



Rapport 2018/22 |



Likeverd og samfunnsdeltagelse - kostnader ved alternative løsninger

Brukerstyrt personlig assistanse eller ordinære helse- og omsorgstjenester fra kommunen?

Ingeborg Rasmussen og Steinar Strøm

Dokumentdetaljer

Tittel	Likeverd og samfunnsdeltagelse - kostnader ved alternative løsninger
Rapportnummer	2018/22
ISBN	978-82-8126-375-8
Forfattere	Ingeborg Rasmussen og Steinar Strøm
Prosjektleder	Ingeborg Rasmussen
Kvalitetssikrer	Haakon Vennemo
Forsidebilde	Privat hentet fra Ulobas hjemmeside
Oppdragsgiver	Uloba
Dato for ferdigstilling	10.juni 2018
Tilgjengelighet	Offentlig
Nøkkelord	Brukerstyrt personlig assistent (BPA), helse- og omsorgstjenester, kommune-økonomi, samfunnsøkonomi

Om Vista Analyse

Vista Analyse AS er et samfunnsfaglig analyseselskap med hovedvekt på økonomisk forskning, utredning, evaluering og rådgivning. Vi utfører oppdrag med høy faglig kvalitet, uavhengighet og integritet. Våre sentrale temaområder omfatter klima, energi, samferdsel, næringsutvikling, byutvikling og velferd.

Våre medarbeidere har meget høy akademisk kompetanse og bred erfaring innenfor konsulentvirksomhet. Ved behov benytter vi et velutviklet nettverk med selskaper og ressurspersoner nasjonalt og internasjonalt. Selskapet er i sin helhet eiet av medarbeiderne.

Forord

Vista Analyse har på oppdrag fra Uloba vurdert kostnader og gevinster ved brukerstyrt personlig assistent (BPA). Dette er gjort gjennom å sammenlikne kostnadene ved BPA-ordningen med øvrige helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

Analysene er basert på offentlig tilgjengelig informasjon. Prosjektrammene har ikke gitt rom for å gjennomføre egne undersøkelser eller å hente inn registerdata. Vi ser et stort behov for å denne type data, slik at effektene av BPA-ordningen kan verdsettes med et større presisjonsnivå enn vi har hatt muligheter til i dette prosjektet.

Vi takker for gode kommentarer til et tidligere utkast, og for lærerike og hyggelige møter.

10.juni 2018

Ingeborg Rasmussen

Prosjektleder/partner

Vista Analyse AS

Innhold

Sammendrag og konklusjoner.....	5
1 Innledning.....	9
1.1 Utredning om kostnader og gevinster	10
1.2 Organisering av rapporten	10
2 BPA – bakgrunn og utvikling.....	11
2.1 Like muligheter til samfunnsdeltagelse og brukerstyring	11
2.2 En visjon om at alle skal kunne delta	12
2.3 En liten, men viktig ordning	12
2.4 Kommunenes frie inntekter ble styrket ved rettighetsfastsettelse	16
2.5 Kommunenes utgifter til helse- og omsorgstjenester	18
2.6 Bruk av tjenester som kommer i tillegg til BPA	20
2.7 Unge brukere og brukere med stort bistandsbehov som ikke har BPA	21
3 Kostnader og gevinster.....	22
3.1 Metodisk utgangspunkt, datagrunnlag og forutsetninger	22
3.2 Inngangsdata i kostnadsanalysen	23
3.3 Anslåtte kostnader ved BPA og andre hjemmebaserte tjenester	28
3.4 Samfunnsøkonomiske gevinster	34
3.5 Kommuners insentiver med hensyn til ulike alternativer	36
3.6 Oppsummering: Kostnadene ved BPA	36
Referanser.....	38
Figurer	
Figur 2.1 Mottakere av BPA etter alder (2009-2017)	13
Figur 2.2 Vekst i antall brukere fra året før, aldersfordelt. 2010-2017*	14
Figur 2.3 Samlet timeforbruk per tjeneste i løpet av året, 2010 - 2017	15
Figur 2.4 Andel brukere og andel timer fordelt på aldersgrupper. BPA og alle tjenester.	16
Figur 2.5 Utviklingen i kommunenes driftsutgifter til pleie og omsorg, 2010-2017	19
Tabeller	
Tabell 2.1 Merkostnader ved å inkludere støttekontakt og avlastning i rettighetsgrunnet (mill. kroner) beregnet i Prop.86 (2013-2014).....	17
Bokser	
Tekstramme 1.1: BPA er et viktig bidrag til likeverd, likestilling og deltagelse (Rundskriv, 1-9/2015) ...	9

Sammendrag og konklusjoner

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er et viktig bidrag til likeverd, likestilling og samfunnsdeltakelse for personer med behov for assistanse. For personer i denne situasjonen betyr BPA mye for muligheten til yrkesdeltakelse, utdanning og et aktivt og selvstendig liv. I likhet med Prop. 86 L (2013 – 2014) finner vi at BPA er kostnadseffektiv og ressursbesparende sammenliknet med andre ordninger. Dette gjelder selv om vi inkluderer en smådriftsulempe på 14 prosent, målt som brukerrettet tid. Vi finner at BPA kan gi kommunale budsjettbesparelser på over 1 mrd kroner i året selv når det sammenliknes med alternativer der det tildeles betydelig færre brukerrettede timer gjennom ordinære tjenester. Dersom vi tar hensyn til en potensiell etterspørseffekt på 20 prosent som følge av at BPA erstatter ubetalt arbeid fra familiemedlemmer, så reduseres budsjettbesparelsene med om lag 500 millioner kroner. I tillegg til ressursbesparelser, kommer samfunnsøkonomiske gevinster i form av økt arbeidsdeltagelse for brukerne, og for deres familier.

Lov- og rettighetsfestet ordning

BPA-ordningen stammer fra Independent Living-bevegelsen i USA på 1960- tallet. Bevegelsen ble startet av studenter med betydelige fysiske funksjonsnedsettelse som mente at de selv visste best om sin egen situasjon. BPA skiller seg fra kommunens ordinære helse- og omsorgstjenester ved at BPA er «et frigjøringsverktøy som er utarbeidet i respekt for den enkeltes integritet og verdighet, og som setter de i stand til en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre» (Helseminister Bent Høie, 2017). BPA ble første gang lovfestet i sosialtjenesteloven i 2000. Fra 2015 ble BPA rettighetsfestet for definerte målgrupper.

Kostnader og gevinster ved BPA

Ved rettighetsfestelsen i 2015 ble kommunene tilført ekstra midler i rammetildelingen på 300 millioner kroner i 2015, økt til 500 millioner kroner i 2016 (beregnet helårsvirkning). De økonomiske virkningene av rettighetsfastsettelsen er ikke evaluert. Det finnes også svært lite kunnskap om kostnader og gevinster ved BPA sammenliknet med andre kommunale tjenester som kan tjene det samme formålet. Uloba ønsket derfor en utredning der følgende problemstillinger skulle besvares:

- Hva er kostnadene ved BPA-ordningen sammenliknet med andre offentlige tjenester som brukerne av ordningen må benytte?
- Hva er gevinsten ved at brukerne av BPA-ordningen kan delta i samfunns- og arbeidsliv?

I denne rapporten besvarer vi disse problemstillingene. Analysene er holdt på et overordnet nivå, og er basert på offentlig tilgjengelige data. På tross av en del usikkerhet i beregningene kan vi slå fast at BPA er kostnadseffektivt og ressursbesparende sammenliknet med andre ordninger. Forklaringen bak dette resultatet er at nær 100 prosent av tiden er brukerrettet ved BPA-ordningen mot 50-60 prosent av arbeidstiden i ordinære helsetjenester. BPA-ordningen er basert på arbeidskraft uten helsefaglig profesjonsutdanning og bruker således arbeidskraft med lavere kostnader enn det som kreves i kommunens øvrige helsetilbud.

En liten, men viktig ordning

BPA er egnet for en relativt liten, heterogen målgruppe. Antall brukere ved utgangen av 2017 var på i underkant av 3500, mot 3000 brukere i 2014 før ordningen ble rettighetsfestet. BPA krever at brukeren eller en nærstående leder assistentens arbeid, og at det også gis frihet til at brukeren faktisk får anledning til å styre den tiden som er tildelt. Barn og personer med kognitiv svikt er avhengig av at en nærstående person kan ta arbeidslederansvaret for at de skal kunne tildeles ordningen. Kravet til arbeidsledelse gjør at ordningen på langt nær er for alle, men for de som kan, og ønsker å styre egne assistenter, gir ordningen en større frihet og muligheter til styring over eget liv.

BPA gir kostnadsbesparelser for brukere som kan være arbeidsledere

For brukergrupper som er omfattet av rettighetsbestemmelsen, og som kan, og ønsker å være arbeidsledere, gir BPA-ordningen kostnadsbesparelser for kommunen sammenliknet med andre ordninger som kan gi noenlunde sammenliknbar kvalitet. Dette gjelder også for målgrupper som er avhengig av en stedfortreder fra nær familie som arbeidsleder. Tabell S1 oppsummerer resultatene fra kostnadsberegningene.

Tabell S1: Oppsummering av kostnadssammenlikning mellom BPA og andre tjenester brukeren kan benytte

Kostnadspost	Budsjett og samfunnsøkonomiske gevinster ved BPA, 1000 2017-kroner	Kilde og vurdering av usikkerhet
Direkte kostnadsbesparelser i brukertede timeforbruk	1 118 230	Beregninger vist i alternativ 1 (Tabell 3.7). Forutsatt smådriftsulempe på 14 prosent Konservative (lave) kostnadsestimat på kostnadene i øvrige kommunens øvrige tjenestetilbud
Økte kostnader som følge av erstatning av frivillige timer	-527 813	Forutsatt at 20 prosent av BPA timene erstatter frivillige timer, dvs at BPA-ordningen har en etterspørseffekt begrunnet i bedre kvalitet for brukeren, og som er av høy nok kvalitet til at pårørende avlastes. Anslaget er usikkert. Kostnaden har en motpost (gevinstside) som må antas å være minst like høy som kostnadene
Administrative mer-kostnader i kommunen	-52 781	Forutsatt at 2 prosent av de direkte kostnaden er merkostnader til kommunens administrasjon av ordningen. Kommunene har uansett løsning administrative kostnader. Høy usikkerhet ved anslaget som også vurderes å være et øvre estimat på denne posten
Sum budsjettbesparelser ved BPA-ordningen 2017	537 636	Kommunenes samlede budsjettgevinster ved 3500 brukere med 32-33 BPA timer per uke
Skattekostnad	107 527	Skattekostnad på 20.pst i hht Finansdepartementets retningslinjer
Sum samfunnsøkonomiske gevinster ved BPA (prissatte)	645 163	Beregnet samfunnsøkonomiske kostnadsbesparelser
Gevinst per bruker	184 491	Prissatte samfunnsøkonomiske gevinster per bruker

Store gevinster for bruker, pårørende og samfunn

Gevinstene som søkes oppnådd gjennom BPA-ordningen er angitt i formålet med ordningen. Det er godt dokumentert at BPA-ordningen utløser de ønskede gevinstene for de som kan, og ønsker å være arbeidsledere, eller har en nærstående som kan fungere som arbeidsleder.

Den pågående følgeevalueringen viser følgende gevinster ved BPA (Ervik, Kjerstad, Skogedal Lindén, & Ru, 2017):

- BPA gir muligheter til et å leve et friere liv. Dette er i tråd med formålet med ordningen og en samfunnsøkonomisk gevinst.
- BPA bidrar til økt arbeidsdeltagelse
- BPA bidrar til økt utdanning
- BPA bidrar til økt samfunnsdeltagelse
- BPA bidrar til økt likeverd og selvstendighet

I følge undersøkelsen er det økt samfunnsdeltakelse og selvstendighet som flest respondenter sier seg enig i. De fleste er også enige i at ordningen bidrar til å sikre likeverd og likestilling. Yrkesdeltagelse og utdanning kommer noe dårligere ut, men har en positiv virkning på deler av utvalget. Econ (2010) finner at BPA har positive virkninger på arbeidsledernes, så vel som deres families, arbeidsdeltagelse. Dette gir samfunnsøkonomiske gevinster, i tillegg til velferdsgevinster for brukerne og deres familier.

NOU (2011:17) viser til at mange pårørende strekker seg lenger enn hva som er godt for helsen, og mange ofrer både deltagelse i yrkeslivet og sosialt fellesskap for å yte pårørendeomsorg. Det vises til at pårørendeomsorgens pris ofte er redusert helse, angst og depresjoner. BPA kan i mange tilfeller være en løsning som ivaretar pårørende slik at de beholder egen helse, og omsorgsevne. Dette er gevinster som det ikke er mulig å verdsette fullt ut i kroner, men som likevel hører med i en samfunnsøkonomisk analyse. I våre beregninger har vi lagt til grunn at BPA ikke påvirker behovet for andre tjenester. Econs funn tyder på at denne forutsetningen bør modereres. En stor andel av respondentene mener at BPA medfører et mindre behov for andre helse- og omsorgstjenester. Dette gir i tilfelle kostnadsbesparelser som ikke er inkludert i kostnadsestimatene.

I Tabell S2 har vi oppsummert gevinster ved BPA-ordningen. Vi har delt gevinstene i to kategorier; gevinster som kan verdsettes i kroner og ører dersom det hentes inn brukerdatabaser, og gevinster som ikke fullt ut kan verdsettes i kronebeløp.

Tabell S2: Identifiserte gevinster ved BPA

Gvinster som kan verdsettes hvis det hentes inn data	Kilder og vurderinger
Økt arbeidsdeltagelse blant voksne BPA-brukere	Econ (2010) beregner 6,6 timer økt arbeidsdeltagelse i gjennomsnitt per uke per voksne arbeidsleder
Økt deltagelse i studier, med økt sannsynlighet for senere arbeidsdeltagelse	Econ (2010) finner at 15 prosent av BPA brukerne studere, uten BPA vil 67 prosent av disse ikke vært i utdanning og 33 prosent studert mindre
Økt arbeidsdeltagelse blant familiemedlemmer til BPA-brukere	Econ (2010) finner at arbeidsinnsaten til familiemedlemmer er BPA-bruker øker med i gjennomsnitt 14,7 timer per uke
Redusert bruk av helsetjenester, fysioterapi, sykehusinnleggelse etc	Flere studier finner redusert behov for helsetjenester, men vi har ikke funnet kilder som har beregnet kostnadene ved tjenestene
Nedre anslag for gevinstene over	Med utgangspunkt i funn fra Econ (2010) vil et nedre anslag på gevinstene av økt arbeidsdeltagelse kunne være 100 000 – 250 000 kroner per BPA bruker. Det vil si en samfunnsøkonomisk gevinst på 350 millioner kroner til 750 millioner kroner.
Gvinster som delvis, eller ikke kan verdsettes	Stort omfang og betydelig positiv konsekvens
Likeverd og muligheter til å leve et fritt liv	Formålet med BPA. Realisering av samfunns mål er en gevinst. Klart positivt funn flere studier, deriblant den pågående følgeevalueringen
Samfunnsdeltagelse	Samme som over
Livskvalitet	Samme som over

1 Innledning

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en ordning som gir funksjonshemmede med assistansebehov praktisk bistand til å gjøre ting som andre kan gjøre selv: Kle på seg og gjøre husarbeid, komme seg til skole og arbeidsplass, handle og lage mat, være sammen med venner og familie og engasjere seg i samfunnet.

BPA er et viktig bidrag til likeverd, likestilling og samfunnsdeltakelse for personer med funksjonsnedsettelse. For personer med behov for assistanse betyr BPA mye for muligheten til yrkesdeltakelse, utdanning og et aktivt og selvstendig liv.

Ordningen fungerer slik at tjenestemottakeren (brukeren) selv organiserer arbeidet til de som yter bistand (assistenten). Retten til å få kommunale tjenester organisert som BPA følger av lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) av 2. juli 1999, nr. 63 § 2-1 d. Ordningen omfatter også personer som ikke kan fylle arbeidslederrollen selv, slik at barn og personer med kognitive funksjonsnedsettelser også kan ha BPA.

Bestemmelsen med rettighetsfastsettelse trådte i kraft 1. januar 2015¹. Kommunen har imidlertid plikt til å vurdere å tilby tjenester organisert som BPA også for brukere som ikke faller inn under rettighetsbestemmelsen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-8.2. Funksjonshemmede med behov for personlig assistanse og som av ulike grunner ikke søker om eller tildeles BPA, vil motta alternative tjenester fra kommunen. BPA ble første gang lovfestet i sosialtjenesteloven i 2000 (nå Helse- og omsorgstjenesteloven). Lovfestingen ga kommunene plikt til å ha BPA som en del av sitt tjenestetilbud, men det var opp til saksbehandlerne å innvilge ordningen. Lovfestingen kom etter det hadde vært gjennomført forsøksordninger gjennom 1990-tallet og evalueringer som viste at forsøksordningene hadde vært vellykket.

Rettighetsfastsettelsen fra 2015 befester BPA som et viktig tilbud til aktuelle målgrupper. Formålet med rettighetsfastsettelsen framkommer blant annet i et rundskriv fra departementet (jf Tekstramme 1.1 der deler av formålet er gjengitt).

Tekstramme 1.1: BPA er et viktig bidrag til likeverd, likestilling og deltagelse (Rundskriv, 1-9/2015)

Brukerstyrt personlig assistanse er et viktig bidrag til likeverd, likestilling og samfunnsdeltakelse for personer med nedsatt funksjonsevne og stort behov for bistand. For personer i denne situasjonen betyr BPA mye for muligheten til yrkesdeltakelse, utdanning og et aktivt og selvstendig liv. Rettighetsfestingen av BPA er begrunnet i et ønske om å sikre mennesker med stort behov for praktisk bistand en større mulighet til å ta ansvar for eget liv og egen velferd.

BPA skiller seg fra kommunens ordinære helse- og omsorgstjenester ved at BPA er «*et frigjøringsverktøy som er utarbeidet i respekt for den enkeltes integritet og verdighet, og som setter de i stand til en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre*» (Helseminister Bent Høie i brev til landets ordførere, datert februar 2017). BPA følger også opp intensjonen i FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne. BPA har dermed et annet utgangspunkt og formål enn

¹ Lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (rett til brukerstyrt personlig assistanse) av 20. juni 2014 nr. 41

kommunens ordinære helse- og omsorgstjenester ved at tjenesten er rettet mot funksjon og likeverd, framfor behandling, omsorg og helse.

De samlede merkostnadene til rettighetsfastsettelsen ble anslått til 300 mill. kroner i 2015, økende til 500 mill. kroner i 2016. I 2015 ble det bevilget 300 mill. kroner til oppfølging av lovendringen over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett, og i 2016 ble bevilgningen økt med ytterligere 200 mill. kroner (helårseffekt). Bevilgningene ble gitt som en del av kommunenes frie inntekter.

1.1 Utredning om kostnader og gevinster

Rokkansenteret har fått i oppdrag å evaluere rettighetsfestingen av BPA gjennom en følgeevaluering. Den første evalueringsrapporten; *Rettighetsfesting av BPA – store forventninger, betinget suksess* (Ervik, Kjerstad, Skogedal Lindén, & Ru, 2017), viser som tittelen antyder at rettighetsfesting av ordningen så langt ikke har fungert etter intensjonen. Dette framgår også av regjeringserklæringen der det heter at regjeringen vil «sikre at ordningen med brukerstyrt personlig assistanse (BPA) fungerer etter hensikten» (Jeløya-plattformen, 2018).

De økonomiske konsekvensene av å endre BPA-ordningen har så langt ikke vært evaluert. Uloba ønsket derfor en kortfattet utredning av følgende:

- Hva er kostnadene ved BPA-ordningen sammenlignet med andre offentlige tjenester som brukerne av ordningen må benytte
- Hva er gevinsten ved at brukerne av BPA-ordningen kan delta i samfunns- og arbeidsliv

Vista Analyse har på oppdrag fra Uloba utredet disse spørsmålene. Rammene for utredningen har ikke gitt rom for egne undersøkelser. Vi har derfor basert oss på offentlig tilgjengelig statistikk og litteratur.

Kostnader og gevinster ved BPA er belyst fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Hovedvekten i utredningsarbeidet er lagt på kostnadssiden der vi så langt som mulig har forsøkt å anslå kostnadene ved BPA sammenliknet med tjenester som BPA-brukere alternativt ville fått. Anslagene er på et overordnet nivå, og det redegjøres for usikkerheten i anslagene.

Gevinsten ved at brukerne av BPA-ordningen kan delta i samfunns- og arbeidslivet har vi ikke funnet grunnlag for å kunne tallfeste på samme nivå som kostnadssiden. Denne delen av utredningen er derfor avgrenset til å identifisere nyttevirksomheter, med en vurdering av omfang og betydning og illustrasjoner av verdsatt nytte basert på de data som finnes om nyttevirksomheter av BPA.

1.2 Organisering av rapporten

Rapporten starter med en oversikt over utvikling av BPA, der vi går gjennom ordningens formål og bruk. Vi ser på utviklingen av bruk av BPA sammenliknet med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester. Kapitlet gir et grunnlag for analysene som gjøres i kapittel 3 der vi beregner enhetskostnader, budsjett- og samfunnsøkonomiske kostnader. Kapitlet gjør også noen overordnede anslag over gevinster ved BPA som det er mulig å verdsette.

2 BPA – bakgrunn og utvikling

I dette kapitlet gir vi en kort oversikt over BPA; hva BPA er og utviklingen i denne ordningen. Vi starter med idégrunnet bak ordningen og hvilke formål ordningen er ment å skulle dekke. Deretter går vi kort gjennom utviklingen av ordningen i tall, der vi også ser på utviklingen i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenester.

Formålet med kapitlet er å sette BPA inn i en større sammenheng, og å gi en oversikt over kunnskapsgrunnet som beregningene i kapittel 3 bygger på.

2.1 Like muligheter til samfunnsdeltagelse og brukerstyring

BPA-ordningen stammer fra Independent Living-bevegelsen i USA på 1960- tallet. Bevegelsen ble startet av studenter med betydelige fysiske funksjonsnedsettelse som mente at de selv visste best om sin egen situasjon. De ønsket mer uavhengighet og selvbestemmelse i eget liv og mulighet til å kunne delta i samfunnet på linje med andre. Independent Living-bevegelsen ble sett på som en protest mot utestenging, sykeliggjøring og umyndiggjøring av personer med funksjonsnedsettelse.

BPA ble vurdert som et viktig virkemiddel i kampen for uavhengighet og selvbestemmelse. Personlig assistanse var en del av verktøyet for deltakelse og muligheten til økonomisk uavhengighet (Askheim, 2003).

Ordningen kan også knyttes til framveksten av en markedsliberalistisk tenking. Innenfor denne tenkingen er innbyggerne kunder i markedet, og krever tjenester som er tilpasset deres individuelle behov, også når de søker velferdstjenester. Velferdsstatens standardiserte og profesjonsstyrte løsninger oppfattes som begrensende. I stedet tas det utgangspunkt i at de som skal ta i mot en tjeneste også er de beste til å vurdere hvordan tjenesten skal utformes og hvem som skal levere tjenesten. Brukerstyring og valgfrihet er i dette perspektivet en forutsetning. Dette sammenfaller med prinsippene for *Independent living* der brukeren går fra å være pasient/klient til å bli bestiller med frihet til å velge, og også kontrollere hvordan tjenesten skal utformes. En viktig forutsetning for ordningen er at brukeren er i stand til å fungere som arbeidsleder for assistent(e). Dette begrenser målgruppen for ordningen, selv om den også inkluderer barn og personer med kognitiv svikt som kan ha en nærstående person som arbeidsleder.

BPA og ideer fra Independent Living-bevegelsen har spredt seg, og er i vekst i Norge, og i en rekke andre land. Organisering og finansieringen varierer på tvers av land, men felles for alle BPA-ordninger er at det er brukeren som i utgangspunktet definerer innholdet i tjenesten som tilbys.

I Norge er BPA lagt under helse- og omsorgstjenesteloven. Dette innebærer at kommunen har kontroll med ordningen, og at BPA vurderes i sammenheng med andre tjenester innenfor helse- og omsorgssektoren. Kommunene kan velge om de selv vil stå som arbeidsgiver eller om de skal få levert tjenesten fra en ekstern aktør. Støttekontakt og hjemmetjenester er eksempler på ordinære tjenester fra kommunen som kommunene kan velge å legge inn i BPA-ordningen. Dette i motsetning til en organisering i en del andre land der BPA er organisert som en kontantytelse til brukeren og brukeren selv velger løsning, inkludert er avtalepart med en BPA-leverandør eller selv står som arbeidsgiver.

2.2 En visjon om at alle skal kunne delta

Rettighetsfestingen av ordningen fra 2015 er forankret i Regjeringens visjon om et samfunn der alle kan delta. I høringsnotatet vises det til at de aller fleste har utdanning og arbeid som målsetning, og har forventninger om å leve et selvstendig og aktivt liv. Rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse skal ifølge Regjeringen bidra til å legge til rette for at personer med funksjonshemming skal kunne nå målene i sine liv. Det framgår også av at rettighetsfestingen har som formål å bedre hverdagen for mennesker med behov for assistanse og for deres pårørende. Videre framgår det at forslaget er en del av Regjeringens arbeid med å følge opp intensjonen i FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Ved rettighetsfastsettelsen av BPA understekes det at omfanget av tjenesten ikke skal strekke seg ut over det kommunen ville gitt av tjenester, dersom de selv hadde ansvaret for organiseringen (Rundskriv, 1-9/2015).

Det framgår også av lovproposisjonen at det finansielle ansvarsprinsippet skal vektlegges ved at det er lagt begrensninger på ordningen for å sikre at kostnadene i forbindelse med BPA ikke blir for høye. Kommunene er pålagt å ivareta prinsipper om forsvarlighet og kostnadskontroll. Kommunene har også rett til å legge inn andre tjenester i vedtaket, dersom de mener dette er hensiktsmessig og forsvarlig. Det er presisert at BPA skal være en alternativ måte å organisere tjenester og praktisk bistand på (Prop. 86 L, 2013 – 2014). Innenfor rammene og vilkårene som kommunene setter, sier proposisjonen at brukeren selv, eller en fungerende arbeidsleder, står fritt til å styre organiseringen. Dette forstås som at arbeidslederen bestemmer hvem han eller hun vil ha som assistent(er), og hva de skal gjøre innenfor de timene de har fått tildelt.

2.3 En liten, men viktig ordning

I 2000 var det i følge SSB 680 BPA-brukere i Norge. Antallet brukere viser en sterk vekst fram til 2009 med 2535 brukere, og til utgangen av 2017 der foreløpige tall viser i underkant av 3500 brukere (se Figur 2.1). På tross av en femdobling av antall brukere fra 2000 til 2017 må BPA fremdeles karakteriseres som en relativt liten ordning i Norge.

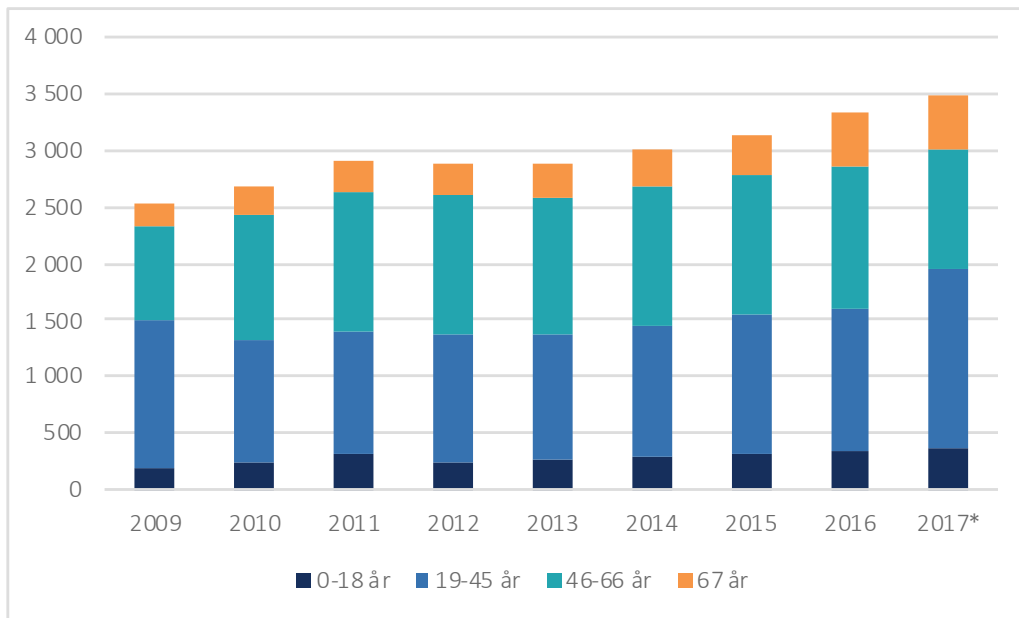
I Prop. 86 L (2013 – 2014) gis det et øvre anslag for antall personer som ville bli omfattet av rettigheten. Det øvre anslaget settes til 14 500 personer, men det sies samtidig at antall personer som vil ønske å benytte seg av en rettighet trolig er betydelig lavere. Dette forklares med at bruker eller en nærstående må kunne være arbeidsleder for at brukeren skal kunne nyttiggjøre seg rettigheten.

Hvorfor ordningen ikke har større omfang er blant spørsmålene som belyses i den pågående følgeevalueringen (Ervik, Kjerstad, Skogedal Lindén, & Ru, 2017).

Foreløpige tall fra SSB for 2017 viser til sammenlikning at 7 798 hadde avlastningstiltak, 32 289 hadde støttekontakt og 81 398 hadde praktisk hjelp fra hjemmetjenesten. Nærmere 155 000 personer mottok helsetjenester i hjemmet i 2017. BPA er riktignok ikke sammenliknbart med helsetjenestene kommunene ellers tilbyr i og med at funksjonsnedsettelsene som BPA skal kompensere for, ikke handler om helse, men om funksjon og assistanse til daglig behov, intime, kroppslige behov så vel som praktiske behov for å kunne delta i samfunnet på lik linje med andre. Dersom kommunen ikke innvilger

BPA, må den som nevnt yte assistanse gjennom tradisjonelle, dyrere tjenester fra helse- og omsorgs-sektoren (Ervik, Kjerstad, Skogedal Lindén, & Ru, 2017). Dette kommer vi tilbake til i kostnadsberegningene.

Figur 2.1 Mottakere av BPA etter alder (2009-2017)



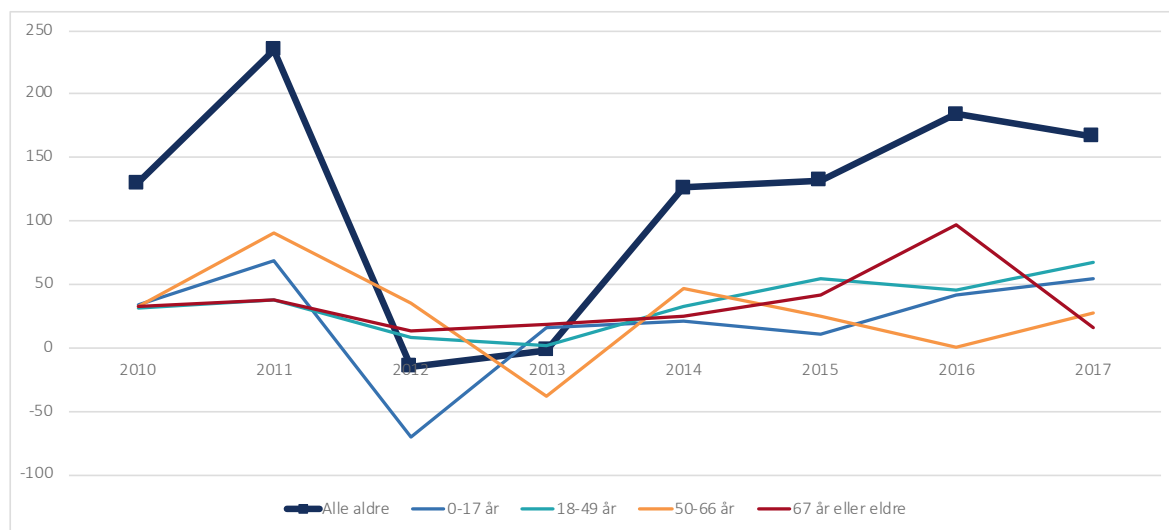
Kilde: SSB (2017* viser foreløpige tall)

Fra 2010 til 2016 har antall BPA-brukere økt med 660 brukere (25 prosent). Selv om veksten i prosent er betydelig, må veksten målt i antall brukere betegnes som beskjedne, og også lavere enn det som ble anslått da rettighetsfastsettelsen trådte i kraft.

Foreløpige tall fra 2017 kan tyde på at det fortsatt er en svak vekst i antall brukere.

Figur 2.2 viser vekst fra året før fordelt på alder fra 2009 til 2017. Som det framgår av figuren varierer den aldersfordele veksten fra år til år. I og med at BPA er en ordning som i utgangspunktet er ment å vare over flere år, vil brukere forflytte seg oppover i alderskategori. Veksten i ulike aldersgrupper sier derfor ikke noe om antall nye brukere fordelt på alder. En netto tilvekst viser likevel at det innvilges flere nye brukere årlig, og at antall nye innvilgelser er større enn frafallet.

Figur 2.2 Vekst i antall brukere fra året før, aldersfordelt. 2010-2017*



Kilde: SSB (2017/26) og Vista Analyse (2017* viser foreløpige tall)

Få har BPA sammenliknet med andre helse- og omsorgstjenester

I 2009 hadde 1,11 prosent av alle mottakere av helse- og omsorgstjenester BPA. I 2016 er dette tallet økt til 1,36 prosent. Det er i aldergruppen under 66 år hvor BPA har den største andelen av helse- og omsorgstjenestene som tilbys hjemmeboende. Andelen BPA-brukere er likevel kun på beskjedne 2,26 prosent for aldersgruppen under 17 år, og godt under 3 prosent for aldersgruppen mellom 18 og 66 år.

Tabell 2.1 BPA som andel av alle mottakere av helse- og omsorgstjenester i 2016. Aldersfordelt

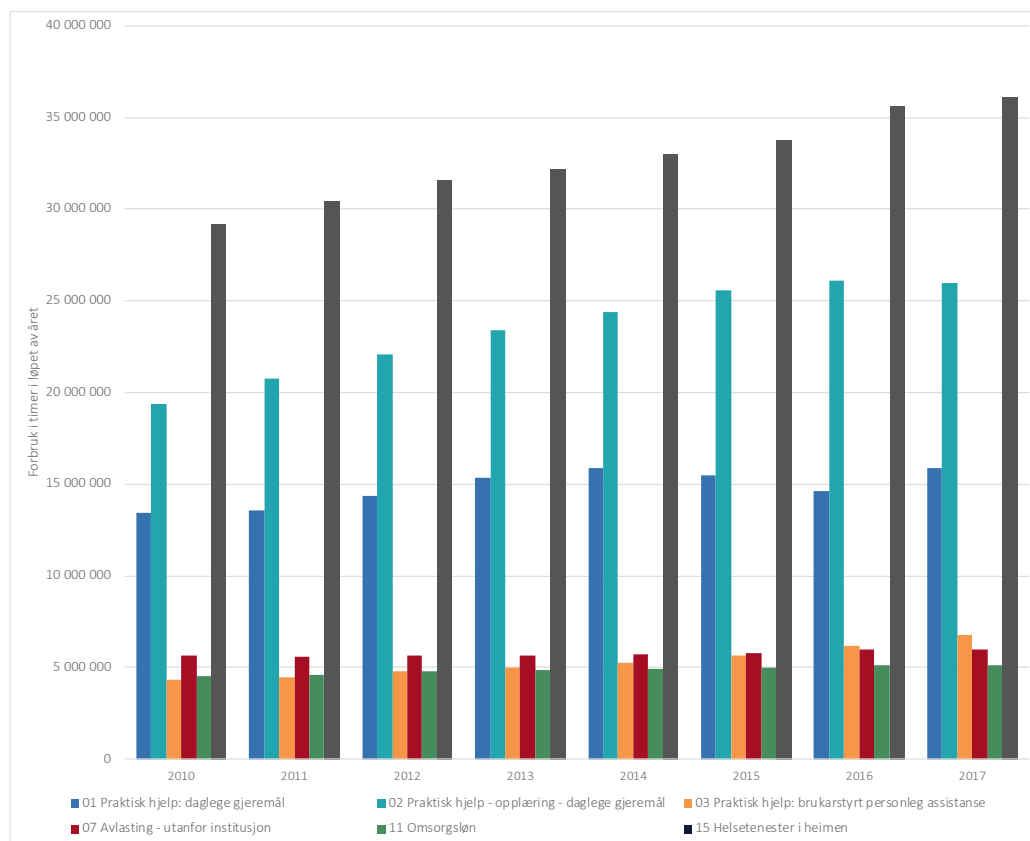
Aldersgruppe	Alle hjemmeboende mottakere	BPA	Andel med BPA
0-17 år	14 010	316	2,26 %
18-49 år	56 458	1512	2,68 %
50-66 år	37 005	1038	2,81 %
67-79 år	44 945	373	0,83 %
80-89 år	63 615	63	0,10 %
90 år og eldre	26 737	28	0,10 %

Kilde: SSB (2017/26)

Kommunene tilbyr en rekke helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende personer med et begrenset behov for bistand. BPA er særlig egnet for personer med et relativt stort behov for assistanse i hverdagen. En BPA-bruker har derfor vanligvis et større behov for assistanse i hverdagen enn gjennomsnittsbrukeren av kommunenes helse- og omsorgstjenester.

I Figur 2.3 viser vi timeforbruk for utvalgte tjenester i løpet av året. Vi ser at BPA fremdeles er en liten del av kommunenes helse og omsorgstjenester, på tross av at ordningen er rettet mot personer med et stort timebehov for assistanse i hverdagen.

Figur 2.3 Samlet timeforbruk per tjeneste i løpet av året, 2010 - 2017



Kilde: SSB (2017/26) og Vista Analyse (2017* viser foreløpige tall)

Gjennomsnittlig antall timer øker

Statistikken viser at gjennomsnittlig antall timer per uke øker under BPA ordningen (se Tabell 2.2).

Tabell 2.2 Gjennomsnittlig antall timer per uke, 2010-2016²

år	timer per uke, gjennomsnitt
2010	30,2
2011	30,7
2012	32,4
2013	33,2
2014	33,5
2015	36,4
2016	37,5

Kilde: (Ervik, Kjerstad, Skogedal Lindén, & Ru, 2017)

En økning i andelen brukere med kognitiv svikt, fra 20 prosent i 2010 til 28 prosent i 2016, kan være en mulig forklaringsfaktor. En økning i andelen unge brukere kan også være en viktig forklaringsfaktor. Samtidig observerer vi at det er en generell økning i andelen brukere med omfattende bistandsbehov innenfor alle kategorier tjenester. Dette kan indikere at flere får det de har behov for, og at

² Tallene avviker noe fra gjennomsnittlig antall timer per bruker estimert på data fra SSB (se kap. 3). Avviket er ikke vesentlig. Korreksjoner i datagrunnlaget, avrundinger mv., kan forklare forskjellene.

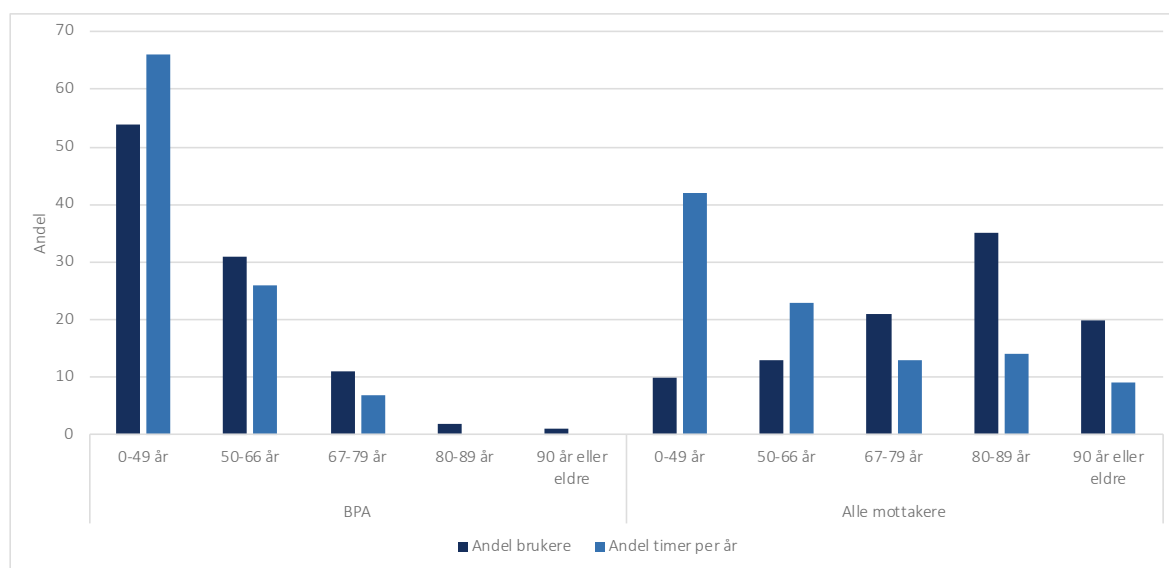
flere unge får anledning til bo hjemme i stedet for på institusjon. Vi viser til den pågående følgeevalueringen for nærmere forklaringer bak den observerte økningen.

Eldre med stort behov for assistanse får ofte tilbud i institusjon (inkludert omsorgsbolig), mens yngre brukere med stort behov for assistanse i større grad får ulike former for hjemmetjenester. Yngre brukere har andre behov enn eldre, de kan være i en utdannelse eller arbeidssituasjon, eller delta på andre samfunnsarenaer der deltagelse krever assistanse.

En økning i antall yngre mottakere av hjemmebaserte tjenester bidrar til å dra det gjennomsnittlige timeforbruket opp for de hjemmebaserte tjenestene sett under ett, og for BPA.

Figur 2.4 viser hvordan brukere og samlet timeforbruk fordeler seg mellom aldersgrupper for BPA-ordningen og for de samlede helse- og omsorgstjenestene som tilbys hjemmeboere. For BPA-ordningen har aldersgruppen under 49 år den høyeste andel brukere, og også den høyeste timeandelen av totalt antall brukerrettede timer. For hjemmebaserte tjenester sett under ett, er aldergruppen under 49 år den minste, men er likevel den aldergruppen med den største andelen brukerrettede timer. Figuren viser viktigheten av å skille mellom ulike alderskategorier når kostnadene ved ulike ordninger skal sammenliknes.

Figur 2.4 Andel brukere og andel timer fordelt på aldersgrupper. BPA og alle tjenester.



Kilde: SSB

2.4 Kommunenes frie inntekter ble styrket ved rettighetsfastsettelse

I lovforslaget (Prop. 86 L, 2013 – 2014) vises det til at forslaget som var på høring ble vurdert som budsjettmessig nøytralt for kommunene. Dette fordi forslaget ikke omfattet kostbare tjenester som nattjenester eller tjenester som krever mer enn én tjenesteyter til stede. Med en avgrensning av rettigheten til brukere med behov for minst 25-32 timer assistanse i uken antas det at eventuelle smådriftsulempet har mindre betydning.

Det vises til at BPA isolert sett (for gitt timetall) er et rimeligere tilbud enn kommunalt organisert praktisk bistand fordi andelen brukerrettet tid av samlet tidsbruk er høyere ved BPA. Det går dermed mindre arbeidstid med til møter og rapportering. Assistentene har heller ikke reisetid mellom flere

brukere, slik mye av personalet i kommunens hjemmetjeneste har. Brutto lønnskostnad per brukerrettet time er ifølge Prop.86 (2013-2014) lavere for BPA enn for praktisk bistand fra omsorgstjenesten. I kapittel 3 viser vi beregninger av kostnadsforskjellen per brukerrettet time for ulike tjenester.

Videre vises det til at en rettighetsfesting kan bidra til høyere offentlige utgifter ved at samlet etterspørsel etter praktisk bistand øker. Dette kan skje som følge av at personer med stort behov for assistanse og som i utgangspunktet får betydelig uformell bistand fra pårørende, for eksempel ektefelle/partner eller foreldre til barn med funksjonsnedsettelse, i stedet velger BPA. Dersom en rett til å velge BPA gjør at flere ønsker å erstatte den private familieomsorgen med et kommunalt finansiert tilbud i form av BPA, vil de offentlige budsjettkostnadene til ordningen øke. De offentlige budsjettkostnadene til ordningen vil da avhenge av hvor mange personer det er som ønsker BPA og som ikke ville fått det uten rettighetsfastsettelse, og som heller ikke ville hatt tilsvarende ressurser i et annet tjenestetilbud.

Det understrekes at det er klare samfunnsøkonomisk gevinster knyttet til bedre avlastning for foreldre. Dette begrunnes med Kaasa-utvalgets (NOU 2011: 17) beskrivelse av en situasjon med slitne foreldre og forslag til økt satsing på blant annet avlastning til denne målgruppa. Et godt tilrettelagt tilbud gjennom BPA kan bidra til at foreldre kan holde ut ellers krevende livssituasjoner og slik styrke foreldre som omsorgsressurser for barna sine, både for barn med nedsatt funksjonsevne og eventuelle søsken.

Ytterligere gevinster for samfunnet, offentlige budsjetter, brukeren og familien av at pårørende får frigjort tid, omtales ikke i Prop.86 (2013-2014).

Utvidelsen av rettigheten til også å omfatte støttekontakt og avlastning ble beregnet til 300 millioner kroner det første året, med en ytterligere økning med 200 millioner kroner i 2016. En BPA assistent har høyere timekostnader enn en støttekontakt. De samlede kostnadene ble beregnet til 55 mill. kroner per år. Kostnadene ved å inkludere avlastning til personer med foreldreansvar for hjemmeboende barn under 18 år ble anslått til 200 mill. kroner det første året og med ytterligere 200 mill. kroner i 2016. Det er også beregnet noen kostnader som følge av økte smådriftsulemper. Anslåtte budsjettmessige merkostnader ved rettighetsfastsettelse er vist i Tabell 2.3.

Tabell 2.3 **Merkostnader ved å inkludere støttekontakt og avlastning i rettighetsgrunnlaget (mill. kroner) beregnet i Prop.86 (2013-2014)**

	2015	f.o.m 2016
Høyere lønnskostnad for assistent i BPA enn støttekontakt	55	55
Økt etterspørsel etter kommunale tjenester (i form av BPA) fra barnefamilier	200	400
Smådriftsulemper ved at støttekontakt og avlastning blir inkludert i rettighetsgrunnlaget	45	45
Total merkostnad	300	500

En antatt økt etterspørsel etter BPA fra barnefamilier begrunnes i at mange foreldre strekker seg langt, men at BPA kan oppleves som mer trygt, stabilt og forutsigbart tilbud enn andre tilbud om avlastning. Det å inkludere avlastning i rettighetsgrunnlaget antas derfor å forsterke denne etterspørselseffekten.

Ordningen for ressurskrevende tjenester dekker 80 prosent av kommunenes netto lønnskostnader over et innslagspunkt på 1 157 000 kroner i 2017 for angitte tjenester. Dette tilsvarer over 50 timer BPA per uke. I Prop.86 (2013-2014) antas det ikke å være vesentlige smådriftsulemper ved BPA

sammenliknet med andre tjenester. En rettighetsfastsettelse ble derfor ikke vurdert å ha kostnads-konsekvenser for ressurskrevende gruppen.

Tekstramme 2.1: Hvem har rett til BPA?

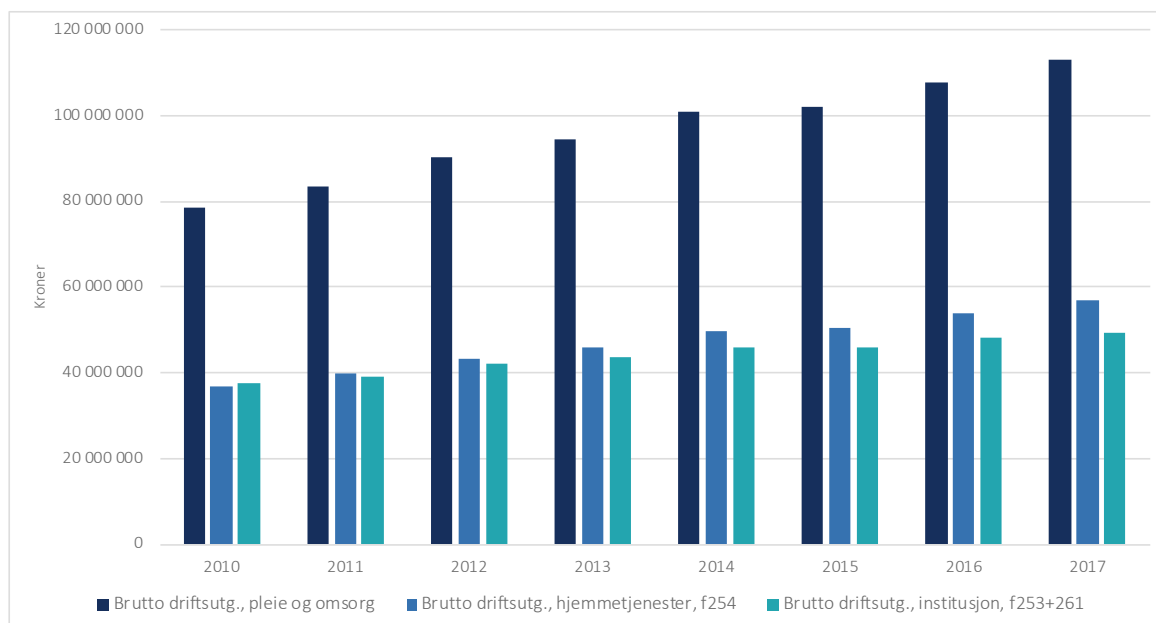
Lov om pasient- og brukerrettigheter § 2-1 d. Rett til brukerstyrt personlig assistanse

- Personer under 67 år med langvarig og stort behov for personlig assistanse etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b har rett til å få slike tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse. Retten omfatter avlastningstiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav d for personer med foreldreansvar for hjemmeboende barn under 18 år med nedsatt funksjonsevne. Helsetjenester i avlastningstiltak omfattes ikke.
 - Rettigheten omfatter ikke tjenester som krever flere enn én tjenesteyter til stede eller natttjenester, med mindre brukeren kontinuerlig har behov for slike tjenester.
 - Med langvarig behov i første ledd menes behov ut over 2 år..
 - Med stort behov i første ledd menes et tjenestebehov på minst 32 timer per uke. Brukere med tjenestebehov på minst 25 timer per uke har likevel rett til å få tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse, med mindre kommunen kan dokumentere at slik organisering vil medføre vesentlig økt kostnad for kommunen.
-

2.5 Kommunenes utgifter til helse- og omsorgstjenester

Kommunenes samlede brutto utgifter til helse- og omsorgstjenester var i 2017 på i underkant av 125 mrd. kroner. Av disse utgiftene var 57 mrd. kroner driftsutgifter til hjemmebaserte tjenester, mens 49 mrd. kroner var driftsutgifter til institusjoner. Figur 2.5 viser en økning i utgiftene fra 2010. Dette følger blant annet av at det er flere brukere som har behov for tjenester. Det er særlig utgiftene til hjemmetjenester som har økt. Dette følger av at det har vært, og er, et politisk mål at unge så langt som mulig skal slippe å bo på institusjon.

Figur 2.5 Utviklingen i kommunenes driftsutgifter til pleie og omsorg, 2010-2017



Kilde: SSB (Brutto driftsutg., aktiviserings- og servicetjenester, f234 er inkludert i de samlede driftsutgiftene, men er ikke vist separat i figuren).

Det meste av utgiftene er arbeidskraftkostnader. I Tabell 2.4 vises en oversikt over antall årsverk som er registret i de brukerretnede tjenestene. Vi har også med utgangspunkt i antall registrerte direkte brukerretnede timer beregnet hvor mange brukerretnede timer per årsverk som produseres.

Tabell 2.4 Årsverk i brukerretnede tjenester, og andel brukerretnede timer

År	Årsverk i brukerretnet tjeneste, f234+f253+f254	Antall brukerretnede timer per årsverk (estimert)	Andel av årsverk, estimert (1680 timer i et årsverk)
2010	119 895	806	48 %
2011	122 604	817	49 %
2012	124 877	839	50 %
2013	126 483	860	51 %
2014	128 109	868	52 %
2015	132 348	868	52 %
2016	133 685	882	53 %
2017	138 791	869	52 %

Kilde: SSB

Tidligere undersøkelser har vist at det er store variasjoner i andelen brukerretnede timer av samlet arbeidsinnsats på tvers av ulike tjenestekategorier. Hjemmehjelp og –sykepleie bruker en stor andel av arbeidstiden til reise, rapportering, planlegging og andre oppgaver som kreves for å kunne utøve tjenesten. Støttekontakt og BPA er mer direkte brukerretnet, noe som gir en høy andel brukerretnede timer per årsverk, dvs opp mot 100 prosent. Omsorgslønn må også antas å være nær 100 prosent brukerretnet. En hjemmehjelp har gjerne færre brukere og er lengre hos hver bruker enn en hjemmesykepleier. Hjemmesykepleie og hjemmehjelp er de dominerende oppgavene. I mangel på daggrunnlag for å beregne brukerretnede timer per kategori, legger vi til grunn at de beregnede andelen gjelder for de dominerende tjenestene, dvs hjemmesykepleie- og hjemmetjeneste.

Andelen brukerrettede timer av total arbeidsinnsats innenfor de ulike ordningene er sentralt for å kunne beregne hvor mye ulike ordninger faktisk koster. Kommunene har begrenset oversikt over hva ulike tjenester koster per brukerrettet time. Det vil også være store variasjoner mellom kommunene, og mellom ulike områder/vakter innad i en kommune. Offentlig tilgjengelig statistikk er heller ikke tilrettelagt slik at denne informasjonen kan avledes direkte. Det er derfor knyttet usikkerhet til beregningene av andelen brukerrettede timer av et årsverk. Beregningene i tabellen samsvarer imidlertid med tidligere beregninger. Vi har også gjennom en stikkprøve til et tjenestested/kommune sjekket realismen i beregningene, og fått bekreftet at beregningene gir et rimelig i bilde.

2.6 Bruk av tjenester som kommer i tillegg til BPA

BPA-brukere kan motta andre tjenester i tillegg til BPA. Kjerstad, Skogedal Lindén, & Runester (2017) finner at 31 av 61 personer mottar tilleggstjenester. Dette er en noe lavere andel enn det Helsedepartementets utredning fra 2009 viser, der det framgår at gjennomsnittlig tildelt BPA på det tidspunktet var 32 timer per bruker, mens gruppen med omfattende bistandsbehov i gjennomsnitt ble tildelt nesten 50 timer i uken når alle tjenester ble medregnet. I gjennomsnitt mottok BPA-brukeren 40 timer til sammen, dvs 8 timer med tilleggstjenester til BPA.

Ervik, Kjerstad, Skogedal Lindén, & Runester (2017) har sett på et lite utvalg, 61 brukere. Dersom denne gruppen er representativ, er bruken av tilleggstjenester redusert fra 2009. Hvorvidt dette er tilfelle, og om det har sammenheng med økningen i det gjennomsnittlige timeantallet med BPA, krever nærmere undersøkelser. Flere undersøkelser har vist at BPA, reduserer bruken av helserelaterte tjenester som eksempelvis fysioterapi (se blant annet Econ, 2009). Av de som mottar tilleggstjenester er det helsehjelp (hjemmesykepleie) og noe hjelp på nattid som flest mottar.

For vår analyse er det interessante spørsmålet om BPA krever flere eller færre helsetjenester fra kommunens tjenestetilbud enn alternative løsninger. På grunnlag av tilgjengelig informasjon er det etter våre vurderinger ikke grunnlag for å anta at behovet for hjemmesykepleie eller annen helsehjelp øker ved BPA sammenliknet med andre tjenester dagens BPA-brukere ville mottatt dersom de fortsatt skulle bodd hjemme.

Bruken av tilleggstjenester kan være halvert fra 2009, dvs at gjennomsnittlig bruk av tilleggstjenester kan være redusert fra 8 timer i 2009 til 4 timer i 2016 (anslag basert på (Ervik, Kjerstad, Skogedal Lindén, & Ru, 2017)). Bruk av flere tjenester gjelder for øvrig en stor andel av kommunenes øvrige tjenestemottakere. Behovet for tilleggstjenester varierer på tvers av brukerne. Noen mottar tilleggstjenester, mens andre kan motta et stort antall tilleggstjenester. Helse- og omsorgsdepartementet (2011) finner at BPA medfører en større timebruk per bruker enn andre tjenester, og at det gjelder for alle gruppene av bistandsbehov. Samtidig pekes det på at BPA i første rekke brukes av unge brukere hvor en stor andel har betydelige funksjonsnedsettelse, og at formålet med BPA er et annet enn de ordinære helse- og omsorgstjenestene. Det blir dermed ikke opplagt hva BPA skal sammenliknes med.

2.7 Unge brukere og brukere med stort bistandsbehov som ikke har BPA

Hver fjerde mottaker med omfattende bistandsbehov bor i vanlig bolig. Om lag 39 prosent av mottakerne av kommunale omsorgstjenester var under 67 år i 2016, mens hver fjerde mottaker var under 50 år.

Det er de yngste og de eldste som vanligvis har de mest omfattende bistandsbehovene. Hele 29 prosent av tjenestemottakerne i aldersgruppen 0-17 år var registrert med omfattende bistandsbehov i 2016. Holder vi gruppen over 90 år utenfor varierer gruppen med omfattende tjenestebehov fra 17-24 prosent i de ulike aldergruppene (Mørk, et al., 2017). Omfattende bistand kan være praktisk bistand eller helsetjenester i hjemmet.

Dersom vi forutsetter at alle som mottar BPA har omfattende tjenestebehov, så er det kun 7,5 prosent av gruppen under 18 år med omfattende tjenestebehov som mottar BPA, mens om lag 15 prosent i aldersgruppen mellom 18 og 66 år av de med omfattende tjenestebehov mottar BPA. Det betyr at de aller fleste med omfattende tjenestebehov ikke mottar BPA. Disse mottar da andre hjemmebaserte tjenester fra kommunen. Det er heller ikke alle med BPA som er i kategorien som er definert med omfattende bistandsbehov. Den anslåtte andelen med BPA i gruppen med omfattende tjenestebehov kan dermed være noe mindre enn vi har lagt til grunn.

Ved utgangen av 2016 mottok 50 prosent av alle tjenestemottakere en form for ubetalt privat hjelp. BPA vil for mange kunne bidra til at de blir mindre avhengig av ubetalt hjelp fra pårørende. Vi har ikke data over hvordan ubetalt privat hjelp fordeler seg mellom ulike brukergrupper.

Mørk, et al. (2017) viser at drøye 40 000 av alle tjenestemottakerne hadde behov for bistand for å kunne delta i arbeid eller utdanning i 2016, mens nær 74 000 tjenestemottakere hadde behov for hjelp til å delta i organisasjonsarbeid, fritid og kultur. For gruppen med lettere behov kan støttekontakt noen få timer per uke være et alternativ, mens gruppen som er registrert med omfattende behov er avhengig av en relativt stor timeinnsats for å kunne delta i samfunnet.

3 Kostnader og gevinster

I dette kapitlet svarer vi på utredningens to hovedspørsmål:

- Hva er kostnadene ved BPA-ordningen sammenlignet med andre offentlige tjenester som brukerne av ordningen kan benytte?
- Hva er gevinsten ved at brukerne av BPA-ordningen kan delta i samfunns- og arbeidsliv?

Gjennom å svare på disse spørsmålene ønsker vi også å avdekke de økonomiske konsekvensene av å endre BPA-ordningen slik at den blir mer tilgjengelig for en større del av målgruppen som antas å kunne ha nytte av ordningen, gitt at de selv, eller en stedfortreder, kan fungere som arbeidsleder.

3.1 Metodisk utgangspunkt, datagrunnlag og forutsetninger

Vi tar utgangspunkt i kravene i utredningsinstruksen (DFØ, 2016) og samfunnsøkonomisk metodikk (se blant annet (DFØ, 2014). Oppdragets rammer gjør at vi må holde oss på et overordnet nivå. Vi baserer oss på data fra SSB (KOSTRA og Statistikkbanken), tidligere utredninger og data fra Uloba.

Et viktig prinsipp i en samfunnsøkonomisk analyse er at tiltaket som analyseres må sammenliknes med et alternativ som viser situasjonen dersom tiltaket ikke hadde eksistert. Alternativet til BPA er ikke ett alternativ som vil være det samme for alle brukere. Alternativene vil i de fleste tilfeller være en sammensetning av et knippe tjenester som delvis ytes av pårørende, delvis av kommunens ulike hjemmebaserte tjenester, og for enkelte brukergrupper vil også institusjon og/eller bemannet omsorgsbolig være alternativet. Kostnadene ved alternativene vil være de direkte budsjettkostnadene over offentlige budsjetter, pårørendes alternativkostnad for tidsbruk utover normalt samvær og omsorg, og tap av livskvalitet for brukere og pårørende som får begrenset sin livsutfoldelse og samfunnsdeltagelse dersom de ikke i samme grad får dekket sine behov for bistand.

Gevinstene vil på samme måte være knyttet til livskvalitet og verdien av likestilling, konsekvenser for arbeidsdeltagelse, utdanning, og deltagelse på andre arenaer som kan bli berørt av hvilket tilbud den enkelte bruker får anledning til å benytte. Konsekvenser for pårørende er også en del av kostnads- og gevinstbildet.

Oppdragets ramme gir ikke rom for å hente inn data som gjør det mulig å tallfeste gevinster med et rimelig presisjonsnivå. En tallfesting krever tilgang til registerdata og kobling av informasjon fra flere registre. I mangel av denne type data er vi avgrenset til å kun gi illustrerende eksempler der vi anslår mulige gevinster, i tillegg til kvalitative beskrivelser av gevinster ved ulike ordninger.

En samfunnsøkonomisk analyse skal inkludere alle virkninger, positive som negative, kvantifiserbare og ikke kvantifiserbare. Hvis forskjeller i livskvalitet, arbeidsmarkedstilknytning for den funksjonshemmete og familiemedlemmer og utdanningsmuligheter er neglisjerbare mellom alternative ordninger, så vil kostnadsforskjeller kunne brukes til å konkludere om samfunnsøkonomisk lønnsomhet. Det er imidlertid grunner til å anta at dette ikke er tilfelle. Kostnadsforskjellene alene er derfor ikke tilstrekkelig til å vurdere forskjeller i samfunnsøkonomisk lønnsomhet.

3.2 Inngangsdata i kostnadsanalysen

Vi starter med å beregne enhetskostnadene per brukerrettet time for ulike tjenester. Beregningene er basert på følgende kilder:

- Statistikk fra SSB (jf kapittel 2),
- Kostnadstall oppgitt fra ULOBA,
- En rapport utarbeidet av Econ om samfunnsøkonomiske kostnader ved BPA (Econ, 2010)
- Beregninger av kostnader ved ulike pleie- og omsorgstjenester i Moss kommune (PWC, 2012)
- Rapport om kostnadsberegninger for utvidet bruk av personlig assistanse, utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet, (Helse og omsorgsdepartementet, 2011)
- Et notat fra Proba om enhetskostnader for ulike kommunale pleie- og omsorgstjenester (Proba, 2015)

Rapportene har litt ulike formål og benytter seg også av ulike metodiske tilnærminger for å anslå kostnader og enhetskostnader for ulike tjenester. Felles for samtlige rapporter er at de viser til at kommunenes oversikt over ulike kostnadskategorier er mangelfull, og at det også er utfordrende å avdekke hvilke kostnader som er inkludert, og om kostnadsoverslag i ulike kilder gjelder brukertimer eller arbeidstimer. Det er særlig utfordrende å finne kilder som viser kommunenes administrative kostnader ved ulike ordninger.

Administrative kostnader består blant annet av søknadsbehandling der de skal fastslå behovet for bistand, vurdere hvilket tilbud den enkelte har rett til og/eller behov for, fordele ressursinnsatsen, klagebehandling og oppfølging av tilbudene som gis. Det er også kostnader knyttet til rapportering, evaluering og tilsyn. I tillegg har tilsynsmyndighetene også kostnader ved kommunenes tjenesteproduksjon.

Forutsetninger og inngangsdata

Vi har lagt følgende forutsetninger til grunn:

- Et arbeidsår er 1680 timer (37,5 timer /ukeverk)
- Alle kostnader er i 2017-kroner
- Det beregnes en skattekostnad på 20 prosent for alle offentlige utgifter/inntekter i de samfunnsøkonomiske beregningene

Med utgangspunkt i disse forutsetningene har vi beregnet enhetspriser for ulike tjenester med alternative forutsetninger for å komme fram til kostnadene per brukerrettede timer.

Kommunens kostnader per brukerrettet BPA-time levert fra Uloba eller andre leverandører av BPA er beregnet fra gjennomsnittlig fakturerte timepriser. Kostnadene dekker lønn, pensjon og sosiale kostnader, i tillegg dekker fakturert timepris administrasjonskostnader og driftskostnader til assistenten. Vi har lagt til grunn at 100 prosent av tiden er brukerrettet, dvs at all lønnet arbeidstid tilbringes sammen med brukeren eller til oppgaver administrert av brukeren. Dette mener vi er en rimelig forutsetning selv om det brukes noe tid til administrative oppgaver sammen med bruker.

Timekostnadene til hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester i kommunen avhenger av utdanning, ansiennitet, stillingskategori, turnusordning og en rekke andre faktorer. Støttekontakter er ofte ufaglærte og dermed også den billigste tjenestekategorien. Samtidig er støttekontakt den tjenesten med lavest gjennomsnittlig timeinnsats per uke.

I Tabell 3.1 presenterer vi enhetskostnadene med to alternativer for andelen brukerrettet timer i alternative hjemmetjenester. Enhetskostnadene i tabellen er høyere enn kostnadene som omtales i Ervik, Kjerstad, Skogedal Lindén, & Ru (2017). Avviket viser at forutsetninger og hva som inkluderes i kostnadene har stor betydning for resultatet. Enhetskostnadene i tabellen er punkttestimat, der det er knyttet usikkerhet til hver av størrelsene. Vi vurderer usikkerheten i forskjellene mellom de ulike kostnadskategoriene som mindre enn usikkerheten knyttet til kostnadsnivået. For å synliggjøre betydningen av usikkerheten har vi gjennomført følsomhetsanalyser for å teste robustheten i kostnadsforskjellene mellom de ulike tjenestekategoriene.

Timelønnen inkluderer pensjon, sykepenger, feriepenger og avgifter for Uloba. Det er lagt til grunn at tariffavtaler følges. BPA-assistenten kan være ufaglært. Helse- og omsorgsarbeidere i kommunene har en stor andel med fagutdanning, bachelor eller master. Forskjellen på sykepleier 1 og 2 i tabellen er begrunnet med grad og ansiennitet.

Tabell 3.1 Enhetskostnader per brukerrettet time –kategorier og forutsetninger

Enhetskostnader per time	Uloba	Kommunal BPA	Støttekontakt	Hjemme-hjelp	Hjemmesykepleier	
					Sykepleier 1	Sykepleier 2
Timelønn inkludert avgifter og sosiale kostnader	332	310	237	321	329	482
Administrasjonskostnader arbeidsgiver	39	35	35	35	35	35
Ansatteutgifter (driftsbudsjett)	20	17				
Sum gjennomsnittlig timekostnad	391	362	272	356	364	517
Transport				11	11	16
Administrasjon/rapportering		18	14	43	55	78
Sum per time	391	380	286	410	429	611
Brukerrettet timer - andel						
Beregnet fra SSB Brukerrettetede timer /årsverk gj.snitt 2016				50 %	50 %	50 %
Proba (2015)	100 %	95 %	95 %	65 %	65 %	65 %
Kostnad per brukerrettet time alternativ Høy	391	400	301	820	858	1 221
Kostnad per brukerrettet time alternativ Lav	391	400	301	630	660	939

3.2.1 Inngangsdata og kostnadsoverslag fra Helse- og omsorgsdepartementet (2011)

Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en vurdering av kostnadene ved BPA i 2011. I Tabell 3.2 viser vi enhetskostnadene som er oppgitt i rapporten i 2011-kroner og i 2017-kroner (prisjustert med KPI). Fra rapporten framgår det at timekostnadene for BPA er justert for administrasjon, mens timekostnadene for ordinær praktisk bistand er justert for administrasjon og indirekte tid (reisetid). Timekostnadene er noe lavere enn de vi har lagt til grunn i Tabell 3.1.

Tabell 3.2 Enhetskostnader hentet fra Helse- og omsorgsdepartementet (2011)

	2011-kroner	2017-kroner
Timekostnad BPA lav	250	283
Timekostnad BPA høy	300	339
Ordinær praktisk bistand lav	400	452
Ordinær praktisk bistand høy	450	509

Så vidt vi forstår dekker kostnadene for ordinær praktisk bistand ikke hjemmesykepleier. BPA-brukerne har som regel behov for assistanse for å få dekket primærbehov, herunder hjelp til legging og personlige behov. Denne type tjenester utføres av helsepersonell. Ordinær praktisk bistand dekker normalt kun rent praktiske behov, og tildeles vanligvis ikke så mange timer.

Tjenester fra hjemmesykepleien, eventuelt kombinert med en liten andel praktisk bistand blir dermed det relevante alternativet til BPA. Timeinnsatsen ved ulike tjenester, samt spørsmål om BPA påvirker behovet for helsetjenester eller andre tjenester drøftes i avsnitt 3.2.2.

3.2.1.1 Usikkerhet enhetskostnader og kostnadsdifferanser

Som det framgår av avsnittene foran er det usikkerhet mht kostnadene per brukerrettet time i det kommunale tjenesteapparatet. Usikkerheten kan i stor grad tilskrives variasjoner på tvers av kommunene, variasjoner i fagutdannelse og ansiennitet, og andelen brukerrettede timer i ulike tjenester og kommuner. Ulike kombinasjoner av BPA-kostnad og brukerrettet kostnad for hjemmehjelpstjenester fra Tabell 3.1 viser at ordinære hjemmehjelpstjenester ligger fra 60 til 110 prosent høyere enn en BPA time. Tilsvarende ser vi at enhetskostnadene for ordinære tjenester i Tabell 3.2 ligger fra 30 til 80 prosent høyere enn en BPA time.

Vi har ikke informasjon om hvilke forutsetninger som er gjort om andelen brukerrettede timer som ligger til grunn for enhetskostnadene i Tabell 3.2. Det er likevel nærliggende å anta at det er forutsatt en høyere andel brukerrettede timer enn det som er lagt til grunn i våre anslag. Dette begrunnes blant annet med at det oppgis at tilleggstjenester til BPA utgjør 15 prosent av tjenesteomfanget til en BPA bruker, mens de utgjør 45 prosent av kostnadene. Hvis dette anslaget er riktig, innebærer det at tilleggstjenestene BPA-brukerne mottar koster 4,5 ganger så mye som BPA-tjenestene. Tilleggstjenestene består av hjemmesykepleie, støttekontakt, omsorgslønn osv. Vi bemerker at kostnadsanslaget for tilleggstjenestens kostnadsandel ligger høyt sammenliknet med tjenesteomfanget. Det kan derfor ikke utelukkes at tilleggstjenestene inkluderer noen svært kostnadskrevede spesialtjenester som trekker gjennomsnittskostnadene opp.

Usikkerheten og mangelen på transparens i enhetskostnadene som er brukt i Helse- og omsorgsdepartementet (2011) gjør at vi vurderer anslagene i Tabell 3.1 som beste tilgjengelige estimat for enhetskostnadene for brukerrettede BPA timer og brukerrettede timer fra den ordinære hjemmetjenesten.

3.2.2 Hvor mange timer og hvilke kategorier inngår i sammenlikningen?

BPA er assistanse til personer med funksjonsnedsettelse som trenger hjelp til å dekke primærbehov og andre personlige behov. Dette er behov som normalt dekkes av helsefaglige profesjoner, herunder sykepleier. Alternativet til BPA vil derfor i de aller fleste tilfellene være en sykepleier eller andre med helsefaglig profesjon.

Enkelte BPA brukere mottar også tjenester fra kommunens ordinære helse- og omsorgstjenester. Dette kan eksempelvis være tjenester på nattid, fysioterapi, spesialtjenester fra sykepleier etc.

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) referer til en spesialundersøkelse der BPA, inkludert tilleggstjenester, er fordelt på alder og ulike brukerkategorier. Tallene er gjengitt i Tabell 3.3.

Tabell 3.3 Gjennomsnittlig antall timer i uken til BPA og andre kjernetjenester for brukere med BPA, etter alder og bistandsbehov. 2009. Timer per uke

Nasjonale tall	Alle brukere	Noe/ avgrenset bistandsbehov	Middels til stort bistandsbehov	Omfattende bistandsbehov	Uoppgitt bistandsbehov
I alt	40,5	16,9	37,5	66,2	32,8
0-17	46,2	27,6	40,8	57,2	32,6
18-49	44,6	17,7	41,7	79,1	36,1
50-66	35,2	14,6	34	56,7	26,3
67 og eldre	31,5	13,5	25,4	50,8	23,6

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet (2011), tabell 4.5

I Tabell 3.4 har vi beregnet hvor mange timer tilleggstjenester/kjernetjenester BPA-brukerne mottok i 2009 fordelt på alder og bistandskategorier. Beregningene er gjort på grunnlag av Helse- og omsorgsdepartementet (2011).

Tabell 3.4 BPA-brukeres tilleggstjenester etter alder og bistandsbehov. Timer per uke (2009)

	Tilleggstjenester timer				
	Alle brukere	Noe/ avgrenset bistandsbehov	Middels til stort bistandsbehov	Omfattende bistandsbehov	Uoppgitt bistandsbehov
I alt	8,5	2,2	6,8	17,3	3,6
0-17	16,3	7,1	16	20,2	12,8
18-49	7,1	2,3	5,4	15,6	2,5
50-66	8,9	1,4	7,7	18,5	1,9
67-79	7,9	1,2	6,4	13,8	23,6

Som det framgår av tabellen er det de unge brukerne som mottar det største omfanget av tilleggskjernetjenester. Dette kan være avlastning, omsorgslønn, hjelp på nattid, fysioterapi, støttekontakt, sykepleier etc.

I avsnitt 2.6 viste vi til den pågående følgeevalueringen og andre undersøkelser som antyder at BPA kan redusere behovet for helsetjenester og andre tjenester fra kommunen. Eksempelvis kan støttekontakt samordnes med BPA. Med støtte i disse undersøkelsene finner vi grunnlag for å anta at den gjennomsnittlige bruken av kjernetjenester/tilleggstjenester er gått ned fra 2009. Om lag halvparten av brukerne antas å ikke ha behov for andre tjenester, mens det fremdeles vil være brukere, og da særlig i aldersgruppen 0-17 år som mottar et betydelig antall timer tilleggstjenester. Det gjennomsnittlige timeforbruket av tilleggstjenester kan være halvert fra 2009. Dette gir i så fall besparelser ved BPA-ordningen sammenliknet med 2009.

Kjernetjenester/tilleggstjenester er ikke beregnet som en BPA-kostnad

I våre beregninger har vi lagt til grunn at tilleggstjenester/kjernetjenester er tjenester som det må forutsettes at mottakerne uansett ville fått, og at disse tjenestene derfor ikke kan regnes som en kostnad ved BPA-ordningen. Foreliggende dokumentasjon gir grunnlag for å kunne anta at økt gjennomsnittlig BPA-timeinnsats kan ha bidratt til redusert gjennomsnittlig bruk av kjernetjenester. I mangel av gode data har vi likevel valgt å legge konservative anslag til grunn, dvs at vi har lagt til grunn at behovet for kjernetjenester ikke berøres av om brukeren får assistanse til daglige primærbehov gjennom BPA eller andre løsninger.

Forutsatte smådriftsulemper

Tidligere utredninger har pekt på at enkelte punktjenester gis mer effektivt fra det ordinære tjenesteapparatet enn ved BPA. Dersom dette er tilfelle vil BPA-ordningen kreve en noe høyere timeinnsats enn antall brukerrettede tjenester levert fra det ordinære tjenesteapparatet.

Vi har ikke grunnlag til å kunne fastsette presise estimat for dette. Dersom vi tar utgangspunkt i at alternativet til BPA i gjennomsnitt ville tilsvart det antall timer som gruppen med omfattende tjenestebehov mottar, ser vi at BPA stort sett innebærer 1-2 timer mer i brukerrettede timer per uke. Hvis vi i tillegg legger til at BPA-bruker i gjennomsnitt mottar 4 timer «andre tjenester» får vi et samlet timepåslag på 5 timer per uke. Timekostnadene og behovet for disse timene må antas å være de samme som de ville vært med en annen hjemmebasert løsning enn BPA. Merkostnaden ved BPA-ordningen sammenliknet med en annen ordning blir med dette utgangspunkt inntil 5 timer per uke med BPA. Basert på gjennomsnittlig timeforbruk innebærer dette et påslag på gjennomsnittlig timeforbruk ved BPA-ordningen på 14 prosent sammenliknet med alternative løsninger.

3.2.2.1 Usikkerhet om timebehov ved BPA kontra alternative løsninger

Hvorvidt BPA-ordningen faktisk utløser flere timer enn andre ordninger kan diskuteres. Dersom det tas utgangspunktet i målet om likestilling og samfunnsdeltagelse for funksjonshemmede, vil dette i de fleste tilfellene kreve en større timeinnsats enn gjennomsnittsbrukeren i de ordinære hjemmetjenestene mottar.

BPA kan ha noen smådriftsulemper, men disse avtar med tildelte brukertimer. På den andre siden har BPA en høyere effektivitet målt i brukertimer av total arbeidsinnsats sammenliknet med kommunens hjemmetjenester. Vår gjennomgang av tilgjengelig empiri trekker i retning av at effektivitetsgevinstene som følger av at samtlige (eller nær samtlige) produserte timer er brukerrettet, er

betydelig større enn effektivitetstapet ved eventuelle smådriftsulemper på typiske punkttjenester. Mesteparten av BPA-timene er etter det vi forstår heller ikke typiske punkttjenester.

Dersom BPA løser ut flere timer som følge av at det gjøres andre aktiviteter enn det kommunene tilbyr gjennom ordinære tjenester, er det rimelig å anta at kommunen har vurdert dette som nødvendig for å realisere formålet med ordningen. Alternativet til BPA blir i så tilfelle andre måter å realisere formålet på.

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) viser til at BPA krever en betydelig større timeinnsats enn andre tjenester. Det oppgis at bruker av ordinære hjemmetjenester med lett funksjonsnedsettelse mottar om lag 3 timer tjenester fra kommunen pr uke. Brukere med en tilsvarende funksjonsnedsettelse i boliger med heldøgns omsorgstjeneste, herunder både eldre, fysisk funksjonshemmede og psykiatri (HOD) får i snitt 11 timer pr uke, mens BPA- brukere får 18 timer assistanse pr uke. For tunge brukere er gjennomsnittet for ordinære hjemmetjenester 18 timer, mens BPA-brukere får 85 timer. Så vidt vi kan se er det ikke justert for alder i denne sammenlikningen, og det er heller ikke redegjort for hvordan behovet for samfunnsdeltagelse, utdanning og arbeidsliv er ivaretatt innenfor de øvrige tjenestene. Tabell 3.4 viser eksempelvis at BPA- brukere i aldersgruppen 0-17 mottar 16 timer kjernetjenester i tillegg til BPA. Dersom de øvrige behovene dekkes gjennom ytterligere 2 timer assistanse mot 30 timer BPA, er det grunn til å reise tvil om innholdet i tjenestene i det hele tatt er sammenliknbare. Uten at det er redegjort for innholdet i tjenestene, og i hvor stor grad brukeren får bistand som gir muligheter til å leve et selvstendig liv med fritidsaktiviteter, utdanning og/eller arbeidslivsdeltagelse på lik linje med andre, er det ikke mulig å vurdere hvorvidt Helse- og omsorgsdepartementet (2011) sammenlikner tjenester som gir samme tjenestekvalitet for brukerne.

En reell sammenlikning krever at det tas utgangspunkt i formålet med BPA og at det er innsatsen for å realisere formålet som sammenliknes.

Med utgangspunkt i tilgjengelig informasjon har vi lagt til grunn at bruk av kjernetjenester er tilnærmet uavhengig av BPA (men med et mulig lavere behov for kjernetjenester fra BPA-brukere), mens det kan være enkelte smådriftsulemper ved BPA som gjør at BPA krever en noe større timeinnsats enn ordinære tjenester.

3.3 Anslåtte kostnader ved BPA og andre hjemmebaserte tjenester

Basert på forutsetningene det er redegjort for foran og tilgjengelige data kan vi angi et høyt og et lavt anslag på alternativkostnadene ved BPA-ordningen sammenliknet med alternative hjemmebaserte ordninger.

I Tabell 3.5 viser vi timeanslagene for BPA som er brukt i beregningene. Det vises også to alternativer med tilleggstjenester, hhv 8 og 4 timer per uke per bruker, og hvor mange brukertimer BPA det blir totalt per år.

Tabell 3.5 Timeanslag BPA gjennomsnitt per bruker og totalt

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Antall brukere (SSB)	2 670	2 905	2 890	2 888	3 014	3 146	3 330	3 497
Antall brukertimer (SSB), uten tillegg	4 333 879	4 429 060	4 769 963	4 995 459	5 240 986	5 660 986	6 166 651	6 754 191
Antall timer per bruker (estimert på data fra SSB)	31,2	29,3	31,7	33,3	33,4	34,6	35,6	37,1
Antall timer per uke per bruker								
Tilleggstjenester alternativ 1	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0
Antall timer per uke per bruker								
Tilleggstjenester alternativ 2	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Antall brukertimer Tilleggstjenester alt.1 timer	1 110 720	1 208 480	1 202 240	1 201 408	1 253 824	1 308 736	1 385 280	1 454 752
Antall brukertimer Tilleggstjenester alt.2	555 360	604 240	601 120	600 704	626 912	654 368	692 640	727 376

Kostnadene per BPA-bruker og totalt, basert på forutsetningene og inngangsdataene presentert foran er vist i Tabell 3.6. Vi har også beregnet kostnadene ved tilleggstjenester (to alternativer). Dette er tjenester som det må antas at brukeren hadde mottatt uansett løsning på de øvrige behovene som dekkes gjennom BPA.

Tabell 3.6 Kostnadsanslag BPA: Gjennomsnitt per bruker og totalt. Tilleggstjenester per bruker

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Kostnad per bruker BPA	634 223	595 720	644 902	675 857	679 433	703 088	723 572	754 665
Kostnader tilleggstjenester per bruker alternativ A1	170 474	170 474	170 474	170 474	170 474	170 474	170 474	170 474
Kostnader tilleggstjenester per bruker alternativ A2	85 237	85 237	85 237	85 237	85 237	85 237	85 237	85 237
Estimerte BPA-kostnader basert på timer BPA, 1000 2017 kr	1 693 376	1 730 566	1 863 767	1 951 875	2 047 810	2 211 916	2 409 495	2 639 064

Beregningen i Tabell 3.6 viser lavere gjennomsnittlige bruttokostnader per BPA bruker enn det Helse- og omsorgsdepartementet (2011) finner. Dette skyldes etter det vi kan se to forhold: i) Helse- og omsorgsdepartementet (2011) har lagt et høyere antall BPA-timer til grunn for beregningene, ii) tilleggstjenestene som BPA-brukerne mottar framstår som svært kostnadskrevende. Det er etter våre vurderinger ikke grunnlag for å definere tilleggstjenestene som en BPA-kostnad, og kanskje særlig ikke kostnadskrevende tilleggstjenester. Dette fordi det må antas at brukeren uansett løsningen ville mottatt disse tilleggstjenestene. Det kan også argumenteres for at BPA reduserer behovet for en del andre tjenester (se bl.a (Econ, 2010) og (Ervik, Kjerstad, Skogedal Lindén, & Ru, 2017)). Dersom BPA reduserer behovet for andre helsetjenester som eksempelvis fysioterapi, psykolog etc, skal det regnes som en gevinst ved BPA.

I Tabell 3.7 har vi beregnet hva BPA-brukerne alternativt hadde kostet dersom de skulle fått tilnærmet samme tjeneste fra de ordinære helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Vi har brukt laveste sats på hjemmesykepleier som grunnlag for timekostnadsberegningene (brukerrettede timer). Enkelte av tjenestene en BPA-bruker har behov for, kan løses av helsearbeidere med lavere kompetanse enn sykepleier, en liten andel kan også være praktiske tjenester som kan løses av en hjemmehjelp uten helsefaglig profesjonsutdanning. BPA-brukere har som hovedregel bruk for assistanse til å dekke primære kroppslige behov som kun helsearbeidere har lov til å utføre. Ved å bruke laveste sats på sykepleierkostnader (jf Tabell 3.1), har vi tatt hensyn til at en liten andel av tjenestene kan

utføres av personell uten helsefaglig formalkompetanse, og at en stor andel av sykepleierne i hjemmetjenesten har masternivå og/eller en ansiennitet som gjør at de har høyere lønn enn vi har lagt til grunn i beregningene. Vi har også lagt til grunn at det er stordriftsfordeler i den kommunale hjemmetjenesten (eller smådriftsulemper ved BPA). I alternativ 1 vist i Tabell 3.7 har vi forutsatt en smådriftsulempe ved BPA på 14 prosent.

Tabell 3.7 Alternativ 1: Kostnadsanslag Hjemmetjenester fra kommunene, alternativ til BPA, per bruker og totalt, forutsatt at alle BPA-brukere hadde fått alternative tjenester

Alternativ 1	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Antall timer hjemmetjenester	27,4	25,7	27,8	29,2	29,3	30,4	31,2	32,6
Kostnader per bruker	939 765	882 712	955 588	1 001 456	1 006 754	1 041 806	1 072 158	1 118 230
Estimerte kostnader totalt forutsatt at BPA-brukerne hadde fått alternative tjenester, Alternativ 1, 1000 2017-kroner	2 509 171	2 564 278	2 761 649	2 892 204	3 034 356	3 277 522	3 570 285	3 910 451
Budsjettgevinst ved dagens bruk av BPA forutsatt samme antall brukere; 1000 2017 kroner, Alternativ 1	815 795	833 712	897 882	940 329	986 546	1 065 606	1 160 790	1 271 387

Dersom vi forutsetter at brukertallet er det samme og at brukerne søker om den samme tjenestedeckningen uavhengig av om tjenesten leveres som BPA eller som en ordinær hjemmebasert tjeneste, vil kommunen få en budsjettbesparelse på drøye 360 000 kroner per bruker med et ukentlig timetall på 32,6 timer. Totalt for alle landets BPA-brukere gir dette budsjettbesparelser på 1,2 mrd. kroner i 2017. Vi har da ikke inkludert eventuelle administrasjonskostnader eller konsekvensene av at BPA kan erstatte bruk av ubetalte timer fra pårørende. Dette kommer vi tilbake til i avsnitt 3.3.1.

BPA-brukere er en heterogen gruppe, og det er også store variasjoner på tvers av kommunene med hensyn til hvordan ulike tjenestetilbud organiseres og driftes. For å teste konsekvensene av at enkelte kommuner kan ha større stordriftsfordeler i det ordinære tjenestetilbud, og dermed også større smådriftsulemper med BPA enn det som er forutsatt i alternativ 1 over, har vi vurdert et alternativ der det er forutsatt en smådriftsulempe ved BPA på hele 60 prosent. I Tabell 3.8 viser vi resultatene av beregningene i dette alternativet (alternativ 2). Vi har forutsatt de samme kostnadene per brukerrettet time som vi har lagt til grunn i Tabell 3.8, men vi har der lagt til grunn at BPA gir en smådriftsulempe på 60 prosent. Det innebærer at kommunens ordinære tjenester løser de samme behovene som BPA løser med en ukentlig timeinnsats på 23,2 timer som BPA-løsningen bruker 37,2 timer per uke på. Det er vanskelig å se at dette vil gi brukeren det samme tjenestenivået, men vi har likevel valgt å legge dette som beregningsteknisk ytterpunktsalternativ.

Tabell 3.8 Alternativ 2: Kostnadsanslag Hjemmetjenester fra kommunene, alternativ til BPA, per bruker og totalt, forutsatt at alle BPA-brukere hadde fått alternative tjenester

Alternativ 2	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Antall timer hjemmetjenester	19,5	18,3	19,8	20,8	20,9	21,6	22,3	23,2
Kostnader per bruker	669 582	628 932	680 856	713 537	717 312	742 287	763 912	796 739
Estimerte kostnader totalt forutsatt at BPA-brukerne hadde fått alternative tjenester, Alternativ 1	1 787 785	1 827 048	1 967 675	2 060 695	2 161 979	2 335 234	2 543 828	2 786 197
Budsjettgevinst ved dagens bruk av BPA forutsatt samme antall brukere, 1000 2017 kroner, Alternativ 2	94 409	96 482	103 908	108 820	114 169	123 318	134 333	147 132

Med en smådriftsulempe på 60 prosent ved BPA-løsningen, ser vi av Tabell 3.8 at det fremdeles er budsjettbesparelser for kommunene per BPA-bruker, men at disse er kraftig redusert sammenliknet med alternativ 1 der vi tok utgangspunkt i «mest sannsynlige» smådriftsulempe på 14 prosent.

Følsomhetsanalyser peker på alternativ 1 som et robust kostnadsanslag

I Tabell 3.1 vises inngangsdataene og forutsetningene bak beregningene av enhetskostnadene ved hhv BPA og ordinære tjenester fra hjemmetjenesten. I hovedberegningene har vi lagt til grunn at 65 prosent av timebruken i de ordinære tjenestene er brukerrettet. Dette kan være en optimistisk forutsetning. Våre beregninger vist i kapittel 2, og innhenting av faglige vurderinger fra et tjenestested, tilsier at tallet er for høyt. Vi har derfor gjort følsomhetsberegninger der vi har lagt til grunn 50 prosent brukerrettede timer i kommunens ordinære tjenester (jf Tabell 3.1). Dette øker lønnsomheten i BPA sammenliknet med ordinære tjenester i alternativ 1 med omlag 50 prosent, og enda mer i alternativ 2. Vi har også testet følsomheten mht på de øvrige forutsetningene. Basert på følsomhetsanalysene konkluderer vi med at det er et robust resultat at BPA er en mer kostnadseffektiv tjeneste, gitt samme tjenestenivå for brukeren, og at resultatene i alternativ 1 er mer sannsynlige enn resultatene som er beregnet i alternativ 2. I de videre analysene bruker vi derfor alternativ 1 som hovedberegning.

3.3.1 Økt etterspørsel etter betalt tjenestetid?

I den grad BPA erstatter ubetalte tjenester fra pårørende eller andre frivillige, vil dette komme som en budsjettkostnad for kommunen. Vi viser til avsnitt 2.4 (side 16) der det redegjøres for regjeringens forventede konsekvenser for bruk av betalte tjenester som følge av rettighetsfastsettelsen, med tilhørende begrunnede kompensasjoner til kommunene (Tabell 2.3).

Basert på tilgjengelig dokumentasjon finner vi det sannsynlig at BPA-ordningen har erstattet noe tid som tidligere var ubetalt. Dette gjelder særlig for de yngste aldersgruppene. BPA vil også i noen tilfeller erstatte omsorgslønn. Der BPA erstatter omsorgslønn, og timetallet ikke berøres, vil ikke dette gi noen vesentlige budsjettkonsekvenser. Dette fordi satsene for omsorgslønn og BPA er omtrent de samme.

Basert på tilgjengelige data (se kapittel 2) mener vi likevel at det er grunnlag for å si at maksimalt 20 prosent av bruttokostnadene ved BPA-ordningen erstatter ubetalte timer fra pårørende. Vårt anslag baserer seg på andelen brukere under 18 år, og brukere med kognitiv svikt. Det er disse gruppene som normalt er mest avhengig av at pårørende bruker ekstra tid for at deres barn og familiemedlemmer skal få delta i aktiviteter, følge et undervisningsopplegg på skolen, delta i arbeidslivet eller på andre samfunnsarenaer. Dersom etterspørselen etter timeinnsats øker til fordel for ubetalt pårørende tid som følge av at BPA gir et bedre kvalitativt tilbud for målgruppen, så er det å betrakte som en del av målet med BPA at flere kan klare seg selv, uten å være avhengige av pårørendes hjelp til å dekke primærbehov som andre løser på egen hånd.

Selv om mulighetene til BPA gjør at flere velger betalt assistanse framfor hjelp fra familien, vil ikke dette nødvendigvis gjøre BPA-ordningen til en mer kostnadskrevende tjeneste enn kommunens alternative tjenester. De samlede budsjettvirkningene avhenger av hvor mye etterspørselen etter betalt assistanse øker, sammenliknet med effektivitetsgevinstene som følger ved at hver BPA-bruker

kan få realisert et gitt tjenestenivå til en lavere kostnad enn det som er mulig gjennom kommunens øvrige tilbud.

3.3.2 Kommunens administrative kostnader

Det finnes så vidt vi er kjent med ikke noen kilder eller studier som har kartlagt kommunenes administrative kostnader ved BPA. I en undersøkelse gjennomført for KS i 2017 framkommer det at ikke alle kommuner har like god kontroll på timeantall og utgiftene til BPA. Dette fordi kommunene ikke skiller BPA fra andre hjemmebaserte tjenester i regnskapet, og dermed ikke får isolert disse utgiftene (Nesland, 2017). Det å skille ut de rene administrative kostnadene ved ordningen er trolig enda mer krevende. BPA-brukerne vil i de aller fleste tilfellene uansett være brukere av kommunens tjenestetilbud, noe som tilsier at det vil være både søknadsbehandling, vurderinger og oppfølging av målgruppen for BPA, uavhengig av hvilket tilbud de får.

Nesland (2017) viser til at kommunene i sin søknadsbehandling av BPA alltid gir tilbud om andre tjenester i de tilfellene der en BPA-søknad får avslag. I søknadsbehandlingen legges det vekt på at tjenesten kan leveres på en faglig og forsvarlig måte og at arbeidsplassen blir forutsigbar og håndterbar for assistene. Dette trekker i retning av at det kreves en noe større innsats fra kommunens side for å vurdere om BPA er en mulighet, framfor å gå rett på kommunens ordinære hjemmetjenestetilbud. Brukernes (eller nærstående) mulighet til å være arbeidsleder er blant forholdene kommunen vurderer. Saksbehandlingen og oppfølgingen oppfattes av kommunene å være ressurskrevende.

Videre viser Nesland (2017) til at loven ikke stiller formelle krav til hvem som kan være assistent i en BPA-ordning og dermed ikke noen spesifikke krav til assistentens faglige kompetanse. Det vises til at helsetjenester er ikke omfattet av rettigheten til BPA, mens «enkel helsehjelp» er omfattet. Enkel helsehjelp vil være det folk vanligvis gjør selv eller som en enkelt kan gjøre selv med litt opplæring. Rundskrivet sier at kommunene må vurdere konkret om det er nødvendig med bistand av kvalifisert helsepersonell, om ufaglærte assistenter kan dekke brukerens bistandsbehov på en forsvarlig måte, eller om det er behov for andre tjenester i tillegg til BPA. I intervjuene oppgir kommunene at de er bekymret for den faglige forsvarligheten til enkelt BPA-ordninger, og at kommunene opplever at de står ovenfor et dilemma i det en søknad skal behandles hvor kommunen må vurdere den faglige forsvarligheten. Kommunene viser også til at det er vanskeligere å holde tilsyn med kvaliteten på tjenesten i henhold til avtalen og regelverket når tjenestene ytes hjemme hos en bruker.

Det er grunn til å reise spørsmål med i hvor stor grad kommunene skal holde tilsyn med den faglige forsvarligheten og om avtaler følges. Så vidt vi forstår er hele idegrunnlaget bak BPA at brukeren selv skal stå for opplæringen og kvalitetssikringen av de oppgavene assistenten skal utføre. Oppgaver som folk vanligvis gjør selv, men som brukeren ikke selv kan utføre, er i hovedsak det assistenten skal gjøre. Dette er oppgaver som det må forventes at arbeidslederen kan ta ansvaret for, og også føre kvalitetskontroll med.

Etter BPA er innvilget, overtar brukeren (arbeidslederen), ansvaret for oppfølging og daglig administrasjon av ordningen. Med en gjennomsnittsbruk på 32 timer per uke, men spennvidde til langt over 200 timer per uke, kreves det en god del ukentlig administrasjon av skiftplaner, ferieavvikling, etc. Det at brukeren tar administrasjonens delen og kvalitetsoppfølgingen av faktisk levert tjeneste, må antas å gi besparelser hos kommunen. Dette trekker i retning av at kommunens administrative merkostnader til BPA i første rekke er knyttet til søknadsbehandling og eventuelle tilsyn med den faglige

kvaliteten som brukeren egentlig har ansvaret for. Noe mer løpende administrasjon kan det være, men det er vanskelig å se at dette kan legge beslag på en stor andel av kommunens administrative ressurser under helse- og omsorgssektoren. Vi har ikke grunnlag for å fastsette størrelsen på kommunenes merkostnader ved å administrere BPA-ordningen sammenliknet med hva det hadde krevd av administrasjonskostnader å tilby brukerne andre tjenester som gav det samme utbytte for brukerne. Som et øvre kostnadsestimat har vi lagt 2 prosent av BPA-kostnadene som et beregningsteknisk anslag på kommunenes merkostnader ved å administrere BPA-ordningen.

3.3.3 Oppsummering: Budsjett- og samfunnsøkonomiske kostnader

I Tabell 3.9 har vi oppsummert de budsjettmessige kostnadsbesparelsene ved BPA-ordningen sammenliknet med et alternativ der dagens BPA-brukere i stedet får ordinære helse- og omsorgstjenester fra kommunen. I tråd med god praksis har vi lagt konservative estimat til grunn. Vi kommenterer usikkerheten og grunnlaget for hver kostnadspost.

I et samfunnsøkonomisk perspektiv er det ressursbruken som er den reelle kostnaden. I tillegg kommer det en skattefinansieringskostnad på 20 prosent på offentlige utgifter. Frigjort tid for pårørende har en alternativ-verdi som kan være høyere, eller lavere enn kommunens produksjonskostnader. I tabellen under har vi kun sett på de prissatte kostnadene over kommunale budsjetter av å erstatte frivillige pårørende timer med betalte BPA-timer.

Tabell 3.9 Oversikt over budsjett- og samfunnsøkonomiske prissatte kostnadsbesparelser

Kostnadspost	Budsjett og samfunnsøkonomiske gevinster ved BPA, 1000 2017-kroner	Kilde og vurdering av usikkerhet
Direkte kostnadsbesparelser i brukerrettede timeforbruk	1 118 230	Beregninger vist i alternativ 1 (Tabell 3.7). Forutsatt smådriftsulempe på 14 prosent Konservative (lave) kostnadsestimat på kostnadene i kommunens øvrige tjenestetilbud
Økte kostnader som følge av erstatning av frivillige timer	-527 813	Forutsatt at 20 prosent av BPA timene erstatter frivillige timer, dvs at BPA-ordningen har en etterspørselseffekt begrunnet i bedre kvalitet for brukeren, og som er av høy nok kvalitet til at pårørende avlastes. Anslaget er usikkert. Kostnaden har en motpost (gevinstside) som må antas å være minst like høy som kostnadene
Administrative merkostnader i kommunen	-52 781	Forutsatt at 2 prosent av de direkte kostnaden er merkostnader til kommunens administrasjon av ordningen. Kommunene har uansett løsning administrative kostnader. Høy usikkerhet ved anslaget som også vurderes å være et øvre estimat på denne posten
Sum budsjettbesparelser ved BPA-ordningen 2017	537 636	Kommunenes samlede budsjettgevinster ved 3500 brukere med 32-33 BPA timer per uke
Skattekostnad	107 527	Skattekostnad på 20.pst i hht Finansdepartementets retningslinjer
Sum samfunnsøkonomiske gevinster ved BPA (prissatte)	645 163	Beregnet samfunnsøkonomiske kostnadsbesparelser
Gevinst per bruker	184 491	Prissatte samfunnsøkonomiske gevinster per bruker

3.4 Samfunnsøkonomiske gevinster

Gevinstene som søkes oppnådd gjennom BPA-ordningen er angitt i formålet med ordningen. Det er godt dokumentert at BPA-ordningen utløser de ønskede gevinstene for de som kan, og ønsker å være arbeidsledere, eller har en nærstående som kan fungere som arbeidsleder. Videre i dette avsnittet forsøker vi å sette gevinstene inn i en samfunnsøkonomisk kontekst. Gevinstene kommer i tillegg til kostnadsbesparelsene som er beregnet foran. Selv om vi finner at BPA gir besparelser sammenliknet med en løsning der dagens BPA-brukere i stedet mottar assistanse fra kommunens ordinære helse- og omsorgstjenester, så kan likevel verdien av de gevinstene vi ikke har klart å verdsette, være langt større.

Den pågående følgeevalueringen viser følgende gevinster ved BPA (Ervik, Kjerstad, Skogedal Lindén, & Ru, 2017):

- BPA gir muligheter til et å leve et friere liv. Dette er i tråd med formålet med ordningen og en samfunnsøkonomisk gevinst.
- BPA bidrar til økt arbeidsdeltagelse
- BPA bidrar til økt utdanning
- BPA bidrar til økt samfunnsdeltagelse
- BPA bidrar til økt likeverd og selvstendighet

I følge undersøkelsen er det økt samfunnsdeltakelse og selvstendighet som flest respondenter sier seg enig i. De fleste er også enige i at ordningen bidrar til å sikre likeverd og likestilling. Yrkesdeltagelse og utdanning kommer noe dårligere ut, men har en positiv virkning på deler av utvalget

I Econ (2010) dokumenteres det at funksjonshemmede som mottar BPA er enstemmige i at BPA er viktig for deres livssituasjon. BPA gir også positive gevinster for øvrige familiemedlemmer. Bedre livskvalitet for målgruppen og andre berørte er en samfunnsøkonomisk gevinst selv om gevinsten ikke lar seg måle gjennom tallfesting.

Econ (2010) viser også til at BPA kan ha vesentlig effekt på yrkesdeltakelsen blant funksjonshemmede og nærmeste familie. Funnen er basert på en survey gjennomført blant BPA-brukere. Økt yrkesdeltagelse gir målbare positive samfunnsøkonomiske gevinster.

I følge undersøkelsen referert i Econ (2010) oppgir 1/4 av personene med BPA at de i dag har ordinært arbeid, der halvparten av disse har en heltidsjobb. To tredjedeler av de som er i arbeid mener at de ikke ville vært i arbeid uten BPA, og de resterende respondentene sier at de ville jobbet mindre uten BPA. Det framgår også at flere mener at de kan være i utdanning som følge av BPA. Dette øker sannsynligheten for yrkesdeltagelse senere i livsløpet og er en verdi som kan tallfestes.

I undersøkelsene vises det også til at 87 prosent av de voksne BPA-brukernes familiemedlemmer øker yrkesdeltagelsen med nesten 15 timer per uke. Størstedelen av økningen kommer fra mor, men i følge undersøkelsen økes også arbeidsinnsatsen for far, ektefelle/samboer, søsken og barn. Årsaken til at yrkesdeltagelsen øker, er at BPA gir kvaliteter som ikke kan oppnås gjennom kommunens ordinære tjenester. Blant annet vil det med de ordinære tjenestene være et stort antall personer som utfører tjenestene, tjenester som ofte er av intim karakter, som krever øvelse for å kunne utøves og som heller ikke alltid passer inn i kommunens tidsskjema. Familiemedlemmer ønsker derfor heller å gi assistanse selv for å ivareta brukeren på en best mulig måte. Ved BPA er det brukeren selv om styrer assistentene, og som assisteres på egne premisser. For barn og personer med kognitiv svikt er

det en stedfortreder som leder assisten(e) og som da også sørger for at kvaliteten holder et ønsket nivå. Assistansen fra familiemedlemmet overlates til andre, og de kan selv i første rekke være omsorgspersoner og familiemedlemmer, og bruke frigitt tid på egen yrkesdeltagelse.

NOU (2011:17) viser til at mange pårørende strekker seg lenger enn hva som er godt for helsen, og mange ofrer både deltagelse i yrkeslivet og sosialt fellesskap for å yte pårørendeomsorg. Det vises til at pårørendeomsorgens pris ofte er redusert helse, angst og depresjoner. BPA kan i mange tilfeller være en løsning som ivaretar pårørende slik at de beholder egen helse, og omsorgsevne for familien. Dette er gevinster som det ikke er mulig å verdsette fullt ut i kroner, men som likevel hører med i en samfunnsøkonomisk analyse. I våre beregninger har vi lagt til grunn at BPA ikke påvirker behovet for andre tjenester. Econs funn tyder på at denne forutsetningen bør modereres. En stor andel av respondentene mener at BPA medfører et mindre behov for andre helse- og omsorgstjenester. Dette gir i tilfelle kostnadsbesparelser som ikke er inkludert i kostnadsestimatene.

I Tabell 3.10 har vi oppsummert gevinster ved BPA-ordningen. Vi har delt gevinstene i to kategorier; gevinster som kan verdsettes i kroner og ører dersom det hentes inn brukerdata, og gevinster som ikke fullt ut kan verdsettes i kronebeløp.

Tabell 3.10 Samfunnsøkonomiske gevinster - nyttesiden

Gvinster som kan verdsettes hvis det hentes inn data	Kilder og vurderinger
Økt arbeidsdeltagelse blant voksne BPA-brukere	Econ (2010) beregner 6,6 timer økt arbeidsdeltagelse i gjennomsnitt per uke per voksne arbeidsleder
Økt deltagelse i studier, med økt sannsynlighet for senere arbeidsdeltagelse	Econ (2010) finner at 15 prosent av BPA brukerne studere, uten BPA vil 67 prosent av disse ikke vært i utdanning og 33 prosent studert mindre
Økt arbeidsdeltagelse blant familiemedlemmer til BPA-brukere	Econ (2010) finner at arbeidsinnsaten til familiemedlemmer er BPA-bruker øker med i gjennomsnitt 14,7 timer per uke
Redusert bruk av helsetjenester, fysioterapi, sykehusinnleggelse etc	Flere studier finner redusert behov for helsetjenester, men vi har ikke funnet kilder som har beregnet kostnadene ved tjenestene
Nedre anslag for gevinstene over	Med utgangspunkt funn fra Econ (2010) vil et nedre anslag på gevinstene av økt arbeidsdeltagelse kunne være 100 000 – 250 000 kroner per BPA bruker. Det vil si en samfunnsøkonomisk gevinst på 350 millioner kroner til 750 millioner kroner.
Gvinster som delvis, eller ikke kan verdsettes	Stort omfang og betydelig positiv konsekvens
Likeverd og muligheter til å leve et fritt liv	Formålet med BPA. Realisering av samfunns mål er en gevinst. Klart positivt funn flere studier, deriblant den pågående følgeevalueringen
Samfunnsdeltagelse	Samme som over
Livskvalitet	Samme som over

3.5 Kommuners insentiver med hensyn til ulike alternativer

Det alternativet som har den laveste kostnaden for kommunen er det alternativet som kommunen har det sterkeste økonomiske insentivet til å velge. Merk at uføretrygd ikke er en kommunal utgift. En kan derfor ikke utelukke at det alternativet som har den høyeste andelen av kostnadene knyttet til uføretrygd, for eksempel som følge av at pårørende sliter seg ut, er det økonomisk mest fordelaktige for kommunen. Kommunene tar heller ikke hensyn til produktivitetsvirkninger som følger av økt deltagelse i arbeidslivet blant brukere og deres pårørende.

Dersom BPA-ordningen har kvaliteter som gir en etterspørselsvekst som er større enn effektivitetsgevinstene, vil dette framstå som en budsjettkostnad for kommunen. Økt etterspørsel etter betalt assistanse på bekostning av ubetalte timer fra familien, er imidlertid et tegn på måloppnåelse i den forstand at BPA-ordningen gir andre kvaliteter for en del brukerkategorier enn det øvrige helse- og omsorgstjenester kan. Kommunen vil i disse tilfellene ikke ha økonomiske insentiver til å realisere ordningens mål, eller å optimalisere hensynet til samfunnsøkonomisk lønnsomhet.

Kommunene er tilført 500 millioner kroner i frie midler for å dekke merkostnadene ved rettighetsfastsettelsen av BPA. Våre beregninger tyder på at reformen til nå har kostet kommunene langt mindre. Hvis rettighetsfastsettelsen har påført kommunene kostnadene, så er det sannsynlig at dette har bidratt bedre tjenestekvalitet for brukerne som ellers ikke ville fått BPA.

3.6 Oppsummering: Kostnadene ved BPA

I Tabell 3.6 har vi beregnet gjennomsnittskostnadene per bruker for BPA-ordningen, mens Tabell 3.7 og Tabell 3.8 viser kostnadene dersom BPA-brukerne i stedet for BPA skulle mottatt andre tjenester fra kommunene. I alternativene har vi lagt til grunn at brukerne også ved alternative tilbud vil få de samme mulighetene til samfunnsdeltagelse på ulike arenaer, med muligheter for å være i en utdanningssituasjon, delta i arbeidslivet og fritidsaktiviteter mv. som BPA-ordningen gir.

I begge alternativene har vi lagt til grunn en lavere timebruk enn vi har forutsatt ved BPA. Hvorvidt det er mulig å oppnå samme tjenestenivå med en lavere timesats er usikkert. Vi har likevel valgt å legge dette til grunn i beregningene, blant annet begrunnet i argumentasjonen som fremføres i Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Enhetskostnadene er hentet fra Tabell 3.1.

Vi har videre lagt til grunn at tilleggstjenestene som mange BPA-brukere mottar, også inngår som en grunntjeneste ved en alternativ løsning. Det vil si at vi kun har beregnet kostnadene ved timene som eventuelt kommer i stedet for en BPA-ordning, der det er forutsatt at BPA erstatter offentlig tjenesteinnsats. Usikkerheten på dette punktet trekker i favør av BPA. Vi har redegjort for utredninger som viser til at BPA kan erstatte noe av behovet for andre tjenester. Støttekontakt kan eksempelvis legges inn i ordningen.

BPA er i utgangspunktet en individbasert løsning der målgruppen er svært heterogen. Eksempelvis dekker ordningen både personer med bistandsbehov som følge av kognitiv svikt, og den dekker funksjonshemninger. Hva som er det reelle alternativet og hva som er en «riktig» timetildeling vil derfor varierer betydelig innad i målgruppen for BPA. Institusjon er ikke et likeverdig alternativ til BPA, selv om dette for mange kan være det reelle alternativet. I den grad målgruppen for BPA er på institusjon, vil de fremdeles ha behov for tjenester for å kunne delta i samfunnet. Dette er tjenester som kommer

i tillegg til de ordinære institusjonskostnadene. Kostnadene ved institusjon eller ulike former for omsorgsbolig viser svært store variasjoner – fra om lag 1,2 kroner per år for en sykehjemsplass (KOSTRA-rapportering viser at en sykehjemsplass koster rundt 1,2 millioner kroner årlig³) til over til 3 millioner kroner per år, avhengig av omsorgs- og pleiebehov. Assistanse til samfunnsdeltagelse vil i større eller mindre grad være inkludert i disse kostnadene, men for å komme på samme nivå som BPA må det uansett tildeles en-til-en timer. Dersom en ungdom med sterkt behov for assistanse skal slippe å bo på institusjon, og få anledning til å delta i samfunnet på lik linje med andre ungdommer, så vil dette kreve en god del en-til-en timer med assistanse. I de tilfellene institusjon er den beste løsningen for brukerne, kan fremdeles BPA være et alternativ for å sikre likeverd og samfunnsdeltagelse. Dersom en person med nedsatt funksjonsevne som kunne klart seg hjemme med en BPA-ordning, plasseres på institusjon, vil dette stride mot overordnede politiske mål, særlig hvis det gjelder unge brukere. Kostnadene for individet selv, pårørende og samfunnet forøvrigt ved at enkelte grupper ikke får anledning til å leve en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre (jf Helseministerens brev til kommunene datert februar 2017), lar seg ikke verdsette i en samfunnsøkonomisk analyse.

I likhet med Prop. 86 L (2013 – 2014) konkluderer vi med at BPA-ordningen er kostnadseffektiv og ressursbesparende sammenliknet med andre ordninger. Dette gjelder selv om vi inkluderer en smådriftsulempe på 14 prosent, målt som brukerrettet tid, og en økt etterspørsel som følge av at BPA dekker assistansebehovene til en del personer bedre enn øvrige tjenester. Sammenliknet med Helse og -omsorgsdepartementet (2011) der det ble anslått at hver nye BPA-bruker koster mellom 600 000 og 950 000 (2009-) kroner i året, avviker våre beregninger betydelig. Våre beregninger viser at mest sannsynlig har en BPA-bruker lavere kostnader sammenliknet med andre tjenestetilbud som vil gi brukeren det samme tjenestenivået. Manglende transparens i beregningene bak resultatene i Helse og -omsorgsdepartementet (2011) gjør det vanskelig å forklare forskjellene.

³ <https://www.ssb.no/statbank/table/04905/tableViewLayout1/?rxid=c6151c5e-ce3e-45db-a339-8b5fd100265b>

Referanser

- DFØ. (2014). *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*. Direktoratet for økonomistyring (DFØ).
- DFØ. (2016). *Veileder til utredningsinstruksen. Instruks om utredning av statlige tiltak*. Direktoratet for økonomistyring (DFØ).
- Econ. (2010). *Borger- /nrukerstyrt personlig assistanse i et samfunnsøkonomisk perspektiv*. Econ-Rapport 2010-026.
- Ervik, R., Kjerstad, E., Skogedal Lindén, T., & Ru, K. (2017). *Rettighetsfesting av BPA – store forventninger, betinget suksess*. Rokkansenteret.
- Helse og omsorgsdepartementet . (2011). *Kostnadsberegninger av utvidet bruk av brukerstyrt personlig assistanse*. Rapport fra arbeidsgruppe avgitt 27.mai 2011.
- Jeløya-plattformen. (2018). *Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre*.
- Mørk, E., Beyrer, S., Haugstveit, F., Sundby, B., Karlsen, H., & Wettergreen, J. (2017). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2016*. SSB rapporter 2017/26.
- Nesland, A. (2017). *Notat om BPA* . Agenda Kaupang .
- NOU. (2011:17). *Når sant skal sies om pårørendeomsorg*.
- Proba. (2015). *Enhetskostnader for ulike kommunale pleie- og omsorgstjenester*.
- Prop. 86 L. (2013 – 2014). *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (rett til brukerstyrt personlig assistanse)*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- PWC. (2012). *Pris per brukertime - hjemmebaserte tjenester*.
- Rundskriv. (1-9/2015). *Rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA)*. Helse og - omsorgsdepartementet.



VISTA
ANALYSE

Vista Analyse AS

Meltzersgate 4

0257 Oslo

post@vista-analyse.no

www.vista-analyse.no