

Kommunernes ressourceforbrug og økonomiske styring på ældreområdet



Kommunernes ressourceforbrug og økonomiske styring på ældreområdet

© VIVE og forfatterne, 2024

e-ISBN: 978-87-7582-316-1

Arkivfoto: Cathrine Ertmann; Ricky John Molloy/VIVE

Projekt: 302502

Finansiering: Analysen er finansieret af Social-, Bolig- og Ældreministeriets årlige trækingsret på analyse- og forskningsopgaver fra VIVE

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



Forord

Der sker store demografiske ændringer i Danmark i disse år. Vi lever længere, og andelen af ældre i befolkningen stiger. Kommuner i hele landet oplever således, at der kommer flere ældre borgere, og at der i de kommende år ikke mindst forventes at komme betydeligt flere ældre over 80 og 85 år. Stadig flere ældre borgere og flere med komplekse plejebehov presser kommunernes budgetter og forventes at gøre det i højere grad fremover. Der er derfor brug for viden om mulighederne for at prioritere og anvende ældreområdetets ressourcer bedst muligt.

Formålet med denne rapport er at bidrage med viden om kommunernes ressourceforbrug og økonomiske styring på ældreområdet.

Rapporten er skrevet af chefanalytiker Søren Kjær Foged, forsker Paw Havgaard Hansen, forskningsprofessor Kurt Houlberg, senioranalytiker Lars Bo Pedersen og studentermedhjælper Mikkel Darger.

VIVE takker de to eksterne reviewere for at bidrage indsigtfuldt og konstruktivt til kvalitetssikring af rapporten. Derudover rettes en stor tak til de kommuner, som har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen. En særlig tak rettes til de kommuner, som i pilotfasen bidrog med indsigtfuld viden til udviklingen af spørgeskemaet.

Undersøgelsen er finansieret af Social-, Bolig- og Ældreministeriets årlige trækingsret på analyse- og forskningsopgaver fra VIVE.

Ulrik Hvidman

Forsknings- og analysechef for VIVE Styring og Ledelse



Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	6
-----------------	---

Afrapportering	11
----------------	----

1	Indledning	12
---	------------	----

2	Overordnet udvikling på ældreområdet 2018-2022	14
2.1	Befolkningsudvikling	15
2.2	Udvikling i samlede udgifter på ældreområdet	16
2.3	Udvikling i udgifter pr. ældre og variationer på tværs af kommuner	18

3	Organisering og økonomisk styring på ældreområdet	23
3.1	Organisering af ældreområdet	24
3.2	Visitation til hjemmepleje og sygepleje	35
3.3	Brug af demografimodel	40
3.4	Ressourcetildelingsmodel og økonomiopfølgning	50
3.5	Timepriser og døgntakster	55
3.6	Tilvejebringelse af det frie valg	57

4	Ressourceforbrug til udvalgte administrative funktioner	64
4.1	Årsværk til udvalgte administrative funktioner	65

5	Variationer i ressourceforbruget på ældreområdet på tværs af kommuner og over tid	68
5.1	Tidligere danske studier	70
5.2	Grundvilkårs betydning for variationer på tværs af kommuner 2018-2022	72
5.3	Grundvilkårs betydning for udgiftsudviklingen inden for de enkelte kommuner 2018-2022	79
5.4	Organisatoriske forholds betydning for ressourceforbruget 2022	81

Dokumentation	83
<hr/>	
6 Metode og data	84
6.1 Spørgeskemadata om kommunernes organisering og økonomiske styring på ældreområdet	84
6.2 Registerdata om kommunernes udgifter og befolkningssammensætning	87
<hr/>	
Litteratur	93
<hr/>	
Bilag 1 Variable i regressionsanalyserne	96
<hr/>	
Bilag 2 Supplerende tabeller og analyser	99

Hovedresultater

Demografien i Danmark er i disse år under stor forandring, i takt med at der bliver flere ældre borgere, og levealderen stiger. Der er i lyset heraf et stigende fokus på, hvilken betydning ældrebefolkningens demografiske og socioøkonomiske sammensætning har for kommunernes ressourceforbrug på ældreområdet. Derudover er der også et stigende fokus på, hvordan kommunerne organiserer og styrer ældreområdet, og hvad dette betyder for områdets økonomi og faglige resultater. Denne rapport har til formål at skabe viden om kommunernes ressourceforbrug og økonomiske styring på ældreområdet. Rapporten retter sig mod beslutningstagere, ledere og medarbejdere på ældreområdet på nationalt og kommunalt niveau. Formålet med undersøgelsen er:

- At kortlægge kommunernes ressourceforbrug og økonomiske styring på ældreområdet. I forhold til den økonomiske styring fokuseres der på kommunernes praksis for organisering, visitation, brug af demografimodeller og ressourcefordeling.
- At analysere, hvilken betydning ældrebefolkningens demografiske og socioøkonomiske sammensætning har for variationer i ressourceforbruget på tværs af kommuner og over tid.

Stigende samlede udgifter på ældreområdet, faldende udgifter pr. ældre

De samlede udgifter på ældreområdet er steget med omkring 6,8 % fra 2018 til 2022 og udgør 55 mia. kr. i 2022, når man medregner statslige puljer på ældreområdet. I samme periode er antallet af 67+-årige steget med 9,3 % og antallet af 80+-årige med 18,6 %. Stigningen i de samlede udgifter på ældreområdet fra 2018 til 2022 følges dermed af faldende udgifter *pr. ældre*. Opgjort pr. 67+-årig er udgifterne pr. ældre faldet med 0,7 %. Opgjort pr. 80+-årig er udgifterne faldet med 6,0 %.

Store forskelle i de kommunale udgifter på ældreområdet – som i vid udstrækning forklares ved forskelle i befolkningssammensætning og geografi

De kommunale udgifter til ældreområdet varierer i 2022 fra ca. 40.000 kr. til ca. 75.000 kr. pr. 67+-årig. Omkring 75 % af forskellene i kommunernes udgiftsniveauer kan forklares ved forskelle i kommunernes økonomiske grundvilkår i form af befolkningens demografiske og socioøkonomiske sammensætning, og hvor spredt befolkningen bor. For hele perioden fra 2018 til 2022 er det således 73,9 % af variationerne i udgifter mellem kommuner og over tid, der kan forklares ved forskelle i kommunernes økonomiske grundvilkår. Først og fremmest spiller andelen af enlige ældre, ældrebefolkningens alderssammensætning og socioøkonomiske faktorer en væsentlig rolle for, hvor store de kommunale udgifter er pr. ældre, og hvordan de udvikler sig over tid. Når der er taget højde for

forskelle i kommunernes økonomiske grundvilkår, ser organiseringen af ældreområdet for kommunerne i gennemsnit ikke ud til at have betydning for udgifternes størrelse på ældreområdet. Det betyder dog ikke, at forskellige organiserings- og styringsmodeller ikke er vigtige for kommunernes økonomiske styring af ældreområdet. Derimod vil forskellige typer af organiserings- og styringsmodeller understøtte varierende hensyn i den økonomiske styring af ældreområdet, og den enkelte kommune vil, givet sine lokale vilkår, kunne have gavn af forskellige typer af tiltag vedr. deres økonomiske styringspraksis.

Store variationer i kommunernes valg af ledelsesmodel på ældreområdet, også på tværs af kommunestørrelse

Kommunerne har væsentlige frihedsgrader med hensyn til, hvordan de vælger at organisere og styre ældreområdet. Kortlægningen viser, at de organisatoriske frihedsgrader afspejles i kommunernes valg af ledelsesmodel på ældreområdet, enten i form af en enhedsmodel eller en distriktsmodel. Lidt over halvdelen af kommunerne har således organiseret hjemmeplejen og sygeplejen efter en "enhedsmodel", hvor det formelle budgetansvar for det faglige område er samlet hos én leder. Tilsvarende har lidt under halvdelen af kommunerne organiseret hjemmeplejen og sygeplejen efter en "distriktsmodel", hvor sideordnede ledere har formelt budgetansvar for hver deres geografiske delområde i kommunen. For plejecentrene tegner sig også et billede af en relativt ligelig fordeling mellem de to organiseringsformer, dog med en svag overvægt af kommunerne, som har valgt at organisere plejecentrene efter en distriktsmodel.

For hjemmepleje og sygepleje anvendes enhedsmodellen oftere af de mindre kommuner, mens distriktsmodellen er mere udbredt i de større kommuner. Der er dog også stor forskel i valg af ledelsesmodel for kommuner med samme størrelse, hvilket understreger, at kommunerne i høj grad udnytter deres frihedsgrader i valget af ledelsesmodel.

Hjemmepleje og sygepleje er oftest organiseret under samme budgetansvarlige leder, men med adskilte grupper

I to ud af tre kommuner er hjemmeplejen og sygeplejen samorganiseret under samme budgetansvarlige leder, mens knap hver tredje kommune har hver deres formelt budgetansvarlige leder for henholdsvis hjemmeplejen og sygeplejen. Den mest udbredte organisering for hjemmepleje og sygepleje er en organisering med adskilte teams/grupper, men under samme budgetansvarlige ledelse. I praksis angiver tre ud af fire kommuner, at de har adskilte teams/grupper for hjemmepleje og sygepleje, mens en ud af fem kommuner angiver, at de har integrerede teams/grupper.

Plejeboligområdet er i modsætning til sygeplejen typisk adskilt fra hjemmeplejen, idet fire ud af fem kommuner har organiseret de to områder adskilt fra hin-

anden, dvs. under forskellige budgetansvarlige ledere. Endelig er rehabiliteringsforløb oftest organiseret under hjemmeplejen eller i en generel træningsenhed, herunder enheder/centre for rehabilitering og genoptræning.

Visitationen typisk organiseret under ældrechefen

Fire ud af fem kommuner har organiseret både myndighed og udførerenheder på ældreområdet under ældrechefen. De resterende kommuner har organiseret myndighedsopgaven på ældreområdet under en anden fagchef end ældrechefen, eller myndighedschefen for visitationen refererer direkte til en direktør og ikke til ældrechefen. I omkring 70 % af kommunerne visiterer visitationenheden primært til ældreområdet, mens visitationen til ældreområdet i de resterende kommuner er samorganiseret med visitationen til socialområdet og/eller sundhedsområdet.

Der er forskel på, om kommunerne visiterer til enkeltydelser eller til ydelsespakker til modtagere af hjemmepleje. Således visiterer knap seks ud af ti kommuner til enkeltydelser, mens knap tre ud af ti kommuner visiterer i ydelsespakker. De resterende kommuner visiterer hjemmepleje i både enkeltydelser og i ydelsespakker.

For den udekørende sygepleje gælder det i mere end tre ud af fire kommuner, at sygeplejen er selvvisiterende forstået på den måde, at tildelingen af sygepleje i praksis foretages af sygeplejefaglige koordinatore i sygeplejen og/eller af de udførende sygeplejersker. I de resterende kommuner foretages visitation til sygepleje derimod af en central myndighedsafdeling eller via en tredje model, fx hvor nogle indsatser tildeles af myndighedsafdelingen, og andre visiteres af sygeplejen.

Udbredt brug af demografimodeller i budgetlægning på ældreområdet – med varieret indhold

Kommunerne anvender i udbredt grad demografimodeller, der som led i budgetprocessen beregner de udgiftsmæssige ændringer på ældreområdet, som forventes at følge af, at der bliver flere eller færre ældre borgere i kommunen. I næsten alle kommuner dækker demografimodellen hjemmeplejeområdet og langt størstedelen af budgettet for hjemmepleje. Omvendt er plejeboligområdet det delområde, som i relativ mindst grad er omfattet af demografimodellen.

Et element i demografimodellerne kan være "enhedsbeløb" for den beregnede merudgift for ældreområdet ved en stigning på én ekstra ældre borger i en bestemt alder. Omkring halvdelen af kommunerne anvender sådanne enhedsbeløb i deres demografimodel. Enhedsbeløbene varierer på tværs af aldersgrupper og afhængigt af, om plejeboliger indgår eller ikke indgår i demografimodellen. For de enkelte aldersgrupper er der imidlertid også stor variation i enhedsbeløbene på tværs af kommunerne. I kommuner, hvor plejeboliger er inkluderet i demografimodellen, er det gennemsnitlige enhedsbeløb for en 80-årig eksempelvis

60 % højere i den fjerdedel af kommunerne med de højeste enhedsbeløb som i den fjerdedel af kommunerne med de laveste enhedsbeløb.

Hjemmeplejen tildeles typisk ressourcer efter aktiviteter, mens plejecentre og sygepleje typisk får tildelt en fast budgetramme

I fire ud af fem kommuner bliver hovedparten af ressourcerne til hjemmeplejen tildelt efter løbende aktiviteter som fx timer eller pakker (aktivitetsstyring). Plejecentrene og sygeplejen er omvendt i høj grad rammestyrede, idet 85 % af kommunerne tildeler hovedparten af budgettet til plejecentre og sygepleje som en fast ramme. Aktivitetsafregningen i hjemmeplejen er i seks ud af ti kommuner baseret på visiteret tid, mens afregningen i de øvrige kommuner er baseret på disponeret eller leveret tid.

Som hovedregel følger kommunerne op på økonomien 10-11 gange om året med såvel ældrechefen som de budgetansvarlige ledere. Derimod er der i forhold til det politiske niveau ganske stor variation i, hvor ofte kommunerne følger op på ældreområdet økonomi. Otte ud af ti kommuner har således politiske økonomi-opfølgninger enten kvartalsvist eller mindre hyppigt, mens to ud af ti kommuner følger op hver anden måned eller oftere.

Stor variation i, hvordan kommunerne tilvejebringer det frie valg for personlig pleje og praktisk hjælp

Kommunerne er forpligtede til at sikre, at borgere visiteret til hjemmepleje har mulighed for at vælge mellem minimum to leverandører, hvoraf mindst den ene skal være ikke-kommunal. Ved tilvejebringelsen af det frie valg for personlig pleje og praktisk hjælp kan kommunen overordnet vælge mellem en *godkendelsesordning*, hvor private leverandører godkendes på baggrund af kommunens egne pris- og kvalitetsvilkår, eller en *udbudsordning*, hvor udvælgelsen af leverandører sker via et udbud og/eller udstedelse af *fritvalgsbeviser*, som giver borgeren mulighed for at indgå aftale med en cvr-registreret virksomhed om at yde hjælpen.

I 2023 anvender lidt over halvdelen af kommunerne en godkendelsesordning, mens ca. en tredjedel anvender en form for udbudsordning. De resterende kommuner tilvejebringer det frie valg via fritvalgsbeviser – enten alene eller i kombination med andre ordninger. Fritvalgsbeviser anvendes især i de mindste kommuner, mens udbudsordninger omvendt er relativt mest udbredt i de større kommuner.

Fakta om undersøgelsen

Undersøgelsen er gennemført for Social-, Bolig- og Ældreministeriet.

Kortlægning og analyse er baseret på kvantitative data fra to datakilder:

- **Spørgeskemadata** om kommunernes organisering og økonomiske styring på ældreområdet i 2023 (besvaret af 83 af de 98 kommuner)
- **Registerdata på kommuneniveau** fra Danmarks Statistikbank om kommunernes udgifter på ældreområdet og befolkningens sammensætning mv. i årene 2018-2022.

Alle analyser er gennemført på kommuneniveau. Der indgår ikke oplysninger om enkeltindviders karakteristika, plejebehov og ressourceforbrug på ældreområdet.

➤ Afrapportering

1 Indledning

Der sker store demografiske ændringer i Danmark i disse år. Vi lever længere, og andelen af ældre i befolkningen stiger. Kommuner i hele landet oplever således, at der kommer flere ældre borgere, og at der i de kommende år ikke mindst forventes at komme betydeligt flere ældre over 80 og 85 år. Stadig flere ældre borgere og flere med komplekse plejebenhov presser kommunernes budgetter og forventes at gøre det i højere grad fremover. Der er derfor brug for viden om mulighederne for at prioritere og anvende ældreområdetets ressourcer bedst muligt.

Formålet med denne rapport er at bidrage med viden om to elementer af kommunernes ressourceforbrug og økonomiske styring på ældreområdet:

- At kortlægge kommunernes ressourceforbrug og økonomiske styring på ældreområdet. Herunder at belyse centrale elementer i kommunernes organisering og økonomiske styringspraksis samt kortlægge, hvor mange årsværk der går til udvalgte administrative støttefunktioner.
- At analysere, hvilken betydning ældrebefolkningens demografiske og socioøkonomiske sammensætning har for variationer i ressourceforbruget på tværs af kommuner og over tid.

Analysen er baseret på to hovedkilder af kvantitative data:

- Spørgeskemadata fra survey sendt til de kommunale ældrechefer
- Registerdata på kommuneniveau fra Danmarks Statistikbank.

Spørgeskemadataene danner grundlag for kortlægningen af kommunernes ressourceforbrug og økonomiske styring på ældreområdet (projektets første formål). Registerdata om udgifter, befolkningssammensætning mv. danner grundlag for analyserne af, hvilken betydning ældrebefolkningens demografiske og socioøkonomiske sammensætning har for ressourceforbruget på ældreområdet (projektets andet formål).

Den kommunale organisering af ældreområdet svarer ikke nødvendigvis til kontoplansafgrænsningen af ældreområdet i de kommunale regnskaber. Der er derfor for lidt variationer i afgrænsningen af ældreområdet i løbet af rapporten afhængigt af formål og datagrundlag i de enkelte delanalyser. Afgrænsningen af ældreområdet fremgår af metodeboksene i starten af hvert kapitel.

Med "ældrechefen" refereres i rapporten til den fagchef e.l., som har det overordnede ansvar for ældreområdet og typisk er chef for de budgetansvarlige ledere for fx hjemmeplejen og plejecentrene.

Alle analyser er gennemført på kommuneniveau. Der indgår med andre ord ikke oplysninger om enkeltindviders karakteristika, plejebenhov og forbrug af ressourcer på det kommunale ældreområde.

I kapitel 2 ser vi på den overordnede udvikling i antallet af ældre og udgifter på ældreområdet 2018-2022.

I kapitel 3 belyser vi centrale elementer i kommunernes organisering og økonomiske styring af ældreområdet 2023.

I kapitel 4 ser vi på, hvor mange årsværk der går til udvalgte administrative og visiterende funktioner på ældreområdet i 2022.

I kapitel 5 analyserer vi, hvilken betydning ældrebefolkningens demografiske og socioøkonomiske sammensætning har for variationer i ressourceforbruget på tværs af kommuner og over tid i perioden 2018-2022.

2 Overordnet udvikling på ældreområdet 2018-2022

Dette kapitel beskriver kort den overordnede befolknings- og udgiftsudvikling på ældreområdet fra 2018 til 2022.

I afsnit 2.1 ser vi på befolkningsudviklingen og i afsnit 2.2 på udviklingen i de samlede ældreudgifter på ældreområdet. Dernæst ser vi i afsnit 2.3 på udviklingen i udgifter på ældreområdet pr. ældre borger og variationen i udgifter pr. ældre på tværs af kommuner.

Det er væsentligt at understrege, at analysen alene ser på variationen i og udviklingen i udgifterne på ældreområdet. Det vil sige, hvor mange penge der bliver brugt. Analysen kan ikke bruges til at sige noget om den konkrete service på ældreområdet, og hvilken kvalitet borgerne oplever, da forskelle i udgifter kan dække over forskelle i udgiftsbehov/økonomiske grundvilkår (se kapitel 5) såvel som forskelle i fx produktivitet og serviceniveau.

Boks 2.1 beskriver kort den anvendte metode. For yderligere information om data og metode henvises til kapitel 6.

Boks 2.1 Data og metode

Data fra Danmarks Statistik (Statistikbanken) om befolkningsudvikling og udgifter på ældreområdet i de kommunale regnskaber

Kort om data:

- Ældreområdet er i udgiftsanalysen afgrænset ved hovedfunktion 5.30 (Tilbud til ældre) i det kommunale budget- og regnskabssystem. Herudover indgår udgifter til boligydelse til pensionister (funktion 5.57.76).
- Udgifterne opgøres som *nettodriftsudgifter*, dvs. fratrukket statslige refusioner, ældres betalinger for plejebolig, mad mv. samt betalinger fra andre kommuner og midler fra statslige puljer. I analysen af den overordnede udgiftsudvikling på ældreområdet (afsnit 2.1) indgår dog også udgifter til puljer til større løft af ældreområdet under det statslige udgiftsloft.

2.1 Befolkningsudvikling

Vi lever længere, der bliver flere ældre, og ældrebefolkningen udgør en stigende andel af den danske befolkning. Mens knap hver femte dansker i 2000 var over 60 år, er det i dag mere end hver fjerde, og fra 2040 forventes det at være ca. hver tredje (Robusthedskommissionen, 2023: 14).

Tabel 2.1 viser udviklingen i antallet af ældre i de seneste fem år, afgrænset ved det samlede antal 67+-årige samt to undergrupper af henholdsvis 75+- og 80+-årige.

Tabel 2.1 Udviklingen i antallet af ældre 2018-2023. Absolut og som indeks (2018 = 100)

Absolut	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Antal 67+-årige	987.304	1.005.254	1.025.171	1.045.340	1.062.117	1.079.213
Antal 75+-årige	468.342	487.539	512.162	539.032	565.998	589.182
Antal 80+-årige	256.694	263.746	272.326	282.106	291.488	304.331
Indeks (2018 = 100)						
67+-årige	100,0	101,8	103,8	105,9	107,6	109,3
75+-årige	100,0	104,1	109,4	115,1	120,9	125,8
80+-årige	100,0	102,7	106,1	109,9	113,6	118,6

Note: Befolkningstallene er opgjort pr. 1. januar i året.

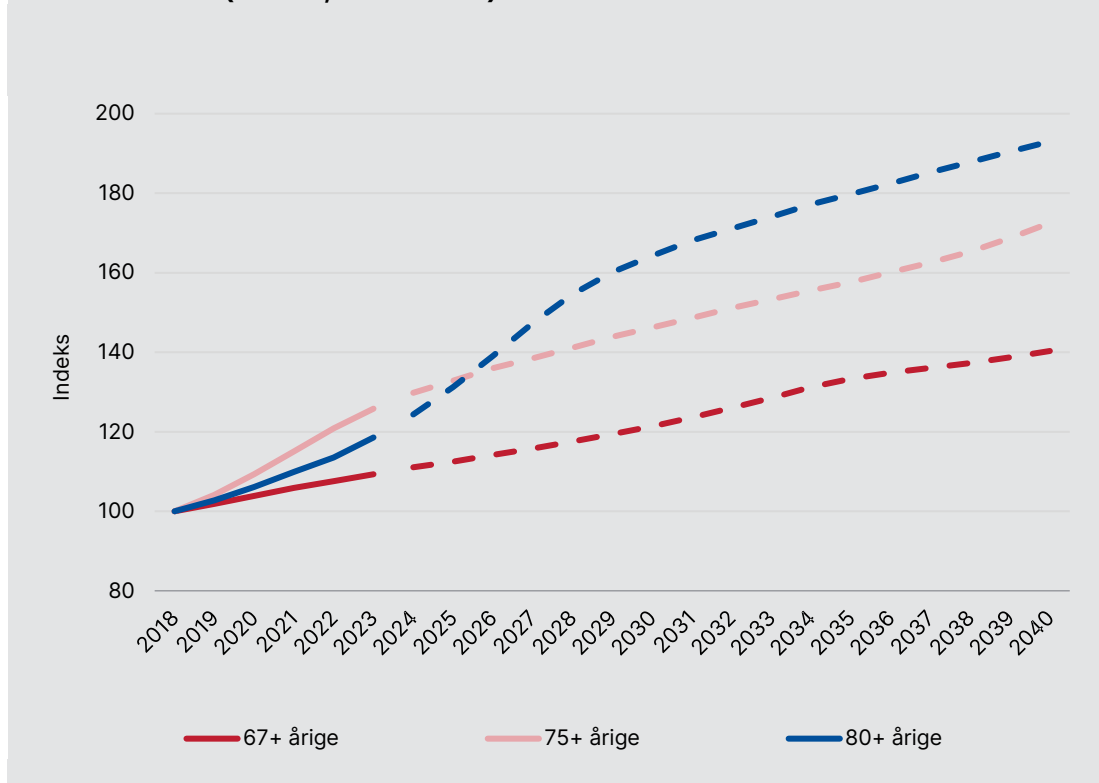
Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken, tabellen FOLK1A

Tabel 2.1 viser, at det samlede antal ældre på 67+ år er steget med 9 % fra 2018 til 2023, fra omkring 990.000 67+-årige i 2018 til omkring 1.080.000 i 2023. Zoomer vi ind på undergruppen af 75+-årige, så er der i perioden fra 2018 til 2023 kommet 26 % flere 75+-årige og 19 % flere i den ældre undergruppe af 80+-årige.

Udviklingen i ældrebefolkningen er desuden illustreret i Figur 2.1 sammen med den forventede udvikling frem til 2040 ifølge den seneste befolkningsfremskrivning fra Danmarks Statistik.

Det fremgår af Figur 2.1, at der i årene fra 2018 til 2023 har været en relativt større vækst i antallet af 75+-årige end i den mindre undergruppe af 80+-årige. I de kommende år det især gruppen af 80+-årige, der forventes at vokse.

Figur 2.1 **Udviklingen i ældre aldersgrupper, 2018-2040**
(indeks, 2018 = 100)



Anm.: De stiplede linjer angiver Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning.

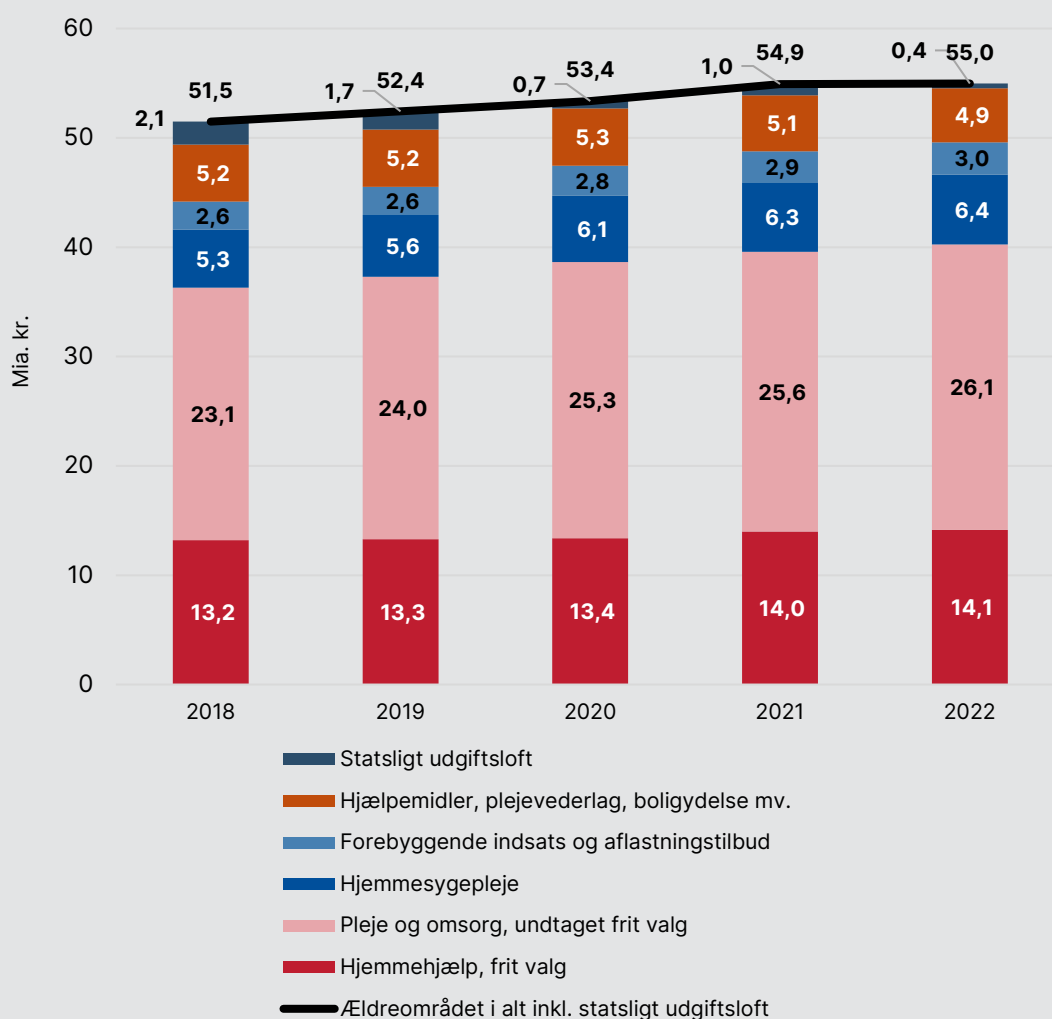
Befolkningstallene er opgjort pr. 1. januar i året. Fra 2018 til 2023 er der tale om faktiske befolkningstal, fra 2024 til 2040 om Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning.

Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken, tabellerne FOLK1A og FRDK123.

2.2 Udvikling i samlede udgifter på ældreområdet

Figur 2.2 viser udviklingen i de samlede kommunale udgifter på ældreområdet fra 2018 til 2022, inkl. udgifter til større puljer på ældreområdet under det statslige udgiftsloft.

**Figur 2.2 Samlede udgifter på ældreområdet 2018 til 2022
(mia. kr., 2022-priser)**



Anm.: Figuren viser kommunale nettodriftsudgifter på ældreområdet inkl. udgifter til større puljer på ældreområdet under det statslige udgiftsloft. Der er ikke korrigeret for meropgaver i medfør af DUT mv.

Kategorien 'Hjælpe midler, plejevederlag, boligydelse mv.' omfatter følgende funktioner i den kommunale konto-plan: 5.30.31; 5.30.36; 5.57.76; 5.22.07 (gruppe 100-105) samt korrektion for "Sælg-og-lej-tilbage".

Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken, tabellen REGK31, samt oplysninger om puljer under det statslige udgiftsloft fra diverse finanslove og deflatorer baseret på KL's opgørelse af pris- og lønudviklingen for kommunale serviceudgifter. Se afsnit 6.2 for yderligere information, herunder Tabel 6.2 med oplysninger om de medregnede statslige puljer på ældreområdet.

Det bemærkes, at der i 2020, 2021 og 2022 har været ekstraordinære udgifter som følge af coronapandemien i form af øgede udgifter til værnemidler, rengøring, vikarer mv. Den udbredte coronasmitte i 2021 og første del af 2022 har ek-

sempelvis bidraget til et større sygefravær og til, at udgifterne til eksterne vikarer på ældreområdet var ekstraordinært store i 2021 og 2022 (Topholm et al., 2023). Udgifterne på ældreområdet kan desuden, især i 2020, være påvirket af covid-19-relaterede besøgsrestriktioner og -forbud på plejehjem samt ønske om at reducere antal personer i borgernes hjem. Det er ikke muligt at sige præcist, hvor stor en del af udgifterne i 2020-2022 der kan tilskrives ekstraordinære udgifter som følge af coronapandemien.

Figur 2.2 viser, at de samlede udgifter på ældreområdet er steget med 3,5 mia. kr. fra 2018 til 2022 – nemlig fra 51,5 mia. kr. i 2018 til 55,0 mia. kr. i 2022, svarende til en stigning på 6,8 %.

Det fremgår endvidere, at det især er udgifterne til pleje og omsorg undtaget frit valg (plejehjem, plejecentre mv.) og sygepleje, som er steget, samt i de to sidste år udgifterne til hjemmehjælp. Som nævnt skal de stigende udgifter i årene fra 2020 til 2022 dog også ses i lyset af øgede udgifter som følge af coronapandemien. For en mere udførlig specificering af udgifterne i Figur 2.2 henvises til Bilagstabel 2.1.

De øgede udgifter i 2020-2022 skal bl.a. ses i lyset af ekstraordinære udgifter til værnemidler, rengøring, vikarer mv. som følge af coronapandemien.

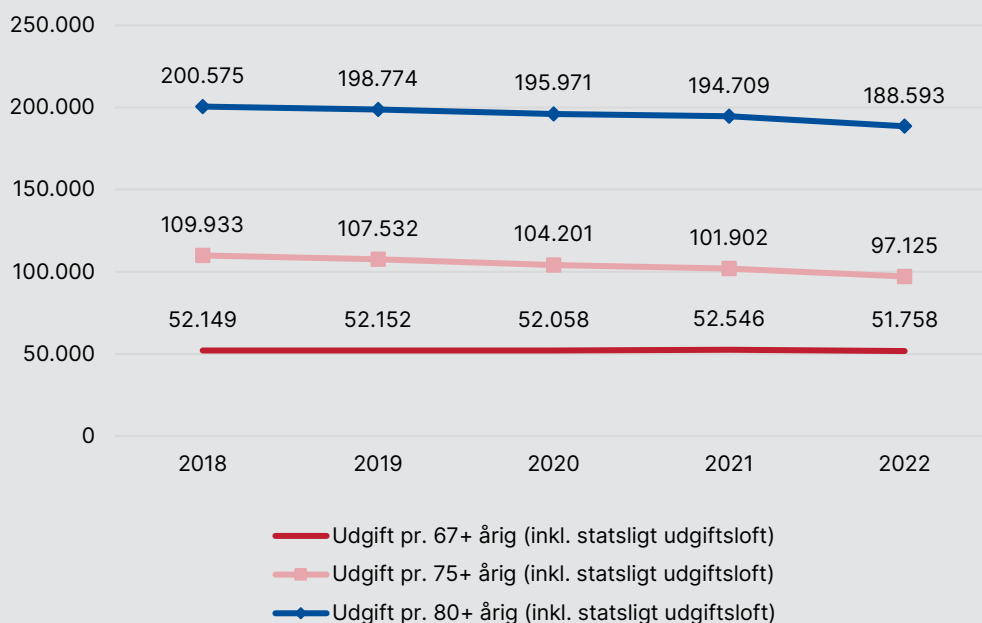
Stigningen i de samlede udgifter på ældreområdet på 6,8 % skal også ses i lyset af, at der (jf. Tabel 2.1) i perioden fra 2018 til 2022 er blevet 9,3 % flere ældre over 67 år, herunder 18,6 % flere 80+-årige. Antallet af ældre stiger med andre ord mere end de samlede udgifter på ældreområdet. I det næste afsnit ser vi på udviklingen i udgifter på ældreområdet *pr. ældre borger*.

2.3 Udvikling i udgifter pr. ældre og variationer på tværs af kommuner

Figur 2.3 viser udviklingen i udgifter på ældreområdet *pr. ældre* fra 2018 til 2022 inkl. udgifter til puljer på ældreområdet under det statslige udgiftsloft.

I Figur 2.3 er udgifterne på ældreområdet opgjort i forhold til tre forskellige aldersafgrænsninger af den potentielle aldersmålgruppe for indsatser på ældreområdet, nemlig antallet af 75+-årige, antallet af 80+-årige og det samlede antal ældre på 67 år og derover. Udgifterne på ældreområdet er med andre ord delt med antallet af hhv. 67+-årige, 75+-årige og 80+-årige, uafhængigt af om de pågældende borgere i praksis modtager kommunale pleje- og omsorgsydelser på ældreområdet.

Figur 2.3 Udgifter på ældreområdet 2018-2022 pr. ældre (kr. pr. ældre, 2022-priser)



Anm.: Figuren viser kommunale nettodriftsudgifter på ældreområdet inkl. udgifter til større puljer på ældreområdet under det statslige udgiftsloft. Der er ikke korigeret for meropgaver i medfør af DUT mv. Befolkningstal er opgjort pr. 1. januar i året.

Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken, tabellerne REGK31 og FOLK1A, samt oplysninger om puljer under det statslige udgiftsloft fra diverse finanslove og deflatorer baseret på KL's opgørelse af pris- og lønudviklingen for kommunale serviceudgifter. Se afsnit 6.2 for yderligere information, herunder Tabel 6.2 med oplysninger om de medregnede statslige puljer på ældreområdet.

Der knytter sig to opmærksomhedspunkter til Figur 2.3. For det første er det ikke alle ældre, der har behov for kommunale indsatser på ældreområdet. Sandsynligheden for at have behov for hjælp stiger alt andet lige med alderen og dermed også den gennemsnitlige udgift pr. ældre på et givet alderstrin (Fredslund, 2021; Robusthedskommissionen, 2023). Uanset alder er det imidlertid ikke alle på et givet alderstrin, der har behov for hjælp eller behov for lige meget hjælp (Robusthedskommissionen, 2023). For det andet kan udgifterne på ældreområdet i de kommunale regnskaber ikke henføres til specifikke aldersgrupper. Det er derfor ikke muligt ud fra kommunernes regnskaber at sige noget om, hvor stor en del af udgifterne på ældreområdet der retter sig mod eksempelvis de 67-75-årige, de 75-79-årige og de 80+-årige. I forlængelse heraf er det ikke entydigt, hvilken aldersgruppe af ældre det er mest meningsfuldt at opgøre udgifterne på ældreområdet i forhold til.

Figur 2.3 viser, at udgifterne har ligget på et relativt stabilt udgiftsniveau på omkring 52.000 kr. pr. ældre, hvis udgifterne opgøres i forhold til det samlede

antal ældre på 67 år og derover. Opgjort pr. 67+-årig er udgifterne pr. ældre faldet med 0,7 % fra 2018 til 2022.

I perioden er antallet af ældre over 75 og over 80 år imidlertid steget relativt mere end antallet af ældre i de yngre ældreårgange. Opgøres udgifterne på ældreområdet således pr. 75+-årig eller pr. 80+-årig, så er udgifterne fra 2018 til 2022 faldet fra hhv. 110.000 kr. til 97.000 kr. pr. 75+-årig og fra 201.000 kr. til 189.000 kr. pr. 80+-årig. Dette svarer til, at udgifterne i perioden er faldet med hhv. 11,7 % pr. 75+-årig og 6,0 % pr. 80+-årig.

De faldende udgifter pr. ældre skal bl.a. ses i sammenhæng med et fald i antallet af plejeboligpladser pr. ældre (Lauritzen, Christensen & Andersen, 2023), samt at en faldende andel af de ældre modtager hjemmehjælp, og at de, der modtager hjemmehjælp, visiteres til færre timer om ugen end tidligere (Houllberg & Foged, 2023).

Udviklingen på landsplan dækker over betydelig variation i udgiftsniveauet på tværs af kommunerne i de enkelte år såvel som udviklingen over tid.

Tabel 2.2 viser deskriptiv statistik for variationen i kommunernes udgifter pr. 67+-årig i henholdsvis 2018 og 2022. Tabellen omfatter ikke udgifter under det statslige udgiftsloft, men fokuserer på de *kommunale* ældreudgifter.

Tabel 2.2 Deskriptiv statistik for kommunale udgifter på ældreområdet pr. 67+-årig 2018 og 2022 (2022-priser)

Udgift pr. 67+-årig	2018	2022	Ændring 2018-2022
Minimum	35.661	39.894	4.233
1. kvartil	44.837	45.036	199
Median	48.264	48.629	365
3. kvartil	52.882	53.121	239
Maksimum	75.815	75.479	-336
Gennemsnit	49.797	50.407	610
Standardafvigelse	7.175	7.083	-92

Anm.: Tabellen viser kommunale nettodriftsudgifter på ældreområdet pr. 67+-årig. Udgifter til puljer på ældreområdet under det statslige udgiftsloft er *ikke* medregnet. Der er ikke korrigeret for meropgaver i medfør af DUT mv. Befolkningstal er opgjort pr. 1. januar i året.

Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken, tabellerne REGK31 og FOLK1A.

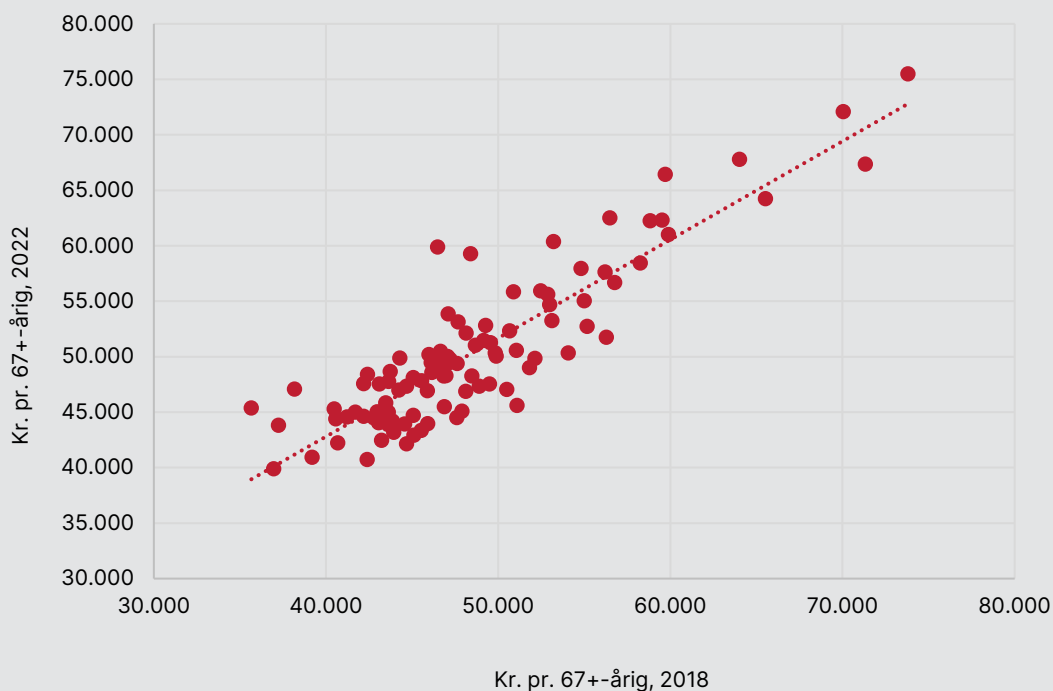
Tabel 2.2 viser, at der er betydelig kommunal variation i udgiftsniveauet pr. 67+-årig. I 2022 varierer udgifterne fra omkring 40.000 kr. pr. ældre i den kommune, der har de laveste udgifter, til omkring 75.000 kr. pr. ældre i kommunen med de højeste udgifter pr. 67+-årig. I kommunen med det højeste udgiftsniveau er udgifterne pr. ældre med andre ord næsten dobbelt så høje som i kommunen med det laveste udgiftsniveau. Forskellen skyldes bl.a., at alderssammensætningen blandt de ældre borgere varierer fra kommune til kommune (jf. kapitel 5, hvor vi nærmere undersøger, hvilke faktorer der kan forklare udgiftsvariationerne på tværs af kommunerne).

Tabellen viser videre, at 25 % af kommunerne har udgifter under 45.000 kr. pr. 67+-årig (1. kvartil), mens de 25 % af kommunerne i den anden ende af skalaen har udgifter på over 53.000 kr. pr. 67+-årig (3. kvartil). Den gennemsnitlige udgift i 2022 er 50.400 kr. pr. ældre. Medianudgiften er 48.600 kr. pr. ældre. Medianudgiften er udgiften pr. 67+-årig i den kommune, hvor lige mange kommuner ligger under/over i forhold til udgiftsniveauets størrelse.

Billedet af udgiftsvariationerne i 2018 er stort set identisk med billedet i 2022. Den mest iøjnefaldende forskel er, at minimumsudgiften var lavere i 2018, og at forskellen mellem det laveste og det højeste udgiftsniveau dermed er blevet reduceret fra 2018 til 2022.

Figur 2.4 illustrerer sammenhængen mellem den enkelte kommunes udgiftsniveau på ældreområdet i 2018 og 2022. Ikke overraskende fremgår det, at der er en tæt sammenhæng mellem udgiftsniveauet i de to år (korrelationen er 0,89). Jo større en kommunes udgifter pr. 67+-årig var i 2018, jo højere er de typisk også i 2022.

Figur 2.4 Sammenhæng mellem udgiftsniveau på ældreområdet i 2018 og 2022



Anm.: Figuren viser kommunale nettodriftsudgifter på ældreområdet pr. 67+-årig i de kommunale regnskaber for hhv. 2018 og 2022. Udgifter til puljer på ældreområdet under det statslige udgiftsloft er *ikke* medregnet.

Kilde: VIVE

Enkelte kommuner afviger lidt mere fra den generelle tendens illustreret ved tendenslinjen i Figur 2.4. Jo længere en kommune ligger fra tendenslinjen op mod figurens øverste venstre hjørne, jo mere er udgiftsniveauet øget fra 2018 til 2022. Der kan fx identificeres to kommuner, som i perioden har øget udgifterne fra omkring 45.000-48.000 kr. pr. ældre til omkring 60.000 kr. pr. ældre. Omvendt har kommuner ned mod figurens nederste højre hjørne reduceret udgiftsniveauet pr. 67+-årig fra 2018 til 2022. En kommune ses eksempelvis at have reduceret udgifterne fra omkring 51.000 kr. pr. 67+-årig i 2018 til omkring 45.000 kr. pr. 67+-årig i 2022. Den overordnede tendens er imidlertid, at der er ganske tæt sammenhæng mellem udgiftsniveauet i de to år.

I kapitel 5 ser vi nærmere på, hvilke faktorer der kan forklare udgiftsvariationerne på tværs af kommunerne og over tid.

3 Organisering og økonomisk styring på ældreområdet

Dette kapitel belyser centrale elementer i kommunernes organisering og økonomiske styring af ældreområdet.

Analysen gennemføres som en deskriptiv analyse af variationer på tværs af kommunerne med fokus på seks udvalgte elementer af organisering og økonomisk styringspraksis på ældreområdet:

- Afsnit 3.1: Organisering af ældreområdet
- Afsnit 3.2: Visitation til hjemmepleje og sygepleje
- Afsnit 3.3: Brug af demografimodeller
- Afsnit 3.4: Ressourcetildelingsmodel og økonomiopfølgning
- Afsnit 3.5: Time- og døgntakster
- Afsnit 3.6: Tilvejebringelse af det frie valg

Boks 3.1 beskriver kort den anvendte metode. For yderligere information om data og metode henvises til kapitel 6.

Boks 3.1 Data og metode

Kommunernes organisering og økonomiske styring af ældreområdet er kortlagt af VIVE via en spørgeskemaundersøgelse i kommunerne i september-december 2023.

Kort om spørgeskemaundersøgelsen

- Spørgeskemaet er sendt til kommunernes ældrechefer
- I alt har 83 kommuner besvaret spørgeskemaet, svarende til en svarprocent på 85 %. Enkelte kommuner har ikke besvaret alle spørgsmål.
- Ældreområdet er i spørgeskemaundersøgelsen afgrænset til hjemmepleje, rehabiliteringsforløb efter § 83a, træning efter serviceloven, hjælpemidler til ældre, sygepleje og plejehjem/plejecentre. Det vil sige tilbud til ældre under serviceloven samt kommunal sygepleje efter sundhedsloven.

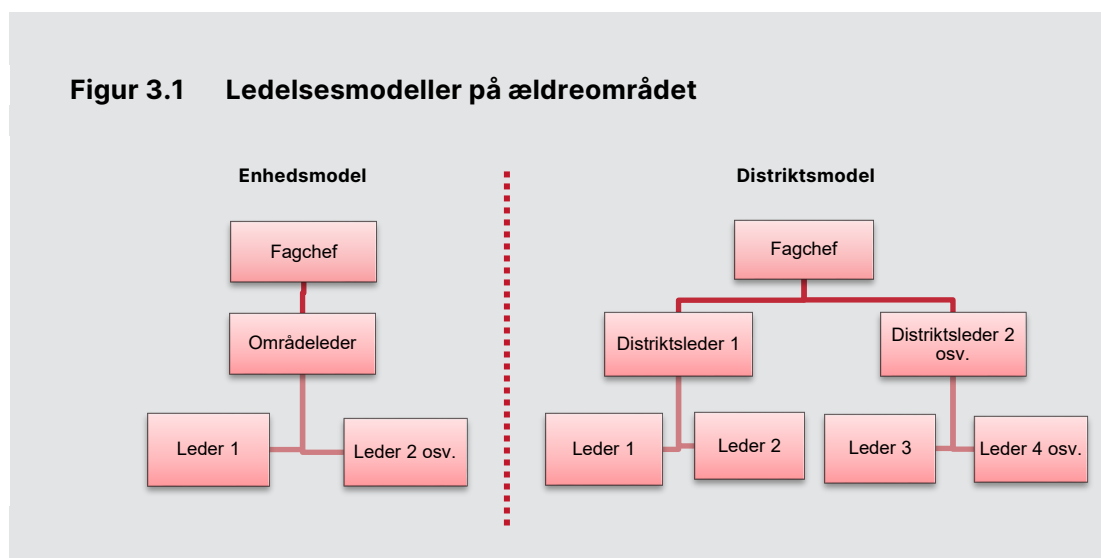
3.1 Organisering af ældreområdet

Kommunerne har væsentlige frihedsgrader med hensyn til, hvordan de vælger at organisere og styre ældreområdet. Med udgangspunkt i lokale udfordringer og behov kan kommunerne benytte sig af forskellige organiserings- og styringsmodeller, der kan understøtte forskellige hensyn i den økonomiske styring.

Kortlægningen viser, at de kommunale frihedsgrader i praksis afspejles i stor variation i organisering, ledelsesstruktur, visitationsmodeller, ressourcetildelingsmodeller mv. på tværs af kommunerne.

3.1.1 Ledelsesmodel

Den måde, hvorpå kommunerne organiserer ledelsen af ældreområdet, kan understøtte forskellige hensyn i den økonomiske styring, fx forudsætningerne for tværgående ressourceudnyttelse, og hvor økonomisk ansvarliggjorte de enkelte ledere oplever, de er. Kommunerne har overordnet mulighed for at organisere sig efter to hovedtyper af ledelsesmodeller, der typisk vedrører ledelsesniveauet umiddelbart under ældrechefen; en enhedsmodel eller en distriktsmodel (Dalsgaard, Foged & Lemvigh, 2021). Figur 3.1 illustrerer i simpel form forskellen på de to ledelsesmodeller.



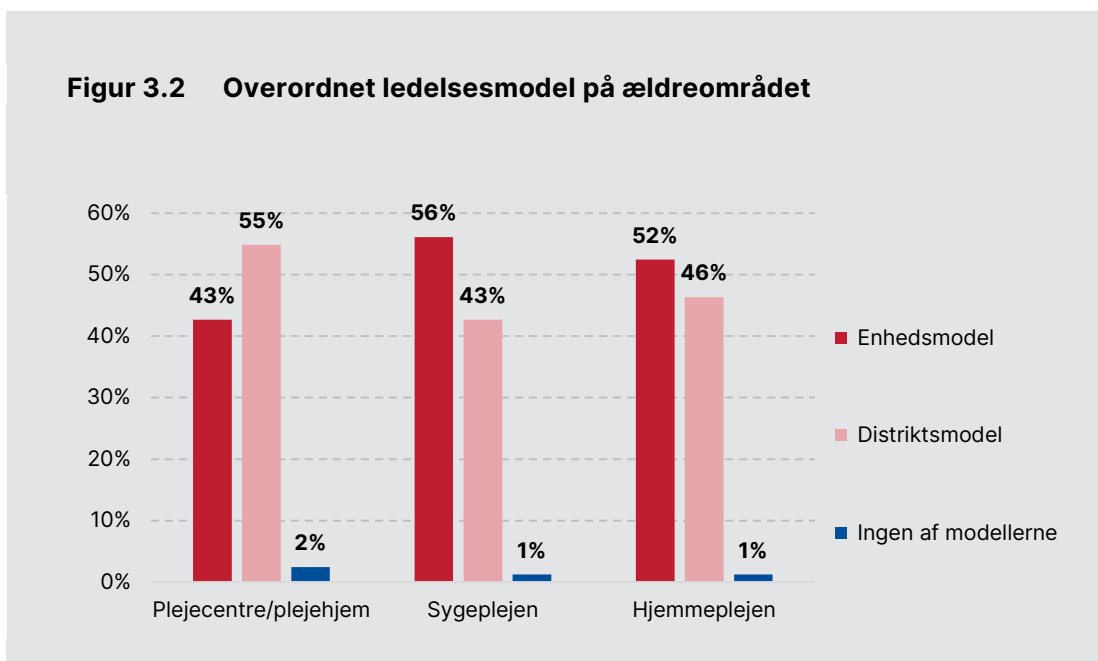
Anm.: Kommunerne anvender forskellige betegnelser for ledere på ældreområdet. I denne rapport er en områdeleder defineret ved at være formelt budgetansvarlig for hele det pågældende opgaveområde, fx hele hjemmeplejen. En distriktsleder er omvendt formelt budgetansvarlig for et geografisk delområde, fx et distrikt i hjemmeplejen.

Kilde: Egen tilvirkning med inspiration fra Dalsgaard, Foged & Lemvigh (2021).

I *enhedsmodellen* er det formelle budgetansvar for et fagligt område samlet hos én leder. Det kan fx være én budgetansvarlig leder for hele hjemmeplejen, for

hele sygeplejen eller alle de kommunale plejecentre. En enhedsmodel kan understøtte den økonomiske styring af det pågældende område som helhed og optimere ressourceudnyttelsen på tværs af geografiske enheder inden for området, fx på tværs af hele hjemmeplejen. I *distriktsmodellen* har et antal sideordnede ledere (her kaldet distriktsledere) formelt budgetansvar for hver deres geografiske delområde i kommunen og refererer typisk direkte til ældrechefen. Dette kan understøtte dels økonomisk ansvarlighed hos distriktslederne inden for deres geografiske område, dels en effektiv ressourceudnyttelse på tværs af evt. samorganiserede opgaveområder¹ (Dalsgaard, Foged & Lemvig, 2021).

Figur 3.2 viser fordelingen mellem de to ledelsesmodeller. For sygeplejen og hjemmeplejen er enhedsmodellen dominerende, da denne anvendes af lidt mere end halvdelen af kommunerne. For plejecentrene er billedet omvendt, da lidt over halvdelen af kommunerne har organiseret området efter en distriktsmodel. Dette hænger sammen med, at en del ledere på de enkelte kommunale plejecentre vil referere direkte til en ældrechef.



Anm.: Spørgsmålsformulering: "Mange kommuner har de budgetansvarlige ledere i niveauet under ældrechefen/fagchefen. Nogle kommuner har her en enhedsmodel, hvor det formelle budgetansvar for et fagligt område er samlet hos én leder. Det kan fx være én budgetansvarlig leder for hele hjemmeplejen og/eller sygeplejen (i ledelsesniveauet herunder vil der være daglige ledere med ansvar for hver deres geografi/enhed). Andre kommuner har derimod en distriktsmodel med ledere, som har formelt budgetansvar for hver deres geografiske delområde i kommunen, og som typisk refererer direkte til ældrechefen/fagchefen. Hvilken model passer bedst på ledelsesstrukturen i jeres kommune på følgende dele af ældreområdet?"

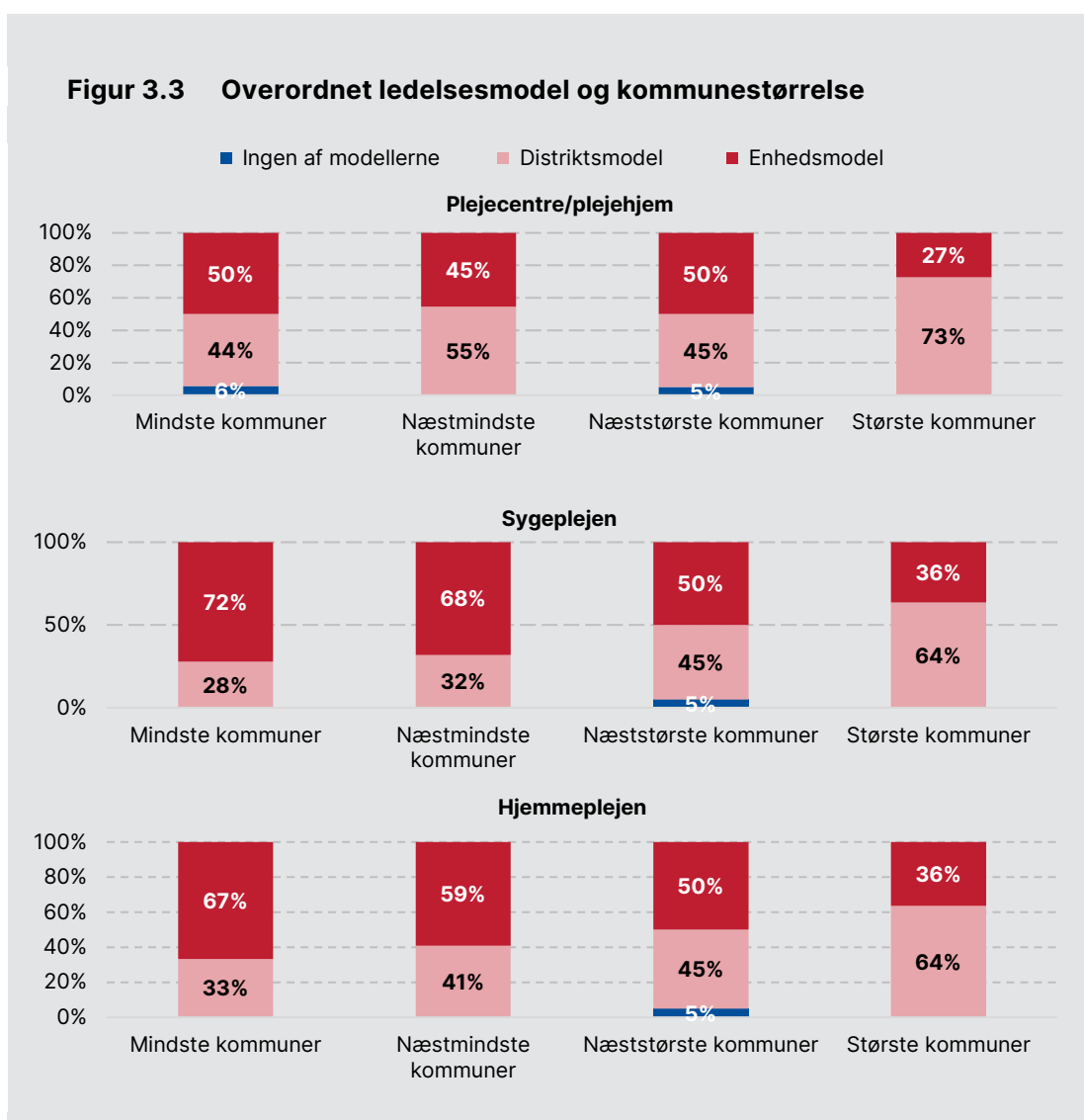
VIVE har omkategoriseret et mindre antal kommuner, der oprindeligt havde svaret "Andet" på baggrund af deres kvalitative beskrivelse af deres organisering.

Kilde: Spørgeskemadata fra 82 kommuner.

¹ For eksempel på tværs af hjemmepleje, sygepleje og/eller plejecentre, såfremt nogle af disse opgaver er samorganiseret under den samme distriktsleder.

Valget af ledelsesmodel kan tænkes at hænge sammen med kommunens størrelse. Figur 3.3 viser kommunernes valg af ledelsesmodel fordelt på fire grupper af kommuner inddelt efter indbyggertal. Figuren viser, at der for syge- og hjemmeplejen er en relativt klar sammenhæng: Enhedsmodellen anvendes oftere i mindre kommuner, mens distriktsmodellen er mere udbredt i de større kommuner. Dette kan hænge sammen med, at større kommuner har flere ældre borgere, der modtager pleje, hvilket igen kan gøre det mere naturligt at distriktsopdele kommunens ældreområde.

For plejecentrene fremgår det desuden af Figur 3.3, at der ikke er en klar sammenhæng mellem kommunestørrelse og ledelsesmodel, dog med den tilføjelse, at der blandt den største fjerdedel af kommuner er en klar overvægt af kommuner med en distriktsmodel.



Anm.: Kommunerne er inddelt i fire intervaller efter indbyggertal i 2022: *mindste kommuner* (under 30.000 indbyggere), *næstmindste kommuner* (mellem 30.000 og 45.000 indbyggere), *næststørste kommuner* (mellem 45.000 og 60.000 indbyggere) og *største kommuner* (over 60.000 indbyggere). De fire intervaller indeholder hhv. 18, 22, 20 og 22 kommuner.

Kilde: Spørgeskemadata fra 82 kommuner og Danmarks Statistik.

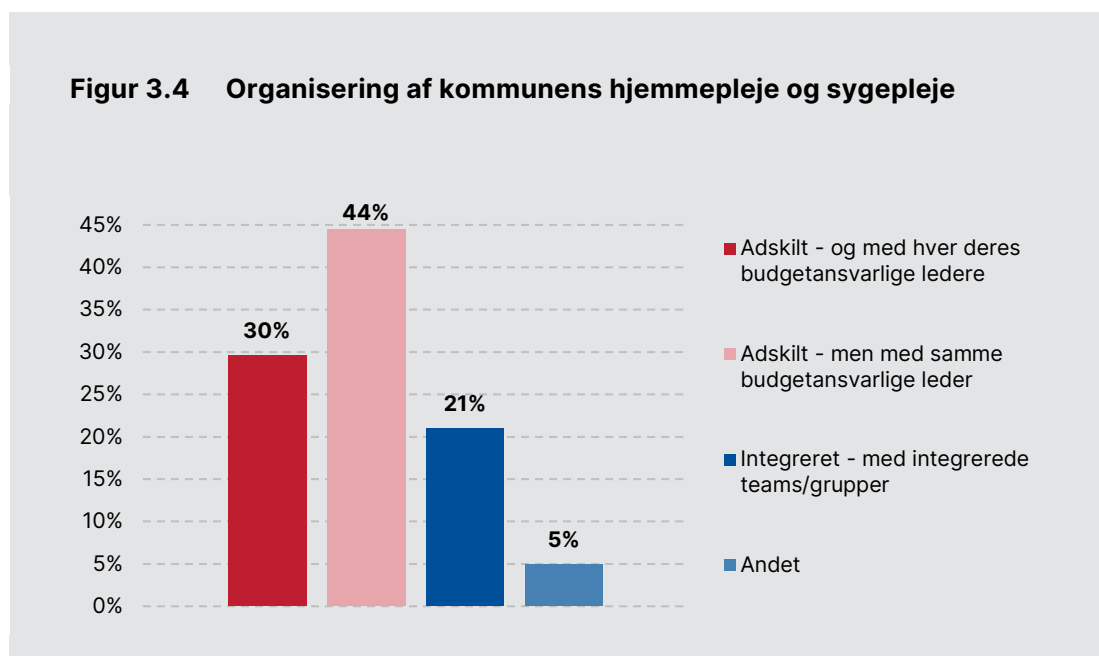
3.1.2 Organisering af hjemmepleje, sygepleje og plejecentre

Kommunerne har også angivet, hvordan hjemmeplejen, sygeplejen og plejecentrene er organiseret i forhold til hinanden.

Figur 3.4 viser kommunernes organisering af hjemmeplejen i forhold til sygeplejen. En sygepleje, der er samorganiseret med hjemmeplejen, kan fx understøtte tværgående ressourceudnyttelse og et tværfagligt samarbejde med afsæt i borgerens behov. En adskilt organisering af sygeplejen kan fx understøtte mulighederne for løbende sygeplejefaglig sparring mellem medarbejdere i sygeplejen (Dalsgaard, Foged & Lemvigh, 2021).

Figuren viser, at tre ud af fire kommuner angiver, at de i praksis har adskilte hjemmepleje- og sygeplejegrupper. Dette svarer til, at i alt 30 % af kommunerne har både adskilte budgetter og teams/grupper, mens 44 % har adskilte teams/grupper, men dog samme budgetansvarlige ledere.

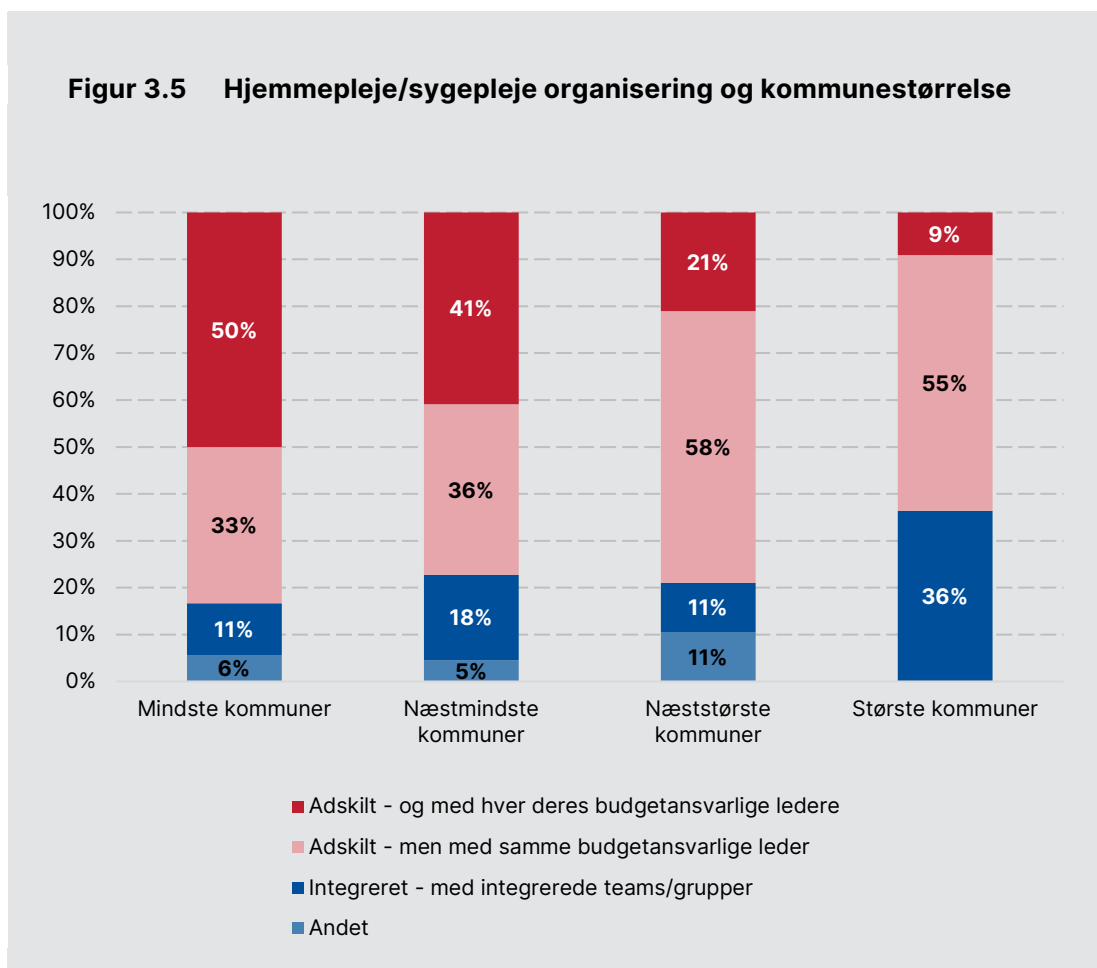
Endelig angiver en femtedel af kommunerne, at de har integrerede teams/grupper for sygepleje og hjemmepleje. I forhold til kommunernes arbejde med forskellige variationer af faste, tværfaglige og selvstyrede teams (se fx Buch & Topholm, 2023) kan det altså bemærkes, at det i 2023 er en femtedel af kommunerne, som angiver at have integrerede teams for hjemmepleje og sygepleje.



Anm.: VIVE har omkategoriseret et mindre antal kommuner, der oprindeligt havde svaret "Andet", på baggrund af deres kvalitative beskrivelse af deres organisering.

Kilde: Spørgeskemadata fra 82 kommuner.

Kommunernes organisering af hjemmeplejen i forhold til sygeplejen er også undersøgt i relation til kommunestørrelse. Figur 3.5 viser i den sammenhæng, at mindre kommuner i lidt højere grad har adskilte teams/grupper for hjemmepleje og sygepleje. For eksempel er det blandt den mindste fjerdedel af kommunerne 11 %, der har integrerede teams/grupper, sammenlignet med 36 % for den fjerdedel af kommunerne, som har den største befolkning.

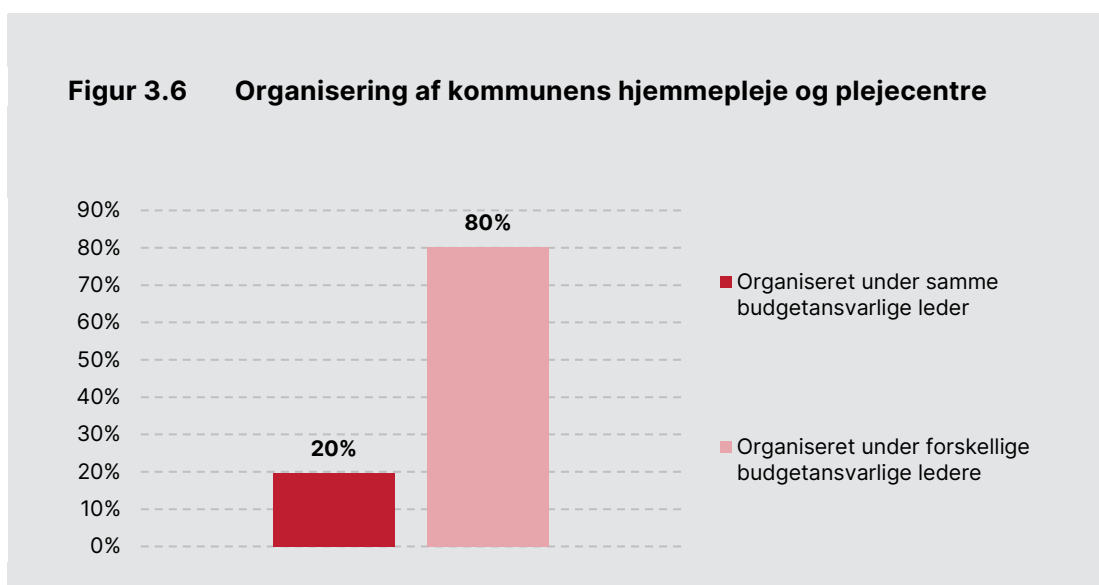


Anm.: Kommunerne er inddelt i fire intervaller efter indbyggertal i 2022: mindste kommuner (under 30.000 indbyggere), næstmindste kommuner (mellem 30.000 og 45.000 indbyggere), næststørste kommuner (mellem 45.000 og 60.000 indbyggere) og største kommuner (over 60.000 indbyggere). De fire intervaller indeholder hhv. 18, 22, 20 og 22 kommuner.

Kilde: Spørgeskemadata fra 82 kommuner og Danmarks Statistik.

Figur 3.6 viser, hvordan kommunerne har organiseret hjemmeplejeområdet i forhold til kommunens plejecentre. Langt størstedelen af kommunerne, fire ud af fem, har organiseret de to områder adskilt fra hinanden, dvs. under forskellige budgetansvarlige ledere. Dette kan hænge sammen med, at hvor der for pleje i borgerens hjem ofte er mange samarbejdsflader mellem udførerne (fx hjemmepleje og sygepleje), så er der færre daglige snitflader på tværs af plejecentre og dem, der udfører pleje i borgerens hjem.

Supplerende analyser (ikke vist) tyder ikke på, at der er forskel på organiseringen af hjemmeplejen i forhold til plejecentrene mellem kommuner af forskellig størrelse.



Note: VIVE har omkategoriseret et mindre antal kommuner, der oprindeligt havde svaret "Andet", på baggrund af deres kvalitative beskrivelse af deres organisering.

Kilde: Spørgeskemadata fra 81 kommuner.

3.1.3 Plejecentre og pladser

Kommunerne har angivet antallet af plejecentre/plejehjem beliggende i kommunen samt antallet af permanente pladser på disse plejecentre. Kommunerne er blevet bedt om at medtage *alle* typer af plejecentre og permanente pladser til ældre beliggende i kommunen².

Tabel 3.1 viser en oversigt over antal plejehjem og antal pladser i de adspurgte kommuner. Det fremgår, at de 81 adspurgte kommuner har borgere på lidt over 800 forskellige plejehjem svarende til mere end 36.000 pladser. Opskrives dette tal til landsplan (på baggrund af antallet af ældre i de øvrige 17 kommuner) kan det estimeres, at der i 2023 er ca. 940 plejecentre i Danmark fordelt på kommunale, selvejende og private plejecentre³. Tilsammen kan det estimeres, at disse plejecentre råder over ca. 44.400 permanente pladser til ældre⁴.

² Herunder fx også demensplejehjem og demenspladser.

³ Dette stemmer fint med de små 950 plejecentre, som ultimo 2023 fremgår af plejehjemsoversigten (<https://plejehjemsoversigten.dk/da>).

⁴ Dette stemmer fint med de ca. 44.600 pladser, der ultimo 2023 fremgår af plejehjemsoversigten samt de ca. 44.100 døgndækkede permanente pladser til ældre, der i 2022 fremgik af opgørelsen hos Danmarks Statistik (sum af plejehjem, beskyttede boliger, plejeboliger fortrinsvis til ældre og friplejeboliger til ældre).

Tabel 3.1 Antal plejehjem og permanente pladser til ældre

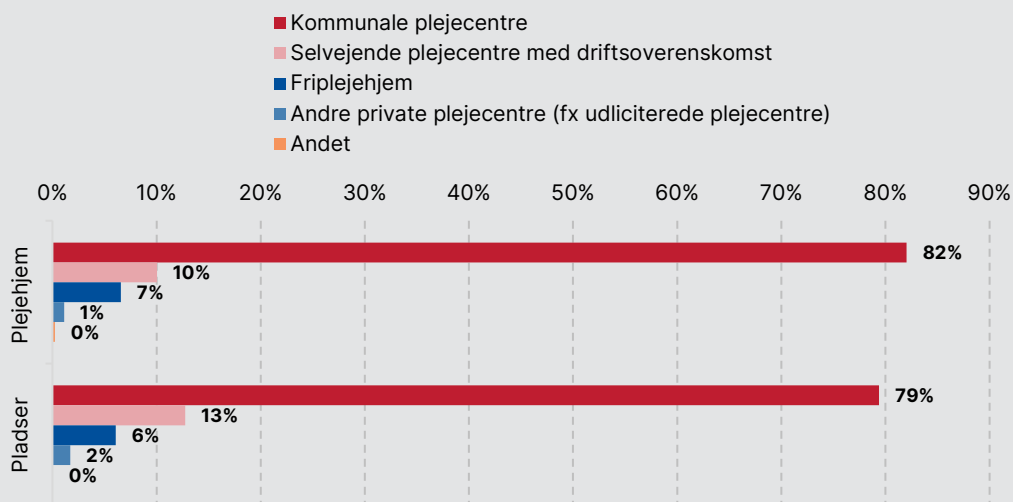
	Kommunale plejecentre	Selvejende plejecentre m. driftsoverenskomst	Friplejehjem	Andre private plejecentre (fx udliciterede)	Andet	I alt (n = 81)	Landsplan (estimeret*)
Plejehjem	662	81	53	9	2	807	938
Pladser	28.780	4.625	2.206	623	17	36.251	44.400

Note: * Antallet af plejehjem/pladser er opskrevet til landsplan på baggrund af antallet af 67+-årige i kommunerne.

Kilde: Spørgeskemadata fra 81 kommuner vedrørende antal plejehjem og 78 kommuner vedrørende antal pladser.

Figur 3.7 viser, hvordan plejecentre og pladser fordeler sig på forskellige ejer- og driftsformer. Ikke overraskende er kommunale plejehjem dominerende, da otte ud af ti plejehjem/pladser er kommunalt ejede. Herefter kommer selvejende plejecentre med driftsoverenskomst, der råder over hhv. 10 % af plejecentrene og 13 % af pladserne på landsplan. Endelig udgør friplejehjem og øvrige private plejecentre (fx udliciterede plejecentre) i alt 8 % af det samlede antal plejecentre/pladser⁵.

Figur 3.7 Andel plejehjem og permanente pladser til ældre



Anm.: Spørgsmålsformulering: "Hvor mange plejecentre/plejehjem til ældre er der i kommunen i dag (2023), og hvor mange permanente pladser findes der på disse plejecentre?".

Kilde: Spørgeskemadata fra 81 kommuner vedrørende antal plejehjem og 78 kommuner vedrørende antal pladser.

⁵ Disse tal stemmer rimeligt med den fordeling, der kan estimeres via plejehjemsoversigten ultimo 2023. Her fremgår det således, at 83 % er kommunale plejehjem, 11 % er selvejende plejecentre, 5 % af friplejehjem og 2 % udgøres af andre private plejehjem (se <https://plejehjemsoversigten.dk/da>).

I Tabel 3.2 fremgår fordelingen af antallet af pladser på plejecentre i kommunen pr. 10.000 ældre borgere over 67 år. Figuren viser, at der er betydelig forskel på antallet af plejecentre og pladser på tværs af kommunerne. En kommune, der ligger ved den 90. percentil, har således næsten 70 % flere pladser pr. ældre end en kommune, der ligger ved den 10. percentil. Til disse forskelle er dog vigtigt at nævne, at kommunernes ældre vil have forskellige plejebehov på tværs af landet, ligesom også kommunernes serviceniveauer og balance for køb og salg af pladser vil variere.

Tabel 3.2 Alle typer af plejecentre og pladser

	Percentiler				
	10	25	50	75	90
Antal plejecentre pr. 10.000 borgere + 67 år	5	7	8	10	14
Antal pladser pr. 10.000 borgere + 67 år	312	332	375	450	517

Kilde: Spørgeskemadata fra 78 kommuner.

Kommunerne har også angivet antallet af midlertidige døgnpladser til ældre i kommunen i 2023. Kommunerne er blevet bedt om at medtage alle former for midlertidige pladser under serviceloven og sundhedsloven, herunder aflastningspladser, akutpladser, korttidspladser, genoptrænings- og rehabiliteringspladser mv. Midlertidige pladser kan bidrage til at undgå dyre forløb i borgerens hjem samt undgå hospitalsindlæggelser, men kan omvendt også være dyre sammenlignet med indsatser i borgerens hjem (Vinge, Buch & Kjellberg, 2021; Dalsgaard, Foged, Lemvigh, 2021).

Samlet set har de 79 kommuner, som har besvaret spørgsmålet, angivet, at de har 3.181 midlertidige døgnpladser til ældre. Opskrives dette tal til alle 98 kommuner kan det estimeres, at der på landsplan er ca. 3.800 midlertidige kommunale døgnpladser til ældre⁶. På tværs af de adspurgte kommuner er der betydelig variation i antallet af midlertidige pladser pr. ældre.

Tabel 3.3 viser således, at den 90. percentil af kommuner har næsten tre gange så mange midlertidige pladser pr. ældre som den 10. percentil.

⁶ De 79 kommuner, der har angivet antallet af midlertidige pladser til ældre, har en ældrebefolkning (67+ år), der i 2022 udgjorde 84 % af den samlede ældrebefolkning i Danmark. Antages det, at antallet af midlertidige døgnpladser pr. ældre borger i de resterende 19 kommuner svarer til de 79 besvarende kommuner, kan det estimeres, at der på landsplan er ca. 3.800 midlertidige pladser til ældre i kommunerne.

Tabel 3.3 Midlertidige døgnplader

	Percentiler				
	10	25	50	75	90
Antal døgnpladser pr. 10.000 borgere + 67 år	20	27	35	45	56

Anm.: Spørgsmålsformulering: "Hvor mange midlertidige døgnpladser til ældre er der i alt i kommunen i dag (2023)?".

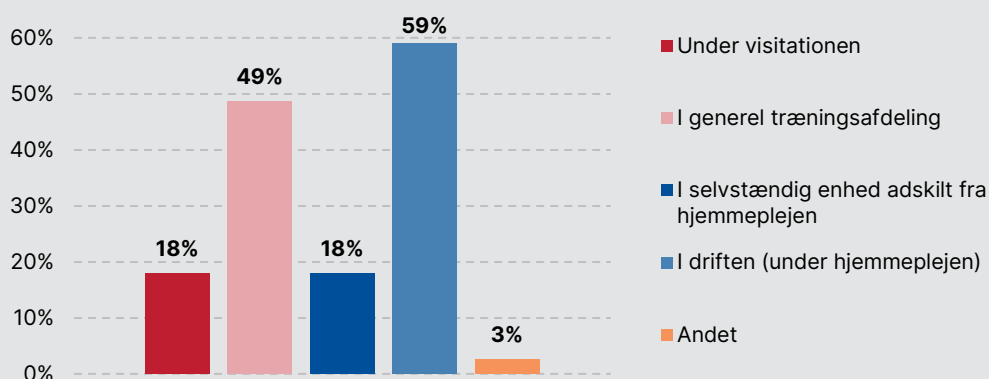
Kilde: Spørgeskemadata fra 79 kommuner og Danmarks Statistik.

3.1.4 Organisering af rehabiliteringsforløb (§ 83a)

Kommunernes organisatoriske placering af de medarbejdere, der arbejder med rehabiliteringsforløb (§ 83a), kan have betydning for processerne for samarbejdet mellem planlæggere og udførere af forløbene, samt hvordan rehabiliteringstænkningen kan udbredes til hjemmeplejen (Dalsgaard, Kjærgaard & Lemvig, 2020). VIVE har derfor bedt kommunerne angive, hvordan de medarbejdere, der arbejder med rehabiliteringsforløb (§ 83a-forløb), organisatorisk er placeret. Kommunerne har haft mulighed for at angive flere svar, da forskellige medarbejdere, der er ansat forskellige steder i ældreplejen, begge godt kan arbejde med rehabiliteringsforløb. Af den årsag summer procenterne i Figur 3.8 til over 100 %.

Figur 3.8 viser, at seks ud af ti kommuner har rehabiliteringsmedarbejdere placeret i driften under hjemmeplejen. Halvdelen af kommunerne har rehabiliteringsmedarbejdere i en generel træningsenhed, herunder enheder/centre for rehabilitering og genoptræning. Endelig er det 18 % af kommunerne, som har placeret medarbejdere, der arbejder med rehabiliteringsforløb, i hhv. visitationen og i en selvstændig enhed adskilt fra hjemmeplejen.

Figur 3.8 Organisatorisk placering af medarbejdere, der arbejder med rehabiliteringsforløb (§ 83a-forløb)



Anm.: Spørgsmålsformulering: "Hvordan er de medarbejdere, der arbejder med rehabiliteringsforløb (§ 83a-forløb) organisatorisk placeret?". VIVE har omkategoriseret et mindre antal kommuner, der oprindeligt havde svaret "Andet", på baggrund af deres kvalitative beskrivelse af deres organisering.

Kilde: Spørgeskemadata fra 78 kommuner.

Kommunerne er også blevet bedt om at angive størrelsen på deres rehabiliteringsteam, såfremt de har et sådan særskilt team. Der er 38 kommuner, som har angivet størrelsen af deres rehabiliteringsteam, hvilket typisk dækker over særskilte teams i hjemmeplejen eller i en generel træningsenhed. Tabel 3.4 viser variationen i disse rehabiliteringsteams størrelse udtrykt i udførende årsværk. Det fremgår, at en kommune, der ligger ved den 90. percentil, har tre gange så mange medarbejdere i rehabiliteringsteamet pr. ældre som medianen – dvs. den kommune, hvor lige mange kommuner ligger under/over i forhold til rehabiliteringsteamets størrelse. Rehabiliteringsteamets størrelse kan bl.a. hænge sammen med den praktiske rollefordeling mellem rehabiliteringsteamet og den almindelige hjemmepleje i forhold til planlægning og udførelse af rehabiliteringsforløb.

Tabel 3.4 Årsværk i rehabiliteringsteam

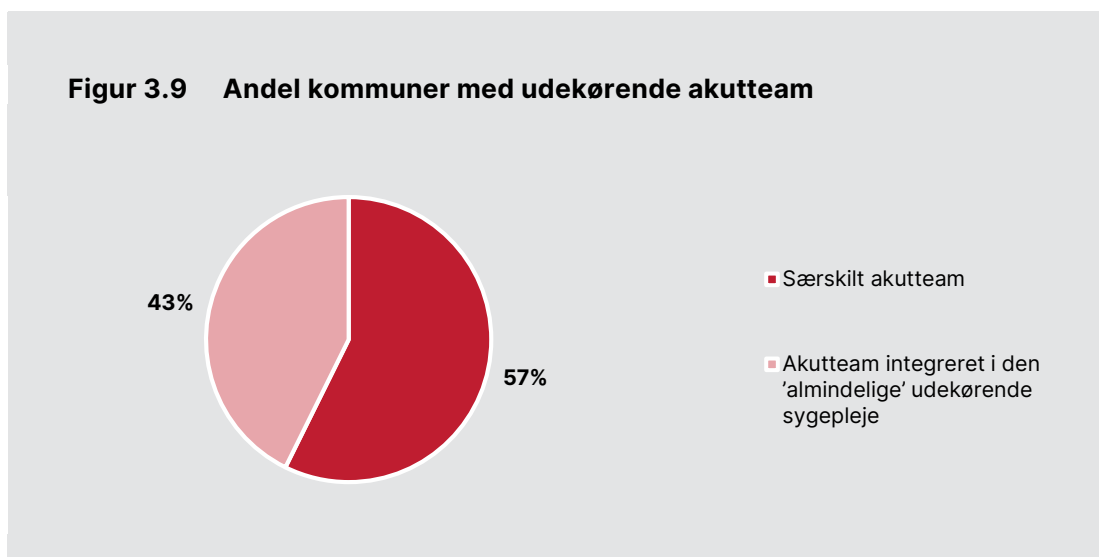
	Percentiler				
	10	25	50	75	90
Årsværk i rehabiliteringsteam pr. 10.000 borgere + 67 år	3	5	7	18	21

Anm.: Spørgsmålsformulering: "Hvis kommunen har et særskilt rehabiliteringsteam, hvor mange udførende årsværk beskæftiger rehabiliteringsteamet i dag (2023)? (Skriv antal udførende årsværk)"

Kilde: Spørgeskemadata fra 38 kommuner og Danmarks Statistik.

3.1.5 Organisering af den udekørende akutfunktion

Kommunerne har angivet, om de har et udekørende akutteam for sygepleje, eller om deres akutfunktion er integreret i den 'almindelige' udekørende sygepleje. Et særskilt akutteam kan således understøtte specialiserede kompetencer til akutsygepleje, mens en integreret akutsygepleje fx kan understøtte høj kapacitetsudnyttelse i akutsygeplejen (Dalsgaard, Foged & Lemvigh, 2021). Figur 3.9 viser, at 57 % af kommunerne angiver, at de har et særskilt akutteam. De resterende 43 % angiver, at de har integreret deres udekørende akutfunktion i den 'almindelige' udekørende sygepleje.



Anm.: Spørgsmålsformulering: "Har kommunen et særskilt udekørende akutteam for sygepleje?"

Kilde: Spørgeskemadata fra 82 kommuner.

De kommuner, som har angivet at de har et særskilt akutteam, har endvidere oplyst antallet af udførende årsværk i akutteamet. På tværs af disse 41 kommuner beskæftiger akutteamene i alt 304 årsværk. Den gennemsnitlige størrelse af et akutteam er 7 udførende årsværk. Opskrives disse tal til landsplan,⁷ kan det samlede antal medarbejdere i kommunale akutteams estimeres til ca. 360 årsværk⁸.

Af Tabel 3.5 fremgår det endvidere, at medianteamet – dvs. den midterste kommune – beskæftiger seks udførende årsværk pr. ældre. Det fremgår også, at den 90. percentil af kommuner har næsten fire gange så mange udførende årsværk i akutteamet pr. ældre som den 10. percentil. Disse forskelle kan fx hænge sammen med, at kommunerne har forskellig praksis for, hvordan akutteamets

⁷ Under en antagelse om, at også 43 % af de kommuner, som ikke har besvaret spørgsmålet, har et særskilt akutteam.

⁸ Under en antagelse om den samme andel af kommuner med akutteam og med samme gennemsnitlige antal årsværk i akutteamet pr. ældre. Det præcist estimerede tal på landsplan er 356 udførende årsværk i særskilte akutteams.

medarbejdere samarbejder med den almindelige sygepleje, fx ved at akutteamet hjælper til i den udekørende sygepleje ved ledig kapacitet (Dalsgaard, Foged & Lemvigh, 2021).

Tabel 3.5 Årsværk i udekørende akutteam

	Percentiler				
	10	25	50	75	90
Årsværk i udekørende akutteam pr. 10.000 borgere + 67 år	3	4	6	7	11

Anm.: Spørgsmålsformulering: "Hvor mange udførende årsværk beskæftiger akutteamet i dag (2023)? (skriv antal udførende årsværk)". Svar fra de kommuner, der har angivet, at de har et udekørende akutteam.

Kilde: Spørgeskemadata fra 41 kommuner og Danmarks Statistik.

3.2 Visitation til hjemmepleje og sygepleje

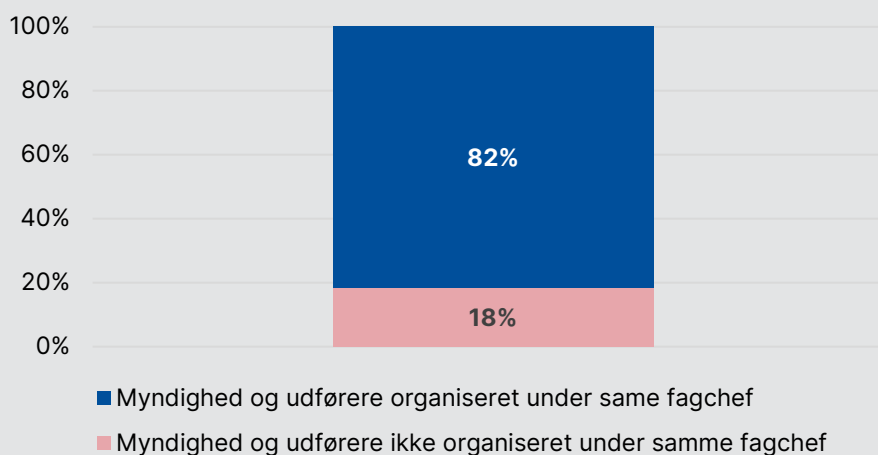
3.2.1 Visitationsenhedens organisatoriske placering

Kommunernes organisering af visitationsarbejdet på ældreområdet kan bl.a. påvirke arbejdsgange mellem visitation, planlægningsfunktion og udførere, hvilket igen kan påvirke ressourceudnyttelse og den fælles forståelse af kommunens serviceniveau (Dalsgaard, Kjærsgaard & Lemvigh, 2020).

Et aspekt af visitationens organisering er, hvorvidt visitationsenheden på ældreområdet er underordnet den fagchef, der har det overordnede økonomiske ansvar for udfører-enhederne på det øvrige ældreområde. VIVE har derfor bedt kommunerne om at angive, under hvilken fagchef visitationsenheden på ældreområdet er organiseret.

Figur 3.10 viser, at fire ud af fem kommuner har organiseret både myndighed og udfører-enheder på ældreområdet under ældrechefen. Omvendt angiver en ud af fem kommuner, at de ikke har organiseret myndighedsopgaven på ældreområdet under ældrechefen. Dette kan fx skyldes, at visitationsenheden er placeret under en anden fagchef (fx en socialchef), eller at myndighedschefen for visitationen refererer direkte til en direktør, og ikke til ældrechefen, på området.

Figur 3.10 Organisering af myndighedsopgaven/visitationsenheden



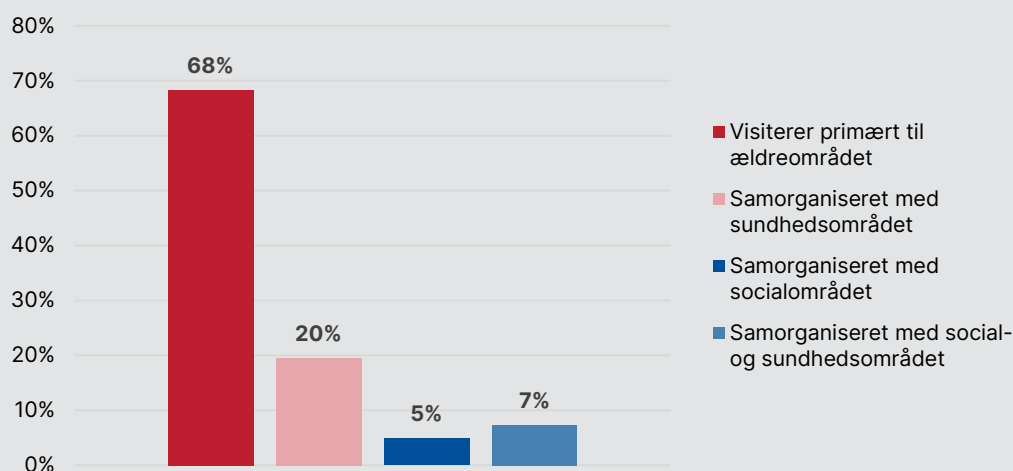
Anm.: Spørgsmålsformulering: "Hvordan er myndighedsopgaven/visitationsenheden på ældreområdet organiseret?". VIVE har omkategoriseret et mindre antal kommuner, der oprindeligt havde svaret "Andet", på baggrund af deres kvalitative beskrivelse af deres organisering.

Kilde: Spørgeskemadata fra 82 kommuner.

Det kan også have økonomisk betydning, om visitationen på ældreområdet er samorganiseret med visitationen til andre serviceområder. Man kan således forestille sig, at en samorganiseret visitation kan understøtte synergier på tværs af områder og medarbejdere. Omvendt kan man forestille sig, at en visitationsenhed, som primært arbejder på ældreområdet, kan understøtte specialisering blandt visitatorerne.

Af Figur 3.11 fremgår det, at syv ud af ti kommuner har en visitationsenhed, der primært visiterer til ældreområdet. 27 % af kommunerne angiver, at visitationsenheden på ældreområdet også visiterer til sundhedsområdet, fx som en mulig følge af, at kommunen har central visitation af sygepleje (se afsnit 3.2.3). Endelig svarer i alt 12 %, at visitationsenheden på ældreområdet er samorganiseret med socialområdet, svarende til at 5 % udelukkende er samorganiseret med ældreområdet, mens yderligere 7 % er organiseret sammen med både ældre- og sundhedsområdet.

Figur 3.11 Organisering af visitationsenheden på ældreområdet i forhold til andre områder



Anm.: Spørgsmålsformulering: "Er visitationsenheden på ældreområdet samorganiseret med andre faglige områder?".

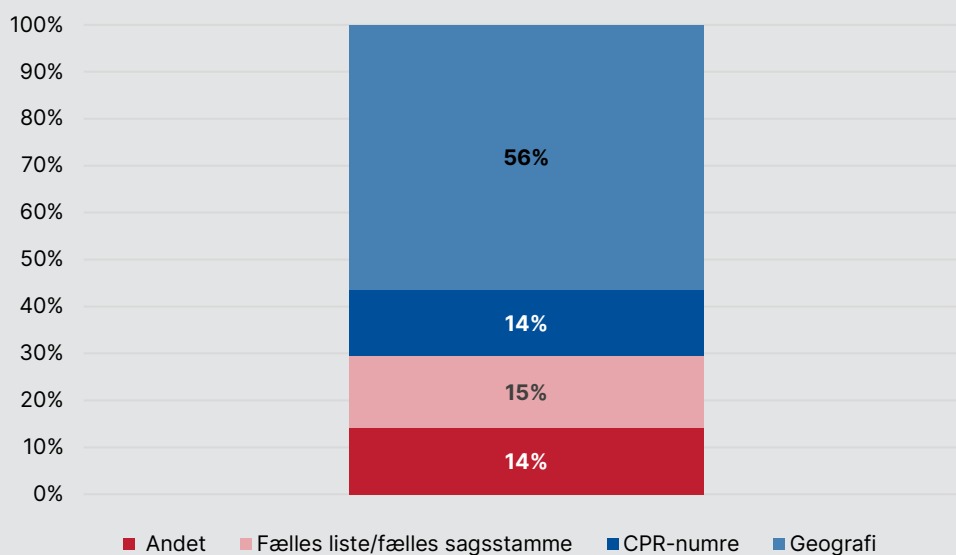
Kilde: Spørgeskemadata fra 82 kommuner.

3.2.2 Opdelingsprincip og ydelsesmodel i hjemmeplejen

Det opdelingsprincip, som visitatorerne visiterer efter, kan have betydning for opgaveløsningen og den økonomiske styring. Visiteres der efter cpr-numre eller fælles sagsmapper, kan dette understøtte en fælles forståelse for serviceniveauet på tværs af kommunen. Visiteres der efter en geografisk opdeling af sagerne, kan dette understøtte et tæt samarbejde mellem visitation, planlægningsfunktion og udførere (Dalsgaard, Kjærgaard & Lemvigh, 2020).

Figur 3.12 viser, at geografi er det mest udbredte opdelingsprincip, da over halvdelen af kommunerne benytter sig af princippet. Opdeling efter fælles liste/sagsstamme benyttes af 15 % af kommunerne, mens 14 % af kommunerne fordeler sagerne efter cpr-nummer. Blandt de resterende kommuner (14 %) oplyser de fleste, at sagerne fordeles efter en kombination af cpr-numre og geografi, mens andre kommuner beskriver, at de fordeler sagerne efter konkrete forhold, fx borgerens behov.

Figur 3.12 Opdelingsprincip for sagerne i visitationen



Anm.: Spørgsmålsformulering: "Hvad er det primære opdelingsprincip for opgaveløsningen i visitationsarbejdet i relation til hjemmepleje og § 83a-forløb?". VIVE har omkategoriseret et mindre antal kommuner, der oprindeligt havde svaret "Andet" på baggrund af deres kvalitative beskrivelse af deres opdelingsprincip.

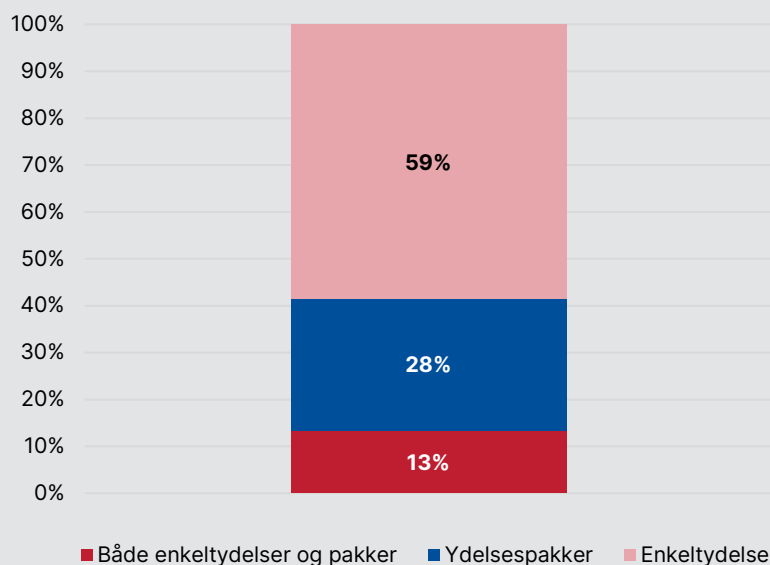
Kilde: Spørgeskemadata fra 78 kommuner.

Der er endvidere forskel på, om kommunerne visiterer til enkelttydelser eller i pakker. Visitation i enkelttydelser kan understøtte gennemsigtighed i, hvad der dagligt leveres til hjemmeplejemodtageren, og hvad der derved leveres for ressourcerne. Visitation i ydelsespakker kan omvendt understøtte fleksibilitet og en løbende ressourceindsats, der er afstemt med borgerens dagsaktuelle situation og behov (se fx Dalsgaard, Kjærgaard & Lemvigh, 2020; Topholm & Kjellberg, 2023).

Figur 3.13 viser, at knap seks ud af ti kommuner angiver, at de visiterer i enkelttydelser, mens knap tre ud af ti kommuner visiterer i ydelsespakker⁹. De resterende 13 % angiver, at de visiterer i både enkelttydelser og i pakker. For eksempel kan den samme kommune vælge at visitere personlig pleje i pakker og praktisk hjælp i enkelttydelser.

⁹ Tre kommuner, der er kategoriseret som visiterende i ydelsespakker, forklarer, at de er i en proces med at overgå fra enkelttydelser til pakker.

Figur 3.13 Visitation af hjemmepleje i enkeltydelser eller i pakker



Anm.: VIVE har omkategoriseret et mindre antal kommuner, der oprindeligt havde svaret "Andet" på baggrund af deres kvalitative beskrivelse af deres ydelsesmodel.

Kilde: Spørgeskemadata fra 82 kommuner.

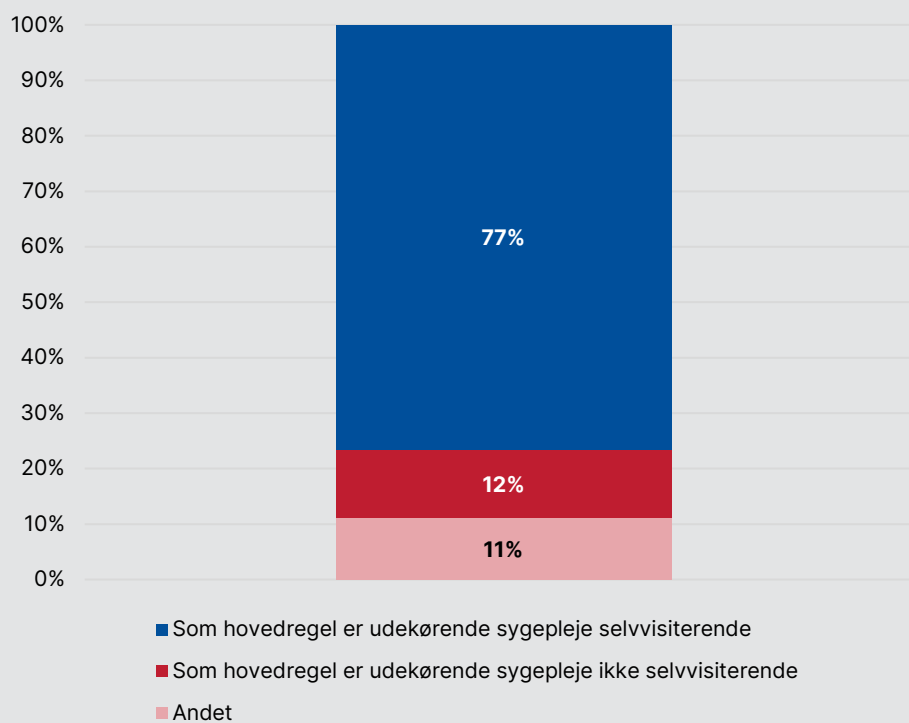
3.2.3 Visitationsmodel for sygepleje

En overordnet sondring for tildelingen af sygepleje er, hvorvidt kommunens udekørende sygepleje er selvvisiterende, eller om sygeplejeindsatser visiteres af en central myndighedsafdeling (ligesom for hjemmeplejen). En selvvisiterende sygepleje kan fx understøtte smidige arbejdsgange, mens central visitation til sygepleje fx kan understøtte en ensartet tildelingspraksis på tværs af kommunen (Dalsgaard, Foged & Lemvigh, 2021).

Figur 3.14 viser, at mere end tre ud af fire kommuner har en selvvisiterende udekørende sygepleje, enten ved at visitationen i praksis foretages af sygeplejefaglige koordinatore i sygeplejen og/eller af de udekørende sygeplejersker selv. I 12 % af kommunerne foretages visitationen til sygepleje derimod af en central myndighedsafdeling.

Endelig angiver 11 % af kommunerne en helt tredje visitationsmodel. Det drejer sig bl.a. om et antal kommuner med en kombinationsmodel, hvor nogle sygeplejeindsatser tildeles af visitationen og andre visiteres af sygeplejen selv (fx mere komplekse sygeplejeindsatser).

Figur 3.14 Tildeling af sygepleje



Anm.: Spørgsmålsformulering: "Hvem visiterer/tildeler indsatser til kommunens udekørende sygepleje?"

Kilde: Spørgeskemadata fra 81 kommuner.

3.3 Brug af demografimodel

Kommunerne anvender i varierende grad og med varierende indhold demografimodeller i budgetlægningen på ældreområdet. Ved en demografimodel forstås "en model, der efter fastlagte principper og som led i budgetprocessen beregner de udgiftsændringer på ældreområdet, der forventes at følge af demografiske ændringer i kommunen" (se fx Dalsgaard, Thau & Kjærgaard, 2020). Demografimodeller baserer sig på en række valg og antagelser, hvor en væsentlig sondring fx er, om kommunens demografimodel er baseret på ændringer i kommunens aktivitet/visitationspraksis eller er baseret på ændringer i antallet af ældre borgere i kommunen (Panduro & Kjærgaard, 2018).

I dette afsnit belyses to aspekter af kommunernes brug af demografimodeller på ældreområdet:

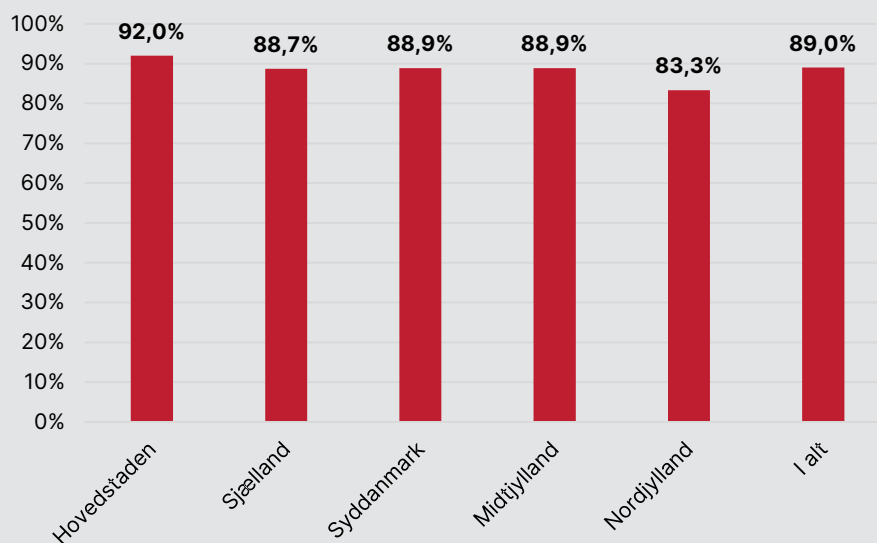
- Udbredelse af demografimodeller på ældreområdet og delområder af ældreområdet, herunder hjemmepleje, rehabiliteringsforløb, sygepleje, plejeboliger, genoptræning og hjælpemidler.
- Enhedsbeløb for forskellige aldersgrupper, herunder med og uden plejeboliger.

3.3.1 Udbredelse af demografimodeller på ældreområdet og delområder herunder

Ni ud af ti kommuner anvender demografimodeller på en eller flere dele af ældreområdet. Mere præcist har 88 % af kommunerne anvendt demografimodeller på ældreområdet i forbindelse med budget 2023. Udbredelsen af demografimodeller er dermed uændret i forhold til tidligere undersøgelser i 2013 og 2020, hvor henholdsvis 85 % og 86 % af kommunerne anvendte demografimodeller på ældreområdet (Dalsgaard, Thau & Kjærgaard, 2020: 22).

Figur 3.15 viser andelen af kommuner, der anvender demografimodeller i 2023, fordelt på kommunens regionsbeliggenhed. Figuren viser, at der ikke er signifikante forskelle i udbredelsen af demografimodeller på tværs af regionerne. Dette billede adskiller sig en anelse fra tidligere, idet der i 2020 var en tendens til, at demografimodeller var lidt mere udbredt i Region Midtjylland og lidt mindre udbredt i Region Nordjylland (Dalsgaard, Thau & Kjærgaard, 2020: 23). Supplerende analyser (ikke vist) viser, at der heller ikke er signifikante forskelle i udbredelsen af demografimodeller på tværs af forskellige kommunestørrelser og forskellige befolkningssammensætninger med hensyn til, hvor stor en andel de 67+-årige udgør af den samlede befolkning. Uafhængigt af geografi og demografi er det med andre ord omkring ni ud af ti kommuner, der anvender demografimodeller på ældreområdet.

Figur 3.15 Andel kommuner, der anvender demografimodeller i 2023, fordelt på kommunens regionsbeliggenhed



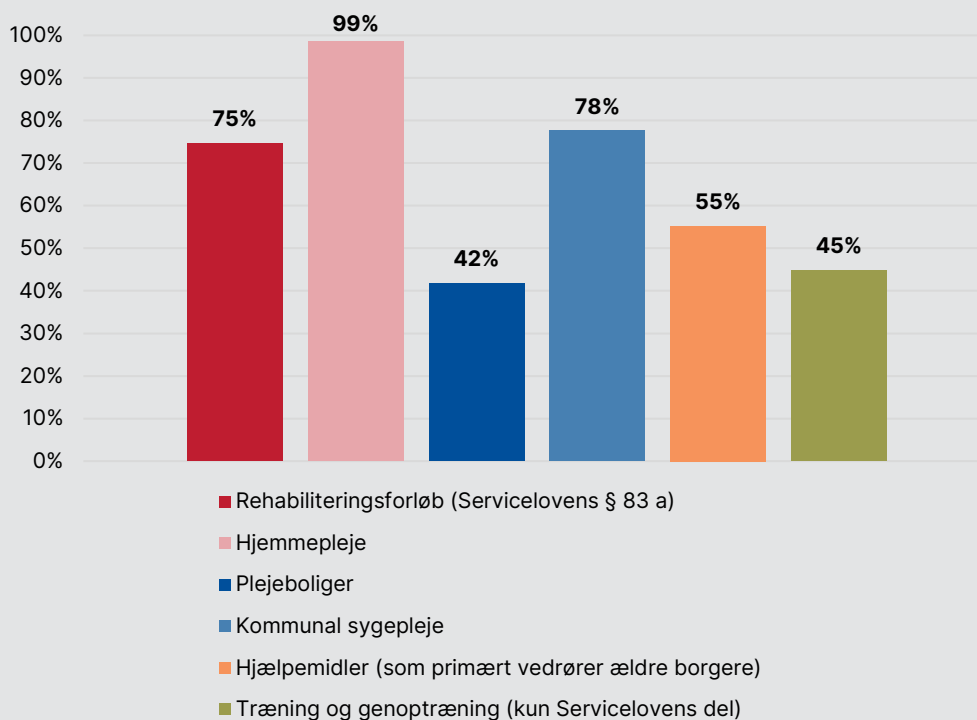
Anm.: Forskellene mellem regionerne er ikke statistisk signifikant på et 10 % niveau (Chi²-test)

Kilde: Spørgeskemadata fra 82 kommuner.

Blandt de kommuner, der anvender demografimodeller på ældreområdet, varierer anvendelsen på tværs af delområder. Figur 3.16 viser, hvor stor en andel af kommuner med demografimodeller der bruger demografimodeller i budgetlægningen på forskellige dele af ældreområdet. I næsten alle kommuner dækker demografimodellen hjemmeplejeområdet, samtidig med at rehabiliteringsforløb og sygepleje er omfattet af demografimodellen i knap 80 % af kommunerne. Det delområde, som i færrest kommuner er omfattet af demografimodellen, er plejehjem og andre plejeboliger. Plejeboligområdet er omfattet af demografimodellen i 43 % af kommunerne. Dette kan hænge sammen med den udbredte brug af rammestyring på plejeboligområdet, hvor de fleste kommunale plejehjem får en fast ramme relateret til antallet af pladser på plejehjemmet (jf. afsnit 3.4.1).

Det samlede billede af demografimodellers udbredelse på delområdet i 2023 minder om billedet i 2020 (Dalsgaard, Thau & Kjærgaard, 2020: 31) med den nuance, at der i 2023 er tendens til en lidt større anvendelse af demografimodeller for rehabilitering og omvendt en tendens til en lidt mindre udbredelse på plejeboligområdet.

Figur 3.16 Andel kommuner, hvor delområdet er omfattet af en demografimodel på ældreområdet

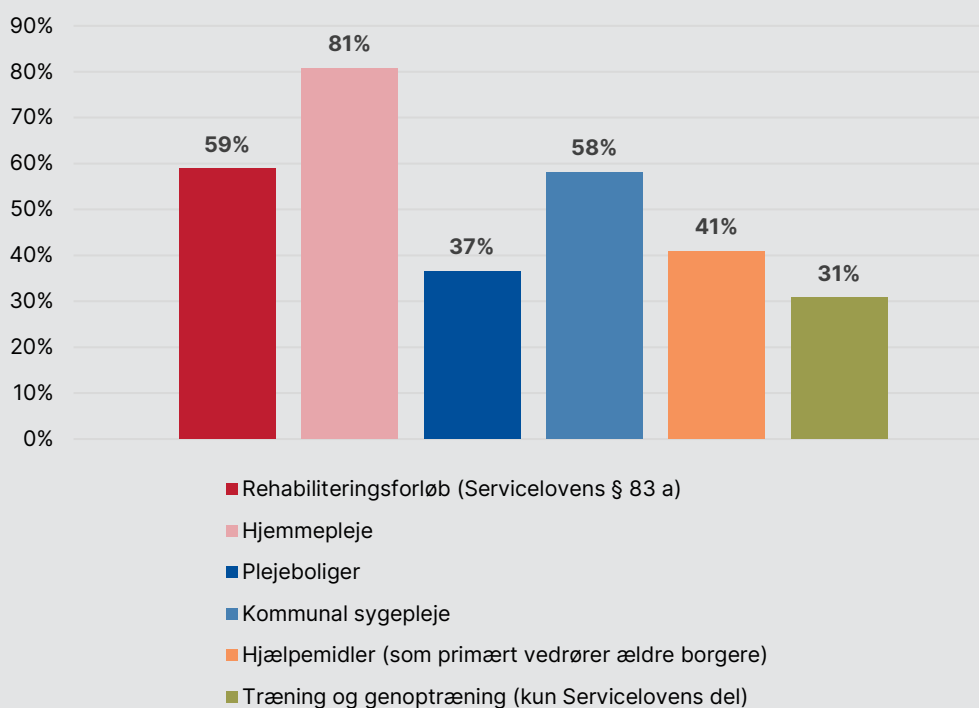


Anm.: Baseret på svar fra de kommuner, der anvender demografimodeller på ældreområdet.

Kilde: Spørgeskemadata fra 72 kommuner.

Figur 3.17 viser tilsvarende, hvor stor en andel af *udgifterne* på de forskellige dele af ældreområdet, som er omfattet af demografimodellerne på de pågældende delområder. Figuren viser, at demografimodellerne i gennemsnit dækker 80 % af udgifterne på hjemmeplejeområdet, mens omkring 60 % af udgifterne til rehabiliteringsforløb og sygepleje er omfattet af demografimodellerne. På plejeboligområdet og hjælpemiddelområdet er det til sammenligning omkring 40 % af udgiftsbudgettet, der er demografireguleret, mens det for træning og genoptræning er omkring 30 % af budgettet.

Figur 3.17 Gennemsnitlig udgiftsandel omfattet af demografimodeller på hvert område



Anm.: Baseret på svar fra de kommuner, der anvender demografimodeller på ældreområdet.

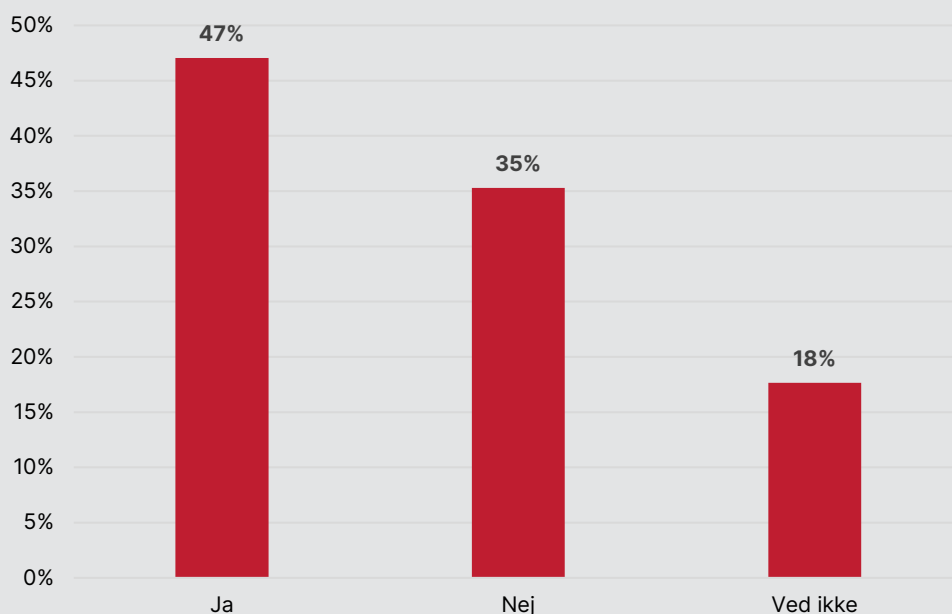
Kilde: Spørgeskemadata fra 55 kommuner.

3.3.2 Enhedsbeløb i demografimodeller

Demografimodeller kan indeholde forskellige elementer som fx forventede dækningsgrader, plejetyngde, korrektioner for sund aldring og socioøkonomiske faktorer. Vi fokuserer i dette afsnit på de enhedsbeløb, der evt. indgår i kommunens demografimodel. Ved enhedsbeløb forstås her demografimodellens beregnede merudgift for ældreområdet ved en stigning eller et fald på én ekstra ældre borger.

Halvdelen af svarkommunerne oplyser, at de anvender eksplicitte enhedsbeløb i deres demografimodeller på ældreområdet (se Figur 3.18).

Figur 3.18 Anvendes der eksplicitte enhedsbeløb i demografimodellen på ældreområdet?



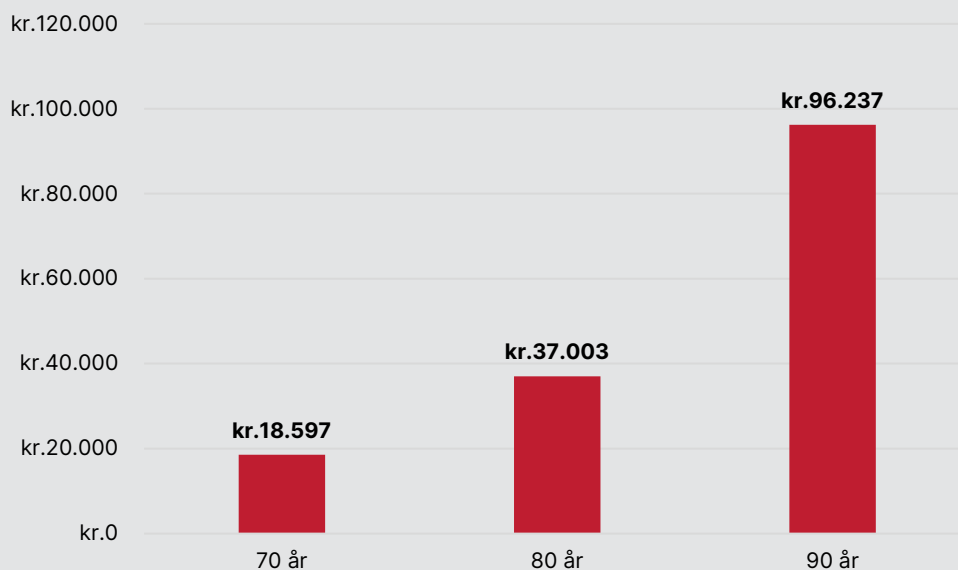
Kilde: Spørgeskemadata fra 69 kommuner.

De aldersintervaller, som enhedsbeløbene knytter sig til i de enkelte kommuners demografimodeller, kan variere i både antal og intervalafgrænsninger. For at kunne sammenligne enhedsbeløbene på tværs af kommunerne har VIVE derfor bedt kommunerne om at oplyse den økonomiske konsekvens for budget 2023 i forhold til 2022 ved en forventet stigning eller fald i befolkningstallet fra 2022 til 2023 på én borger med en alder på henholdsvis 70 år, 80 år og 90 år¹⁰. Kommunerne er desuden blevet bedt om at angive, om de pågældende enhedsbeløb er opgjort med eller uden plejeboliger.

For de 26 svarkommuner, der anvender eksplicitte enhedsbeløb i deres demografimodeller, viser Figur 3.19 de gennemsnitlige enhedsbeløb for en 70-årig, en 80-årig og en 90-årig. I Figur 3.20 er de gennemsnitlige enhedsbeløb endvidere opdelt på de kommuner, hvor enhedsbeløbet er opgjort henholdsvis med og uden plejeboliger.

¹⁰ Kommuner med afvigende enhedsbeløb er blevet kontaktet for validering af oplysningerne, og i tilfælde af fejl er enhedsbeløbene korrigeret på grundlag af kommunens validerede oplysninger.

Figur 3.19 Gennemsnitlige aldersspecifikke enhedsbeløb i demografimodeller



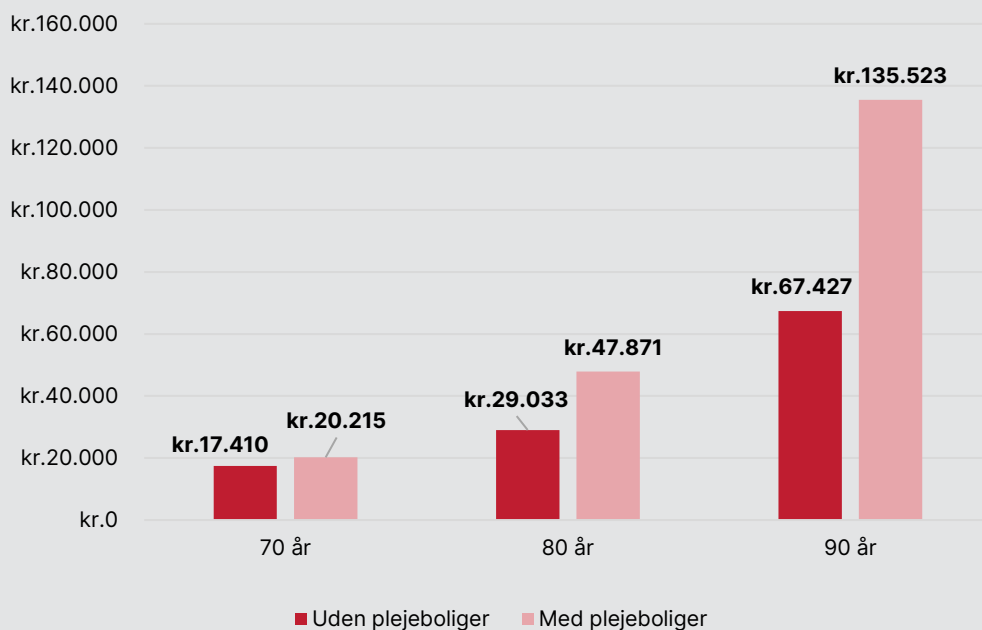
Anm.: Figuren viser de gennemsnitlige enhedsbeløb for de tre aldersgrupper. Enkelte kommuner kan ikke adskille enhedsbeløb på alder, men oplyser det samme beløb for 70-årige, 80-årige og 90-årige. Disse kommuner er der set bort fra i figuren.

Kilde: Spørgeskemadata fra 26 kommuner.

Det fremgår af Figur 3.20, at enhedsbeløbene generelt stiger med alderen. Det gennemsnitlige enhedsbeløb for 70-årige er således omkring 19.000 kr., mens det for 80-årige er omkring 37.000 kr. og for 90-årige omkring 96.000 kr. Dette mønster er som forventet, da plejebehovet – og dermed også udgiftsbehovet – alt andet lige stiger med alderen. Det gennemsnitlige enhedsbeløb for en 90-årig er omtrent fem gange så stort som for en 70-årig. Til sammenligning viste en tidligere analyse, at det gennemsnitlige enhedsbeløb for en 90-årig i 2020 var omtrent otte gange så stort som for en 70-årig (Dalsgaard, Thau & Kjærgaard, 2020: 45). Forskellen mellem enhedsbeløbene for en 70-årig og en 90-årig ser med andre ord ud til at være blevet mindre fra 2020 til 2023. Dette skal dog tages med forbehold for, at der indgår færre kommuner i 2023-opgørelsen (26) end i 2020-opgørelsen (55).

Alle svarkommunerne har symmetriske demografimodeller i den forstand, at en stigning og et fald i antallet af ældre udløser det samme enhedsbeløb.

Figur 3.20 Enhedsbeløb i demografimodeller. Opdelt på kommuner, hvor plejeboliger hhv. indgår og ikke indgår i enhedsbeløbet



Anm.: Figuren viser de gennemsnitlige enhedsbeløb for de tre aldersgrupper. Enkelte kommuner kan ikke adskille enhedsbeløb på alder, men oplyser det samme beløb for 70-årige, 80-årige og 90-årige. Disse kommuner er der set bort fra i figuren.

Kilde: Spørgeskemadata fra 26 kommuner (11 kommuner, hvor beløbet er med plejeboliger, og 15, hvor det er uden).

Det fremgår af Figur 3.20, at enhedsbeløbene som forventeligt er højere i kommuner, hvor plejeboliger indgår i enhedsbeløbet end i kommuner, hvor plejeboliger ikke indgår i enhedsbeløbet. Forskellen gælder ikke mindst enhedsbeløbet for en 90-årig, hvor det gennemsnitlige enhedsbeløb er omkring 135.000 kr., hvis plejeboliger indgår i enhedsbeløbet, og omkring 67.000 kr., hvis plejeboliger ikke indgår.

Figur 3.21 viser spredningen i enhedsbeløb mellem kommunerne fordelt på kommuner, hvor plejeboliger hhv. indgår og ikke indgår i enhedsbeløbet. Spredningen er vist i form af kvartiler, hvor nederste kvartil er det enhedsbeløb, som 25 % af kommunerne ligger under. Midterste kvartil – medianen – er det enhedsbeløb, hvor halvdelen af kommunerne ligger henholdsvis over og under. Øverste kvartil er det enhedsbeløb, hvor 25 % af kommunerne ligger over.

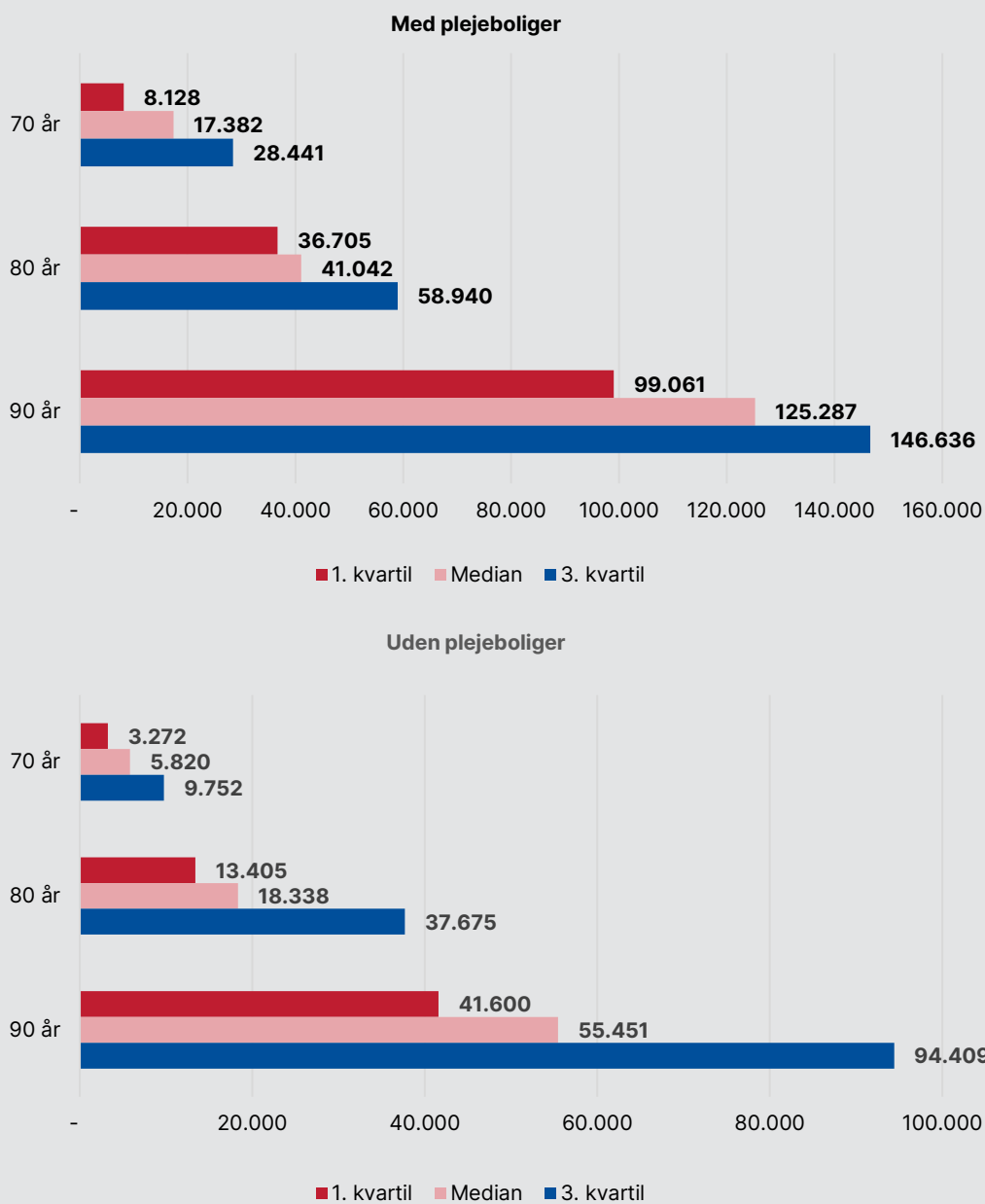
Figur 3.21 viser, at der er nogenlunde lige stor spredning inden for alle aldersgrupper såvel i kommuner, hvor plejeboliger indgår i enhedsbeløbet, som i kommuner, hvor plejeboliger ikke indgår i enhedsbeløbet. Således er der en faktor

2,3-3,0 til forskel på nederste og øverste kvartil for alle tre aldersgrupper i de kommuner, hvor enhedsbeløbet *ikke* omfatter plejeboligområdet (nederst i Figur 3.21). For eksempel ligger de 25 % laveste enhedsbeløb for 80-årige i disse kommuner under 13.405 kr., mens de 25 % højeste enhedsbeløb ligger over 37.675 kr.

I de kommuner, hvor enhedsbeløbet omfatter plejeboligområdet, er der en faktor 1,5-3,5 til forskel på nederste og øverste kvartil (øverst i Figur 3.21). I disse kommuner ligger de 25 % laveste enhedsbeløb for 80-årige under 36.705 kr., mens de 25 % højeste enhedsbeløb ligger over 58.940 kr.

Sammenlignes med en tidligere analyse fra 2020 (Dalsgaard, Thau & Kjærgaard, 2020: 46) ser det ud til, at variationen mellem enhedsbeløbene opgjort *uden* plejeboliger er øget fra 2020 til 2023, idet der i 2020 var en faktor på 1,8-2,0 til forskel på nederste og øverste kvartil, mens den tilsvarende faktor i 2023 er 2,3-3,0 i de kommuner, hvor enhedsbeløbene er opgjort uden plejeboligområdet. Dette skal igen dog tages med forbehold for, at der indgår færre kommuner i 2023-opgørelsen (26) end i 2020-opgørelsen (55).

Figur 3.21 Spredning i enhedsbeløb (kvartiler) mellem kommunerne. Opdelt på kommuner, hvor plejeboliger hhv. indgår og ikke indgår i enhedsbeløbet



Anm.: Enkelte kommuner kan ikke adskille enhedsbeløb på alder, men oplyser det samme beløb for 70-årige, 80-årige og 90-årige. Disse kommuner er der set bort fra i figuren.

Kilde: Spørgeskemadata fra 27 kommuner (11 kommuner, hvor beløbet er med plejeboliger, og 16, hvor det er uden).

3.4 Ressourcetildelingsmodel og økonomi-opfølgning

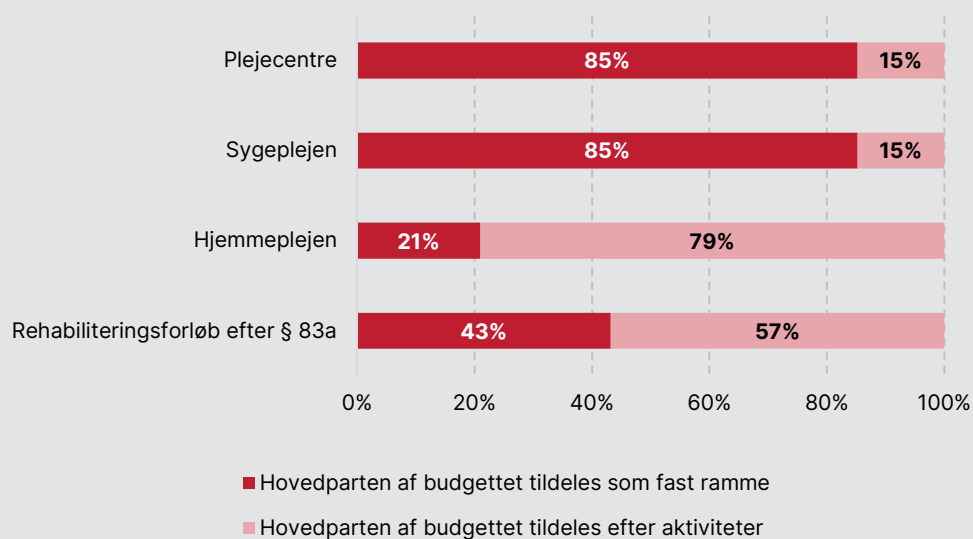
3.4.1 Ressourcetildelingsmodeller

Kommunernes valg af modeller for tildeling af ressourcer til de udførende enheder på ældreområdet kan have betydning for en kommunes økonomiske styringsresultater, fx ved i forskelligt omfang at understøtte forudsigelighed med hensyn til rammens størrelse, eller at afregningen følger aktiviteten (Dalsgaard, Foged & Lemvigh, 2021). Overordnet kan der skelnes mellem *rammestyring*, hvor ressourcer tildeles som en fast ramme, der ikke reguleres med aktiviteten i løbet af budgetåret, og *aktivitetsstyring*, hvor ressourcer tildeles efter løbende aktiviteter. Aktiviteter kan fx være opgjort i visiteret eller disponeret tid, i forløb eller belagte pladser.

Rammestyring kan – såfremt rammen er afstemt med aktivitetsniveauet – understøtte effektiv ressourceanvendelse og fokus på progression/rehabilitering. Aktivitetsstyring kan omvendt understøtte et højt aktivitetsniveau, da øget aktivitet vil genere øget afregning (se fx Dalsgaard, Foged & Lemvigh, 2021).

Figur 3.22 viser, at kommunerne anvender forskellige ressourcefordelingsmodeller på tværs af plejecentre, hjemmepleje, sygepleje og rehabiliteringsforløb. For plejecentre og sygepleje er rammestyring den mest udbredte model, da rammestyring anvendes i 85 % af kommunerne. Omvendt anvender otte ud af ti kommuner aktivitetsstyring af deres hjemmepleje. For rehabiliteringsforløb er aktivitetsstyring og rammestyring nogenlunde lige udbredt. Dette kan hænge sammen med, at rehabiliteringsforløb, der er organiseret under driften i hjemmeplejen, typisk afregnes efter aktivitet, mens særskilte rehabiliteringsteams typisk er rammestyrede (Dalsgaard, Kjærgaard & Lemvigh, 2020).

Figur 3.22 Ressourcetildeling til decentrale enheder



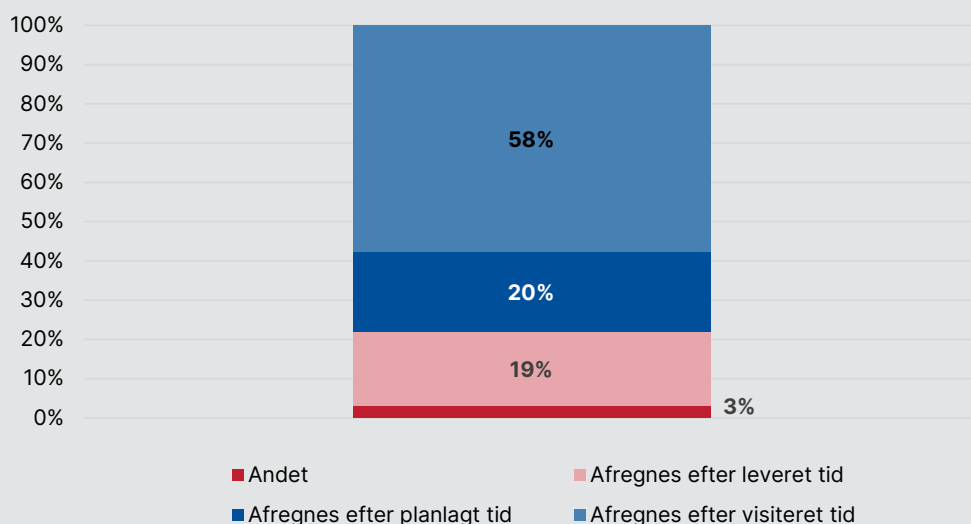
Anm.: Spørgsmaalsformulering: "Hvordan tildeler kommunen budget/ressourcer til de decentrale enheder på følgende områder?".

Kilde: Spørgeskemadata fra 81 kommuner.

Af Figur 3.22 fremgår det, at otte ud af ti kommuner aktivitetsafregner deres hjemmepleje. Det kan i den sammenhæng have økonomisk betydning, om der afregnes efter de aktiviteter, der visiteres/bestilles af myndigheden, eller om der afregnes efter mængden af aktiviteter, som disponeres eller leveres af hjemmeplejen (se fx Dalsgaard, Kjærgaard & Lemvigh, 2020).

Figur 3.23 viser, at knap seks ud af ti kommuner afregner efter visiteret tid, dvs. den tid, som er fastsat af myndigheden. De resterende kommuner – fire ud af ti kommuner – angiver, at de afregner efter den disponerede/leverede tid, dvs. den visiterede tid, som udmøntes i driften. I de kommuner, hvor afregningen er baseret på den tid, som udmøntes i driften, er det en lige stor andel der angiver, at de afregner efter hhv. planlagt og visiteret tid (to ud af ti kommuner). Enkelte kommuner angiver endelig, at de afregner efter noget andet end visiteret eller planlagt/leveret tid – herunder oplyser én enkelt kommune, at hjemmeplejen afregnes efter antal modtagere.

Figur 3.23 Afregningsprincip for hjemmeplejen



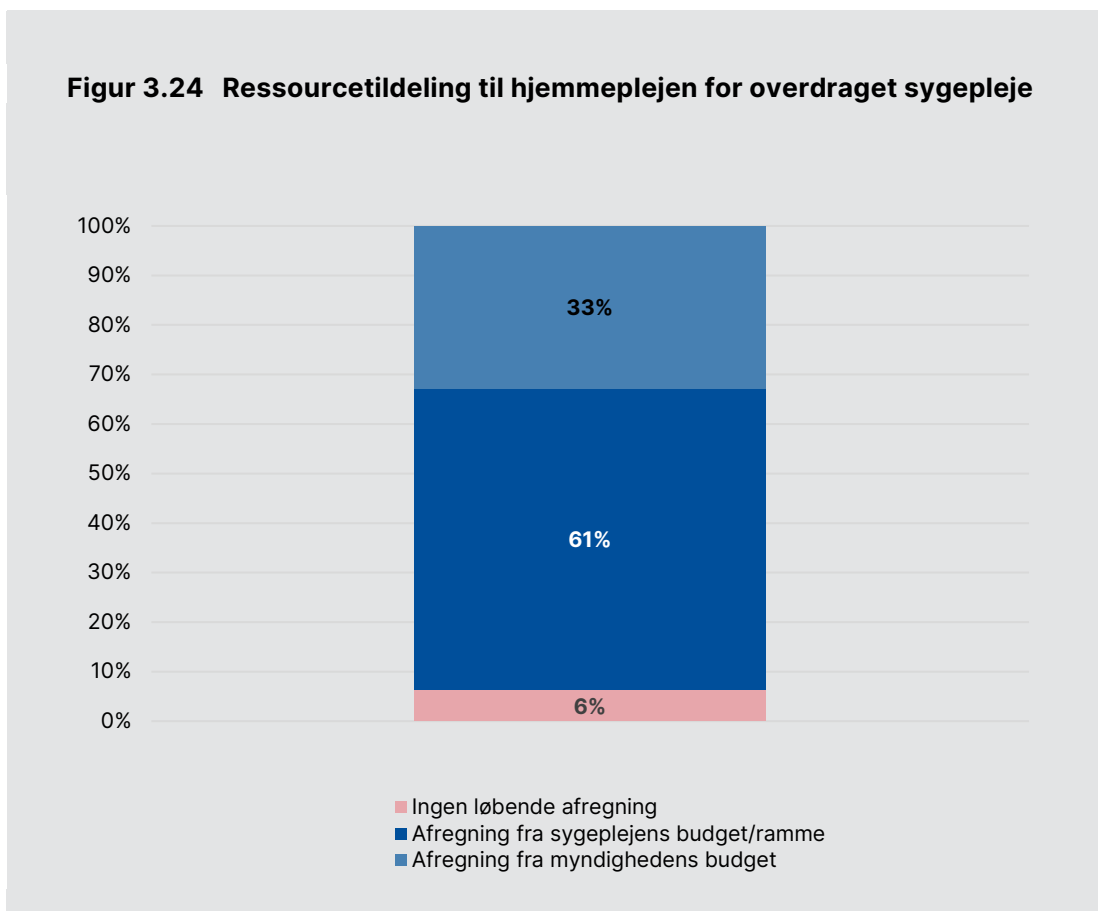
Anm.: Spørgsmaalsformulering: "Du har angivet, at hovedparten af budgettet til hjemmeplejen tildeles efter aktivitet. Hvad afregnes kommunens egen hjemmepleje efter?". VIVE har omkategoriseret et mindre antal kommuner, der oprindeligt havde svaret "Andet", på baggrund af deres kvalitative beskrivelse af deres afregningsprincip.

Kilde: Spørgeskemadata fra 64 kommuner.

I relation til kommunernes arbejde med faste, tværfaglige og selvstyrende teams kan man således notere sig, at aktivitetsafregning baseret på visiteret/produceret tid er den dominerende tildelingsmodel for hjemmeplejen, som forsøgene med de nye teams skal forholde sig. Som en del af forsøgene med de selvstyrende teams er der i den sammenhæng også forsøg med andre økonomiske styringsmodeller, herunder forskellige typer af datainformeret rammestyring og afregning efter en fast takst pr. ældre modtager i en given periode (se fx Profekto & Syddjurs Kommune, 2022; Buch & Topholm, 2023).

De kommuner, som har en aktivitetstyret hjemmepleje, har også angivet, hvordan hjemmeplejen tildeles ressourcer for udførelsen af indsatser, der overdrages fra sygeplejen. Afregnes disse midler fra budgettet hos en rammestyret sygepleje, kan det understøtte den samlede udgiftsstyring af sygeplejeindsatser i kommunen. Omvendt vil en sådan intern afregning alt andet lige mindske sygeplejens incitament til at overdrage, fordi det reducerer sygeplejens ramme. Afregnes midlerne i stedet fra myndighedens budget, er de økonomiske konsekvenser ved opgaveoverdragelse mindre synlige og mærkbare for en rammestyret sygepleje. Dette kan alt andet lige give sygeplejen incitament til at overdrage opgaver til hjemmeplejen, men også potentielt udfordre den samlede økonomiske styring af kommunens sygeplejeindsatser (Dalsgaard, Foged & Lemvig, 2021).

Af Figur 3.24 fremgår det, at seks ud af ti af de aktivitetstyrede kommunale hjemmeplejeenheder afregnes fra sygeplejens egen ramme for overdraget sygepleje. I en tredjedel af kommunerne tildeles midlerne til overdraget sygepleje derimod fra myndighedens budget. De resterende kommuner angiver, at de har en tredje ordning uden en løbende afregning for overdraget sygepleje.



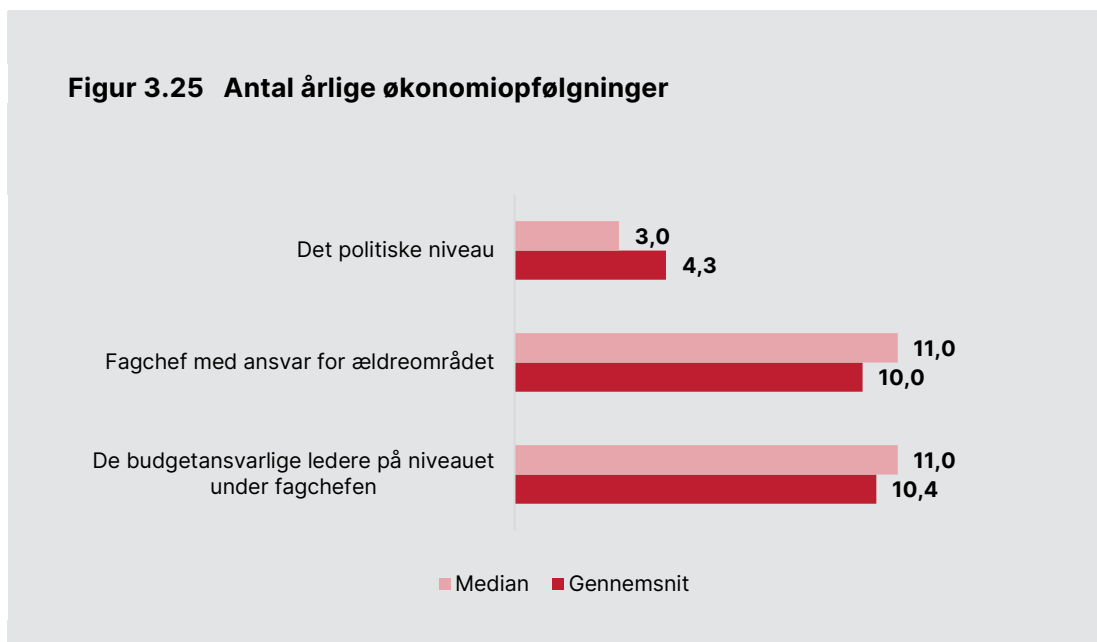
Anm.: Spørgsformulering: "Hvordan tildeler kommunen i hovedreglen budget/ressourcer for udførsel af den overdragede/delegerede sygepleje?". VIVE har omkategoriseret et mindre antal kommuner, der oprindeligt havde svaret "Andet", på baggrund af deres kvalitative beskrivelse af deres afregning for overdraget sygepleje.

Kilde: Spørgeskemadata fra 64 kommuner.

3.4.2 Økonomiopfølgning

En kommunes praksis for økonomiopfølgning på ældreområdet kan have betydning for de økonomiske styringsresultater på området. Økonomiopfølgninger kan således være med til at sikre et opdateret overblik over forbrug og regnskabsprognose og dermed bl.a. understøtte muligheden for at iværksætte tiltag, der fx kan afhjælpe et forventet merforbrug (se fx Dalsgaard, Foged & Lemvig, 2021).

Figur 3.25 viser, at kommunerne i gennemsnit gennemfører økonomiopfølgninger til det politiske niveau lidt mere end fire gange årligt. Mediankommunen følger op tre gange om året, hvilket i praksis vil sige kvartalsvist, når regnskabsafleggelsen ved årsafslutningen medregnes. Til sammenligning foretages økonomiopfølgningerne til ældrechef og de budgetansvarlige ledere markant hyppigere. For disse to administrative ledelseslag gennemføres der i gennemsnit opfølgninger ti gange årligt, hvilket i praksis vil sige månedligt, når ferier mv. medregnes.

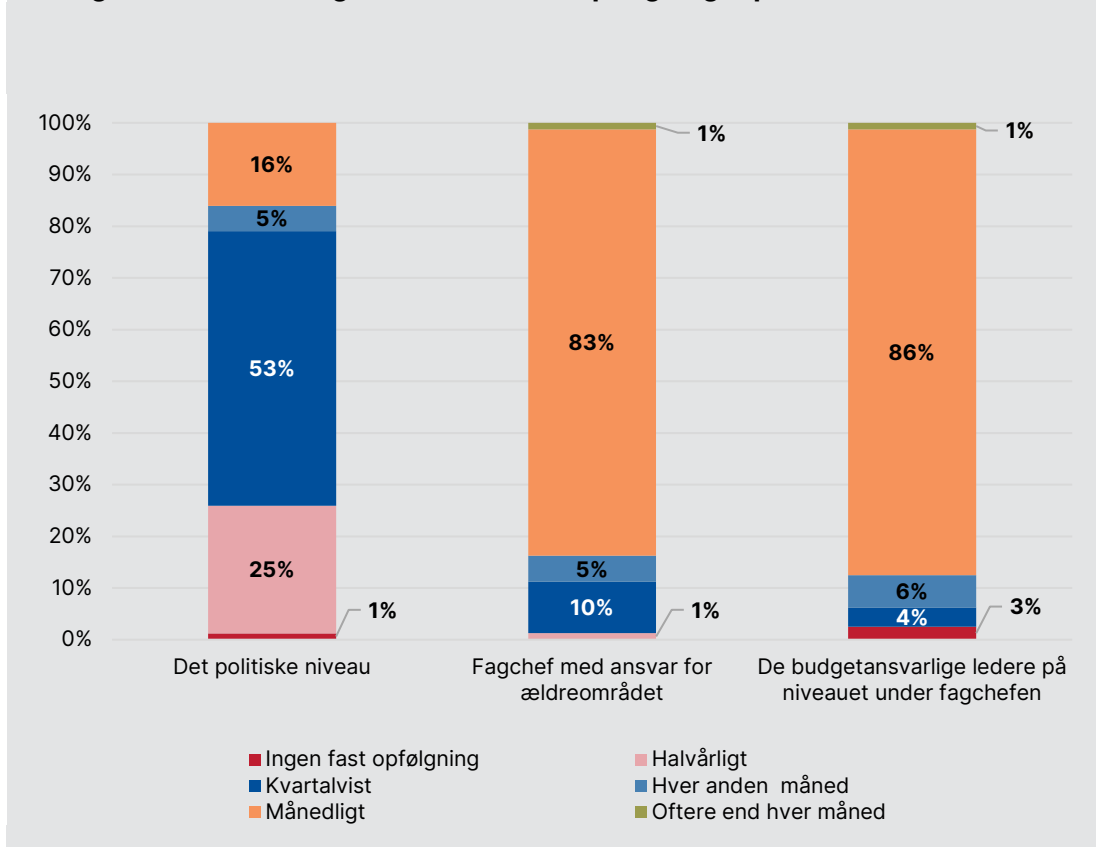


Anm.: Spørgsmålsformulering: "Hvor mange gange om året afholdes der som hovedregel økonomiopfølgning på følgende niveauer i organisationen (med medvirken af økonomifunktionen)?"

Kilde: Spørgeskemadata fra 81 kommuner for det politiske niveau og 80 kommuner for de to administrative niveauer.

Figur 3.26 viser, at spredningen i den økonomiske opfølgingsfrekvens er størst for det politiske niveau. På det politiske niveau er det således over halvdelen af kommunerne, som følger op kvartalsvist. Derudover er det en fjerdedel, som politisk følger op halvårligt, og en femtedel som følger op mindst hver anden måned. På det administrative budgetansvarlige niveau er der derimod en klar overvægt af kommuner, der følger op månedligt. Flere kommuner bemærker endvidere, at de desuden arbejder med særskilte økonomiopfølgninger til det politiske og administrative niveau, når behovet opstår.

Figur 3.26 Fordeling af antal økonomiopfølgninger på ældreområdet



Anm.: VIVE har kodet kategorierne baseret på kommunernes svar: halvårligt (1-2 gange årligt), kvartalvist (3-4 gange årligt), hver anden måned (5-8 gange årligt), månedligt (9-12 gange årligt), oftere end hver måned (over 12 gange årligt).

Kilde: Spørgeskemadata fra 81 kommuner for det politiske niveau og 80 kommuner for de to administrative niveauer.

3.5 Timepriser og døgntakster

Kommunerne arbejder typisk med takster for deres ydelser på ældre- og sundhedsområdet. Dette skyldes bl.a., at kommunerne afregner med andre kommuner samt private og selvejende aktører for ydelser, de leverer for kommunens visiterede borgere. Private og selvejende aktører udgør således, ved siden af kommunerne, en væsentlig andel af leverandørerne i ældreplejen (se fx afsnit 3.1.3 for de forskellige leverandørers markedsandele for plejecentre).

I nogle tilfælde kan taksterne sige noget om variationer i kommunernes service- og omkostningsniveau. Taksterne kan dog ofte ikke sammenlignes direkte, da de i praksis kan dække over forskellige indsatser og opgaver. For eksempel kan snitfladen mellem sundhedslovs- og servicelovsydelser i praksis være håndteret forskelligt på tværs af kommuner, hvilket kan påvirke taksternes størrelse (se fx Foged & Hjelm, 2023).

På hjemmeplejeområdet arbejder de fleste kommuner med timepriser, som afregnes til de private leverandører. Tabel 3.6 viser kommunernes eksterne timepriser for henholdsvis praktisk hjælp og personlig pleje i dagtimerne, dvs. de timepriser, som betales de private leverandører for disse ydelser. Tabellen viser, at mediankommunens timepris i 2023 lå på knap 400 kr. for praktisk hjælp og godt 450 kr. for personlig pleje.

Tabel 3.6 Eksterne timepriser for praktisk hjælp og personlig pleje i 2023 (kr.)

	1. kvartil	Median	3. kvartil	N
Praktisk hjælp i dagtimer	367	393	439	59
Personlig pleje i dagtimer	407	455	521	58

Anm.: Timepriserne er ekskl. moms.

Kilde: Spørgeskemadata fra 58-59 kommuner.

Fastsættelse af den eksterne timepris for hjemmepleje kan i praksis ske på to måder. Enten kan kommunen fastsætte timeprisen svarende til egne langsigtede omkostninger ved selv at levere ydelsen (godkendelsesordning), eller ved at timeprisen konkurrenceudsættes i et udbud og derved i praksis fastsættes af de vindende leverandører (udbudsordning).

I 2023 var det lidt mere end en tredjedel af kommunerne, der anvendte en udbudsordning, mens de resterende kommuner fastsatte timeprisen svarende til egne langsigtede omkostninger (se afsnit 3.6). Tabel 3.7 sammenligner de eksterne timepriser for kommuner med hhv. en godkendelsesordning og en udbudsordning. Tabellen viser, at der i gennemsnit ikke ser ud til at være nogen væsentlig forskel på timepriserne i de to ordninger, og forskellene er heller ikke statistisk signifikante.

Tabel 3.7 Gennemsnitlig ekstern timepris fordelt på godkendelses- og udbudsordning i 2023 (kr.)

	Godkendelsesordning	Udbudsordning
Praktisk hjælp i dagtimer	414 (n = 36)	390 (n = 14)
Personlig pleje i dagtimer	464 (n = 33)	442 (n = 13)

Anm.: Forskellene i timepriser på de to ordninger, hhv. for praktisk hjælp og personlig pleje, er ikke statistisk signifikante ved konventionelle signifikansniveauer. Timepriserne er ekskl. moms.

Kilde: Spørgeskemadata fra 50 kommuner for praktisk hjælp og 46 kommuner for personlig pleje.

Kommunerne anvender også takster på plejeboligområdet. For eksempel har en kommune krav på mellemkommunal refusion for borgere fra andre kommuner, som bor på kommunens plejehjem. Ifølge bekendtgørelsen¹¹ på området er beregningsgrundlaget for de mellemkommunale takster, der bruges til at opkræve refusionen, kommunens langsigtede gennemsnitsindtægter og -omkostninger ved at levere ydelser i henhold til serviceloven. Beregningsgrundlaget skal ifølge bekendtgørelsen bl.a. indeholde direkte og indirekte driftsomkostninger samt omkostninger til central ledelse og administration.

Tabel 3.8 viser de adspurgte kommuners gennemsnitlige mellemkommunale døgntakst for en ordinær plejehjemsplads i 2023. Kommunerne er blevet bedt om at oplyse deres gennemsnitstakst. Nogle kommuner kan således operere med forskellige døgntakster på tværs af kommunens plejecentre eller fastsætte taksten individuelt efter den enkelte borgers plejetyngde. I begge disse tilfælde er kommunen blevet bedt om at oplyse deres gennemsnitstakst.

Tabellen viser, at mediankommunen oplyser en mellemkommunal takst på 1.564 kr. pr. døgn. De oplyste døgntakster kan – som nævnt – ikke sammenlignes direkte. Dette skyldes bl.a., at taksterne kan indeholde noget forskelligt, herunder fx være påvirket af kommunernes organisering og kontering, herunder håndtering af snitfladen mellem servicelovs- og sundhedslovsydelser. Derudover kan kommunerne anvende forskellige takststrukturer, som det kan være vanskeligt at omsætte til én gennemsnitstakst, der kan sammenlignes på tværs af kommuner.

Tabel 3.8 Mellemkommunal døgntakst for ordinær plejehjemsplads i 2023

	1. kvartil	Median	3. kvartil
Døgntakst (kr.)	1.368	1.564	1.774

Kilde: Spørgeskemadata fra 60 kommuner.

3.6 Tilvejebringelse af det frie valg

Den kommunale ældrepleje i Danmark oplevede øget konkurrence fra private leverandører med indførelsen af frit valg i 2003. Siden da har ældre, som er visiteret til kommunal ældrepleje, haft mulighed for at vælge mellem minimum to leverandører. Det frie valg gælder både de ældres valg af hjemmepleje og plejebolig. I det følgende fokuseres der på frit valg af hjemmepleje.

¹¹ BEK nr. 1364 af 28/11/2023

Foruden konkurrence mellem leverandører via borgerens valgfrihed er der givet mulighed for, at kommunerne kan påvirke marked og konkurrence på hjemmeplejeområdet ved forskellige modeller for tilvejebringelse af det frie valg. Boks 3.2 viser en oversigt, der uddyber de mulige ordninger for tilvejebringelse af det frie for personlig pleje og praktisk hjælp. De vigtigste tre typer af ordninger er godkendelsesordninger, udbudsordninger og udstedelse af fritvalgsbeviser. Ordningerne er ikke gensidigt udelukkende, da godkendelsesordninger fx kan kombineres med udstedelse af fritvalgsbeviser.

Boks 3.2 Ordninger for tilvejebringelse af det frie valg for personlig pleje og praktisk hjælp (rengøring)

Godkendelsesordninger:

- *Åben godkendelse*, hvor private leverandører får mulighed for at blive godkendt til udførelse af opgaverne på baggrund af kommunens pris- og kvalitetskrav.
- *Lukket godkendelse*, hvor private leverandører får mulighed for at blive godkendt til udførelse af opgaverne på baggrund af kommunens pris- og kvalitetskrav. Derudover fastsætter kommunen et begrænset antal leverandører i forbindelse med udmelding af pris- og kvalitetskrav.

Udbudsordninger:

- *Udbud*, hvor kommunen står uden for udbuddet og kommunen derved fortsætter som leverandør. Private leverandører konkurrerer om at levere hjemmehjælp eller andre ydelser i kommunen. Der udpeges en eller flere vindende leverandører på baggrund af de bedste bud.
- *Udbud under en godkendelsesordning*, hvor kvalitetskrav typisk fastsættes i kommunens udbudsmateriale, og hvor prisen fastsættes ud fra tilbuddet fra den vindende leverandør. Andre leverandører kan herefter blive godkendt under de samme pris- og kvalitetsvilkår som den vindende leverandør.
- *Andre udbudsordninger*, hvor kommunen fx stopper helt som leverandør af personlig pleje og/eller praktisk hjælp (rengøring) i hele eller dele af kommunen.

Fritvalgsbeviser:

- *Fritvalgsbeviser* giver mulighed for, at en borger visiteret til praktisk hjælp (rengøring) og/eller personlig pleje kan indgå aftale med en CVR-registreret virksomhed om at yde hjælpen.

I *godkendelsesordninger* godkendes private leverandører til udførelse af opgaverne på baggrund af kommunens egne pris- og kvalitetsvilkår. Kommunen har i den forbindelse mulighed for at begrænse antallet af godkendte leverandører ved udmeldingen af pris- og kvalitetskrav.

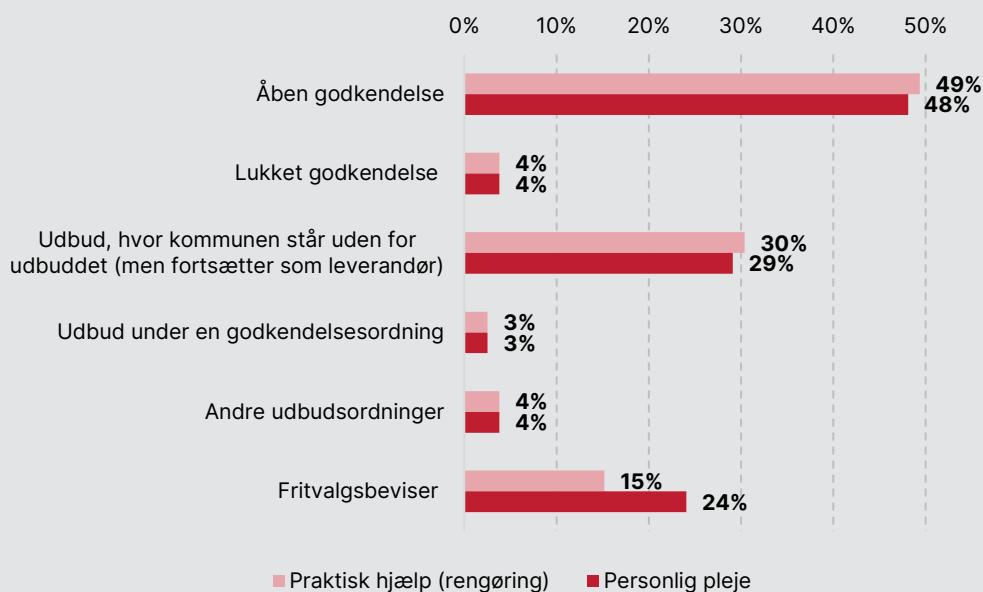
I *udbudsordninger* sker kommunens udvælgelse af leverandører derimod via et udbud. I langt de fleste tilfælde vil kommunen stå uden for udbuddet og derved forsætte som leverandør ved siden af de vindende private leverandører. En variation af udbudsordningen er udbud under en godkendelsesordning, hvor private leverandører kan blive godkendt under samme pris- og kvalitetsvilkår som den leverandør, der har vundet udbuddet

Endelig kan kommunen tilvejebringe det frie valg via *fritvalgsbeviser*, der giver en borger mulighed for at indgå aftale med en CVR-registreret virksomhed om at yde den visiterede hjælp.

Figur 3.27 viser, hvordan kommunerne i 2023 tilvejebringer det frie valg for henholdsvis praktisk hjælp (rengøring) og personlig pleje. Der fokuseres på den del af den praktiske hjælp, der som minimum omfatter rengøring, da andre typer af praktisk hjælp, fx i form af indkøb og tøjvask, kan være håndteret i særskilte ordninger. For både praktisk hjælp og personlig pleje er den åbne godkendelsesordning den mest udbredte måde at tilvejebringe det frie valg på, da halvdelen af kommunerne anvender denne ordning. Derefter følger den udbudsordning, hvor kommunen står uden for udbuddet. Denne udbudsordning anvendes af knap en tredjedel af kommunerne. Endelig angiver henholdsvis 15 % (praktisk hjælp) og 24 % (personlig pleje), at de tilvejebringer det frie valg via udstedelsen af fritvalgsbeviser (se også KA Pleje, 2023).

Generelt ligger tallene for praktisk hjælp og personlig pleje tæt på hinanden. Dette skyldes, at kommunerne i langt de fleste tilfælde tilvejebringer det frie valg for disse to ydelser efter samme model, fx efter et samlet udbud af personlig pleje og praktisk hjælp. Ordningerne i Figur 3.27 er ikke gensidigt udelukkende, hvilket især skyldes, at en del kommuner i deres svar på spørgeskemaet angiver en godkendelsesordning i kombination med udstedelse af fritvalgsbeviser.

Figur 3.27 Fritvalgsordninger for personlig pleje og praktisk hjælp



Anm.: Svarkategorierne er ikke gensidigt udelukkende, hvorfor procenttallene summer til mere end 100 %.

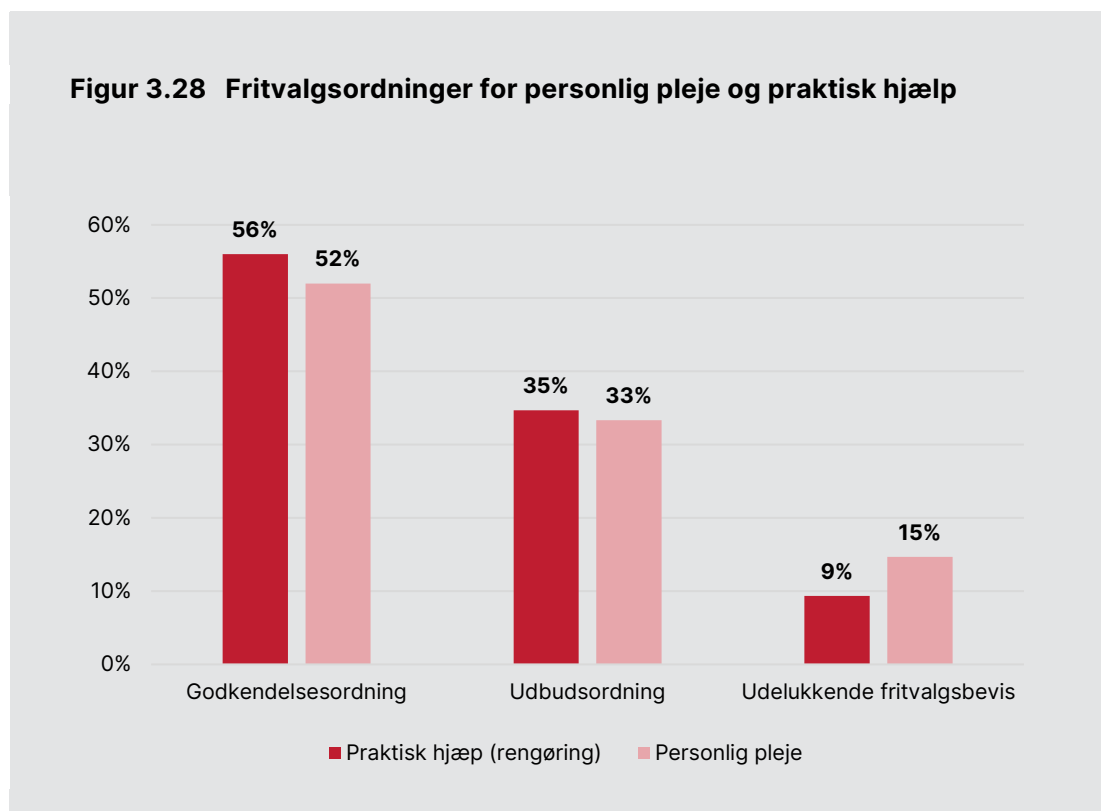
Kilde: Spørgeskemadata fra 76 kommuner.

I Figur 3.28 er ordningerne samlet i tre kategorier. Kategorierne er etableret ved at danne en særskilt kategori af kommuner, som udelukkende angiver at tilvejebringe det frie valg ved udstedelse af fritvalgsbeviser. Dette betyder i praksis, at fritvalgsbeviser i Figur 3.28 ikke optræder i kombination med andre ordninger. Derudover er der etableret to grupper af kommuner, der har henholdsvis en form for godkendelsesordning og en form for udbudsordning ('udbud under en godkendelsesordning' er i den sammenhæng kategoriseret som en udbudsordning).

Figur 3.28 viser, at godkendelsesordninger anvendes af over halvdelen af kommunerne, mens ca. en tredjedel af kommunerne anvender udbudsordningerne. De resterende kommuner, henholdsvis 9 % for praktisk hjælp og 15 % for personlig pleje, angiver, at de udelukkende tilvejebringer det frie valg via fritvalgsbeviser. Fritvalgsbeviser forekommer typisk i kommuner, hvor der ikke er godkendt private leverandører, fx grundet manglende interesse hos private aktører for at blive godkendt som leverandør i kommunen (se fx Foged & Houlberg, under udgivelse; KA Pleje, 2023).

Ud over de kommuner, som udelukkende tilvejebringer det frie valg via fritvalgsbeviser, er der yderligere kommuner, der angiver at have fritvalgsbevis i kombination med en anden ordning, således der i alt er hhv. 15 % med fritvalgsbevis for praktisk hjælp og 24 % for personlig pleje (se Figur 3.27). I spørgeskemaundersøgelsen er det ikke undersøgt, om disse kommuner, som typisk har fritvalgsbevis i kombination med en åben godkendelsesordning, har godkendt private leverandører (se dog KA Pleje, 2023).

Figur 3.28 Fritvalgsordninger for personlig pleje og praktisk hjælp

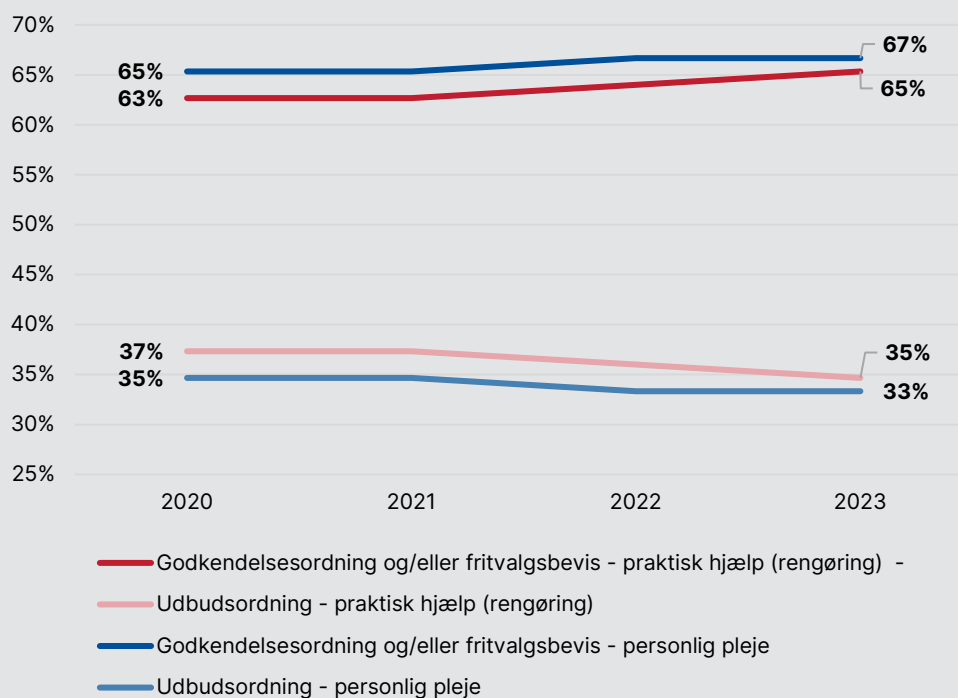


Anm.: En enkelt af de 76 kommuner, som har besvaret spørgsmålet, har ikke været mulig at kategorisere i en af de to gensidigt udelukkende kategorier. Ud over de hhv. 9 % (praktisk hjælp) og 15 % (personlig pleje), som udelukkende tilvejebringer det frie valg via fritvalgsbeviser, er der yderligere kommuner med fritvalgsbeviser. Det er ikke undersøgt, om disse kommuner, som typisk har fritvalgsbevis i kombination med en åben godkendelsesordning, har godkendt private leverandører.

Kilde: Spørgeskemadata fra 75 kommuner.

VIVE har også spurgt til, hvordan kommunerne har tilvejebragt det frie valg tilbage til 2020. På den baggrund er det muligt at sammenligne de forskellige ordningers udbredelse fra 2020 til 2023. Denne sammenligning fremgår af Figur 3.29. Figuren viser andelen af kommuner, som tilvejebringer det frie valg via en udbudsordning frem for en godkendelsesordning og/eller fritvalgsbevis. Af figuren fremgår det, at der ikke har været store ændringer i de forskellige ordningers udbredelse, om end der siden 2020 kan iagttages en mindre nedgang i andelen af kommuner med udbudsordning i forhold til kommuner med godkendelsesordning og/eller fritvalgsbevis.

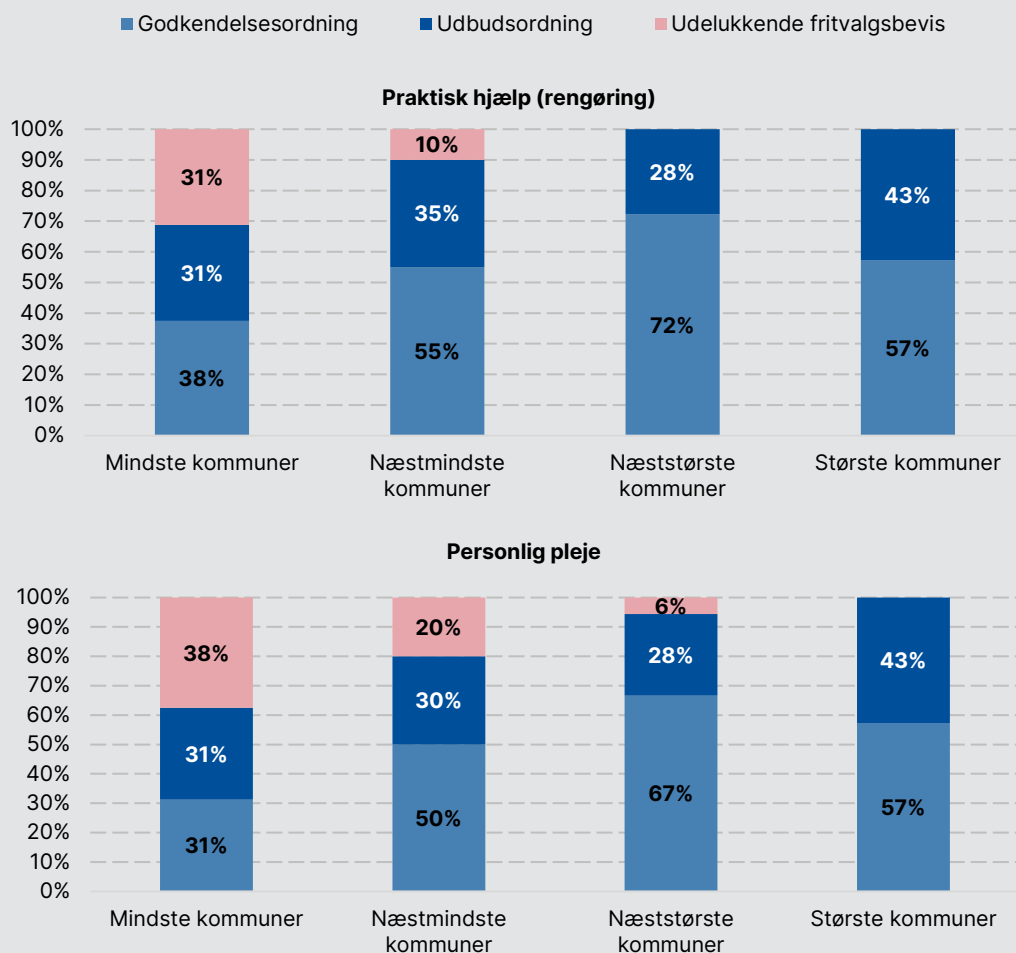
Figur 3.29 Udviklingen i fritvalgsordninger, 2019-2023



Kilde: Spørgeskemadata fra 75 kommuner.

De forskellige fritvalgsordningers udbredelse er endelig undersøgt i relation til kommunistørrelse. Figur 3.30 viser i den forbindelse en relativt klar sammenhæng mellem indbyggertal og udbredelsen af fritvalgsbeviser forstået på den måde, at fritvalgsbeviser primært findes blandt den mindste halvdel af kommunerne. Derudover viser Figur 3.30, at udbudsordninger i lidt højere grad anvendes for den fjerdedel af kommuner, der har det højeste indbyggertal, sammenlignet med landets øvrige kommuner. En kommunes indbyggertal er i øvrigt kun ét blandt flere forhold, der kan påvirke den lokale markedskapacitet og dermed kommunens forudsætninger for valg af fritvalgsordning (Foged, Houlberg, Landenburg & Madsen, 2023).

Figur 3.30 Fritvalgsordninger 2023 fordelt på kommunestørrelse



Anm.: Kommunerne er inddelt i fire intervaller efter indbyggertal i 2022: mindste kommuner (under 30.000 indbyggere), næstmindste kommuner (mellem 30.000 og 45.000 indbyggere), næststørste kommuner (mellem 45.000 og 60.000 indbyggere) og største kommuner (over 60.000 indbyggere). De fire intervaller indeholder hhv. 16, 20, 18 og 21 kommuner.

Kilde: Spørgeskemadata fra 75 kommuner og Danmarks Statistik.

4 Ressourceforbrug til udvalgte administrative funktioner

I dette kapitel belyses, hvor mange årsværk der går til udvalgte administrative og visiterende funktioner som økonomi-, kvalitets- og udviklingskonsulenter og visitatorer i myndighedsafdelingerne. Ambitionen har været at få oplysninger om disse årsværk, uagtet om de pågældende medarbejdere er ansat og lønnet i den centrale administration (hovedkonto 6) eller decentralt i driften på ældreområdet (hovedkonto 5).

Det er ikke muligt at trække data om administrative årsværk på ældreområdet fra KRL's database (www.krl.dk), da det ikke ud fra disse data er muligt at sige, hvilke administrative medarbejdere der arbejder med ældreområdet og i hvor stor del af deres tid. Data er derfor baseret på spørgeskemasvar fra kommunerne (se Boks 4.1). Kommunerne er blevet spurgt til årsværksforbruget for fire udvalgte funktioner på ældreområdet i 2022 (ledere ikke medregnet):

- Visitation (herunder visitation til hjemmepleje, rehabilitering, plejebolig, sygepleje, træning og hjælpemidler til ældre)
- Økonomi- og analysekonsulenter, økonomimedarbejdere/controllers
- Faglige konsulenter (herunder kvalitets- og udviklingskonsulenter)
- Data- og ledelsesinformationsmedarbejdere

Boks 4.1 Data og metode

Årsværksoplysningerne stammer fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse til kommunerne i september-december 2023.

Kort om spørgeskemaundersøgelsen

- Spørgeskemaet er sendt til kommunernes ældrechefer. I alt har 72 kommuner besvaret spørgsmålet om årsværk til udvalgte administrative og visiterende funktioner, svarende til en svarprocent på 83 %.
- Årsværksopgørelsen omfatter administrative medarbejdere ansat og lønnet i den centrale administration (hovedkonto 6) såvel som decentralt i driften på ældreområdet (hovedkonto 5).
- Der knytter sig væsentlige skønsmæssige elementer til opgørelsen.

Det skal understreges, at der i de enkelte kommuner kan indgå et væsentligt skønsmæssigt element i opgørelsen af årsværksforbruget, da de enkelte medarbejdere kan arbejde på nedsat tid (der således skal omregnes til årsværk), kan varetage opgaver på tværs af flere administrative funktioner (også ud over de fire nævnte funktioner) og varetage opgaver både på ældreområdet og andre områder.

For yderligere information om data og metode henvises til kapitel 6.

4.1 Årsværk til udvalgte administrative funktioner

Tabel 4.1 viser det samlede antal årsværk til de udvalgte administrative funktioner i de 72 kommuner, som har oplyst om årsværksforbrug på ældreområdet.

Tabel 4.1 Årsværk til udvalgte administrative og visiterende funktioner på ældreområdet 2022

	Hoved-konto 5	Hoved-konto 6	Årsværk i alt
Visitation	297	1.241	1.561
Økonomi- og analysekonsulenter	138	207	350
Faglige konsulenter	261	284	557
Data- og ledelsesinformationsmedarbejdere	30	63	93
Årsværk i alt fire udvalgte funktioner	725	1.796	2.561

Anm.: Opgørelsen er baseret på skønsmæssige vurderinger i de enkelte kommuner, da kommunerne ikke har mulighed for at trække de ønskede oplysninger fra administrative systemer. Såfremt en medarbejder også har arbejdsopgaver på et andet område end ældreområdet, er kommunerne blevet bedt om at opgøre antal årsværk forholdsmæssigt, således at en medarbejder, der fx bruger halvdelen af sin tid på ældreområdet, indgår med 0,5 årsværk. Forskelle i lokale organiseringer, datamæssige muligheder og skøn betyder, at opgørelsen skal betragtes som en strømpil, og at dataene ikke er fuldt sammenlignelige på tværs af kommuner. Nogle kommuner har fx ikke haft mulighed for at opgøre antallet af økonomi- og regnskabsmedarbejdere ansat decentralt i driften på ældreområdet (hovedkonto 5), men har alene indberettet årsværk for økonomimedarbejdere mv. ansat i den centrale administration (hovedkonto 6). Summen af årsværk på hovedkonto 5 og hovedkonto 6 svarer ikke til antallet af årsværk i alt, da enkelte kommuner alene har oplyst om det samlede antal årsværk, men ikke om deres fordeling på hovedkonto 5 og hovedkonto 6.

Kilde: Spørgeskemadata fra 72 kommuner.

Tabel 4.1 viser, at der ifølge kommunernes skøn i 2022 samlet set var ansat 2.561 årsværk i de udvalgte administrative funktioner i de 72 kommuner. Af disse var ca. 30 % ansat decentralt i driften på ældreområdet (hovedkonto 5) og ca. 70 % i den centrale administration (hovedkonto 6).

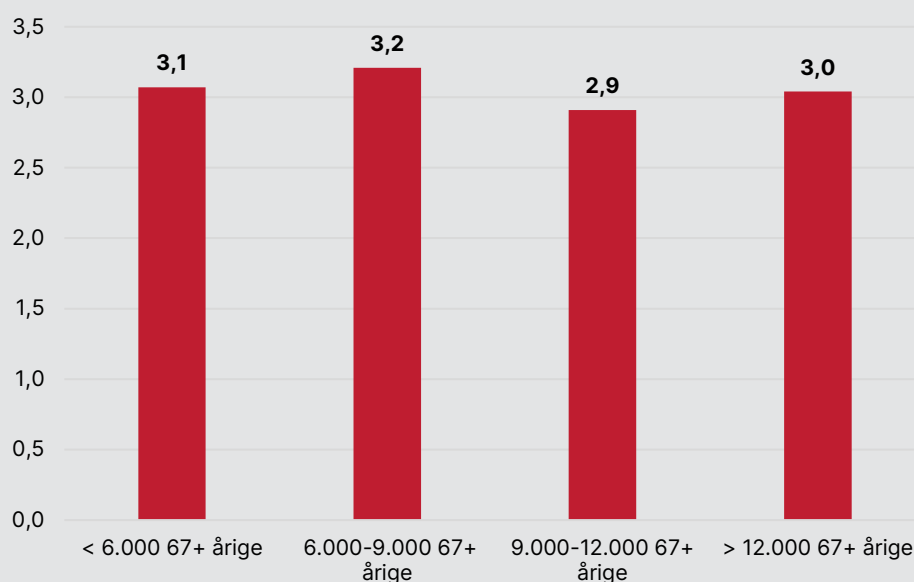
Af de 2.561 årsværk udgør ansatte i visiterende funktioner ca. 60 %, svarende til omkring 1.560 årsværk. Størstedelen af disse er ansat i en myndighedsafdeling i

den centrale administration (hovedkonto 6), mens en mindre del er ansat i decentrale visiterende enheder, fx decentralt visiterende funktioner i sygeplejen.

Faglige konsulenter og økonomi-/analysekonsulenter udgør henholdsvis 22 % (557 årsværk) og 14 % af (350 årsværk) af de opgjorte administrative årsværk. Hvor faglige konsulenter er nogenlunde ligeligt fordelt mellem decentrale og centrale medarbejdere, er flertallet (60 %) af økonomi- og analysekonsulenterne ansat i den centrale administration. Hertil kommer en mindre gruppe af primært centralt ansatte data- og ledelsesinformationsmedarbejdere.

Det samlede antal årsværk til de fire udvalgte administrative funktioner svarer til, at der i gennemsnit er 3,1 årsværk pr. 1.000 67+-årige i de pågældende kommuner. Det gennemsnitlige antal årsværk pr. 1.000 ældre varierer ikke systematisk mellem store og små kommuner (jf. Figur 4.1). Om end der ser ud til at være lidt færre årsværk pr. 1.000 ældre i kommuner med 9.000-12.000 67+-årige, så varierer det gennemsnitlige årsværksforbrug ikke systematisk med antallet af ældre i kommunen, hvis man ser på det samlede billede fra de mindste til de største kommuner.

Figur 4.1 Antal årsværk i alt til udvalgte administrative funktioner pr. 1.000 67+-årige, fordelt efter antal 67+-årige i kommunen



Anm.: Se Anm. til Tabel 4.1.

Kilde: Spørgeskemadata fra 72 kommuner og Danmarks Statistikbank (FOLK1A)

De 72 kommuner i besvarelsen har en befolkning svarende til 75 % af den samlede danske befolkning på 67 år og derover. Antager vi, at de pågældende kommuner er repræsentative for alle landets kommuner, så vil årsværksforbruget svare til et samlet årsværksforbrug på 3.430 årsværk i hele landet for de fire udvalgte funktioner på ældreområdet i 2022¹².

I Tabel 4.2 er årsværkene for hver af de fire udvalgte grupper opregnet til landstal på grundlag af antallet af 67+-årige. Af de i alt 3.430 estimerede årsværk på landsplan er ca. 2.100 årsværk beskæftiget med visitation, heraf omkring 1.660 årsværk i den centrale visitation på ældreområdet (hovedkonto 6)¹³ og ca. 400 årsværk i decentrale visiterende enheder, fx i visiterende funktioner i sygeplejen.

Tabel 4.2 Årsværk til udvalgte administrative og centralt visiterende funktioner på ældreområdet 2022, opregnet til landstal

	Hovedkonto 5	Hovedkonto 6	Årsværk i alt
Visitation	398	1.662	2.091
Økonomi- og analysekonsulenter	185	277	468
Faglige konsulenter	349	381	747
Data- og ledelsesinformationsmedarbejdere	40	85	125
Årsværk i alt fire udvalgte funktioner	972	2.406	3.431

Anm.: Se Anm. til Tabel 4.1.

Kilde: Spørgeskemadata fra 72 kommuner. Opregnet til landstal på grundlag af antallet af 67+ årige

Antager vi, at den gennemsnitlige månedlige bruttoløn for administrative medarbejdere er 46.000 kr.¹⁴, så svarer det beregnede årsværksforbrug på 3.400 årsværk til en samlet udgift på 1,9 mia. kr. i 2022. De 1,9 mia. kr. fordeler sig med godt 0,5 mia. kr. på hovedkonto 5 – der som udgangspunkt indgår i de samlede udgifter på 55 mia. kr. på ældreområdet i 2022 (se Figur 2.2, side 17) – og godt 1,3 mia. kr. på hovedkonto 6, som ligger ud over de midler, der direkte konteres som udgifter på ældreområdet.

¹² Det gør ingen forskel, om årsværkene i stedet opregnes med antallet af 80+-årige, da de 72 kommuner i besvarelsen også repræsenterer 74,6 % af de 80+-årige i hele landet.

¹³ De estimerede 1.660 årsværk til central visitation på ældreområdet er ikke væsensforskelligt fra et tidligere estimat på 1.550 visitatorer i den centrale visitation på ældreområdet baseret på survey-data fra 17 kommuner (Foged, Topholm & Kjellberg, 2023: 4).

¹⁴ Den gennemsnitlige bruttoløn for medarbejdere på overenskomstområdet "Administration og it mv., KL" var 40.377 kr. i juli 2022 og 51.858 kr. på overenskomstområdet "Akademikere, KL". Et simpelt gennemsnit af de gennemsnitlige bruttolønninger for disse to overenskomstområder svarer til en månedlig bruttoløn på 46.118 kr. Kilde: www.krl.dk

5 Variationer i ressourceforbruget på ældreområdet på tværs af kommuner og over tid

I dette kapitel undersøger vi, hvilken betydning kommunernes økonomiske grundvilkår har for variationerne i udgiftsniveauet på ældreområdet i perioden fra 2018-2022¹⁵, herunder hvilken betydning ældrebefolkningens demografiske og socioøkonomiske sammensætning har for variationer i udgiftsniveauet på tværs af kommuner og over tid.

Boks 5.1 beskriver kort den anvendte metode. For yderligere information om data og metode henvises til kapitel 6.

Boks 5.1 Data og metode

Data om udgifter på ældreområdet i kommunernes regnskaber 2018-2022 og geografi, velstand og befolkningssammensætning

- Ældreområdet er afgrænset ved hovedfunktion 5.30 (tilbud til ældre) i det kommunale budget- og regnskabssystem. Herudover indgår udgifter til boligydelse til pensionister (funktion 5.57.76).
- Udgifterne opgøres som *nettodriftsudgifter*, dvs. fratrukket refusioner, ældres betalinger for plejebolig, mad mv. samt betalinger fra andre kommuner og midler fra statslige puljer.
- Analyserne af grundvilkårenes betydning er gennemført som regressionsanalyser af kommunernes udgifter på ældreområdet pr. 67+-årig i årene 2018-2022.

Der kan være mange forskellige forklaringer på, hvorfor udgifterne på ældreområdet varierer på tværs af kommuner og over tid. Teoretisk udspringer denne analyse af de *efterspørgselsorienterede teorier* inden for budgetlitteraturen. Det vil sige den del af budgetlitteraturen, der ser den førte udgiftspolitik – udgifternes størrelse og fordeling på forskellige formål – som et resultat af faktorer i det

¹⁵ Analysen afgrænses til perioden efter 2018, da der fra og med 2018 er sket væsentlige ændringer i den kommunale kontoplan på ældreområdet.

politiske systems omgivelser (Pallesen, 2019). Mere specifikt er analysen inspireret af en mere udbredt variant af den efterspørgselsorienterede budgetteori, den såkaldte *økonomiske approach* (Pallesen, 2019: 54; Mouritzen, 1991: 75-94). I den økonomiske approach antages det, at objektive faktorer knyttet til *behov og ressourcer* i det politiske systems omgivelser er afgørende for den førte udgiftspolitik. En kommunes udgiftspolitik antages således at afspejle de økonomiske grundvilkår (*constraints* på engelsk), som kommunen står over for i form af udgiftsbehov knyttet til strukturelle forhold samt befolkningens demografiske og socioøkonomiske sammensætning på den ene side og kommunens velstand på den anden (se fx Andrews et al., 2005; Boyne, 1996). Det vil sige faktorer, der på et givet tidspunkt er eksternt givne betingelser, som kommunen ikke på den korte bane har mulighed for at ændre på.

Denne fokus på betydningen af økonomiske grundvilkårsfaktorer genfindes også i eksempelvis analyser af stordriftsfordele ved kommunesammenlægningerne i 2007 (Blom-Hansen et al., 2016) og intentionerne om at basere den mellemkommunale udligning i udligningssystemet på objektive udgiftsbehovsfaktorer (Økonomi- og Indenrigsministeriets Finansieringsudvalg, 2012)¹⁶.

En kommune med store udgiftsbehov og begrænset kommunal velstand vil opleve større økonomisk pres på kommunens samlede økonomi fra omgivelsernes side og som følge heraf have mindre økonomiske frihedsgrader til at prioritere ressourcer til service på ældreområdet og andre serviceområder.

Vi grupperer i analysen de mulige forklaringsfaktorer i fire typer af økonomiske grundvilkårsfaktorer:

- Demografiske faktorer som ældrebefolkningens køns- og alderssammensætning
- Socioøkonomiske faktorer som ældrebefolkningens indkomst, herkomst og sundhedstilstand
- Strukturelle faktorer som kommunestørrelse, befolkningstæthed og urbaniseringsgrad
- Kommunens velstand/økonomisk pres.

Nedenfor præsenterer vi i afsnit 5.1 kort resultaterne af tidligere studier af danske kommuners udgifter på ældreområdet.

¹⁶ Udgifts- og budgetteoriene inden for budgetlitteraturen deles almindeligvis op i tre varianter (Pallesen, 2019): de efterspørgselsorienterede teorier, de udbudsorienterede teorier og den såkaldte inkrementelle budgetteori. Den efterspørgselsorienterede tilgang i denne analyse betyder, at der ses bort fra den mulige betydning af udbudsorienterede forklaringer knyttet til det pres, som de bevillende politikere udsættes for af kræfter inden for det politiske system, først og fremmest de offentligt ansatte og deres organisationer (Pallesen, 2019). Der er heller ikke fokus på den inkrementelle budgetteoris grundantagelse om, at budgettet i et år tager udgangspunkt i sidste års budget, og at udgifterne derfor vil udvikle sig inkrementelt, dvs. med små ændringer i forhold til sidste års budget.

Derefter præsenterer vi i afsnit 5.2-5.4 resultaterne af de gennemførte regressionsanalyser af udgifter på ældreområdet pr. 67+-årig i årene 2018-2022.

I afsnit 5.2 undersøger vi de kommunale grundvilkårs betydning for variationer i udgifterne pr. ældre *på tværs af kommuner*.

I afsnit 5.3 ser vi nærmere på, hvilke faktorer der kan forklare *variationen over tid* inden for den enkelte kommune.

I afsnit 5.4 ser vi desuden på, om der er statistisk sammenhæng mellem resourceforbruget og udvalgte organisatoriske forhold på ældreområdet som model for frit valg og overordnet ledelsesmodel.

5.1 Tidligere danske studier

En række tidligere undersøgelser belyser sammenhængen mellem udgiftsdrivende grundvilkårsfaktorer og de samlede kommunale udgifter til ældreområdet pr. ældre i de enkelte kommuner. Gennemgående peger de fleste udgivelser på de samme faktorer. Disse kan overordnet kategoriseres som enten *demografiske* faktorer (fx ældrebefolkningens alder, køn eller herkomst), *socioøkonomiske* faktorer (fx ældrebefolkningens indkomst og funktionsniveau), *strukturelle* faktorer (fx kommunens størrelse og bosætningsmønstre) samt faktorer knyttet til kommunens velstandsniveau.

Her gennemgår vi kort de væsentligste konklusioner fra to nøgleudgivelser af de udgiftsdrivende faktorer i den kommunale struktur efter Strukturreformen i 2007.

Rapport om kommunale udgiftsbehov og andre udlignings spørgsmål (Betænkning nr. 1533)

I Betænkning nr. 1533 fra 2012 undersøges blandt flere andre velfærdsområder udgifterne til ældre, handicappede og udsatte voksne pr. 18+-årig i 2010 (Økonomi- og Indenrigsministeriets Finansieringsudvalg, 2012: 421). Analysen har ikke haft mulighed for at skelne mellem udgifter til ældreområdet, handicappede og udsatte voksne, da den gældende kontering ikke sonderede entydigt mellem områderne.

Rapporten peger bl.a. på følgende faktorer som udgiftsdrivende:

- Jo *større beskatningsgrundlaget* i kommunen er, desto højere er kommunens udgifter til handicappede og ældre¹⁷.
- Jo *større andel af personer uden erhvervsuddannelse*, desto højere er kommunens udgifter til handicappede og ældre.
- Jo *større andel af ældre over 75 år*, desto højere er kommunens udgifter til handicappede og ældre.

Udgivelsen peger desuden på, at kommuner, der oplever befolkningstilbagegang, i gennemsnit har højere udgifter til handicappede og ældre. Dette kan dels afspejle, at disse kommuner kan have nogle strukturelle problemstillinger, som indebærer et større udgiftspres, dels at denne type kommuner oftere har en befolkningssammensætning med en høj andel ældre.

Den anvendte regressionsmodel forklarer 74 % af variationen i kommunernes udgifter til ældre, handicappede og udsatte voksne pr. 18+-årig i 2010.

ECO Nøgletal – Teknisk vejledning 2021

Den nyeste undersøgelse af udgiftsdrivende faktorer på ældreområdet er *ECO Nøgletal – Teknisk vejledning 2021* (Houlberg, Ruge & Andersen, 2021). Denne udgivelse adskiller sig fra analysen i betænkning nr. 1533 ved, at den er baseret på regnskabsdata fra 2019 og dermed på kontoplanen efter 2018, der i højere grad muliggør en konteringsmæssig adskillelse af ældreområdet og handicapområdet. Hvor betænkning nr. 1533 var baseret på en analyse af de samlede udgifter til ældre- og handicapområdet pr. 18+-årig, er Houlberg, Ruge & Andersen (2021) således baseret på en analyse af udgifterne på ældreområdet pr. 67+-årig. Udgivelsen fremhæver særligt tre faktorer som drivende for kommunernes udgifter på ældreområde. Alle tre knytter sig til ældrebefolkningens demografiske sammensætning og familiestatus:

- Jo *større en andel af ældrebefolkningen, der bor alene*, desto større er kommunernes udgifter pr. ældre.
- Jo *ældre ældrebefolkningen* er, desto større er kommunernes udgifter pr. ældre.
- Jo *større andel mænd udgør af ældrebefolkningen*, desto større er kommunernes udgifter pr. ældre.

Udgivelsen fremhæver desuden, at *antal sengedage* kan være en brugbar indikator for de ældres generelle sundhedstilstand, selvom de direkte udgifter ved

¹⁷ Dette kan både forklares ved, at velhavende kommuner har mulighed for at afholde højere udgifter på området, eller at fx højere beskatningsgrundlag pr. indbygger medfører en øget efterspørgsel efter kommunens service på området vedrørende ældre, udsatte voksne og handicappede.

indlæggelser afholdes af regionen: Jo flere sengedage ældrebefolkningen har, jo flere afledte udgifter vil der også være i den kommunale ældrepleje¹⁸.

Udgivelsen fremhæver videre, at der kan være smådriftsulemper forbundet med at være en relativt lille kommune, idet de fem *små ø-kommuner* (Langeland, Ærø, Fanø, Samsø og Læsø) har særligt høje udgifter på ældreområdet. En tidligere analyse har desuden vist, at udgifterne på ældreområdet alt andet lige er højere, jo mere spredt befolkningen bor (Houlberg, Andersen & Jordan, 2018).

Endelig fremhæver udgivelsen, at jo mere *velstående* en kommune er – målt ved det såkaldte 'ressourcegrundlag'¹⁹ – desto højere er kommunens udgiftsniveau på ældreområdet.

Den anvendte regressionsmodel forklarer 72 % af variationen i kommunernes udgifter på ældreområdet pr. 67+-årig i 2019 (Houlberg, Ruge & Andersen, 2021: 23).

5.2 Grundvilkårs betydning for variationer på tværs af kommuner 2018-2022

Vi har med udgangspunkt i viden fra tidligere analyser, teoretiske overvejelser om mulige sammenhænge og en bruttoliste af mulige faktorer med betydning for udgiftsniveauet gennemført en serie af regressionsanalyser med henblik på at identificere de faktorer, som bedst forklarer variationen i udgifterne på ældreområdet og er teoretisk meningsfulde.

5.2.1 Hovedmodel

Tabel 5.1 sammenfatter resultaterne af den endelige regressionsmodel. Der er tale om en reduceret model, hvor vi alene medtager statistisk signifikante forklaringsfaktorer. Vi gennemgår resultaterne under hver af de fire overskrifter *demografiske forhold*, *socioøkonomiske forhold*, *strukturelle forhold* samt *økonomisk pres*. Den endelige model tager desuden højde for den generelle tids-trend i udgiftsudviklingen ved at inkludere en såkaldt dummyvariabel for hvert

¹⁸ COWI finder også i en analyse af socioøkonomiske faktorerers betydning for kommunernes ældreudgifter en positiv sammenhæng mellem ældres indlæggelseshyppighed og kommunernes udgifter til pleje og omsorg (COWI, 2010: 87). COWI finder også, at en række indikatorer for ældres sygdomme og diagnoser har sammenhæng med kommunernes udgifter på ældreområdet. Inddragelse af sådanne individbaserede sundhedsindikatorer ligger uden for rammerne af denne analyse.

¹⁹ Ressourcegrundlaget er målt som beskatningsgrundlaget korrigeret for udligning og generelle tilskud, øvrige skatter samt nettorenter og afdrag (jf. Houlberg, Ruge & Andersen, 2021). Det bemærkes at ressourcegrundlaget er en indikator på kommunens velstand *efter* udligning og generelle tilskud. Udligningen for fx socioøkonomiske udgiftsbehov i udligningsordningen er dermed indlejret i beregningen af ressourcegrundlaget. Ud over betydningen af kommunens velstand, kan ressourcegrundlaget dermed også delvist opfange betydningen af forskelle i socioøkonomiske udgiftsbehov.

af årene i den undersøgte periode. Års-dummyerne kontrollerer bl.a. for opgaveændringer over tid og ekstraordinære udgifter i forbindelse med coronapandemien i årene 2020-2022 (fx til eksterne vikarer på ældreområdet, se Topholm et al., 2023).

Regressionskoefficienterne i Tabel 5.1 er ustandardiserede regressionskoefficienter og kan dermed tolkes substantielt for de enkelte variable. Koefficienten for andel enlige ældre på 760 viser fx, at udgifterne på ældreområdet stiger med 760 kr. pr. 67+-årig, når andelen af enlige ældre stiger med 1 procentpoint (og der er taget højde for de andre variable i modellen). Koefficienternes størrelse kan derimod *ikke* sammenlignes på tværs af variable, da variablene er målt på forskellige skalaer²⁰.

Tabel 5.1 Regressionsanalyse af udgifter på ældreområdet pr. 67+-årig i perioden 2018-22

	Regressionskoefficient	Standardfejl
Demografiske forhold		
Ældrebefolkningens alderssammensætning (målt ved 'alderbetinget plejebolighyppighed' i procent)	4.051 ***	(951)
Andel enlige ældre (procent)	760 ***	(144)
Socioøkonomiske forhold		
Andel 67+ årige indvandrere/efterkommere fra ikke-vestlige lande (procent)	782 **	(355)
Andel almene familieboliger (i pct. af egentlige boliger)	118 *	(66)
Strukturelle forhold		
Spredt bosætning (målt ved den beregnede rejsetid i minutter til 2.000 indbyggere)	687 ***	(177)
Økonomisk pres		
Ressourcepres pr. indbygger (indeks, hele landet = 100)	-	
År (ref. = 2018)		
2019	535 ***	(195)
2020	1.142 ***	(288)
2021	1.024 ***	(316)
2022	795 **	(373)
Konstant	-13.081 **	(5.168)
Antal observationer	490	
Forklaringsgrad: R ² (justeret)	73,9 %	

Anm.: Udgifter er opgjort som nettodriftsudgifter i kr. pr. 67+-årig i faste priser (2022-priser). Udgifter under det statslige udgiftsloft er ikke medregnet.

Note: OLS regression. Ustandardiserede regressionskoefficienter. Robuste standardfejl i parenteser (klyngekorrigeret på kommuneniveau). Statistisk signifikans: *** p<0,01. ** p<0,05. * p<0,1.

Kilde: Danmarks Statistik (statistikbanken.dk), udaligningsordningen og ECO Nøgletal.

²⁰ Se Bilagstabel 2.2 for den tilsvarende model med standardiserede regressionskoefficienter.

Demografiske forhold

Tabel 5.1 viser, at demografiske forhold spiller en væsentlig rolle for udgiftsbehovet. For det første har *ældrebefolkningens alderssammensætning* signifikant betydning for udgiftsniveauet. Jo større andel af de ældre, der er i de ældste aldersgrupper, jo større er udgifterne pr. 67+-årig. Ældrebefolkningens alderssammensætning er i analysen målt ved 'den aldersbetingede plejebolighyppighed', som er et beregnet udtryk for, hvor mange procent af de 67+-årige i kommunen, som ville have behov for en plejebolig (plejehjem, beskyttet bolig, plejebolig mv.), hvis de ældre i de forskellige aldersgrupper var indskrevet i plejebolig med samme hyppighed i kommunen som på landsplan. En kommune, hvor en stor andel af de ældre er over 80 år, vil eksempelvis have en væsentlig større beregnet aldersbetinget plejebolighyppighed end en kommune, hvor en større andel af de ældre er yngre ældre på 67-75 år. Når den aldersbetingede plejebolighyppighed stiger med ét procentpoint – dvs. at 1 procent flere af de 67+-årige forventeligt har behov for plejebolig givet alderssammensætningen blandt de ældre – så stiger udgifterne pr. ældre borger på 67+-år ifølge modellen med 4.051 kr.

For det andet har *andel enlige ældre* signifikant betydning for ældreudgifterne. Når andelen af enlige 67+-årige stiger med ét procentpoint, forventes udgifterne pr. ældre ifølge modellen at stige med 760 kr. Dette er i tråd med tidligere studier og kan forklares med, at enlige ældre ikke på samme måde som ældre i parforhold har mulighed for at trække på hjælp fra en partner, samt at det alt andet lige vil være dyrere for kommunen at levere hjælp til to enlige ældre på forskellige adresser end til ét ældre par på samme adresse.

Foruden de nævnte variable har vi i arbejdet med regressionsanalyserne afsøgt flere andre demografiske forklaringer, herunder bl.a. om kønsfordeling blandt de ældre og den samlede vækst i antallet af 67+-årige over en fireårig periode har betydning for udgiftsniveauet. Dette lader dog ikke til at have betydning, når der tages højde for de inkluderede variable. Som alternative indikatorer for ældrebefolkningens alderssammensætning har vi desuden undersøgt, om de 75+-åriges eller de 80+-åriges andel af ældrebefolkningen kan være et alternativ til 'den aldersbetingede plejebolighyppighed' i forhold til at forklare udgiftsvariationerne. Denne analyse viser, at såvel de 75+-åriges som de 80+-åriges andel af ældrebefolkningen bidrager signifikant til at forklare variationerne i kommunernes ældreudgifter. De to andelsvariable forklarer dog mindre af udgiftsvariationen end det aldersmæssigt mere bredspektrede mål for 'aldersbetinget plejebolighyppighed' på tværs af hele ældrebefolkningen.

Socioøkonomiske forhold

Tabel 5.1 viser, at også socioøkonomiske forhold spiller en rolle – i analysen repræsenteret ved to variable, der begge kan betragtes som paraplyvariable for

socioøkonomisk mindre ressourcestærke grupper af ældre borgere. For det første har *andel 67+-årige indvandrere/efterkommere fra ikke-vestlige lande* signifikant betydning for udgiftsniveauet. Jo større andel af de ældre, der har ikke-vestlig indvandrer/efterkommerbaggrund, jo større er udgifterne på ældreområdet pr. 67+-årig. Når der er taget højde for de øvrige variable i modellen, så stiger ældreudgifterne ifølge modellen med 782 kr. pr. 67+-årig, når andel ældre med ikke-vestlig indvandrer/efterkommerbaggrund stiger med ét procentpoint.

For det andet har *andel almene familieboliger* signifikant betydning for ældreudgifterne. Når andelen af almene familieboliger (i procent af egentlige boliger) stiger med ét procentpoint, forventes udgifterne pr. ældre ifølge modellen at stige med 118 kr. Variablen måler ikke specifikt, hvor stor en andel af de ældre, der bor i almene boliger, da disse data ikke har været tilgængelige. Når boligmassens sammensætning betyder, at en større andel af kommunens borgere bor i almene boliger, vil forventeligt også en større andel af de ældre bo i almene boliger. Variablen tolkes dermed som udtryk for, at en større andel af de ældre har en mindre ressourcestærk socioøkonomisk baggrund.

Begge de socioøkonomiske variable i modellen kan som sagt betragtes som paraply-variable for socioøkonomisk mindre ressourcestærke grupper af ældre borgere, som alt andet lige har større sandsynlighed for at have behov for kommunale pleje- og omsorgsydelser på ældreområdet.

Foruden herkomst og boligstruktur har vi i arbejdet med regressionsanalyserne afsøgt flere andre mulige socioøkonomiske forklaringer, herunder bl.a. de ældres indkomst, formue, uddannelse og antal sygehusindlæggelser samt middellevetiden i kommunen. Disse faktorer lader dog ikke til at have betydning, når der tages højde for de inkluderede variable.

Strukturelle forhold

Analysen peger videre på, at også et enkelt strukturelt forhold spiller ind, idet *spredt bosætning* – når der er taget højde for de andre faktorer i modellen – giver sig udslag i større udgifter på ældreområdet. Dette kan tolkes som udtryk for, at det alt andet lige koster mere pr. ældre borger at levere ældrepleje i kommuner, hvor borgerne bor spredt, og der dermed er længere afstand mellem borgerne. Spredt bosætning måles ved det såkaldte rejsetidskriterie, som er et beregnet mål for, hvor lang rejsetid en borger i gennemsnit vil have til de 2.000 nærmeste medborgere. Når den gennemsnitlige rejsetid pr. borger stiger et minut, forventes udgifterne på ældreområdet ifølge modellen at stige med 687 kr. pr. 67+ årig.

Foruden at undersøge betydningen af spredt bosætning har vi i arbejdet med regressionsanalyserne afsøgt flere andre strukturelle forklaringer, herunder bl.a. om der skulle være stordriftsfordele for kommunerne med mange ældre (målt

som logaritmen af antallet af ældre i kommunen), om der skulle være særlige smådriftsulemper i de fem små ø-kommuner, samt om befolkningstæthed eller urbaniseringsgrad har betydning for udgiftsniveauet. Disse lader dog ikke til at have betydning, når der tages højde for de inkluderede variable.

Økonomisk pres

Det er desuden undersøgt, om økonomisk pres på kommunens samlede økonomi har betydning for udgiftsniveauet på ældreområdet. Økonomisk pres er målt ved det såkaldte 'ressourcepres', som bl.a. også er anvendt i forskningsanalyser af danske kommuners udgifter (fx Blom-Hansen et al., 2016) og Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenheds (2023) analyser af kommuners administrative udgifter. Ressourcepreset er en indikator for, hvor stort økonomisk pres de økonomiske grundvilkår overordnet lægger på kommunens økonomi. Ressourcepreset er beregnet som forholdet mellem kommunens samlede udgiftsbehov og kommunens velstand målt ved resourcegrundlaget²¹.

Analysen viser, at resourcepres ikke har betydning for kommunernes udgifter på ældreområdet, når der er taget højde for de i modellen inkluderede demografiske, socioøkonomiske og strukturelle variable.

Bilagsfigur 2.1 til Bilagsfigur 2.5 illustrerer grafisk den udgiftsmæssige betydning af udgiftsbehovsfaktorerne i regressionsmodellen i Tabel 5.1.

Tidstrend og forklaringsgrad

Årsdummyerne nederst i Tabel 5.1 kontrollerer for udgiftsudviklingen på ældreområdet over tid (med udgangsåret 2018 som reference-år). Årsdummyerne viser – når der er taget højde for de andre faktorer i modellen – at kommunernes udgifter pr. ældre var signifikant højere i 2019-2022 end i 2018²². Sammenholdt med 2018 brugte kommunerne mere præcist 535 kr. mere i gennemsnit pr. ældre i 2019, 1.142 kr. mere i 2020, 1.024 kr. mere i 2021 og 795 kr. mere i 2022. Som tidligere nævnt skal de øgede udgifter i 2020-2022 bl.a. ses i lyset af ekstraordinære udgifter til værnemidler, rengøring, vikarer mv. som følge af coronapandemien, ligesom omlægning af statslige puljer til bloktilskud har betydet, at en større del af udgifterne figurerer som nettodriftsudgifter i de *kommunale* regnskaber. Det gælder fx omlægningen af 'værdighedsmilliarden' til bloktilskud fra 2019 til 2020.

²¹ Resourcegrundlaget er målt som beskatningsgrundlaget korrigeret for udligning og generelle tilskud, øvrige skatter samt nettorenter og afdrag (jf. Houlberg, Ruge & Andersen, 2021).

²² Bemærk, at vi her i analysen ser på de *kommunale* udgifter på ældreområdet, hvorimod vi i kapitel 2 så på udgiftsudviklingen inkl. større statslige puljer på ældreområdet. Medregnes de statslige puljer (kapitel 2), er udgifterne pr. 67+-årig faldet fra 2028-2022. Fokuseres som her i kapitel 5 alene på de kommunale udgifter, så er udgifterne pr. 67+-årig steget fra 2028-2022. Forskellen skal bl.a. ses i lyset af, at statslige puljer i perioden er blevet omlagt til bloktilskud og en større del af udgifterne derfor konteres som *kommunale* udgifter.

Endelig er det værd at fremhæve modellens forklaringskraft. *Forklaringsgraden* (justeret R^2) er 73,9 %, hvilket skal forstås sådan, at modellen er i stand til at forklare 73,9 % af variationen i udgifterne pr. ældre på tværs af kommuner og år i perioden fra 2018-2022. Dette er i samfundsvidenskabelig sammenhæng en ganske høj forklaringsgrad og vidner om, at kommunernes udgifter til ældre i høj grad kan forklares af forskelle i kommunernes økonomiske grundvilkår. Hertil kommer naturligvis en række lokale forhold og prioriteringer samt forhold, der ikke kan måles kvantitativt eller ikke opfanges af den statistiske model i Tabel 5.1. Den høje forklaringsgrad kan på den ene side tolkes som udtryk for, at kommunernes ressourceforbrug på ældreområdet er tæt knyttet til de lokale økonomiske grundvilkår, og der er begrænset spillerum for, at særlige lokale forhold og prioriteringer kan spille ind. På den anden side kan de mellemkommunale variationer og den høje forklaringsgrad ses som udtryk for, at det kommunale selvstyre virker i den forstand, at den førte udgiftspolitik tilpasses de lokale behov og økonomiske muligheder.

5.2.2 Model med standardiserede regressionskoefficienter

Tabel 5.1 er som nævnt baseret på ustandardiserede regressionskoefficienter, hvilket betyder, at koefficienterne ikke kan sammenlignes på tværs af variablene. Det er med andre ord ikke muligt ud fra Tabel 5.1 at sige noget om, hvilke faktorer i modellen der har størst betydning for udgifterne. For at kunne få et indtryk af faktorernes relative betydning er den tilsvarende model kørt med standardiserede regressionskoefficienter (se Bilagstabel 2.2). De standardiserede regressionskoefficienter er ikke et perfekt mål til at sammenligne variablenes relative styrke, da de bl.a. kan være følsomme over for, hvor store standardafvigelseerne er på de enkelte variable. De standardiserede regressionskoefficienter giver imidlertid en *indikation* på, hvilke faktorer i modellen der har relativt størst betydning i forhold til at forklare variationerne i kommunernes udgifter på ældreområdet.

De standardiserede regressionskoefficienter peger på, at særligt de demografiske faktorer bidrager til at forklare udgiftsvariationerne. Det gælder både andelen af ældre og ældrebefolkningens alderssammensætning (hvor de standardiserede regressionskoefficienter er hhv. 0,44 og 0,26). De socioøkonomiske forhold er også vigtige forklaringsfaktorer. I sammenligning med de demografiske og socioøkonomiske faktorer så indikerer de standardiserede regressionskoefficienter, at strukturelle forhold i form af spredt bosætning har relativt mindre betydning for udgiftsvariationerne på tværs af alle landets kommuner i årene fra 2018-2022.

5.2.3 Supplerende analyser

For at undersøge robustheden i resultaterne er der gennemført to sæt af supplerende analyser.

For det første kan der være forskelle i kommunernes organisering og konteringspraksis, som har betydning for snitfladen mellem, hvilke udgifter til genoptræning der konteres som borgerrettede udgifter til genoptræning på ældreområdet, og hvilke der konteres som patientrettede genoptræningsudgifter på sundhedsområdet (funktion 4.62.82 Kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning). For at undersøge de mulige betydninger af dette for analysens resultater er gennemført en supplerende analyse, hvor genoptræningsudgifter konteret på sundhedsområdet er medregnet som en del af udgifterne på ældreområdet (se Bilagstabel 2.3). Analysen viser, at der sker mindre forskydninger i størrelsen af regressionskoefficienterne for de enkelte forklaringsfaktorer, men bortset fra at betydningen af de demografiske faktorer øges, så ændrer modellen ikke substantielt med hensyn til forklaringsfaktorenes retning eller med hensyn til statistisk og substantiel signifikans. Substantielt er resultaterne med andre ord robuste over for, om genoptræningsudgifter konteret på sundhedsområdet inkluderes i analysen eller ej.

For det andet er der gennemført en analyse af udgiftsvariationerne i *de enkelte år* fra 2018 til 2022 for at undersøge forklaringsfaktorenes stabilitet på tværs af årene i perioden fra 2018 til 2022 (se Bilagstabel 2.4). Analysen viser, at der for to faktorer ses variationer i faktorenes signifikans og betydning over årene. Smådriftsulemperne for de små ø-kommuner har således været mere fluktuerende i starten af perioden end i slutningen, mens omvendt betydningen af ældres kønssammensætning har været mindre signifikant i corona-årene fra 2020-2022 end i årene før corona-pandemien. For de øvrige år og alle øvrige forklaringsfaktorer er der tale om en høj grad af stabilitet over årene både med hensyn til statistisk og substantiel signifikans. Der er ligeledes en høj grad af stabilitet i modellens statistiske forklaringsgrad på tværs af de enkelte år, idet modellen i alle årene forklarer mellem 70 og 78 % af variationen i kommunernes udgifter pr. 67+-årig på ældreområdet.

Opsummerende viser analysen, at forskelle i demografiske forhold, socioøkonomiske forhold og strukturelle forhold i høj grad forklarer variationen på tværs af kommuner i den undersøgte periode. I næste afsnit undersøger vi, hvilke faktorer der kan forklare variationen over tid *inden for* den enkelte kommune.

5.3 Grundvilkårs betydning for udgiftsudviklingen inden for de enkelte kommuner 2018-2022

De foregående afsnit afdækkede sammenhængene mellem de forklarende forhold og variation i kommunale udgifter *på tværs* af kommuner. I dette afsnit vender vi blikket mod variationen i udgifter *inden for* de enkelte kommuner. Det gør vi ved at gennemføre en såkaldt fixed effects-analyse (med kommune fixed effects). I denne model holdes kommunerne konstante, hvorved alle tidskonstante uobserverede forskelle mellem kommuner opfanges, fx hvis der i en kommune er nogle særlige forhold knyttet til ældrebefolkningens sammensætning eller kontering af udgifter på ældreområdet. Fixed effects-analysen giver dermed mulighed for at kontrollere for kommunale forskelle og fokusere analysen på, hvad der driver udgiftsudviklingen *inden for* de enkelte kommuner.

Vi har som i afsnit 5.2 afsøgt en række modeller, som vi har afvejet, bl.a. under hensyn til modellernes evne til at forudsige de kommunale udgifter samt modellernes teoretiske fundament (giver modellerne mening i forhold til eksisterende viden). Konkret er den endelige model endt med at blive den samme som i afsnit 5.2, idet det dog bemærkes, at *ændringer* i andel 67+-årige indvandrere/efterkommere fra ikke-vestlige lande ikke bidrager til at forklare ændringer i de enkelte kommuners ældreudgifter i årene fra 2018-2022. Dette kan bl.a. hænge sammen med, at der ikke i perioden er sket de store ændringer i andel ældre med ikke-vestlig indvandrer-/efterkommerbaggrund inden for de enkelte kommuner. Det samme gælder for rejsetidskriteriet, der også er relativt stabilt over en femårig periode.

Tabel 5.2 sammenfatter den endelige model. Den samlede forklaringsgrad (R^2) er 9,6 %. Modellen forklarer med andre ord 9,6 % af variationen i udgifter på ældreområdet pr. 67+-årig *inden for* de enkelte kommuner i perioden fra 2018-2022. Forklaringsgraden er lavere end de 73,9 % i Tabel 5.1, hvilket bl.a. hænger sammen med, at fixed effects-modellen tager højde for variationen mellem kommuner, og at variationen mellem kommuner derfor ikke indgår i beregningen af forklaringsgraden. En anden måde at sige det på er, at der er større variation *mellem* kommuner end *inden for* den enkelte kommune i perioden fra 2018-2022 – såvel i den afhængige variabel, ældreudgifter pr. 67+-årig som i de forklarende variable. Inden for de enkelte kommuner er der i praksis begrænsede ændringer i modellens variable over tid og dermed begrænset variation i de forklarende variable til at forklare de (begrænsede) ændringer, der er i de enkelte kommuners udgifter pr. ældre i årene fra 2018-2022.

Tabel 5.2 Regressionsanalyse af udgifter på ældreområdet pr. 67+-årig i perioden 2018-22, fixed effects

	Regressionskoefficient	Standardfejl
Demografiske forhold		
Aldersbetinget plejebolighyppighed (i pct. af 67+-årige)	3.194 ***	(913)
Andel enlige ældre (procent)	619 ***	(204)
Socioøkonomiske forhold		
Andel 67+-årige indvandrere/efterkommere fra ikke-vestlige lande (procent)	218	(439)
Andel almene familieboliger (i pct. af egentlige boliger)	824 ***	(298)
Strukturelle forhold		
Spredt bosætning (målt ved den beregnede rejsetid i minutter til 2.000 indbyggere) [#]	-6.334	(5347)
Økonomisk pres		
Ressourcepres pr. indbygger (indeks, hele landet = 100)	-	-
År (ref. = 2018)		
2019	678 ***	(247)
2020	1.439 ***	(286)
2021	1.488 ***	(334)
2022	1.187 ***	(316)
Konstant	4.127	(13.148)
Antal observationer	490	
Antal kommuner	98	
Forklaringsgrad: R ² (justeret)	9,6 %	

Anm.: Udgifter er opgjort som nettodriftsudgifter i kr. pr. 67+-årig i faste priser (2022-priser). Udgifter under det statslige udgiftsloft er ikke medregnet. #: Rejsetidskriteriet er ikke opgjort for 2021 og 2022. I analysen er det antaget, at den beregnede rejsetid pr. indbygger har været den samme i 2021 og 2022 som i 2020, og at der dermed ikke i perioden fra 2020 til 2022 er sket ændringer i værdien på rejsetidskriteriet for de enkelte kommuner.

Note: OLS regression med kommune fixed effects. Ustandardiserede regressionskoefficienter. Robuste standardfejl i parenteser. Statistisk signifikans: *** p<0,01. ** p<0,05. * p<0,1.

Kilde: Danmarks Statistik (statistikbanken.dk), udligningsordningen og ECO Nøgletal.

Betragter vi først de demografiske forhold, så flugter fixed effects-analysen i store træk med analysen i afsnit 5.2. Den aldersbetingede plejebolighyppighed og andelen af enlige ældre bidrager signifikant til at forklare variationerne i udgifterne pr. 67+-årig – nu inden for den enkelte kommune hen over perioden 2018-2022. Ændringer i befolkningens alderssammensætning og andel enlig ældre har med andre ord betydning for udgiftsudviklingen inden for den enkelte kommune. Det samme gælder ændringer i andel almene familieboliger. Omvendt

bidrager andel ældre med ikke-vestlig indvandrer-/efterkommerbaggrund og rejsetidskriteriet, som nævnt, ikke signifikant til modellen. Over de undersøgte fem år bidrager *ændringer* i andel ældre med ikke-vestlig baggrund og ændringer i rejsetidskriteriet²³ med andre ord ikke til at forklare udgiftsudviklingen inden for de enkelte kommuner.

Når den aldersbetingede plejebolighyppighed stiger med ét procentpoint, stiger udgifterne ifølge modellen med 3.194 kr. pr. ældre. For andelen af enlige ældre fortæller koefficienten på 619, at når en kommune oplever en stigning på ét procentpoint i andelen af enlige ældre, så vil kommunens udgifter stige med 619 kr. pr. ældre. Endelig forudsiger modellen, at når andelen af almene familieboliger stiger med ét procentpoint, så stiger udgifterne til ældreområdet med 824 kr. pr. ældre.

Endelig indgår der i modellen også en variabel for år. Sammenholdt med referenceåret 2018 er udgifterne for alle efterfølgende år højere, særligt i årene berørt af covid-19 og den medfølgende nedlukning. I 2020 var udgifterne inden for den enkelte kommune i gennemsnit 1.439 kr. højere pr. 67+-årig end i 2018. Dette tal steg en anelse i 2021 (1.488 kr.), men faldt igen til 1.187 kr. i 2022.

Gennemgående bekræfter fixed effects-analysen af variationen *inden for* kommunerne resultaterne fra analysen *på tværs* af kommuner. Hvis en kommune over tid oplever, at der bliver relativt flere ældre; at der bliver flere enlige ældre, og at andelen borgere i almene familieboliger stiger, så stiger udgifterne pr. ældre alt andet lige.

5.4 Organisatoriske forholds betydning for ressourceforbruget 2022

Vi har undersøgt om der er statistisk sammenhæng mellem ressourceforbruget på ældreområdet i 2022 og en række af de organisatoriske forhold på ældreområdet belyst i kapitel 3.

Vi har undersøgt følgende overordnede organisatoriske forhold:

- Overordnet ledelsesmodel
- Organisering af hjemmepleje og sygepleje
- Organisering af hjemmepleje og plejecentre
- Organisering af myndighedsopgaven/visitationsenheden

²³ Se også note til Tabel 5.2 om at data for rejsetidskriteriet er konstante fra 2020 til 2020 (på grund af databegrænsninger).

- Om der anvendes demografimodel på ældreområdet
- Model for tildeling af ressourcer til decentrale enheder på ældreområdet
- Ordning for tilvejebringelse af det frie valg for praktisk hjælp og personlig pleje.

Udgangspunktet for analysen af den mulige statistiske sammenhæng er den gennemførte analyse af de økonomiske grundvilkårs betydning for udgifterne på ældreområdet (jf. regressionsmodellen i Tabel 5.1). Analysen er afgrænset til variationer i udgiftsniveauet på ældreområdet i 2022 og til de kommuner, der har besvaret vores spørgeskema om organisatoriske forhold i 2022.

Økonomiske grundvilkårsfaktorer knyttet til befolkningens sammensætning og kommunens velstand forklarer tilsammen 78 % af variationerne i kommunernes udgifter på ældreområdet pr. 67+-årig i 2022 (Bilagstabel 2.4). Når der er taget højde for forskelle i de økonomiske grundvilkår, så bidrager de undersøgte organisatoriske forhold ikke til at forklare forskellene i kommunernes udgifter på ældreområdet (se Bilagstabel 2.5). For ingen af de undersøgte organisatoriske forhold er der en statistisk signifikant sammenhæng med udgiftsniveauet på ældreområdet. De økonomiske grundvilkår har derimod stor betydning, idet disse ikke alene forklarer 78 % af variationen i kommunernes udgifter på ældreområdet pr. 67+-årig i 2022, men – som vist i afsnit 5.2 – 76 % af den samlede variation på tværs af kommuner og år i perioden fra 2018-2022.

➤ **Dokumentation**

6 Metode og data

Undersøgelsen har til formål at skabe viden om kommunernes ressourceforbrug, organisering og økonomiske styring på ældreområdet.

Analysen er baseret på kvantitative data fra to datakilder:

- Spørgeskemadata fra survey sendt til de kommunale ældrechefer
- Registerdata på kommuneniveau fra Danmarks Statistikbank.

Spørgeskemadataene danner grundlag for kortlægningen af kommunernes organisering og økonomiske styring på ældreområdet, herunder ressourceforbrug til udvalgte administrative støttefunktioner (kapitel 3 og 4).

Registerdataene danner grundlag for analysen af den overordnede udvikling på ældreområdet (kapitel 2) samt analysen af, hvilken betydning ældrebefolkningens demografiske og socioøkonomiske sammensætning har for variationer i ressourceforbruget på tværs af kommuner og over tid (kapitel 5).

Til besvarelse af spørgsmålet om betydningen af ældrebefolkningens demografiske og socioøkonomiske sammensætning (projektets andet formål) kombineres registerdata om udgifter mv. med spørgeskemadata om kommunerne.

Alle analyser er gennemført på kommuneniveau.

De to datakilder beskrives nærmere nedenfor.

6.1 Spørgeskemadata om kommunernes organisering og økonomiske styring på ældreområdet

Kommunernes ressourceforbrug på udvalgte administrative funktioner, organisering og økonomiske styring af ældreområdet er kortlagt via en spørgeskemaundersøgelse i kommunerne i september-december 2023.

Spørgeskemaet er udviklet med afsæt i VIVEs viden og erfaringer fra tidligere undersøgelser i kommunerne, herunder praksisundersøgelser og spørgeskemaundersøgelser, samt ikke mindst kvalificeret og tilrettet gennem en flerfaset pilot-runde med ældrechefer/økonomikonsulenter i tre kommuner.

Spørgeskemaerne er sendt til kommunernes ældrechefer, som så efter behov har kunnet videreformidle til de relevante medarbejdere, fx økonomikonsulenter. Spørgsmålene kan derfor være blevet besvaret af forskellige medarbejdere i kommunen, og ukomplette besvarelser kan være udtryk for, at nogle medarbejdere i en kommune ikke har fuldendt besvarelsen.

I spørgeskemaet er spurgt til oplysninger om organisering og styring på ældreområdet i 2023.

Med "ældrechefen" refereres i spørgeskemaet og i rapporten til den fagchef e.l., som har det overordnede ansvar for ældreområdet, og som typisk er chef for de budgetansvarlige ledere for fx hjemmeplejen og plejecentrene.

Ældreområdet er afgrænset ved hjemmepleje, rehabilitering efter § 83a, træning efter serviceloven, hjælpemidler til ældre, sygepleje og plejehjem/plejecentre. Det vil sige tilbud til ældre under serviceloven samt kommunal sygepleje efter sundhedsloven.

Spørgeskemaet indeholdt syv hovedgrupper af spørgsmål:

- Årsværk til udvalgte administrative og visiterende funktioner på ældreområdet fordelt på hovedkonto 5 og 6.
- Organisering af ældreområdet samt antal plejehjem og pladser.
- Organisering og principper for visitation på ældreområdet, herunder visitation til udekørende sygepleje.
- Brug af og indhold i demografimodeller på ældreområdet.
- Model for ressourcefordeling for decentrale enheder og økonomiopfølgning.
- Time- og døgntakster i ældreplejen.
- Ordning for tilvejebringelse af det frie valg i hjemmeplejen.

I alt har 83 kommuner besvaret spørgeskemaet, svarende til en svarprocent på 85 %. Ældrebefolkningen i de 83 kommuner udgør i alt 87 % af det samlede antal 67+-årige i Danmark i 2022.

En frafaldsanalyse (Tabel 6.1) viser, at kommuner i Region Nordjylland er underrepræsenteret i spørgeskemabesvarelserne, ligesom de mindste kommuner er lige knap så stærkt præsenterede som de større. Frafaldsanalysen viser derudover, at der ikke er signifikant forskel på de gennemsnitlige udgifter på ældreområdet i de kommuner, der har besvaret spørgeskemaet, og de kommuner, der ikke har.

Efter besvarelserne har VIVE lavet en række logiske konsistentstjek af de enkelte kommuners besvarelser samt kontaktet kommuner med afvigende og atypiske

svar for at få valideret deres besvarelser. De fleste valideringskontakter har rettet sig mod spørgsmålene om enhedsbeløb i demografimodeller, timepriser og døgntakster samt årsværk til administrative funktioner på ældreområdet. I alt er små 20 kommuner blevet kontaktet. Efter valideringen er besvarelserne for en række af disse kommuner blevet korrigeret.

Generelt har de fleste kommuner svaret på langt de fleste spørgsmål. Antallet af administrative årsværk har været det vanskeligste og mest tidskrævende at opføre for kommunerne. Spørgsmålet om administrative årsværk er således det, som relativt færrest kommuner har besvaret (72 kommuner eller 73 %).

Kommunerne er blevet bedt opføre deres årsværk for fire udvalgte administrative funktioner på ældreområdet i 2022 (ledere ikke medregnet). Opgørelsen er baseret på skønsmæssige vurderinger i de enkelte kommuner, da kommunerne ikke har mulighed for at trække de ønskede oplysninger fra administrative systemer. De skønsmæssige elementer i opgørelsen af årsværk hænger bl.a. sammen med, at de administrative medarbejdere kan arbejde på varieret tid, kan varetage opgaver på tværs af flere administrative funktioner (også ud over de fire nævnte funktioner) og varetage opgaver både på ældreområdet og andre områder. Såfremt en medarbejder også har arbejdsopgaver på et andet område end ældreområdet, er kommunerne blevet bedt om at opføre antal årsværk forholdsmæssigt, således at en medarbejder, der fx bruger halvdelen af sin tid på ældreområdet, indgår med 0,5 årsværk. Forskelle i lokale organiseringer, data-mæssige muligheder og skøn betyder, at opgørelsen skal betragtes som en strømpil, og at dataene ikke er fuldt sammenlignelige på tværs af kommuner. Nogle kommuner har fx ikke haft mulighed for at opføre antallet af økonomi- og regnskabsmedarbejdere ansat decentralt i driften på ældreområdet (hovedkonto 5), men har alene indberettet årsværk for økonomimedarbejdere mv. ansat i den centrale administration (hovedkonto 6). Summen af årsværk på hovedkonto 5 og hovedkonto 6 svarer ikke til antallet af årsværk i alt, da enkelte kommuner alene har oplyst om det samlede antal årsværk, men ikke om deres fordeling på hovedkonto 5 og hovedkonto 6.

Tabel 6.1 Frafaldsanalyse

	Svarprocent	Udgiftsniveau (gennemsnit)
Geografisk beliggenhed (region)		
Hovedstaden	86,2 %	
Sjælland	94,1 %	
Syddanmark	81,8 %	
Midtjylland	94,7 %	
Nordjylland	54,6 %	
Kommunestørrelse (antal 67+-årige, 2022)		
Mindste kommuner	79,1 %	
Næstmindste kommuner	84,0 %	
Næststørste kommuner	87,0 %	
Største kommuner	88,5 %	
Samlet	84,7 %	
Udgiftsniveau (udgifter på ældreområdet pr. 67+-årig, 2022)		
Kommuner, der har svaret		50.459 kr.
Kommuner, der <u>ikke</u> har svaret		50.126 kr.

Anm.: Tabellen viser frafaldsanalyse for de 83 kommuner, der har besvaret spørgeskemaet (i forhold til de 15 kommuner der ikke har besvaret spørgeskemaet)

Kilde: VIVE.

6.2 Registerdata om kommunernes udgifter og befolknings sammensætning

6.2.1 Kommunale udgifter på ældreområdet

De kommunale udgifter på ældreområdet opgøres som *nettodriftsudgifter* på ældreområdet i de kommunale regnskaber fra 2018 til 2022²⁴. Data stammer fra Danmarks Statistik, Statistikbanken, tabellen REGK31.

Det er væsentligt at understrege, at analysen alene ser på kommunernes udgifter på ældreområdet og ikke kan bruges til at sige noget om den konkrete service på ældreområdet, og hvilken kvalitet borgerne oplever. Forskelle i udgifter på tværs af kommuner og ændringer over tid kan dække over forskelle i ældrebefolkningens sundhedstilstand og andre udgiftsbehov/økonomiske grundvilkår på ældreområdet (se kapitel 5) såvel som forskelle i produktivitet, serviceniveau

²⁴ Analysen afgrænses til perioden efter 2018, da der fra og med 2018 er sket væsentlige ændringer i den autoriserede kontoplan på ældreområdet.

og indhold/sammensætning af de kommunale indsatser. Kommunerne tilpasser løbende serviceniveauet og opgaveløsningen til det stigende antal ældre, de ældres behov og de økonomiske rammer. For eksempel har den kommunale hjemmepleje fået større fokus på rehabilitering af borgerne og brug af velfærdsteknologi.

Ældreområdet er som udgangspunkt afgrænset ved hovedfunktion 5.30 (tilbud til ældre) i den kommunale kontoplan. Hovedparten af udgifterne på denne hovedfunktion vedrører hjemmepleje og sygepleje samt plejecentre, plejehjem og andre plejeboliger for ældre. Mere specifikt omfatter hovedfunktion 5.30 følgende seks udgiftsfunktioner/konti:

- 5.30.26 Personlig og praktisk hjælp og madservice (hjemmehjælp) til ældre omfattet af frit valg af leverandør (servicelovens § 83, jf. § 91 samt § 94) samt rehabiliteringsforløb (§ 83 a).
- 5.30.27 Pleje og omsorg mv. af primært ældre undtaget frit valg af leverandør (servicelovens § 83, jf. § 93, § 83 a og § 85 samt friplejeboliglovens § 32).
- 5.30.28 Hjemmesygepleje.
- 5.30.29 Forebyggende indsats samt aflastningstilbud målrettet mod primært ældre.
- 5.30.31 Hjælpebidrag, forbrugsgoder, boligindretning og befordring til ældre (servicelovens § 112, 113, 116 og 117).
- 5.30.36 Plejevederlag og hjælp til sygeartikler o.l. ved pasning af døende i eget hjem.

Herudover indgår de kommunale udgifter til medfinansiering af boligydelse til pensionister:

- 5.57.76 Boligydelser til pensionister - kommunal medfinansiering.²⁵

Herudover er der for en enkelt kommune (Fanø) korrigeret for, at kommunen har nogle særlige driftsudgifter på ældreområdet som følge af såkaldt "sælg-og-lej-tilbage", der betyder, at der i kommunens regnskab kommer en driftsudgift i form af en 'huseje', som kommunen ellers ikke ville have haft.²⁶

Udgifterne opgøres som *nettodriftsudgifter*, dvs. de udgifter, som kommunen selv skal finansiere. Der er med andre ord fratrukket evt. refusioner for særlige

²⁵ Boligyldelse til pensionister er medtaget i udgiftsopgørelsen, da størstedelen af landets pensionister er folkepensionister (82 % i december 2022 ifølge Danmarks Statistikbank, PEN113), og størstedelen af kommunernes udgifter til medfinansiering af boligydelse til pensionister derfor forventeligt retter sig mod ældre borgere på 67 år og derover. Udgiftsopgørelsen adskiller sig på dette punkt fra eksempelvis "Redegørelse om ældreområdet 2022" (Social- og Ældreministeriet, 2022).

²⁶ Oplysninger om driftsudgifter som følge af "Sælg-og-lej-tilbage" er indberettet direkte til VIVE.

dyre enkeltsager på ældreområdet (funktion 5.22.07, gruppering 100-105²⁷), ældres betalinger for plejebolig, mad mv. samt evt. betalinger fra andre kommuner og midler fra statslige puljer.

Det bemærkes, at udgifterne alene omfatter de direkte udgifter til ældreområdet konteret på hovedfunktion 5.30 (tilbud til ældre). Herudover har kommunerne fx udgifter til administration og fællesudgifter konteret på hovedkonto 6 i form af ældreforvaltning, visitatorer, administrative støttefunktioner, fælles it og telefoni mv. Disse udgifter indgår ikke i udgiftsanalysen.

Der er i udgiftsopgørelsen ikke korrigeret for meropgaver i medfør af DUT mv.

Udgifter under statsligt udgiftsloft

I analysen af den overordnede udgiftsudvikling på ældreområdet (kapitel 2) indgår også udgifter til puljer til større løft af ældreområdet under det statslige udgiftsloft. Tabel 6.2 viser de medregnede puljer og beløb.

Tabel 6.2 Udgifter under statsligt udgiftsloft (mio. kr.)

	2018	2019	2020	2021	2022
Løft til en værdig ældrepleje	1.037,3	1.047,1			
Klippekort til ekstra hjælp til plejehjemsboere	390,3				
Løft til bedre bemanning i hjemmeplejen og på plejehjem mv.	499,2	504,0	511,1	515,2	
Flere hænder og højere faglighed i ældreplejen				174,2	435,6
Pulje til faste teams i ældreplejen				192,0	
Mere omsorg og nærvær i ældreplejen			122,5	120,9	
I alt	1.926,8	1.551,1	633,6	1.002,3	435,6

Anm.: Tabellen omfatter puljer til større løft af ældreområdet målrettet kommunerne.

Kilde: Finanslovskonti (regnskabstal) for de respektive år: § 16.65.10.10 på FL20 og FL21, § 16.65.15.10 på FL20, § 16.65.50.10 på FL20 og FL21 og § 15.85.50.10 på FL22 og FL23, § 15.85.65.10 på FL23 og FFL24. (se også akt. 351 af 23. september 2021), § 15.85.65.20 på FL23 og § 15.85.69.10 på FL22 og FL23.

²⁷ Refusionen på funktion 5.22.07 (Indtægter fra den centrale refusionsordning) kunne, jf. kontoplanen, indtil 2024 registreres på to forskellige måder: refusionen kunne enten fordeles forholdsmæssigt mellem de relevante grupperinger eller på den autoriserede gruppering, hvorunder størstedelen af refusionsindtægten kan henføres. Kommunerne kan her have haft forskellig praksis for, hvilke refusionsindtægter der er registreret på grupperinger vedr. ældreområdet (gruppering 100-105), og hvilke refusionsindtægter der er registreret på grupperinger vedr. fx handicapområdet. Hvis kommunerne har haft borgere, der både modtager indsatser på ældreområdet og handicapområdet – og størstedelen af udgifterne har været på ældreområdet, og de ikke har konteret forholdsmæssigt – vil de medtagne refusionsindtægter kunne være for høje. Hvis størstedelen af udgifterne har været på handicapområdet, vil de medtagne refusionsindtægter omvendt kunne være for lave.

Med virkning fra 1.1.2021 er tærskelværdierne for, hvornår der kan opnås refusion fra den centrale refusionsordning, blevet reduceret (jf. LOV nr 1060 af 30/06/2020). Kommunernes indtægter fra den centrale refusionsordning har i medfør heraf været større i 2021 og 2022 end i årene fra 2018-2020. Ændringen har isoleret set været med til at trække kommunernes nettodriftsudgifter ned i 2021 og 2022 i forhold til årene fra 2018-2020.

Aldersafgrænsning af ældrebefolkning

Pensionsalderen er gradvist øget i årene fra 2019 til 2022 og er pr. 1.1.2022 hævet til 67 år. Af hensyn til sammenligneligheden over tid er ældrebefolkningen i alle årene afgrænset til antallet af borgere på 67+-år og udgifterne dermed i alle årene opgjort i forhold til antallet af 67+-årige.

Ved opgørelsen af antallet af ældre er benyttet cpr-folketal pr. 1. januar i året. Udgifterne er med andre ord opgjort pr. 67+-årig bosat i kommunen. For kommuner med mange plejehjemsbeboere fra andre kommuner bosat i kommunen og kommuner med mange borgere placeret på plejehjem i andre kommuner kan antallet af ældre derfor afvige fra det antal ældre, som kommunen er pligtig til at betale for.

Omregning til faste priser

Udgifter og andre økonomiske data er omregnet til 2022-priser. Ved omregningen til faste priser er brugt de af KL opgjorte pris- og lønstigninger for kommunale serviceudgifter²⁸.

Der er konkret anvendt de i juni 2023 opgjorte PL-skøn for serviceudgifter:

År	Pris- og lønstigning i procent
2018-2019	1,6
2019-2020	2,1
2020-2021	1,7
2021-2022	3,7

6.2.2 Data om befolkningens demografiske og socioøkonomiske sammensætning

Data om befolkningens demografiske og socioøkonomiske sammensætning samt om kommunernes strukturelle forhold og velstand stammer fra Danmarks Statistik (statistikbanken.dk), udligningsordningen og ECO Nøgletal. Der henvises til Bilagstabel 1.1 for oplysninger om de specifikke datakilder for de enkelte variable.

²⁸ <https://www.kl.dk/okonomi-og-administration/okonomi-og-styring/kommunal-oekonomi-a-z/>

6.2.3 Regressionsanalyser

Analysen af de økonomiske grundvilkårs betydning for variationerne i udgiftsniveauet på ældreområdet på tværs af kommuner og over tid er gennemført som regressionsanalyser (såkaldt OLS-regression). Når vi i analysen refererer til 'ældre', menes borgere på 67 år og derover.

Den afhængige variabel i regressionsanalyserne er kommunernes udgifter på ældreområdet pr. 67+-årig i de kommunale regnskaber 2018-2022²⁹. For afgrænsning af udgifterne se afsnit 6.2.1. Udgifter til puljer på ældreområdet under det statslige udgiftsloft indgår *ikke* i regressionsanalyserne.

Vi grupperer de mulige forklarende faktorer i fire typer af økonomiske grundvilkårsfaktorer:

- Demografiske faktorer som ældrebefolkningens køns- og alderssammensætning
- Socioøkonomiske faktorer som ældrebefolkningens indkomst, herkomst og sundhedstilstand
- Strukturelle faktorer som kommunestørrelse, befolkningstæthed og urbaniseringsgrad
- Kommunens velstand/økonomisk pres.

De tre første typer af faktorer kan tolkes som tre sæt af udgiftsbehovsfaktorer knyttet til kommunens struktur og befolkningssammensætning. Den sidste faktor – kommunens velstand/økonomisk pres – kan ses som et udtryk for kommunens økonomiske formåen i den forstand, at økonomisk mere velstående kommuner/mindre økonomisk pressede kommuner kan have mulighed for at finansiere et højere udgiftsniveau på eksempelvis ældreområdet.

Vi har med udgangspunkt i viden fra analyser, teoretiske overvejelser om mulige sammenhænge og en bruttoliste af mulige faktorer med betydning for udgiftsniveauet gennemført en serie af regressionsanalyser med henblik på at identificere de faktorer, som bedst forklarer variationen i udgifterne på ældreområdet og er teoretisk meningsfulde. I rapporten afrapporterer vi de endelige regressionsmodeller og kommenterer på en række supplerende analyser. De endelige modeller er reducerede modeller i den forstand, at statistisk insignifikante forklaringsfaktorer ikke indgår i modellerne.

Vores data har en panelstruktur med data for de samme 98 kommuner over fem år. Almindelig OLS-regression på paneldata risikerer at skabe skæve estimater på grund af problemer med seriel autokorrelation og heteroskedasticitet. For at

²⁹ Analysen afgrænses til perioden efter 2018, da der fra og med 2018 er sket væsentlige ændringer i den kommunale kontoplan på ældreområdet.

tage højde for dette køres OLS-regressionerne med robuste klyngekorrigerede standardfejl (klyngekorrigeret på kommuneniveau).

Bilag 1 indeholder en bruttoliste over de variable, der har været testet i regressionsanalyserne.

Litteratur

- Andrews, R., Boyne, G.A., Law, J. & Walker, R.M. (2005). External constraints on local service standards: The case of comprehensive performance assessment in English local government. *Public Administration*, 83(3), 639-656.
- Blom-Hansen, J., Houlberg, K., Serritzlew, S. & Treismann, D. (2016). Jurisdiction size and local government expenditure: Assessing the effect of municipal amalgamation. *American Political Science Review*, 110(4), 812-831.
- Boyne, G.A. (1996). *Constraints, choices and public policies*. London: JAI Press.
- Buch, M.S. & Topholm, E.H-E. (2023). *Evaluering af pulje til faste, tværfaglige og selvstyrende teams i ældreplejen. Midtvejsrapport*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Christiansen, P.M. (red.) (2019). *Budgetlægning og offentlige udgifter* (3. udgave). København: Hans Reitzels Forlag.
- COWI (2010). *Undersøgelse af betydningen af socioøkonomiske faktorer for kommunernes udgifter til dagpasning, skole og ældre*. Kongens Lyngby: COWI.
- Dalsgaard, C.T., Foged, S.K. & Lemvigh, K. (2021). *Økonomisk styring af kommunalt leveret sygepleje: Inspiration til kommunerne*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Dalsgaard, C.T., Kjærgaard, M. & Lemvigh, K. (2020). *Økonomisk styring af hjemmepleje og rehabiliteringsforløb: Inspiration til kommunerne*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Dalsgaard, C.T., Thau, M. & Kjærgaard, M. (2020). *Kommunernes brug af demografimodeller på ældreområdet: Kortlægning af brugen af demografimodeller i kommunernes budgetlægning på ældreområdet, budget 2020*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Fredslund, E.K. (2021). *Ældres brug af sundheds- og hjemmeplejeydelser. En registerundersøgelse med fokus på socioøkonomiske faktorer, komorbiditet og psykisk sygdom*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

- Foged, S.K. & Hjelmar, U. (2023). *Evaluering af afregningssystemet for friplejehjem*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Foged, S.K. & Houlberg, K. (under udgivelse). *Kommunernes tilvejebringelse af det frie valg af hjemmepleje og brug af udbud*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Foged, S.K., Houlberg, K., Ladenburg, J. & Madsen, E.J. (2023). The relationship between market capacity and local governments' choice of voucher model. *Local Government Studies*, 1-24.
- Foged, S.K., Topholm, E.H-E. & Kjellberg, P.K. (2022). *Estimat på årsværk af visitatorer ansat på det kommunale ældreområde*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Houlberg, K., Andersen, M.M.Q. & Jordan, A.L.T. (2018). *ECO Nøgletal: Teknisk vejledning 2018*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd
- Houlberg, K. & Foged, S.K. (2023). *VIVEs kommunetal 2023.7: Færre hjemmeplejstimer til ældre, især uden for hovedstadsområdet*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. VIVE Notat.
- Houlberg, K., Ruge, M. & Andersen, C.M. (2021). *ECO Nøgletal: Teknisk vejledning 2021*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed (2023). *Analysenotat: Kommunernes udgifter til administration og ledelse i 2022*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed.
- KA Pleje (2023). *Frit valg i hjemmeplejen: Status 2023*. Randers: KA Pleje.
- King, G. (1986). How not to lie with statistics: Avoiding common mistakes in quantitative political science. *American Journal of Political Science*, 30(3), 666-687.
- Lauritzen, H.H., Christensen, M.L. & Andersen, M.W.S. (2023). *Kortlægning af udviklingen på plejehjemsområdet*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Mouritzen, P.E. (1991). *Den politiske cyklus: En undersøgelse af vælgere, politikere og bureaukrater i kommunalpolitik under stigende ressourceknaphed*. Aarhus: Forlaget Politica.

- Pallesen, T. (2019). Hvad siger teorierne? I Christiansen, P.M. (red.) *Budgetlægning og offentlige udgifter* (3. udgave), p. 43-67. København: Hans Reitzels Forlag.
- Panduro, B. & Kjærgaard, M. (2018). *Demografimodeller i Esbjerg Kommune: Ny demografimodel på ældreområdet*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd
- Profekto & Syddjurs Kommune (2022). *De styringsmæssige forudsætninger for faste teams i plejen*. Ebeltoft: Syddjurs Kommune.
- Robusthedskommissionen (2023). *Robusthedskommissionens anbefalinger. Robusthedskommissionen*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Social- og Ældreministeriet (2022). *Redegørelse om ældreområdet 2022*. København: Social- og Ældreministeriet.
- Topholm, E.H-E, Holt, H., Houlberg, K., Pedersen, L.B., Jensen, K.H., Darger, M. & Fischer, R.H. (2023). *Eksterne vikarer på hospitals- og ældreområdet: Udviklingen i vikarudgifter, erfaringer med brugen af eksterne vikarer og vikarernes oplevelser*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Topholm, E.H.-E. & Kjellberg, P.K. (2023). *Visitation på ældreområdet: En kvalitativ analyse af processer omkring visitation og revisitation*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Vinge, S., Buch, M.S. & Kjellberg, P.K. (2021). *Det kommunale akutområde: Erfaringer og perspektiver på udviklingen fra 15 kommuner*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Økonomi- og Indenrigsministeriets Finansieringsudvalg (2012). *Kommunale udgiftsbehov og andre udligningsspørgsmål. Betænkning nr. 1533*. København: Økonomi- og Indenrigsministeriet.

Bilag 1 Variable i regressionsanalyserne

Dette bilag giver en oversigt over de anvendte variable i regressionsanalyserne.

Bilagstabel 1.1 viser både de variable, som indgår i de endelige modeller, og variable, som er blevet anvendt i forbindelse med modelafsøgning, men ikke har fundet vej til de endelige modeller. I tabellen refererer ECO til VIVEs nøgletals-system ECO Nøgletal (<https://eco.vive.dk/>) og Danmarks Statistikbank til Danmarks Statistiks statistikbank på www.statistikbanken.dk

Bilagstabel 1.1 Variable i regressionsanalyserne

Variabelnavn	Beskrivelse	Kilde	Evt. note
Afhængige variable			
Udgifter på ældreområdet pr. 67+-årig	Udgifter på ældreområdet pr. 67+-årig opgjort for hvert år i perioden 2018-2022 i faste priser. Ældreområdet er afgrænset ved hovedfunktion 5.30 (tilbud til ældre) samt funktion 5.57.76 Boligydelser til pensionister. Ved beregningen pr. 67+-årig er anvendt befolkningstal pr. 1. januar i året.	ECO og Danmarks Statistikbank, REGK31 og FOLK1A	
Udgifter på ældreområdet pr. 67+-årig, inkl. genoptræning	Udgifter på ældreområdet pr. 67+-årig opgjort for hvert år i perioden 2018-2022 opgjort i faste priser, <i>inkl.</i> udgifter til kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning (funktion 4.62.82). Ved beregningen pr. 67+-årig er anvendt befolkningstal pr. 1. januar i året.	-- --	
Demografiske forhold			
Aldersbetinget plejebolighyppighed (i procent af 67+-årige)	Aldersbetinget plejebolighyppighed viser, hvor stor en andel af de ældre i kommunen pr. 1. januar i året, der ville være indskrevet i pleje- eller ældrebolig, såfremt indskrivningsfrekvensen for aldersgrupperne af ældre var som gennemsnittet i hele landet. Ved beregningen af den aldersbetingede plejebolighyppighed er anvendt følgende landsgennemsnitlige antal indskrevne pr. 100 i den pågældende aldersgruppe 2019: 67-74 år: 2,14 75-79 år: 4,64 80-84 år: 9,09 85-89 år: 18,12 90+ år: 33,14	ECO og Danmarks Statistikbank, RESI01	
Andel enlige ældre	Familier med enlige mænd og enlige kvinder i alderen 67 år og derover i procent af det samlede antal personer i alderen 67 år og derover pr. 1. januar i året	ECO og Danmarks Statistikbank, FAM100N	
Kvindes andel af de ældre	Kvindes andel af de 67+-årige (i procent af alle 67+-årige) pr. 1. januar i året	ECO og Danmarks Statistikbank, FOLK1A	
Andel 67+-årige (i procent af befolkningen)	Antal 67+-årige i procent af befolkningen pr. 1. januar i året	-- --	
Andel 75+-årige (i procent af 67+-årige)	Antal 75+-årige i procent af antal 67+-årige pr. 1. januar i året	-- --	

Variabelnavn	Beskrivelse	Kilde	Evt. note
Andel 80+-årige (i procent af 67+-årige)	Antal 80+-årige i procent af antal 67+-årige pr. 1. januar i året	-- --	
Vækst i befolkningen	Procent vækst i indbyggertal de sidste fire år	-- --	
Forsørgerbrøk	Demografisk forsørgerbrøk pr. 1. januar i året (antal 0-16 og 67+-årige pr. 100 17-66-årige)	-- --	
Vækst i forsørgerbrøk	Vækst i demografisk forsørgerbrøk de sidste fire år (procentpoint)	-- --	
Socioøkonomiske forhold			
Gennemsnitligt antal sengedage pr. ældre	Gennemsnitligt antal sengedage i året pr. 65+-årig i kommunen	ECO og Danmarks Statistikbank, IND03	2018-data anvendt for 2019-2022
Indlæggelsesfrekvens for 65+-årige	Andel af de 65+-årige i kommunen, der i løbet af året har været indlagt på sygehus (en eller flere gange)	-- --	-- --
Middellevetid	Forventet middellevetid for 0-årige i kommunen	Danmarks Statistikbank, HISBK	
Andel familier i bestemte boligtyper	Andel familier i bestemte boligtyper (i procent af beboede boliger i alt). Familier i bestemte boligtyper indgik som udgiftsbehovskriterie i udligningsordningen til og med 2020.	ECO, "Kommunal udligning og generelle tilskud" for de respektive år fra Indenrigsministeriet og Danmarks Statistikbank, BOL101	2020-data anvendt for 2021-2022
Andel almene familieboliger	Andel almene familieboliger (i procent af egentlige boliger). Almene familieboliger indgår som udgiftsbehovskriterie i udligningsordningen fra og med 2021.	ECO, "Kommunal udligning og generelle tilskud" for de respektive år fra Indenrigsministeriet og Danmarks Statistikbank, BOL101	2019-data anvendt for 2018
Andel 67+-årige indvandrere/efterkommere fra ikke-vestlige lande	Andel 67+-årige indvandrere/efterkommere fra ikke-vestlige lande pr. 1. januar i året (i procent af antal 67+-årige).	ECO og Danmarks Statistikbank, FOLK1E	
Gennemsnitlig indkomst pr. 65+-årig	Gennemsnitlig indkomst pr. 65+-årig	Danmarks Statistikbank, INDKP105	
Gennemsnitlig indkomst pr. 75+-årig	Gennemsnitlig indkomst pr. 75+-årig	-- --	
Gennemsnitlig pensionsformue pr. 65+-årig	Gennemsnitlig pensionsformue pr. 65+-årig (ej beskattet). Opgørelsen er inden for hver kommune '99 % trimmet' for den ene procent af borgerne, som har de højeste pensionsformuer. Det vil sige, at pensionsformuen for den ene procent af borgerne med den højeste pensionsformue i beregningerne af de gennemsnitlige pensionsformuer er reduceret, så den svarer til højeste niveau for de 99 % øvrige borgere.	ECO og Danmarks Statistiks pensionsformueregister, PENSFORM, samt oplysninger om tjenestemandspensioner fra registret FORMPERS	
Gennemsnitlig pensionsformue pr. 75+-årig	Gennemsnitlig pensionsformue pr. 75+-årig (ej beskattet). -- --	-- --	
Strukturelle forhold			
Antal 67+-årige, logaritmisk	Antal 67+-årige, logaritmisk (10-tals log)	Danmarks Statistikbank, FOLK1A	
Ø-kommune	Dummy for 5 små ø-kommuner	ECO	

Variabelnavn	Beskrivelse	Kilde	Evt. note
Rejsetid	Gennemsnitlig beregnet rejsetid i minutter til 2.000 indbyggere. Rejsetidskriteriet indgik som udgiftsbehovskriterie i udligningsordningen til og med 2020.	ECO og "Kommunal udligning og generelle tilskud" for de respektive år fra Indenrigsministeriet	2020-data anvendt for 2021-2022
Landdistriktsgrad	Andel indbyggere i landdistrikter i procent af det samlede indbyggertal i kommunen. Landdistrikter er områder, hvor der ikke indgår mindst 200 indbyggere i et sammenhængende byområde.	ECO og Danmarks Statistikbank, BY2	
Urbaniseringsgrad	Andel indbyggere i byer med mindst 5.000 indbyggere i procent af det samlede indbyggertal i kommunen.	ECO og Danmarks Statistikbank, BY2	
Befolkningstæthed	Antal indbyggere pr. km ² areal i kommunen.	ECO og Danmarks Statistikbank, BY2 og ARE207	
Kommunens velstand			
Ressourcegrundlag pr. indbygger (i 1.000 kr.)	Ressourcegrundlaget er et mål for kommunens velstand <i>efter</i> udligning og generelle tilskud mv. Ressourcegrundlaget er beregnet som beskatningsgrundlag plus indtægter fra Tilskud og udligning (hovedfunktion 7.62), Selskabsskatter (funktion 7.68.92), Andre skatter (7.68.93, 7.68.95 og 7.68.96 Øvrige skatter og afgifter), Refusion af købsmoms (7.65.87) samt netto renter og afdrag omregnet til beskatningsgrundlagsværdi. Ved omregningen til beskatningsgrundlagsværdi er de øvrige indtægter divideret med det gennemsnitlige beskatningsniveau for hele landet i året og ganget med 100. Ved beregningen pr. indbygger er anvendt befolkningstal pr. 1. januar i året. For at skabe større robusthed i velstandsmålet er for de enkelte år i regressionerne anvendt et gennemsnit af ressourcegrundlaget i det pågældende år og året før.	ECO, oplysninger om beskatningsgrundlag fra Indenrigsministeriet og Danmarks Statistikbank, REGK31 og FOLK1A.	
Ressourcepres (indeks)	Ressourcepreset er en indikator for, hvor stort økonomisk pres de økonomiske grundvilkår overordnet lægger på kommunens økonomi. Ressourcepreset er beregnet som forholdet mellem kommunens samlede udgiftsbehov (som opgjort af Indenrigsministeriet) og kommunens velstand målt ved ressourcegrundlaget (se ovenfor) – og siger derned noget om, hvor store kommunens udgiftsbehov er i forhold til de økonomiske muligheder for at kunne imødekomme udgiftsbehovene. Jo større værdi, jo større er presset på kommunens ressourcer. Ressourcepreset måles som et indeks, hvor den landsgennemsnitlige værdi i det enkelte år er sat lig 100. Ressourcepreset måler dermed hvor stort pres, der <i>relativt</i> set er på den enkelte kommunes økonomi i de enkelte år i forhold til landsgennemsnittet. Målet kan ikke bruges til at sige noget om, hvorvidt den enkelte kommunes absolutte ressourcepres eller ressourcepreset for kommunerne samlet set ændrer sig fra år til år. For at skabe større robusthed i ressourcepresmålet er for de enkelte år i regressionerne anvendt et gennemsnit af ressourcepreset i det pågældende år og året før.	ECO, oplysninger om beskatningsgrundlag og "Kommunal udligning og generelle tilskud" fra Indenrigsministeriet samt Danmarks Statistikbank, REGK31 og FOLK1A.	

Kilde: ECO og Danmarks Statistikbank mv. Se tabellen for kildeoplysninger for de enkelte variable.

Bilag 2 Supplerende tabeller og analyser

Dette bilag indeholder supplerende tabelmateriale til analyserne i rapporten.

Bilagstabel 2.1 Samlede udgifter på ældreområdet 2018 til 2022 (mia. kr., 2022-priser)

	2018	2019	2020	2021	2022
Hjemmehjælp, frit valg	13,2	13,3	13,4	14,0	14,1
Pleje og omsorg, undtaget frit valg	23,1	24,0	25,3	25,6	26,1
Hjemmesygepleje	5,3	5,6	6,1	6,3	6,4
Forebyggende indsats og aflastningstilbud	2,6	2,6	2,8	2,9	3,0
Hjælpe midler, boligindretning mv.	2,2	2,2	2,2	2,2	2,1
Plejevederlag mv. ved pasning af døende i eget hjem	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Boligydelser til pensionister	2,9	2,9	2,9	2,8	2,7
Korrektion for "Sælg-og-lej-tilbage"	-0,0	-0,0	-0,0	-0,0	-0,0
Indtægter fra den centrale refusionsordning	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Puljer under statsligt udgiftsloft (afsatte beløb)	2,1	1,7	0,7	1,0	0,4
Ældreområdet i alt inkl. statsligt udgiftsloft	51,5	52,4	53,4	54,9	55,0

Anm.: Tabellen viser kommunale nettodriftsudgifter på ældreområdet inkl. udgifter til større puljer på ældreområdet under det statslige udgiftsloft.

Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken, tabellen REGK31, samt oplysninger om puljer under det statslige udgiftsloft fra diverse finanslove og deflatorer baseret på KL's opgørelse af pris- og lønudviklingen for kommunale serviceudgifter.

Bilagstabel 2.2 viser regressionsanalyse af udgifter på ældreområdet pr. 67+-årig 2018-2022 med *standardiserede* regressionskoefficienter. Modellen er identisk med modellen i Tabel 5.1 i kapitel 5 – her i bilagstabellen blot med standardiserede regressionskoefficienter.

I Tabel 5.1 præsenterede vi betydningen af forskellige kommunale grundvilkår for ældreudgifterne. Her adresserer vi et relateret spørgsmål, nemlig hvor meget de forskellige grundvilkår betyder *i forhold til hinanden*. Hvilke betyder for eksempel mest, og hvilke betyder mindst?

For at kunne besvare spørgsmålet, skal de forskellige variable omregnes til en fælles skala. En bredt anvendt tilgang er at standardisere koefficienterne. Standardiserede koefficienter er svære at fortolke substantielt, og man skal generelt være påpasselig med at sammenligne effekter på tværs af forskellige skalaer (King, 1986). Alligevel kan det i nogle tilfælde være relevant at se på de standardiserede koefficienter for at få et fingerpeg om effekternes indbyrdes 'styrkeforhold'.

I Bilagstabel 2.2 præsenterer vi modellen fra Tabel 5.1, men i form af sådanne standardiserede koefficienter³⁰.

Bilagstabel 2.2 viser, at andelen af enlige ældre er den variabel, som trækker udgifterne mest op. Herefter følger den aldersbetingede plejebolighyppighed (i procent af 67+-årige) og andel 67+-årige med ikke-vestlig indvandrer/efterkommerbaggrund.

Betydningen af almene familieboliger og spredt bosætning mindre end halvt så stor som andelen af enlige ældre.

Bilagstabel 2.2 Regressionsanalyse af udgifter på ældreområdet pr. 67+-årig i perioden 2018-2022. Standardiserede regressionskoefficienter.

	Standardiseret regressionskoefficient
Demografiske forhold	
Aldersbetinget plejebolighyppighed (i procent af 67+-årige)	0,26 ***
Andel enlige ældre	0,47 ***
Socioøkonomiske forhold	
Andel 67+-årige indvandrere/efterkommere fra ikke-vestlige lande (procent)	0,26 **
Andel almene familieboliger (i pct. af egentlige boliger)	0,19 *
Strukturelle forhold	
Spredt bosætning (målt ved den beregnede rejsetid i minutter til 2000 indbyggere)	0,18 ***
Økonomisk pres	
Ressourcepres pr. indbygger (indeks, hele landet = 100)	-
År (ref. = 2018)	
2019	0,03 ***
2020	0,06 ***
2021	0,06 **
2022	0,04 **
Konstant	-
Antal observationer	490
Forklaringsgrad: R ² (justeret)	73,9 %

Anm.: Udgifter er opgjort som nettodriftsudgifter i kr. pr. 67+-årig i faste priser (2022-priser). Udgifter under det statslige udgiftsloft er ikke medregnet.

Note: OLS-regression. Standardiserede regressionskoefficienter. Statistisk signifikans: *** p<0,01. ** p<0,05. * p<0,1.

Kilde: Danmarks Statistik (statistikbanken.dk), udligningsordningen og ECO Nøgletal.

³⁰ En standardiseret koefficient fortolkes ikke med udgangspunkt i variabelens enhed (fx kroner), men i standardafvigelser. En standardafvigelse er udtryk for den typiske afvigelse fra variabelens gennemsnit. Standardiserede koefficienter fortolkes formelt som ændringen i standardafvigelser på den afhængige variabel, når den forklarende variabel ændrer sig med én standardafvigelse. For dummyvariablene år og ø-kommune fortolkes koefficienten som ændringen i standardafvigelser på den afhængige variabel, når der sammenlignes med referencekategorien. Koefficienten på 0,06 for året 2020 betyder fx, at udgifterne forudsiges at være 0,06 standardafvigelser højere i 2020 sammenlignet med referenceåret 2018, alt andet lige. Som nævnt er dette mål ikke særligt intuitivt, men giver alene et præj om at betydningen af år 2020 er væsentligt mindre end andelen af enlige ældre (med en koefficient på 0.47).

Bilagstabel 2.3 viser regressionsanalyse af udgifter på ældreområdet pr. 67+-årig henholdsvis med og uden udgifter til genoptræning konteret på sundhedsområdet (funktion 4.62.82 Kommunal genoptræning og vedligeholdelses-træning). Model 1 er identisk med modellen i Tabel 5.1 i kapitel 5.

Bilagstabel 2.3 Regressionsanalyse af udgifter på ældreområdet pr. 67+-årig i perioden 2018-2022

	1. Uden udgifter til genoptræning konteret på sundhedsområdet		2. Med udgifter til genoptræning konteret på sundhedsområdet	
	Regressions-koefficient	Standardfejl	Regressions-koefficient	Standardfejl
Demografiske forhold				
Ældrebefolkningens alderssammensætning (målt ved 'aldersbetinget plejebolighyppighed' i procent)	4.051 ***	(951)	4.560 ***	(945)
Andel enlige ældre (procent)	760 ***	(144)	803 ***	(156)
Socioøkonomiske forhold				
Andel 67+-årige indvandrere/efterkommere fra ikke-vestlige lande (procent)	782 **	(355)	1.006 ***	(347)
Andel almene familieboliger (i procent af egentlige boliger)	118 *	(66)	103 *	(51)
Strukturelle forhold				
Spredt bosætning (målt ved den beregnede rejsetid i minutter til 2.000 indbyggere)	687 ***	(177)	635 ***	(188)
Økonomisk pres				
Ressourcepres pr. indbygger	-			
År (ref. = 2018)				
2019	535 ***	(195)	518 **	(201)
2020	1.142 ***	(288)	960 ***	(296)
2021	1.024 ***	(316)	779 **	(314)
2022	795 **	(373)	564	(368)
Konstant	-13.081 **	(5.168)	-15.421	(5.448)
Antal observationer	490		490	
Forklaringsgrad: R ² (justeret)	73,9 %		76,5 %	

Anm.: Udgifter er opgjort som nettodriftsudgifter i kr. pr. 67+-årig i faste priser (2022-priser). Udgifter under det statslige udgiftsloft er ikke medregnet. OLS-regression. Ustandardiserede regressionskoefficienter. Robuste standardfejl i parenteser (klyngekorrigeret på kommuneniveau). Statistisk signifikans: *** p<0,01. ** p<0,05. * p<0,1.

Kilde: Danmarks Statistik (statistikbanken.dk), udligningsordningen og ECO Nøgletal.

Bilagstabel 2.4 Regressionsanalyse af udgifter på ældreområdet pr. 67+ årig for hvert år 2018-2022

	2018		2019		2020		2021		2022	
Demografiske forhold										
Aldersbetinget plejebolighyppighed (i procent af 67+-årige)	4.553	***	4.458	***	3.846	***	4.013	***	3.580	***
	(1.155)		(1.159)		(1.015)		(1.016)		(1071)	
Andel enlige ældre (procent)	618	***	692	***	825	***	831	***	809	***
	(188)		(117)		(150)		(131)		(143)	
Socioøkonomiske forhold										
Andel 67+-årige indvandrere/efterkommere fra ikke-vestlige lande (procent)	955	**	921	**	604		586	*	939	**
	(465)		(389)		(398)		(350)		(379)	
Andel almene familieboliger (i procent af egne boliger)	93		123	*	115	*	134	**	118	*
	(87)		(41)		(68)		(61)		(62)	
Strukturelle forhold										
Spredt bosætning (målt ved den beregnede rejsetid i minutter til 2.000 indbyggere)	800	***	940	***	432	**	564	***	938	***
	(184)		(200)		(196)		(191)		(379)	
Økonomisk pres										
Ressourcepres pr. indbygger	-		-		-		-		-	
Konstant	-10.587	*	-13.309	**	-12.242	**	-14.219	**	-11.598	*
	(5.688)		(5.555)		(5.850)		(5.981)		(6.404)	
Antal observationer	98		98		98		98		98	
Forklaringsgrad: R ² (justeret)	68,8	%	71,9	%	74,6	%	76,0	%	76,2	%

Anm.: Udgifter er opgjort som nettodriftsudgifter i kr. pr. 67+-årig i faste priser (2022-priser). Udgifter under det statslige udgiftsloft er ikke medregnet. OLS regression. Ustandardiserede regressionskoefficienter. Robuste standardfejl i parenteser (klyngekorrigeret på kommuneniveau). Statistisk signifikans: *** p<0,01. ** p<0,05. * p<0,1.

Kilde: Danmarks Statistik (statistikbanken.dk), udlningsordningen og ECO Nøgletal.

Bilagstabel 2.5 Regressionsanalyse af udgifter på ældreområdet pr. 67+-årig i 2022, inkl. survey-baserede data om organisering på ældreområdet

	Regressions- koefficient	Standard- fejl
Demografiske forhold		
Aldersbetinget plejebolighyppighed (i procent af 67+-årige)	3.399 **	(1474)
Andel enlige ældre (procent)	916 ***	(143)
Socioøkonomiske forhold		
Andel 67+-årige indvandrere/efterkommere fra ikke-vestlige lande (procent)	601	(419)
Andel almene familieboliger (i procent af egentlige boliger)	129	(64)
Strukturelle forhold		
Spredt bosætning (målt ved den beregnede rejsetid i minutter til 2.000 indbyggere)	598 *	(317)
Økonomisk pres		
Ressourcepres pr. indbygger	-	-
Survey-baserede data om organisering på ældreområdet		
<i>Overordnet ledelsesmodel plejehjem (ref. = enhedsmodel)</i>		
Distriktsmodel	-1.193	(1674)
Ingen af modellerne	-2.064	(3850)
<i>Overordnet ledelsesmodel sygepleje (ref. = enhedsmodel)</i>		
Distriktsmodel	1.155	(2005)
Ingen af modellerne	1.999	(4898)
<i>Overordnet ledelsesmodel hjemmepleje (ref. = enhedsmodel)</i>		
Distriktsmodel	1.449	(2557)
<i>Organisering af hjemmepleje og sygepleje (ref. = adskilt fra hinanden)</i>		
Samme budgetansvarlige leder – med adskilte teams/grupper	-787	(1184)
Samme budgetansvarlige leder – med integrerede teams/grupper	-1.750	(1429)
Andet	-486	(1735)
<i>Organisering af hjemmepleje og plejecentre (ref. under samme budgetansvarlige leder)</i>		
Under forskellige budgetansvarlige ledere	-153	(1346)
Andet	-1.419	(2015)
<i>Organisering af myndighedsopgaven/visitationsenheden (ref. = myndighed og udfører er organiseret under ældrechefen)</i>		
Myndighedsopgaven er placeret under en anden fagchef	-612	(1156)
Andet	-348	(2689)
<i>Anvendes demografimodel på ældreområdet i budget 23 (ref. = ja)</i>		
Nej	-1.722	(1535)

	Regressions- koefficient	Standard- fej
<i>Ressourcetildeling rehabiliteringsforløb (ref. = primært som ramme)</i>		
Hovedparten af budgettet tildeles efter aktiviteter	-1.022	(1154)
<i>Ressourcetildeling hjemmeplejen (ref. = primært som ramme)</i>		
Hovedparten af budgettet tildeles efter aktiviteter	472	(1395)
<i>Ressourcetildeling sygeplejen (ref. = primært som ramme)</i>		
Hovedparten af budgettet tildeles efter aktiviteter	2052	(1560)
<i>Ressourcetildeling plejecentre (ref. = primært som ramme)</i>		
Hovedparten af budgettet tildeles efter aktiviteter	-107	(1339)
<i>Fritvalgsordning for praktisk hjælp (ref. = godkendelsesordning)</i>		
Udbudsordning	-1088	(4361)
Udelukkende fritvalgsbeviser	1275	(2901)
<i>Fritvalgsordning for personlig pleje (ref. = godkendelsesordning)</i>		
Udbudsordning	2215	(4598)
Udelukkende fritvalgsbeviser	309	(2219)
Konstant	-14.227 *	(8401)
Antal observationer	74	
Forklaringsgrad: R ² (justeret)	78,1 %	

Anm.: Udgifter er opgjort som nettodriftsudgifter i kr. pr. 67+-årig i 2022-priser. Udgifter under det statslige udgiftsloft er ikke medregnet. OLS regression. Ustandardiserede regressionskoefficienter. Standardfej i parenteser. Statistisk signifikans: *** p<0,01. ** p<0,05. * p<0,1.

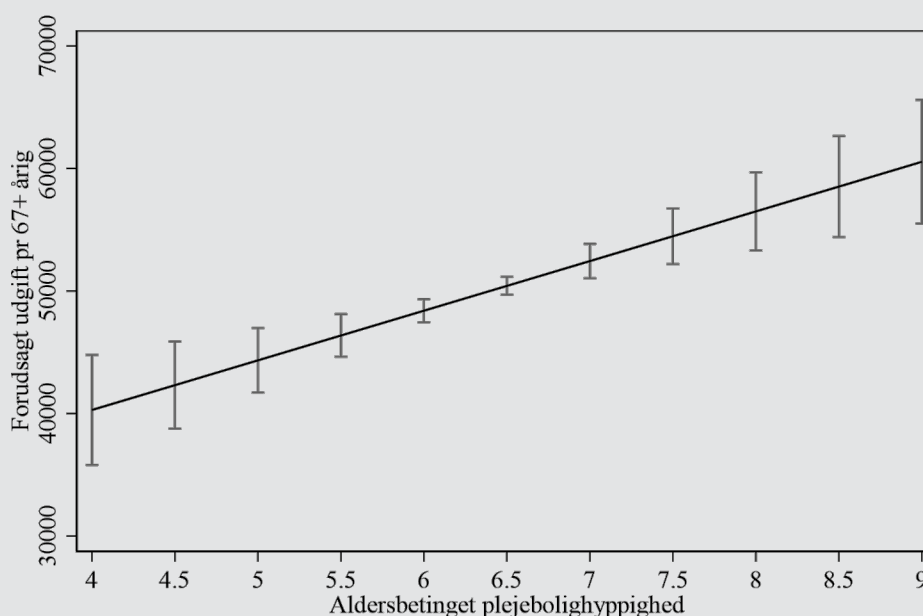
Kilde: Danmarks Statistik (statistikbanken.dk), udligningsordningen, ECO Nøgletal og spørgeskemadata fra 74 kommuner.

Bilagsfigur 2.1 til Bilagsfigur 2.5 illustrerer grafisk den udgiftsmæssige betydning af udgiftsbehovsfaktorerne i regressionsmodellen i Tabel 5.1. Figureerne viser de modelforudsagte udgifter pr. 67+-årig for følgende fem variable, når alle øvrige variable i modellen antager den gennemsnitlige værdi for alle kommuner:

- Aldersbetinget plejebolighyppighed (i procent af 67+-årige)
- Andel enlige ældre (procent)
- Andel 67+-årige indvandrere/efterkommere fra ikke-vestlige lande (procent)
- Andel almene familieboliger (i procent af egentlige boliger)
- Spredt bosætning (målt ved den beregnede rejsetid i minutter til 2.000 indbyggere).

Bilagsfigur 2.1 viser, at den modelforudsagte udgift stiger fra omkring 40.000 kr. pr. 67+-årig ved en aldersbetinget plejebolighyppighed på 4 %³¹ til en udgift på omkring 60.000 kr. pr. 67+-årig ved en aldersbetinget plejebolighyppighed på 9 %. Tilsvarende viser Bilagsfigur 2.2-Bilagsfigur 2.5 de modelforudsagte udgifter for forskellige værdier af hhv. andel enlige ældre, kvinders andel af de ældre og gennemsnitligt antal sengedage pr. ældre.

Bilagsfigur 2.1 Forventede udgifter pr. 67+-årig efter aldersbetinget plejebolighyppighed

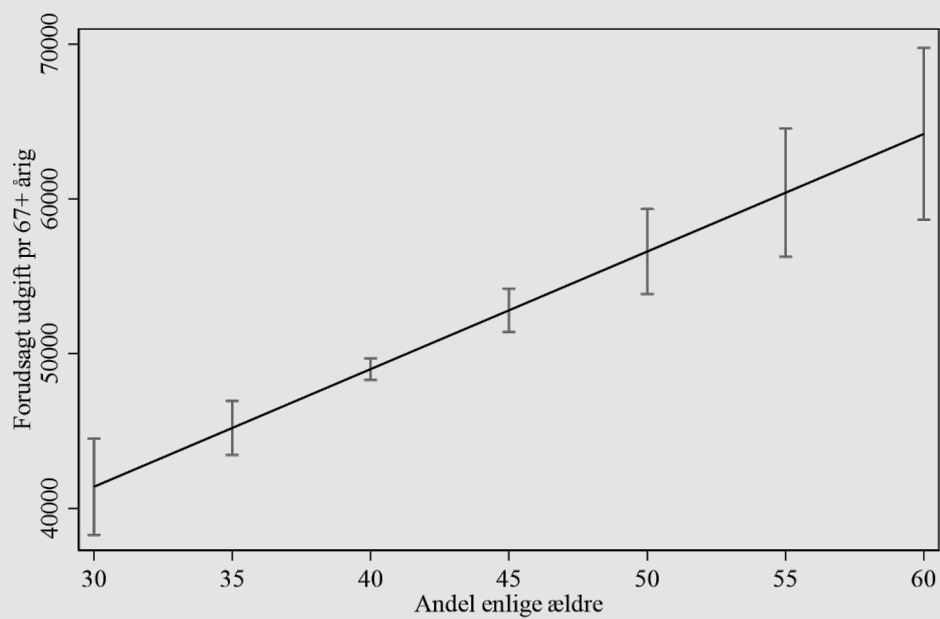


Anm.: Figuren viser den modelforudsagte udgift pr. 67+-årig for variabelens udfaldsrum (med 95 % konfidensintervaller).

Kilde: Regressionsmodellen i Tabel 5.1.

³¹ En aldersbetinget plejebolighyppighed på 4 % er udtryk for, at 4 % af de 67+-årige i kommunen forventes at have behov for plejebolig givet alderssammensætningen blandt de 67+-årige i kommunen.

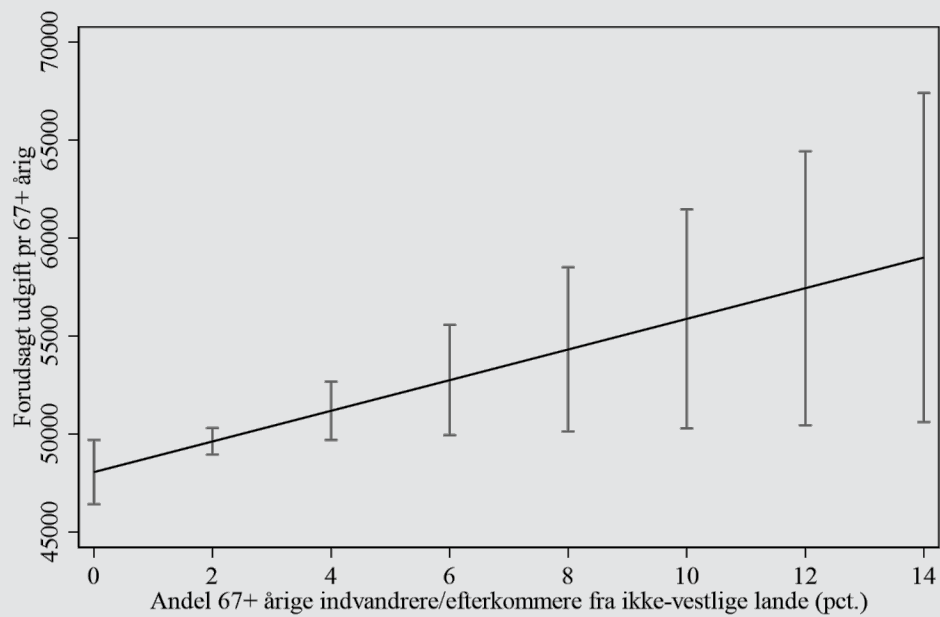
Bilagsfigur 2.2 Forventede udgifter pr. 67+-årig efter andel enlige ældre (procent)



Anm.: Figuren viser den modelforudsagte udgift pr. 67+-årig for variabelens udfaldsrum (med 95 % konfidensintervaller).

Kilde: Regressionsmodellen i Tabel 5.1.

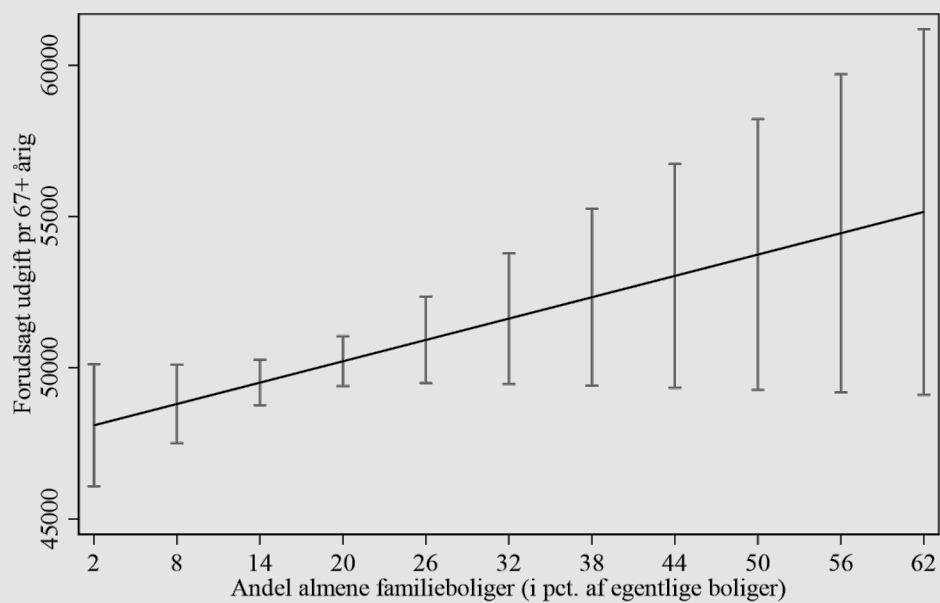
Bilagsfigur 2.3 Forventede udgifter pr. 67+-årig efter andel 67+-årige indvandrere/efterkommere fra ikke-vestlige lande (procent)



Anm.: Figuren viser den modelforudsagte udgift pr. 67+ årig for variabelens udfaldsrum (med 95% konfidensintervaller).

Kilde: Regressionsmodellen i Tabel 5.1.

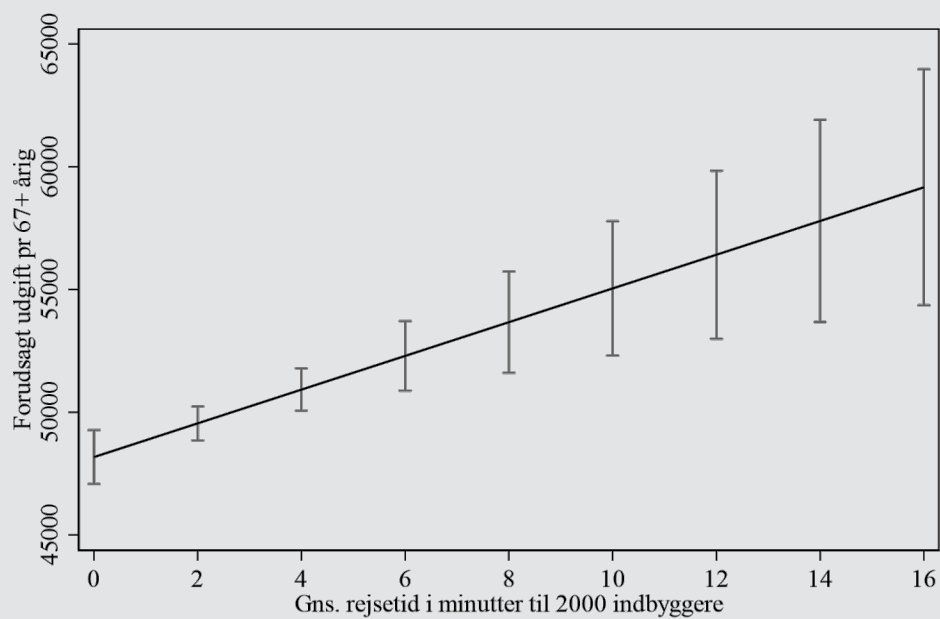
Bilagsfigur 2.4 Forventede udgifter pr. 67+-årig efter andel almene familieboliger (i procent af egentlige boliger)



Anm.: Figuren viser den modelforudsagte udgift pr. 67+-årig for variabelens udfaldsrum (med 95 % konfidensintervaller).

Kilde: Regressionsmodellen i Tabel 5.1.

Bilagsfigur 2.5 Forventede udgifter pr. 67+-årig efter spredt bosætning (målt ved den beregnede rejsetid i minutter til 2.000 indbyggere)



Anm.: Figuren viser den modelforudsagte udgift pr. 67+-årig for variabelens udfaldsrum (med 95 % konfidensintervaller).

Kilde: Regressionsmodellen i Tabel 5.1.

VIVÉ