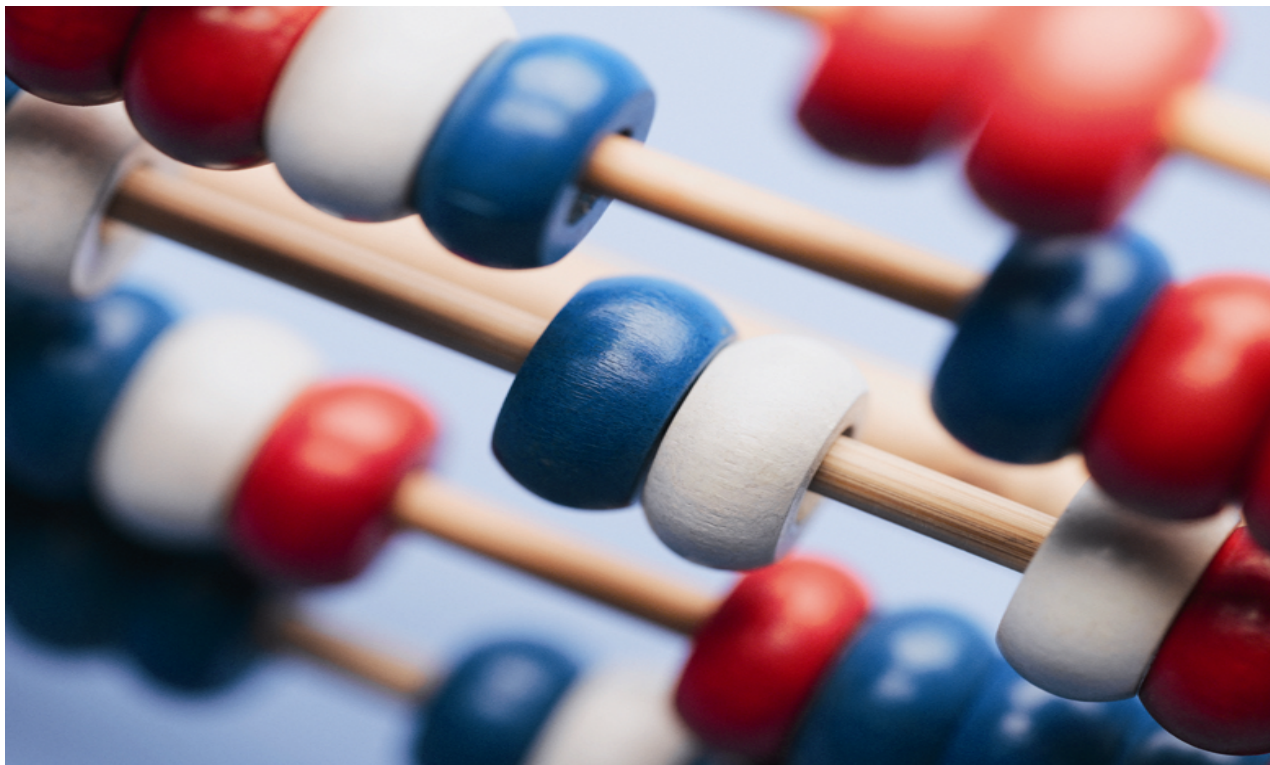


Til
Social- og Integrationsministeriet

Dokumenttype
Rapport

Dato
Maj 2013

SAMFUNDSØKONOMISK ANALYSE AF METODER HJEMLØSESTRATEGIEN



SAMFUNDSØKONOMISK ANALYSE AF METODER HJEMLØSESTRATEGIEN

INDHOLD

1.	Resume	1
2.	Indledning	3
2.1	Analysens opbygning	4
3.	Undersøgelhedsdesign	5
3.1	Design	5
3.2	Indsatsgruppe	8
4.	Effekter af bostøttemetoderne	12
4.1	Udgangspunktet for indsats- og kontrolgruppe i matchåret	12
4.2	Effekter: Situationen året efter opstart af metodeforløb	12
5.	Værdisætning af gevinster og omkostninger	15
5.1	Afgrænsning af effekter og gevinster	15
5.2	Prisfastsættelse af gevinster og omkostninger	15
5.3	Omkostninger til metodeforløb	15
5.4	Fordeling af udgifter ved metodeforløb	18
5.5	Omkostninger til § 85-bøstøtte før Hjemløsestrategien	18
6.	De økonomiske konsekvenser	20
6.1	ICM	21
6.2	Break even overvejelse	22
6.3	CTI	23
6.4	Diskussion	24

BILAG

Bilag 1: Uddybning af undersøgelhedsdesign

Bilag 2: Takster for ophold på § 110-boform og stofmisbrugsbehandling

Bilag 3: Forudsætninger for de samfundsøkonomiske beregninger (priser mv.)

Bilag 4: Afgrænsning til borgere startet op i år 2010

Bilag 5: Bortfaldsanalyse

1. RESUME

Regeringen og partierne bag satspuljen har igangsat en national Hjemløsestrategi med det overordnede mål at nedbringe hjemløsheden i Danmark og afprøve virkningsfulde metoder i arbejdet med hjemløse borgere.

Som en del af Hjemløsestrategien afprøves blandt andre følgende tre evidensbaserede bostøttemetoder:

- Critical Time Intervention (CTI)
- Individual Case Management (ICM).
- Assertive Community Treatment (ACT)

De tre bostøttemetoder henvender sig til forskellige målgrupper blandt hjemløse borgere, men kernen i metoderne er at støtte borgeren i at opnå og fastholde egen bolig. Gennem en individuel tilpasset boligløsning og bostøtte gives borgeren nogle rammer og en støtte, der gør det muligt at fastholde boligen og dermed komme ud af hjemløshed.

Den samfundsøkonomiske analyse er gennemført for CTI og ICM, da datagrundlagets størrelse for ACT på nuværende tidspunkt ikke gør det muligt at gennemføre analysen.

Den samlede evaluering af Hjemløsestrategien dokumenterer, at bostøttemetoderne er i stand til at fastholde borgere i egen bolig. Ligeledes peger en række gennemførte interviews på, at borgerne selv sætter pris på indsatsen. Evalueringen af Hjemløsestrategien viser således, at metoderne både er effektive og at de har en række menneskelige gevinster.

Som en del af den samlede evaluering af Hjemløsestrategien har Social- og Integrationsministeriet igangsat en samfundsøkonomisk analyse af bostøttemetoderne. Formålet med analysen er at belyse, hvorvidt metoderne også økonomisk set er fordelagtige i den forstand, at udgifterne til selve indsatsen opvejes af de samfundsøkonomiske gevinster, som følger af indsatsen.

Den samfundsøkonomiske analyse er baseret på borgernes faktiske udvikling i året efter indsatsen. Borgerne er fulgt gennem nationale registre, og der er anvendt en sammenlignelig kontrolgruppe etableret gennem matching af andre hjemløse borgere, der ikke har deltaget i bostøttemetoderne.

Analysen viser, at CTI allerede er en rentabel investering det første år efter indsatsen. Der kan for CTI forventes en samfundsøkonomisk nettogevinst på kr. 106.000 pr. borger det første år. For kommunen er der et positivt afkast på mellem kr. 19.000 og kr. 35.000 afhængigt af, om metoden implementeres i regi af en § 110-boform (forsorgshjem) eller forankres som § 85-bostøtte i kommunen, idet reglerne for refusion her er forskellige. Gevinsten opnås særligt ved reducerede udgifter til ophold på boformer og lavere medfinansiering af særligt psykiatri. Langt hovedparten af den samlede gevinst (mellem 60 og 75 pct.) tilfalder staten i form af reducerede udgifter til kriminalitet, psykiatri/sundhed og lavere refusion til kommunernes indsatser. For CTI er der endeligt mindre effekter i form af en øget arbejdsmarkedstilknytning og uddannelse.

For ICM viser det samfundsøkonomiske regnestykke et negativt resultat på ca. kr. 34.500 per borger det første år efter indsatsen. Dette skal ses i lyset af, at ICM er væsentligt mere omkostningsfuld end CTI. Hvor et 9-måneders CTI forløb koster kr. 31.000 per borger, er prisen for ICM kr. 113.610 pr. borger for et gennemsnitligt forløb på 1,4 år. I et samfundsøkonomisk perspektiv er ICM en væsentlig dyrere investering, idet ICM typisk er en mere intensiv og længevarende støtte til en mere udsat gruppe. Denne forskel mellem CTI og ICM skal ses på baggrund af, at målgruppen for ICM i udgangspunktet oftest vil være mere udsat og have behov for hjælp og støtte i en længere periode.

Det skal fremhæves, at der også for ICM er bruttogevinster det første år, der særligt stammer fra reducerede udgifter til boformer og psykiatrisk behandling. Gevinsterne er dog ikke så store, at de kan finansiere hele ICM-indsatsen det første år.

I denne registerbaserede analyse kan deltagerne kun følges til året efter indsatsen. Hvis det antages, at effekterne det første år kan fastholdes det andet år, så vil ICM-indsatsen i et samlet samfundsøkonomisk perspektiv have tjent sig selv ind i løbet af det andet år. Det vil sige, at ICM

indsatsen forventes at blive omkostningsneutral for samfundet i det andet år efter indsatsen, hvis det antages, at de positive gevinster fra året efter indsatsen fastholdes det følgende år.

Det skal fremhæves, at dette er en samlet samfundsøkonomisk betragtning. Fordeles nettogevinsterne på stat og kommune viser analysen, at staten faktisk allerede det første år vil opleve en positiv økonomisk nettogevinst ved ICM.

Omvendt vil det tage mere end to år for ICM-indsatsen at blive omkostningsneutral for kommunen. Særligt hvis indsatsen forankres under § 85, hvor kommunen afholder hele udgiften til ICM-indsatsen, vil det formentligt tage en del år, før indsatsen kan forventes at blive omkostningsneutral for kommunen.

2. INDLEDNING

Der bruges i dag væsentlige ressourcer på at støtte hjemløse borgere. Eksempelvis kan det nævnes, at der i 2012 samlet set var 659.285 overnatninger på § 110-boformer for hjemløse borgere¹. Med takster på omkring kr. 500-1.500 for et døgnophold er dimensionerne alene for at drive midlertidige botilbud på flere hundrede millioner kroner. Hertil kommer blandt andet sundhedsudgifter for borgere, der ikke i tilstrækkelig grad udredes og modtager de rette indsatser tidligt, før de sociale og sundhedsmæssige problemer vokser sig store og omkostningstunge – både for den enkelte borger og for samfundet.

Regeringen og partierne bag satspuljen har igangsat en national Hjemløsestrategi. Formålet med Hjemløsestrategien er overordnet at afprøve virkningsfulde metoder i en dansk kontekst i arbejdet med hjemløse borgere samt nedbringe hjemløsheden i Danmark. Der er afsat ca. kr. 500 mio. til programmer, der løber i perioden 2009 - 2013.

Som en del af Hjemløsestrategien gennemføres en række aktiviteter, blandt andet afprøvningen af de tre evidensbaserede bostøttemetoder:

- Individual Case Management (ICM)
- Critical Time Intervention (CTI).
- Assertive Community Treatment (ACT)

Udover bostøttemetoderne afprøves udredningsmetoden Udredning og Plan, Køreplan for God Løsladelse ligesom der er afsat midler til Opsøgende og Kontaktskabende Indsatser. For en uddybende gennemgang af disse metoder henvises til evalueringen af Hjemløsestrategien.

Den samfundsøkonomiske analyse har udelukkende fokus på ICM og CTI ud fra en vurdering af, at de to metoder er centrale for Hjemløsestrategien og at det for disse metoder er muligt at gennemføre en solid samfundsøkonomisk analyse.

ICM består af en case manager, der yder bostøtte i dagligdagen og samtidig støtter op om og er tovholder for borgerens brug af eksisterende sociale og behandlingsmæssige indsatser. ICM levers typisk af et team af case managere, hvor hver borger typisk er tilknyttet en bestemt case manager. ICM er henvendt til borgere, som er i stand til at benytte øvrige sociale og behandlingsmæssige indsatser, men som har brug for betydelig støtte dertil og i en længerevarende periode. ICM-indsatsen er den bostøttemetode, der tegner sig for langt de fleste borgerforløb på tværs af kommunerne i Hjemløsestrategien.

CTI består ligesom ICM af en bostøttemedarbejder, der yder støtte i dagligdagen og samtidig støtter op om og er tovholder for borgerens brug af eksisterende sociale og behandlingsmæssige indsatser. Til forskel fra ICM ydes CTI dog kun i en tidsbegrænset periode på 9 måneder i en kritisk overgangsfase, hvilket, når det gælder hjemløshed, typisk er ved udflytning fra herberg til egen bolig. CTI gives til borgere, der i vid udstrækning har mulighed for at benytte øvrige sociale og behandlingsmæssige indsatser, men som har brug for hjælp hertil i en tidsbegrænset periode, hvorefter borgeren kan overgå til andre indsatser.

Den samfundsøkonomiske analyse af ICM og CTI er gennemført af Rambøll Management Consulting (herefter Rambøll) og forsker Lars Benjaminsen, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd – (herefter SFI) i vinteren 2012/2013 og foråret 2013.

De otte såkaldte aftalekommuner (se nedenfor) under Hjemløsestrategien har alle bidraget værdifuldt til undersøgelsen med at indsamle de relevante data, herunder opgørelser af omkostningerne ved metoderne og bostøtte før Hjemløsestrategien samt borgernes CPR-numre. De otte kommuner har estimeret udgifterne hertil og har alle lagt en væsentlig indsats i at levere data af høj kvalitet til undersøgelsen. Der skal derfor rettes en stor tak til henholdsvis Albertslund, Esbjerg, Frederiksberg, Høje-Taastrup, København, Odense, Randers og Aarhus kommune. Ligeledes skal der rettes stor tak til de ni kommuner i den såkaldte bostøttepulje for at have bidraget med at indsamle CPR-numre. Se hovedevalueringen for en uddybning af Hjemløsestrategien, herunder opdelingen mellem aftalte- og bostøttekommuner.

¹ Ankestyrelsen 2013: *Brugere af boformer efter servicelovens § 110. Årsstatistik 2012*

2.1 **Analysens opbygning**

I **kapitel 3** beskrives undersøgelsesdesignet, herunder en række relevante definitioner og afgrænsninger samt det anvendte datagrundlag.

I **kapitel 4** beskrives effekterne af indsatsen i året efter opstarten af metodeforløbet.

Endelig indeholder **kapitel 5** og **kapitel 6** værdisætningen af effekterne samt selve cost-benefit-analysen i form af henholdsvis opgørelsen af gevinster og omkostninger og det samlede samfundsøkonomiske regnestykke.

Af formidlingshensyn er de detaljerede metodiske beskrivelser placeret i bilag.

3. UNDERSØGELSESDSIGN

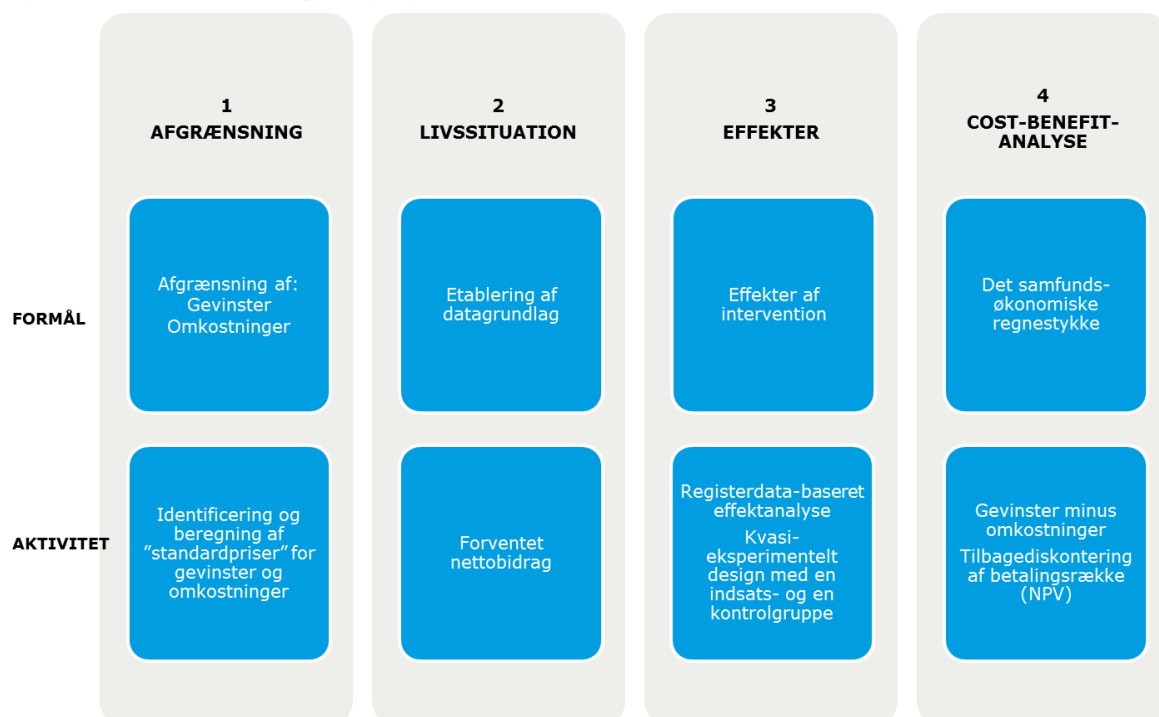
I dette kapitel beskrives det overordnede undersøgelsesdesign for den samfundsøkonomiske analyse, herunder datagrundlag og metode.

Formålet med analysen er at vurdere, hvorvidt bostøttemetoderne økonomisk set er at foretrække frem for den hjælp og støtte, borgerne fik før Hjemløsestrategien. Dette gøres i analysen ved at sammenligne udviklingen for indsatsborgerne med udviklingen for en tilsvarende gruppe hjemløse borgere, før Hjemløsestrategien blev iværksat. Det grundlæggende design er dermed baseret på en kontrolgruppetilgang.

3.1 Design

Indledningsvis illustrerer Figur 3.1, hvordan den samfundsøkonomiske analyse er opbygget. Grundlæggende består analysen af fire trin, der også danner udgangspunkt for strukturen i nærværende rapport. Således vil flere aspekter blive uddybet i de enkelte kapitler – ud over beskrivelserne nedenfor.

Figur 3.1: Overordnet analysetilgang



I den **første** fase foretages en afgrænsning af gevinster og omkostninger, der medtages i analysen. Afgrænsningen er her styret af ønsket om at kunne fordele alle gevinster på de involverede aktører, det vil sige stat, kommune og borgeren selv.

I den **anden** fase etableres datagrundlaget, der bygger på en samkøring af centrale registre med henholdsvis oplysninger om indsatsborgernes CPR-numre og Ankestyrelsens register over brugere af § 110-boformer.

I den **tredje** fase estimeres effekterne i et kvasiexperimentelt design med en kontrolgruppe, mens den **fjerde** og sidste fase indeholder de samfundsøkonomiske beregninger.

Det skal understreges, at det på det foreliggende datagrundlag alene er muligt at foretage en *first year benefit*-analyse. Det vil sige gevinster, der forventes at opstå og/eller fortsætter efter det første år, ikke er medtaget, hvorfor nærværende analyse forventeligt undervurderer den samfundsøkonomiske business case ved indsatsen.

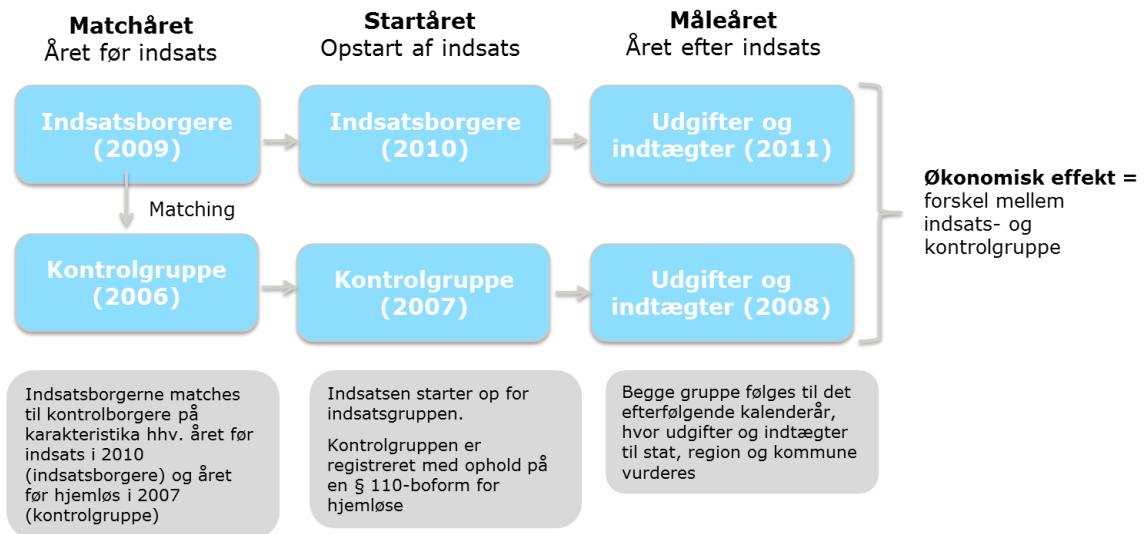
Kvasiexperimentelt design

Analysen anvender et kvasiexperimentelt design for at øge sandsynligheden for, at effekten af bostøtte bliver isoleret fra andre faktorer, der kan påvirke virkningen af støtten, f.eks. hjemløse borgeres socioøkonomiske karakteristika. Med andre ord skal designet sikre, at situationen for de hjemløse borgere, som har fået bostøtte, så vidt muligt sammenlignes med den kontrafaktiske si-

tuation, altså situationen for borgerne, såfremt Hjemløsestrategien ikke var igangsat og borgerne ikke havde modtaget CTI eller ICM.

Figur 3.2 tegner et billede af det kvasiexperimentelle kontrolgruppedesign, samt hvordan effekterne og det samfundsøkonomiske regnestykke opgøres på baggrund heraf.

Figur 3.2: Kvasiexperimentelt design med en kontrolgruppe



Udgangspunktet for analysen er de borgere, der har modtaget støtte efter en af de to udvalgte bostøttemetoder under Hjemløsestrategien i 2010. Disse indsatsborgere er matchet til en kontrolgruppe af hjemløse borgere før Hjemløsestrategien. Kontrolgruppen er identificeret gennem Ankestyrelsens register over brugere af § 110-boformer i 2007. Kontrolgruppen er med andre ord dannet på baggrund af borgere, der har været hjemløse i 2007.

Indsatsborgerne er udelukkende sammenlignet med de brugere af § 110-boformer, der ligner indsatsene i forhold til en lang række variable. Dette er sikret gennem statistisk matching. Matchingen af indsatsborgere til kontrolborgere er foretaget på baggrund af karakteristika i året før indsatsen (for indsatsgruppen) og året før hjemløshed (for kontrolgruppen) for at sikre, at der matches på variable, der ikke er påvirket af selve indsatsen.

Begge grupper er fulgt i registre ét fuldt kalenderår efter startåret. Gennem registre er det vurderet, hvorvidt gruppernes økonomiske situation adskiller sig i relation til de udgifter og indtægter, borgerne har i forhold til stat, region og kommune.

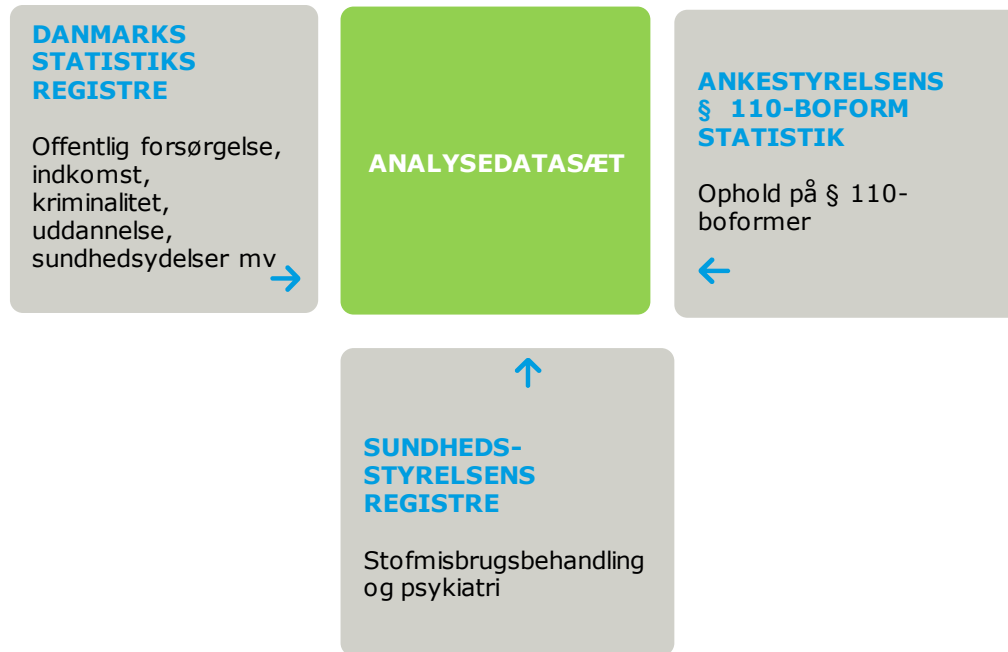
Analysens tidsperspektiv omfatter som nævnt ét fuldt år efter opstart af metodeforløb. Borgerne kan på nuværende tidspunkt ikke følges længere tid, idet Hjemløsestrategiens metodeindsatser er startet op i 2010, samtidig med at det seneste fulde år, hvor der er registeroplysninger, er 2011. Det er således også udelukkende forløb, der er startet i 2010, der indgår i datagrundlaget. Dette skal fremhæves, idet afprøvningen af metoderne har været en proces, der er foregået løbende gennem Hjemløsestrategiens periode, i den forstand at kommunerne løbende er blevet klarere på, hvordan metoderne bedst kan gennemføres lokalt.

Det kan endeligt nævnes som en konkret afgrænsning, at den samfundsøkonomiske analyse udelukkende fokuserer på bostøttemetoderne ICM og CTI. Det har ikke været muligt at foretage en analyse af ACT, da der er startet for få forløb op under denne metode i 2010, til at det er muligt at lave en registerbaseret analyse. Dette skyldes dels, at det er metodisk usikkert at foretage analyser på et datagrundlag på omkring 10 borgere. Dels skyldes det, at Danmarks Statistik ikke tillader analyser på så lille et datagrundlag af hensyn til risikoen for, at enkeltpersoner kan identificeres.

Datagrundlag

Analysen er baseret på registerdata. Der er indhentet data fra Danmarks Statistiks registre, Sundhedsstyrelsens registre samt Ankestyrelsens register over brugere af § 110-boformer, hvilket er illustreret i nedenstående figur.

Figur 3.3: Overordnet struktur på database



Register- og variabelvalget afspejler afgrænsningen af gevinster og omkostninger i analysen, idet indsatserne generelt forventes at føre til:

- Færre overnatninger på midlertidige boformer (særligt § 110-boformer)
- Bedre sundhed – herunder lavere brug af akutte sundhedstilbud og mindre misbrug samt eventuelt mindre behov for psykiatrisk behandling
- Mindre kriminalitet gennem en generel stabilisering af borgerens livssituation og afklaring af forsørgelsesgrundlag.

Konkret indgår der således følgende registre og variable i analysen:

Ankestyrelsens register over § 110-boformer²

- Indskrivningsdøgn på § 110-boformer.

Somatik: Landspatientregistret³

- Antal besøg hos praktiserende læge
- Antal besøg hos speciallæge
- Antal besøg hos vagtlæge
- Antal besøg hos skadestue
- Antal skadestuebesøg
- Ambulante behandlinger
- Indlæggelsesdøgn på somatiske afdelinger.

Psykiatri: Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister⁴

- Indlæggelsesdøgn på psykiatriske afdelinger
- Indlæggelsesdøgn på psykiatriske skadestuer
- Dage i ambulant behandling.

Kriminalitet, Kriminalitetsstatistik⁵

- Afgørelser opdelt efter type.

² Dette register er tilvejebragt af Ankestyrelsen

³ Udtræk fra Landspatientregistret er tilvejebragt af Danmarks Statistik

⁴Mors, O., Perto, G. P. & Mortensen, P. B. (2011) The Danish Psychiatric Central Research Register, Scandinavian Journal of Public Health, 39, 54-57.

⁵ Udtræk om afgørelser er tilvejebragt af Danmarks Statistik

Stofmisbrugsbehandling: Registret over stofmisbrugere i behandling⁶

- Antal døgn i døgnbehandling
- Antal dage i ambulans behandling.

Indkomst og overførelser: Registret over offentligt forsørgede og indkomstregistret⁷

- Lønindkomst
- Førtidspension
- Sygedagpenge
- Kontanthjælp
- Boligydelse- og sikring
- SU.

Gevinster og omkostninger uddybes i afsnit **Error! Reference source not found.Error! Reference source not found.**

Udgiften til selve bostøtten før og efter Hjemløsestrategien er baseret på kommunernes angivelser (udddybes nedenfor).

Det kan nævnes, at der er en række ydelser efter serviceloven, der ikke indgår, da der ikke sker en central registrering af disse ydelser. Det er i en registerbaseret analyse med andre ord ikke muligt at følge borgernes brug af en række sociale ydelser efter serviceloven (eksempelvis § 99-kontaktperson, § 107-boform mv.). Konsekvensen af dette er formentligt, at analysen giver et konservativt skøn, idet besparelser som følge af et relativt lavere træk på disse ydelser ikke medtages.

Af ydelser efter serviceloven er medtaget ophold på § 110-boformer samt bostøtte i form af metodeindsatserne og § 85-bostøtte før Hjemløsestrategien.

Databehandlingen ved registeranalysen er gennemført af SFI. Datasættet er etableret på Danmarks Statistiks forskermaskiner og er underlagt gældende lovgivning om beskyttelse af personfølsomme oplysninger.

3.2 Indsatsgruppe

Indsatsgruppen er de borgere, som effekten af bostøtten vurderes for. Indsatsgruppen er etableret ved, at alle de involverede kommuner har indsendt CPR-numre på borgerne, der har modtaget bostøtteindsatser. Disse CPR-numre er siden koblet til registeroplysninger.

Indsatsgruppen fastsættes til de borgere, der har modtaget en af de to bostøttemetoder i 2010.

Der tages udelukkende udgangspunkt i borgere, der er startet i år 2010. Dette skyldes ønsket at kunne følge borgerne over tid. Da de seneste tilgængelige registeroplysninger ved analysens gennemførelse er for 2011, kan der kun indgå borgere, der er startet op i 2010. Det er dermed ikke muligt at følge borgere, der er startet i et forløb i 2011 og 2012 i registre på nuværende tidspunkt. En analyse gengivet på Bilag 4 viser, at borgerne, der startet op i 2010 ikke lader til at adskille sig fra de øvrige borgere i relation til udvikling i boligsituation.

Nedenstående tabel viser antallet af forløb, der er startet op i 2010, fra Rambøll Results, antallet af modtagne CPR-numre på borgere, der er startet op i 2010 samt antallet af borgere, der kan indgå i analyserne. Antallet af borgere, der kan indgå i analyserne, kan være mindre end antallet af CPR-numre, såfremt det ikke er muligt at matche borgeren til en kontrolperson eller såfremt vedkommende ikke findes i registrene.

⁶ Registret over stofmisbrugere i behandling er tilvejebragt af Sundhedsstyrelsen.

⁷ Indkomststatistik er tilvejebragt af Danmarks Statistik

Tabel 3.1: Antal forløb, CPR-numre og borgere i analysen

	Antal forløb registreret i Rambøll Results	Antal modtagne CPR-numre	Antal borgere, i analyse
ICM*	323	296	94
CTI	77	66	47

*For ICM er antal forløb i Rambøll Results og antal cpr-numre inkl. borgere under 30 år. Dette er ikke tilfældet for antal borgere i analysen, der alene inkluderer borgere over 30 år, jf. nedenstående afsnit.

For indsatsborgerne defineres tre forskellige tidspunkter, der er vigtige i matchingen og analysen:

Tabel 3.2: Definition af matchår, startår og måleår for indsatsgruppe

År	Definition	År
Matchåret	Året før opstart af bostøtte	2009
Startåret	Det år hvor bostøtten starter op	2010
Måleåret	Det første fulde år hvor indsatsens effekter kan identificeres i registre	2011

For borgere, der starter op i for eksempel et ICM-forløb i august 2010, vil 2009 være matchåret for borgeren. År 2009 vil være udgangspunktet for den matching til en kontrolborger, der foretages. Startåret for borgeren vil være 2010, idet borgeren i dette år starter bostøtteforløbet op. Måleåret vil være år 2011, idet dette er det første fulde år efter opstart, hvor indsatsens samfundsøkonomiske effekter vil kunne opgøres på baggrund af registre.

For både ICM og CTI afgrænses indsatsgruppen til borgere, der enten i startåret (2010) eller året før (2009) har haft ophold på en § 110-boform. Dette sker for at sikre sammenligneligheden med kontrolgruppen, der er dannet ud fra borgere der har haft ophold på en §110 boform i 2007, og som har samme profil som indsatsgruppen på en række øvrige variabler. Bortfaldet ved dannelsen af indsatsgruppen analyseres nærmere i bilag 5.

Analysen af ICM afgrænses til at inkludere borgere over 30 år

Analysen af ICM afgrænses til at inkludere borgere over 30 år, da de gennemførte interviews peger på, at man i flere kommuner har givet ICM-støtte til unge, der har ophold på særlige ungepladser oprettet efter § 110. Dette giver anledning til, at den samlede ICM-gruppe har et højt antal ophold på § 110-pladser, hvilket udelukkende skyldes det forhold, at selve ICM-indsatsen i de pågældende kommuner gives i forbindelse med ophold på en boform oprettet efter § 110 og ikke at borgeren er i en hjemløsesituation, hvor borgeren ikke får støtte.

Individokumentationen understøtter dette billede, idet andelen, der har egen bolig ved den seneste indberetning, er lavere for borgere under 30 år end borgere over 30 år. For de 18-29 årige har 68 pct. en bolig ved den seneste indberetning, mens det er 82 pct. af borgerne på 30 år og derover, der har egen bolig.

Interviewene peger på, at det særligt er i Esbjerg og i Aarhus, at man har benyttet ICM i forbindelse med støtte til unge, der har ophold på en boform drevet efter § 110. Hertil kan det nævnes, at Esbjerg og Aarhus leverer hovedparten af CPR-numre for borgerne til ICM. Hertil har Frederiksberg Kommune også oprettet særlige lejligheder efter § 110 til borgere mellem 18 og 24 år, som alle modtager ICM-støtte.

Analysen af ICM afgrænses derfor til udelukkende at basere sig på borgere, der er over 30 år.

Kontrolgruppe

Formålet med kontrolgruppen er at have et sammenligningsgrundlag i vurderingen af de samfundsøkonomiske effekter af bostøtteindsatserne.

Kontrolgruppen er identificeret ud fra Ankestyrelsens CPR-baserede register over borgere med ophold på en § 110-boform i 2007. Disse borgere følges frem til året 2008 med henblik på at vurdere, hvorvidt de oplever en anden udvikling end indsatsgruppen.

Som for indsatsborgerne defineres der et matchår, et startår og et måleår. Disse er præsenterede i nedenstående tabel.

Tablet 3.3: Definition af matchår, startår og måleår for kontrolgruppe

År	Definition	År
Matchåret	Året før opholdet på § 110-boform i 2007	2006
Startåret	Det år borgeren identificeres som hjemløs gennem ophold på en § 110-boform	2007
Måleåret	Året efter ophold på § 110-boform	2008

Den specifikke kontrolgruppe for den enkelte metode fastlægges gennem såkaldt propensity score matching, hvor det sikres, at kontrolgruppen i udgangspunktet i 2007 er identisk med indsatsgruppen i 2010 på en lang række variable.

Der dannes en kontrolgruppe for hver metode, idet metoderne har lidt forskellige målgrupper. Dermed skal metoderne også have lidt forskellige kontrolgrupper for at sikre, at kontrolgruppen er sammenlignelig med borgerne, der modtager indsatsen.

Matchingen

For at sikre at indsatsborgerne og kontrolgruppen er sammenlignelig foretages der en statistisk matching (for en nærmere beskrivelse af denne metode henvises til Bilag 1).

Der matches som udgangspunkt på følgende variable, hvilket sikrer, at indsatsgruppen og kontrolgruppen er sammenlignelig i forhold til disse dimensioner:

- Køn
- Alder (grupperet)
- Dummy for at være i beskæftigelse (defineret som havende en lønindkomst) i matchåret
- Dummy for at være i beskæftigelse (defineret som havende en lønindkomst) i matchåret eller på et tidspunkt i løbet af de 2 foregående år
- Dummy for at værende hjemmehørende i Esbjerg eller Aarhus kommune
- Dage på boform
- Dage på boform, kvadreret
- Antal hjemløseperioder
- Somatisk indlæggelses-dummy
- Antal somatiske indlæggelsesdage
- Antal somatiske indlæggelsesdage, kvadreret
- Misbrugsindskrivelses-dummy
- Antal dage i misbrugsbehandling
- Antal dage i misbrugsbehandling, kvadreret
- Psykiatrisk indskrivelses-dummy
- Antal psykiatriske indlæggelsesdage
- Antal psykiatriske indlæggelsesdage, kvadreret
- Interaktion mellem Antal psykiatriske indlæggelsesdage og Antal dage i misbrugsbehandling, begge i matchåret
- Interaktion mellem Antal psykiatriske indlæggelsesdage og Misbrugsindskrivelses-dummy, begge i matchåret
- Interaktion mellem Psykiatrisk indskrivelses-dummy og Antal dage i misbrugsbehandling, begge i matchåret
- Interaktion mellem Psykiatrisk indskrivelses-dummy og Misbrugsindskrivelses-dummy, begge i matchåret
- Lønindkomst
- Førtidspension
- Dummy for førtidspension
- Dummy for ubetinget straf
- Antal dages ubetinget straf
- Antal dages ubetinget straf, kvadreret.

Kun variable, der som udgangspunkt er signifikante, hvor der i matchåret er signifikant forskel på de to grupper, er medtaget i den endelige matching-model.

Matchingen af indsatsborgere til kontrolborgere er foretaget på baggrund af karakteristika i året før indsatsen (for indsatsgruppen) for at sikre, at der matches på variable, der ikke er påvirket af selve indsatsen.

I afsnit 4.1 diskuteres, i hvilken grad det er lykkedes gennem matchingen at skabe en kontrolgruppe, der er sammenlignelig med borgerne, der har modtaget indsatser under Hjemløsestrategien.

4. EFFEKTER AF BOSTØTTEMETODERNE

I dette kapitel sættes fokus på effekterne af bostøttemetoderne i relation til den række af regi-
stervariable, der indgår i undersøgelsen. Først præsenteres henholdsvis indsatsgruppens og kon-
trolgruppens udgangspunkt i relation til de forskellige variable, der kontrolleres for, før effektmå-
lene beregnes. Dernæst præsenteres, hvordan situationen udvikler sig for begge grupper året ef-
ter indsatsen med henblik på at identificere effekten af metoderne.

4.1 Udgangspunktet for indsats- og kontrolgruppe i matchåret

Nedenstående tabel viser indsats- og kontrolgruppens gennemsnitlige situation på den række af
variable, der indgår i analysen. Både gennemsnittet før og efter matchingen er inkluderet for at
illustrere, hvordan matchingen formår at etablere to relativt ens grupper som udgangspunkt for
effektberegningerne. Alene signifikante variable er medtaget i oversigten. Med dette menes vari-
able, hvor der i matchåret har været signifikant forskel på de to grupper, og som det derfor har
været nødvendigt at kontrollere for, før effektmålene beregnes.

Tabel 4.1: Indsats- og kontrolgrupperne i matchåret

Variabel		CTI		ICM	
		Indsats	Kontrol	Indsats	Kontrol
Dage på § 110-boform	Før match	104	62	118	63
	Efter match	106	108	118	122
Andel i misbrugsbehandling	Før match	2,1%	19,1%	29,8%	17,1%
	Efter match	2,1%	2,1%	29,8%	31,9%
Andel førtidspension	Før match	14,6%	29,9%	-	-
	Efter match	14,9%	13,2%	-	-
Førtidspensions indkomst	Før match	-	-	68.803	48.285
	Efter match	-	-	68.803	62.087
Andel i Esbjerg eller Aarhus kommune	Før match	41,5%	11,4%	31,3%	11,4%
	Efter match	31,9%	31,1%	41,5%	40,6%
Lønindkomst	Før match	21.785	38.871	-	-
	Efter match	19.641	39.539	-	-
Antal somatiske indlæggelsesdage	Før match	-	-	93	71
	Efter match	-	-	93	95

Note: "-" betyder, at der ikke er matchet på variabelen. Kun variable, hvor der ikke har været signifikant for-
skel på de to grupper i udgangssituationen, er medtaget.

Tabellen viser, at grupperne efter matchingen stort set er identiske, hvilket netop er formålet
med selve matchingen. Som det fremgår, er der en forskel på gruppernes lønindkomst, også ef-
ter matchingen. Denne forskel er dog ikke statistisk signifikant.

4.2 Effekter: Situationen året efter opstart af metodeforløb

Nedenstående tabel viser situationen året efter opstart af metodeforløbet. Ved at sammenligne
situationen for henholdsvis indsats- og kontrolgruppen kan det vurderes, hvorvidt indsatsborger-
ne har en bedre situation sammenlignet med kontrolgruppen. Og dermed om indsatsen synes at
føre til de forventede effekter. Netop forskellen mellem indsats- og kontrolgruppen i tabellen ind-
går som konsekvenser af indsatsen i de samfundsøkonomiske beregninger.

Tabel 4.2: Situationen året efter opstart (effekter)

Variabel	CTI		ICM	
	Kontrolgruppe	Indsatsgruppe	Kontrolgruppe	Indsatsgruppe
Beskæftigelse				
Lønindkomst (2012-priser)	30.535	31.984	25.024	13.863
Kriminalitet				
Færdselslove og andre særlove (antal domme)	0,03	0,09	0,04	0,02
Indbrud, tyveri, og hærværk (antal domme)	0,26	0,04	0,18	0,23
Vold og sædelighedsforbrydelser (antal domme)	0,17	0,09	0,15	0,12
Frihedsberøvelse (antal domme)	0,08	0,00	0,10	0,09
Frihedsberøvelse (strafængde - dage)	13	0	47	14
Overførsler				
Sygedagpenge (2012-priser)	2.925	837	3.435	4.802
Boligyldelse og -sikring (2012-priser)	3.998	5.898	7.524	10.817
Førtidspension og ledighedsydelse (2012-priser)	41.633	34.814	87.038	107.129
Kontanthjælp (2012-priser)	37.352	47.140	31.472	31.527
SU (2012-priser)	453	2.262	46	
Sundhed				
Honorar til læger, (2012-priser)	1.884	1.802	2.275	2.549
Antal indlæggelsesdage (somatiske)	9	7	7	5
Antal ambulante kontakter	0,90	1,98	0,89	1,78
Misbrug				
Antal døgn i misbrugsbehandling	2	0	4	5
Antal dage i misbrugsbehandling (ambulant)	34	13	36	39
Psykiske lidelser				
Psykiatriske heldøgn	3	0	17	16
Ambulante behandlinger	43	6	104	84
Boformer				
Antal døgn på § 110 boformer	81	49	92	57

Tabellen viser, at indsatsgrupperne på nogle områder synes at klare sig relativt bedre året efter indsatsen end kontrolgrupperne. Således er blandt andet omfanget af behandling af psykiske lidelser og misbrugsbehandling relativt mindre i indsatsgrupperne, hvilket også gælder for antal overnatninger på § 110-boformer samt sygedagpengeudgifter. For CTI-indsatsgruppen synes kriminaliteten ligeledes at være relativt mindre året efter indsatsen, idet der ses bort fra færdselslovsovertrædelser.

Disse positive effekter kan ses som udtryk for, at borgerne i forlængelse af bostøtteforløbet har modtaget den hjælp og støtte, der er behov for, og at borgerne i det følgende år efter indsatsen oplever en stabilisering af deres situation.

Det fremhæves af de deltagende kommuner, at det dog ikke nødvendigvis er en ubetinget succes, at målgruppen modtager mindre psykiatrisk behandling eller misbrugsbehandling. En del af bostøtteindsatsen kan således også handle om at motivere til behandling eller medvirke til, at borgeren udredes. Hertil skal det dog også bemærkes, at ovenstående tabel viser situationen året efter indsatsen og således ikke situationen i året, hvor borgeren starter med at modtage bostøtte.

Tabellen viser, at der også er faktorer, hvor indsatsgrupperne ikke synes at klare sig bedre end kontrolgrupperne året efter indsatsen. Dette gælder blandt andet antallet af ambulante kontakter på sygehuse samt en række overførselsindkomster og indkomsterstøttende ydelser.

Det skal dog bemærkes, at en stigning i f.eks. kontanthjælpsudgifterne samt boligydelse og -sikring for målgruppen (tidligere hjemløse borgere) kan opfattes som positivt, idet dette er udtryk for en stabilisering af deres livssituation. I forlængelse heraf er det positivt, at udgifterne til SU er relativt større i indsatsgrupperne end i kontrolgrupperne, idet uddannelse på længere sigt øger sandsynligheden for en stabil arbejdstilknytning. I forhold til SU kan det specifikt bemærkes, at ingen indsatsborgere i ICM har modtaget denne ydelse, hvilket skal ses i lyset af, at denne målgruppe er afgrænset til borgere over 30 år.

Selvom overførsler i et kortsigtet samfundsøkonomisk regnestykke, som i nærværende rapport, reducerer den samfundsøkonomiske gevinst, så kan det altså være udtryk for en stabilisering af

indsatsborgernes livssituation, der på længere sigt kan vise sig at føre til en positiv samfundsøkonomisk gevinst.

Endeligt kan flere ambulante kontakter til sundhedsvæsenet også være udtryk for, at borgerens situation stabiliseres. En kommune fremhæver således, at det er deres indtryk, at mange hjemløse borgere ofte ikke har overskud til at benytte praktiserende læger og ambulante tilbud og at lidelserne derfor også vil have en meget akut karakter ved kontakt til sundhedssystemet. Når hverdagen derimod er mere stabiliseret, kan der opbygges overskud til at fokusere på andre forhold end akutte helbredsmæssige forhold.

5. VÆRDISÆTNING AF GEVINSTER OG OMKOSTNINGER

I ovenstående kapitel blev de forventede samfundsøkonomiske konsekvenser (effekter) af indsatsen belyst. Heraf var kun enkelte effekter defineret i monetære termer (kroner). I dette kapitel beskrives derfor, hvordan effekterne af indsatsen er værdisat. Endvidere uddybes omkostningsberegningerne til metodeforløbene.

5.1 Afgrænsning af effekter og gevinster

Prisfastsættelsen af effekter og afgrænsningen heraf er en central del af den samfundsøkonomiske analyse.

Et illustrativt eksempel omhandler de samfundsøkonomiske konsekvenser af reduceret kriminalitet. Reduceret kriminalitet kan føre til direkte gevinster for samfundet i form af eksempelvis reducerede udgifter i forbindelse med opklaring, domsfældelse og afsoning. Men der vil også være indirekte gevinster for samfundet i form af et mere trygt samfund. Herudover vil en reduceret kriminalitet formentlig også indvirke positivt på borgerens eventuelle børn og deres livsbane.

I denne analyse er effekterne af indsatsen afgrænset til effekterne for målgruppen, det vil sige de målbare udgifter og gevinster, der er relateret direkte til den enkelte borger. Denne afgrænsning er valgt, da fokus er på afkastet af investeringen for det offentlige og for borgeren. Dette betyder omvendt, at resultatet af analysen formentlig er udtryk for konservative skøn over værdien af metoderne, idet de faktiske økonomiske besparelser vil være højere, hvis værdien af afledte effekter for det bredere samfund og fremtidige udgifter og indtægter også blev medtaget.

Herudover kan der være gevinster i form af livskvalitet for indsatsborgeren og eventuelle pårørende, som ikke er inkluderet i det samfundsøkonomiske regnestykke. Dette gælder for så vidt også for de afledte effekter af blandt andet reduceret kriminalitet i samfundet, hvor et relativt mere "trygt" samfund med færre ofre kan have en værdi.

5.2 Prisfastsættelse af gevinster og omkostninger

Prisfastsættelsen sker ud fra en række forskellige kilder, alt afhængigt af hvilke ydelser der er tale om.

Nogle ydelser kan prisfastsættes med udgangspunkt i registre. Dette gælder sundhedsydelser og psykiatri, der fastsættes ved hjælp af DRG-takster. Herudover kan størrelsen af udbetalt kon-tanthjælp og anden forsørgelse også direkte vurderes ud fra registre, ligesom omfanget af løn-indtægter og deraf følgende skatteindtægter etableres direkte fra registre.

For andre ydelser trækkes på standardpriser oparbejdet i den samfundsøkonomiske analyse af programmer for børn og unge. Dette gælder prisen for forskellige typer af kriminalitet, eksempelvis voldskriminalitet.

Priser for brug af boformer og misbrugsbehandling tager udgangspunkt i gennemsnitlige priser på § 110-boformer indhentet gennem Tilbudsportalen.

Omkostningerne til selve metodeforløbene under Hjemløsestrategien samt bostøtte før Hjemløsestrategien oparbejdes med hjælp fra de deltagene aftalekommuner i Hjemløsestrategien (ud-dybes nedenfor).

Der skal i analysen tages højde for, at indsatsgruppen i 2011 sammenlignes med kontrolgruppen i 2008. Dette gøres ved, at udgifter til § 110-boformer, misbrugsbehandling og kriminalitet antages at være ens på de to tidspunkter. Der bruges med andre ord de samme priser for eksempelvis en overnatning på en § 110-boform i 2008 og i 2011, således at de økonomiske forskelle mellem grupperne ikke drives af eventuelle ændringer i omkostningerne ved at drive § 110-boformer. For sundhedstakster, overførsler og indkomster korrigeres alle udgifter og indtægter for prisudvikling.

5.3 Omkostninger til metodeforløb

Omkostninger til metodeforløb estimeres på baggrund af to forskellige tilgange, der begge baserer sig på, at de otte involverede aftalekommuner i Hjemløsestrategien opgør udgifter til metodeforløbene.

Den første tilgang er baseret på regnskabstal. Her bedes kommunerne angive de samlede årlige lønudgifter til medarbejderne i forhold til antallet af borgere i indsatsgruppen i løbet af et år. På den måde findes et bud på den gennemsnitlige pris for et forløb. Den anden tilgang består af, at de involverede medarbejdere skønner, hvor meget tid de bruger på bostøtte, sagsbehandling, koordination mv. Her bedes kommunernes projektledere sammen med medarbejderne forsøge at sætte tid på omfanget af støtten til borgeren, opdelt på eksempelvis antal besøg hos borgeren, tiden pr. besøg og omfanget af koordination mv. i forbindelse med borgeren. På baggrund af disse tidsestimater udregnes et samlet tidsforbrug pr. forløb, der prissættes ved hjælp af gennemsnitlige timepriser for de involverede medarbejdere.

Etableringen af omkostningerne er i praksis foregået ved, at Rambøll har haft en dialog med de otte aftalekommuner om, hvordan det vil være muligt at opgøre omkostningerne på en retvisende måde. Herefter har Rambøll udarbejdet et fortrykt skema til henholdsvis regnskabstal og estimater på tidsforbrug, som de otte kommuner har udfyldt. Alle kommuner har på den måde opgivet de samme former for opgørelser, hvilket gør det muligt at finde et gennemsnit på tværs af kommunerne.

Nedenstående tabel viser de gennemsnitlige udgifter til hver af de tre bostøttemetoder. Der vises her også priser på ACT, selvom ACT ikke indgår i analysen. Der vises priser på ACT med henblik på at vurdere størrelsesordenen af de forskellige typer af indsatser under Hjemløsestrategien. Alle priser er inklusive 20 pct. overhead og angivet i 2012-priser. For ICM og ACT er prisen opgjort som prisen pr. år, idet disse forløb kan have forskellig længde. Da CTI er tidsafgrænset til 9 måneder dækker prisen for CTI et forløb på 9 måneder.

Table 5.1: Udgifter forbundet med metoderne

Tilgang	ACT (pris pr. forløb pr. år)	ICM (pris pr. forløb pr. år)	CTI (pris for forløb på 9 mdr.)
Baseret på regnskabstal	124.200	81.900	32.100
Baseret på tidsforbrug	109.200	81.400	29.900
Gennemsnit	116.700	81.150	31.000

Note: Beløbe er i 2012-priser og inkl. 20 pct. overhead

ACT er baseret på tal fra 1 kommune

ICM er baseret på tal fra 6 kommuner

CTI er baseret på tal fra 4 kommuner.

Som det fremgår af tabellen, er den samlede gennemsnitlige pris kr. 116.700 pr. år for et ACT-forløb, kr. 81.150 pr. år for et ICM-forløb og kr. 31.000 for et 9-måneders CTI-forløb (svarende til kr. 41.300 pr. år for sammenlignelighed). ACT-indsatsen er den mest omkostningsfulde, hvilket stemmer overens med, at ACT er den mest intensive bostøtte til de mest udsatte borgere. Heroverfor er CTI den mindst omkostningsfulde, hvilket ligger i forlængelse af, at dette er en metode, der er tiltænkt en målgruppe, der efter et forløb på 9 måneder burde kunne klare sig i egen bolig.

Det kan nævnes, at der for CTI kun indregnes udgiften til det 9-måneders CTI-forløb. Udgifter til eventuel yderligere bostøtte udover de 9 måneder er ikke inkluderet. Individdokumentationen viser her, at 18 pct. af borgerne vurderes at have behov for en anden form for bostøtte efter CTI-forløbet. Det er dog på baggrund af dokumentationen ikke muligt at vurdere, hvilken form for bostøtte de modtager eller om de faktisk modtager bostøtte. En af de interviewede medarbejdere vurderede, at ca. halvdelen af borgerne efter CTI-forløbet har behov for yderligere støtte.

Det er vigtigt at fremhæve, at denne yderligere støtte ikke skal indregnes som en omkostning for CTI-borgerne, såfremt støtten er en del af den normale hjælp og støtte, borgerne kan få, eksempelvis SKP, hjemmevejleder eller hjemmehjælp. Disse tilbud er nemlig også i udgangspunktet tilgængelige for kontrolgruppen og er dermed en del af de normale offentlige hjælpetilbud. Omkostningen til CTI-forløbet handler udelukkende om den *yderligere* støtte, som indsatsborgerne har modtaget i forhold til kontrolgruppen.

Tabellen viser, at de to tilgange til estimering af omkostningerne giver forholdsvis ens resultater for ICM og CTI. For ACT er der en forskel mellem regnskabsmetoden og tallet baseret på medarbejdernes vurdering af tidsforbrug. Københavns Kommune, der har leveret tallene, fremhæver, at regnskabstallene her er størst, idet man har haft en u hensigtsmæssig organisering af indsatsen enkelte steder, hvor bostøtten er blevet udliciteret i forbindelse med kategoriboliger. Den ud-

liciterede støtte har nogle steder haft underkapacitet i forhold til de afsatte midler, hvilket giver en højere pris pr. forløb. Denne model er man nu gået væk fra.

Det skal bemærkes, at der er variation mellem kommunerne i forhold til omkostningerne ved ICM og CTI. Eksempelvis varierer den regnskabsbaserede pris for ICM mellem kr. 62.700 og kr. 97.300 pr. år, mens prisen baseret på tidsforbrug varierer mellem kr. 69.100 og kr. 97.000 pr. år mellem kommunerne. De regnskabsbaserede omkostninger til CTI varierer på tilsvarende måde mellem kr. 19.000 og kr. 42.200 pr. år og mellem kr. 14.900 og kr. 45.900 pr. år baseret på tidsforbrug. Denne variation er forventelig, idet man i kommunerne afprøver metoderne på forskellige måder og benytter metoderne over for lidt forskellige målgrupper. Forskellene udmønter sig konkret i en forskellig intensitet i forløbene, eksempelvis i forhold til hvor ofte borgeren besøges og hvor længe besøg hos borgeren varer, hvilket netop kan være udtryk for målgruppeforskelle.

Endelig skal det fremhæves, at der internt i den enkelte kommune kan være betragtelige forskelle mellem forskellige typer af forløb. Eksempelvis varierer omkostningerne baseret på tidsforbrug i en kommune mellem ca. kr. 30.000 og ca. kr. 115.000 pr. år. mellem de letteste og de tungeste ICM-forløb. De mest intensive ICM-forløb i kommunen er dermed knap fire gange så omkostningsfulde som de mindst intensive forløb. Det skal derfor understreges, at ovenstående tal er gennemsnitstal.

Den store variation i omkostningen til de enkelte forløb må også ses som et udtryk for målgruppeforskelle i den forstand, at der kan være stor forskel på, hvor meget støtte den enkelte borger har behov for. Dette ligger i tråd med selve metoderne og Housing First-tilgangen, der understreger, at borgeren skal have en individuelt tilpasset boligløsning og bostøtte.

Nedenstående tabel viser den gennemsnitlige længde på et metodeforløb, som angivet af kommunerne. Dette er en vigtig forudsætning i den samfundsøkonomiske analyse, idet omkostningen til metodeforløbet er afhængig af, hvor lang tid støtten ydes.

Tabel 5.2: Længde på metodeforløb

Metode	Længde i år
ICM	1,4
CTI	0,75 (9 mdr.)
ACT	-

Længden af et ICM-forløb er i gennemsnit 1,4 år på tværs af kommunerne. Det skal i den forbindelse nævnes, at nogle kommuner har haft vanskeligt ved at estimere den præcise længde af forløbene, idet nogle forløb igangsat under Hjemløsestrategien stadig er i gang. Hertil kan det fremhæves, at kommunerne kan have forskellige opfattelser af, hvornår et forløb starter.

En enkelt kommune angiver, at ICM-forløb for nogle borgere kan være livsvarige. Dette er ikke medtaget i ovenstående gennemsnit, idet en længde på f.eks. 30 år må betragtes som et usikkert skøn på nuværende tidspunkt, idet både borgernes situation og kommunens rammer for at yde hjælp kan ændre sig over en 30-årig periode. Hertil skal det nævnes specifikt i forhold til denne samfundsøkonomiske analyse, at borgerne maksimalt kan have modtaget støtte i op til 2 år. Dette skyldes, at bostøtten for indsatsborgerne er startet op i løbet af 2010, og at borgerne følges i registre til udgangen af 2011.

Det skal endelig nævnes, at der internt i de enkelte kommuner også kan være variationer i længden på f.eks. et ICM-forløb for forskellige borgere. En kommune angiver eksempelvis, at de korteste ICM-forløb typisk varer ca. 0,5 år, mens de længste forløb i gennemsnit varer 1,5 år. Disse forskelle må også ses som et udtryk for målgruppeforskelle og er på den måde forventelige og i tråd med metoden.

Den samlede pris for et gennemsnitligt ICM-forløb kan findes ved at gange årsprisen for ICM med 1,4 år. Hermed fås en samlet omkostning for ICM på kr. 113.610 pr. forløb.

Københavns Kommune fremhæver, at det ikke umiddelbart er muligt eller meningsfuldt at beregne en gennemsnitlig længde på et ACT-forløb. Målgruppen for ACT er borgere, der vurderes at have behov for massiv hjælp og støtte for at kunne fungere i og fastholde egen bolig. Københavns Kommune forventer ikke, at de borgere, der visiteres til ACT, på sigt vil kunne blive selv-

hjulplne og være i stand til at bo på egen hånd uden støtte. Derimod er der en forventning om, at borgerne vil have et permanent støttebehov, som vil kunne tilpasses borgerens behov. I nogle perioder kan borgeren eksempelvis have behov for besøg af en ACT-medarbejder flere gange om ugen, mens det i andre perioder vil være nok med telefonisk kontakt og et besøg hver anden uge. Det er således ikke forventningen eller formålet, at borgere, der er visiteret til ACT-indsatsen, skal afsluttes efter en periode, men derimod at de vil modtage en bostøtte, som er vedvarende og fleksibel. Dog har erfaringerne under strategiperioden vist, at et mindre antal borgere er blevet afsluttet fra ACT ud fra den betragtning, at ACT-støtten ikke længere har været den bedst egnede. To borgere har eksempelvis afsluttet ACT og været i stand til at klare sig i egen bolig med en hjemmevejleder, mens to borgere er blevet indskrevet på en længerevarende boform (§ 108) på grund et stort plejebehov.

5.4 Fordeling af udgifter ved metodeforløb

Ovenstående pris for et metodeforløb indregnes i analysen som en omkostning, der kommer ud over eventuel anden hjælp og støtte, indsatsborgerne modtager ved ophold på en § 110-boform. Har en indsatsborger opholdt sig på en § 110-boform, indregnes i analysen således både en omkostning til opholdet på boformen (baseret på døgn taksten og antallet af overnatninger) og en omkostningen til selve bostøtteforløbet.

Under Hjemløsestrategien har flere kommuner valgt at forankre CTI og ICM på boformer, hvilket har betydning for fordelingen af udgiften, idet kommunen kan få 50 pct. statsrefusion, hvis indsatsen falder under § 110 i serviceloven. Omvendt vil kommunen ikke modtage statsrefusion, hvis bostøtteindsatsen gives efter servicelovens § 85. Evalueringen af Hjemløsestrategien viser, at man i projektperioden har forankret CTI overvejende på boformer, mens ICM har været nogenlunde ligeligt fordelt på boformer og under en kommunal forvaltning.

I den samfundsøkonomiske analysen foretages der for CTI og ICM to forskellige omkostningsscenarier, der adskiller sig i forhold til, hvordan kommunerne samlet set forankrer indsatsen.

- 1) Metoden forankres under § 110, altså med 50 pct. statsrefusion for kommunen
- 2) Metoden forankres under § 85, altså uden statsrefusion for kommunen.

Formålet med de to scenarier er at belyse de samfundsøkonomiske konsekvenser for både stat og kommune under de to forskellige scenarier. Scenarierne adskiller sig udelukkende i forhold til fordelingen af udgiften mellem stat og kommune. De samlede omkostninger vil være de samme.

I forhold til scenarie 1 kan det nævnes, at kommunen kun kan modtage refusion det første år, der gives bostøtte til den enkelte borger. Dette er relevant at være opmærksom på, idet den gennemsnitlige længde på et ICM-forløb er 1,4 år. Dermed vil kommunen i scenarie 1 modtage 50 pct. refusion det første år, men ikke de sidste 0,4 år af indsatsen.

5.5 Omkostninger til § 85-bostøtte før Hjemløsestrategien

Det opereres i analysen med en sammenligningsgruppe bestående af borgere, der har haft ophold på en § 110-boform i 2008.

For disse borgere skal der i analysen medregnes udgifter til eventuel bostøtte efter § 85 i serviceloven. Der indregnes ikke udgifter til efterforsorg efter ophold på en § 110-boform, idet udgiften til efterforsorg i 2008 var dækket af selve taksten for opholdet på boformen. Idet alle borgere i kontrolgruppen har opholdt sig på en § 110-boform i 2008, er udgiften til efterforsorg dermed indregnet i selve udgiften til opholdet.

Kommunerne er blevet bedt om at estimere omfanget af § 85-bostøtte i 2008. Enkelte kommuner har brugt året 2009 på grund af datamæssig tilgængelighed. Alle tal er fra før igangsættelsen af indsatsen under Hjemløsestrategien i den enkelte kommune.

Rent praktisk er indsamlingen foregået ved, at Rambøll har været i dialog med kommunerne angående, hvordan man bedst kan etablere retvisende tal for bostøtteindsatsen før Hjemløsestrategien. Herefter har Rambøll udarbejdet et fortrykt skema, som kommuner har udfyldt. På tilsvarende måde, som for omkostningerne til metoderne, har alle kommuner således opgivet de samme former for opgørelser, hvilket gør det muligt at finde et gennemsnit på tværs af kommuner.

For at vurdere hvor mange i målgruppen der modtog § 85-bøstøtte, er kommunerne blevet bedt om at opgøre, hvor mange borgere, der efter ophold på § 110-boform, modtog § 85-bøstøtte. Nedenstående tabel viser et gennemsnit på tværs af kommunerne. Det skal bemærkes, at tabellen kun baserer sig på tal fra fire kommuner, da ikke alle kommuner har været i stand til at oparbejde talmæssige skøn på omfanget af § 85-støtte tilbage i 2008/2009.

Tabel 5.3: § 85-bøstøtte før Hjemløsestrategien

Spørgsmål	Gennemsnit
Andel borgere udskrevet fra § 110-boform i 2008/2009 der modtog § 85-bøstøtte det pågældende år	5%
Omkostning pr. forløb pr. år	61.600

Note: Prisen er i 2012-priser og inkl. 20 pct. overhead. Baseret på tal fra fire kommuner.

Kommunernes gennemsnitlige skøn er, at 5 pct. af borgerne modtog § 85-bøstøtte efter udskrivning fra en § 110-boform i 2008/2009. Dette skøn varierer fra 0 pct. til 7 pct. mellem de fire kommuner, der har kunnet vurdere omfanget af bøstøtten før Hjemløsestrategien.

Det skal understreges, at området var relativt nyt for kommunerne i 2008, idet kommunerne overtog det fra amterne ved kommunalreformen 1. januar 2007. Dette kan have haft indflydelse på omfanget af bøstøtte efter § 85. Hertil kan det nævnes, at nogle kommuner har haft svært ved at trække præcise data fra perioden umiddelbart efter kommunalreformen.

I forlængelse af den ovenstående tabel skal det også nævnes, at borgerne ud over § 85-støtte kan modtage efterforsorg efter § 110 ved udflytning fra boformen. Flere kommuner fremhæver, at en del borgere har modtaget efterforsorg. Men det har været vanskeligt at etablere præcise tal for brugen af efterforsorg tilbage i 2008/2009 på grund af datamæssig tilgængelighed. Tre kommuner har været i stand til at etablere tal for brugen af efterforsorg baseret på tal fra udvalgte boformer. De tre kommunerne vurderer henholdsvis, at 3 pct., 11 pct. og 89 pct. af borgerne efter fraflytning fra § 110-boform modtog efterforsorg. Disse tal peger på en stor variation mellem kommunerne og mellem boformer i brugen af efterforsorg.

Det fremgår af ovenstående tabel, at den gennemsnitlige omkostning pr. § 85-forløb pr. år vurderes til at være ca. kr. 61.600 pr. år, hvilket varierer mellem de fire kommuner fra kr. 46.000 til kr. 87.600 pr. år. Sammenlignes med metodeforløbene fremgår det, at § 85-bøstøtte før Hjemløsestrategien prismæssigt lå et sted mellem omkostningen for ICM (kr. 81.150 pr. år) og CTI (kr. 41.200 - omregnet til årspris).

Opsamlende kan det fremhæves, at omkring 5 pct. af borgere udskrevet fra § 110-boformer fik bøstøtte før Hjemløsestrategien. Det er med andre ord en relativt begrænset del af målgruppen, der har fået § 85-bøstøtte i 2008/2009. Konsekvensen for den samfundsøkonomiske analyse er, at bøstøttemetoderne ICM og CTI i høj grad må betragtes som et serviceløft, idet alle i indsatsgruppen har modtaget bøstøtte mod en begrænset andel før Hjemløsestrategien. Dette betyder, at den relative omkostning ved metoderne bliver stor, idet metodeforløbene sammenlignes med en situation, hvor kun få fik bøstøtte og der i analysen derfor kun medregnes begrænsede udgifter hertil.

I Bilag 2 præsenteres en række andre takster, der indgår i analysen, herunder taksten for ophold på § 110-boformer og misbrugsbehandling.

Bilag 3 præsenterer en oversigt over forudsætningerne for de samfundsøkonomiske analyser i relation til de priser, fordelinger mv. ved udregning af omkostninger og gevinster.

6. DE ØKONOMISKE KONSEKVENSER

I dette kapitel vises de forventede økonomiske konsekvenser af metoderne ICM og CTI.

Ved læsning af kapitlet skal man være opmærksom på, at der er tale om såkaldte *first year benefit*, hvilket vil sige, at gevinster (og omkostninger) alene opgøres det første år efter indsatsen. Dette er vigtigt at have in mente ved fortolkning af resultaterne. Interventioner på socialområdet er generelt karakteriseret ved, at de positive samfundsøkonomiske gevinster som følge af en stabilisering af indsatsborgernes livssituation kan tage lang tid om at slå rigtigt igennem. Til gengæld løber disse gevinster over lang tid – i nogle tilfælde resten af livet. Herudover må det også fremhæves, at hjemløshed for nogle borgere kan strække sig over lange perioder. SFI's hjemløsetælling fra 2011 viser således, at kun 24 pct. har været hjemløse under tre måneder. 33 pct. har været hjemløse 4-11 måneder, 19 pct. har været hjemløse i 1-2 år, mens 24 pct. har været hjemløse i mere end 2 år.

Således yder en samfundsøkonomisk vurdering af metoderne, der alene er baseret på konsekvenserne det første år efter indsatsen, formentlig ikke metoderne den fulde retfærdighed. Der er med andre ord formentlig tale om konservative skøn på de samfundsøkonomiske gevinster, fordi analysen inddrager den fulde omkostning til indsatsen, men kun gevinster relativt tæt på indsatsen.

Indledningsvis giver Tabel 6.1 et overblik over de to metoders forventede samfundsøkonomiske gevinster det første år efter indsatsen. Tabellen viser den samlede økonomiske nettogevinst for henholdsvis kommune, stat og borgeren selv. Resultaterne er opdelt på, hvorvidt metoderne forankres under § 110 eller som § 85-bøstøtte, idet forankringen har betydning for fordelingen af udgiften til indsatsen.

Tabel 6.1: Samfundsøkonomisk nettogevinst i året efter metodeforløb (pr. deltager). ICM og CTI. 2012-priser.

Modtager	ICM		CTI	
	Forankring			
	§ 110	§ 85	§ 110	§ 85
Netto (kommune)	-52.286	-92.861	34.702	19.202
Netto (stat)	7.610	48.185	63.529	79.029
Deltagere	10.190	10.190	7.521	7.521
I alt	-34.486	-34.486	105.752	105.752

Som det fremgår af tabellen, er det alene CTI, der allerede det første år efter indsatsen kan forventes at give et samfundsøkonomisk overskud. Således kan der for hver deltager i CTI forventes en samfundsøkonomisk nettogevinst på knap kr. 106.000 pr. deltager. Både kommune, stat og borger oplever her en økonomisk nettogevinst.

For ICM er det samlede samfundsøkonomiske regnestykke negativt det første år. Dette skal ses i lyset af, at ICM er væsentligt mere omkostningsfuld end CTI. Hvor et 9-måneders CTI-forløb koster kr. 31.000 per borger, er prisen for ICM kr. 113.610 pr. borger for et gennemsnitligt forløb på 1,4 år. I et samfundsøkonomisk perspektiv er ICM en væsentlig dyrere investering, idet ICM typisk er en mere intensiv og længevarende støtte til en mere udsat gruppe. Som det fremhæves nedenfor, er det således vigtigt at bide mærke i, at der også for ICM er bruttogevinster allerede det første år. Disse gevinster er dog ikke så store, at de allerede det første år kan betale for hele ICM-indsatsen.

Som det fremgår af tabellen ovenfor, er det dog alene kommunen, der oplever et tab på ICM i året efter indsatsen. For borgeren selv og for staten er der en økonomisk nettogevinst ved ICM allerede det første år efter indsatsen. Som det fremgår af tabellen, er tabet for kommunen størst, hvis indsatsen forankres under § 85, hvor kommunen afholder hele udgiften til ICM. Hvis indsatsen forankres under § 110 betaler staten halvdelen af indsatsen gennem refusion og tabet det første år er dermed mindre for kommunen.

I det følgende uddybes de overordnede resultater for de to metoder.

6.1 ICM

Som det fremgår af ovenstående Tabel 6.1, er ICM-indsatsen forbundet med et samfundsøkonomisk tab på ca. kr. 34.500 det første år efter indsatsen. Tabet ligger især i kommunen og skyldes, at indsatsen er omkostningsfuld. I dette afsnit uddybes de økonomiske konsekvenser for henholdsvis kommune og stat det første år efter ICM-indsatsen. Gevinsten på ca. kr. 10.000 for indsatsborgeren selv kan tilskrives en relativt større indtægt fra overførsler og mindre brugerbetaling på blandt andet boformer.

Kommunens perspektiv på ICM

Nedenstående Tabel 6.2 viser de forventede økonomiske konsekvenser for kommunen i året efter ICM-forløbet pr. indsatsborger. Forkortelsen FYB henviser til, at der er tale om et *first year benefit*, altså gevinsten det første år.

Tabel 6.2: Fordeling af udgifter og gevinster i året efter metodeforløb for kommunen. ICM. 2012-priser

Forankring	§ 110			§ 85		
	Kontrol	Indsats	FYB	Kontrol	Indsats	FYB
Kriminalitet	-	-	-	-	-	-
Beskæftigelse (skatteindtægt)	1.622	1.434	-188	1.622	1.434	-188
Overførsler (skatteindtægt - overførsler)	-51.336	-61.786	-10.450	-51.336	-61.786	-10.450
Sundhed	-4.098	-3.462	636	-4.098	-3.462	636
Misbrug	-15.865	-17.814	-1.949	-15.865	-17.814	-1.949
Psykiske lidelser	-59.587	-49.905	9.683	-59.587	-49.905	9.683
Boformer	-52.480	-32.543	19.937	-52.480	-32.543	19.937
Udgifter til indsats	-3.080	-73.035	-69.955	-3.080	-113.610	-110.530
Samlet	-184.825	-237.111	-52.286	-184.825	-277.686	-92.861

Tabellen viser, at det økonomiske tab for kommunen er beregnet til henholdsvis ca. kr. 52.000 eller kr. 93.000 pr. borger det første år efter indsatsen, afhængigt af hvorvidt indsatsen forankres under en § 110-boform eller under § 85 i kommunen.

Det er dog samtidig værd at bemærke, at der er bruttogevinster for kommunen allerede det første år, der særligt skyldes reduceret brug af boformer og psykiatrisk behandling. Disse bruttogevinster er dog ikke store nok til at finansiere indsatsen fra kommunens perspektiv.

Af tabellen fremgår det tydeligt, at det særligt er den relativt dyre indsats, der bidrager til det kommunale tab i året efter indsatsen. Som det fremgår af tabellen, er udgiften til indsatsen for kommunen størst, hvor metoden forankres som § 85-bøstøtte, idet kommunen her afholder hele udgiften selv. Forankres indsatsen under § 110, betaler staten halvdelen af udgiften det første år.

Endeligt viser tabellen, at kommunen også oplever ekstra udgifter til overførselsindkomster.

Statens perspektiv på ICM

Nedenstående tabel viser den økonomiske situation fra statens perspektiv.

Tabel 6.3: Fordeling af udgifter og gevinster i året efter metodeforløb for staten. ICM. 2012-priser

	§ 110			§ 85		
	<i>Kontrol</i>	<i>Indsats</i>	FYB	<i>Kontrol</i>	<i>Indsats</i>	FYB
Kriminalitet	-15.095	-9.888	5.206	-15.095	-9.888	5.206
Beskæftigelse (skatteindtægt)	1.106	978	-128	1.106	978	-128
Overførsler (skatteindtægt - overførsler)	-44.057	-51.844	-7.787	-44.057	-51.844	-7.787
Sundhed	-12.295	-10.387	1.908	-12.295	-10.387	1.908
Misbrug	-	-	-	-	-	-
Psykiske lidelser	-178.762	-149.714	29.048	-178.762	-149.714	29.048
Boformer	-52.480	-32.543	19.937	-52.480	-32.543	19.937
Udgifter til indsats	-	-40.575	-40.575	-	-	-
Samlet	-301.584	-293.973	7.610	-301.584	-253.398	48.185

For staten forventes der – modsat tilfældet for kommunen – en økonomisk gevinst forbundet med ICM allerede året efter indsatsen. Således er gevinsten for staten beregnet til henholdsvis ca. kr. 8.000 eller kr. 48.000 pr. indsatsborger det første år efter indsatsen, afhængigt af forankringen, jf. Tabel 6.3.

For staten er det særligt reducerede udgifter til boformer og psykiatrisk behandling, der bidrager til det positive regnestykke. Endvidere sparer staten også udgifter relateret til kriminalitet.

Det positive regnestykke for staten skal også ses på baggrund af, at det primært er kommunen, der afholder udgiften til indsatsen. Kun i scenariet, hvor indsatsen forankres under § 110, betaler staten halvdelen af indsatsen, hvilket reducerer statens nettogevinst i dette scenarium til ca. kr. 8.000 pr. borger.

Det samlede offentlige perspektiv

Tabellen nedenfor viser endeligt den samlede økonomiske situation fra det offentlige perspektiv, idet tabellen viser situationen for kommune og stat samlet.

Tabel 6.4: Fordeling af udgifter og gevinster i året efter metodeforløb for stat og kommune samlet. ICM. 2012-priser

	<i>Kontrol</i>	<i>Indsats</i>	<i>FYB</i>
Kriminalitet	-15.095	-9.888	5.206
Beskæftigelse (skatteindtægt)	2.728	2.412	-316
Overførsler (skatteindtægt - overførsler)	-95.393	-113.630	-18.237
Sundhed	-16.394	-13.850	2.544
Misbrug	-15.865	-17.814	-1.949
Psykiske lidelser	-238.350	-199.618	38.731
Boformer	-104.960	-65.086	39.874
Udgifter til indsats	-3.080	-113.610	-110.530
Samlet	-486.408	-531.084	-44.676

Tabellen viser, at der samlet set det første år vil være en nettoomkostning på knap kr. 45.000 pr. borger i forbindelse med et ICM-forløb. Omkostningen er lidt større end i Tabel 6.1. Dette skyldes, at tabellen ovenfor udelukkende handler om statens og kommunens udgifter og gevinster og således ikke medregner borgerens eget privatøkonomiske perspektiv.

6.2 Break even overvejelse

I denne registerbaserede analyse kan deltagerne kun følges til året efter indsatsen. Hvis det antages, at effekterne det første år kan fastholdes det andet år, vil ICM i et samlet samfundsøkonomisk perspektiv have tjent sig selv ind i løbet af det andet år. Det vil sige, at ICM indsatsen forventes at blive omkostningsneutral i løbet af det andet år efter indsatsen, hvis det antages, at de positive gevinster fra året efter indsatsen fastholdes det følgende år.

Det skal fremhæves, at dette er en samlet samfundsøkonomisk betragtning. Som fremhævet ovenfor, har ICM en positiv økonomisk nettogevinst allerede det første for både statens og borgernes perspektiv.

Omvendt vil det tage mere end to år for indsatsen at blive omkostningsneutral for kommunen. Særligt hvis indsatsen forankres under § 85, hvor kommunen afholder hele udgiften til ICM-indsatsen, vil det formentlig tage flere år, før indsatsen i kommunens perspektiv kan forventes at blive omkostningsneutral.

6.3 CTI

Som det fremgik af ovenstående Tabel 6.1, er CTI-indsatsen forbundet med en samfundsøkonomisk gevinst på knap kr. 106.000 det første år efter indsatsen. I dette afsnit uddybes de økonomiske konsekvenser for henholdsvis kommune og stat det første år efter indsatsen. Gevinsten på ca. kr. 7.500 for indsatsborgeren skyldes særligt en relativt større indtægt fra overførsler og mindre brugerbetaling.

Kommunens perspektiv på CTI

Nedenstående Tabel 6.5 viser de forventede økonomiske konsekvenser for kommunen i året efter CTI-forløbet pr. indsatsborger – og afhængigt af om der er tale om forankring under § 110 eller § 85.

Tabel 6.5: Fordeling af udgifter og gevinster i året efter metodeforløb for kommunen. CTI. 2012-priser

	§ 110			§ 85		
	<i>Kontrol</i>	<i>Indsats</i>	<i>FYB</i>	<i>Kontrol</i>	<i>Indsats</i>	<i>FYB</i>
Kriminalitet	-	-	-	-	-	-
Beskæftigelse (skatteindtægt)	1.979	2.073	94	1.979	2.073	94
Overførsler (skatteindtægt - overførsler)	-33.513	-32.213	1.301	-33.513	-32.213	1.301
Sundhed	-4.971	-4.125	847	-4.971	-4.125	847
Misbrug	-12.047	-3.735	8.312	-12.047	-3.735	8.312
Psykiske lidelser	-21.428	-2.748	18.679	-21.428	-2.748	18.679
Boformer	-45.990	-28.100	17.889	-45.990	-28.100	17.889
Udgifter til indsats	-3.080	-15.500	-12.420	-3.080	-31.000	-27.920
Samlet	-	-84.347	34.702	-119.050	-99.847	19.202
	119.050					

Tabellen viser en økonomisk gevinst for kommunen beregnet til henholdsvis ca. kr. 35.000 eller kr. 19.000 pr. borger det første år efter indsatsen, afhængigt af forankring. Den positive gevinst for kommunen allerede det første år efter indsatsen skal ses i lyset af, at CTI er en mindre omkostningsfuld indsats sammenlignet med ICM.

Modsat ICM synes CTI at være forbundet med positive effekter på alle de forhold i indsatsborgerens livssituation, som indsatsen forventes at påvirke, hvoraf særligt udgifterne til boformer og medfinansiering af psykiatri bliver mindre. Derudover forventes kommunen også at kunne spare udgifter i forbindelse med misbrugsbehandling og overførsler. De sparede udgifter til overførsler for netop CTI-gruppen skal ses i lyset af, at der for disse indsatsborgere – i modsætning til ICM-gruppen – kan spores en beskeden beskæftigelseeffekt (opgjort som lønindkomst) i året efter indsatsen.

Statens perspektiv på CTI

Tabellen nedenfor vises udgifter og gevinster ud fra statens perspektiv.

Tabel 6.6: Fordeling af udgifter og gevinster i året efter metodeforløb for staten. CTI. 2012-priser.

	§ 110			§ 85		
	Kontrol	Indsats	FYB	Kontrol	Indsats	FYB
Kriminalitet	-12.069	-4.720	7.349	-12.069	-4.720	7.349
Beskæftigelse (skatteindtægt)	1.349	1.413	64	1.349	1.413	64
Overførsler (skatteindtægt - overførsler)	-33.265	-38.116	-4.851	-33.265	-38.116	-4.851
Sundhed	-14.914	-12.374	2.540	-14.914	-12.374	2.540
Misbrug	-	-	-	-	-	-
Psykiske lidelser	-64.283	-8.245	56.037	-64.283	-8.245	56.037
Boformer	-45.990	-28.100	17.889	-45.990	-28.100	17.889
Udgifter til indsats	-	-15.500	-	-	-	-
			15.500			
Samlet	-169.171	-105.642	63.529	-169.171	-90.142	79.029

For staten synes der ligeledes at være økonomiske gevinster over en bred kam af CTI, jf. Tabel 6.6. Særligt statens udgifter til psykiatrisk behandling synes at være markant reducerede allerede det første år efter indsatsen. Som tilfældet var med ICM, er der også for CTI relativt store besparelser på kriminalitetsområdet.

Modsat tilfældet for kommunen forventes staten at få øgede udgifter til overførsler grundet CTI-indsatsen. Idet disse overførsler kan tilskrives udgifter til SU som følge af, at nogle CTI-indsatsborgere har valgt at tage en uddannelse året efter indsatsen, kan dette dog opfattes som en "positiv" udgift.

Det samlede offentlige perspektiv

Tabellen nedenfor viser endeligt den samlede økonomiske situation fra det offentlige perspektiv, idet tabellen viser situationen for kommune og stat samlet.

Tabel 6.7: Fordeling af udgifter og gevinster i året efter metodeforløb for stat og kommune samlet. CTI. 2012-priser

	Kontrol	Indsats	FYB
Kriminalitet	-12.069	-4.720	7.349
Beskæftigelse (skatteindtægt)	3.328	3.486	158
Overførsler (skatteindtægt - overførsler)	-66.778	-70.328	-3.550
Sundhed	-19.885	-16.498	3.387
Misbrug	-12.047	-3.735	8.312
Psykiske lidelser	-85.710	-10.994	74.717
Boformer	-91.979	-56.200	35.779
Udgifter til indsats	-3.080	-31.000	-27.920
Samlet	-288.221	-189.989	98.231

Tabellen viser, at der samlet set det første år vil være en samlet nettogevinst for stat og kommune på ca. kr. 98.000 pr. borger i forbindelse med et CTI-forløb.

6.4 Diskussion

Opsamlende har beregningerne af de økonomiske konsekvenser vist, at CTI kan forventes at give en positiv økonomisk nettogevinst allerede det første år. Det samfundsøkonomiske regnestykke viser et negativt resultat for ICM det første år efter indsatsen. Dette skal ses i lyset af de relativt store udgifter til ICM i forhold til CTI. Antages effekten det første år for ICM at kunne fastholdes til det andet år, vil ICM blive omkostningsneutral i et samlet samfundsøkonomisk perspektiv i løbet af det andet år efter indsatsen.

Det er vigtigt at have in mente, at udgangspunktet for beregningerne er en *first year benefit*-analyse. De forventede mellemlange og langsigtede gevinster, såfremt de positive effekter allerede i det første år efter indsatsen fortsætter, er ikke inkluderet. Dermed - og som nævnt i indledningen til kapitlet - yder en samfundsøkonomisk vurdering af metoderne, der alene er baseret

på konsekvenserne det første år efter indsatsen, ikke helt metoderne retfærdighed. Eksempelvis kan øgede overførsler være tegn på en stabilisering af borgernes livssituation, der – såfremt der var mulighed for at følge borgerne i flere år frem – ville vise sig at føre til samfundsøkonomiske gevinster i form af blandt andet en stærkere arbejdsmarkedstilknytning blandt nogle af indsatsborgerne.

I forlængelse heraf kan det også nævnes, at alene de direkte gevinster og udgifter for indsatsborgerne og de involverede myndigheder er medtaget i analysen. Dermed indgår alene gevinster, der kan henføres til et kommunalt eller statsligt budget eller indsatsborgernes privatøkonomi. Gevinster i form af færre ofre for kriminalitet og værdien af en øget livskvalitet er således eksempler på gevinster, der ikke er medtaget. Således er opgørelsen af de økonomiske konsekvenser af indsatserne grundlæggende konservativ i sit udgangspunkt.

De samfundsøkonomiske gevinster ved metoderne ses primært i form af reducerede udgifter til boformer og psykiatrisk behandling, ligesom staten også opnår besparelser relateret til kriminalitet grundet relativt færre lovbrud blandt indsatsborgerne. Dette gælder både for ICM og CTI. Generelt synes effekterne af indsatsen dog at favne bredere for CTI-indsatsborgerne i forhold til indsatsborgerne i ICM. Således spores der også beskedne effekter i form af en øget arbejdsmarkedstilknytning (opgjort ved lønindkomsten) og uddannelse (opgjort ved SU) for CTI-borgerne, hvilket ikke ses i ICM-gruppen. At ICM-gruppen er afgrænset til de 30+-årige kan dog spille en rolle for dette resultat.

Perspektivering til udenlandske samfundsøkonomiske undersøgelser

Der er meget få udenlandske samfundsøkonomiske studier af indsats for hjemløse borgere, hvor der måles på faktisk forbrug af ydelser, og hvor der samtidig indgår en kontrolgruppe. De fleste undersøgelser på området gør brug af interviewbaserede opgørelser af borgerens brug af ydelser og/eller er baseret på før-efter målinger, hvor der ikke anvendes en kontrolgruppe, eller anvendes en ikke-ækvivalent kontrolgruppe, og hvor man således ikke kan vide, om ændringen i brug af ydelser ville være sket uden indsatsen.

I et studie fra USA af Culhane et al. (2002)⁸ undersøges cost effectiveness af et program med to forskellige typer af indsatser – "community residence" og "supportive housing". "Community housing" kan bedst beskrives som en blanding af det der i en dansk kontekst kaldes "kategoriboliger" (boligheder hvor alle beboere tilhører samme målgruppe) og egentlige botilbud, hvor der er personale tilknyttet stedet. "Supportive housing" dækker over indsatser, hvor boligløsning og den sociale støtte er adskilt, og med brug af forskellige typer af boligløsninger – både selvstændige lejligheder i almindeligt byggeri og forskellige typer af "værelser" (single-room occupancy). Det er således "supportive housing"-programmet, der minder mest om den housing first-indsats, der måles på i indeværende rapport, hvor boligløsningerne ligeledes primært er baseret på lejligheder i almindeligt byggeri, og støtten gives som udgående støtte i borgerens eget hjem. Vi vil derfor i det følgende udelukkende gengive resultaterne for "supportive housing"-programmet. Der meldes dog i studiet ikke om, hvorvidt den udgående sociale støtte følger bestemte metoder.

Ved brug af administrative data konstrueres en kontrolgruppe gennem statistisk matching af hjemløse borgere, som ikke har modtaget de to indsatser. Ligeledes ved brug af administrative data måles brugen af en række øvrige ydelser for både de personer, der indgår i indsatsen og kontrolgruppen, så som sundhedsudgifter, omkostninger i retsvæsnen og udgifter til ophold på herberg. Undersøgelsens design har således en høj grad af lighed med indeværende studie.

Ifølge studiet fra USA er de gennemsnitlige udgifter pr. borger i kontrolgruppen for alle de variable, der måles i undersøgelsen, USD 40.451 pr. år. Udgiften pr. borger til "supportive housing"-programmet er USD 12.889, mens reduktionen i omkostningerne er USD 12.146. På den baggrund konkluderer studiet, at det stort set er omkostningsneutralt at placere hjemløse borgere i egen bolig med social støtte på grund af de reduktioner i udgifter, der sker på en række af øvrige indsatser.

I et randomiseret studie af CTI foretager Jones et al. (2003)⁹ et eksperiment, hvor hjemløse borgere med psykisk sygdom randomiseres til en indsatsgruppe og en kontrolgruppe, og hvor begge gruppers brug af en række ydelser over en 18-måneders periode opgøres.

⁸ D. Culhane, S. Metraux & T. Hadley (2002), Public Service Reductions Associated with Placement of Homeless Persons with Severe Mental Illness in Supportive Housing. *Journal of American Medical Association*, Vol. 301, 13, 1349-1357.

⁹ K. Jones, P.W. Colson, M. Holter, S. Lin, E.Valencia, E. Susser & R.Wyatt (2003) Cost-effectiveness of Critical Time Intervention to Reduce Homelessness Among Persons With Mental Illness. *Psychiatric Services*, Vol. 54, No. 6, 884-890.

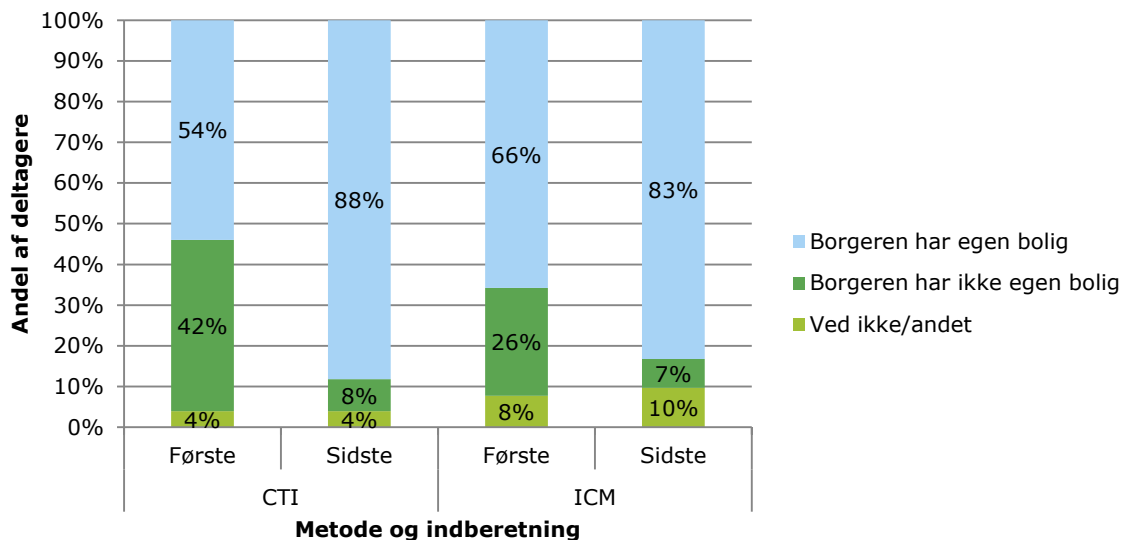
Studiet viser, at CTI-gruppen inklusiv CTI-indsatsen har et samlet forbrug af ydelser på USD 52.374 mens beløbet for kontrolgruppen er USD 51.649 over de 18 måneder. Indsatsgruppen har imidlertid et markant lavere antal nætter i hjemløshed over observationsperioden med 32 nætter mod 90 nætter i indsatsperioden. Ligeledes for dette studie konkluderes det, at det er omkostningsneutralt at iværksætte CTI-indsatsen, der markant reducerer omfanget af hjemløshed i indsatsgruppen.

Forskelle i afprøvning af metoderne

Den samfundsøkonomiske analyse viser, at ICM økonomisk set ikke viser lige så gode resultater som CTI. Dette skyldes hovedsageligt, at ICM er en væsentligt dyrere indsats rettet mod en tungere målgruppe, der har behov for mere støtte og hjælp. Omvendt viser analysen også, at ICM i et samlet samfundsøkonomisk perspektiv har betalt sig selv ind i løbet af det andet år efter indsatsen, hvis effekterne det første år antages fastholdt ind i det andet år efter indsatsen.

Forskellen mellem CTI og ICM kan også perspektiveres til en mere generel diskussion om afprøvning af indsatserne. Nedenstående figur viser borgernes boligsituation fra individdokumentation fra den samlede evaluering af Hjemløsestrategien. Figuren viser situationen ved henholdsvis den første og den sidste indberetning for borgeren. Figuren er afgrænset til borgere, der starter bostøtte op i 2010. For ICM indgår kun borgere på 30 år eller derover for at sikre sammenlignelighed med den samfundsøkonomiske analyse.

Figur 6-1: Udvikling i borgernes boligsituation



CTI=76 borgere; ICM=155 borgere. Kun borgere med mere end én indberetning indgår i figuren. Kun borgere opstartet i 2010. For ICM kun borgere på 30 år eller derover.

Individdokumentationen viser, der er lidt flere borgere under ICM-indsatsen, der ikke har en bolig ved den sidste indberetning end blandt CTI-borgerne. Det skal dog understreges, at forskellen mellem CTI og ICM ved den sidste indberetning er forholdsvis begrænset, idet andelen med bolig for CTI-borgere er 88 pct. over for 83 pct. blandt ICM-borgere.

Forskellen nævnes dog her, da de gennemførte interviews understreger, at ICM enkelte steder har været brugt over for borgere, der har ophold på boformer og som ikke får en bolig. Heroverfor tyder interviewene på, at CTI har været brugt mere systematisk i sammenhæng med en boligløsning. Denne forskel i systematikken i forhold til tilstedeværelsen af en boligløsning kan være en af forklaringerne på forskellen mellem ICM og CTI.

De gennemførte kvalitative interviews giver en række forklaringer på, hvorfor der kan være en tendens til, at færre borgere under ICM kommer i bolig. Flere kommuner peger på, at ICM-indsatsen er blevet anvendt "bredt" – f.eks. at borgere, der opholder sig på gaden og på natvarmestuer, er blevet tilbudt ICM-forløb. Arbejdet for disse borgeren starter typisk med at opbygge en relation til borgeren og etablere en tillid mellem borgeren og bostøttemedarbejderen, der kan danne grundlag for det videre arbejde med at skabe en boligløsning for borgeren.

Her fremhæves manglen på boliger som et stort problem, herunder de lange ventetider. At der ikke kan tilbydes en bolig hurtigt betyder, at det er vanskeligt at holde en stabil kontakt med borgeren, f.eks. når borgeren befinder sig på gaden, natvarmestuer eller på herberg.

Tendensen til, at nogle borgere under ICM ikke er kommet i bolig, kan være med til at "mudre" resultaterne for ICM, idet indsatsgruppen således indeholder en række borgere, der stadig er hjemløse. Dette lader i mindre grad til at være tilfældet for CTI, hvor borgerne mere systematisk har fået støtten i sammenhæng med en boligløsning.

BILAG 1: UDDYBNING AF UNDERSØGELSESDSIGN

Matching

I rent eksperimentelle forsøg sker rekrutteringen til en indsats- og en kontrolgruppe tilfældigt. Dermed sikres, at en forskel i et effektmål mellem de to grupper udelukkende skyldes, at den ene gruppe (indsatsgruppen) har været udsat for en intervention, mens den anden gruppe (kontrolgruppen) ikke har. Med andre ord forventes effekten i kontrolgruppen at være præcis den samme, som indsatsgruppen ville have opnået, *hvis de ikke havde modtaget en intervention*.

Såfremt rekrutteringen til de to grupper ikke er sket tilfældigt, vil der være en sandsynlighed for, at en forskel i effektmålet mellem de to grupper også kan tilskrives en række bagvedliggende karakteristika hos personerne i den ene gruppe, der gør, at disse personer har haft bedre – eller dårligere – forudsætninger for at komme i indsatsgruppen end personerne, der rekrutteres til kontrolgruppen. Forskellen i effektmålet mellem indsats- og kontrolgruppen vil dermed ikke kun være udtryk for en effekt af en intervention i den ene gruppe, men også en konsekvens af en række bagvedliggende faktorer.

Inden effektmålet i indsats- og kontrolgruppen sammenlignes, bør der derfor tages højde for disse bagvedliggende karakteristika hos personerne i de to grupper. Der bør med andre ord renses for effekten af en række observerbare karakteristika, inden de to grupper sammenlignes, for på den måde at isolere effekten af selve påvirkningen og opnå et mere korrekt estimat af den kontrafaktiske situation (det vil sige af effekten i indsatsgruppen, *såfremt de ikke havde modtaget en intervention*).

Matching er en metode til dette formål.

Matching bygger på den grundlæggende antagelse, at effekten af en given intervention vil være uafhængig af, om vedkommende er i den ene eller den anden gruppe, betinget af de observerbare karakteristika hos personerne i de to grupper. Såfremt der tages højde for disse observerbare karakteristika hos personerne i de to grupper, vil fordelingen af effekten i kontrolgruppen derfor være den samme som fordelingen af effekten i indsatsgruppen, *hvis indsatsgruppen ikke havde været udsat for en intervention*.

"Propensity score"-matching

I det konkrete tilfælde er matchingen sket ved, at der er beregnet en sandsynlighed for at modtage en indsats for hver enkelt person i indsats- og kontrolgruppen. Denne sandsynlighed kaldes en "propensity score", og den beregnes med udgangspunkt i en række observerbare karakteristika hos personerne i de to grupper.

Effektmålet hos en person, som har modtaget en indsats, sammenlignes med effektmålet hos en person i kontrolgruppen med nogenlunde samme propensity score. Det vil sige, at der findes "sociøkonomiske tvillinger" ved at tage en person fra hver af de to grupper med nogenlunde ens propensity score – og dermed også nogenlunde ens sandsynlighed for at modtage en indsats. Forskellen i effekten mellem de to personer vil (i en ideel situation) dermed være et udtryk for virkningen af selve indsatsen, idet de to personer som udgangspunkt har samme forudsætninger for at modtage støtte. Derfor kan det opfattes som tilfældigt, at det var den ene og ikke den anden person, der endte med at modtage en indsats. Denne øvelse gentages for alle personer i indsatsgruppen (for alle personer, som har modtaget en indsats), hvorefter det samlede effektmål kan beregnes.

Der findes flere forskellige metoder at foretage selve matchingen på. Der er forskellige procedurer for, hvordan "tvillingerne" sættes sammen, og om man "genbruger" personerne i kontrolgruppen, det vil sige om matchingen sker med eller uden tilbagelægning. I det konkrete tilfælde er der anvendt en procedure, som kaldes "*nearest neighbor*" med tilbagelægning, hvilket betyder, at personer i indsatsgruppen sættes sammen med den person i kontrolgruppen, som har en propensity score, der ligger tættest på vedkommendes egen. I nogle tilfælde er der matchet med flere "naboer" for at få et bedre resultat (det vil sige mere ensartede indsats- og kontrolgrupper efter match). Endvidere er der i matchingen indlagt andre restriktioner – igen for at sikre et mere optimalt match. Blandt andet er personer, hvis propensity score ikke ligger i regionen med "*common support*", ekskluderet. For at det er muligt at finde passende "tvillinger" i de to grupper, skal der være et væsentligt overlap mellem de to gruppers karakteristika (dette kaldes "*common support*").

Beregningen af selve propensity score er i det konkrete tilfælde sket ved hjælp af logistisk regression, hvor den afhængige variabel er en binær indikatorvariabel for en indsats (1) eller ingen indsats (0). De uafhængige variable er (i udgangspunktet) de observerbare karakteristika, der er listet ovenfor.

Resultater af matching

Et mål for matchings evne til at opfylde dens formål er at sammenligne baggrundsvariablenes gennemsnitsværdier før og efter matching. Før matching vil der forventeligt være forskel mellem mål- og kontrolgruppe, men efter matching skal denne forskel gerne være reduceret. I det konkrete tilfælde er det i høj grad lykket at ensarte mål- og kontrolgrupper gennem matching, hvilket fremgår af afsnit. 4.1.

Det skal afslutningsvist bemærkes, at effektmålet alene kan "renses" for observerbare karakteristika hos indsats- og kontrolgruppen. Uobserverbare karakteristika i forbindelse med rekruttering til indsatsen kan stadig påvirke effektmålet.

BILAG 2: TAKSTER FOR OPHOLD PÅ § 110-BOFORM OG STOFMISBRUGSBEHANDLING

Takst for ophold på § 110-boform

Taksten for ophold på § 110-boformer er etableret på baggrund af en søgning på Tilbudsportalen. Der er søgt ud fra følgende kriterier:

- Målgruppe: Hjemløshed
- Tilbudstyper: Botilbud til voksne – forsorghjem/ herberg
- Ydelse: Ophold – midlertidigt ophold
- Lovgrundlag: § 110.

44 ydelser fordelt på 39 tilbud matcher denne søgning. I beregningen er ekskluderet fem ydelser, der er fastsat til takst kr. 0. Den gennemsnitlige takst pr. døgn er beregnet som et simpelt gennemsnit på tværs af tilbud. Taksten findes til kr. 1.141 pr. døgn.

Kommunen betaler 50 pct. af taksten, mens staten betaler de resterende 50 pct. jf. § 177, stk. 5 i serviceloven.

Der er borgerbetaling på § 110-boformer, jf. § 163, stk. 2, i Lov om social service. Borgerbetalingen er etableret for ovennævnte tilbud ved at gennemgå tilbuddenes takstmæssige angivelser på Tilbudsportalen af eventuel brugerbetaling. Der er her kun medregnet de ydelser, der opgør en separat takst for selve opholdsdelen (logi). For 21 ydelser kan borgerbetalingen af logi identificeres. Borgerbetalingen findes til kr. 82 pr. døgn

Der benyttes den samme takst for overnatning på § 110-boformer for indsatsgruppen i 2010 som for kontrolgruppen i 2008. På den måde sikres det, at den samlede samfundsøkonomiske vurdering af metodernes effekter ikke drives af, at selve priserne for ophold på § 110-boformer ændrer sig over tid.

Prisen for stofmisbrugsbehandling – døgnbehandling

Prisen for stofmisbrugsbehandling – døgnbehandling er etableret ved en søgning på Tilbudsportalen ud fra følgende kriterier:

- Målgruppe: Stofmisbrug
- Tilbudstyper: Botilbud til voksne – behandlingstilbud
- Ydelser: Behandling – misbrugsbehandling.

Søgningen giver 65 ydelser fordelt på 46 tilbud. Der er ekskluderet to ydelser, der er fastsat til takst kr. 0. Den gennemsnitlige takst pr. døgn er beregnet som et simpelt gennemsnit på tværs af tilbud.

Der er borgerbetaling for opholdsdelen af døgnbehandling. Borgerbetalingen er etableret for ovennævnte tilbud ved at gennemgå tilbuddenes takstmæssige angivelser på Tilbudsportalen af eventuel brugerbetaling. For otte ydelser kan borgerbetalingen af logi identificeres.

- Prisen for døgnbehandling: kr. 1.346 pr. døgn
- Borgerbetaling: kr. 70 pr. døgn for opholdsdelen.

Kommunen afholder hele udgiften til døgnbehandlingen, bortset fra borgerbetalingen for opholdsdelen.

Prisen for stofmisbrugsbehandling – ambulant

Prisen for stofmisbrugsbehandling – ambulant er etableret ved en søgning på Tilbudsportalen ud fra følgende kriterier:

- Målgruppe: Stofmisbrug
- Tilbudstyper: Ambulant behandling til voksne
- Ydelser: Behandling – misbrugsbehandling.

Søgningen giver 248 ydelser fordelt på 110 tilbud. Der er ekskluderet 13 ydelser, der er fastsat til takst kr. 0. Taksten for langt hovedparten af tilbuddene ligger under kr. 2.000 pr. døgn og de fleste ligger under kr. 1.000. Alle takster over kr. 2.000 er set manuelt igennem for at vurdere, hvorvidt der er tale om en fejlregistrering af taksten ud fra den tilhørende kommentar til taksten. Der er i den forbindelse ekskluderet syv ydelser, hvor taksterner er henholdsvis kr. 2.020, kr. 2.217, kr. 3.868, kr. 9.284, kr. 21.005, kr. 23.209 og kr. 46.419, da det er kommenteret, at der ikke er tale om døgnpriser, men eksempelvis "stykpriser" eller "engangsydelser".

Fremgangsmåden resulterer i en pris for ambulant stofmisbrugsbehandling på kr. 297 pr. dag.

Kommunen afholder hele udgiften. Det skal understreges, at der er tale om en gennemsnitstakst, der omfatter både substitutionsbehandling og stoffri ambulant dagbehandling.

BILAG 3: FORUDSÆTNINGER FOR DE SAMFUNDSØKONOMISKE BEREGNINGER (PRISER MV.)

Fremskrivningsfaktorer

Fremskrivningsfaktorer	Årlig procentsats
Årlig fremskrivningsfaktor	2%

Kriminalitet

Udgifter i forbindelse med sagsfremstilling og erstatning, 2012-priser

Type af straf	Politi	Anklagemyndighed	Forsvars og bistandsadvokat	Domstole	Erstatning/For sikring	I alt
Færdselsloven og andre særlove	2.684	2.892	4.760	3.294	-	13.630
Indbrud, tyveri, og hærværk	1.559	1.679	2.765	3.294	8.241	17.539
Volds- og sædelighedsforbrydelser, våbenlov og lov om euforiserende stoffer	6.184	6.661	10.967	3.294	5.954	33.061

Frihedsberøvelse, 2012-priser

Frihedsberøvelse	
Pris pr. fængslede dag	1.397

Fordelingen af udgifter mellem kommune og stat

	Region/stat	Kommune
Kriminalitet	100%	0%

Lønindkomst

Personing indkomst	Skattesats
0 - 25.000	17%
25.001- 50.000	11%
50.001- 75.000	16%
75.001- 100.000	21%
100.001- 125.000	24%
125.001- 150.000	27%
150.001- 200.000	29%
200.001- 250.000	31%
250.001- 300.000	32%
300.001- 350.000	34%
350.001- 400.000	35%
400.001- 500.000	37%
500.001- 750.000	41%
750.001-1.000.000	45%
Over 1.000.000	47%
Alle skattepligtige	35%

Fordeling af skattebetalinger mellem kommune og stat

	Skattesats	Fordeling
Kommuneskat inkl. kirkeskat (kommune)	25,6%	59%
Sundhedsbidrag (stat)	5,8%	14%
Bundskat (stat)	3,6%	8%
Arbejdsmarkedsbidrag (stat)	8,0%	19%

Overførsler

Skattesatser

Personing indkomst	Skattesats
0 - 25.000	9%
25.001- 50.000	4%
50.001- 75.000	12%
75.001- 100.000	19%
100.001- 125.000	23%
125.001- 150.000	26%
150.001- 200.000	26%
200.001- 250.000	26%
250.001- 300.000	26%
300.001- 350.000	26%
350.001- 400.000	27%
400.001- 500.000	29%
500.001- 750.000	33%
750.001-1.000.000	37%
Over 1.000.000	39%

Fordeling af skattebetalinger mellem kommune og stat

	Skattesats	Fordeling
Kommuneskat inkl. kirkeskat (kommune)	25,6%	73%
Sundhedsbidrag (stat)	5,8%	17%
Bundskat (stat)	3,6%	10%
Arbejdsmarkedsbidrag (stat)	0,0%	0%

Statslig refusion

Overførsel	Aktiverede	Ikke-aktiverede
Kontanthjælp	65%	30%
Førtidspension	-	35%
Sygedagpenge	65%	30%
Boligyldelse		75%
Boligsikring		50%
Boligyldelse og -sikring		63%
SU		100%

Kilde: Boligyldelse + sikring: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=141709>

Andel aktiverede, 2012-tal

Overførsel	Aktiverede	Ikke-aktiverede
Kontanthjælp	67%	33%
Sygedagpenge	13%	87%

Kilde: Jobindsats.dk, tallene er for år 2012 og gennemsnit over hele landet og for alle matchgrupper.

Sundhed

Fordelingen af sundhedsudgifter mellem kommune og stat, 2012-tal

Type	Kommune	Region/stat
Somatisk sygehus (indlæggelse, skadestue, ambulat), Psykiatrisk sygehus (indlæggelse, skadestue, ambulat), Praktiserende læger, speciallæger	25%	75%

Sygehusforbrug, 2012-priser

	Pris pr. dag (2012-priser)
Pris pr. indlæggelsesdag (Somatisk)	1.892
Pris pr. indlæggelsesdag (Ambulant)	1.160

Note 1: Ved beregning af betaling for somatiske patienter anvendes taksten for sengedage ud over trimpunktet kr. 1.819 (2010-pris- og lønniveau)

Kilde: http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsoekonomi/Takster/~media/Indhold/DK%20-%20dansk/Sundhedsdata%20og%20it/Sundhedsoekonomi/Takster/Takster%202012/Takstsystem_2012.ashx

Note 2: Pris pr. indlæggelsesdag (ambulant) er et simpelt gennemsnit af DAGS 2012 taksten for DAGS 2012: BG50A, BG50B, BG50C, BG50D

Kilde: <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsoekonomi/Takster/Takster%202012.aspx>

Misbrug

Pris for stofmisbrugere i døgnbehandling, 2012-priser

Type	Pris pr. dag 2012-priser
Boform § 107	1.346
Brugerbetaling	70

Fordelingen af udgifter mellem kommune og stat

Type	Kommune	Region/stat
Misbrugsbehandling	100%	0%

Pris for stofmisbrugere ambulant, 2012-priser

Type	Pris pr. dag 2012-priser
Misbrugsbehandling - ambulant	297

Fordelingen af udgifter mellem kommune og stat

Type	Kommune	Region/stat
Misbrugsbehandling - ambulant	100%	0%

Psykiske lidelser

Pris for psykiske lidelser ved døgnbehandling

	Pris pr. dag (2012-priser)
Pris pr. indlæggelsesdag	3.374

Note: Sengedage

Kilde: Psykiaritakster, www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsoekonomi/Takster/Takster%202012.aspx

Fordelingen af udgifter mellem kommune og stat

Type	Kommune	Region/stat
Somatisk sygehus (indlæggelse, skadestue, ambulans), Psykiatrisk sygehus (indlæggelse, skadestue, ambulans), Praktiserende læger, speciallæger	25%	75%

Pris for psykiske lidelser ved ambulans behandling

	Pris pr. dag (2012-priser)
Pris pr. indlæggelsesdag	1.749

Note: Taget som et simpelt gennemsnit mellem ambulans, skadestue og færdigbehandlet

Kilde: Psykiatri takster -

<http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsoekonomi/Takster/Takster%202012.aspx>

Fordelingen af udgifter mellem kommune og stat

Type	Kommune	Region/stat
Somatisk sygehus (indlæggelse, skadestue, ambulans), Psykiatrisk sygehus (indlæggelse, skadestue, ambulans), Praktiserende læger, speciallæger	25%	75%

Boforner

Andel borgere udskrevet fra §110-boform, der modtog § 85-bostøtte det pågældende år

Type	Kontrolgruppe	Indsatsgruppe
Sats	5%	0%

Omkostninger til § 85-bostøtte før Hjemløsestrategien

Type	Pris pr. dag (2012-priser)
Omk. pr. forløb pr. år.	61.600

Note: 2012-priser og inkl. 20 pct. overhead

Pris pr. dag for ophold på §110-boform, 2012-priser

Type	Pris pr. døgn
Boform § 110	1.141
Brugerbetaling	82

Fordelingen af udgifter mellem kommune og stat

Type	Kommune	Region/stat
Boforner efter § 110	50%	50%
Omkostninger til § 85-bostøtte før Hjemløsestrategien	100%	0%

Statslig refusion (første år)

Type	Sats
Forankring under § 110 i serviceloven	50%
Forankring under § 85 i serviceloven	0%

BILAG 4: AFGRÆSNING TIL BORGERE STARTET OP I ÅR 2010

Som fremhævet tidligere er det vigtigt at være opmærksom på, at resultaterne udelukkende er baseret på borgere, der er startet op i 2010, af hensyn til muligheden for at følge borgerne i registre. Analyse af individdokumentationen viser, at borgerne, der er startet op i år 2010, ikke ser ud til at adskille sig markant fra borgerne, der er startet op senere, i relation til borgernes bolig-situation.

Nedenstående tabel viser udviklingen i borgernes boligsituation over perioden for ICM delt op på, hvornår bostøtten er startet op.

Skema over fastholdelsesgrad for bostøttemetoderne. Andele i pct.

	2010	2011	2012	Total
Stabilt haft en bolig	48%	47%	50%	48%
Har fået en bolig	30%	32%	21%	28%
Har mistet en bolig i perioden	12%	7%	6%	8%
Har ikke haft i hele perioden	10%	14%	24%	15%
Total	100%	100%	100%	100%

N=679 borgere. Kun borgere med mere end én indberetning og borgere for hvem der ikke er svaret "Ved ikke" eller "Andet" indgår i figuren.

"Har stabilt haft en bolig": Har en bolig ved første indberetning og ved sidste indberetning og oplever ikke at miste boligen undervejs.

"Har fået en bolig i perioden": Har ikke en bolig ved første indberetning, men har en bolig ved sidste indberetning, og oplever ikke at miste boligen undervejs.

"Har mistet en bolig i perioden": Har mistet en bolig på et tidspunkt i løbet af perioden.

"Har ikke haft bolig i hele perioden": Har ikke en bolig ved første indberetning eller ved sidste indberetning, og oplever ikke at få en bolig for at miste den igen undervejs.

Tabellen viser, at den ovennævnte tendens til, at nogle borgere ikke har en bolig under ICM, bliver lidt mere fremtrædende over tid. Omvendt falder andelen, der mister boligen, en smule. Ser man samlet på andelen, der enten stabilt har en bolig eller får en bolig, er billedet dog næsten konstant. Hvor 78 pct. af borgerne således enten har eller får en bolig i 2010, er der i 2012 71 pct., der enten stabilt har eller får en bolig.

Tabellen nedenfor viser borgernes boligsituation for CTI.

Skema over fastholdelsesgrad for bostøttemetoderne. Andele i pct.

	2010	2011	2012	Total
Stabilt haft en bolig	54%	77%	81%	73%
Har fået en bolig	38%	18%	15%	22%
Har mistet en bolig i perioden	4%	3%	3%	3%
Har ikke haft i hele perioden	4%	2%	1%	2%
Total	100%	100%	100%	100%

N=300 borgere. Kun borgere med mere end én indberetning og borgere for hvem der ikke er svaret "Ved ikke" eller "Andet" indgår i figuren.

"Har stabilt haft en bolig": Har en bolig ved første indberetning og ved sidste indberetning og oplever ikke at miste boligen undervejs,

"Har fået en bolig i perioden": Har ikke en bolig ved første indberetning, men har en bolig ved sidste indberetning, og oplever ikke at miste boligen undervejs.

"Har mistet en bolig i perioden": Har mistet en bolig på et tidspunkt i løbet af perioden.

"Har ikke haft bolig i hele perioden": Har ikke en bolig ved første indberetning eller ved sidste indberetning, og oplever ikke at få en bolig for at miste den igen undervejs.

Tabellen viser, at relativt flere borgere i 2010 har fået en bolig i løbet af perioden, hvor der er indberettet for borgeren. Dette kunne være et udtryk for, at man tilbage i 2010 enkelte steder startede CTI op, før borgeren havde en bolig. Omvendt viser tabellen dog også, at andelen, der enten stabilt har haft eller har fået en bolig, stort set har været den samme over perioden. Andelen, der mister eller slet ikke har en bolig, er konstant i perioden begrænset (under 10 pct.).

Individokumentationen viser dermed, at der sker enkelte forskydninger mellem årene. Det overordnede billede af udviklingen af borgernes boligsituation ændres dog ikke markant. I forhold

til boligsituation peger individdokumentationen dermed på, at borgerne, der er startet op i år 2010, ikke adskiller sig markant fra borgerne, der er startet op de efterfølgende år.

BILAG 5: BORTFALDSANALYSE

For både ICM og CTI afgrænses analysen til de individer, der har været indskrevet på herberg i 2009 og/eller 2010. For ICM-indsatsgruppens vedkommende sker der endvidere en afgrænsning af analysen til aldersgruppen på 30 år eller ældre. Derfor er det relevant at teste, hvorvidt analyseudvalget adskiller sig fra hele gruppen af individer, der har modtaget indsatsen (bruttopopulationen).

De nedenstående to tabeller viser test af middelværdier for de to grupper (analyseudvalg og bruttopopulation) for en række centrale variable for hhv. ICM- og CTI-indsatsgrupperne. For ICM er også bruttopopulationen afgrænset til individer på 30 år eller ældre.

Skema over test af middelværdi for bruttopopulation og analyseudvalg for ICM-metoden.

	Bruttopopulation		Analyseudvalg		Z-værdi	P-værdi
	(N = 147)		(N = 94)			
	Middelværdi	Standardfejl	Middelværdi	Standardfejl		
Andel hjemmehørende i Esbjerg eller Aarhus	0,510	0,041	0,415	0,051	15,182	0,000
Andel på § 110-boform i 2009	0,497	0,041	0,777	0,043	-49,893	0,000
Antal dage på § 110-boform, 2009	75,694	9,838	118,372	13,539	-26,425	0,000
Antal ophold på § 110 boform, 2009	1,014	0,150	1,585	0,213	-22,667	0,000
Antal nyindskrivninger på § 110 boform, 2009	0,830	0,141	1,298	0,206	-19,295	0,000
Antal heldøgnskontakter, 2009	1,034	0,183	1,138	0,260	-3,389	0,066
Antal ambulante kontakter, 2009	0,973	0,127	0,819	0,147	8,345	0,004
Antal skadestuekontakter, 2009	1,190	0,193	1,298	0,271	-3,340	0,068
Andel med somatisk indlæggelse, 2009	0,714	0,037	0,681	0,048	5,703	0,017
Antal somatiske heldøgnsindlæggelsesdage, 2009	5,973	2,548	3,617	0,894	10,265	0,001
Antal somatiske deldøgnsindlæggelsesdage, 2009	0	-	0	-	-	-
Antal somatiske ambulante indlæggelsesdage, 2009	98,653	12,224	88,372	14,700	5,646	0,017
Antal somatiske skadestue indlæggelsesdage, 2009	1,163	0,191	1,266	0,270	-3,210	0,073
Honorar almen læge, 2009	1861,57	180,23	1688,49	228,96	6,202	0,013
Honorar vagtlæge, 2009	58,33	12,36	71,89	18,15	-6,364	0,012
Honorar speciallæge, 2009	574,25	135,79	606,30	185,30	-1,447	0,229
Honorar tandlæge, 2009	152,15	29,31	104,53	25,41	13,353	0,000
Andel i misbrugsbehandling, 2009	0,361	0,040	0,298	0,047	10,644	0,001
Antal dage i ambulante misbrugsbehandling, 2009	109,088	13,465	86,957	15,552	11,343	0,001
Antal dage i døgn misbrugsbehandling, 2009	17,415	6,112	15,532	7,640	2,013	0,156
Andel med psykiatrisk indskrivning, 2009	0,367	0,040	0,330	0,049	6,250	0,012
Antal psykiatriske indlæggelsesdage, 2009	37,082	7,642	23,745	8,077	12,767	0,000
Antal psykiatriske heldøgnsindlæggelsesdage, 2009	3,218	0,874	3,096	0,953	1,000	0,317
Antal psykiatriske deldøgnsindlæggelsesdage, 2009	0	-	0	-	-	-
Antal psykiatriske ambulante indlæggelsesdage, 2009	32,898	7,241	19,362	7,394	13,974	0,000

Antal indlæggelsesdage på psykiatrisk skadestue, 2009	0,966	0,238	1,287	0,354	-7,754	0,005
Boligstøtte, beløb 2009	7181,69	848,83	6103,39	1012,93	8,574	0,003
Kontanthjælp, beløb 2009	32338,28	3867,60	36773,71	4951,70	-7,366	0,007
Lønindkomst, beløb 2009	18005,58	4776,12	26859,91	7285,50	-10,436	0,001
Sygedagpenge, beløb 2009	5938,84	2054,12	5203,67	2045,90	2,717	0,099
Førtidspension, beløb 2009	85429,05	7139,19	68802,98	8715,88	15,471	0,000
SU, beløb 2009	35,22	35,22	55,07	55,07	-3,112	0,078
Andel med boligstøtte, 2009	0,490	0,041	0,415	0,051	11,931	0,001
Andel med kontanthjælp, 2009	0,429	0,041	0,500	0,052	-11,293	0,001
Andel med sygedagepenge, 2009	0,075	0,022	0,085	0,029	-2,950	0,086
Andel med førtidspension, 2009	0,517	0,041	0,426	0,051	14,537	0,000
Andel med SU, 2009	0,007	0,007	0,011	0,011	-3,112	0,078
Andel med lønindkomst, 2009	0,313	0,038	0,447	0,052	-21,636	0,000
Antal færdselslovsovertrædelser, 2009	0,041	0,019	0,032	0,018	3,636	0,057
Antal overtrædelser af ejendomsloven, 2009	0,224	0,054	0,191	0,065	4,105	0,043
Antal voldsovertrædelser, 2009	0,129	0,031	0,117	0,040	2,539	0,111
Antal ubetingede straffe, 2009	0,068	0,027	0,074	0,038	-1,439	0,230
Antal dages ubetinget straf, 2009	8,776	4,328	7,340	3,624	2,776	0,096

For ICM er der 293 personer, der er opstartet med ICM-bøstøtte i 2010. 11 af de indleverede CPR-numre kan ikke genfindes i befolkningsregistret for 2010. Her kan der være tale om fejl i CPR-registreringer. Af de 282 resterende personer er 147 over 30 år og udgør således bruttopopulationen. Heraf har 94 haft ophold på § 110-boform i enten 2009 eller 2010 og udgør således analyseudvalget.

Som det ses af ovenstående tabel adskiller analyseudvalget for ICM-indsatsgruppens vedkommende sig signifikant fra bruttostikprøven på en del af variablene. Analyseudvalget er i mindre grad i misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling end bruttostikprøven og har ligeledes færre somatiske heldøgns- og ambulante indlæggelsesdage. Der er endvidere forskelle på forsørgelsesgrundlaget, hvor andelen af førtidspensionister er større i bruttopopulationen, mens andelen af kontanthjælpsmodtagere er større i analysegruppen. Det ses også, at analyseudvalget har været mere på § 110-boform end bruttopopulationen, hvilket dog kan forklares ved, at kriteriet for at indgå i analyseudvalget er at have været indskrevet på en § 110-boform i 2009 og/eller 2010.

Tabellen nedenfor viser den tilsvarende analyse for CTI.

Skema over test af middelværdi for bruttopopulation og analyseudvalg for CTI-metoden.

	Bruttopopulation		Analyseudvalg		Z-værdi	P-værdi
	(N = 62)		(N = 49)			
	Middelværdi	Standardfejl	Middelværdi	Standardfejl		
Andel hjemmehørende i Esbjerg eller Aarhus	0,048	0,027	0	-	-	-
Andel på § 110-boform i 2009	0,532	0,064	0,673	0,068	-11,187	0,001
Antal dage på § 110-boform, 2009	80,435	14,135	101,776	16,614	-7,171	0,007
Antal ophold på § 110-boform, 2009	1,113	0,267	1,408	0,326	-5,124	0,024
Antal nyindskrivninger, 2009	0,935	0,263	1,184	0,324	-4,345	0,037
Antal heldøgnskontakter, 2009	0,968	0,417	1,163	0,522	-2,138	0,144
Antal ambulante kontakter, 2009	0,710	0,146	0,694	0,173	0,511	0,475
Antal skadestuekontakter, 2009	1,629	0,754	1,837	0,950	-1,250	0,264

Andel med somatisk indlæggelse, 2009	0,597	0,063	0,571	0,071	1,957	0,162
Antal somatiske heldøgnsindlæggelsesdage, 2009	2,306	0,959	2,857	1,202	-2,617	0,106
Antal somatiske deldøgnsindlæggelsesdage, 2009	0	-	0	-	-	-
Antal somatiske ambulante indlæggelsesdage, 2009	49,065	12,928	42,735	13,571	2,492	0,114
Antal somatiske skadestue indlæggelsesdage, 2009	1,387	0,525	1,531	0,659	-1,244	0,265
Honorar almen læge, 2009	1180,89	175,71	1213,63	208,88	-0,879	0,349
Honorar vagtlæge, 2009	76,48	21,15	70,35	22,35	1,471	0,225
Honorar speciallæge, 2009	377,31	178,15	151,24	91,84	8,644	0,003
Honorar tandlæge, 2009	68,40	40,35	71,00	49,67	-0,297	0,586
Andel indskrevne i misbrugsbehandling, 2009	0,065	0,031	0,020	0,020	8,919	0,003
Antal dage i ambulat misbrugsbehandling, 2009	22,839	11,152	6,551	6,551	9,595	0,002
Antal dage i døgn misbrugsbehandling, 2009	0	-	0	-	-	-
Andel med psykiatrisk indskrivning, 2009	0,290	0,058	0,265	0,064	2,135	0,144
Antal psykiatriske indlæggelsesdage, 2009	25,806	10,142	7,184	4,090	13,167	0,000
Antal psykiatriske heldøgnsindlæggelsesdage, 2009	5,677	3,392	2,102	1,759	7,169	0,007
Antal psykiatriske deldøgnsindlæggelsesdage, 2009	0	-	0	-	-	-
Antal psykiatriske ambulante indlæggelsesdage, 2009	19,629	8,040	4,510	2,729	13,832	0,000
Antal indlæggelsesdage på psykiatrisk skadestue, 2009	0,500	0,257	0,571	0,322	-1,266	0,260
Boligstøtte, beløb 2009	1815,47	608,42	1504,90	500,35	2,951	0,086
Kontanthjælp, beløb 2009	40196,19	5812,35	38991,53	6222,12	1,043	0,307
Lønindkomst, beløb 2009	24662,00	8977,58	21351,51	9599,01	1,856	0,173
Sygedagpenge, beløb 2009	4872,31	3136,37	5147,27	3934,61	-0,399	0,528
Førtidspension, beløb 2009	23779,00	7483,23	21796,29	8334,49	1,301	0,254
SU, beløb 2009	214,19	214,19	271,02	271,02	-1,201	0,273
Andel med boligstøtte, 2009	0,226	0,054	0,224	0,060	0,120	0,729
Andel med kontanthjælp, 2009	0,694	0,059	0,694	0,067	-0,027	0,869
Andel med sygedagepenge, 2009	0,129	0,043	0,082	0,040	6,040	0,014
Andel med førtidspension, 2009	0,161	0,047	0,143	0,051	1,967	0,161
Andel med SU, 2009	0,016	0,016	0,020	0,020	-1,201	0,273
Andel med lønindkomst, 2009	0,484	0,064	0,551	0,072	-5,132	0,023
Antal færdselslov overtrædelser, 2009	0,081	0,035	0,082	0,040	-0,138	0,711
Antal overtrædelser af ejendomsloven, 2009	0,177	0,059	0,163	0,061	1,236	0,266
Antal voldsovertrædelser, 2009	0,194	0,056	0,143	0,058	4,643	0,031
Antal ubetingede straffe, 2009	0,032	0,023	0,020	0,020	2,895	0,089
Antal dages ubetinget straf, 2009	11,613	9,136	11,020	11,020	0,303	0,582

For CTI er 64 personer opstartet i 2010. Heraf kan én person ikke genfindes i registrene, mens én yderligere person har manglende oplysninger på en række variable. Brutton populationen udgør-

res således af 62 personer, hvoraf 49 udgør analyseudvalget, der har haft ophold på en § 110-boform i 2009 eller 2010.

Tabellen viser, at analyseudvalget og bruttostikprøven for CTI-indsatsgruppens vedkommende i overvejende grad ikke adskiller sig signifikant fra hinanden. Ligesom for ICM har analyseudvalget dog været indskrevet i misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling i færre dage end bruttopopulationen. Ligeledes ses, at analyseudvalget har været signifikant mere på § 110-boform end bruttostikprøven.