

Notat av 13.10.2017

Grunnlag for drøfting av finansieringsmodeller for Østre Agders interkommunale tjenester og samarbeid

Innhold

Innledning	2
1. Anbefaling	3
2. Finansieringsmodeller	5
2.1 Hovedmodell.....	5
2.2 Alternativ modell	7
2.2.1 Kontingentmodell	7
2.2.2 Bruksmodell	8
2.2.3 Kombinasjonsløsning.....	8
3. Konsekvensvurdering av endret finansieringsmodell	10
3.1 Hovedmodell – finansieringseffekter.....	10
3.1.1 Hovedmodell - Arendal kommunale legevakt.....	10
3.1.2 Hovedmodell –Østre Agder krisesenter.....	11
3.1.3 Hovedmodell – Oppfølging av Samhandlingsreformen	11
3.1.4 Hovedmodell felles Ehelsekoordinator	12
3.2 Alternativ modell – finansieringseffekter	13
3.2.1 Kontingent.....	13
3.2.2 Kombinasjonsmodell ATV – Alternativ til vold	14
3.2.3 Kombinasjonsmodell Østre Agder KØH	14
3.2.4 Alternativmodell - bruk	16
4. Estimering av effekter for medlemskommunene.....	17
Vedlegg 1 Dagens finansieringsløsninger for interkommunale virksomheter	19
Vedlegg 2 Grunnlagsdata for fordeling av utgifter for KØH	20

Innledning

Bakgrunnen for den foreliggende utredningen er den pågående evalueringsprosess av samarbeidet i Østre Agder. I evalueringsprosessen har bystyret i Arendal anmodet om at nye finansieringsmodeller for interkommunale tjenester utredes.

Rådmannsgruppen i Østre Agder nedsatt i sitt møte 16.august 2017 en arbeidsgruppe for å utrede dette.

Arbeidsgruppen har bestått av:

Assisterende rådmann Øyvind Johannesen - Tvedestrand kommune
Kommunalsjef Bente Rist - Arendal kommune
Økonomisjef Vidar Kyrdalen - Åmli kommune

Sekretariatsleder Ole Jørgen Etholm har vært sekretær for arbeidsgruppen.

Arbeidsgruppens mandat er å framlegge forslag til framtidige finansieringsmodeller for ulike interkommunale samarbeid og å utrede konsekvenser av ulike modeller. Foreløpig holdes Østre Agder brannvesen utenfor utredningen da rådmennene ønsket å avvente Risiko og sårbarhetsanalysen for tjenesten som er under utarbeidelse. Den ønsker rådmennene å ha som underlag for ny kostnadsfordeling.

Avstander

Med bakgrunn i at en i utredning tillegger avstand til tjenestetilbud vekt viser tabell 1 en oversikt over avstand mellom Arendal der de fleste tilbud er lokalisert og deltakere i ulike samarbeid.

Tabell 1 Avstand Arendal til kommunesentre i samarbeidskommuner

Til	Avstand km	Kjøretid (NAF)
Fyresdal	135	2t 08min
Nissedal(Treungen)	94	1t 26min
Åmli	61	1t 02min
Gjerstad (Øvre)	59	0t 57min
Risør	51	0t 54min
Vegårshei	40	0t 43min
Grimstad	22	0t 22min
Osedalen	13	0t 18min

1. Anbefaling

Arbeidsgruppen starter rapporten med anbefalinger for valg av finansieringsmodell før det argumenteres for valgte modeller. Videre redegjør notatet for økonomiske effekter av å benytte de anbefalte modellene.

Arbeidsgruppen er enige om å definere en hovedmodell og en alternativmodell for å oppnå en mer rettferdig fordeling av utgiftene.

Arbeidsgruppen tilrår en **Hovedmodell** som bygger på en finansieringsløsning med en fast prosentvis andel fordelt likt på deltakende kommuner og en differensiert del basert på folketall.

Derneft anbefaler arbeidsgruppen en **Alternativ modell** som inneholder tre varianter:

- Kontingent (innbyggertall)
- Kombinasjonsløsning
- Betaling for bruk av tjenesten (bruksmodell)

For noen typer tjenester vil hovedmodellen etter arbeidsgruppen sitt syn ikke fange opp reelle kriterier det er relevant å basere finansieringen av tjenestetilbudet på.

Arbeidsgruppens forslag for valg av finansieringsløsning for de interkommunale virksomhetene framgår av tabell 2 på side 4.

Arbeidsgruppen anbefaler at alle nye samarbeid finansieres i henhold til hovedmodell eller alternativmodell.

Det anbefales at valgte finansieringsmodeller evalueres etter tre år.

Flertallet på to (Johannesen og Kyr dalen) anbefaler at forslaget til finansieringsmodell gjøres gjeldende fra 1/1-2019 mens mindretallet (Rist) anbefaler at betalingsmodellen gjøres gjeldende fra 1/1-2018.

Tabell 2 Valg av finansieringsløsning

Virksomhet	Anbefalt løsning	Antall kommuner
Østre Agder krisesenter	Hovedmodell	8
Arendal kommunale legevakt	Hovedmodell	10
Østre Agder samarbeid om oppfølging av Samhandlingsreformen	Hovedmodell	8
Østre Agders felles Ehelsekoordinator	Hovedmodell	8
Østre Agders samarbeid om næringsutvikling	Anbefales hovedmodell	8
Østre Agders samarbeid innenfor skoleutvikling*	Hovedmodell	8
Felles ansvar for driftstilskudd til spesialist fysioterapijemler	Hovedmodell	5/6
Interkommunalt utvalg mot akuttforurensning	Hovedmodell	8
Østre Agder sekretariatsledelse	Alternativ modell - kontingent	8
Planlegging, drift og utvikling av veilysanlegg	Alternativ modell – betaling for bruk	8
Anskaffelser og driftsoppgaver ved bruk av velferdsteknologiske løsninger	Alternativ modell – betaling for bruk	8
Felles ikt-utvikling og drift	Alternativ modell – betaling for bruk	8
Krematorium	Alternativ modell – betaling for bruk	7
KØH (kommunal øyeblikkelig døgnhjelp)	Alternativ modell – Kombinasjonsløsning	9
ATV (Alternativ til vold)	Alternativ modell – Kombinasjonsmodell	8
Østre Agder brannvesen	Anbefaler Alternativmodell – Kombinasjonsmodell	7/8

* Så lenge sekretariatsleder fungerer som sekretær for utvalget så dekker kontingenten kostnadene.

2. Finansieringsmodeller

Arbeidsgruppen tilrår at en velger en hovedmodell for finansiering av interkommunale samarbeid, supplert med en alternativ modell. Den alternative modellen har tre varianter.

2.1 Hovedmodell

Arbeidsgruppen tilrår at en som hovedregel bygger på en finansieringsløsning med en fast andel fordelt likt på deltakende kommuner og en differensiert del basert på folketall.

Arbeidsgruppen har også drøftet inntektsdifferensieringen mellom små og store kommuner knyttet til nivået på frie inntekter, men anbefaler ikke dette som en faktor i modellen. Dette innebærer gjennomgående at små kommuner har en større samlet inntekt pr innbygger enn store kommuner. Dette er en kompensasjon for at det gjennomgående er mer kostbart å levere offentlige tjenestene i små kommuner. Ved at en fast andel fordeles likt mellom kommunene reduseres denne effekten. Når kommunene i fellesskap skaper en tjeneste gjennom en interkommunal løsning så bør denne effekten fanges opp av utgiftfordelingen i samarbeidet.

Gjennom bruk av hovedmodellen anbefaler arbeidsgruppen at en går inn på nye kriterier for fordeling av utgifter mellom samarbeidspartene. Derfor redegjør notatets kapittel 3 for økonomiske effekter for den enkelte tjeneste der dette avviker fra dagens ordning, med regneeksempler for hvordan dette vil slå ut. Detaljene for beregningen ligger i et eget regneark som følger som særskilt vedlegg til arbeidsgruppens notat. Der redegjør arbeidsgruppen for effektene av å legge den faste andelen som fordeles likt på ulike nivå.

I kapittel 4 gjør arbeidsgruppen rede for samlede effekter ved valgte løsninger for den enkelte kommune i samarbeidet. Med bakgrunn i at KØH-finansieringen er knyttet til mange ulike forutsetninger så holdes denne utenfor oppsummeringen

Arbeidsgruppen begrunner sitt valg av hovedmodell med at alle kommuner i fellesskap må være med å bære byrden for at lovpålagte tjenester skal kunne leveres. Deltakerne får tilgang til felles økt kompetanse, kapasitet og beredskap som det er naturlig at alle deltakere betaler en grunnpris for.

Arbeidsgruppen er delt i et flertall på to og et mindretall på en i forhold til hvilket prosentnivå den like delen i finansieringen skal ligge på. Flertallet (Kyrdalen og Johannesen) anbefaler 10%, mens mindretallet (Rist) anser 20% som et riktigere nivå.

Flertallet (Kyrdalen og Johannesen) legger følgende begrunnelse til grunn for sin anbefaling:

- 1. Med bakgrunn i at bruk av interkommunale tjenester normalt er størst blant innbygger nær tjenesten, så vil en fast andel på 10 % bedre gjenspeile dette forholdet.*
- 2. Det vil medføre for store omfordelingseffekter mellom de samarbeidende kommunene for de etablerte ordningene, dersom det blir valgt en større fastandel enn 10 %.*
- 3. Med den store forskjellen på størrelse i innbyggertall, med et spenn fra under 2000 til over 44000, så vil en for høy fastandel gi for store økonomiske belastninger for flere av kommunene.*
- 4. Ved sist etablert interkommunalt samarbeid innenfor barnevern i øst-regionen (5 kommuner), ble det etter lengre utredning funnet mest hensiktsmessig med en fastandel på 10 %.*
- 5. Det er viktig at ikke deltagerne i våre interkommunale tilbud fristes til å søke løsninger utenfor rammen av regionen.*

Mindretallet (Rist) legger følgende begrunnelse til grunn for sin anbefaling:

Ved etablering av et tilbud stilles det til rådighet kompetanse, kapital og tjenester. Når flere kommuner går sammen om å opprette et tilbud vil alle få en base med kompetanse og kapasitet som kan benyttes både som planlagte tjenester og i beredskap for tjenesten. Alternativet til et felles tilbud er at hver kommune oppretter sitt eget. For mindre kommuner vil det i de fleste tilfeller være svært kostbart å etablere en tilsvarende bredde som en kan oppnå når kommuner går sammen.

Med ulik innbyggermasse, antall, avstand, behov og prioriteringer blir bruken av tjenesten ulik. Dette er rimelig at får en stor uttelling i kostnadsfordelingen. Likevel må det vektlegges at det etableres fullverdige ordninger hvor alle deltakere har mulighet for høyere kompetanse og høyere kapasitet enn det som vil være mulig alene.

Arendal kommune som vertskommune på de fleste løsningene samt som den største kommunen ser det rimelig at alle er med på å dekke en viss andel som fast finansiering. Enkelte kommuner og samarbeid har lagt 50 % av kostnaden til grunn for lik kostnad pr deltaker. Arendal ser at dette vil være en for stor endring ift dagens praksis, og vil tilrå 20 %. Dersom deltakerkommunene mener at det er hensiktsmessig så kan det legges til grunn 10 % fast i 2018, med en opptrapping på 5 %-poeng i 2019 og 2020.

Arbeidsgruppen finner at betaling for bruk ikke er hensiktsmessig for samarbeid der et beredskapsmessige element er en vesentlig faktor for kostnadene knyttet til å yte et tilbudet.

Arbeidsgruppen mener at **Arendal kommunale legevakt** må ha en finansieringsordning basert på en fast andel og resten etter folketall. Bruken av tjenesten er utvilsomt størst blant innbyggere nær tjenesten, men samtidig vil utrykkinger over større avstander kreve mye ressurser. Tjenesten yter også bistand over telefon. Beredskapen er den kostnadsdrivende faktoren for tjenesten, og den må dimensjoneres for å kunne håndtere topper i høytider og ferier.

Arbeidsgruppen mener at **Østre Agder krisesenter** bør vurderes på samme måte og bruksdata her vil være lite hensiktsmessig fordi det er vanlig at brukere flyttes mellom fylker for å oppnå ønsket sikkerhet for beboeren og personale.

Felles spesialisthjemler innenfor fysioterapi foreslås basert på hovedmodellen. Erfaringene fra da en utredet tilbudet var at registrering av bruk, var krevende med manuell optelling av brukere. Det er derfor ikke hensiktsmessig å legge til et brukskriterium for dette tilbudet.

Ehelsekoordinator og **Samhandlingskoordinator** utgjør et samlet fagmiljø for deltakende kommuner og yter ikke tjenester til brukere. Det anbefales derfor å benytte hovedmodellen for finansiering.

Interkommunalt utvalg mot akuttforurensning er en lovpålagt oppgave som kommunene er ansvarlig for å ivareta. Finansiering av ordningen kan baseres på hovedmodellen.

Hovedmodell benyttes for finansiering av:

- Arendal kommunale legevakt
- Østre Agder krisesenter
- Samarbeid om oppfølging av samhandlingsreform
- Felles koordinator for innsats rettet mot Ehelse og velferdsteknologi
- Driftstilskudd til spesialisthjemler innenfor fysioterapi
- Driftstilskudd til interkommunalt utvalg mot akuttforurensning

Hovedmodellen anbefales også for et eventuelt nærings samarbeid og for et utvidet samarbeid om skole dersom det blir aktuelt.

2.2 Alternativ modell

Arbeidsgruppen er opptatt av at den alternative modell skal fange opp de tilfeller der det er rimelig å legge vesentlig vekt på andre faktorer. Da kan en finne tilfeller der både kravet om at tjenesten skal finnes og hensynet til omfang på bruk bør tillegges vekt. I andre tilfeller kan bruk være et hensiktsmessig kriterium for utgiftsfordeling.

Det er arbeidsgruppens oppfatning at medlemskapet i et interkommunalt samarbeid bør betales likt. I noen tilfeller ligger det en likeverdighet i å velge likt nivå for alle.

I andre tilfeller er etableringen av et felles tilbud et felles ansvar, men bruk av tilbudet bør tillegges vekt.

Til sist er det fellesløsninger der ren betaling for bruk av tilbudet er mest hensiktsmessig for å kunne tilpasse en kommunes satsing til kommunens økonomiske forutsetninger og evne til å implementere nye løsninger.

2.2.1 Kontingentmodell

Kontingent er et objektivt kriterium der en ønsker lik sats. Arbeidsgruppen anbefaler at en viderefører kontingentbegrepet slik det er lagt til grunn i vedtektene for samarbeidet knyttet til bidrag pr innbygger begrenset til sekretariatets ledelse. Det ligger ingen særlige fordeler for mindre kommuner i det å ha et felles sekretariat for interkommunalt samarbeid. Dette bør anses som et felles ansvar og bidragene til dette bør være like og basert på et objektivt kriterium.

Arbeidsgruppen er usikker på hvor bredt en skal definere sekretariatet, men har landet på at dette kun skal omfatte sekretariatsledelse.

Samtidig vil arbeidsgruppen peke på at det foreligger en anbefaling fra styret i Østre Agder om videre samarbeid om samfunns- og næringsutvikling. Dette forslaget bygger på en modell med bidrag pr innbygger på linje med kontingentløsningen for sekretariatet. Styret har ønsket at en slik satsing skal være forankret i den evalueringsprosess som pågår i samarbeidet. Derfor avventer styret en behandling av formålsparagrafen for samarbeidet, der et utvidet felles ansvar for samfunns- og næringsutvikling blir et sentralt mål. Under møtene i evalueringsprosessen med kommunestyre og bystyre har behovet for slikt samarbeid blitt sterkt vektlagt ikke minst med henblikk på en stor felles fylkeskommune i Agder.

Arbeidsgruppen anbefaler på tross av det foreliggende saksutkastet at hovedmodell benyttes for samarbeid om næringsutvikling.

Alternativ modell Kontingent benyttes for finansiering av:

- Sekretariat i Østre Agder

2.2.2 Bruksmodell

Arbeidsgruppen legger til grunn at betaling for bruk av en tjeneste kan være en hensiktsmessig løsning når det ikke forutsetter vesentlig ekstra registreringsarbeid. Metoden benyttes i dag innenfor IKT samarbeidet i IKT Agder IKS. Det er også modellen rådmennene foreslår for ny sammenslått IKT-virksomhet.

Bruksmodellen er lagt til grunn for fordeling av utgifter knyttet til felles veilyssmedarbeider. Fordelingsnøkkel er antall lyspunkt i hver av de deltakende kommuner.

Denne betalingsmodellen bør etter arbeidsgruppens vurdering også benyttes for velferdsteknologiske anskaffelser som skal drives i fellesskap. Her bør kommunene betale i forhold til omfang på bruk. Da vil kommunene kunne innarbeide kostnadene i sine budsjetter som del av innføringen av velferdsteknologi. Betaling knyttes til hvilken evne tjenestene i hver kommune har til å ta i bruk de teknologiske mulighetene og til kommunens økonomiske evne til å dekke kostnader knyttet til innføring av ny teknologi.

For driften av krematorium legger Østre Agder til grunn at det er enighet om fordeling av investeringskostnader og tilhørende finansieringsutgifter. Bruk skal dekke alle rene driftsutgifter.

Alternativ modell - betaling etter bruk benyttes for finansiering av:

- IKT tjenester
- Veilyssamarbeid
- Krematorium
- Innføring av velferdsteknologi

2.2.3 Kombinasjonsløsning

Noen interkommunale tjenester kommer i en mellomstilling ved at de både har et klart beredskapselement, men samtidig har betydelige effekter for behovet for å tildele tjenester i egen kommune. Arbeidsgruppen mener at en slik delt modell kan være en særlig aktuell for finansieringsløsning for KØH og for ATV (Alternativ til vold).

I kombinasjonsløsningen anbefaler arbeidsgruppen at Hovedmodell tillegges 60% vekt og bruk av tjenester de resterende 40%. Begrunnelsen for denne vektingen arbeidsgruppen er et ønske om å legge størst vekt på hovedmodell.

Felles KØH i Østre Agder er en særlig kostnadskrevende del av det interkommunale samarbeidet. Bruken er som for legevakt vesentlig høyere for de nærmeste kommunene, enn for de kommuner som ligger lengre unna. Historiske data for bruk av tjenesten avleveres i KOSTRA og egner seg for bruk ved fordeling av kostnader og bidrar etter arbeidsgruppens syn til en mer rettferdig kostnadsfordeling. Samtidig ivaretar tilbudet et beredskapsmessig element. Arbeidsgruppen anbefaler at 40% av utgiftene fordeles etter historisk bruk, der både antall innleggelses og liggetid legges til grunn for fordelingen av utgiftene. Forslaget legger til grunn at pasientantall skal telle 50%, mens antall liggedøgn vektlegges 50% når fordelingen av utgiftene for bruk fordeles mellom kommunene.

I arbeidsgruppen mener flertallet (2) at 10% av kostnadene ved KØH-tilbud dekkes likt mellom kommunene, mens mindretallet (1) mener at en skal ligge på 20%. Det redegjøres for effektene av dette i kap.3

Arbeidsgruppen anbefaler at tilbudet **Alternativ til vold** gjøres til et felles ansvar på linje med andre interkommunale tjenester. Samtidig bør bruk av tilbudet utgjøre et vesentlig element ved fordeling av kostnadene. Det anbefales en modell der 40% fordeles etter bruk to år tidligere.

I arbeidsgruppen mener flertallet (2) at 10% av kostnadene ved ATV dekkes likt mellom kommunene, mens mindretallet (1) mener at en skal ligge på 20%. Resten dekkes etter folketall. Det redegjøres for effektene av dette i kap.3

Kombinert modell hovedmodell og alternativmodell - bruk benyttes for finansiering av:

- ATV (Alternativ til vold)
- Østre Agder KØH

I en kombinasjonsløsning kan ulike begreper legges til grunn for brukerelementet. Det kan være aktuelt for eksempel for grupper av personer barn under 18år for barneverntjenesten i øst, fordeling av utgifter i brannvesen i forhold til ROS-faktorer som påvirker brannvesenets kostnader.

Andre interkommunale virksomheter

Det foregår et omfattende interkommunalt samarbeid utenfor Østre Agders ramme. Arbeidsgruppen mener det er relevant å vurdere om en kan benytte hovedmodell eller alternativ modell for disse. Dette ligger likevel utenfor det arbeidsgruppen kommer med anbefalinger til i notatet.

Etter arbeidsgruppens syn er det ønskelig å søke mot et begrenset antall modeller for finansiering av interkommunalt samarbeid. Dette bør gjelde uavhengig av hvilke felt en samarbeider og hvilke kommuner samarbeidet gjelder. En oversikt over disse tjenestene framgår av tabell 2.

En oversikt over dagens finansieringsløsning for ulike interkommunale samarbeid framgår av vedlegg 1 til notatet. Dagens løsninger preges av et stort mangfold og at de har blitt etablert uten noen vurdering av helhet.

Tabell 3 Interkommunale virksomheter som ikke omfattes av utredningen

Virksomhet	Kommuner
Barneverntjenesten i øst i Agder	5- Østregionen
Barnevernvakten i Arendal	7
Kulturskoletilbud	4- Østregionen
PP-tjeneste	4- Østregionen
AKST(Agder kommunale støttetjeneste)	2 - sør
Etablerersenter	4- sentrum
Skatteoppkrever kontorer	5/2/2
Kommuneoverlege	2
Friluftsrådet Sør	9
Arbeidsgiverkontroll	21

3. Konsekvensvurdering av endret finansieringsmodell

3.1 Hovedmodell – finansieringseffekter

I dette kapittel drøftes effektene ved valg av finansieringsløsninger. Det legges vekt på å redegjøre for effekter som kan lede til vesentlige endringer i sammensetningen av kommuner som ser seg tjent med å benytte tilbudet.

3.1.1 Hovedmodell - Arendal kommunale legevakt

Anbefalt løsning er hovedmodell

Tabell 4 Arendal kommunale legevakt 20% fast

Løsning med 20% fordelt likt og 80% fordelt etter folketall innebærer følgende endring for de deltagende kommuner ikke medregnet prisvekst fra 2017:

Kommune	Sum 2017	Sum ny modell	Endring
Nissedal	388301	813083	424782
Fyresdal	356010	780961	424951
Risør	1862125	1963445	101320
Grimstad	6068051	5286045	-782006
Arendal	11580227	9899540	-1680687
Gjerstad	665467	1031913	366446
Vegårshei	547874	945585	397712
Tvedestrand	1618326	1776737	158411
Froland	1511766	1706471	194705
Åmli	497015	893388	396373

Tabell 5 Arendal kommunale legevakt 10% fast

En løsning med 10% fordelt likt og 90% fordelt etter folketall innebærer følgende endring for de deltagende kommuner ikke medregnet prisvekst fra 2017 til 2019:

Kommune	Sum 2017	Sum ny modell	Endring
Nissedal	388301	601029	212728
Fyresdal	356010	564892	208882
Risør	1862125	1895187	33062
Grimstad	6068051	5633111	-434940
Arendal	11580227	10823292	-756935
Gjerstad	665467	847213	181746
Vegårshei	547874	750094	202220
Tvedestrand	1618326	1685140	66814
Froland	1511766	1606090	94324
Åmli	497015	691372	194357

For den minste kommunene mer enn fordobles bidraget med 20% fordelt likt. Mens 10% gir en vekst i bidraget på tett på 60%. Dette dokumenterer den store utfordringen som ligger i å benytte en for høy del av driftsutgiften fordelt likt med kommuner fra i overkant av 1300 innbygger til den største med mer enn 44500.

Legger en seg her på et mellomtrinn med 15% blir likevel økningen for Fyresdal kommune 90%.

3.1.2 Hovedmodell – Østre Agder krisesenter

Anbefalt modell er hovedmodell. Brukere av krisesenter kan i mange tilfelle komme fra kommuner utenfor fylket av sikkerhetshensyn. Tilbudet har et betydelig element av å ivareta beredskapsfunksjon og er et lovpålagt tilbud for kommunene.

Notatet redegjør for effekten for kommunenes utgifter basert på to nivå for andel som fordeles likt. Dette er som for legevakt etter henholdsvis 10% og 20% likt fordelt.

Tabell 6 Østre Agder krisesenter 20% fast

Løsning med 20% fordelt likt og 80% fordelt etter folketall innebærer følgende endring for de deltakende kommuner ikke medregnet prisvekst fra 2017:

Kommune	Sum 2017	Sum ny modell	Endring
Risør	763404	855418	92014
Grimstad	2487683	2217350	-270333
Arendal	4790503	4123894	-666609
Gjerstad	272818	466410	193592
Vegårshei	224609	428712	204103
Tvedestrand	663456	776012	112556
Froland	619769	741523	121754
Åmli	203758	411868	208110

Tabell 7 Østre Agder krisesenter 10% fast

Løsning med 10% fordelt likt og 90% fordelt etter folketall innebærer følgende endring for de deltakende kommuner ikke medregnet prisvekst fra 2017:

Kommune	Sum 2017	Sum ny modell	Endring
Risør	763404	805689	42285
Grimstad	2487683	2337863	-149820
Arendal	4790503	4482725	-307778
Gjerstad	272818	368054	95236
Vegårshei	224609	325644	101035
Tvedestrand	663456	716358	52902
Froland	619769	677557	57788
Åmli	203758	306695	102937

Selv med laveste nivå vil den minste kommunen oppleve at utgiftene til felles krisesenter vil øke med 50%. Med 20% vil deres utgifter dobles. Det er viktig at ikke deltakerne i våre interkommunale tilbud fristes til å søke løsninger utenfor rammen av regionen.

3.1.3 Hovedmodell – Oppfølging av Samhandlingsreformen

Anbefalt modell er hovedmodell. Tjenesten ivaretar oppfølging av kommunenes samarbeid med Sørlandet sykehus HF og andre utviklings- og forskningsprosjekt innenfor helsesektoren, samt sekretariatsfunksjonen for Helse og omsorgslederforum.

Notatet redegjør for effekten for kommunenes utgifter basert på to nivå for andel som fordeles likt. Dette er som for legevakt etter henholdsvis 10% og 20% likt fordelt.

Tabell 8 Samhandlingsreform 20% fast

Løsning med 20% fordelt likt og 80% fordelt etter folketall innebærer følgende endring for de deltakende kommuner ikke medregnet prisvekst fra 2017:

Kommune	Sum 2017	Sum ny modell	Endring
Risør	103000	114585	11585
Grimstad	324000	297018	-26982
Arendal	650000	552403	-97597
Gjerstad	37000	62476	25476
Vegårshei	30000	57427	27427
Tvedestrand	91000	103948	12948
Froland	81000	99328	18328
Åmli	27000	55170	28170

Tabell 9 Samhandlingsreform 10% fast

Løsning med 10% fordelt likt og 90% fordelt etter folketall innebærer følgende endring for de deltakende kommuner ikke medregnet prisvekst fra 2017:

Kommune	Sum 2017	Sum ny modell	Endring
Risør	103000	107923	4923
Grimstad	324000	313161	-10839
Arendal	650000	600469	-49531
Gjerstad	37000	49302	12302
Vegårshei	30000	43621	13621
Tvedestrand	91000	95957	4957
Froland	81000	90760	9760
Åmli	27000	41082	14082

Endringene for kommunene blir beskjedene enten en velge 10% eller 20% ved å velge hovedmodell for dette samarbeidsfeltet.

3.1.4 Hovedmodell felles Ehelsekoordinator

Med basis i at ordningen først får helårseffekt fra 2018 baseres beregningen på varslet budsjettnivå for dette året.

Notatet redegjør for effekten for kommunenes utgifter basert på to nivå for andel som fordeles likt. Dette er som for legevakt etter henholdsvis 10% og 20% likt fordelt.

Tabell 10 Ehelsekoordinator 20% fast

Løsning med 20% fordelt likt og 80% fordelt etter folketall innebærer følgende endring for de deltakende kommuner ikke medregnet prisvekst fra 2017:

Kommune	Sum 2018	Sum ny modell	Endring
Risør	85000	96412	11412
Grimstad	277000	249911	-27089
Arendal	544000	464792	-79208
Gjerstad	31000	52568	21568
Vegårshei	26000	48319	22319
Tvedestrand	74000	87462	13462
Froland	70000	83575	13575
Åmli	23000	46420	23420

Tabell 11 Ehelsekoordinator 10% fast

Løsning med 10% fordelt likt og 90% fordelt etter folketall innebærer følgende endring for de deltakende kommuner ikke medregnet prisvekst fra 2017:

Kommune	Sum 2018	Sum ny modell	Endring
Risør	85000	90807	5807
Grimstad	277000	263493	-13507
Arendal	544000	505234	-38766
Gjerstad	31000	41482	10482
Vegårshei	26000	36702	10702
Tvedestrand	74000	80739	6739
Froland	70000	76365	6365
Åmli	23000	34567	11567

Ved å legge seg på 20% ender den minste kommunen med en dobling av sitt bidrag. Selv 10% utgjør en økning på 50%.

3.2 Alternativ modell – finansieringseffekter

I dette kapittel drøftes bruk av alternativ modell der arbeidsgruppen mener at denne betalingsformen mest rettferdig fordeler kostnadsbyrden mellom de samarbeidende kommuner.

3.2.1 Kontingent

Arbeidsgruppen anbefaler at prinsippet om kontingent videreføres for felles sekretariat for samarbeidet.

Arbeidsgruppen vil anbefale at samarbeid om nærings- og samfunnsutvikling bør bygge på hovedmodellen, selv om saksforslaget så langt har vært basert på en kontingentmodell. Hvis styret slutter seg til dette må saksframlegget når det gjelder permanent samarbeid på dette felt endres. Effekten av å endre finansieringsmodell til hovedmodell og ikke kontingent vil være som det en har redegjort for i forbindelse med samarbeid om ehelsekoordinator. (tabell 10 og 11)

3.2.2 Kombinasjonsmodell ATV – Alternativ til vold

Anbefalt løsning er hovedmodell og betaling etter historisk bruk. Utredningen anbefaler videre at det interkommunale samarbeidet i Østre Agder påtar seg det lokale medfinansieringsansvaret for tilbudet fullt ut.

Forslaget bygger på en modell med tre element, fellesandel, folketall og bruk av tilbudet to år tidligere. Hovedmodell vektlegges 60% og bruk 40%. I hovedmodellen er effekten av 20% felles og 40% etter folketall, samt 10% felles og 50% etter folketall vurdert.

Tabell 12 ATV – Alternativ til vold 20% fast

Kommune	Sum 2017	Sum ny modell	Endring
Risør	49000	104164	55164
Grimstad	154000	258842	104842
Arendal	952339	603860	-348479
Gjerstad	17000	46096	29096
Vegårshei	14000	54986	40986
Tvedestrand	42000	88131	46131
Froland	38000	86230	48230
Åmli	12000	42447	30447

Halvparten av kostnaden etter 20% fast, mens den andre halvparten dekkes etter bruk.

Tabell 13 ATV – Alternativ til vold 10% fast

Kommune	Sum 2017	Sum ny modell	Endring
Risør	49000	97742	48742
Grimstad	154000	157700	120327
Arendal	952339	649761	-302578
Gjerstad	17000	33531	16531
Vegårshei	14000	41856	27856
Tvedestrand	42000	80488	38488
Froland	38000	78111	40111
Åmli	12000	28971	16971

Halvparten av kostnaden etter 10% fast, mens den andre halvparten dekkes etter bruk.

Selv med et felles nivå på 10% vil effekten bli betydelig, men hovedgrunnen til dette er at hele tilbudet for framtiden vil dekkes felles. Samtidig dempes utslagene ved at bruk tillegges 40% vekt i modellen.

3.2.3 Kombinasjonsmodell Østre Agder KØH

Den interkommunale KØH tjenesten representerer både et beredskapelement og en pleie/omsorgsfunksjon. Arbeidsgruppen har derfor konkludert med at valg av kombinasjonsmodell for tjenesten er hensiktsmessig. Betaling for bruk kan også kanskje bidra til at bruken av et særlig kostnadskrevende tilbud begrenses og tilpasses et lovlig nivå i forhold til lovpålagte tjenester, men med så lite omfang som mulig.

Forslaget bygger på en modell med tre element, fellesandel, folketall og bruk av tilbudet to år tidligere. I henhold til prinsippene for bruk av kombinasjonsmodell tillegges bruk 40% vekt.

Utslagene blir så store at det er vanskelig å innføre omleggingene uten driftsmessige grep. De to første tertial i 2017 var belegget på KØH-tilbudene henholdsvis 56% og 53% for Myratunet og 40% og 51% for Feviktun. En avvikling av tilbudet ved Feviktun, der to senger er lokalisert, ville innebære reduksjon i utgiftene med 3,5 mill.kr. eller mer enn 15% av de totale KØH utgiftene. Det er opp til de ansvarlige for tjenesten å avgjøre om dette er mulig, men en slik omlegging vil bidra vesentlig til å forenkle innføringen av nye økonomimodeller samlet sett for Østre Agder.

Hvis ingen endringer i driftsopplegget (reduksjon på 3,5 mill.kr) er mulig tilrår arbeidsgruppen at gjeldende betalingsmodell etter folketall videreføres inntil videre.

Tabell 14 Østre Agder KØH 20% fast

En kombinasjonsmodell der hovedmodell vektlegges 60% og 40% etter bruk gir følgende effekter.

Med 20% av hovedmodellen fordelt likt og 80% fordelt etter folketall får en følgende effekt ikke medregnet prisvekst fra 2017 – de to siste kolonnene forutsetter et tjenestested for KØH:

Kommune	Sum 2017	Sum ny modell	Endring	Redusert sengetall	Endring redusert tilbud
Risør	1656000	1728183	72183	1457377	-198623
Grimstad	5395000	4302763	-1092237	3628520	-1766480
Arendal	10602000	10660779	58779	8990235	-1611765
Gjerstad	592000	710124	118124	598847	6847
Vegårshei	487000	568515	81515	479428	-7572
Tvedestrand	1439000	1924675	485675	1623079	184079
Froland	1344000	1407517	63517	1186959	-157041
Åmli	442000	510118	68118	430182	-11818
Nissedal	380000	523255	143255	441261	61261

Halvparten av kostnaden etter 20% fast, mens den andre halvparten dekkes etter bruk.

Tabell 15 Østre Agder KØH 10% fast

Med 10% av hovedmodellen fordelt likt og 90% fordelt etter folketall får en følgende effekt ikke medregnet prisvekst fra 2017 – de to siste kolonnene forutsetter et tjenestested for KØH:

Kommune	Sum 2017	Sum ny modell	Endring	Redusert sengetall	Endring redusert tilbud
Risør	1656000	1700081	44081	1415321	-240679
Grimstad	5395000	3944168	-1450832	3776000	-1619000
Arendal	10602000	11749833	1147833	9401053	-1200947
Gjerstad	592000	555534	-36466	503445	-88555
Vegårshei	487000	388341	-98659	379166	-107834
Tvedestrand	1439000	2003306	564306	1570286	131286
Froland	1344000	1319347	-24653	1130097	-213903
Åmli	442000	323117	-118883	326982	-115018
Nissedal	380000	352267	-27733	33427	-46573

Som det framgår av beregningene gir dette meget merkbare endringer i utgiftsfordelingen mellom deltakende parter i KØH. Alle vil oppleve betydelig økonomisk gevinst dersom det felles KØH-tilbudet nedskaleres.

3.2.4 Alternativmodell - bruk

En interkommunal tjeneste for alle åtte kommuner baseres på dette prinsipp. Det er felles tjeneste for veilysanlegg. Forslaget legger til grunn at ordningen videreføres uendret på basis av tallet på lyspunkt i hver kommune.

Kommunene i IKT Agder IKS har en tilsvarende finansieringsordning for betaling for IKT-tjenester. Dette er foreslått videreført for en eventuell felles IKT-tjeneste som skal omfatte alle åtte kommuner og Aust-Agder fylkeskommune. Utredningen anbefaler at finansieringsløsningen for IKT-tjenester ikke endres.

Arbeidsgruppen anbefaler at en vurderer tilsvarende betalingsløsning for framtidige velferdsteknologiske løsninger der innføring og drift velges løst innenfor et interkommunalt samarbeid.

4. Estimering av effekter for medlemskommunene

Arbeidsgruppen har innarbeidet effektene av forslagene i to tabeller. Disse viser henholdsvis 20% og 10% på likt fordelt.

Arbeidsgruppen innarbeider ikke KØH fordi endringer i kapasitet gir så store utslag at det bør en ta opp til vurdering etter en faglig vurdering av de ansvarlige for utøvelsen av tjenesten.

Tabell 16 Samleffekt ved valg av 20% fast (eksklusiv KØH)

20 %	Legevakt	Krisesenter	Samhandling	Ehelse	ATV	SUM
Nissedal	424782	0	0	0	0	424782
Fyresdal	424951	0	0	0	0	424951
Risør	101320	92014	11585	11412	55164	271495
Grimstad	-782006	-270333	-26982	-27089	98444	-1001568
Arendal	-1680687	-666609	-97597	-79208	-329442	-2111673
Gjerstad	366446	193592	25476	21568	25601	690491
Vegårshei	397712	204103	27427	22319	40844	692823
Tvedestrand	158411	112556	12948	13462	43305	343508
Froland	194705	121754	18328	13575	45879	396592
Åmli	396373	208110	28170	23420	27865	686520

Tabell 17 Samleffekt ved valg av 10% fast (eksklusiv KØH)

10 %	Legevakt	Krisesenter	Samhandling	Ehelse	ATV	SUM
Nissedal	212728	0	0	0	0	212728
Fyresdal	208882	0	0	0	0	208882
Risør	33062	42285	4923	5807	47483	134819
Grimstad	-434940	-149820	-10839	-13507	113929	-488779
Arendal	-756935	-307778	-49531	-38766	-283538	-1455588
Gjerstad	181746	95236	12302	10482	13037	316297
Vegårshei	202220	101035	13621	10702	27715	355434
Tvedestrand	66814	52902	4957	6739	35662	169900
Froland	94324	57788	9760	6365	37760	208348
Åmli	194357	102937	14082	11567	14388	339914

Arbeidsgruppen er av den oppfatning at valg av modell vanskeliggjøres av utslagene for en tjeneste og det er KØH. Derfor er en i tvil om en kan benytte kombinasjonsmodellen selv om det ut fra rasjonell bruk av tilbudet hadde vært ønskelig. Dersom dette kan avdempes gjennom å endre strukturen på tilbudet vil en oppnå mye.

Arbeidsgruppen har drøftet om innføring av nye finansieringsmodeller over tid kan bidra til å lette overgangen, men overlater vurderingen av dette til den videre prosess i rådmannsutvalg og styre.

Kostnadsberegning i interkommunale samarbeid

Ved gjennomgang av finansieringsmodeller er det avdekket at så godt som hver ordning har ulike kostnadsvurderinger for fellesutgifter som husleie, regnskapsføring med mer. Dette er svært uheldig og lite forutsigbart for samarbeidet og for kommunene.

Arendal kommune har startet med en kartlegging og vil lage en modell for hvordan vi får allokert riktige kostnader til det enkelte samarbeidet. Østre Agder vil få et eget notat på dette arbeidet og de endringer det kan medføre for de enkelte tjenester. Dette forslaget må drøftes i henhold til vanlige rutiner i samarbeidet før iverksettelse.

Vedlegg 1 Dagens finansieringsløsninger for interkommunale virksomheter

Samarbeid	Type løsning	Konkret finansieringsmodell
Sekretariat	Kontingent	Kontingent basert på bidrag pr innbygger
Samhandlingsreform	Fast beløp	Opprinnelig ble kommunene tilført et beløp over statsbudsjettet. Denne summen ble lagt inn i kommunens rammetildeling. Overføringene fra kommunene er videreført på uforandret nivå.
Ehelse og velferdsteknologi	Innbyggerbidrag	Fra 4.kvartal 2017 finansieres tilbudet med grunnlag i budsjett fordelt etter folketall
Næringsutvikling	Kontingent	Forslag fra styret om kontingent basert på bidrag pr innbygger
Felles skolesatsing	Kontingent	Dekkes av kontingent til sekretariat
Veilysmedarbeider	Betaling pr enhet	Antall lyspunkt i hver kommune avgjør fordelingen av utgiften
IKT-tjenester (IKT Agder IKS)	Betaling pr enhet	Betalingen avgjøres av hvor mange enheter hver enkelt kommune benytter
IKT-tjenester (DDØ)	Kombinasjon -	En felles del og resten innbyggerbasert
Tjenestetilbud innen Ehelse	Ikke avgjort	
Interkommunalt utvalg mot akuttforurensning	Innbyggerbidrag	Kr pr innbygger
Spesialistfunksjoner innen fysioterapi	Innbyggerbidrag	Fordelt etter innbyggertall
KØH (kommunal øyeblikkelig døgnhjelp)	Innbyggerbidrag	Fordelt etter innbyggertall
Arendal kommunale legevakt	Innbyggerbidrag	Fordelt etter innbyggertall
Barnevernet i Øst	Kombinasjon - en fast del og innbygger basert del	10% fordelt likt resten etter antall innbyggere i målgruppen. Overgangsordning i startfasen.
Arendal barnevernsvakt		
Interkommunal arbeidsgiverkontroll	Kombinasjon – Grunnkontingent og forbruk	
Etablerersenter	Innbyggerbidrag?	
AKST		
Friluftsrådet sør	Kontingent	Kr. pr innbygger – statlig grunnfinansiering – fylkeskommunalt bidrag - prosjektstøtte
Felles veterinærvakt	Innbyggerbidrag?	
Felles PPT (4kommuner)		
Felles kulturskole (4kommuner)		

Vedlegg 2 Grunnlagsdata for fordeling av utgifter for KØH

Innleggelse 1.tertial Østre Agder KØH

Myratunet KØH	Innleggelser totalt	Feviktunet KØH	Innleggelser totalt
Arendal	82	Arendal	5
Froland	4	Grimstad	21
Grimstad	11	Risør	1
Nissedal	1	Totalt	27
Risør	8		
Tvedestrand	14		
Vegårshei	1		
Totalt	121		

Liggedøgn 1.tertial Østre Agder KØH

Kommune	Folketall	% av ØA	Liggedøgn KØH	% av ØA
Arendal	43336	46,9 %	391	62,0 %
Grimstad	21594	23,4 %	108	17,1 %
Risør	6848	7,4 %	47	7,4 %
Tvedestrand	6064	6,6 %	62	9,8 %
Froland	5425	5,9 %	16	2,5 %
Gjerstad	2484	2,7 %	0	0,0 %
Vegårshei	1986	2,2 %	4	0,6 %
Åmli	1815	2,0 %	0	0,0 %
Nissedal	1430	1,5 %	3	0,5 %
Fyresdal	1350	1,5 %	0	0,0 %

2. tertial Antall pasienter med liggedøgn over 7 døgn hhv. 5 døgn og antall liggedøgn over 7 hhv. 5 døgn

Myratunet KØH	Ant. pas. totalt	Ant. døgn totalt
Arendal	77	316
Froland	11	44
Gjerstad	4	17
Grimstad	9	26
Nissedal	1	4
Risør	10	39
Tvedestrand	15	67
Tilreisende	5	11
Totalt	132	524

Feviktun KØH	Ant. pas. totalt	Ant. døgn totalt
Arendal	3	6
Grimstad	24	114
Risør	1	1
Tvedestrand	1	4
Tilreisende	1	1
Totalt	30	126

BELEGGSPROSENT			
Lokasjon - tidsrom	Senge døgn kapasitet	Senge døgn brukt	Beleggs prosent
Myratunet tertial 1 - (120 dgr x 8 senger)	960	533	56
Myratunet tertial 2 - (123 dgr x 8 senger)	984	524	53
Myratunet tertial 3 - (122 dgr x 8 senger)	976		0
Myratunet sum 1. + 2. tertial	1944	1057	54
Feviktun tertial 1 - (120 dgr x 2 senger)	240	97	40
Feviktun tertial 2 - (123 dgr x 2 senger)	246	126	51
Feviktun tertial 3 - (122 dgr x 2 senger)	244		
Feviktun sum 1. + 2. tertial	486	223	46