplysninger om institusjonen	
<i>Dersom det er endringer/feil i opplysningene nedenfor, vennligst angi dette i merknadsfelt til slutt. Dersom en institusjon savnes i forhåndsutfyllt liste, vennligst gi beskjed til kommunal-helse-omsorg@ssb.no.</i>	
Institusjonens navn <input type="text"/>	
Institusjonens organisasjonsnummer <input type="text"/>	
Foretakets organisasjonsnummer <input type="text"/>	
Institusjonens adresse <input type="text"/>	
Postnr <input type="text"/>	
Poststed <input type="text"/>	
Institusjonens e-postadresse <input type="text"/>	
Institusjonens tlf.nr <input type="text"/>	
(Evt. endring av navn, organisasjonsnr, foretaksorganisasjonsnr eller adresse gjøres ved å gi beskjed i merknadsfelt til slutt i skjemaet.)	
Tilstand <input type="text" value="Ordinær drift"/>	
Dersom institusjonen var ny i fjor eller er ute av drift (midlertidig eller permanent), angi dato (dd.mm.åå) for når dette inntraff: <input type="text"/>	
Dersom virksomheten er permanent opphørt som institusjon, vennligst angi årsak: <input type="radio"/> Nedlagt (ikke lenger stasjonert personell på stedet) <input type="radio"/> Avhjemlet (erstattet av annet botilbud enn institusjon) <input type="radio"/> Annen type virksomhet enn institusjon/botilbud	
Ved avhjemling eller "annen type virksomhet", vennligst spesifiser: <input type="text"/>	

3 Plasser og rom					
Institusjonstype					
<input type="text"/>					
Plasser					
Antall plasser i drift mot slutten av året:	<input type="text"/>	.		For alle plasser – også avlastningsplasser - angis plasser tilsvarende maksimalt antall	
Samtidige beboere.					
Antall plasser rapportert i fjor:					Totalt
<input type="text"/>					<input type="text"/>
Antall plasser slik bygningen er utformet (kapasitet) per 31.12, uavhengig om plassene er i bruk eller ikke på talletidspunktet.	I sykehjemsavd.	I aldershjemsavd.	Ø-hjelp-plasser	I annen type avd.	Totalt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rom (bygningmessig utforming - slik bygningen er planlagt brukt, ikke provisoriske løsninger.) Rom som hovedsakelig brukes til øyeblikkelig hjelp døgnopphold, skal ikke telles med.					
Romtyper:					Antall rom
- Dimensjonert for en beboer:					<input type="text"/>
- Dimensjonert for to eller flere beboere:					<input type="text"/>
Beboerrom i alt:					<input type="text"/>
<i>Av disse:</i>					
Antall brukertilpassede enerom med eget WC og bad					<input type="text"/>
Merknader til antall plasser/rom					
<input type="text"/>					
4 Spesielle tilbud					
<i>Av plasser totalt rapportert foran, vennligst angi plasser som er avsatt (budsjettert) for spesielle formål</i>					
					Antall plasser
Plasser i forsterket tilrettelagt avdeling for personer med demens					<input type="text"/>
Plasser i annen tilrettelagt avdeling for personer med demens					<input type="text"/>
Plasser i tilrettelagt avdeling for personer med psykiske lidelser					<input type="text"/>
Plasser i tilrettelagt avdeling for rusomsorg					<input type="text"/>
<i>Tidsbegrensede plasser</i>					
Plasser spesielt avsatt for rehab. opphold (innrettet mot mestring og gjenvinning/opprethold av funksjonsevnen):					<input type="text"/>
Avlastning					<input type="text"/>
Annen type ikke-medisinske tidsbegrensede plasser					<input type="text"/>
.					
<i>Plasser for medisinsk innleggelse</i>					
Lindrende (palliativt)					<input type="text"/>
Annen type medisinske plasser					<input type="text"/>
.					
Tidsbegrensede plasser i alt					<input type="text"/>
Spesielt tilrettede plasser i alt					<input type="text"/>
Drives medisinske plasser i samarbeid med andre kommuner?					<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Merknader til plasser					
<input type="text"/>					
5 Plasser disponert av andre kommuner/bydeler eller helseforetak					
			Av disse i ...		
Kommune (ev. helseforetak)	Bydel	Antall plasser	sykehjemsavdeling	øyeblikkelig hjelp døgnopphold	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
6 Merknader					
<input type="text"/>					