

Rapport 2006-030

**Evaluering av  
finansieringssystemer  
i kommunene**

# **Evaluering av finansieringssystemer i kommunene**

Utarbeidet for  
Kommunal- og  
regionaldepartementet



# Innhold:

SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER .....	1
1 INNLEDNING .....	5
1.1 Bakgrunn.....	5
1.2 Problemstilling.....	7
1.3 Metode .....	7
1.4 Valg av kommuner til case-studiene.....	9
1.5 Innholdet i rapporten.....	11
2 ORGANISASJONS- OG FINANSIERINGSMODELLER .....	13
2.1 Innledning .....	13
2.2 Organisasjonsmodeller.....	14
2.2.1 Intern eller ekstern produksjon .....	14
2.2.2 Ulik organisering gir ulike styringsformer .....	14
2.2.3 Skille bestiller-utfører .....	16
2.3 Finansieringsmodeller.....	17
2.3.1 Innledning .....	17
2.3.2 Fire idealmodeller .....	18
2.4 Fordeling av risiko i modellene .....	19
2.5 Idealtyper av modeller .....	21
3 POTENSIELLE EFFEKTER AV MODELLENE.....	23
3.1 Styringsmessige effekter av ulike finansieringsmodeller .....	23
3.1.1 Innledning .....	23
3.1.2 Kostnadseffektivitet .....	23
3.1.3 Prioriteringseffektivitet.....	32
3.1.4 Utgiftskontroll.....	32
3.2 Effekter for brukere og ansatte av ulike finansieringsmodeller.....	33
3.2.1 Kvalitet på tjenestene.....	34
3.2.2 Effekter for de ansatte.....	37
3.3 Oppsummering.....	38
4 ERFARINGER I 7 KOMMUNER.....	39
4.1 Innledning .....	39
4.2 Nøkkeltall.....	39
4.3 Kristiansand .....	41
4.4 Asker .....	44
4.5 Stavanger .....	46
4.6 Moss.....	47
4.7 Drammen .....	49
4.8 Hamar.....	51
4.9 Sørumsund.....	52
5 HVA ER EFFEKTENE? .....	55
5.1 Styringsmessige effekter.....	55
5.1.1 Overgangsproblemer.....	55
5.1.2 Systemkostnader .....	56
5.1.3 Driftsformer og finansieringssystem .....	57
5.1.4 Bestiller-utfører, finansieringssystem og roller .....	59

5.1.5	Kostnadseffektivitet .....	61
5.1.6	Prioriteringseffektivitet .....	62
5.1.7	Utgiftskontroll.....	65
5.2	Hva er effekter for brukere og ansatte? .....	66
5.2.1	Effekter på kvalitet.....	66
5.2.2	Effekter på arbeidsforholdene.....	68
5.3	Oppsummering.....	69
6	GENERELLE MOMENTER .....	71
6.1	Betydningen av kommunestørrelse.....	71
6.2	Betydningen av kostnadsstruktur.....	71
6.3	Betydningen av tjenestetype .....	73
VEDLEGG:	INFORMANTER.....	77

# Sammendrag og konklusjoner

## Resymé

*Rammefinansiering av tjenesteproduksjonen er den vanligste finansieringsformen i kommunene, men enkelte kommuner har innført modeller der "pengene følger brukeren". Ulike modeller gir ulike føringer på mulighetene til effektiv drift, høy kvalitet og mulighetene til å prioritere mellom sektorer. På basis av casestudier av pleie- og omsorgssektoren i 7 kommuner, drøftes "hvor og når" i kommunene ulike finansieringsmodeller er mest hensiktsmessige.*

## Bakgrunn

Kommunale tjenester har tradisjonelt vært finansiert med budsjettammer som har tatt utgangspunkt i tidligere års regnskap, og deretter justert for antatt vekst i kostnader og behov for tjenestene (*inkrementelle rammer*). Siden 1980-tallet har det vært en trend i retning av målstyring og rammefinansiering basert på objektive kriterier (*kriteriebaserte rammer*). De siste årene har stykkprismodeller der "pengene følger brukeren" vært innført i enkelte kommuner. En fellesbetegnelse for slike finansieringsmodeller er *aktivitetsbasert finansiering* (ABF).

Incentivene til effektivitet og kvalitet vil variere mellom modellene, og modellene vil kunne ha ulike egenskaper avhengig av kjennetegn ved kommunene og ved de tjenestene modellene anvendes på.

## Problemstilling

*I rapporten drøftes "når og hvor" ulike finansieringsmodeller er mest hensiktsmessige i kommunal tjenesteproduksjon, spesielt betydningen for*

- *Styringsmessige forhold som effektivitet og utgiftskontroll*
- *Forhold som angår brukerne, i første rekke kvaliteten på tjenestetilbudet.*

Rapporten baseres dels på analyser av finansieringsmodeller i ulike sektorer og for ulike tjenester. I tillegg er det gjennomført en casestudie av pleie- og omsorgssektoren i 7 kommuner. Enkelte kommuner har gjennomført eller planlegger forsøk med brukervalg av kommunale tjenester. Her er erfaringsmaterialet foreløpig begrenset, og konklusjonene som trekkes i rapporten, er under forutsetning av at det ikke er fritt brukervalg.

Professor Terje P. Hagen ved institutt for helseledelse og helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo har bidratt til den teoretiske delen av rapporten, men ECON står ansvarlig for alle vurderinger og konklusjoner.

Rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Kommunal- og regionaldepartementet.

## **100 blomster blomstrer**

Etter vår vurdering kan aktivitetsbaserte finansieringsmodeller ha flere gunstige egenskaper, sammenlignet med rammefinansiering. Å endre finansieringsmodell medfører imidlertid kostnader, og fornuftige tiltak kan gjennomføres innenfor alle finansieringsmodeller. Hva som er den beste strategi for en kommune som vil videreutvikle og effektivere sitt tjenestetilbud, kan derfor variere mellom kommunene. Det er også viktige forskjeller mellom hensiktsmessigheten av ulike modeller blant annet mellom små og store kommuner og mellom ulike typer tjenester.

## **Ulike incentiver i ulike modeller**

De ulike finansieringsmodellene gir ulike incentiver til tjenesteprodusentene. *Inkrementelle rammer*, der rammen fastlegges skjønnsmessig ut fra fjorårets regnskap og antatt endring i behov, gir moderate incentiver til å holde kostnadene nede. I modellen med *kriteriebasert ramme (KBR)*, spiller objektive indikatorer for utgiftsbehov en viktig rolle for budsjettet. *Aktivitetsbasert finansiering (ABF)* innebærer at tjenesteprodusentene ikke lenger får et årsbudsjett, men isteden en løpende finansiering som følger vedtakene om individuelle tjenester. Både kriteriebaserte rammer og ABF-modeller gir sterke økonomiske incentiver til å redusere kostnadene, blant annet fordi de begge innebærer at produsentene får en økonomisk gevinst dersom de kan produsere med lavere kostnader enn forventet.

## **Valg av finansieringsmodell er ett av flere tiltak**

Finansieringsmodellen er et rammeverk for styring av tjenesteprodusentene, men en kommune kan benytte andre virkemidler også. Balansert målstyring, løpende budsjettkontroll og rapportering, bruk av resultatindikatorer og av belønningssystemer for virksomheter og ledere, er styringsinstrumenter som kan benyttes innenfor ulike finansieringsmodeller. Det er derfor ingen entydig sammenheng mellom finansieringsmodell og resultater. Vi finner da heller ingen entydig sammenheng mellom finansieringsmodell og oppnådde resultater i de 7 kommunene vi har studert.

## **Finansiering og organisering**

Finansiering og organisering må ses i sammenheng. Erfaringene fra casestudiene tyder på at aktivitetsbasert finansiering bidrar til å "smøre" en bestiller-utfører organisering, som innebærer at brukerne tildeles tjenester mens produsentene bare skal utføre de bestilte tjenestene. Organisasjonsmodellens skille mellom rollen som bestiller og rollen som utfører underlettes dersom bestillingene følges av ressurser til å gjennomføre dem. Uten at "pengene følger vedtaket", tyder mye på at det er vanskelig å få gjennomført mange av de gode intensjonene med bestiller-utførermodellen, slik som økt likebehandling og rettssikkerhet i tildelingen av tjenester.

## **Kostnader ved å gå over til aktivitetsbasert finansiering**

For at aktivitetsbasert finansiering skal fungere etter hensikten, kreves det gode data for kostnadene (stykkpriser) ved de ulike tjenestene. Erfaringene til nå synes å være at det kan være relativt betydelige kostnader forbundet å beregne korrekte

stykkepriser. En eventuell gevinst ved ABF-modeller må sammenlignes med disse og andre kostnader. Kostnadene ved å frambringe gode data for stykkepriser er langt på vei en engangskostnad. Løpende registrering av primærdata og beregning av indikatorer synes å medføre små kostnader.

Kommuner som har innført aktivitetsbasert finansiering har også erfart vesentlig større tekniske problemer enn opprinnelig antatt, blant annet med datasystemer for registrering av tidsbruk. Det ser også ut til kommunene har måttet bruke mer tid enn forventet for å forklare logikken i den nye finansieringsmodellen til ledere og ansatte, slik at finansieringsmodellen har kunnet bli forankret i organisasjonen. Etter 2-3 år synes overgangsproblemene å være tilbaketrukket.

### **Gevinster med aktivitetsbasert finansiering**

En viktig gevinst ved aktivitetsbasert finansiering, er at modellen innebærer bedre data for kostnader og resultater. Det synes å gjøre faglige beslutninger og politisk debatt bedre. Bedre data kan man selvsagt også skaffe seg med rammefinansiering. Det tilsier at det ikke uten videre er rimelig å henvføre alle slike beregningskostnader til en eventuell beslutning om å gå over til aktivitetsbasert finansiering.

Vi har identifisert visse effektiviseringsgevinster med aktivitetsbasert finansiering. Erfaringene tyder på at tjenesteprodusentene i større grad enn ved rammebasert finansiering lar timeverksinnsatsen følge variasjonene i tildelte tjenester. Over året har dette redusert timeverk per ”produsert enhet” noe. Likevel er det ofte grenser for hvor raskt og hvor mye tjenesteprodusentene klarer å tilpasse timeverksinnsatsen til svingningene i tildelte tjenester. Effektiviseringsgevinstene ved mer effektiv drift hos den enkelte tjenesteprodusent, blir dermed begrenset.

Å tildele rett tjeneste til rett bruker er viktig for kostnadseffektivitet både i pleie- og omsorgssektoren og i andre sektorer. Aktivitetsbasert finansiering, som krever bestiller-utfører modell, gjør det trolig noe lettere å sikre mer likeverdig tildeling av tjenester internt i kommunen, enn det som er tilfellet i en tradisjonell modell der rammefinansierte tjenesteprodusentene er ansvarlige for både tildeling og tjenesteyting. Mye tyder på at en slik modell på en bedre måte enn kriteriemodeller basert på sosiodemografiske variabler, klarer å fange opp eventuelle forskjeller i tjenestebehov mellom ulike deler av kommunen.

Siden tildeling av tjenestene skjer sentralisert, og finansiering følger med tildelingen, vil aktivitetsbasert finansiering også kunne bidra til at sammensetningen av tjenestetilbudet i større grad enn ved rammefinansiering kan følge variasjoner i behovet for ulike tjenester.

### **Betydningen av kjennetegn ved kommunen**

Flere forhold tilsier at aktivitetsbasert finansiering først og fremst kan være fordelaktig i *større kommuner*. Siden investeringskostnadene trolig bare et stykke på vei varierer med kommunenes størrelse, vil kostnadene per innbygger ved å etablere omfattende data- og registreringssystemer lett bli for store til å rettferdiggjøre modellen i små kommuner. Både bedre informasjon om brukernes tjenestebehov gjennom uformelle kanaler og et lavt antall tjenesteprodusenter i små kommuner, tilsier også at gevinsten ved aktivitetsbasert finansiering, hvis det i det hele tatt er noen gevinst, blir liten i slike kommuner.



En mulig større fleksibilitet i ressursstyringen i pleie- og omsorgssektoren ved aktivitetsbasert finansiering er et særlig relevant moment i kommuner hvor tjenestebehovene endrer seg raskt. Dette kan være kommuner med sterk vekst eller nedgang i befolkningen, eller med endringer i aldersfordelingen.

## **Finansieringsmodell og tjenestetype**

Aktivitetsbasert finansiering passer generelt best for *arbeidsintensive* tjenester der produksjonsvolumet relativt lett kan varieres. Innenfor pleie og omsorg er det for eksempel lite å hente ved å ha aktivitetsbasert finansiering av sykehjem, som relativt sett er kapitalintensiv, fordi disse institusjonene i praksis alltid er fullt belagt. Selv om finansieringen av sykehjem formelt sett er aktivitetsbasert (f.eks. basert på liggedøgn eller lignende), er likevel den årlige finansieringen i realiteten gitt. For sykehjemmet blir de økonomiske rammebetingelsene derfor ikke mye annerledes ved aktivitetsbasert finansiering enn om den hadde fått et rammebudsjett.

Casestudiene tyder på at de fleste eller alle tjenester innenfor pleie og omsorg kan omfattes av en ABF-modell, med det forbehold at det neppe er store gevinster ved ABF i sykehjem og eventuelle andre kapitalintensive tjenester. En fellesnevner ved tjenestene er at de tildeles etter behov, slik at en bestiller-utfører modell med aktivitetsbasert finansiering kan gi god tildeling, effektivitet og utgiftskontroll. Også tjenester i andre sektorer er kjennetegnet av at de tildeles etter behovsvurderinger, hvor sentralisert tildeling og der ”pengene følger vedtaket” er hensiktsmessig (for eksempel spesialundervisning i skolen eller ekstra ressurser i barnehagen).

For tjenester der behovet varierer lite eller ingenting mellom brukerne (og der det ikke er brukervalg av særlig omfang), for eksempel ordinær grunnskoleundervisning, vil aktivitetsbasert finansiering og kriteriebasert finansiering i praksis være det samme.

Smådriftsulemper kan forekomme dersom enkelte tjenesteprodusenter har mer kostnader fordi det kan være nedre grenser for hvor lav ressursbruken kan bli. Det tilsier at slike produsenter må ha høyere stykkpriser eller budsjettammer enn større produsenter. Slike forhold kan gjøre det nødvendig med ”skreddersøm” i finansieringsmodellene. Å anslå slike kostnadsforhold reiser problemer i enhver finansieringsmodell, og eksistensen av slike kostnadsforhold trekker i utgangspunktet ikke i favør av noen av finansieringsmodellene.

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Kommunene er en svært viktig leverandør av tjenester i det norske velferds-samfunnet. Ansvar for å tilby viktige velferdstjenester er lagt til kommunene blant annet fordi lokale prioriteringer skal kunne uttrykkes i lokaldemokratiet og fordi kommunalt ansvar skal bidra til at lokal kunnskap utnyttes for å tilpasse tjenestene best mulig til befolkningens behov.

Det er selvsagt ønskelig at kommunene sørger for tjenester i tilstrekkelig omfang og med best mulig sammensetning på tjenestetyper, med lave kostnader og med høy kvalitet. Hensynene står ofte i motstrid med hverandre, og gode formål konkurrerer om begrensede ressurser. Derfor må kommunene ha gode systemer for å avveie mellom ulike hensyn, og for å gi tjenesteprodusentene økonomiske ressurser, kompetanse og incentiver til å drive effektivt og med høy kvalitet. Mens omfang, sammensetning og kvalitet i de viktigste kommunale tjenestesektorene er regulert gjennom lover og forskrifter, har kommunene stor frihet i hvordan de vil *organisere* seg for å yte tjenestene, og i hvilke systemer for å *finansiere* tjenestene de vil benytte.

### **Endringer i organisering og finansieringssystem**

Valg av organisasjonsmodell og finansieringssystem er viktige instrumenter kommunene har til rådighet for å utvikle sitt tjenestetilbud. De siste 10-15 årene har man både på statlig og kommunalt nivå gjennomført viktige endringer i organiserings- og finansieringsmodeller. Kommunale tjenester har tradisjonelt vært finansiert med budsjettammer som enhetene skulle holde seg innenfor, og der rammene var skjønsmessig basert på tidligere års regnskap ("inkrementelle rammer"). Siden 1980-tallet har det vært en trend i retning av målstyring og rammefinansiering basert på objektive kriterier. På statlig nivå er såkalt innsatsstyrt finansiering, der budsjettet er direkte knyttet til indikatorer for hvor mye virksomheten produserer, blitt tatt i bruk i sykehussektoren og i høyere utdanning. På 1990-tallet har stadig flere kommuner innført "flat struktur" og resultatenheter. Endringene innebærer stor grad av delegasjon av myndighet til lederne for resultatenheter, men samtidig krav til effektivitet og kvalitet. Konkurransetsetting og brukervalg er instrumenter som benyttes i økende grad, men uten at omfanget ennå ser ut til å ha blitt særlig stort.

En fellesbetegnelse som ofte brukes om viktige trekk ved endringene i offentlig forvaltning, er "New Public Management" (NPM). NPM innebærer at man introduserer antatt gunstige egenskaper ved en markedsbasert organisering også i

offentlig forvaltning, noe som innebærer bruk av resultatmåling, systemer for å gi forutsigbare økonomiske rammer og bruk av økonomiske incentiver. Almquist (2004) definerer NPM med begrepene kontrakter, konkurranse og kontroll. NPM er omtalt som i noen grad å være en motetrend, som kanskje adopteres uten at fordeler og ulemper nødvendigvis er godt belyst (Sørensen, 2004, Vabø, 2005). Det kan i den sammenheng være relevant å poengtere at også den ”tradisjonelle” organiseringen av offentlig tjenesteproduksjon (forvaltningsorganisering) nok har vært påvirket av sin tids mote (Sørensen, 2004).

### **Tildeling og tjenesteproduksjon kan skilles fra hverandre**

Tradisjonelt har tildelingen av kommunale tjenester (f.eks. hjemmesykepleie) til den enkelte bruker blitt fortatt internt i den virksomheten som også hadde ansvaret for å yte tjenesten. I en del kommuner har man de senere årene gjennomført et organisatorisk skille mellom den enheten som tildeler tjenester og den enheten som utfører dem, i form av en bestiller-utfører-modell (BUM). Enkelte kommuner med bestiller-utfører organisering har gått et skritt videre og innført systemer der ”pengene følger vedtaket”. Det betyr at de virksomhetene som har ansvaret for å yte tjenestene ikke lenger får en fast årlig budsjettamme å forholde seg til, men isteden en finansiering bestemt av de løpende tildelingene fra bestillerenheten. Slike finansieringsmodeller omtales under ulike navn, blant annet innsatsstyrt finansiering, aktivitetsbasert finansiering eller aktivitetsbaserte inntekter. I denne rapporten vil vi benytte betegnelsen *aktivitetsbasert finansiering* (ABF).

### **Forskjell mellom stat og kommune**

Det er en viktig forskjell mellom de kommunale ABF-systemene vi undersøker i denne rapporten, og innsatsstyrt finansiering på statlig nivå, slik som for eksempel i sykehussektoren. Mens sykehusene selv langt på vei har myndighet til å bestemme hvor stor produksjonen skal være (de fatter selv beslutninger om innskrivning, behandling og utskrivning), er omfanget av de tjenestene som de kommunale tjenesteprodusentene produserer, i prinsippet 100 prosent bestemt av et eksternt organ, nemlig tildelingsenheten.

Forskjellen mellom statlig og kommunalt nivå i hvem som har myndighet til å bestemme produksjonsvolumet, gjør at erfaringer fra ISF (innsatsstyrt finansiering) i sykehussektoren ikke uten videre er relevante når vi skal diskutere effekter av aktivitetsbasert finansiering i kommunesektoren.

### **Ulike motiver**

Motivet bak de endringene i finansieringsmodell som er gjennomført i kommunene synes i noen tilfeller å være at de ses som nødvendige for å legge til rette for anbud, konkurranseutsetting og brukervalg. Men like ofte synes valg av aktivitetsbasert finansiering motivert av ønsker om å styrke tildelingspraksis, brukernes rettssikkerhet og den overordnede styring av kommunen som tjenesteprodusent.

## Begrenset erfaringsmateriale

Tross utviklingen i retning av mer aktivitetsbasert finansiering, er antall kommuner med slike finansieringsmodeller fortsatt lavt<sup>1</sup>. Mye tyder imidlertid på at det er flere kommuner som vurderer å gå i denne retningen. Finansdepartementet (2003) gir en drøfting av hensiktsmessigheten ved aktivitetsbasert finansiering på statlig nivå. Kommunal- og regionaldepartementet (2005) inneholder beskrivelser av nye finansieringssystemer i et utvalg kommuner, men gir ikke grunnlag for å si noe om *effekten* av å gå fra tradisjonelle systemer for finansiering til nyere systemer basert på behovsindikatorer eller systemer der ”pengene følger brukeren”. Både for den enkelte kommune og for statlige myndigheter synes det å være behov for mer kunnskap om fordeler og ulemper ved ulike finansieringsmodeller.

## 1.2 Problemstilling

Hovedformålet med prosjektet er å frambringe kunnskap om ”når og hvor” ulike finansieringsmodeller er mest hensiktsmessige i kommunal tjenesteproduksjon. Man ønsker spesielt vurderinger av betydningen av finansieringsmodellen på

- Styringsmessige forhold som utgiftskontroll og effektivitet
- Forhold som angår brukerne, i første rekke kvaliteten på tjenestetilbudet.

Rapporten ender opp med en vurdering av forutsetningene for bruk av ulike finansieringssystemer i ulike typer kommuner, i ulike tjenestesektorer og eventuelt etter andre kjennetegn eller situasjoner.

I debatter om organisering og finansiering i kommunene legges det ofte forskjellige ting i begrepene. ”Pengene følger brukeren” brukes av og til om aktivitetsbasert finansiering med brukervalg, mens ”pengene følger vedtaket” brukes om aktivitetsbasert finansiering uten brukervalg. Det er viktig å skille mellom finansieringsmodeller med og uten brukervalg, da de to modellene trolig vil virke temmelig forskjellig.

I denne rapporten *fokuserer vi ikke på brukervalg*. Vi benytter derfor begge begrepene om det som står i fokus i denne rapporten, nemlig aktivitetsbasert finansiering uten brukervalg.

## 1.3 Metode

Grunnlaget for konklusjonene i rapporten er dels resultater fra teoretisk forskning og empiriske analyser av finansieringsmodeller generelt. I tillegg har ECON som ledd i undersøkelsen gjennomført en casestudie av pleie- og omsorgssektoren i 7 kommuner. Fire av disse kommunene har benyttet varianter av aktivitetsbasert finansiering, mens tre kommuner har benyttet rammebasert finansiering.

---

<sup>1</sup> Innføring av ISF i spesialisthelsetjenesten (sykehusene) i 1997 skjedde imidlertid med kommunesektoren som eksekutør. Fylkeskommunene var meget raske med å innføre aktivitetsbaserte avtaler med sykehusene etter at staten hadde innført et prisvridende tilskudd til somatisk sykehusbehandling.

Valget av casestudier – til forskjell fra en statistisk analyse av kvantitative data – er begrunnet i flere forhold: En ting er at antall kommuner som har benyttet ABF er lite, samtidig som antall variabler som kan ha påvirket effektivitet, kvalitet og utgiftskontroll, er stort. Dette umuliggjør langt på vei en kvantitativ analyse av effektene av nye finansierings- og styringsmodeller. Videre er det selvsagt svært vanskelig å utarbeide pålitelige kvantitative indikatorer på utgiftskontroll, effektivitet og kvalitet. Casestudier med intervjuer av informanter i ulike posisjoner i et utvalg kommuner, fortøner seg således som et naturlig valg.

De ekstreme ytterpunktene for en forskningsstrategi er å undersøke *alle* aspekter ved *en* enhet (intensivt opplegg) og å undersøke *ett* (eller noen få) aspekter ved *alle* enhetene i universet (ekstensivt opplegg). Casestudier er et intensivt opplegg, og gir således gode muligheter til å få med kontekstuelle aspekter ved det fenomenet som studeres. Man får også lettere et godt bilde av kronologien av hendelser – noe som gir støtte til å vurdere årsaksforhold. Casestudier egner seg generelt når man skal studere sammensatte fenomener som ikke enkelt lar seg beskrive med noen få variabler. Metoden har klare fortrinn framfor større utvalgsundersøkelser når man vil stille spørsmålene ”hva” (i utforskende forstand), ”hvordan” og ”hvorfor”, til forskjell fra ”hvem” og ”hvor mange”.

Casestudien er gjennomført ved hjelp av telefonintervjuer med informanter i de 7 kommunene. Første kontakt var enten leder for pleie- og omsorgssektoren i kommunen eller hadde sentralt økonomiansvar i sektoren. Fra denne personen fikk vi navn på andre informanter i kommunen. Disse var ledere for utførerenheter (hjemmetjenester og sykehjem), leder for bestiller/tildelerkontor i kommuner som hadde slike kontorer, samt lokale tillitsvalgte. I enkelte tilfeller intervjuet vi også personer utenfor kommunen, blant annet i kommunerevisjonen og i det lokale helsetilsynet (fylkeslegen). Til sammen ble det gjennomført intervjuer med 32 personer.

Intervjuene var todelt. Nøkkelinformanter i kommunen beskrev først organiseringen av pleie- og omsorgssektoren, samt hvordan den ble finansiert. Vi spurte spesielt om organiseringen av selve tjenestetildelingen. Dernest la vi vekt på å få et inntrykk av særtrekk ved kommunen, blant annet beskrivelse av endringer i sektoren noen år tilbake i tid, kommunens og sektorens økonomiske situasjon og en beskrivelse av dagens tjenestebehov med utgangspunkt i sosiale og demografiske endringer. Dette skjedde ved ”åpne intervju” idet vi ba om intervjuerens vurdering av de viktigste endringer og særtrekk.

Vi ba også om informantenes vurderinger av hvor godt de mener den eksisterende finansieringsmodellen i sektoren fungerer i forhold til egen arbeidssituasjon og stilling i organisasjonen, og i forhold til de målvariablene vi vurderer i rapporten, effektivitet, kvalitet og utgiftskontroll. I kommuner som de senere årene hadde gått fra rammebasert finansiering til aktivitetsbasert finansiering, ba vi om informantenes vurdering av hva de mener har vært effektene av endringene. Også i kommunene med rammefinansiering har det vært organisasjonsendringer, og informantene her ble spurt om deres vurdering av virkningene av disse endringene. Alle kommunene ble spurt om hva som de senere årene har vært de viktigste kildene til endringer, herunder betydningen av den generelle økonomiske situasjonen i kommunen. Siden disse svarene er basert på skjønn, har vi lagt vekt på å sammenholde svarene fra informanter med ulikt ståsted i kommunene. Flere av informantene gav, naturlig nok, uttrykk for at det var vanskelig å identifisere

hva som var effektene av (endringer i) finansieringsmodellen når også andre forhold i kommunen endret seg på samme tid. Intervjuene ble foretatt medio desember 2005.

Vi har hatt tilgang til noe skriftlig informasjon om kommunene, slik som budsjetter, dokumenter og statistikk. Informasjonen fra intervjuene har likevel vært den klart viktigste informasjonskilden i prosjektet. Som bakgrunn for våre vurderinger har vi også benyttet nøkkeldata om kommunen, og pleie- og omsorgssektoren spesielt, fra KOSTRA.

Intervjuene og dataene gir grunnlag for å vurdere effektene av endringer over tid i hver enkelt kommune. Det at vi har med kommuner med ulike finansieringsmodeller gjør også at vi kan sammenligne kommunene med hverandre. Selv med et så lite antall kommuner som 7, kan en sammenligning mellom kommuner gi viktig informasjon. Spesielt har vi vært ute etter å sammenligne situasjonen i kommuner med aktivitetsbasert finansiering med situasjonen i kommuner der pleie- og omsorgssektoren er rammefinansiert.

Hvor pålitelige er funn basert på bare 7 kommuner? Tatt i betraktning av at det er et meget begrenset antall kommuner med erfaringer med aktivitetsbasert finansiering som ikke er omfattet av undersøkelsen, anser vi få observasjoner som et mindre problem, ut fra representativitet blant ABF-kommunene. Et lite antall observasjonsenheter, kombinert med flere forklaringsvariabler som til dels endrer seg samtidig, samt spesifikke forhold i den enkelte kommune, gjør det likevel vanskelig å skille ut den distinkte betydningen av finansieringsmodellen fra effektene av andre forhold. Når vi likevel forsøker å gjøre dette, er det klart at våre konklusjoner tas med forbehold, og at undersøkelsen reiser uavklarte spørsmål. Spesielt synes det ikke fullt ut avklart i hvor stor grad erfaringene fra kommunene med aktivitetsbasert finansiering har karakter av å være "barne-sykdommer" eller spesielle problemer ved å være "først ute", og hvor mye som synes å være påregnelige effekter i eventuelle nye kommuner som vil endre finansieringsmodell.

## **1.4 Valg av kommuner til case-studiene**

Kommunal- og regionaldepartementet (2005) gir en oversikt over kommuner som har aktivitetsbaserte finansieringsmodeller. Basert på den rapporten og annen informasjon har vi følgende kommuner og sektorer hvor man har hatt ABF-systemer der pengene følger brukeren (vedtaket) innenfor pleie og omsorg.

*Tabell 1.1 Aktivitetsbasert finansiering innenfor pleie og omsorg i en del kommuner*

Kommune	Område	År for innføring
Moss	Hjemmetjeneste	2000
Trondheim	Hjemmetjeneste	2002
Nordstrand bydel	Hjemmetjeneste	2002
Kristiansand	Pleie og omsorg	2003
Asker	Hjemmetjeneste	2002
Bærum	Del av pleie og omsorg	2004
Stord	Del av pleie og omsorg	2004
Eide, Møre og Romsdal	Hjemmehjelp	2004
Stavanger	Pleie og omsorg	2004

Kilde: Kommunaldepartementet (2005), ECON

En del kommuner har finansieringsmodeller som benevnes aktivitetsbasert finansiering også i andre sektorer. Blant annet har Kristiansand slike finansieringsmodeller innenfor barnehager og enkelte andre tjenester, mens en del kommuner har tildelingsmodeller til de enkelte skoler basert på elevtall, modeller som enkelte betegner som ABF-modeller.

Det er valgt ut 4 kommuner med ABF og 3 kommuner med rammebasert finansiering av pleie- og omsorgssektoren. Disse 3 kommunene skal tjene som sammenligning med kommunene som har aktivitetsbasert finansiering. Ved utvelgelse av sammenligningskommuner kan det være et problem at mange av disse kommunene kan være *på vei mot* aktivitetsbaserte systemer. Det blir da litt vanskelig å si hvor mye av eventuelle effekter som skyldes at man jobber i retning av aktivitetsbasert finansiering og hvor mye som skyldes økt kostnadsbevissthet og profesjonalitet under tradisjonell rammefinansiering. Vi har derfor vært ute etter sammenligningskommuner som ikke har overgang til ABF-modeller som et ledd i en overordnet strategi for utviklingen av kommunen. Vi har også ønsket å finne kommuner som i størrelse og andre rammevilkår ikke er for ulike kommunene med aktivitetsbasert finansiering.

Vi valgte ut kommuner, både blant ABF-kommunene og de rammefinansierte kommunene, blant kommuner over en viss størrelse, blant annet fordi det er grunn til å tro at ABF-modeller trolig vil være mindre aktuelle i små kommuner (selv om enkelte av ABF-kommunene er små).

I samråd med Kommunal- og regionaldepartementet, valgte vi ut følgende kommuner:

Aktivitetsbasert finansiering: **Kristiansand, Stavanger, Asker, Moss.**

Rammebasert finansiering: **Hamar, Sørumsund, Drammen.**

Blant ABF-kommunene har vi valgt ut Kristiansand fordi kommunen har vært en foregangskommune i å implementere aktivitetsbasert finansiering. Asker har også vært tidlig ute. Stavanger startet noe senere, og var interessant blant annet av den grunn. Moss innførte aktivitetsbasert finansiering helt tilbake til 2000, og ble

vurdert som interessant fordi vi antok at vi kunne studere langsiktige virkninger her.

Blant rammefinansieringskommunene ble Hamar og Drammen valgt ut fordi de var bykommuner av en viss størrelse, selv om de er mindre enn Kristiansand og Stavanger. Sørums er en liten kommune i dette utvalget, og ble valgt ut blant annet for å få informasjon om forholdene i mindre kommuner. I tillegg er det et motiv at Sørums har vært med i ”Modellkommuneforsøket” – et prosjekt for økt effektivitet i kommunene uten konkurranseutsetting, og med sterk vekt på at omstillings- og effektiviseringsarbeidet skulle skje i samarbeid med de ansatte.

## 1.5 Innholdet i rapporten

I *kapittel 2* drøftes ulike finansierings- og organiseringsmodeller i offentlig sektor og i kommunene spesielt. Basert på forskningslitteraturen klassifiserer vi finansierings- og organisasjonsmodeller, og etablerer noen idealtypiske kommuner etter valg knyttet til organisering og finansiering.

I *kapittel 3* drøfter teoretisk potensielle effekter på effektivitet, kvalitet og utgiftskontroll av valg av finansieringsmodell i pleie- og omsorgssektoren.

I *kapittel 4* beskrives case-kommunene, og vår oppsummering av erfaringer og effekter av finansieringsmodell, basert på intervjuene.

I *kapittel 5* drøftes effektene av finansieringsmodell på effektivitet, kvalitet og utgiftskontroll basert på en samlet vurdering av situasjon og endringer i de 7 kommunene.

*Kapittel 6* er en sammenfattende analyse, der vi også diskuterer hensiktsmessigheten av ulike finansieringsmodeller i andre sektorer enn pleie- og omsorgssektoren.





## 2 Organisasjons- og finansieringsmodeller

### 2.1 Innledning

Å bestemme finansieringsmodell i en sektor i en kommune, er ett av flere elementer i kommunens samlede strategi for å utvikle tjenestetilbudet. Andre viktige elementer i en slik strategi er å velge organisasjonsstruktur og ansvars- og rollefordeling mellom sektorer og nivåer. Valg av finansieringsmodell og organisasjonsmodell er nært forbundet. En kommune vil også gjøre overordnede strategiske vurderinger av hvorvidt man ønsker private aktører inn som tilbydere av tjenester som kommunen har ansvaret for. Hva kommunen ønsker å styre mot på dette området, kan også være styrende for valget av finansieringsmodell, selv om det ikke er noen nødvendig sammenheng mellom det å velge aktivitetsbasert finansiering og det å ønske private aktører inn som tilbydere<sup>2</sup>.

Som beskrevet i innledningskapitlet, har det i mange år vært en trend i retning av å introdusere markedslignende eller markedsimiterende ordninger i kommunesektoren. Stikkord er målstyring basert på resultatindikatorer, økt resultatansvar for ledere, rammefinansiering basert på objektive kriterier, målestokk-konkurranse (benchmarking), konkurranseutsetting og brukervalg. Trenden i retning av ”flat struktur” på 1990-tallet resulterte ofte i mange resultatenheter rett under rådmannsnivå, og en slanking av den administrative staben. Endringene i kommunene innebærer økende grad av delegasjon av myndighet til lederne for resultatenheter, men samtidig tydeligere krav til økonomi (effektivitet) og kvalitet. Rammestyringen innebærer i økende grad at resultatenheter skal ta med seg budsjettoverskridelser eller -overskudd fra tidligere år.

En enda nyere trend i kommunene er spesialisering av bestiller- eller tildelerfunksjonen for viktige kommunale tjenester gjennom en såkalt bestiller-utførermodell (BUM). Ifølge RO-sentert (2004) var det per november 2004 blitt etablert bestillerenheter i pleie- og omsorgssektoren i 40 kommuner. Det er videre 31 bestillerkontorer i bydeler i fire av de største byene. Både ønske om å styrke rettssikkerheten til brukerne i forhold til lovverket, samt ønske om styrket likebehandling av søkere internt i kommunene synes ofte å ha vært viktige grunner for å innføre bestiller-utførermodell i mange kommuner.

---

<sup>2</sup> Dette kommer klart fram i case-studiene.

ABF synes å forutsette at kommunen har et organisatorisk skille mellom bestiller og utfører. Det er imidlertid flere kommuner som har valgt BUM uten gjennomført endringer i måten tjenesteprodusentene finansieres på. I disse kommunene har man beholdt rammefinansiering av tjenesteprodusentene.

## 2.2 Organisasjonsmodeller

### 2.2.1 Intern eller ekstern produksjon

Tradisjonelt har kommunen sørget for tjenester gjennom produksjon i kommunens *egne forvaltningsorganer* (sykehjem, hjemmetjenester, skoler, barnehager, osv). Dette kalles gjerne for klassisk forvaltning. (jf. Sørensen, Borge og Hagen 1999). Tradisjonelt gis forvaltningsorganisasjonen en budsjetttramme for å finansiere aktiviteten. For tjenester der etterspørselen er større enn det ressursrammen tilsier, må forvaltningsorganet vurdere hvem som skal få de ulike tjenester som produseres. Den tradisjonelle forvaltningsorganiseringen innebærer at tildeling og utførelse av tjenesten gjøres av samme organ – gjerne lederen for enheten (eventuelt mellomleder eller erfarne medarbeidere). Tildeling kan også organiseres i grupper der ledere for ulike tjenesteproduserende enheter er med.

I dag velger en del kommuner å utsette tjenesteproduksjonen for *konkurranse fra private tilbydere*. I likhet med i modellen med klassisk forvaltning er det de politiske myndighetene som har ansvaret for tjenestetilbudet. Konkurransen kan organiseres på ulike måter. I diskusjoner om offentlig tjenesteyting tenker en seg vanligvis at konkurransen organiseres som en anbudskonkurranse mellom offentlige og private bedrifter. En offentlig myndighet definerer hvilke tjenester som skal leveres. Den finansierer også tjenesten på vegne av innbyggerne, på akkurat samme måte som ved klassisk forvaltning. Den store forskjellen er at det ikke nødvendigvis er en offentlig virksomhet som står for tjenesteproduksjonen.

Delvis som en følge av økt konkurranseutsetting, organiseres en økende del av kommunenes tjenesteproduksjon gjennom *kommunale (og interkommunale) selskapsdannelser*, for at disse skal ha om lag samme rammebetingelser som private konkurrenter.

### 2.2.2 Ulik organisering gir ulike styringsformer

De tre organisasjonsformene for tjenesteproduksjon - kommunale forvaltningsorganer, kommunale foretak eller selskap og private aktører – styres på ulike måter:

- *Etatsstyring* innebærer at kommunen kan styre alle sider ved virksomheten. Dette er den vanlige styringsformen ved forvaltningsorganmodellen. Forvaltningsorgan med etatsstyring gir oss en såkalt integrert styringsmodell.
- *Eierstyring* innebærer mindre muligheter for direkte inngripen i løpende beslutninger. Slik styring benyttes primært i forhold til offentlige foretak eller selskap. Eierstyring stiller formelle krav til hvordan styring kan utøves. For eksempel vil instruksjon bare kunne skje gjennom bestemte fora som generalforsamling eller foretaksmøte.

- *Kontraktstyring* innebærer juridisk forpliktende avtaler slik en kjenner dem fra kontraktsretten.

Figur 3.1 illustrerer overfor hvilke utførere vi antar å finne de ulike styringsformene.

*Figur 3.1 Typologi over styringsformer og organisasjonsformer*

Formell organisering: Styring skjer ved:	Offentlig produksjon - forvaltningsorgan	Offentlig produksjon – selskapsmodeller	Privat produksjon – ideelle og kommersielle aktører
Etatsstyring	X		
Eierstyring		X	
Klassiske kontrakter			X

Mens offentlige forvaltningsorgan styres ved etatsstyring, kan offentlige foretak styres ved en kombinasjon av eierstyring og kontrakter. Overfor private produsenter er kontrakter det sentrale virkemidlet kommunen kan styre med.

Kontraktstyring er ikke en entydig styringsform. Det kan skilles mellom tre typer langsiktige kontrakter (jf. f.eks. Haugland, 1996): Klassiske kontrakter, interne kontrakter og relasjonskontrakter<sup>3</sup>. De skiller seg særlig fra hverandre med hensyn til hvordan usikkerhet håndteres. I praksis vil de fleste avtaler være en kombinasjon av de ulike typene.

*Klassiske kontrakter* er kjennetegnet ved et strengt legalt regime, og forutsetter to uavhengige avtalepartnere. I en klassisk kontrakt tilstreber man å regulere all usikkerhet i kontrakten. Klassiske kontrakter er en effektiv kontraktsform, men det kan være kostnadskrevende å utarbeide kontrakten. En klassisk kontrakt kan fungere dårlig når det er vanskelig å spesifisere partenes rettigheter og plikter klart, når det er stor usikkerhet om framtidige forhold av betydning for kontrakten og når det er hyppig behov for å justere eller reforhandle kontrakten. Dette betyr at det ofte vil være vanskelig å benytte slike kontrakter i en rendyrket form.

*Relasjonskontrakter* innebærer nært, løpende samarbeid mellom avtalepartene med kontinuerlig, gjensidig tilpasning. Den formelle, skriftlige kontrakten kan være begrenset til å omhandle generelle mål og rammer for samarbeidet, mens realiteten i avtalene er en implisitt kontrakt. Relasjonskontrakter er hensiktsmessig og nødvendig når avtalene skal regulere kompliserte saksforhold der det er stor usikkerhet om hvilke resultater som skal oppnås og/eller hvordan man mest hensiktsmessig når målene. Kontraktsformen er fleksibel og gir partene mulighet til å utnytte sine detaljkunnskaper samt å endre kontrakten når ny informasjon blir tilgjengelig.

*Interne kontrakter* er en mellomform mellom klassiske langtidskontrakter og relasjonskontrakter. Interne kontrakter er kjennetegnet ved at forholdet mellom partene er regulert av administrative prosedyrer, for eksempel regler for hvem som har beslutningsmyndighet i ulike saker og situasjoner samt beskrivelser av

<sup>3</sup> Framstillingen bygger på ECON (2003).

rutiner og prosedyrer. Begrunnelsen for å bruke slike kontrakter er sammensatte arbeidsoppgaver og behov for å kunne foreta løpende tilpasninger. I motsetning til relasjonskontrakter, som i stor grad er basert på tillit til at man finner gode løsninger når man trenger dem, spesifiseres det i interne kontrakter hvem som, og hvordan man, skal finne løsningene.

I flere sektorer i kommunesektoren er kontraktsstyring dominerende. Dette gjelder generelt der tjenester leveres av private produsenter. I fylkeskommunene er dette svært utbredt i kollektivtransporten. Ifølge Hovik og Stigen (2004) ble 2/3 av fylkeskommunenes oppgaver innenfor kollektivtransport ivarettatt av private selskaper og bare drøyt 10 prosent fra fylkeskommunale foretak (spørreundersøkelse mot fylkeskommuner og kommuner). Ifølge Bekken m. fl. (2006) økte andelen anbudsrettet produksjon innenfor lokal kollektivtransport fra knapt 7 prosent i 2001 til 26 prosent i 2005. Selv om nivå-tallene i disse to undersøkelsene ikke måler identiske forhold, og de også tallmessig synes å være ulike, er uansett hovedkonklusjonen at andelen private aktører høyt og økende innenfor den kollektivtransporten som fylkeskommunene har ansvaret for.

I kommunene er innslaget av private aktører mindre, men i noen sektorer likevel betydelig. Det er et stort privat innslag i barnehagesektoren, men også innenfor renovasjon og andre deler av teknisk sektor deltar mange private aktører, og kontrakter blir følgelig viktige. Ifølge SSBs kommunedatabase KOSTRA, utgjør overføringer til private barnehager og direkte kjøp av plasser i private barnehager drøyt 1/3 av kommunenes brutto driftsutgifter i sektoren. Ifølge KOSTRA utgjorde kjøp fra private aktører 13 prosent av kommunenes samlede driftsutgifter innenfor VAR-sektoren. Kjøp fra interkommunale selskaper og kommunale foretak sto for 9 prosent av de samlede utgiftene på området. Trolig er innslaget av private størst innenfor renovasjon. Andre områder som i stor grad ivaretas utenfor kommunenes egen organisasjon, er veivedlikehold og snørydding og prosjektering (Hovik og Stigen, 2005). Men innenfor pleie og omsorg og i skolesektoren er innslaget av private aktører fortsatt minimalt, jf. Hovik og Stigen (2005) og tabell 4.2 i denne rapporten.

Det er også en tendens til at kommuner skiller eiendomsforvaltning ut som egen kommunal virksomhet, selv om omfanget fortsatt er beskjedent. Knapt 10 prosent av oppgavene innenfor drift og vedlikehold av bygg ivaretas av private, ifølge Hovik og Stigen (2005). Kommunale virksomheter som skole, sykehjem og andre tjenester betaler i sin tur husleie til den virksomheten (privat eller kommunal) som forvalter eiendommene. Relasjonen mellom eiendomsforvaltningsorganet og tjenesteprodusenten reguleres i slike tilfeller av avtaler eller kontrakter, i tillegg til gjennom kommunens eventuelle rolle som eier.

### **2.2.3 Skille bestiller-utfører**

I mange kommuner har man gjennomført et organisatorisk skille mellom *bestiller* (eller *tildeler*) og *utfører*. Skillet kan knyttes til alle modellene som er illustrert i Figur 3.1. I prinsippet kan bestilleroppgaven utføres internt hos tjenesteprodusenten i alle organisasjonsmodellene, også selskapsmodellene. Eksempelvis har norske sykehus reelt sett (om ikke formelt) en bestillerfunksjon overfor pasienter som primærleger ønsket skrevet inn; sykehuset har selv stor myndighet til å bestemme om innleggelse og hvilket tilbud som skal gis, samt når pasienten skal skrives ut. I kommunene synes det imidlertid å være annerledes. Med egne

selskap (enten offentlige eller private) på utførersiden, synes egne bestillerenheter i praksis å være en logisk konsekvens i kommunene. Også ved forvaltningsorganisering i kommunal regi, kan man ha et eget bestillerorgan.

Bestiller-utførermodellen innebærer at bestillerenheten ut fra lovens krav, politiske føringer og den enkeltes behov, tildeler tjenester til den enkelte. Slike tjenester kan være sykehjemsplass, hjemmesykepleie eller hjemmehjelp. I forhold til forvaltningsorgansmodellen innebærer skillet at en organisatorisk enhet innenfor kommunen fortar evaluering og beslutning rundt tjenestebehov (bestiller), mens en annet (utfører) står for selve tjenesteproduksjonen. I modellene med kommunale og private selskaper vil typisk kommuneorganisasjonene stå for tildelingen, mens selskapene vil være utførere.

Begrunnelser for å innføre bestiller-utførermodell (BUM) synes blant annet å være et ønske om å profesjonalisere tjenestetildelingen, sikre likebehandling mellom brukere bosatt ulike steder i kommunen, og sikre at de etter hvert sterkere rettslige krav til innhold og dekning av tjenester faktisk overholdes.

Tjenestene i en kommune med bestiller-utfører modell kan finansieres på to prinsipielt ulike måter. Tjenesteprodusentene kan, som under den tradisjonelle organiseringen, finansieres med rammebudsjett. Bestiller-utfører modellen kan også ha en finansiering der ”pengene følger vedtaket”, dvs. aktivitetsbasert finansiering. Valget av finansieringsmodell kan påvirke hvor godt bestiller-utfører modellen fungerer. Dette drøftes nærmere i kapittel 3.

## 2.3 Finansieringsmodeller

### 2.3.1 Innledning

Den internasjonale forskningslitteraturen har gitt opphav til klassifikasjoner av finansieringsordningene som også er relevante for kommunale tjenester. Det er vanlig å klassifisere finansieringsordningene langs to dimensjoner (Jegers m. fl., 2001):

- Aktivitetsbasert versus rammebasert finansiering
- Tilbakeskuende versus framoverskuende finansiering.

Dimensjonen aktivitetsbasert – rammebasert beskriver i hvor stor grad det er en *direkte kobling* mellom aktivitetsindikatorer og virksomhetens inntekter. I aktivitetsbaserte finansieringsmodeller reflekteres tjenesteprodusentens aktivitet i inntektene direkte, mens i rammefinansieringsmodeller er disse sammenhengene mer indirekte.

Dimensjonen tilbakeskuende – framoverskuende beskriver om produsentenes inntekter er basert på *realiserte* eller *forventede* kostnader. Finansieringsmodeller basert på realiserte kostnader kalles gjerne tilbakeskuende eller kostnadskompenserende finansieringsmodeller. Modeller basert på forventede kostnader betegnes som framoverskuende eller ”fastpris”-finansieringsmodeller. De to dimensjonene kan kombineres og framstilles som i Tabell 2.1.

Tabell 2.1      *Hovedtyper av finansieringsmodeller*

	Tilbakeskuende	Framoverskuende
Aktivitetsbasert	(1) Kostnadsrefusjon	(4) Aktivitetsbasert finansiering ("stykkpris")
Rammebasert	(2) Inkrementelle rammer	(3) Fast ramme, upåvirkelige kriterier

## 2.3.2      **Fire idealmodeller**

Tabellen identifiserer fire idealtypiske finansieringssystemer<sup>4</sup>:

1. Kostnadsrefusjon
2. Inkrementelle rammer
3. Fast ramme basert på upåvirkelige kriterier
4. Aktivitetsbasert finansiering ("stykkpris").

Flere av disse systemene har vært benyttet for finansiering av spesialisthelsetjenester i Norge, og eksempler herfra kan tjene som illustrasjoner.

### **1. Kostnadsrefusjon**

Et kostnadskompenserende, aktivitetsbasert finansieringssystem (kostnadsrefusjon) baserer seg på at finansøren dekker de faktisk påløpte kostnadene produsenten har hatt for å tilby visse tjenester i løpet av en periode. Betalingen baseres på kostnadene slik de framstår i regnskapet. Dette var lenge måten sykehus-tjenestene i Norge ble finansiert på. For eksempel var det såkalte kurpenge-systemet i sykehusene, som var i bruk i Norge fram til 1980, en finansieringsform basert på statlige refusjoner av deler av faktisk påløpte kostnader. Sykehusene fikk med denne ordningen et oppgjør for faktiske antall pasientoppholdsdøgn delvis justert for kostnadsnivået. VAR-sektoren i norske kommuner er finansiert på samme måte, men med den modifikasjon at sektoren finansieres ved gebyrer som er ment å dekke de samlede kostnadene (selvkostprinsippet).

### **2. Inkrementelle rammer**

I mange kommuner får etater og produsenter årlige budsjettammer som fastlegges skjønnsmessig, basert på finansørens vurderinger av hva som er nødvendig for realisere planlagt volum og kvalitet. Her spiller forhold som historiske kostnader, tidligere budsjettoverskridelser eller regnskapsoverskudd og antatte effektiviseringspotensial en rolle for budsjettammen. Siden historiske kostnader og andre forhold som produsenten selv har kunnet påvirke, har betydning for budsjettet, vil "inkrementelle rammer" ha elementer fra modellen med kostnadsrefusjon.

I praksis vil finansieringssystemene i kommuner som benytter rammefinansiering ofte ha elementer fra denne modellen. Man tar utgangspunkt i siste års budsjett, justerer for eventuelle overskridelser eller at utgiftene ble lavere enn budsjettet, vurderer behovsdringer med utgangspunkt i demografiske og sosiale indikatorer, og fastlegger budsjettet skjønnsmessig ut fra en samlet vurdering.

---

<sup>4</sup> Vi trekker her på klassifikasjonen i Jegers m. fl. (2004) og drøftingen i NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten.

### 3. Fast ramme basert på upåvirkelige kriterier

I økende grad etablerer kommunene kriteriesystemer for fastleggelse av utgiftsbehov basert på behovsindikatorer og normer for produksjonskostnader. Både demografiske og sosiale variabler nyttes som behovsindikatorer. Eksempler på indikatorer er antall personer i ulike aldersgrupper og andel av befolkningen som bor alene. Samtidig benytter man i økende grad resultatindikatorer for produsert mengde, tjenestekvalitet og enhetskostnader, som ledd i styringen av tjenesteproduksjonen. Omtrent en fjerdedel av kommunene rapporterer nå at de har etablert balansert målstyring (Hovik og Stigen, 2004). Hva kommunene legger i dette begrepet, varierer nok en del, men tallet illustrerer likevel at bruken av kvantitative indikatorer i styringen, har et betydelig omfang.

Endringene innebærer at kommunal tjenesteproduksjon beveget seg fra en situasjon med sterke elementer fra modell (2) i tabellen over, til en situasjon hvor produsentene i mindre grad har mulighet til selv å påvirke de økonomiske rammene for sin virksomhet (modell 3). Et hovedmål ved endringene er å gjøre budsjettstramkene for produsentene "hardere", bl.a. ved at produsentene må ta med seg regnskapsresultatet til neste budsjettår.

I praksis kan det likevel ha vært variasjoner i hvor upåvirkelige budsjettstrammene virkelig har vært for de tjenesteproduserende enhetene. I en slik situasjon med vedvarende budsjettunderskudd blir det ofte ikke mulig for kommunen å kreve at underskuddet skal videreføres, fordi de innsparingene som ville vært nødvendige, ville gått ut over brukerne. Kommunen er da nødt til å øke ressursrammen for å finansiere de faktiske kostnadene. Da blir budsjettprosessen likevel i realiteten tilbakeskuende og kostnadskompenserende, selv om intensjonen i systemet har vært at rammene skulle være gitte. For kommunen reiser vedvarende budsjettoverskridelser et alvorlig styringsproblem som ikke har noen umiddelbar løsning uansett finansieringsmodell.

### 4. Stykkpris

Mens det i Modell 3 (Fast ramme basert på upåvirkelige kriterier) er den samlede ressursrammen til produsenten som ligger fast, er det i stykkprismodellen prisen per produsert enhet (som kan søkes målt på ulike måter) som ligger fast. I begge modeller kan det være spesifisert mål om kvalitet. Stykkpris er det vi kaller aktivitetsbasert finansiering (ABF). Stykkprismodeller krever at det utarbeides et system for registrering av informasjon om tjenestene og at det beregnes indikatorer som utløser finansiering for tjenesteprodusentene.

## 2.4 Fordeling av risiko i modellene

De fire finansieringsmodellene fordeler den økonomiske risikoen mellom kommunen og produsentene på ulike måter. Det gir i sin tur opphav til antakelser om hvor sterkt finansieringsmodellene må forventes å bidra til effektivitet, kvalitet og utgiftskontroll. Dette er temaer som drøftes videre i kapittel 3.

### Aktivitets- og kostnadsrisiko

Kombinasjonen av tilbakeskuende og aktivitetsbasert finansiering (*kostnadsrefusjon*) legger økonomisk risiko forbundet med både kostnads- og aktivitets-



variasjoner på kommunen. Produsenten har således lite å tjene på å redusere kostnadene. Incentivet til å effektivisere er svakt, men det er også incentivet til å spare ved å renonsere på kvaliteten.

Kombinasjonen av ramme- og fastprisfinansiering ("fast ramme") legger økonomisk risiko forbundet både med kostnads- og aktivitetsvariasjoner på produsenten. Produsenten har her incentiv både til å effektivisere, til å svekke kvaliteten og også til å redusere tallet på brukere, siden det ofte vil være begrenset hvor spesifiserte krav det vil være til omfanget av produksjonen målt ved antall brukere, antall besøk eller lignende.

Kombinasjonen av aktivitetsbasert finansiering og fastprisfinansiering ("stykkpris") legger økonomisk risiko forbundet med kostnadsvariasjoner på produsenten og risiko forbundet med aktivitetsvariasjoner på kommunen. Produsentene får incentiv til å effektivisere, til å kutte kvalitet, men ikke til å redusere antall brukere siden finansieringen er nært knyttet opp mot volumindikatorer som antall besøk, overnattingsdøgn osv.

### **Blandingsmodeller**

Utover de rene finansieringsmodellene over, finnes det i praksis ulike typer av *blandingsmodeller* hvor produsenten finansieres delvis ut fra påløpte kostnader, og delvis ut fra forventede kostnader. Et eksempel på en slik blandingsmodell er den statlige innsattsstyrte finansiering av somatiske sykehus hvor et element av fastpris basert på DRG-systemet supplerer et rammetilskudd som delvis er basert på justerte per capita-satser og delvis på historiske rammer. Man kan også tenke seg blandingsmodeller der kommunen har stykkpris for visse kostnads-komponenter og refusjon eller rammetilskudd av andre komponenter.

### **Brukervalg**

Vi har til nå ikke sagt noe om hvordan brukerne fordeles *mellom* tjenesteprodusentene. Tradisjonelt har kommunene tilbudt få eller ingen valgmuligheter for brukerne. Det er kommunalt ansatte, enten hos bestillerkontoret eller hos tjenesteprodusentene selv, som fatter beslutningen om hos hvilken produsent brukeren skal motta tjenestene. Å gi brukerne mulighet til å velge tilbyder kan ses som et middel for å fremme effektivitet, mangfold og kvalitet i offentlig tjenesteyting. Brukervalg kan tenkes å gi gevinster gjennom konkurranse mellom produsentene. Skolene kan konkurrere om elevene, barnehagene om barna, eldre-institusjoner om de eldre, osv. Brukervalg krever at "pengene følger brukeren", dvs. en form for aktivitetsbasert finansiering. Men man trenger selvsagt ikke ha brukervalg med aktivitetsbasert finansiering.

Brukervalg kan sies å være en femte finansieringsmodell i tillegg til de som er formulert i Tabell 2.1. Å innføre brukervalg i et ABF-system, kan påvirke produsentenes incentiver i stor grad. Brukervalg gjør det blant annet viktigere for produsentene enn før å være attraktive for brukerne. Dette kan ha betydning for hvordan produsentene vil utforme sine tilbud og hvordan de vil markedsføre dem, samt hvorvidt eller hvordan de vil søke å tiltrekke seg visse typer brukere.

Brukervalg er forsøkt i begrenset grad i noen kommuner innenfor pleie- og omsorg, men har samlet sett spilt en liten eller ingen rolle i fordelingen av

brukerne på de enkelte tjenesteproduserende enhetene i de kommunene vi har studert.

En vurdering av konsekvensene av brukervalg ligger utenfor rammene for denne rapporten.

## 2.5 Idealtyper av modeller

Ut fra situasjonen i de 7 kommunene vi har sett på, samt generell kunnskap om organisering og finansiering i kommunene, skisserer vi nedenfor noen idealtyper av kommunemodeller. Modellene tenkes anvendt på en sektor. Samme kommune kan således ha ulike modeller i ulike sektorer samtidig.

Vi så i utgangspunktet for oss tre hovedalternativer:

1. Forvaltningsorganisering med inkrementelle rammer
2. Kriteriebasert ramme med resultatmål, integrert bestiller og utfører
3. Aktivitetsbasert finansiering med BUM.

Modell 1 vil typisk verken ha konkurranse eller brukervalg, mens de to siste modellene kan tenkes utformet med eller uten disse elementene.

En variant av modell 2 med rammefinansiering kan utformes med bestiller-utfører modell, men der pengene ikke følger vedtaket.

Konkurranseutsetting og brukervalg kan, men trenger ikke være inkludert i modell 2 og modell 3. For eksempel kan private sykehjem eller en privat hjemmetjeneste få tildelt brukere fra et bestillerkontor, uten brukervalg. Brukervalg kan videre være til stede både med 100 prosent offentlig produksjon og med private aktører.



## 3 Potensielle effekter av modellene

De ulike modellene for organisering og finansiering av kommunal tjeneste-produksjon vi identifiserte i kapittel 2, fremmer ulike mål. Ikke sjelden vil det være konflikter mellom målene. Vi skiller mellom to hovedtyper effekter – styringsmessige effekter og effekter for brukere og ansatte.

### 3.1 Styringsmessige effekter av ulike finansieringsmodeller<sup>5</sup>

I dette avsnittet diskuteres følgende effekter av ulike styrings- og finansieringsmodeller:

1. Kostnadseffektivitet
2. Prioriteringseffektivitet
3. Utgiftskontroll.

#### 3.1.1 Innledning

Ethvert system av organisasjons- og finansieringsmodeller vil, direkte og indirekte, ha innbakt incitamenter som påvirker produsentenes ressursbruk, effektivitet og kvalitet. Styringsutfordringen ligger i at tjenestene ofte er komplekse og må tilpasses individuelt, samt informasjonsskjevheter mellom finansøren (kommunen) og de som skal utføre tjenestene (produsentene) med hensyn til hvor mye ressurser og kompetanse som trengs for å yte ulike tjenester. Mellom den som tildeler tjenester og brukerne er det også ujevnt fordelt informasjon om behovet for tjenester.

#### 3.1.2 Kostnadseffektivitet

Vi drøfter her hvor godt ulike finansieringsmodeller ivaretar hensynet til kostnadseffektivitet.

---

<sup>5</sup> Kapittel 3.2 er i noen grad basert på diskusjon i NOU 2003:1, kap 6.

## **Tradisjonell kommunemodell**

Den tradisjonelle kommunemodellen (modell 1), som er kjennetegnet av integrerte styringssystemer og inkrementell rammefinansiering med lite tydelige mål for volum og kvalitet, kan lett lede til lav effektivitet. Siden denne modellen tradisjonelt har innebåret lite tydelige og konkrete mål for hvilke resultater som skal oppnås, har arbeidstakerne og lederne hatt svake ledetråder for hva de skal gjøre. Myke budsjettskranker der budsjettoverskridelser har få konsekvenser for senere års budsjett, gir svake motiv til effektivisering. Riktignok kan man innenfor denne modellen forsøke å bedre datagrunnlaget og å sette konkrete mål for virksomheten. Da nærmer man seg en kriteriebasert rammemodell.

## **Kriteriebaserte rammer**

I et kriteriebasert rammesystem med resultatmål gis utførerne økonomisk sterkere motiv til å drive effektivt. Ulik informasjon mellom kommunen og produsentene gjør at kommunens utfordring blir å sette rammene til hver produsent ikke så høyt at man fremmer slakk og lav effektivitet og ikke så lavt at det går ut over kvaliteten eller produksjonsvolumet. Kommunens informasjonsutfordring blir å kjenne kostnadsstrukturen hos produsentene for å sette budsjetttrammene optimalt. Budsjettet bør ta hensyn til kostnadsfordeler eller -ulempesom produsenten ikke kan gjøre noe med, men ikke dekke kostnader som produsenten kan redusere. For å gi incitament til effektivisering, trenger kommunen informasjon om effektiviseringspotensialet. For at et system med kriteriebaserte rammer skal virke etter hensikten, trenger således kommunen ideelt sett informasjon om kostnadsforholdene hos hver produsent. Slik informasjon kan være vanskelig og/eller kostbar å frambringe.

Hagen (1996, 1997) gir eksempler på svakhetene ved tradisjonell rammefinansiering av offentlige sykehus. Resultatene viser at det var vanskelig å øke produksjonen (behandlede pasienter) bare ved å øke bevilgningene. Ifølge analysene medførte en budsjettøkning på 1 prosent bare en økning i produsert volum på 0,6 prosent. De resterende 0,4 prosent er økte kostnader. Ifølge analysene skyldes dette at finansieringssystemet gir sykehuset mulighet til å ta ut bevilgningsøkningene på flere måter – ikke bare ved å behandle flere pasienter, men også ved å øke kvalitet, hjelpeaktiviteter som forskning og kompetanseutvikling, samt trivselsskapende aktiviteter generelt. Hvor godt slike konklusjoner kan overføres på kommunal tjenesteyting, er ikke opplagt. Eksempelvis er kompleksiteten i den medisinske behandlingen gjennomgående langt høyere enn det som er tilfellet i de fleste kommunale tjenester. Det kan gjøre det lettere for kommunen å overvåke produksjonsvolumet hos kommunale tjenesteprodusenter, enn det som var tilfellet i analyseperioden for den omtalte sykehusundersøkelsen. Denne forskjellen i muligheten for å overvåke tjenesteprodusentene kan tilsi at man lettere kan øke produksjonsvolumet ved å øke behandlingsomfanget i viktige kommunale tjenestesektorer enn det som tidligere var tilfellet i sykehussektoren. Gode indikatorer for produksjonsvolumet, og bruk av disse ved virksomhetsstyringen, vil bidra til å redusere problemet med at tjenesteprodusentene ikke i tilstrekkelig grad bruker økte bevilgninger til å øke produksjonen.

## **Aktivitetsbasert finansiering**

Et aktivitetsbasert system der produsentene får bestillinger fra bestillerkontoret, og en ressurs-”pakke” som følger med, gir produsentene sterke motiv for å drive

effektivt. Den økonomiske risikoen ved at kostnadene blir annerledes enn det som stykkprisen er basert på, gir like sterke incentiver til mer effektiv drift med ABF som med kriteriebaserte rammer. Siden ABF-modellen med BUM har mer spesifiserte kriterier for aktivitetsnivået enn det som er tilfellet med rammefinansiering, er trolig incentivene til å redusere volumet mindre ved ABF enn ved kriteriebaserte rammer. Derfor kan det tenkes at incentivet til å renonsere på kvaliteten i tjenestene til den enkelte, kan bli større med aktivitetsbasert finansiering.

### **Fast ramme og aktivitetsbasert finansiering har viktige likhetstrekk**

Både ”Fast ramme” (modell 3 i Tabell 2.1) og ”ABF/stykkpris” (modell 4 i tabellen) er framoverskuende finansieringssystemer. Slike systemer kalles også fastprissystemer eller fastpriskontrakter. Modellene skiller seg fra hverandre i hva som ligger fast. I modell 3 ligger det samlede budsjettet fast, mens i modell 4 ligger prisen per produsert enhet fast. Felles for de to modellene er at overført beløp til produsenten vil være *uavhengig* av hva de faktiske kostnadene hos produsenten i etterkant viser seg å bli.

Incentiveeffektene fra fastprissystemer i retning av å motivere til effektivitet og lave kostnader, er således likeartet for begge disse modellene: Klarer produsenten å levere tjenestene til en lavere kostnad enn forutsatt i rammen eller i stykkprisen, får produsenten selv beholde gevinsten. Blir kostnadene høyere enn forutsatt, må produsenten spare mer neste år, forutsatt at budsjettskrankene er harde. Blir kostnadene lavere enn forutsatt, oppstår et økonomisk overskudd, som på ulike måter kan benyttes til å belønne ledere og ansatte hos produsenten. Belønningen kan være alt fra mer utstyr på arbeidsplassen, lavere intensitet i jobben, bonusbetalinger eller goder.

Vår vurdering er at det er de harde budsjetttrammene som er den ”virksomme substansen” i finansieringsmodellene som gir incentivet til å effektivisere, mens det kan være mindre viktig om denne harde rammen manifesterer seg i form av et budsjett for året eller i form av en stykkpris som er konstant i en periode.

Sterke incentiver til å redusere kostnader i rammebaserte modeller og i ABF-modeller, har sitt motsvar i at incentivene er sterke både til å bli mer effektiv, men også til å redusere kvaliteten. Hvor store farene for svekket kvalitet er i praksis, avhenger av hvor godt andre systemer i sektoren klarer å motvirke disse incentivene. Her kan reguleringer, kontrollmuligheter via dataregistre og tidsregistreringer, samt muligheter for ansatte, brukere og pårørende til å klage, være mekanismer som kan sikre kvaliteten. Personalets kompetanse og motivasjon til å yte gode tjenester vil også være en viktig barriere mot svekket kvalitet. Spørsmålet om kvalitet diskuteres nærmere i kapittel 3.

### **Incentiver til aktivitetsøkning**

Rammefinansiering gir generelt svake incentiver til *aktivitetsøkning* siden produsenten mottar samme tilskudd fra kommunen uansett hvor mye som produseres i form av behandlede pasienter, ”DRG-poeng”, antall ”ansikt til ansikt” timer eller lignende. Derimot gir aktivitetsbasert finansiering uten egen bestillerenhet, sterke incentiver i denne retning. Dersom produsenten øker produsert mengde, vil også tilskuddene øke. Erfaringene fra ISF i sykehussektoren

tyder på at denne effekten har vært sterk; sykehusene har økt aktiviteten vesentlig sterkere enn forutsatt, etter at ISF ble innført.

I kommunene vil det i praksis være slik at man vil ha en separat bestiller/tildelerenhet, som er rammefinansiert, dersom man velger aktivitetsbasert finansiering. Bestillerenheten har til oppgave å tildele tjenester under betingelse av at budsjettetrammen holdes. I denne modellen vil utførerne stå overfor kostnadsrisiko - klarer man å yte de bestilte tjenester med den finansieringen man mottar? Utførerne får imidlertid bare incentiv til å utføre de tjenestene som er bestilt så billig som mulig, men ikke noe økonomisk motiv til å ekspandere produksjonsnivået, slik som tilfellet har vært og fortsatt er i sykehussektoren.

Incentivene for produsentene i forhold til å øke produksjonsvolumet er således helt andre i ABF-modeller i kommunene enn de er i ABF-modeller på statlig nivå, både i sykehusene og innenfor høyere utdanning<sup>6</sup>. Vi er usikre på om to så vidt ulike finansieringsmodeller begge bør betegnes som aktivitetsbaserte. Det forhold at produsentene i den kommunale ABF-modellen ikke selv kan påvirke aktiviteten, gjør at vi er tilbøyelige til å benevne den – i mangel av et bedre navn – for en modifisert ABF-modell.

## **Systemkostnader**

Med ”systemkostnader” mener vi kostnader i administrasjon og styring som er særegne for den valgte finansieringsmodellen.

ABF, kombinert med BUM, krever at det opprettes en egen bestillerenhet, mens tildeling av tjenester i den tradisjonelle kommunemodellen skjer som en integrert del av produsentenes organisasjon. Det er riktig nok mulig, noe en del kommuner har gjort, å etablere et eget bestillerkontor uten å gå så langt som til å ha aktivitetsbasert finansiering, dvs. at pengene følger vedtaket. Det kan derfor diskuteres hvorvidt eventuell økt ressursbruk i forbindelse med opprettelsen av en bestillerenhet, skal belastes den aktivitetsbaserte finansieringsmodellen. Vi mener det er gode grunner for det, siden aktivitetsbasert finansiering er så nært forbundet med bestiller-utfører organiseringen.

I prinsippet burde ikke utskilling av en egen bestillerenhet tilsi økt ressursbruk, selv om det er effekter som trekker i ulike retninger. Mulighet for spesialisering og dyktiggjøring i jobben som bestiller skulle tilsi at separat organisering gir lavere kostnader. Økte transaksjonskostnader og større fysisk og organisasjonsmessig avstand til de personene som skal utføre tjenestene, kan på sin side representere en kostnadsulempe. Samlet sett anser vi ikke at separat organisering av bestillerfunksjonen i seg selv skulle ha store konsekvenser for ressursbruken. Dersom en kommune faktisk øker ressursbruken i bestillerfunksjonen ved en etablering av en bestiller utfører modell, kan det langt på vei ses som et valg av ressursnivå mer enn en nødvendig konsekvens av den finansieringsmodellen som er valgt.

I den grad valg av finansieringsmodell skjer innenfor et system med offentlige produsenter, blir behovet for formelle avtaler og kontrakter neppe vesentlig større

---

<sup>6</sup> Disse modellene er beskrevet bl. a. i Finansdepartementet (2003).

med aktivitetsbasert finansiering enn ved en rammebasert finansieringsmodell. Transaksjonskostnader knyttet til utarbeidelse av kontrakter og til diskusjon av om kontraktsvilkår er oppfylt eller ikke, burde derfor ikke være mer problematisk enn med andre modeller.

Med private aktører på tilbudssiden, blir behovet for kontrakter større. Da vil tilgang på juridisk kompetanse være viktig.

## Databehov

Siden produsentenes tilskudd er så avhengig av resultatindikatorene ved aktivitetsbasert finansiering, er det ved ABF viktigere at indikatorene er gode, og at kostnadstallene er pålitelige, enn ved rammebasert finansiering. Det betyr at sammenlignet med rammebasert finansiering (med resultatmål) kreves det at man setter inn *større ressurser* i data- og indikatorarbeidet ved innsatsstyrt finansiering.

Det trengs løpende systemer for å registrere utførelse av ulike tjenester, og å beregne indikatorer for tjenestevolum. Behovet for å registrere hvor mye som utføres av ulike tjenester, er imidlertid i prinsippet like viktig uansett finansieringsmodell. Det som særlig skiller ABF-modellen fra en modell med rammefinansiering, er imidlertid at den sistnevnte trenger *prisdatabe* for de ulike tjenestene som utføres, slik at produsenten får dekket sine faktiske kostnader. For at modellen skal virke etter hensikten, er det viktig at prisene gjenspeiler de reelle kostnadene for hver enkelt aktivitet eller tjeneste. Å utarbeide slike priser kan være kostnadskreven. I en overgangsfase vil kommunen også måtte bruke en del administrative ressurser for å etablere ny finansieringsmodell. Dette er en investeringskostnad ved å gå over til ABF.

Kommuner som har innført ABF har brukt tidsstudier og benytte ekstern konsulenthjelp for å analysere regnskapsdata for å beregne priser for de ulike tjenestene. Dersom prisene settes for høyt eller for lavt, vil man den første tiden etter innføring av ABF kunne erfare at tjenesteprodusentene enten får for god eller for dårlig finansiering i forhold til forventet tjenestevolum. Begge deler representerer et problem, men slike problemer kan trolig rettes opp relativt raskt.

Hvor store merkostnader ved å etablere datasystemer til en ABF-modell det er tale om, avhenger av hvor gode data man har i utgangspunktet. Gode data er viktige i enhver finansieringsmodell, og det kan synes urettferdig å belaste finansieringsmodellen med alle datakostnader ved i forbindelse med en eventuell overgang fra rammefinansiering til aktivitetsbasert finansiering dersom datasituasjonen i utgangspunktet var dårlig.

Det er grunn til å anta at investeringskostnaden ved å beregne korrekte priser og etablere nødvendige data og rapporteringssystemer, i relativt liten grad avhenger av kommunens størrelse. Dette kan tilsi at det kan være lite lønnsomt for mindre kommuner å gå over til ABF. På den andre siden må det antas at erfaringene fra de kommunene som har vært tidlig ute med å etablere ABF kan bidra til å senke investeringskostnadene for kommuner som senere velger en slik modell.

Å etablere nye datasystemer ved overgang til ABF, vil altså i stor grad ha karakter av å være en investeringskostnad. De *løpende kostnadene* ved å registrere data og beregne indikatorer, trenger ikke være mye forskjellige fra hva som er tilfellet ved



rammefinansiering, siden behovet for indikatorer over tjenestevolumet som nevnt neppe er særlig avhengig av finansieringsmodell. En rammefinansieringsmodell med resultatmål vil trolig trenge like god informasjon som hva som kreves i en ABF-modell om for eksempel hvor mange brukere som er besøkt, hvor høy andel brukerrettet tid utgjør av total tid og lignende. Selv om mange kommuner som nå praktiserer rammefinansiering ikke har alle disse dataene i sin rapportering i dag, vil man trolig bevege seg i denne retningen. Det er eksempelvis en økende andel av kommunene som rapporterer at de praktiserer "balansert målstyring" (Hovik og Stigen, 2004), som innebærer omfattende bruk av kvantitativ styringsinformasjon.

Det kan være at en ABF-modell krever noe mer administrative ressurser på varig basis, enn det en rammefinansieringsmodell gjør.

### **Regulering og informasjonsmangel**

Myndigheten som finansierer tjenesteprodusenten har et informasjonsproblem, uansett valg av finansieringsmodell. Myndigheten ønsker å kreve høy effektivisering av produsenter med høyt effektiviseringspotensial, mens harde budsjettkrav overfor produsenter der potensialet for å drive mer effektiv er lite, bare vil ha uønskede bivirkninger. Problemet består i at myndigheten ikke kjenner til produsentenes potensial for å redusere kostnadene.

Med mangelfull informasjon kan det lett oppstå spillsituasjoner mellom reguleringsmyndigheten (kommunen) og de enkelte produsentene, enten de er offentlig eller privat eide. En slik situasjon kan oppstå i visse situasjoner der en aktør - for eksempel et sykehjem - vet at de krav og belønninger den vil komme til å møte i framtida, avhenger av hvilke resultat den viser i dag. Dette kalles ofte for "mothakevirkningen".

Dersom sykehjemmet produserer med god kvalitet til lav kostnad, vil dette bli forstått som at sykehjemmet også er i stand til å gjøre dette også i framtida. Kravene til sykehjemmet vil bli satt deretter. I visshet om at dette vil skje, kan sykehjemmet finne det tjenlig å slakke av og heller produsere med høye kostnader, for på den måten å signalisere av kostnads- og produksjonsforholdene ikke er særlig gunstige. Slik atferd vil gjøre det mulig å oppnå framtidige gevinster, for eksempel i form av slakk i organisasjonen. Slike gevinster er større dess sterkere innslag det er av fastpris i finansieringen, altså systemer med fast ramme og aktivitetsbaserte finansieringsmodeller med fast "stykkpris". For eksempel vil rammefinansiering gi svært sterke umiddelbare insitamenter til å spare kostnader, gitt at besparelsen kommer sykehjemmets medarbeidere til gode. Men dette gir et sterkt motiv til å slakke av i dag for å sikre romslige rammer også senere. Mothakevirkningen er ugunstig sett fra et samfunnsøkonomisk synspunkt.

### **Tiltak for å avdekke informasjon**

Målestokk-konkurransen, der budsjettkravene settes på bakgrunn av observert effektivitet i de mest effektive enhetene, er et tiltak som kan benyttes både i rammebaserte system og i ABF-modeller. Det kan gi grunnlag for å sette individuelle krav til produsentene, avhengig av hvor ineffektive de anses å være.

I et ABF-system kan man også forsøke å løse problemet med asymmetrisk informasjon ved å la *sektorens* faktiske kostnader i ett år være retningsgivende for stykkprisen året etter. De enkelte produsentenes ønske om økonomisk gevinst

(dvs. å produsere mer effektivt enn stykkprisen) kan således både utløse effektivisering og samtidig tjene som norm for kostnadene som alle enhetene må forholde seg til året etter. Dette blir en form for imitert markeds konkurranse, der konsekvensen av hver enkelt produsents strev for å redusere kostnadene, fører til en reduksjon i ”markedsprisen”, dvs. sektorens gjennomsnittlige kostnader per produsert enhet. En slik mekanisme kan også ses som en form for institusjonalsert målestokk-konkurranse.

En slik *automatisk oppdatering* av de årlige rammene kan for øvrig også gjennomføres i et rammebasert system med gode data for kostnader og resultater, men det er kanskje lettere å gjennomføre en slik automatisk oppdatering av produsentenes inntekter i et ABF-system.

Slike informasjonstiltak innebærer at endringer i budsjettammer eller stykkpriser blir en del av selve systemet, og unndras politiske vedtak. Politisk kan det derfor være en utfordring å ”holde fingrene av fatet” i den årlige oppdateringen av rammer og stykkpriser. Muligheten for å gjøre overordnede grep (eller ”kreativ budsjettering”) blir mindre når finansieringsmodellen skal gjøres mest mulig selvregulerende, og politiske vedtak skal reserveres til overordnede beslutninger om kvalitetsnivå og prioriteringer mellom hovedsektorer.

### **Incentiv til innsamling og bearbeiding av data**

Gode data over kostnadene ved å yte de ulike tjenestene og over brukernes behov, er sentrale for effektiv ressursutnyttelse i enhver finansieringsmodell. Data må framskaffes av ansatte og ledelse hos produsenten. Det kan kanskje være grunn til å forvente at rapporteringen er bedre, og kvaliteten på mange typer data også er bedre, i ABF-modeller, fordi det nettopp er disse dataene som utløser finansiering.

Et problem kan være at motivet for i større eller mindre grad forsøke å påvirke dataene som produseres i en retning som gir økonomisk gevinst, kan være større med ABF. Men motivet til ”forvridd” dataregistrering er til stede i alle modeller der data brukes som ledd i evalueringen av kostnader og resultater. Med økt vekt på resultatindikatorer og kostnadseffektivitet også i rammebaserte modeller, kan faren for forvridd datarapportering være et relevant problem også der.

At kvaliteten på data kan vris i retning av noe som enkelte ville betegne som juks, illustreres ved at det i enkelttilfeller er reist spørsmål om praksis ved koding av pasientdiagnoser ved beregning av DRG-poeng i sykehussektoren. Lignende forhold kan i prinsippet tenkes i kommunene. Hvor stor faren er, avhenger også av mulighetene for automatiske kontrollmekanismer. For eksempel kan tydelige bestillinger sette brukere og pårørende i stand til å oppdage avvik, for eksempel om brukeren får de tjenestene kommunen har sagt han eller hun skal få, og at tjenestene blir gitt til rett tid.

### **Kostnadseffektivitet – rett tjeneste til rett person**

Kostnadseffektivitet innebærer dels lave kostnader ved å yte en individuell tjeneste, men det innebærer også å sette sammen tjenestetilbudet i kommunen på en slik måte at man best mulig dekker de samlede tjenestebehovene til en gitt kostnad. Det er store forskjeller i hva det koster å yte de ulike tjenestene. Hjemmehjelp er billig, mens sykehjemsbehandling for aldersdemente og omsorg for særlig ressurskrevende brukere, er svært dyrt. For mange brukere kan ulike

kombinasjoner av de tjenestene kommunen kan tilby, være aktuelle. For eksempel vil økt bistand i hjemmet kunne utsette tidspunktet for når en pleietrengende eldre må på sykehjem. Kapasitet og tilgang på ulike tjenester, samt hvordan kommunen klarer å skreddersy en pakke av tjenester til den enkelte, kan være viktig både for hvordan den enkelte opplever pleietilbudet, og for hva kostnadene blir.

Det kan derfor oppnås betydelige kostnadsgevinster dersom man klarer å plassere de ulike brukerne på de rette tiltakene. Det oppnås gjennom en god tildelingspraksis og fornuftige beslutninger om økning eller reduksjon av kapasiteten i de ulike delene av pleie- og omsorgssektoren. Organiseringen av bestillerfunksjonen, og hvordan ulike finansieringsmodeller legger til rette for godt samspill mellom bestiller- og utførerfunksjonen, vil være kritiske faktorer for å få dette til.

### **Betingelser for samspill bestiller-utfører**

Mens ABF forutsetter en separat organisering av bestillerfunksjonen, ser vi i norske kommuner med rammefinansiering ulike organisasjonsmodeller for bestillerfunksjonen. Noen kommuner velger å ha bestillerfunksjonen integrert i de tjenesteproduserende enhetene, mens andre har egen bestillerorganisering. I de sistnevnte tilfellene har bestillerenheten altså ikke noe økonomisk ansvar for selve tjenesten. Bestillerenheten pålegger produsentene å utføre de bestilte tjenestene innenfor rammene av produsentenes tildelte (ramme)budsjett. Hvor godt bestiller- og utfører-funksjonen spiller sammen, kan være viktig for kostnadseffektiviteten i sektoren.

Et problem med rammefinansiering av utførerne i en bestiller-utfører modell er at produsentene får tildelt arbeidsoppgaver uten at det følger ressurser med tildelingen. Det forutsettes at produsenten skal kunne gjennomføre "oppdraget" innenfor den tildelte budsjettammen. I den grad bestillingene overstiger det som produsenten mener man kan produsere med tildelt budsjett, blir det problemer. Ulike "løsninger" kan tenkes. En løsning er at produsenten frigjør ressurser ved å redusere tjenestetilbudet til andre brukere, selv om dette skulle gå på tvers av tidligere vedtak i bestillerenheten. Da bryter man med logikken i modellen, idet produsenten tiltar seg bestilleroppgaver som formelt tilligger bestillerenheten. En annen mulighet er at produsenten rapporterer tilbake at den ikke har kapasitet til å utføre bestillingen, altså å spille ballen tilbake til bestillerenheten. En sentral utfordring i en bestiller-utfører modell der produsentene finansieres med rammer, er å sikre at det faktisk er bestilleren som reelt sett, ikke bare formelt sett, er det organ som foretar bestillingene. Med en ABF-modell, er ikke produsentenes kapasitet definert ved noen årlig budsjettamme. Dersom bestillerenheten tildeler mer tjenester, tilføres produsenten mer ressurser og kan ansette flere folk, øke overtiden eller lignende. Derfor er det mindre trolig at produsentene vil svare at det ikke er kapasitet til å utføre bestilte oppdrag. Innenfor tjenester hvor kapasiteten er gitt, for eksempel sykehjem eller omsorgsboliger, gjelder ikke dette momentet. For slike tjenester må vedtak om plass avpasses den fysiske kapasiteten hos produsentene. Her har ABF ingen fordel som beskrevet over.

En annen utfordring ved kombinasjonen rammefinansierte produsenter og separat bestillerenhet, er at den overordnede budsjettstyringen kan bli svekket, siden den som foretar tildelingen av tjenestene ikke selv har noe overordnet budsjett å holde seg til. En bestiller-utfører modell kombinert med rammefinansierte produsenter

kan således lett lene seg mye mot lovens krav og intensjoner om hvilke tjenestetilbud ulike brukere har rett til å få.

En gevinst ved en slik organisering er at man slipper kostnadene ved å legge om finansieringsmodell, som kan anses av betydning, særlig i mindre kommuner.

## **Blandingsmodeller**

Det er mulig, og trolig ønskelig, å ha ulike finansieringsmodeller for ulike kostnadskomponenter.

Selv om en kommune ønsker aktivitetsbasert finansiering, er det grunner til å la stykkprisen(e) bare dekke de variable kostnadene. Husleie og andre faste kostnader kan produsentene ofte gjøre lite med i et kort tidsperspektiv, samtidig som disse kostnadene kan variere mellom produsentene som følge av lokalenes beliggenhet, på hvilket tidspunkt husleiekontraktene ble inngått eller andre forhold. Å finansiere slike kostnader i form av refusjon eller individuelt tilpassede rammer, gir således få eller ingen negative incentiveffekter, siden produsenten ikke kan påvirke disse kostnadene. Isteden unngår man uønskede inntektseffekter. Dette er argumenter for at man bør ha kostnadsrefusjon (evt. inkrementelle rammer) for kostnader som produsenten har liten eller ingen påvirkning på, særlig dersom disse kostnadene varierer mye mellom produsentene.

Dersom kommunen også har private leverandører, er det større grunn til også å inkludere kapitalkostnadene i stykkprisen. Anbudskonkurranser der kapasitet og kostnader ses i sammenheng vil sikre kommunen kontroll over utgiftene også i en slik situasjon. I en situasjon med private og offentlige produsenter kan man ha en stykkpris for de(n) private og en stykkpris for de(n) kommunale produsenten(e).

Det er ofte vanskelig å beregne kapitalkostnadene. For det første kan ulike regnskapsregler i offentlig og privat sektor gjøre det vanskelig å etablere kostnadsbegreper som likebehandler private og offentlige leverandører. For det andre er det ikke opplagt hva som skal forutsettes om rentesatser og levetider på kapitalutstyret for å beregne årlige kapitalkostnader av en gitt investering.

Også arbeidskraftkostnadene vil i en del sammenhenger være å betrakte som faste for en produsent, fordi det medfører kostnader å øke eller redusere antall ansatte. Visse typer arbeidskraftkostnader vil helt klart ha karakter av å være faste sett fra produsentens perspektiv, og ikke avhengige av hvor mange pasienter som behandles eller hvor mange brukere som får omsorg. Slike faste kostnader kan være lønn til vaktmester, administrativt personell, nattevakter eller til annet personell som trengs i et gitt omfang uansett normale variasjoner i omfanget av tjenesteproduksjonen. Også faste kostnader av denne typen vil ofte være problematiske å inkludere i stykkprisene i en kommunal ABF-modell.

Hvor viktige disse upåvirkbare kostnadsforskjellene er, vil variere mellom tjenestetype, hvor stor andel husleie og andre kapitalkostnader utgjør av de samlede kostnadene, kommuner (avhengig av hvordan ulike kostnader finansieres (sentralt eller på tjenestestedene)), av hva slags forsikringsavtaler kommunen har og andre forhold.

### 3.1.3 Prioriteringseffektivitet

Den tradisjonelle kommunemodellen (modell 1) har gitt gode muligheter for fordeling av ressurser mellom ulike formål i kommunen. Tilgang og bruk av ressurser i pleie- og omsorgssektoren har blitt innordnet den generelle rammen til kommunene.

På statlig nivå har det vært reist spørsmål ved om aktivitetsbasert finansiering av enkelte sektorer gjør at mulighetene for å prioritere politisk mellom sektorer, svekkes. En grunn til en slik antakelse er erfaringene fra ISF i sykehusene, der ISF gav sykehusene sterke incentiver til økt aktivitet, som staten "bare måtte" følge opp med finansiering. Da ble det "automatisk" mindre igjen til andre formål. Er det grunn til å vente slike mekanismer også med aktivitetsbasert finansiering i kommunene?

I tilfeller der ABF er kombinert med en rammefinansiert bestillerenhet, vil dette generelt ikke være tilfellet. Snarere tvert imot. Det antatt bedre informasjonsgrunnlaget i form av data for behov og kostnader som en ABF-modell krever, burde heller gi grunnlag for bedret prioritering. En organisering med bestillerutfører modell vil trolig være den vanlige. Bare i tilfeller der en kommune innfører aktivitetsbasert finansiering og selv tilbyr å finansiere enhver etterspørsel om mer ressurser fra utfører hvis denne kan dokumentere økt aktivitet, vil mekanismer som ligner på den beskrevne utviklingen i sykehusene, representere en mulig utvikling. Dette er neppe en aktuell problemstilling i kommunene, med unntak av skolesektoren. Når det blir full barnehagedekning og etter hvert individuell rett til plass, samt barnehagesektoren overført til rammefinansieringssystemet for kommunene, vil situasjonen i barnehagesektoren ligne den i grunnskolen. Kommunens handlingsrom blir på hvor store ressurser per elev/barn den vil benytte.

Et mer subtile poeng kan være at med ABF følger også behov for mer detaljert resultatinformasjon og kostnadsinformasjon. Sektorer som finansieres med ABF vil således framstå med tydeligere beskrivelser av ressursinnsats, mål og resultater, enn andre sektorer. Dette kan tenkes å øke sannsynligheten for å vinne fram i kampen om kommunens budsjettmidler. Om bedre informasjon kan sies å være et problem, kan imidlertid diskuteres, men det at bedringen i informasjon konsentreres i enkelte sektorer, kan kanskje innebære en mulig skjevhet i kommunens evne til å prioritere ressursene.

### 3.1.4 Utgiftskontroll

Kontroll med utgiftene er knyttet til (minst) to forhold. For det første knytter det seg til å lage et realistisk årsbudsjett og å kunne styre ressursene gjennom året i forhold til budsjettet. Her er stikkordene løpende overvåking av ressursbruk, tjenesteomfang og tjenestebehov. For det andre knytter utgiftskontroll seg til kostnadseffektiv drift i et lengre tidsperspektiv, slik at ikke sektorens andel av de samlede utgiftene blir "for høy".

Organiseringen av bestillerfunksjonen og budsjettansvaret er sentral for utgiftskontrollen. Å få den aktør som bestiller, til å innordne bestillingene de økonomiske rammene som er satt for sektoren, er en nødvendig betingelse for utgiftskontroll. Her representerer de ulike kommunemodellene ulike løsninger.

Modellene med rammefinansiering og tradisjonell organisering innebærer at bestiller- og utførerfunksjonen er integrert hos tjenesteprodusentene. Dette gir bestilleren et sterkt motiv til ikke å tildele mer tjenester enn det er budsjett for, eventuelt å be om ekstrabevilgninger dersom det viser seg at behovet for tjenester er større enn det som var antatt da budsjettet ble utarbeidet. En slik modell burde gi relativt gode incentiver til utgiftskontroll.

Utgiftskontrollen kan trolig også sikres godt i en ABF-modell der tildelingen skjer i en egen bestillerenhet. Datagrunnlaget bør være godt, slik at overraskelser sent i budsjettåret bør unngås. Siden tjenesteprodusentene ikke får mer ressurser enn det som anses nødvendig for å utføre de bestilte tjenestene, gis ledere og ansatte hos produsentene motiv til å holde faktisk ressursbruk innenfor de vedtatte rammene.

En del kommuner har BUM uten at bestillerenheten har økonomisk ansvar. Dersom produsentenes økonomiske rammer er faste (harde budsjettskranker), kan vi godt få en situasjon der utgiftene blir lik de budsjetterte utgiftene, og kommunen således har kontroll med utgiftene. Men det kan tenkes å oppstå problemer ved at det ikke er kapasitet hos produsentene til å utføre alle de tildelte tjenestene. Samordningsproblemer mellom bestiller og utfører kan slå ut i svak utgiftskontroll eller i at brukere ikke får de tjenester de er tildelt og dermed burde hatt.

Rapportering gjennom året til administrativ ledelse og politisk nivå er sentralt for å ha kontroll med utgiftene. Rapportering dreier seg både om løpende ressursforbruk i form av driftskostnader, men også i form av antall brukere, hjemmebesøk med videre, altså indikatorer for tjenestevolumet. I utgangspunktet burde mulighetene til å ha god kontroll med løpende ressursbruk og produksjonsvolum være like gode i alle modellene. I den grad ulike modeller legger bedre til rette for å utarbeide god statistikk eller indikatorer, kan det kanskje argumenteres for at ABF-modeller har et fortrinn. Men i utgangspunktet burde det å frambringe et tilstrekkelig dataunderlag for løpende rapportering gjennom året, være lite påvirket av valg av finansieringsmodell.

## **3.2 Effekter for brukere og ansatte av ulike finansieringsmodeller**

Valg av modell for organisering og finansiering av kommunal tjenesteproduksjon vil også påvirke brukerne og de ansatte på ulike måter. Vi starter kapitlet med en teoretisk diskusjon av mulige effekter av modellene. I dette kapitlet diskuteres følgende effekter av ulike styrings- og finansieringsmodeller:

- Kvalitet
- Dekningsgrad
- Rettssikkerhet, likebehandling
- Ansattes arbeidsforhold.

### 3.2.1 Kvalitet på tjenestene

#### Kvalitet vanskelig å definere og måle

Kvalitet på tjenestene er vanskelig å definere, og har mange dimensjoner. Veilederen til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (Sosial- og helsedirektoratet, 2004) gir indikasjoner på hvordan kvalitet skal vurderes. Det sies der at tjenestene skal være virkningsfulle, trygge og involvere brukerne, samt at de skal leveres til rett tid, være tilgjengelige, samordnet og preget av kontinuitet. Veilederen legger også stor vekt på at brukerne må oppleve at de blir respektert og verdsatt i forbindelse med at tjenestene ytes. Forskriften om kvalitet er en prosessuell forskrift, dvs. at den retter oppmerksomheten mot prosedyrer og systemer. Forskriften har konkrete krav knyttet til utarbeiding av systematiske, skriftlige prosedyrer, rutiner og retningslinjer. Mye av forskningen på kvalitet i sykehjem og eldreomsorg generelt er også basert på såkalte struktur- eller prosessmål på kvalitet, altså administrativt orienterte tilnærminger (Romøren, 2005).

I de siste 10-15 årene er brukermedvirkning blitt stadig mer framhevet i lover og forskrifter knyttet til sosial- og helsetjenestene. Veilederen åpner for at brukerundersøkelser kan spille en rolle for å vurdere kvaliteten. Et problem med brukerundersøkelser i eldreomsorgen er at mange brukere kan ha alderssvekkelser. I en norsk undersøkelse (Romøren, 2005) finner man at 2/3 av sykehjemsbeboerne har moderat eller alvorlig aldersdemens, slik at bare rundt 30 prosent av dem er intervjubare. Denne undersøkelsen gir som resultat at personalet har en mer kritisk vurdering av kvaliteten på tjenesten i de undersøkte institusjonene enn det beboere og pårørende har.

Brukerundersøkelser kan gi viktig informasjon om tjenestene, men har flere metodiske problemer. Vi skal ikke gå inn på disse her, men bare poengtere at det man måler i slike undersøkelser er graden av tilfredshet med tjenestene, ikke kvaliteten direkte. Graden av tilfredshet er forholdet mellom kvaliteten og den kvaliteten brukerne (eller pårørende) forventer å få. Ulike forventninger og krav til tjenestetilbudet kan således i prinsippet være en like viktig kilde til variasjoner i brukertilfredshet som forskjeller i kvalitet kan være. Forventningene til tjenestene fra befolkningen i en kommune, vil være påvirket av en rekke forhold, slik som blant annet hvilket tilbudet man er vant til, samt den løpende politiske debatt i kommunen.

For noen tjenester er kvaliteten lett observerbar, slik som for praktisk hjelp i hjemmet. Mer komplekse tjenester som hjemmesykepleie og sykehjemstjenester involverer medisinske aspekter hvor kompetanse, rutiner og utførelse av arbeidet er viktige, og hvor kvaliteten ikke lett kan observeres verken av bruker eller pårørende.

#### Finansieringsmodeller og kvalitet

Ulike organiserings- og finansieringsmodeller kan fremme kvalitet og andre egenskaper ved tjenestene i ulik grad.

Den tradisjonelle *forvaltningsmodellen* baserte seg ofte på uformelle vurderinger og styringssignaler og hadde ofte få eller ingen resultatindikatorer. Modeller med inkrementelle rammer har altså relativt svake økonomiske incitament til

effektivitet, og således også relativt svake incitamenter til å redusere kvaliteten. På den andre siden har slike modeller i mindre grad enn nyere modeller hatt oppmerksomheten mot brukernes oppfatninger og resultatindikatorer generelt. Viktige karakteristika ved tjenestene har således ofte vært styrt av den enkelte ansattes faglige vurderinger, og ofte ønske om en god personlig relasjon til brukeren. Dette er et positivt kvalitetsaspekt sett fra den enkelte brukerens synspunkt. Men det kan være problematisk for hele brukergruppens synspunkt, fordi modellen kanskje i mindre grad enn andre modeller setter ulike brukeres behov opp mot hverandre og søker å prioritere de gitte ressursene best mulig mellom brukerne.

Modeller med kriteriebaserte *rammer* innbærer gjerne noe flere resultatindikatorer, men trenger ikke gjøre det. Resultatindikatorer spiller trolig størst rolle ved aktivitetsbasert finansiering, siden det er indikatorer som faktisk utløser finansieringen.

For at aktivitetsbasert finansiering skal gi gode incentiver til produsentene og den enkelte ansatte, må indikatorene så langt som mulig måle det de er ment å måle. Innenfor offentlig tjenesteproduksjon er dette ofte vanskelig. Hvordan kan man lage enkle og pålitelige indikatorer for kvalitet? Det er flere måter å tilnærme seg dette på. En mulighet er å ivareta kvalitet gjennom minstekrav, standarder, stimulering av yrkesetiske normer hos personellet med videre.

Vi konkluderte tidligere i kapitlet med at både aktivitetsbasert finansiering og kriteriebaserte rammer gav incentiv til å rensere på kvalitet og på antall brukere, men at produsentenes *mulighet* til å begrense antall brukere kunne være mindre ved aktivitetsbasert finansiering. Grunnen er at ved rammebasert finansiering er den normale situasjonen at det er tjenesteprodusenten selv som tildeler tjenestene, og dermed får større mulighet til å begrense hvor mange brukere som skal motta tjenester, og hvor mye den enkelte skal få. Dette kan tale for at presset i retning av å rensere på kvaliteten i tjenestene til den enkelte bruker kan bli noe sterkere i en aktivitetsbasert modell enn i en rammebasert modell. Hvor stor forskjellen mellom modellene er, er vanskelig å si på generell basis. Vi vil i utgangspunktet tro at den er liten. Det som synes sikkert, er at stramme økonomiske rammer, uansett om det skjer gjennom lave årsbudsjetter eller lave stykkpriser, både er et incitament til effektivisering, men også et incitament til å rensere på kvaliteten på tjenestetilbudet. Uansett finansieringsmodell må gode systemer for å sikre kvaliteten, være til stede.

### **Belønning av kvalitetsmål?**

Man kan også forsøke å belønne resultatmål for kvalitet som for eksempel skåre i brukerundersøkelser, eller prosessmål som ressursbruk på kompetanseoppbygging eller andelen av personellet som har godkjent utdanning. Det sier seg selv at måleproblemene kan bli store. Desto større måleproblemene er, desto mindre hensiktsmessig synes det å være å belønne kvalitet økonomisk gjennom finansieringssystemet. En mindre radikal konklusjon er at jo større måleproblemene er, desto svakere bør de økonomiske incentivene i et aktivitetsbasert system være. Visse økonomiske incentiver kan likevel være hensiktsmessige selv om det er betydelige måleproblemer, fordi det kan henlede ledere og ansatte på hensynet til aktivitet og hensynet til å begrense kostnadene. Man kan følgelig



tenkes å etablere *blandingsformer* mellom rammebasert finansiering og aktivitetsbasert finansiering også på kommunalt nivå.

*Tjenestenes kompleksitet* kan ha stor betydning for hvor godt resultatene kan måles. Innenfor praktisk hjelp i hjemmet er antall timer per måned en god indikator på tjenestene. Sykehjemstjenester er mer komplekse, og den enkeltes behov for pleie kan variere betydelig. Her vil det faktiske pleiebehovet per bruker kunne variere mye. Pleiebehovet kan også endres raskt over tid. Dersom ressursbehovet overstiger stykkprisen, kan et sykehjemmet få økonomiske problemer, noe som kan gi svake incentiver til både å ta imot "tunge" brukere og å yte et godt nok tilbud til disse brukerne. Disse problemene er imidlertid til stede både i rammefinansieringsmodeller og i aktivitetsbaserte modeller.

Brukerrettet tid (kalles ofte "ansikt til ansikt-tid") er en mye brukt volumindikator for hjemmetjenestene i kommunene. I kommuner med aktivitetsbasert finansiering er brukerrettet tid ofte den viktigste indikatoren som utløser finansiering. I kommuner med rammefinansiering brukes indikatoren ofte for å sammenligne effektiviteten mellom ulike produsenter. Produsenter med lav andel brukerrettet tid, og som dermed lett vil anses å ha lav effektivitet, kan i slike kommuner få hardere effektivitetskrav på seg i påfølgende år, enn andre produsenter. I et dynamisk perspektiv kan således andelen brukerrettet tid være en indikator som indirekte påvirker produsentenes økonomiske rammer.

En direkte belønning av slik tid kan tenkes å gå på bekostning av annen nyttig tidsbruk, slik som samarbeids- og kompetansetiltak, rapportering og dokumentasjon. Vi tror at denne faren er til stede i ethvert finansieringssystem der ressursrammen er presset i forhold til de oppgavene produsenten pålegges av kommunen, og i mindre grad kan tilskrives finansieringssystemet selv.

### **God tildeling viktig aspekt ved kvalitet**

Utfordringen kommunene står overfor, er å lage systemer som tildeler timer etter behov, og som kan ta vare på at behovene for den enkelte kan endre seg over tid. Innenfor hjemmebasert omsorg er trolig problemene knyttet til dette minst for praktisk bistand i hjemmet, og kanskje større for hjemmesykepleie. For hjemmesykepleie kan behovsvurdering av et tildelingskontor være vanskeligere fordi det kan være større individuelle variasjoner i behovet, også over tid. For sykehjems-pasienter kan man også tenke seg et bestillerkontor som tildeler ressurser fra sykehjemmet, basert på individuelt pleiebehov, der f. eks brukerne er inndelt i klasser etter pleietyngde.

Å få tildelt tjenester etter behov og lovverkets kriterier, er et sentralt kvalitetsaspekt ved pleie- og omsorgstjenestene. Kommuner som har innført bestillerutfører organisering har ofte hatt som begrunnelse at de ønsker å styrke likebehandlingen av brukere internt i kommunen, samt sikre økt faglig kvalitet i tildelingspraksis. Med ett sentralt tildelingskontor i en kommune, som det vil være dersom man har aktivitetsbasert finansiering, vil vi derfor forvente mer likeartet tildelingspraksis internt i kommunen. I rammefinansierte kommuner, der tildeling skjer av produsenter som ofte har ansvar for visse deler av en kommune, kan variasjoner i kapasiteten i sektoren i kommunen være en kilde til at det kan være lettere å få f.eks. sykehjems plass i en del av en kommune enn i andre deler av kommunen. Den spesialiseringen som skjer i en bestiller-utfører modell (som altså

er integrert del av en ABF-finansiering), tilsier også at befolkningens retts-sikkerhetskrav kan bli styrket.

### **Seleksjon?**

Brukerseleksjon har vært et tema i forbindelse med ISF i sykehussektoren. Etter innføringen av det delvis stykkprisbaserte finansieringssystemet ISF i sykehussektoren 1997, har det vært uttrykt bekymring for at kvalitetskutt er gjennomført på sykehusene, blant annet i form av pasientseleksjon. Det vil si at sykehusene bevisst har valgt å behandle lønnsomme pasienter på bekostning av tyngre pasientgrupper som ikke utløser finansiering på samme måte.

Også i kommunal tjenesteproduksjon kan brukerseleksjon oppstå, men synes først og fremst aktuelt i aktivitetsbaserte modeller med *brukervalg*. Da kan man tenke seg at produsentene på ulike måter søker å legge "kjepper i hjulene" for at særlig dyre brukere (i forhold til den finansiering de "har med" seg), ikke velger denne produsenten. Isteden kan produsentene søke å trekke til seg brukere med lav pleietyngde i forhold til den finansiering som følger med. Uten brukervalg synes problemet å være lite aktuelt, og like lite aktuelt i alle finansieringsmodeller.

### **3.2.2 Effekter for de ansatte**

Siden ulike finansieringsmodeller gir produsentene ulike incentiver, er det sannsynlig at dette har konsekvenser for de ansatte. Felles for alle modeller er at reduserte rammer gir økt press på de ansatte. De ansatte kan få økte krav til å yte tjenester uten at det ansettes flere folk. Et spørsmål er om hvilken finansieringsmodell som velges, har konsekvenser for de ansattes arbeidsforhold.

ABF-modeller kan medføre mer administrativt arbeid i form av registrering og rapportering. Likeledes er det sannsynlig at fokus i organisasjonen i større grad vil ligge på brukerrettet tid, og at ansatte vil kunne oppleve at de får mindre anledning til andre gjøremål. Dette gjelder i alle fall hos produsenter med høy andel timer som ikke er brukerrettet tid.

ABF vil motivere ledelsen av produsentene til i større grad å forsøke å la timeverksinnsatsen følge svingninger i tjenestene gjennom året. Mens belegget på sykehjemmene varierer lite over tid, varierer etterspørselen etter hjemmetjenester mer. I større kommuner, som har større produsenter, vil de tilfeldige variasjonene i etterspørselen trolig jevne seg ut, mens dette i mindre grad vil være tilfellet i mindre kommuner. Aktivitetsbasert finansiering vil gi produsentene økt incentiv til å variere timeinnsatsen etter etterspørselen. Dette incentivet til økt fleksibilitet for produsenten vil forplante seg videre til de ansatte. De ansatte vil få krav på seg til å bli mer fleksible. Det kan være grunn til å forvente økt vikarbruk, mer vikarinnleie og flere ansatte på midlertidige kontrakter, i den grad det er mulig innenfor arbeidsmiljølovens ramme. I større kommuner, hvor svingningene i etterspørselen i større grad enn i mindre kommuner vil jevne seg ut, vil denne effekten være mindre enn i små kommuner. Man skal imidlertid være klar over at tjenesteprodusentenes problemer med å håndtere tilfeldige hopp i etterspørselen som følge av svingninger i behovet for tjenester som hovedregel vil være størst i små kommuner, uansett finansieringsmodell.

## 3.3 Oppsummering

I dette kapitlet har vi drøftet i hvilken grad ulike finansieringsmodeller legger til rette for kostnadseffektivitet, prioriteringseffektivitet, utgiftskontroll, kvalitet og de ansattes interesser. Vi gjengir nedenfor noen hovedkonklusjoner og hypoteser fra denne teoretiske drøftingen.

- Incitamentene til effektiv drift er sterkest ved kriteriebaserte rammer og ved aktivitetsbasert finansiering, fordi begge finansieringsmodellene tilstreber ”harde” budsjettammer.
- En hypotese er at incentivene til å svekke kvaliteten kanskje er sterkest ved kriteriebaserte rammer, fulgt av aktivitetsbasert finansiering. Incentivene til kvalitet fra finansieringsmodellen er sterkest ved kriteriebaserte rammer. Kvalitetstiltak, kontroll og andre forhold kan benyttes for å sikre kvaliteten der de økonomiske incentivene til å spare ressurser er sterke.
- Aktivitetsbasert finansiering kan ”smøre” en bestiller-utfører-modell og tydeliggjøre skillet mellom rollene som bestiller og produsent.
- Aktivitetsbasert finansiering gir produsentene sterkere incentiv til å variere timeverksinnsatsen etter variasjonene i bestillingene. Det kan kreve større fleksibilitet av de ansatte.
- Det er investeringskostnader ved å gå over til aktivitetsbasert finansiering. Disse består av utredningsarbeid og andre kostnader for å beregne korrekte stykkpriser, samt interne ressurser for å etablere nye arbeidsformer og ansvarsområder i kommunens organisasjon. Når systemet er etablert, er det trolig mindre forskjeller i løpende kostnader mellom modellene.
- Systemer som innebærer store databehov og etableringskostnader, er trolig mindre egnet i små kommuner. Forholdene i små kommuner er også oftest mer oversiktlige enn i større kommuner. Kriteriebaserte rammer og i enda større grad aktivitetsbasert finansiering blir derfor lite hensiktsmessige i små kommuner.

## 4 Erfaringer i 7 kommuner

### 4.1 Innledning

I dette kapitlet redegjør vi for viktige kjennetegn ved casekommunene, samt våre hovedinntrykk fra intervjuene med aktører i kommunene. Informasjonsmengden og typen informasjon som legges fram varierer noe mellom kommunene. Grunnen er først og fremst at intervjuene var relativt åpne i formen, og at informantene gav ulik mengde og ulik type informasjon.

Begrunnelsene for å gå over til aktivitetsbasert finansiering har variert: I Moss innførte man aktivitetsbasert finansiering i 2000, fordi dette var et skritt mot konkurranseutsetting. Lignende begrunnelser var til stede i Asker og Stavanger, men ikke i Kristiansand. I Kristiansand har man praktisk talt fullstendig offentlig ansvar for tjenesteproduksjonen. Motivet for Kristiansand var at man ønsket en mer rettferdig og profesjonell tildeling av tjenestene, kombinert med en oppfatning av at for å få en bestiller-utfører modell til å fungere, måtte man la "pengene følge vedtaket", dvs. ha aktivitetsbasert finansiering.

Alle kommunene med aktivitetsbasert finansiering i pleie- og omsorgssektoren har i forkant etablert egne bestillerenheter, dvs. gjennomført et organisatorisk skille mellom utfører- og bestilleroppgaven.

I dette kapitlet presenterer vi først nøkkeltall for kommunene og for deres pleie- og omsorgssektor. Kommuneindikatorne kommenteres kort nedenfor, mens indikatorne for pleie- og omsorgssektoren kommenteres i avsnittene om de enkelte kommunene.

Nøkkeltallene gir selvsagt ikke grunnlag for å si noe bestemt om effekter av finansieringssystemet. Informasjonen kan imidlertid være nyttig som bakgrunnsmateriale og gi bedre grunnlag for å tolke resultater fra intervjuene.

### 4.2 Nøkkeltall

Vi viser først indikatorer for kommunenes geografiske og demografiske struktur, og økonomiske rammevilkår, jf. Tabell 4.1. De fleste kommunene er mellomstore eller store, og relativt tettbygd.

Hamar og Moss er omtrent jevnstore, og også - i likhet med Drammen – geografisk sett ganske "kompakte" kommuner (basert på indikatorne gjennomsnittlig

reisetid til kommunesenter og andel av befolkningen i tettsted). Sørums har mest spredt bosetting, mens også de store bykommunene Kristiansand og Stavanger har mer spredt bosetting enn de mindre byene Moss, Hamar og Drammen.

Tabell 4.1 Nøkkeltall casekommuner 2004

	Alle kommuner	Aktivitetsbasert finansiering				Rammefinansiering		
		Moss	Asker	Kristiansand	Stavanger	Sørums	Hamar	Drammen
Innbyggertall (1000)	11,9	28	51	76	114	13	27	57
Andel bosatt i tettsted, %	77	97	96	95	97	72	86	97
Gj. sn. reisetid til k-senter (min)	7,7	3,0	6,4	7,4	6,1	8,1	4,2	5,3
Frie inntekter (utgiftskorrigert) 1)	100	93	108	96	103	93	95	91
Netto driftsresultat 2004 2)	2,0 <sup>3)</sup>	-0,6	5,8	-0,7	2,5	-0,1	2,7	4,2
Netto driftsresultat 2003 2)	0,7 <sup>3)</sup>	-1,5	4,2	0,0	-2,3	-0,7	4,3	4,4
Netto driftsresultat 2002 2)	0,1 <sup>3)</sup>	-2,1	1,4	11,4	-0,6	-1,0	3,3	-4,0

1) Korrigerte frie inntekter inkl. eiendomsskatt og konsesjonsinntekter. Indeksverdi der landsgjennomsnitt er lik 100. 2) Prosent av brutto driftsinntekter. 3) Ekskl. Oslo.

Kilde: KOSTRA, St. prp 60 (2004-2005) fra KRD (Kommuneproposisjonen)

Utgiftskorrigerte frie inntekter per innbygger er en indikator for hvor mye ressurser kommunen har til rådighet, når det er justert for at forskjeller i aldersfordelingen mellom kommuner medfører forskjeller i utgiftsbehovet. Indikatoren er derfor egnet til å si noe om hvor velstående kommunen er. Asker og Stavanger har frie inntekter over landsgjennomsnittet, mens de øvrige kommunene ligger under landsgjennomsnittet. Sørums, Moss og særlig Drammen har lave frie inntekter.

Vi inkluderer også netto driftsresultat i kommunen i 2004 og de to foregående årene. Netto driftsresultat anses av det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi som den indikatoren som best gir uttrykk for kommunenes finansielle situasjon. Det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi (TBU) anbefaler at netto driftsresultat for kommunesektoren over tid bør ligge på omtrent 3 prosent av driftsinntektene for at kommuneøkonomien skal være bærekraftig. Driftsresultatet kan bli påvirket av store utslag i inntekts- eller utgiftskomponenter i enkelte år. Det er derfor nødvendig å se på driftsresultatet over flere år for å få et inntrykk av kommunens finansielle situasjon. En fullgod vurdering krever imidlertid også bruk av andre indikatorer.

Bare Asker og Hamar har hatt positive driftsresultater i alle årene 2002-2004. De øvrige kommunene har alle hatt minst ett år med negativt driftsresultat, noe som indikerer at den økonomiske situasjonen har vært vanskelig i disse kommunene. Dette gjenspeiles også i intervjuene. Flere av kommunene har vært gjennom omfattende innstramminger på utgiftssiden, noe som også har gått ut over pleie- og omsorgssektoren. Både Asker, Stavanger og Drammen har bedret driftsresultatet klart fra 2002 til 2004, noe som i betydelig grad gjenspeiler økonomiske innstramminger i perioden.

Tabell 4.2 viser nøkkeltall for pleie- og omsorgssektoren. Lavest ressursbruk i pleie og omsorg synes det å være i Hamar. Moss, Asker og i noen grad Sørums har

relativt sett høye utgifter per person 80 år og over, mens Kristiansand, Stavanger og Drammen ligger i en mellomkategori. En viktig grunn til de spesielt lave utgiftene i Hamar er trolig at denne kommunen har en klart lavere sykehjemsdekning enn de andre kommunene. Tabellen viser at det er kommunen selv som er den helt dominerende tjenesteprodusenten i alle kommunene, men at det i noen kommuner et visst privat innslag.

Tabell 4.2 Nøkkeltall casekommuner 2004.

	Alle kommuner	Aktivitetsbasert				Rammebasert		
		Moss	Asker	Kristiansand	Stavanger	Sørumsund	Hamar	Drammen
Andel under 67 med hj tj, %	1,2	1,5	1,1	1,4	0,8	0,7	1,8	1,1
Andel 67-79 år som mottar hjemmetjenester, %	9,8	8,4	6,4	9,3	8,1	7,5	9,4	7,9
Andel 80-89 år som mottar hjemmetjenester, %	34,5	31,0	32,5	32,5	30,2	28,2	35,5	33,1
Andel på inst. som er under 67, %	4,8	5,5	7,3	6,6	3,8	8,6	3,5	5,1
Andel 67-79 år i institusjon, %	2,1	2,1	1,7	2,1	2,0	2,7	1,7	1,7
Andel 80-89 år i institusjon, %	11,4	10	11,5	10,3	12,4	15,7	8,4	7,8
Netto driftsutg (1000 kr) pleie omsorg per bruker	211	259	265	195	226	256	188	227
Korrigerte brutto driftsutg. (1000 kr) pleie og omsorg, per bruker i kommunale pleie- og omsorgstjenester	232	197	243	221	233	260	212	249
Nto driftsutg (1000 kr) pleie/omsorg per person 80+	204	252	249	201	192	238	171	197
Andel mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester, %	98	96	93	100	92	100	100	100

1) Korrigerte frie inntekter inkl. eiendomsskatt og konsesjonsinntekter. Indeksverdi der landsgjennomsnitt er lik 100. 2) Prosent av brutto driftsinntekter.

Kilde: KOSTRA, St. prp 60 (2004-2005) fra KRD (Kommuneproposisjonen)

## 4.3 Kristiansand

### Beskrivelse

Kristiansand er en relativt stor bykommune (76.000 innbyggere), men med noe mer spredt bosetting enn de fleste andre av casekommunene. Kommunen har frie inntekter noe under gjennomsnittet. Hele pleie- og omsorgssektoren er kommunalt drevet. Kristiansand ligger noe under gjennomsnittet av casekommunene når det gjelder driftsutgifter i pleie- og omsorgssektoren per person 80+ og per bruker. Pleie- og omsorgssektoren er 100 prosent drevet i offentlig regi.

Kristiansand er en foregangskommune i bruk av aktivitetsbasert finansiering. I perioden 2000-2002 gjennomførte kommunen en omstillingsprosess med mål om best mulig delegering av beslutningsmyndighet til de tjenesteproduserende enhetene. Det var fra begynnelsen av klart at man ønsket at det økonomiske ansvaret skulle legges til bestillerenheten, dvs. at "pengene følger vedtaket". Man

startet med å skille bestilling og drift, ved å etablere en egen bestillerenhet, og å endre finansieringsordningen på et senere tidspunkt. Den nye finansieringsordningen, kalt "Innsatsstyrt finansiering" for alle pleie og omsorgstjenester ble innført fra 1.1.2003. Det vil si:

- Hjemmehjelp
- Hjemmesykepleie, herunder psykiatrisk sykepleie i hjemmet.
- Alders- og sykehjem (langtidsdøgn, korttidsdøgn, sterkdøgn, toppfinansiering for små sykehjem, dagavdeling).
- Tjeneste for utviklingshemmede.

Kommunens pleie- og omsorgssektor har tre typer ISF-modeller:

1. ISF for 13 omsorgsenheter
2. ISF for 4 enheter for utviklingshemmede
3. ISF for 3 helseenheter (psykiatrisk sykepleie med mer).

De 13 omsorgsenhetene er integrerte, dvs. hver enhet omfatter både sykehjem og hjemmetjeneste. Størrelsen på enhetene varierer fra 25 til 115 årsverk.

Beslutning om ny organisering og finansiering ble sett samlet. Man ønsket å etablere en robust organisering med enheter som kunne være finansielt solide og som kunne utnytte arbeidskraften optimalt i forhold til etterspørselen, og samtidig gi muligheter for effektiv ledelse basert på økonomiske incentiver. Man var bevisst med å etablere enheter som både besto av sykehjem og hjemmetjenester, for å kunne utnytte arbeidskraften best mulig. Man ønsket også å etablere "harde" budsjettsskranke.

Tidligere system før ISF var basert på 19 utførende enheter som også var bestillere. Midlene ble fordelt på enhetene via en kriteriebasert fordelingsmodell basert på demografiske og sosioøkonomiske kriterier for de ulike delene av kommunen. Kriterievariablene var andel av befolkningen 80+, samt sosioøkonomiske variabler. Informantene i administrasjonen mente dette var en god tildelingsmodell, men at den hadde viktige mangler. Ett eksempel på en slik mangel var at oppdateringen av SSBs data kom for sent etter kommunens vurdering.

De tre ISF-modellene er bygd på samme prinsipper. Stykkprisen er satt lik hver enkelt ISF-ordnings gjennomsnittlige kostnad året før, justert for generell kostnadsvekst. Eksempelvis vil et samlet overskudd i modellen for de 13 omsorgsenhetene føre til nedjustering av stykkprisen for alle produsentene i denne ordningen året etter, men ikke i de andre ISF-ordningene. Systemet er altså selvregulerende. Kommunen har latt systemet virke av seg selv, og ikke brukt stykkprisen for å saldere budsjettet. (dvs. kutte stykkprisen for å motivere ytterligere til effektivitet).

Indikatorer i hjemmetjenesten er timer, besøk og brukere (hver bruker kan ha flere besøk per dag). Dette gjelder også innenfor psykiatrisk sykepleie. I psykiatrisk hjemmesykepleie var opprinnelig utførere med på behovsvurderingen, mens bestiller til slutt gjorde vedtaket. Bestillerenheten ble evaluert i 2005 (AGENDA, 2005), og i etterkant ble psykiatrisk sykepleie inkludert i ISF-ordningen. I

utgangspunktet var det betydelig skepsis til aktivitetsbasert finansiering innenfor psykiatrisk hjemmesykepleie.

Det er ikke kontroll av at vedtatte timer faktisk blir utført. Systemet er basert på tillit. Man har diskutert å innføre systemer med tidsregistrering, men kommunen har ikke ønsket dette fordi det kan gjøre de ansatte mindre positivt innstilt til arbeidet. Det gjøres stikkprøver, kontroll av fakturert beløp for hjemmehjelp, samt at enhetsleder kvitterer for utført tjeneste. For hjemmesykepleie, der ingen betaling av egenandeler registreres, er det imidlertid ikke mulig å kontrollere fakturaer som følge av at tjenesten er gratis.

I utgangspunktet var det meningen at enhetene skulle beholde 90 prosent av overskudd og 100 prosent av underskudd. I praksis har det ikke vært mulig, fordi noen få enheter har hatt svært store underskudd. Disse enhetene har fått dispensasjon fra rådmannen.

Bestillers budsjett lages ved at det legges inn forutsetninger om aktivitet basert på demografiske endringer og antatt endret behov ellers. I 2004 gikk man på et stort aktivitetsavvik. Man undervurderte tjenestebehovet, noe man fant ut i 1. tertial. Da fant man en antatt årlig underdekning på ca 6 millioner kroner. Politikerne ble presentert for to alternativer: a) Kutt i kvalitet eller b) bevilge mer. De valgte det siste.

ISF for sykehjem er basert på at brukeren tildeles plass, og det faktureres med fast døgnpris. Det er priser per langtidsplass og korttidsplass, samt noen ytterligere komponenter. Pga. mer administrasjon er døgnprisen for en korttidsplass høyere enn for en langtidsplass. Det er til slutt separat finansiering av avdelinger for ekstra pleietrengende pasienter. Prisene er således et gjennomsnitt av kostnaden for alle brukere. Over tid antas kostnadsvariasjonene å jevne seg ut, slik at gjennomsnittlig behandlingstkostnad tilsvarer stykkprisen.

Bestillerenheten har 34 ansatte. De driver med andre ting enn tildeling også: innkreving, fakturering osv. 20 saksbehandlere på tildeling.

## **Erfaringer**

Vårt inntrykk er at informantene ikke anser at det har vært store endringer i effektiviteten på tjenestene. Stykkprisen falt kraftig i år 2, fordi produsentene hadde lavere kostnader enn stipulert i stykkprisen i år 1. Dette førte automatisk til lavere stykkpris i år 2. I år 3 steg stykkprisen noe igjen, som følge av underskudd i år 2.

Rent teknisk medførte overgangen til aktivitetsbasert finansiering betydelige oppstartproblemer med dataprogrammer med mer. I forkant av overgangen ble det også gjort et omfattende oppryddingsarbeid for å beregne kostnader på de ulike tjenestene på en best mulig måte. Kostnadene ved dette var relativt betydelige, men i løpende bruk synes det som om systemet ikke medfører høye driftskostnader.

Aktivitetsbasert finansiering synes ikke å ha hatt større konsekvenser for driften av sykehjemmene, fordi disse i praksis alltid er fullt belagt, slik at inntektene i praksis bestemmes av kapasiteten. For hjemmetjenestene har overgangen til aktivitetsbasert finansiering ført til at lederne har blitt mer opptatt av å tilpasse



timeverksinnsatsen til svingningene i etterspørselen. Dette ser ut til å ha ført til noe mer bruk av deltid. Produsentene synes å håndtere variasjonene i bestillinger greit, selv om det har vært visse problemer. Oppgaven som leder for de tjenesteprodusentene er endret til i større grad å være en ”vanlig” bedriftsleder som har til oppgave å styre bruken av arbeidskraften sterkere enn det som var tilfellet før.

Det var generelt skepsis til aktivitetsbasert finansiering blant de ansatte. Ledelsen har brukt mye tid og ressurser for å forklare logikken i systemet og å forankre det hos ledere og ansatte. Nye roller for utførere og bestillere skapte en del misnøye, særlig i begynnelsen. Dette er velkjente tema i forbindelse med overgang til bestiller-utfører modell. Motstanden mot aktivitetsbasert finansiering var særlig sterk innenfor området psykiatrisk sykepleie, og feltet ble en periode finansiert via rammer, selv om det var bestillerenheten som tildelte tjenester. Etter en ekstern evaluering, er nå psykiatrisk sykepleie del av den aktivitetsbaserte finansieringen, og det synes å fungere relativt greit.

Generelt synes informantene i Kristiansand å mene at stykkprisene nå er blitt noe for lave i forhold til å dekke kostnadene ved de oppgavene som skal utføres. Dette er langt på vei en konsekvens av den automatiske oppdateringen av stykkprisen.

Vi har inntrykk av at ressursene for å utføre en gitt pleieoppgave er redusert. Informantene har vanskelig for å si om dette skyldes ISF i seg selv eller om det skyldes reduserte økonomiske rammer.

Sentralisert tildeling synes å ha ført til likere tildelingspraksis mellom ulike deler av kommunen. Det synes også som om informantene mener at et eget tildelerkontor har ført til økt fokus på ulike gruppers rettigheter til tjenestene, og at man har blitt mer oppmerksom på den rett ulike brukergrupper under 67 år har til tjenester, og at denne tendensen delvis anses som en konsekvens av det er etablert et eget tildelingskontor.

## 4.4 Asker

### Beskrivelse

Asker er en relativt stor forstadskommune til Oslo (51.000 innbyggere). De frie inntektene er høye, og kommunen har hatt komfortable driftsresultat de siste årene. Asker har relativt høye utgifter i pleie- og omsorgssektoren både i forhold til personer 80+ og per bruker.

Kommunen etablerte i 2000 et bestillerkontor der tjenesteproduksjonen i starten ble rammefinansiert. Asker kommune har hatt en aktivitetsbasert finansiering av hjemmehjelp og hjemmesykepleie siden 2002. De andre tjenestene ble fortsatt rammefinansiert. Asker evaluerte og oppsummerte sine erfaringer med konkurranseutsetting i 2002 i en strategi med konkurranseeksponering som innbefattet benchmarking, anbudskonkurranse og ”pengene følger brukeren”. Fra høsten 2004 har kommunen hatt fritt brukervalg i hjemmehjelp i deler av kommunen, men få har benyttet seg av valgmulighetene. Asker har et visst innslag av private leverandører både i sykehjem og hjemmetjenester. Kommunen etablerte et nytt og videreutviklet finansieringssystem fra 2006, basert på erfaringene fra første generasjons system. Dette innbefatter hjemmesykepleie, hjemmehjelp, bolig med personalbase til eldre og boliger for psykisk utviklingshemmede som et

pilotprosjekt. Timeprisene ble beregnet ved hjelp av tidsstudier. Systemet er basert på at produsentene kan beholde en andel av overskuddet og må trekke med seg underskudd. Stykkprisen har år for år blitt justert for kostnadsvekst.

Hjemmetjenesten består av tre soner, 2 kommunale soner og en privat sone. Den private sonen finansieres med en annen timepris enn den kommunale. Enhetene har vært finansiert på basis av utførte timer, ikke tildelte timer.

Bestillerkontoret tildeler alle typer tjenester. Sykehjem, korttidsopphold på institusjon, avlastning, støttekontakt, boliger, omsorgslønn, brukerstyrt personlig assistent (BPA) og psykiatrisk hjemmesykepleie. I forhold til psykiatrisk hjemmesykepleie skal det innhentes erfaringer fra andre kommuner før tjenesten evt. blir en del av den aktivitetsbaserte finansieringsmodellen. Det pågår parallelt med dette arbeidet en evaluering av Bestiller – utførermodellen.

## **Erfaringer**

Overgangen til Bestiller-utførermodellen medførte en del *omstillingsproblemer*. Det synes som om nye roller i forbindelse med skillet mellom tildeling og utførelse av tjenestene skapte en del diskusjon og usikkerhet. De ansatte måtte i større grad "sette grenser" for hvor mye de skulle gjøre forbrukerne, en ny rolle som vakte motstand. Problemene mht. roller synes langt på vei å ha vært av midlertidig art.

Det har også vært betydelige *tekniske problemer* i forbindelse med implementeringen. Finansieringen ble basert på registrert tid, ikke tildelt tid, og den registrerte tiden har i perioden vært lavere enn tildelt tid. Dette skyldes trolig problemer med å registrere all brukerrettet tid. Siden den tiden som utløste finansiering ble vesentlig lavere enn antatt, fikk de tjenesteproduserende enhetene betydelige underskudd. Speilbildet av dette ble at bestillerenheten fikk overskudd. For sektoren sett gikk resultatene omtrent i balanse. De store underskuddene gjorde at prinsippet om at underskudd og overskudd skulle overføres til senere år, ikke kunne opprettholdes.

Siden dokumentasjonssystemet ikke fungerte tilfredsstillende i 2005, ble utførernes budsjett basert på anslag ved inngangen til året, mens løpende variasjoner i brukerrettet tid ikke fikk reell betydning for de økonomiske rammene for produsentene. Derfor synes ikke Asker ennå hatt en full implementering av aktivitetsbasert finansiering.

Etter innføring av ABF var det et betydelig merforbruk i forhold til budsjettet. En viktig grunn til merforbruket var at utførerne ikke klarte å holde en så høy andel ATA-tid som forutsatt. Mye kjøretid var en grunn, men mangler ved registrering har trolig også vært en årsak. I det nye systemet som skal implementeres i 2006, har man forsøkt å ta hensyn til dette ved å innføre en viss betaling per besøk som ekstraaktivitet i ABF-systemet. Det er i tillegg lagt inn flere kostnadsdrivere som antall besøk, antall vedtak samt vedtatt tid.

Til nå har man brukt faktisk tid som utløser av finansiering. I det nye systemet vil man bruke vedtatt tid, som følge av at det er lettere å registrere vedtatt tid i datasystemet. I forbindelse med endringene av finansieringsmodellen, vil man kunne øke kravene til andel brukerrettet tid.

Fra produsentenes perspektiv er oppfatningen at aktivitetsbasert finansiering krever mer fleksibel bruk av arbeidskraften enn før, men at dataproblemene har ført til at produsentene ennå ikke har møtt denne effekten fullt ut. Tiden til samarbeid med andre tjenester enn hjemmetjenesten er blitt mindre, men det kommer trolig ikke av den aktiviseringsbaserte finansieringsmodellen i seg selv, men trolig mer at kravet til brukerrettet tid er satt høyt.

Det er et inntrykk fra informantene at prioriteringene i sektoren er blitt tydeligere.

## 4.5 Stavanger

### Beskrivelse

Stavanger er den klart største kommunen blant case-kommunene (114.000 innbyggere). Inntektsnivået er over landsgjennomsnittet og gjennomsnittet av casekommunene. Stavanger har vært gjennom en innsparingsperiode, som også har rammet pleie- og omsorgssektoren.

Kommunen omorganiserte i 2000, da man gikk over til bestiller-utfører modell. Målet var at man ønsket å legge til rette for private aktører i kommunens tjenesteproduksjon. Dette var første skritt mot aktivitetsbasert finansiering og fritt brukervalg, men i første omgang valgte man å starte med bestiller-utfører modell. Man fant raskt ut at BUM med rammebasert finansiering av tjenesteprodusentene ikke fungerte etter hensikten, med bakgrunn i at utfører ikke fulgte bestillingene godt nok, siden det ikke fulgte penger med vedtaket.

Vedtak om ABF i hjemmetjenesten (inkludert dagsentrene) kom i 2003. 2004 var første fulle år med aktivitetsbasert finansiering. Både hjemmehjelp og hjemme-sykepleie ble gjort gjenstand for ABF, men ikke sykehjemmene. Vedtakene skjedde i en situasjon med store økonomiske problemer i Stavanger, og man trengte å redusere utgiftene samtidig som finansieringsmodellen ble iverksatt.

Det er 4 bestillerkontor i kommunen, med ansvar for hver sin region. Tidligere var denne oppgaven gjort av ca 10 bydelsvise helse- og sosialkontorer. Antall utførere i hjemmetjenesten ble redusert fra 14 til 8 enheter. Gjennomsnittsstørrelsen på produsentene ble dermed økt, noe som var ønsket for å sikre robuste enheter. Man antok at de ellers ville blitt sårbare overfor variasjoner i antall brukere, særlig brukere med stort pleiebehov.

Tidligere hadde Stavanger hatt et system der de ulike leverandørene fikk sitt budsjett basert på kriterier som andel eldre, boligtyper i området, med mer. Det ble en del "hopp" i rammene for de enkelte enhetene ved overgang til nytt system i 2003. De enhetene som i utgangspunktet hadde størst budsjett fikk størst reduksjoner og de med lavest budsjett fikk minst reduksjoner. I systemet lå det inne politisk bestemte effektivitetskrav som ble implementert ved at timesatsen ble redusert. I tillegg skjedde det en vridning i bestillingene i retning av mindre tildeling til "lette" brukere og styrket tildeling til "tunge" brukere.

ABI (aktivitetsbaserte inntekter, som det heter i Stavanger) er basert på faktisk registrert tid, ikke tildelt tid (så lenge faktisk registrert tid er mindre enn tildelt tid). Man er i gang med strekkodesystem for registrering av utførte tjenester.

Kommunen brukte beste praksis i hjemmetjenesten i egen kommune som norm for timepris.

Kommunen jobber løpende med å utvikle og utvide systemet. Man sikter mot å etablere ABF for sykehjemmene fra 2007, hvor man skal klassifisere pasientene etter pleietyngde, basert på pleietid, tilsynstid og store medisinske kostnader. Stavanger har et ikke ubetydelig innslag av private leverandører, bl.a. noen ideelle organisasjoner som driver sykehjem.

ABF er etablert som egen prosjektorganisasjon - 4 personer i prosjektgruppa på full tid, i 2 år: 4,8 mill, pluss omtrent like mye i timer for ansatte ellers. På basis av intervjuer, anslår vi på usikkert grunnlag en utgift på omtrent 10 millioner kroner.

## **Erfaringer**

Det er vanskelig for informantene å isolere effektene av finansieringsmodellen fra andre endringer, særlig den sterke innsparingen i sektoren i 2004 og 2005. Kommunen hadde i utgangspunktet relativt høy ressursbruk i hjemmetjenesten. I løpet av 2004 og 2005 ble sektoren pålagt å spare 40 millioner. Man klarte 32 mill, dvs. det var fortsatt budsjettoverskridelser. Samlet budsjett var i utgangspunktet på 180 mill. Tildelte timer ble i mindre grad endret, men finansieringen per time ble sterkt redusert. Enhetene klarte å holde timetallet og redusere kostnadene, dog ikke så mye som forutsatt. Hittil har man ikke krevd at overforbruket skulle tas neste år. Kommunen synes å ha hatt klare mål og oppfølging i spareprosessen. Den sterke innsparingen synes å ha ført til at man har hentet ut et effektivitetspotensial, og vi vurderer det slik at det er kuttet i de økonomiske rammene, og ikke den aktivitetsbaserte finansieringen i seg selv, som har vært den viktigste drivkraften bak denne effektiviseringen.

Inntrykket fra informantene er at aktivitetsbasert finansiering har gitt mindre diskusjon om rettferdigheten i ressursfordelingen enn tidligere.

Aktivitetsbasert finansiering har ført til endringer i produsentenes driftsmåter. Nå har man færre fast ansatte og leier inn mer vikarer fra kommunal vikartjeneste og folk man har på egne lister. For lederne har aktivitetsbasert finansiering gitt noe økt usikkerhet, noe som har gjort at oppgavene som leder er blitt endret i forhold til før. De ansatte har de siste årene opplevd økt press, noe som trolig mer skyldes de store innsparingene enn den nye finansieringsmodellen. Sterkere vekt på økonomiske incentiver har ført til at produsenter i noen grad har vridd seg i retning av økt bruk av ufaglærte, men omfanget synes beskjedent.

Det synes som om lederne generelt mener ordningen er god. Å få skilt bestiller og utførerjobben anses positivt.

## **4.6 Moss**

### **Beskrivelse**

Moss er en kompakt bykommune med korte reiseavstander (28.000 innbyggere). Inntektsnivået er lavt, og kommunen har hatt store økonomiske problemer de

senere årene. Innsparinger har bedret resultatene noe, men problemene er ikke løst.

Moss var tidlig ute med aktivitetsbasert finansiering. Aktivitetsbasert finansiering og bestiller-utfører modell ble innført av det daværende borgerlige flertallet i 2000, som et virkemiddel for å fremme konkurranse. Kommunen konkurranseutsatte også deler av pleie- og omsorgstjenestene. Ved valget i 2003 ble det sosialistisk flertall, som vedtok at kommunen skulle forlate konkurranseutsettingspolitikken. Private utførere er nå ute, både av sykehjem og hjemmetjenester. Moss har imidlertid valgt å beholde den aktivitetsbaserte finansieringsmodellen. Man ser denne nå ikke lenger som et middel for å realisere konkurranse, men for å fordele ressurser til brukerne basert på individuell behovsvurdering.

Det var en stor omorganisering i hele kommunen i 2002. Mange tjenester er nå basert på bestiller-utfører organisering, også helse- og sosialtjenester. Det er bare pleie og omsorg som er aktivitetsbasert.

Moss har tre resultatenheter i hjemmetjenestene (praktisk hjelp og hjemme-sykepleie). Kommunen har også tre kommunale sykehjem. Det er 6 resultatenheter for tjenester til personer med psykiske lidelser og til psykisk utviklingshemmede.

Stykkprisen dekker ikke husleie, som isteden refunderes. Stykkprisen ble opprinnelig fastlagt ut fra anbudskonkurranse i den tiden kommunen konkurranseutsatte deler av tjenestene. Deretter er stykkprisen justert i takt med den generelle kostnadsveksten.

Bestillerenheten tildeler ikke timer, men ”nivåer”, dvs. hver bruker plasseres på et ”nivå” for hvor mye tjenester han eller hun trenger. Det er 7 nivåer. Utfører selv avgjør ut fra enkeltvedtaket hvor lang tid som dette skal ta.

Sykehjemmet er også stykkprisfinansiert, med en fast sats per plass.

Bestiller tildeler tjenester til bl.a. til psykisk utviklingshemmede, som ikke er ABF-finansierte. Her går imidlertid utfører og bestiller inn i forhandlinger slik at det etableres en formell kontrakt der det spesifiseres omfang av tildelt tilbud og den pris utfører skal få.

Tradisjonelt har det vært budsjettoverskridelser i Moss. I hovedsak kommer det av at man har bestilt mer omfattende tjenester enn forventet. Det gjelder særlig blant yngre (nedbygging av sykehus og institusjoner i psykiatri, samt yngre ulykkesofre og andre med store behov).

Man kontrollerer ikke direkte at tjenesten ytes. Kontrollen er basert på klager og avviksrapportering.

I Moss er det ikke slik at man drar med seg fjorårets overskudd/underskudd i budsjettet for inneværende år.

## **Erfaringer**

De nye rollene mellom aktørene som følge av bestiller-utfører modell medførte også i Moss overgangsproblemer og konflikt som følge av at tidligere kollegaer nå

skulle bli over- og underordnet, og at utfører ikke lenger skal bestemme hvor mye hver enkelt bruker skal få.

Produsentene opplever at det i perioder kan være vanskelig å tilpasse timeverksinnsatsen fullt ut til svingningene i inntektene. Det synes å være en viss misnøye med indikatorene, og med den hvordan registrering og beregning er implementert. Systemene synes å kreve at det går med en god del tid til registrering og intern fakturering.

Det kan også se ut som om Moss' indikatorer, som er annerledes enn de som brukes i de andre kommunene med aktivitetsbasert finansiering, er beheftet med visse problemer. Det som utløser finansiering er antall brukere på de enkelte nivåer ved utgangen av hver måned, og denne indikatoren synes i noen grad å bomme på de virkelige ressursbehovene. Men dette er noe usikkert, siden ulike aktører har gitt uttrykk for ulike syn.

## 4.7 Drammen

### Beskrivelse

Drammen er en stor bykommune (57.000 innbyggere). Kommunen har et lavt inntektsnivå og har hatt betydelige økonomiske problemer. Pleie- og omsorgssektoren har hatt budsjettkutt i flere år. Det er for tiden ingen private aktører i pleie- og omsorgssektoren, men kommunen skal konkurranseutsette ett sykehjem høsten 2006.

Pleie og omsorg er et eget Programområde. Der er det flere resultatenheter, delvis med regional dimensjon

- 2 virksomheter med institusjoner (sykehjem)
- 2 virksomheter for hjemmebasert omsorg (hjemmehjelpen for hele byen er samlet i en av de to virksomhetene).
- 1 virksomhet med omsorg (psykiatri og utviklingshemmede, omfatter hjemmetjenester, omsorgsboliger mm)
- Virksomhet kjøkken (leverer tjenester til mange)
- Bestillerkontoret er en egen virksomhet.

Sektoren ble omorganisert i 2004. De tjenesteytende virksomhetene ble gjort større. Man ønsket store enheter for å utnytte stordriftsfordeler og å kunne flytte ressurser etter behovet. Det er i størrelsesorden 200 årsverk per virksomhet. I hver virksomhet har man satsset på ett "ekstra" lederledd til, dvs. leder for hvert enkelt sykehjem og for hver enkelt "base" i hjemmetjenesten. Før omorganiseringen var det 13 virksomheter, som var integrerte og omfattet både sykehjem og hjemmetjenester, og de var regionalt delt opp. Midlene til de regionale utførerne ble tidligere fordelt på bydeler ut fra andelen av befolkningen som var 75 år og eldre.

Bestillerkontor ble opprettet våren 2004, for alle typer pleie- og omsorgstjenester. Utfører har det økonomiske ansvaret. Utførere finansieres med rammer.

Budsjettet til sektoren og til virksomhetene baseres på objektive sosioøkonomiske og demografiske kriterier. Hittil har psykiatri og tjenester til utviklingshemmede ikke hatt tildeling sentralt, men fortsatt med til deling i utførervirksomheten.

Virksomhetene rapporterer tertialvis, mens bestiller rapporterer månedlig.

## **Erfaringer**

Man omorganiserte samtidig som kommunen måtte spare penger. Mesteparten av innsparingen skjedde i form av færre lederårsverk, men også noe endrede turnuser som følge av at man kunne samordne bedre i større virksomheter. Man reduserte 100 av ca 1000 årsverk i sektoren.

Kommunen har gjort mye for å effektivisere, blant annet ved stillingskutt i administrasjon/ledelse, og gjennom nye bemanningsnormer (som gir svekket kvalitet). Dette har ikke slått ut i form av lavere tilfredshet i brukerundersøkelser. Innbyggerne er generelt mer misfornøyde etter nedskjæringene, men blant brukerne (de eldre) viser undersøkelsene mindre utslag. Kommunen fikk imidlertid påtale fra fylkesmannen for manglende tilbud innenfor hjemmebasert omsorg. Det synes ut fra dette klart at kvaliteten på tjenestetilbudet er svekket de senere årene.

I varierende grad klarte utførerne å holde budsjettene. Man oppdaget i 2004 et avvik på hjemmehjelp, som man korrigerer ved at politikerne vedtok tilleggsbudsjett (oppdaget tidlig i året). Det er en regel om at man skal dra med seg overskuddunderskudd inntil 2 prosent av budsjettet. Resultatenheter med store underskudd i 2004 slapp imidlertid å dra disse med seg, mens de med overskudd fikk godskrevet det i 2005. Budsjettoverskridelsene de siste par årene skyldes trolig like mye for optimistiske budsjettanslag som manglende kontroll med utgiftene.

Flere informanter i Drammen framhever det problematiske i at bestillerenheten ikke har budsjettansvar, og at samarbeidet mellom bestiller og tjenesteprodusentene er problematisk. Selve overgangen til bestiller-utfører modell synes ikke å ha medført så store rollekonflikter som andre steder, men dette kan tenkes å komme av man ikke har klart å overføre den reelle beslutningsmyndigheten fullt ut fra utfører til bestiller. En aktør sier det slik at det lett kan bli motkrefter i en organisasjon når man bestiller tjenester uten at det følger ressurser med. Da blir bestillingen et pålegg, som utfører får det fulle ansvar for å gjennomføre.

Flere aktører er av den oppfatning at den eksisterende bestiller-utfører modell i Drammen har mange problemer. Dels synes det å være en utbredt oppfatning at bestillerenheten ikke klarer å fatte vedtak som er innenfor rammene for tjenesteprodusentene. Informanter gir også uttrykk for at finansieringsmodellen gjør det lettere å dytte problemet over på andre, ved at produsenten kan henvise til manglende kapasitet. Det forhold at bestillerenheten ikke har noe økonomisk ansvar, kan gjøre at innpassingen av vedtak innenfor et realistisk budsjett blir vanskeliggjort.

Andre forklaringer på problemene enn den valgte modellen er tenkelige, blant annet det forhold at reorganiseringen av de tjenesteproduserende enhetene i større enheter kom samtidig som etableringen av bestiller-utfører modellen. De sterke innsparingene kan også ha bidratt til problemene. Samlet sett synes tyngden av

svarene å gå i retning av at modellen med bestiller-utfører organisering, uten at pengene følger vedtaket, er en av flere kilder til problemene i kommunen.

## 4.8 Hamar

### Beskrivelse

Hamar har 27.000 innbyggere, og er en kompakt bykommune med korte reiseavstander. Økonomien i kommunen har vært god, med positive driftsresultater i en årrekke. Inntektsnivået er imidlertid lavt, noe som betyr at nivået på den samlede tjenesteproduksjonen også er lavt, relativt sett. Hamar skiller seg ut fra casekommunene og fra landsgjennomsnittet ved å ha meget lav sykehjemsdekning og den laveste ressursbruken på pleie- og omsorgssektoren.

Pleie og omsorg er egen resultatenhet under rådmannen. Sektoren har 620 årsverk og mellom 950 og 1.000 ansatte. Brutto utgifter 300 millioner kroner.

Tjenesten er delt i 3 distrikter, hver med fullt integrert tjeneste (hjemmetjeneste og sykehjem), og med en leder med alt ansvar. Det er én sentralisert enhet for aldersdemente i kommunen. Hver avdeling på sykehjem og soneledere i hjemmetjenesten er linjeledere. Det er 8 soner i kommunen med vanlig hjemmetjeneste, samt 3 soner med psykisk og fysisk funksjonshemmede. Et sentralt psykiariteteam ligger under ledelsen. Til sammen er det ca 30 ledere i sektoren.

Soneleder er både bestiller og utfører. Tildeling av tjenester skjer ved at soneleder for hjemmetjenesten avgjør vedtak. Mellom distriktene bytter de en del langtids sykehjemsplasser, dersom det skulle bli høyt behov i en region i forhold til tilgjengelige plasser.

Det er ingen private leverandører, bortsett fra i transport av psykisk utviklingshemmede, samt frivillige som deler ut mat.

Rammebudsjettet fordeles ut fra historien, fra antall senger, og fra demografiske faktorer, men også ut fra regnskapstall.

Sektoren leverer tertialrapport til administrasjon og politikere. Tjenesteprodusentene leverer månedlig rapport for økonomi og spesielle avvik. Det blir sjelden akseptert tilleggsbevilgninger.

Budsjettsituasjonen er karakterisert ved en svak økning i rammene i 2004 og 2005. Sektoren har klart å holde budsjettet i 2004 og 05. Det var et lite underskudd (500') i 2004, og et lite overskudd i 2005. Underskudd dras med til neste år. Resultatenhetene får beholde 50 prosent av overskuddet. Dette blir praktisert.

Tidligere var tjenesten til psykisk utviklingshemmede integrert i hjemmesykepleien, men er nå skilt ut. Denne brukergruppen krever mer stabilitet og færre ansatte å forholde seg til, enn det som er tilfellet for andre brukere.

Det skjer en gradvis endring i retning av mer spesialisering av tjenestene. Ett distrikt får ansvar for rehabilitering, ett distrikt for kreftpasienter, osv.



## **Erfaringer**

Lederne i kommunen synes i hovedsak fornøyd med finansieringsmodellen som ramme om sin virksomhet. Man erkjenner visse regionale forskjeller i tildelingspraksis, men man jobber med nettverk og ellers for å sikre mest mulig likebehandling. Budsjettfordelingen basert på sosiodemografiske data synes å fungere noenlunde greit.

Kommunen synes å ha sterkt søkelys på effektiv drift, og har bl.a. brukt effektivitetsmålinger for å stille økte krav til andel brukerrettet tid hos tjenesteprodusentene.

Informantene anser at skreddersydd tildelingspraksis nær brukeren er viktig for å gi et godt tilbud til brukere med store behov, og som er på grensen til å trenge sykehjemsplass. Man erkjenner likevel at man har for få sykehjemsplasser i Hamar. Det er vanskelig for oss å vurdere om skreddersøm sikrer eldre i gråsonen for å trenge sykehjemsplass et godt nok tilbud. Det er imidlertid ikke spesielt mange klager i Hamar i forhold til andre kommuner, så det er ikke opplagt at tilbudet i Hamar er dårligere enn i andre kommuner, tross den lave ressursbruken.

Samlet sett framstår pleie og omsorgssektoren i Hamar som veldrevet, men med et spørsmålstegn om tilbudet er godt nok, som følge av lav sykehjemsdekning. Budsjettskrankene synes relativt harde, ved at underskudd og overskudd er små, og at de overføres mellom år. Økonomistyringen og samspillet mellom administrativt og politisk nivå synes adekvat.

## **4.9 Sørums**

### **Beskrivelse**

Sørums er en landkommune i Akershus med 13.000 innbyggere. Sørums er den klart minste av casekommunene. Inntektsnivået er lavt, og kommune har hatt svak økonomi i flere år. Driftsresultatene synes, til tross for en viss bedring, klart lavere enn det de burde være for at økonomien skal være bærekraftig. Kommunens ressursbruk er høy, blant annet på grunn av en høy andel av del eldre som er på institusjon. Andelen av de eldre som mottar hjemmetjenester er lav, men nettoeffekten er trolig et høyt utgiftsnivå, fordi sykehjemsplasser er vesentlig dyrere enn pleie og omsorg i hjemmet. Kommunen har hatt stram økonomi og opplever økende press på tjenestene, samt – på linje med det andre kommuner gjør – stadig dårligere brukere som følge av at de som skrives ut fra sykehusene er dårligere enn før.

Kommunen har 9 seksjoner (etater), altså en relativt flat organisering. Det er ett sykehjem, ett bofellesskap for aldersdemente og ett aldershjem. Hjemmetjenesten er organisert under ett i kommunen, mens den tidligere var skilt i hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Under hjemmetjenesten er det også et alderspensjonat. Hjemmetjenesten er nå organisert i to distrikter, hvert med både hjemmehjelp og hjemmesykepleie.

Sørums kommune har høsten 2005 etablert en egen bestillerenhet, men beholdt rammefinansiering av sektoren. Tidligere skjedde tildeling av et inntaksteam som besto av lederne for de tjenesteproduserende enhetene. Motivet for å skille ut en

egen bestillerenhet var å profesjonalisere vedtakene, og å hindre at de ulike delene av tjenesten "holder på" sine brukere, noe som ifølge informantene har vært et problem tidligere. Det er imidlertid gått for kort tid til å vurdere i hvilken grad dette er endret.

Tradisjonelt har budsjettet vært rammebasert med utgangspunkt i budsjettet året før. Det var merforbruk i 2004. Sektoren tok med seg deler av dette merforbruket i 2005 (700.000) og har i 2005 (rapporter per desember 2005) spart inn 500.000 kroner av dette. I 2004 ønsket administrasjonen å redusere aktiviteten, men politikerne ville ikke og bevilget mer.

Når det gjelder styringsdata er kommunen i ferd med å implementere IPLOS-systemet, hvor den enkelte bruker blir kartlagt. Det rapporteres månedlig fra enhetene og fra sektoren (10 parametere, forbruk, tjenestevolum, sykefravær osv.).

## **Erfaringer**

Kommunen har vært "modellkommune", det vil si at man har gjennomført effektiviseringsprosesser i samarbeid med de ansatte. Informanter anser at samarbeidet med fagforeningene er meget godt, noe som gjør at behandlingen av nye modeller går raskt.

Ansatte har foreslått ulike tiltak for bedre og/eller billigere tjenester. Som eksempel framheves det at man har fått til felles handledurer for hjemmehjelpere for å realisere effektiviseringsgevinster. Man har også endret organiseringen, bl.a. redusert størrelsen på utførende enheter. Vi har ikke holdepunkter for å anslå størrelsen på disse effektene.

Siden den nye organisasjonsmodellen har virket så kort, er det egentlig for tidlig å trekke erfaringer om hvor godt en modell med bestiller-utfører modell med rammefinansiering av de tjenesteproduserende enhetene fungerer.

Det synes som om den nye organisasjonsmodellen har ført til noe økt ressursbruk i tildelingen. Det gjøres flere hjemmebesøk og man har bedre begrunnede og formulerte vedtak. Kvaliteten i tildelingen er bedret. Foreløpig synes systemet ikke å ha medført problemer.

Informanter i kommunen sier at det har vært diskutert problemer med at tunge brukere kan kreve mer finansiering i hjemmetjenesten enn det de gitte budsjett-rammene gir grunnlag for. En løsning som har vært diskutert er å gi tildelerenheten et budsjett som kan brukes på ressurskrevende brukere. Da er man på vei i retning av elementer av aktivitetsbasert finansiering.



## 5 Hva er effektene?

### 5.1 Styringsmessige effekter

Basert på intervjuer i de 7 kommunene, kan vi trekke noen erfaringer, men informasjonsmaterialet er vanskelig å tolke. Dette har først og fremst sammenheng at det er vanskelig både for oss og for informantene å isolere effekten av finansieringsmodellen fra effekten av en rekke andre variabler som har påvirket forholdene. Når flere forhold i en kommune endrer seg samtidig, blir det vanskelig å si hvor mye av endringen som skyldes den ene faktoren og hvor mye som skyldes den andre faktoren. Det har også vært vanskelig å skille mellom overgangsproblemer og kortsiktige faktorer, fra varige endringer.

#### 5.1.1 Overgangsproblemer

Erfaringene fra etableringen av aktivitetsbasert finansiering i Moss er helt tilbake fra 2000. Både fordi informantene selv ikke har førstehånds informasjon om etableringsfasen og fordi erfaringene fra de kommunene som de senere år har implementert ABF er mest relevante, vil vi basere oss på vurderinger av overgangsproblemer fra disse kommunene (Kristiansand, Stavanger og Asker). Stavanger gjennomførte innføringen av ABF i en periode med store budsjettkutt i kommunen, også i pleie- og omsorgssektoren, mens situasjonen har vært mer "normal" i Asker og Kristiansand.

Det synes å ha vært relativt *betydelige overgangsproblemer* ved å gå fra rammefinansiering til aktivitetsbasert finansiering i flere av kommunene. Det er imidlertid vanskelig å skille mellom effekter av bestiller-utfører organiseringen i seg selv og effekter av å gå over til den aktivitetsbaserte finansieringen. I de tre nevnte kommunene er det erfaringene med kombinasjonen BUM/ABF man uttaler seg om. For utførerne er problemene kjennetegnet av nye roller for ledere og ansatte. Mens tildeling tidligere ble foretatt av ledere hos utfører, er det med BUM en ekstern aktør som tildeler pleie- og omsorgstjenester. Blant ansatte innenfor både hjemmesykepleien og hjemmehjelpstjenesten var det innledningsvis motstand mot ABF. I Asker har det særlig vært motstand mot å bli en del av ABF for omsorgstjenesten for psykiatriske pasienter og brukere med sammensatte behov. Representanter for disse tjenestene har fått aksept for at psykiatrisk hjemmesykepleie i Asker er såpass annerledes enn annen hjemmetjeneste, at den ikke skal finansieres ved ABF. I Kristiansand har det også vært mye diskusjoner, og ledelsen mener det har gått med mye tid for å informere om hva systemet er og ikke er, og å forankre endringene hos ledere og ansatte. I motsetning til i Asker, er

psykiatrisk hjemmesykepleie i Kristiansand nå finansiert ved ABF, uten at dette synes å medføre spesielle problemer.

Aktivitetsbasert finansiering krever gode datasystemer. Dataproblemene har vært betydelige både i Asker og Kristiansand. "Det var store tekniske oppstartproblemer, med mangelfull registrering av brukere og av timer". Informanter anser også at man "undervurderte hvor stort informasjonsbehov ledere og mellomledere i organisasjonen hadde". De tekniske problemene synes også å ha vært store i Asker, men synes å være rettet opp i den reviderte versjonen av aktivitetsbasert finansiering man satte i verk fra 2006.

## 5.1.2 Systemkostnader

Med "systemkostnader" mener vi kostnader i administrasjon og styring som er særegne for den valgte finansieringsmodellen. ABF, kombinert med BUM, krever både en egen bestillerenhet, som kan medføre økt ressursbruk for å utføre denne oppgaven. Det er vanskelig å tallfeste denne effekten, men uttalelser fra kommunene som har gått over til ABF, tyder på at tildeleroppgaven er tilført noe mer ressurser enn før. Imidlertid synes den formelle kvaliteten på tildelingen å ha blitt mye bedre, i form av bedre begrunnede vedtak. "Tidligere skrev vi vedtak på 2 linjer, nå er vedtakene ofte på 1 ½ side" (bestiller). "BUM medførte mer ressurser i tildelingen, men det må ses på bakgrunn av at formelle krav til begrunnelser og dokumentasjon ikke ble godt nok fulgt tidligere. Saksutredninger var det tynt med tidligere" (leder bestiller, ABF-kommune).

Også dokumentasjonen hos utfører over hva som er gjort, er blitt bedre, men bedringen har krevd noe mer ressurser enn før.

Skal denne ressursøkningen tilskrives ABF? Vi har fått vurderinger fra informantene om at det økte papirarbeidet ikke egentlig er en følge av ABF, men egentlig bare en (forsinket) oppfølging av statlige retningslinjer og krav knyttet til begrunnelse og dokumentasjon av vedtak og utførte tjenester. Med andre ord: Mer ressursbruk på vedtak og på dokumentasjon av tjenester kan ikke tilskrives ABF/BUM i seg selv. En utfører i en ABF-kommune sier det slik: "Den tiden det tar å registrere timer er ikke ubetydelig, men er egentlig ikke noe annet enn at vi oppfyller dokumentasjonsplikten".

Overgangen til ABF-modeller har krevd til dels betydelige investeringer. Kristiansand, som var den første kommunen som gjennomførte ABF, har benyttet betydelige ressurser til gjennomgang og nødvendig forbedring av regnskapsystemer og rapporteringssystemer, samt til konsulent tjenester, for å gi de ulike tjenestene en riktig pris. I tillegg er det ansatte i administrasjonen som er dedikert til ABF-systemet.. I Stavanger er det en egen prosjektorganisasjon med 4 ansatte på full tid, som har arbeidet i ca 2 år. I tillegg kan andre ansatte ha brukt omtrent like mye tid. Nytt IT-system er også anskaffet. Totalt kan investeringskostnaden ha kommet opp i 10 millioner kroner (anslag basert på opplysninger fra kommune-revisor).

Kostnader knyttet til den løpende driften av systemet, synes små dersom man har fått systemer og bruken av dem, til å fungere. Kristiansand rapporterer om at de løpende kostnadene ved å drive systemet er "små" (kommunaldirektør). I Moss, hvor man ikke synes å ha brukt mye ressurser på å videreutvikle systemet de

senere årene, er misnøyen med tidsbruk knyttet til rapportering større. Det kan ha sammenheng med mangelfullt IT-system (man registrerer på regneark). En erfaring synes ut fra dette å være at man, kanskje i større grad enn ved tradisjonell finansiering med mindre rapporteringsbehov og databehov generelt, trenger gode IT-systemer for at finansieringsordningen skal fungere godt.

Kommuner med rammebasert finansiering vil i ulik grad bruke resultatindikatorer i styringen. Dersom man i slike modeller ønsker å bruke indikatorer for volum og kvalitet for å sikre god tildeling og tjenesteyting, vil det selvsagt også sette økte krav til IT-system, rapportering mv. Rammefinansiering muliggjør lav bevissthet om og prioritering av tjenestevolum og -kvalitet, og muliggjør dermed også mindre ressursbruk på systemer og rutiner som da kreves.

### **5.1.3 Driftsformer og finansieringssystem**

#### **Tilpasning av arbeidskraften**

Aktivitetsbasert finansiering innebærer at inntektene til den utførende enheten ikke lenger kommer i form av et årsbudsjett som i et rammebasert system. Isteden kommer inntektene løpende, utløst av vedtak om tjenester. Som ledd i ABF har kommunene søkt å tydeliggjøre resultatansvaret på utfører. Ledere for de tjenesteproduserende enhetene oppfatter som del av endringene i finansiering og organisering at lederoppgaven er annerledes enn før. Mens lederen tidligere et stykke på vei kan sies å ha fungert som en faglig veileder, blir oppgaven som arbeidsleder og bedriftsleder mye sterkere med ABF. ABF innebærer at enheten bare får finansiering for tildelte tjenester. Avtar tildelte tjenester som følge av lavere tildeling, blir det behov for raskere å trappe ned timeverksinnsatsen enn i et rammebasert system.

Denne endringen i driftsmåter kommer tydelig fram i uttalelser fra virksomhetslederne i hjemmetjenestene. Tjenesteproduksjonen i sykehjem svinger erfaringsmessig lite. ”sykehjemmet er enkel for utfører, det er alltid fullt” (leder utførerenhet i ABF-kommune). ”Hjemmetjenestene er vanskeligere. De svinger mye mer, noe som gjør styringsutfordringene større” (leder utfører ABF-kommune). Blant hjemmetjenestene varierer behovet for hjemmehjelp minst. Behovet for hjemmesykepleie varierer fort og raskere enn behovet for praktisk hjelp i hjemmet. Psykiatrisk sykepleie varierer mindre enn somatisk sykepleie. (bestiller i ABF-kommune).

At overgang fra rammefinansiering til ABF krever raskere tilpasning av arbeidsinnsatsen, er et tydelig fellestrekk i svarene fra informanter i alle ABF-kommuner. I Asker har endrede driftsformer kanskje ikke slått fullt ut fordi registreringen av timer hittil ikke har fungert godt, men logikken i systemet har likevel begynt å virke. ”Vi må ha en økende del av bemanningen som en fleksibel arbeidskraftressurs” (leder hjemmetjenestesone, ABF-kommune). Behovet for økt fleksibilitet er blitt møtt på ulike måter, bl.a. lavere deltidsbrøker og mer bruk av vikarer og innleie av arbeidskraft. For sykehjemmene holder likevel ikke denne konklusjonen. Siden det praktisk talt alltid er fullt belegg i sykehjemmet i ABF-kommunene, blir også inntektene forutsigbare. Dermed vil neppe ABF for sykehjem avvike mye fra et sammenlignbart rammebasert finansieringssystem.

Samlet sett virker det ikke som svingningene i finansiering har vært større enn at utførerne har kunnet håndtere dem. Vi fikk mer positive uttalelser fra ledere enn vi hadde forventet noen steder. ”Lederoppgaven er blitt mer krevende, men også mer spennende” (leder hjemmetjeneste, ABF-kommune). Lederen må følge mer med enn under rammefinansiering. Endringer i arbeidsstokken pga. behovsvariasjoner som man tidligere gjorde på årsbasis, gjøres nå løpende gjennom året. Lederen for pleie- og omsorgssektoren i en ABF-kommune hadde på forhånd regnet med at variasjoner i etterspørselen ville bli vanskelige å håndtere for utførerne, men anser at det ikke har gått slik.

Utførernes evne til å håndtere usikkerheten i tildelingen og dermed i finansieringen avhenger også av organiseringen. Store utførerenheter er mer robuste overfor svingende finansiering enn mindre enheter. Dette har vært erkjent av de kommunene som har ABF, og både Kristiansand, Stavanger og Asker rapporterer at de slo sammen virksomheter da de gikk over til ABF. Kristiansand valgte i tillegg å ha såkalt integrerte utførerenheter, dvs. enheter som besto av både et sykehjem og en hjemmetjenestesone. Stavanger har separat organisering av hjemmetjeneste (ABF-finansiert) og sykehjem (foreløpig rammefinansiert). Drammen, som har hatt BUM, men med rammefinansierte utførerenheter, har imidlertid også valgt å øke størrelsen på utførerenhetene. Hensikten er å få mer effektiv drift og å kunne styre ressursene bedre. Ønske om mer robuste enheter kan således være til stede både i systemer med rammefinansiering og i ABF-systemer.

Vi er likevel ikke helt sikre på effektene av finansieringsmodellen på utførers risiko. Selv om finansieringen for den enkelte utfører svinger mer på månedsbasis med ABF enn med rammefinansiering, er trolig tildelingen relativt stabil på årsbasis (bestiller i ABF-kommune). Denne informanten anser at når lederne for utførerenhetene etter hvert får tillit til at tross store svingninger på kort sikt, er etterspørselen på årsbasis likevel relativt stabil, vil de få mer is i magen. Da vil utførerne kanskje i mindre grad en foreta en så hyppig opp- og nedtrapping av arbeidsstokken som vi har sett til nå. Når ABF får stabilisert seg, vil vi kanskje se at forskjellen i driftsformer mellom ABF-finansierte og rammefinansierte utførere vil være mindre enn i dag.

Utførers reelle risiko er trolig i større grad enn forskjellen rammefinansiert/ABF avhengig av forskjellen hard budsjettskranke/myk budsjettskranke. Dersom utfører har en myk budsjettskranke, reduseres usikkerheten raskt, enten tildeling av finansielle ressurser skjer i form av en ramme med resultatmål enn den skjer i form av aktivitetsbasert finansiering.

### **Samarbeid med andre tjenester**

For stadig flere brukere må det samlede tjenestetilbudet spesialsys fra ulike deler av pleie- og omsorgssektoren. En god samhandling mellom de ulike tjenestene som er involvert, er derfor ofte avgjørende for å gi et godt tilbud til en akseptabel kostnad. Brukere som ofte trenger slike tilbud kan være nyutskrevne fra sykehus, utskrevne fra psykiatrisk helsetjeneste (sykehus) og andre med psykiske lidelser samt psykisk utviklingshemmede. Hvorvidt man klarer å etablere samarbeid mellom de ulike tjenestene avhenger av flere faktorer, hvorav finansieringsordningen er én slik faktor.

Vi har fått litt ulike signaler fra informantene om samarbeid. Tildelere mener at ABF/BUM i seg selv snarere styrker enn svekker mulighetene for samarbeid ("vi syr sammen pakker fra ulike utførere og tvinger dem til å samhandle"; tildeler i ABF-kommune). Hun mener det tidligere var tendenser til å "sitte på hver sin tue", mens med ABF ses tjenestene mer i sammenheng. Likevel synes det klart at i flere ABF-kommuner har stram økonomi gjort at mulighetene til å bruke tid til samarbeid, administrasjon med mer (timer som ikke er brukerrettet tid) er blitt mindre. Representanter for psykiatrien i Asker var bekymret over at det var vanskelig å få ABF-finansierte enheter til å bruke tid til å utvikle samarbeidstiltak. Også leder for hjemmetjenesten i en ABF-kommune mener at tidsbruk for samarbeid med andre tjenester skvises. Denne informanten anser imidlertid at dette ikke nødvendigvis kommer av ABF-systemet i seg selv, men av at kravet til brukerrettet tid er satt (for) høyt.

Vi deler den siste vurderingen. Harde effektiviseringskrav, enten dette skjer i et rammebasert eller aktivitetsbasert system, kombinert med krav om at volumet på tjenestene skal opprettholdes, vil gjerne skje på bekostning av tid brukt til andre forhold enn selve tjenestene, slik som kompetanseutvikling, utvikling av samarbeidstiltak, samt dokumentasjon og rapportering. Systemer med sterk bruk av økonomiske incentiver knyttet til kvantifiserbare mål – og her er ABF det klareste eksemplet – bidrar til å flytte fokus på egen virksomhets økonomiske bunnlinje samt eventuelle andre kvantitative indikatorer. Dette kan få de enkelte utførerne til å opptre mer "egoistisk". En organisering med større enheter – gjerne enheter der både hjemmetjeneste og sykehjem eller andre institusjonstiltak er integrert, vil være viktige virkemidler for å motvirke slik uønsket "institusjons-egoisme". Slik organisering med større enheter har vært bevisst brukt som instrumenter for å sikre en god sammensetning av tjenestene til den enkelte, samt effektiv utnyttelse av arbeidskraften i ABF-kommunene.

Det er også verdt å merke seg at "egoisme" og mangel på samarbeid mellom ulike utførere, også kan være vanskelig i rammefinansierte kommuner. Blant annet sier flere informanter i Drammen at mangel på samarbeid og samordning mellom de ulike utførende enhetene er et betydelig problem. Blant informantene i Drammen er det også flere som sier at samarbeidet ville blitt bedre dersom tildeling ikke bare skjedde i form av et "dekret", men at tildelingen også ble fulgt av ressurser. Da ville det blitt lettere for utfører å etterkomme bestillingen.

Oppsummeringsvis synes ABF å legge godt til rette for samarbeid mellom produsenter av ulike tjenester.

#### **5.1.4 Bestiller-utfører, finansieringssystem og roller**

Alle 4 ABF-kommuner har samtidig med eller i forkant av den nye finansieringsordningen innført bestiller-utfører modellen og opprettet egne bestillerenheter. Det viste seg også at to av de tre rammefinansierte kommunene har opprettet bestillerenheter, nemlig Drammen (2004) og Sørumsund (2005). Asker og Stavanger opprettet BUM ett til to år før de implementerte ABF, og rapporterer om at det var problemer med en slik organisering. Disse kommunene har sett ABF som et nødvendig virkemiddel for å få en bestiller-utfører modell til å fungere ordentlig. Informanter i disse kommunene viser også til erfaringer med BUM i Trondheim og Bergen som bakgrunn for at de også ville ha aktivitetsbasert finansieringsmodell.



Et hovedproblem med BUM og rammefinansierte utførere synes å ha vært at utførere ikke uten videre gjør det bestiller vil de skal gjøre. Manglende sammenheng mellom bestilling og finansiering synes å ha gjort det vanskelig å få bestiller til å besitte tilstrekkelig autoritet til å være den enheten som faktisk styrer ressursinnsatsen på hovedområder i sektoren og mellom de enkelte brukere. En sammenligning av erfaringer fra rammefinansierte og BUM-organiserte Drammen med ABF-kommunene, kan belyse spørsmålet ytterligere.

Drammen reorganiserte pleie- og omsorgssektoren samtidig som det ble etablert en egen bestillerenhet i 2004. Man forlot en sonedelt integrert modell der utførerne også sto for tildelingen, til en sentralisert, spesialisert modell med store utførere som dekker store deler av kommunen. Det er egne utførere for hjemmetjenester og institusjonstjenester (sykehjem). Store enheter ble begrunnet med ønske om å kunne flytte ressurser raskt internt i kommunen. All bestillervirksomhet ble sentralisert fra de tidligere 13 utførerenhetene til ett sentralt kontor. Hvor godt systemet anses å fungere, varierer litt mellom informanter, men hovedbildet er at ordningen ikke fungerer godt.

Flere informanter i Drammen mener dagens organisering fungerer dårlig. Det er vanskelig å få store enheter med spesialiserte tjenester til å samarbeide, man sitter på hver sin tue". "Det er uklart hvem som 'eier' pasienten – bestiller eller utfører." "Ofte sier utfører at de ikke har kapasitet til å utføre den tildelte tjenesten, og da er bestiller litt maktesløs" (bestiller Drammen). Bestiller anser at med gode systemer (registrering, rapportering) ville man ikke hatt slike problemer, "men vi har ikke gode system. Med ABF ville vi kanskje blitt 'tvunget' til å ha gode system". (Bestiller). "Styringen av tilbudet til de brukerne som trenger det er ikke særlig god" (utfører).

Utførere i Drammen uttaler på sin side at det innvilges mer tjenester enn det er ressurser til. Dette kan vel sees som motsatsen til at bestiller opplever at utfører skylder på manglende kapasitet for å ikke effektivere bestillinger. Utførerne mener også at bestillerenheten har en mer liberal tildelingspraksis enn da tildeling og tjenesteproduksjon foregikk i samme resultatenheter. De mener det skyldes at bestiller ikke har noen budsjetttramme å forholde seg til.

Uttalelser fra utførere tyder på at man ikke har klart å flytte den reelle beslutningen om hvilke tjenester den enkelte bruker skal ha, fra utfører til bestiller. En utfører sier det slik: "I praksis skjer tilpasningen mellom kapasitet og bestillinger ved at utfører tiltar seg bestilleroppgaver, f.eks. justerer tjenestetilbudet til andre pasienter enn de nye som kommer inn". "Slik sett har vi ikke fullt skille bestiller-utfører i Drammen".

I ABF-kommunene synes bestillerenheten å være den enheten som reelt sett bestemmer hvor hvilke og hvor mye tjenester den enkelte bruker skal ha. I disse kommunene synes det som om rollefordelingen mellom bestiller og utfører stort sett er klargjort, forstått og akseptert, selv om denne rollefordelingen heller ikke i tilsynelatende "vellykkede" ABF-kommuner er helt uten problemer (jf. AGENDA, 2005).

Hamar er den eneste kommunen blant våre case-kommuner som har den tradisjonelle modellen for tildeling av tjenester, dvs. at tildeling skjer av ledelsen for de utførende virksomhetene som har ansvaret for ulike deler av kommunen.

Med integrert tildeling og tjenesteproduksjon, synes man der i større grad enn i Drammen å være sikret at de samlede bestillingene holder seg innenfor de politisk vedtatte budsjetttrammene.

Sørum har nylig etablert egen BUM, og har foreløpig ikke gjort seg noen erfaringer av denne organiseringen. I Moss har vi heller ikke funnet klare tegn på klarhet i bestiller- og utførerrollen, slik som i Drammen.

Samlet sett synes erfaringene fra informantenes vurderinger å peke i retning av at BUM uten ABF er en problematisk modell, fordi mangel på finansielle ressurser i tildelingen forhindrer at bestiller får tilstrekkelig autoritet til å ”erobre” rollen som den som faktisk bestemmer hvor mye tjenester som skal gis.

### **5.1.5 Kostnadseffektivitet**

Kostnadseffektivitet i pleie og omsorg dreier seg om effektivitet på ulike plan. For det første dreier det seg om å ha en god individuell tildeling av tjenester. Siden de ulike tjenestetypene har svært ulik kostnad, sier det seg selv at best mulig kopling mellom brukere og ulike tjenester er essensielt for kostnadseffektivitet – å sikre at bruker får nødvendige tjenester, herunder en adekvat ”pakke” eller sammensetning av tjenester - til lavest mulig kostnad. Det andre aspektet ved begrepet kostnadseffektivitet dreier seg om effektiv drift av de enkelte utførende enhetene. Her kan det dreie seg om vaktlister, turnusplaner, kjøreplaner (hjemmetjeneste) og bruk av interntid til rapportering og dokumentasjon.

Vi drøfter i det følgende kostnadseffektivitet på utførernivå, basert på informantenes vurderinger. I den grad bedret tildeling har ført til økt effektivitet, drøftes det i neste avsnitt.

Stavanger har i perioden mens ABF ble innført, gjennomført meget sterke budsjettkutt i pleie og omsorg. Man har benyttet stykkprisen (timeprisen) som virkemiddel, og redusert denne uten å redusere kravene til utførte tjenester. Det har også vært store kutt i Drammen. I de øvrige kommunene har budsjetttrammene endret seg i mindre grad. Måten ABF er implementert på i Kristiansand, innebærer en automatisk oppdatering av timeprisen (stykkprisen), basert på fjorårets regnskap. Første år med ABF viste det seg at faktiske kostnader var klart lavere enn de beregnede, noe som medførte at stykkprisen ble betydelig nedjustert året etter.

Erfaringene i ABF-kommunene synes å være at brukerrettet tid (ansikt-til-ansikt tid) gikk opp etter innføring av ABF, noe som tyder på økt kostnadseffektivitet, men vansker med å måle den produserte mengden på tjenestene gjør at vi finner det vanskelig å trekke klare konklusjoner. I Kristiansand mener flere at effektiviteten er blitt ”for høy”, noe som vel må tolkes i retning av at de økonomiske kravene er blitt så strenge at det går ut over tjenestenes innhold eller ut over tid til nødvendig dokumentasjon eller samhandling med andre aktører. Også i kommuner med rammefinansiering (Hamar, Drammen) synes man å få til effektivisering, selv om forbehold om bivirkninger i form av svekket kvalitet kan være relevante i disse kommunene også. Vårt inntrykk er at stramme finansielle rammer, uavhengig av om disse kommer i form av lav stykkpris eller lavt rammebudsjett, spiller en rolle for å fjerne ”slakk” hos tjenesteprodusentene. Likeledes er det en fare for at for stramme finansielle rammer kan svekke

kvaliteten på tjenestene. Disse faktorene synes langt på vei å være felles for rammebaserte modeller basert på objektive kriterier og ABF-modeller (stykkepris-modeller).

Et spørsmål er hvorvidt rammefinansiering eller ABF gir de beste rammene for å oppnå harde budsjettskranger uten uønskede bivirkninger. Vi tror ikke vi ennå kan trekke de endelige konklusjonene om dette, men heller i retning av at det å etablere harde budsjettskranger kan gjøres både i rammebaserte og i aktivitetsbaserte system. Det synes som om både Hamar (rammer, integrert bestiller og utfører), og Kristiansand (ABF) langt på vei har klart dette. Kristiansand rapporterer imidlertid om at de har utførere som over tid ikke klarer å holde seg innenfor de økonomiske rammene som finansieringsmodellen gir dem. Underskuddene er så store at man i praksis har måttet tilføre tilleggsfinansiering, altså å myke opp den intenderte harde budsjettskranken<sup>7</sup>. I Hamar synes man de senere årene å ha klart å holde på intensjonen om at utførerne skal kunne beholde deler av overskuddet eller må ta med seg underskudd.

Det er innenfor hjemmetjenesten man synes å ha sett effekter på effektiviteten. I sykehjem, hvor Kristiansand har hatt ABF gjennom en sats per liggedøgn, belønnes rask oppfylling av sengekapasiteten ved utskrivninger. Dette kan ha bidratt til en marginalt høyere kapasitetsutnyttning og dermed høyere kostnads-effektivitet i sykehjemmet, men effekten har trolig vært svært liten for effektiviteten i sykehjemmene samlet sett.

Oppsummeringsvis: Strammere økonomiske rammer bidrar til økt effektivitet enten det skjer i form av kriteriebasert rammefinansieringssystem eller i form av et ABF-system. Om effektiviteten er økt for mye, dvs. at innsparingene i ressursbruken har gått ut over kvaliteten, kan alltid diskuteres. Faren for at dette skal skje, er vel omtrent den samme i de to systemene også. En fordel med en ABF-modell er at man i en innstrammings situasjon lettere enn ellers kan styre de begrensede ressursene mer målrettet mot prioriterte brukergrupper, enn det som synes mulig i et rammebasert system. Vi viser her til nærmere omtale av bestillerfunksjonen i kapitlet om prioriteringseffektivitet.

### 5.1.6 Prioriteringseffektivitet

Med prioriteringseffektivitet kan det menes ulike ting. Det kan for det første dreie seg kommunens evne til å yte tjenester i samsvar med behovene innenfor en sektor, f.eks. mellom ulike elevgrupper i skolen, mellom beboere i ulike deler av kommunen eller mellom brukergrupper med ulike pleiebehov. Prioriteringseffektivitet innebærer også mulighetene for politikere, i samarbeid med administrasjonen, til å styre ressursene mellom de ulike sektorene i kommunen, for eksempel barnehager, skole, pleie og omsorg, teknisk etat osv.

Å yte tjenester etter behov griper rett inn i finansieringsmodellen og måten pleie- og omsorgstjenester tildeles.

---

<sup>7</sup> I Kristiansand synes det å være de største utførehetene som har økonomiske problemer. En mulig, men ikke nødvendig, slutning man kan trekke av denne observasjonen er at enheter over en viss størrelse er for vaskelige å styre, og at reorganisering kan være et mulig tiltak.

## Tildeling etter behov

Flere kommuner som har innført ABF anfører ønske om bedre styring av ressursene i pleie- og omsorgssektoren i forhold til behovene, som kanskje den viktigste begrunnelsen for å innføre BUM med ABF. Også ”rammefinansieringskommunene” Drammen og Sørumsund, som også har BUM, har bedre individuell tildeling av tjenester som hovedmotiv for organisasjonsendringen. Effektene av ABF blir vanskelige å skille fra effektene av BUM, siden ABF og BUM er endret omtrent samtidig i de 4 ABF-kommunene. Alle kommunene med BUM – unntatt Stavanger – har ett tildelingskontor for pleie og omsorg i kommunen, mens tildeling tidligere skjedde desentralisert. I Stavanger ble tildelingen også sentralisert, men bare opp til et nivå med 4 tildelingskontorer i kommunen. Dette har trolig sammenheng med at kommunen er større enn de andre kommunene.

Informantene i alle ABF-kommunene og også i Drammen (det er for kort tid i Sørumsund til å høste erfaringer) er at felles BUM medfører mer likeartet tildelingspraksis internt i kommunen. Tidligere hadde alle kommunene kriteriebaserte systemer for å fordele det samlede budsjettet på de ulike regionale utførerne i kommunen. Kriteriene var demografiske, sosiale og boligmessige variabler. I noen grad ble det benyttet skjønn i tillegg, dvs. tildelingen var i noen grad inkrementell med utgangspunkt i tidligere års regnskap. I flere kommuner med ABF rapporterer utførere om at tildelingen er blitt bedre, både i den forstand at ressursene styres bedre mot de geografiske områdene i kommunen der behovene er størst, og dels ved at det er blitt mindre diskusjon og støy rundt beslutningene om ressursfordeling. ”Tidligere tildeling ble aldri rettferdig” (administrator ABF-kommune). ”Ved tildeling skjeler man med BUM/ABF mindre til hvilke ressurser som er tilgjengelig i ulike deler av kommunen enn det man gjorde før” (utfører, ABF-kommune). ”ABF fører til mindre diskusjon om rettferdigheten ved budsjettet” (administrator ABF-kommune).

Når det gjelder individuell tildeling, gir flere informanter også uttrykk for at ABF/BUM har gitt bedring. En administrator i Stavanger mener at man tidligere hadde lettere for å yte tjenester til ”lette” brukere enn til ”tyngre” brukere, enn det behovet skulle tilsi. I den innsparingsprosessen Stavanger har gjennomgått, har man søkt å gjennomføre innsparingene ved å prioritere de tunge brukerne, noe som har synes å ha vært underlettet ved sentralisert tildeling av pleie og omsorgstilbud.

Å skille ut en egen bestillerenhet vil trolig tiltrekke seg brukere som tidligere hadde et *underforbruk* i forhold til de krav regelverk og lover gir dem. I den grad bestillerfunksjonen blir tydeliggjort gjennom at pengene følger vedtaket (ABF), vil denne effekten bli sterkere ved ABF. I Kristiansand rapporterer tildeler at man etter at man innførte ABF, har fått en økende tilstrømming av nye brukergrupper enn de som tradisjonelt har vært omfattet av pleie og omsorgssektoren. Disse er blant annet personer med rusproblemer og en del sosialklienter. Dette kan sies å representere en bedre tildelingspraksis i forhold til individuelle behov, styrket rettssikkerhet for disse brukerne, men også en kilde til økte utgifter. Man kan imidlertid reise spørsmål om ikke dette er en tendens som også gjelder andre kommuner, og at ikke organiseringen skal ha hele ”skylden” (eller ”æren”) for en slik endring.

Rammefinansieringskommunene har også søkt å utjevne forskjeller i tildelingspraksis, ved kurs og retningslinjer til de regionale bestillerne, og mener selv de har oppnådd mer likeartet praksis. I den grad det har vært mangel på samsvar mellom behovet for sykehjem og kapasitet i de ulike deler av kommunen, er dette et felles problem for ABF og rammefinansieringsmodeller; man risikerer å tildele plass langt fra bostedet. I kommuner med ABF/BUM burde det være noe lettere å se kommunen under ett, særlig dersom kommunen er stor.

## **Prioritering mellom sektorer**

Aktivitetsbasert finansiering i pleie- og omsorgssektoren innebærer at bestillerenheten får et budsjett fra rådmann/politikere, og får til oppgave å tildele tjenester med utgangspunkt i lovens krav og tildelte ressurser. Formuleringene i lovverket om rett til tjenester er ofte generelle, slik at bestillerenheten ofte har mulighet til å utøve skjønn. ABF innebærer i prinsippet en viss endring i politikerrollen, ved at politikerne inviteres til å fatte overordnede valg av kvalitetsnivå (og dermed utgiftsnivå). En hovedidé, i alle fall for Kristiansands ABF-modell, er at man skal tydeliggjøre kildene til utgiftsøkninger, enten økt behov for tjenester (volum) eller økte kostnader. Man ønsker en tydeligere rolledeling mellom politikerne og tjenesteprodusentene. Man ønsker at politikerne skal ta tydelig ansvar for hvilken tildelingspraksis man skal legge seg på, mens utførerne skal få ansvar for å drive effektivt. Dersom vedtatt tildelingspraksis innebærer at tjenestevolumet overstiger det som var forutsatt i budsjettet, innebærer modellen at politikerne må ta stilling til om man skal øke budsjettet eller stramme inn i form av lavere kvalitet eller endret tildelingspraksis.

Informanter fra Kristiansand har noen interessante observasjoner om effekten av ABF på resursfordelingen mellom sektorer. Det synes der å være en tendens til at flere tjenesteområder som opprinnelig ikke var del av ABF, faktisk ønsker å bli inkludert i systemet. Grunnen er at datagrunnlag og dokumentasjon av tjenestebehovet oppfattes å bli bedre ved ABF, noe som ledere i disse tjenesteområdene antar øker gjennomslaget for sektoren eller tjenesteområdet i den politiske prioriteringen. Vi har bare fått denne typen reaksjoner fra Kristiansand. Dette er bare en av 4 kommuner med ABF, men resultatene er etter vår vurdering likevel interessante, bl.a. fordi Kristiansand har lengst erfaring med ABF, og i tillegg synes å ha det mest strømlinjeformede systemet blant de undersøkte kommunene. Samlet sett er vi likevel i tvil om dette kan ses som et stort problem. Dersom man ønsker bedre datagrunnlag og dokumentasjon, kan dette i prinsippet oppnås uavhengig av finansieringssystemet.

En refleksjon kan være at å innføre ABF bare i enkelte sektorer, kan føre til at ressursene for å utarbeide dokumentasjon og data blir for konsentrert om ABF-sektorene, og at man i overordnet et styringsperspektiv ville kommet bedre ut dersom disse dataressursene var spredt mer jevnt utover alle kommunens tjenestesektorer.

## **Oppsummering**

ABF-BUM gir bedre tildeling mellom hovedgrupper av brukere og mer regionalt lik tjenestetilbud internt i kommunen. Dette er trolig en viktig fordel med ABF. Det har vært problemer med løpende tilpasning av tjenesteomfanget i tilfeller der behovet endrer seg raskt. Her har bestiller-utfører modellen større utfordringer,

men det synes som om dette langt på vei kan løses ved samarbeidsrutiner mellom bestiller og utfører, der utfører kan fatte beslutninger på stedet, og få godkjenning av bestiller i ettertid.

Også styringen av ressurser mellom ulike deler av kommunen, samt synliggjøringen av behov, synes å være bedre med ABF/BUM. Økt rettsliggjøring av tildelingen gjennom en egen bestillerenhet, kan sies å redusere politikernes handlingsrom.

### **5.1.7 Utgiftskontroll**

Evnen til å kontrollere utgiftene involverer dels utviklingen i enhetskostnadene, evnen til å tildele tjenester etter behov og kostnader, samt kjennetegn ved den politiske prosessen. Effektene på effektivitet og tildeling av tjenester til brukerne er drøftet ovenfor.

Et viktig motiv for ABF/BUM i Kristiansand var å tydeliggjøre politikerrollen og de politiske valg som må gjøres. Vi har foran sett at ABF/BUM synes å medføre synliggjøring av behov hos nye grupper, behov som tidligere ikke har vært kjent. Slik sett bidrar ABF til mindre kontroll med utgiftene.

Bedre styringsdata i ABF sikter mot å synliggjøre hva politikerne må ta stilling til. Slik har det fungert i Kristiansand. I 2004 viste det seg at mengden av tildelte tjenester i kommunen var høyere enn budsjettet, og dette ble rapportert til politikerne, med anbefaling om innstramning av tildelingspraksis. Dette ble imidlertid ikke godtatt, og politikerne vedtok å øke budsjettrammen. Hamar, på sin side, rapporterer om en lignende situasjon. Her sier leder for pleie- og omsorgssektoren at hun med sine data kunne si at dersom budsjettet skulle holdes, måtte hjemmehjelp reduseres med så og så mange timer per uke. Muligens er datagrunnlaget som trengs i en ABF-finansiert sektor (Kristiansand) større enn i en tradisjonelt finansiert sektor (Hamar). Likevel kan det se ut som om det lykkes administrasjonen å stille politikerne overfor relativt tydelige valg også i rammefinansieringskommunen Hamar. Kanskje ABF legger forholdene noe bedre til rette for å avdekke volumavvik, men forskjellen er neppe svært stor. Spørsmålet om tydeligere valg gjør det lettere eller vanskeligere for politikerne å begrense utgiftene – hvis det er det som ligger i begrepet utgiftskontroll - er heller ikke åpenbart.

Å unngå overraskelser i form av budsjettsprikk sent i budsjettåret, er et annet kjennetegn ved utgiftskontroll. Igjen kan sammenligningen Hamar-Kristiansand anskueliggjøre at valg av finansieringsmodell ikke trenger spille noen avgjørende rolle for å unngå slike overraskelser. Mulighetene for løpende kontroll med utgiftene, og til å gå til politikerne og spørre om hva som skal gjøres, er helt klart til stede i begge systemer.

Tydelige, ofte kvantifiserte, vedtak er trolig et bidrag til større utgiftskontroll. Utførere i ABF-kommuner rapporterer om at en del ansatte opplever det som vanskelig at de ikke selv kan yte "litt til" til "sine" brukere, men må holde seg til vedtaket. ABF medfører at arbeidstakerrollen blir noe annerledes. En leder for en utfører i en ABF-kommune sier at hun opplever en utfordring i å få ansatte til å si "nei" og "ikke følge hjertet hele tiden, dvs. å få de ansatte til å ta inn over seg at

det er en samlet ramme for mye tjenester man kan yte”. Tildeler i en annen ABF-kommune sier det slik: ”Brukerne er blitt mer grensesatt enn de er vant til”.

Vi tror disse uttalelsene peker på forskjeller i måten tjenestene ytes på, som kan ha ikke ubetydelige langsiktige effekter på hvor tjenester som faktisk ytes. ABF legger således til rette for mindre ”glidning” i hvor mye som ytes, og derigjennom til bedre kontroll på utgiftene.

## **5.2 Hva er effekter for brukere og ansatte?**

### **5.2.1 Effekter på kvalitet**

Som nevnt har tjenestens kvalitet mange aspekter, og er vanskelig å måle. Vi har stilt spørsmål om hva informantene mener er betydningen av ABF for kvaliteten på tjenestene. Vi har ikke sett på brukerundersøkelser. Brukerundersøkelser er trolig av begrenset verdi i vårt prosjekt. Dels foreligger de på sporadiske tidspunkt, og svarene er ofte vanskelige å sammenligne over tid og mellom kommuner. Videre er lave svarprosent, samt stor hyppighet av aldersvekkelser blant viktige brukergrupper, med på å begrense validiteten i brukertilfredshetsundersøkelser. Videre vil svarene være sterkt påvirket av andre forhold enn valg av finansieringsmodell. Vi har derfor begrenset oss til å basere oss på informantenes vurderinger.

Innledningsvis vil drøftingen av hvorvidt tjenester *tildes* godt etter brukernes behov, være viktig for kvaliteten. Her mener vi ABF/BUM skårer godt, gjennom bedre individuell vurdering, og mindre forskjellsbehandling avhengig av hvor i kommunen man bor (flere informanter nevner dette). Man er i større grad sikret å få tjenester etter lovens krav. Vi anser at erfaringene i Drammen, hvor bestiller-enhetens tildeling ofte modifiseres av utførerne, tilsier at en betydelig del av de gunstige effektene av en sentral bestillerenhet kan tilskrives at pengene følger vedtaket, dvs. ABF.

Det er blitt kritisert at separat bestillerorganisering gjør det vanskeligere å løpende justere hvilket tilbud den enkelte bruker skal få, enn det tradisjonell forvaltningsorganisering gjør. For eksempel vil den ansvarlige for tildelingen på bestillerkontoret foreta et hjemmebesøk hos brukeren ved oppstart av samarbeidsforholdet, og gjøre vurderinger av type og omfang av den assistanse som skal gis. Imidlertid kan behovet variere over tid, og kanskje endre seg etter hvert som brukeren blir vant til tjenesten. Hvor opplagt eller syk brukeren føler seg kan også variere mye fra dag til dag. En bestiller-utfører modell kan derfor tenkes å gi for liten fleksibilitet i forhold til løpende tilpasning av tjenestetilbudet. Siden bestiller-utfører modell i denne sektoren må ses som en forutsetning for aktivitetsbasert finansiering, rammer denne kritikken også aktivitetsbasert finansiering. Et spørsmål er om man kan justere ABF-modellen slik at utførerne får mulighet til å foreta individuelle tilpasninger av tjenestene til behovet. At den aktivitetsbaserte tildelingen knytter seg til faktisk tid og ikke til tildelt tid på individnivå, kan kanskje være et skritt i riktig retning. Erfaringene i våre kommuner med ABF tilsier at dette kan være et moment, men det er neppe viktig. Informantene mener at man innenfor rammen av BUM kan gjøre vedtakene tilstrekkelig fleksible til å ivareta hensynet til fleksibilitet i tjenesteytingen.

Tradisjonell tildeling tilsier at den som vurderer tjenestebehovet for den enkelte, og bestemmer hvilke og hvor mye tjenester vedkommende skal ha, kanskje sitter nærmere brukeren enn en sentral bestiller kan gjøre. Utfører i Hamar mener at denne organiseringen kan være en grunn til at man der har kunnet skreddersy ulike hjemmebaserte tiltak overfor brukere som kanskje ville kunnet kvalifisere for sykehjemsplass, slik at pasient og pårørende blir fornøyd. Vi er litt usikre på hvordan vi skal vurdere dette momentet. I Hamar er sykehjemsdekningen svært lav i forhold til sammenlignbare kommuner, slik at terskelen for å komme på sykehjem kan være høyere enn andre steder. Vi er således usikre på hvor stor vekt vi skal legge på momentet om nærhet i tildelingen, som ville vært en fordel med en tradisjonell integrert tildeler/utførermodell i forhold til en sentralisert bestiller-utførermodell.

ABF gir en nærmere sammenheng mellom behovet for tjenester, og den finansieringen som produsenten får. Inntektene er nærmere knyttet opp til de konkrete behovene blant brukerne som skal betjenes, enn tidligere. Tidligere skjedde tildeling via rammer basert på relativt aggregerte objektive indikatorer (andel 80 + osv). I Kristiansand og Asker, blant annet, mener man at ressurstildelingen som skjer gjennom ABF bedre gjenspeiler behovene blant de som skal ha tjenester i ulike deler av kommunen, og dermed også for den enkelte bruker. ABF kan ivareta detaljerte forhold som påvirker behovene for tjenester, som objektive indikatorer ikke klarer å fange opp. For eksempel vil eldre med barn eller annen familie i nærheten ofte kunne klare seg med (og ønske) mindre tjenester enn eldre uten pårørende i nærheten. ABF sikrer tilstrekkelig finansiering til at utfører kan gi de tjenestene som brukerne har krav på. Med rammefinansiert modell, selv med antatt velfungerende felles tildeling/utførelse som i Hamar, kan spesielle behov i visse regioner av kommune bli underfinansiert. Et spørsmål er hvorvidt man skjønnsmessig kan kompensere rammefinansierte tildeler/utførere for spesielt lette eller tunge pleiebehov i sin region, kanskje bare i en viss tidsperiode.

Dersom slike vanskelig målbare forhold er viktige for behovsvariasjoner, og de er vanskelige å justere skjønnsmessig i et rammefinansieringssystem, vil ABF ha et fortrinn framfor rammefinansiering. Hvor viktig dette momentet er, kan sikkert variere i praksis og er vanskelig for oss å ha en sterk formening om.

Når det gjelder effekter av finansieringsmodellen på kvaliteten, er det også vanskelig å konkludere. Noen kommuner har hatt store budsjettkutt (Stavanger, Drammen), noe som selvsagt har gått ut over kvaliteten. I Kristiansand har systemet selv presset ned stykkprissatsene, slik at de økonomiske rammene ble trange i år 2 etter innføringen av finansieringsmodellen. Flere aktører i denne kommunen sier at dette førte til for små rammer til å kunne yte gode tjenester, men at den selvregulerende justeringen av stykkprisen har økt satsen igjen i 2005. Denne automatikken er en spesiell egenskap ved Kristiansands versjon av ABF, og ikke noe som nødvendig følger av ABF. De andre kommunene har valgt andre og mindre automatiserte mekanismer for å justere stykkprissatsene fra år til år.

I likhet med i kommunene generelt, er man hos helsemyndighetene bekymret for at dårlig kommuneøkonomi i for stor grad skal gå ut over tilbudet innenfor pleie- og omsorg, og ut over kvaliteten på tjenestene. Både Kristiansand og særlig Hamar har lave utgifter til pleie og omsorg, og særlig i Kristiansand synes de statlige helsemyndighetene å mene at man beveger seg på grensen av det faglig



forsvarlige. Mye av helsetilsynets vurderinger er basert på avviksrapporter, herunder klager. I Hamar har ikke de statlige helsemyndighetene registrert spesielt mange klager eller avvik. Ved vurderingen av dette må det tas i betraktning at kommunene på det indre Østlandet tradisjonelt har hatt lave frie inntekter, slik at befolkningen der kan ha vendt seg til den standarden på tjenester dette medfører. Flere avvik og klager i Kristiansand kan tenkes å være et resultat av en viss *reduksjon* i budsjettene snarere enn at kvaliteten på tilbudet er dårligere enn i Hamar.

Det synes ut fra informantenes svar i ABF-kommunene at overgang til ABF har ledet fokus i stor grad på økonomi og mindre på kvalitet. Bestiller i en ABF-kommune mener at ”det har vært for mye fokus på økonomi og for lite på kvalitet og verdier”. ABF kan også ha medført at de som yter hjemmetjenester i større grad må avgrense overfor brukeren hvilke tjenester som ytes (uttalelse fra leder for utfører ABF-kommune), noe som kan ha blitt oppfattet negativt av enkelte brukere. Denne informanten mener likevel at brukerne har merket lite til endringene i finansieringsmodell.

Brukertilfredshet er et viktig element i kvalitet, men langt fra det eneste. Brukertilfredshet avhenger mye av selve møtet med den som yter tjenester, men minst like mye om hvilke *forventninger* til hvilke oppgaver kommunen skal bistå med. Mye tyder på at siden ABF/BUM gir mer tydelige vedtak om hva den enkelte skal få av tjenester, blir også forventningene blant brukerne mer realistiske. Vår oppsummering av erfaringene i casekommunene er at det er dårlig økonomi og budsjettkutt som er drivende i forhold til et eventuelt overdrevent fokus på økonomi og for lite fokus på kvalitet. Eksempelvis synes informanter i Drammen (som har rammebasert finansiering) også å mene at det er blitt for mye fokus på økonomi i forhold til kvalitet de senere årene.

Vi finner ingen tendenser til at tjenesteprodusentene i ABF-kommunene klarer å ”skumme fløten” av finansieringsordningen ved å ta inn ”billige” brukere eller å ”skrive ut” dyre brukere, relativt til den finansieringen de mottar per bruker/time. Dette til forskjell fra hva man har diskutert i sykehussektoren. I kommunal pleie og omsorg er utførerne i våre case-kommuner nødt til å ta inn de brukerne de får tildelt av bestillerenheten. Mangelen på seleksjon blant brukere/pasienter må ses i sammenheng med mangelen på brukervalg. Jo større brukervalget reelt sett er, desto større mulighet vil også utfører ha til å forsøke å tiltrekke seg visse brukere og til å forsøke å motvirke at vandre typer brukere søker seg dit. Dette kan gi opphav til brukerseleksjon hvor noen brukere, kanskje ressurskrevende, kan tenkes å bli konsentrert hos noen utførere, mens mindre ressurskrevende og presumptivt mer lønnsomme brukere kan bli konsentrert hos andre utførere. Etter vår vurdering er problemet med pasientseleksjon ikke direkte relatert til ABF, men til konkurranse og individuell ”matching” mellom brukere og utførere. Samtidig må en ha i mente at brukervalg også har positive aspekter.

## 5.2.2 Effekter på arbeidsforholdene

ABF-modeller innebærer at finansieringen av utførerne svinger mer enn tidligere, noe som gjør at enhetene også drives på en annen måte. Flexibiliteten i bedriftens bruk av arbeidskraft er økt, bl.a. i form av noe mer vikarbruk og innleie av arbeidskraft. Lederne er engstelige for å foreta faste ansettelser ved nye tjenestebehov, fordi man ikke vet om disse behovene er så varige at de tør ta sjansen på

faste ansettelser. I Kristiansand har man fått fagforeningene med på å ta inn folk i 2-3 måneder før de gis fast ansettelse. En utfører i en ABF-kommune anser at ”i forhold til lovverket er ABF et problem”. Fagforeningsrepresentant i en ABF-kommune mener at kommunen tilbyr kortere deltidsbrøk enn før, kortere enn det arbeidstakerne ønsker. Hun anser at dette kommer av arbeidsgivers økte behov for fleksibilitet som en konsekvens av ABF-modellen. ”Dette er ikke ansatt-vennlig. Mange klager på at de får kortere dager”.

ABF innebærer at utfører får en fast sats for å yte en gitt tjeneste. Noen tjenester må ytes av helsepersonell, men ofte vil sykepleiere også utføre praktisk hjelp der det er hensiktsmessig. Et spørsmål er om ABF gir incentiv til å erstatte dyrt personell med billig personell, for eksempel faglærte med ufaglærte. Foreløpig synes dette ikke å være noe stort problem i ABF-kommunene. I en ABF-kommune synes man imidlertid å ha erfart en glidning fra helsepersonell til ikke-helsepersonell innenfor hjemmetjenesten. I Askers første generasjons ABF var hjemmehjelp og hjemmesykepleie integrert organisert, og informanter peker på at utfører sparte penger på å øke andelen ufaglært personell. I andre generasjons ABF i Asker har man søkt å motvirke dette ved å skille disse to tjenestene organisatorisk fra hverandre. I en ABF-kommune sa en informant at det var enkelte ledere for utførerenheter som var begynt å øke andelen ufaglærte noe, mens majoriteten av lederne av faglige grunner ikke ville gjøre dette.

Ansatte med lav ansiennitet er billigere enn erfarne ansatte. Vi finner ingen tendens til at tjenesteprodusentene erstatter ansatte med høy ansiennitet med ansatte med lav ansiennitet av økonomiske grunner. Det er tross alt såpass små lønnsforskjeller mellom disse ansattegruppene at disse synes å bli oppveid av at erfarne ansatte er dyktigere enn yngre ansatte til å utføre mange oppgaver.

Informanter i flere kommuner opplever økende arbeidsbelastning og tidspress. Dette gjelder i ABF-kommuner og i rammefinansierte kommuner. Hovedinntrykket er at denne typen endringer i arbeidsforholdene i det store og hele kan tilskrives økte oppgaver i forhold til de ressurser som stilles til disposisjon, evt. reduserte økonomiske rammer. En fagforeningsrepresentant i en ABF-kommune sier: ”Mer press mange steder. ABF får skylden for mye. Vanskelig å si at det er ABF som er årsaken”.

## 5.3 Oppsummering

Gjennomgangen av erfaringene fra 7 kommuner gir grunnlag for noen konklusjoner, men flere av dem er tentative.

- Aktivitetsbasert finansiering har ingen føringer på privatisering eller konkurranse utsetting. ABF er ofte nødvendig for å bringe inn private aktører og brukervalg i tradisjonelle kommunale tjenestesektorer, men kan like gjerne benyttes som et system for å fordele ressurser i en kommune med bare kommunale tjenesteprodusenter.
- Overgangsproblemer. Vi finner flere eksempler på at overgangsproblemene ble større enn antatt, og at man måtte bruke mer ressurser og tid enn forventet, i overgangen til aktivitetsbasert finansiering.

- Aktivitetsbasert finansiering har ført til større variasjon over tid i timeverksinnsatsen hos tjenesteprodusentene. Det har bidratt til lavere kostnader innenfor hjemmebaserte tjenester, men også økte krav til de ansattes fleksibilitet med hensyn til når de skal arbeide. Innenfor sykehjemmene, hvor ABF i praksis ikke har betydd noen særlig forskjell, har man ikke sett slike effekter.
- Aktivitetsbasert finansiering synes å bidra til at en bestiller-utfører modell fungerer bedre. Når ”pengene følger vedtaket”, kan skillet i roller mellom bestillerenhet og tjenesteprodusent få økt troverdighet og aksept i organisasjonen. Ved rammebasert finansiering kombinert med bestiller-utførermodell risikerer man i større grad at tildeling av tjenester støter mot kapasitetsbegrensninger og rammebudsjetter hos tjenesteprodusentene.
- Nedskjæringer i de økonomiske rammebetingelsene befordrer effektivitet, men også svekket kvalitet. Vi kan ikke identifisere forskjeller mellom ABF-kommuner og rammefinansierte kommuner.
- Hamar og Kristiansand er kommuner med ulike finansieringsmodeller, men synes begge å realisere viktige mål om effektivitet og kvalitet innenfor pleie og omsorg. Gode resultater synes således mulige å oppnå både innenfor modeller med rammebasert og med aktivitetsbasert finansiering.

## 6 Generelle momenter

I dette kapitlet drøfter vi betydningen av generelle kjennetegn ved kommunen eller den tjenesten som produseres, for hensiktsmessigheten av ulike finansieringsmodeller.

### 6.1 Betydningen av kommunestørrelse

ABF-modeller gir trolig størst fordeler i store kommuner. En ting er at en slik organisering trolig krever engangsinvesteringer i datautstyr, administrativ kompetanse og andre kostnader, som innebærer at omfanget av tjenestene bør være over et visst nivå for at gevinstene skal forsvare investeringene. Casestudiene viser at slike kostnader i praksis kan være betydelige. Vi har imidlertid ikke grunnlag for å si noe nærmere om hvor store disse kostnadene er, blant annet fordi man vil kunne benytte erfaringer fra kommuner som allerede har implementert ABF-modeller. I framtiden kan det derfor tenkes at investeringskostnadene ved å gå over til aktivitetsbasert finansiering vil bli lavere enn det de har vært hittil.

I små kommuner vil beslutningstakerne ofte ha bedre oversikt over tjenestebehov og kostnader gjennom uformelle kanaler og fordi forholdene gjennomgående er mer gjennomsiktige enn i større kommuner. Den informasjonsgevinsten som generelt ligger i en ABF-modell, blir dermed mindre ”verdt” i en liten kommune. Også dette informasjonsmomentet trekker i retning av at ABF er mindre egnet i små kommuner.

Til slutt kommer det forhold at en viktig gevinst ved ABF er at modellen gjør det lettere å styre ressursene *mellom* tjenesteproduserende enheter. I små kommuner er antall tjenesteproduserende enheter lite; ofte er det bare en organisatorisk enhet som produserer tjenesten. Da blir denne gevinsten minimal eller faller helt bort.

### 6.2 Betydningen av kostnadsstruktur

Ulike aspekter av kostnadsstrukturen kan ha betydning for hensiktsmessigheten av ulike finansieringsmodeller.

#### **Faste vs. variable kostnader**

Den teoretiske drøftingen konkluderte med at å gi økonomiske incentiver til å spare på kostnadsfaktorer produsenten ikke kan påvirke, ikke gir noen (gunstige) atferdseffekter, bare uønskede inntektseffekter. Det tilsier at ABF er best egnet for tjenester med lav andel faste kostnader (bygninger og utstyr), siden de kommunale

produsentene selv ikke har myndighet til å bestemme sine investeringer. For tjenester med store faste og produksjonsuavhengige kostnader, er ABF mindre egnet.

Stykkpriser som er basert på gjennomsnittet av faste og variable kostnader, samtidig som det kan være store forskjeller mellom de enkelte produsentenes faktiske faste kostnader, vil lett føre til betydelige inntektseffekter. Noen produsenter vil ikke få dekket sine faste kostnader med stykkprisen, mens andre vil få tilført mer midler gjennom stykkprisen enn hva som trengs for å dekke de faste kostnadene. For at ingen av produsentene skal gå med underskudd, kan kommunen derfor bli tvunget til å sette stykkprisen så høyt at den dekker de faste kostnadene hos den produsenten som har høyest faste kostnader. Dette kan medføre unødig høye utgifter for kommunen.

Alternativet til et stykkprissystem er modeller der en tar utgangspunkt i historiske kostnader hos produsentene, dvs former for inkrementelle budsjettammer. Ulempen med slike modeller er at de er kan bli kompliserte, kreve mye data og således kreve mye bruk av tid til informasjonsinnhenting, informasjonsbearbeiding og samordning, både hos produsentene og i kommunen. For tjenester med et visst innslag av faste kostnader, kan kombinerte modeller, der faste kostnader finansieres i form av rammer eller refusjon av faktiske kostnader, mens variable kostnader finansieres ved ABF, være velegnet.

### **Tjenester der kapasiteten alltid er utnyttet**

For tjenester der kapasiteten nesten alltid er fullt utnyttet, slik som sykehjem, er det lite å tjene i form av gunstige incentiveffekter ved å benytte aktivitetsbasert finansiering, f.eks. basert på liggedøgn eller lignende. I praksis vil inntektene for et sykehjem finansiert med en sats per liggedøgn, og der kapasiteten er fullt utnyttet, være fast, og i praksis ikke avvike særlig fra finansieringen i en modell med kriteriebaserte rammer.

### **Smådriftsulemper**

Både i skole og i sykehjem vil kommune ofte stå overfor spørsmålet hvordan man skal håndtere ”smådriftsulemper”, dvs. at kostnadene er høyere for små produksjonsheter enn for større enheter. Smådriftsulemper kan komme av at det ikke er mulig å redusere både kapitalkostnadene og arbeidskraftkostnadene like mye som antall brukere/pasienter/elever når produksjonsomfanget blir lite. Både ved rammefinansieringsmodeller og stykkprisfinansieringsmodeller står kommunen overfor det informasjonsproblemet at den bør dekke de merkostnadene som kommer av smådriftsulemper som produsentene ikke kan gjøre noe med, mens den ikke uten videre bør dekke merkostnader som produsentene *kan* gjøre noe med. Stykkprisen i en ABF-modell og budsjettet i en rammefinansieringsmodell bør ideelt være høyere for små produsenter.

Eksistensen av smådriftsulemper i tjenesteproduksjonen kan gjøre det nødvendig med ”skreddersøm” i ordningene, noe som kan gjøre dem mer komplekse. Men dette momentet trekker i utgangspunktet verken i favør av ABF eller i favør av rammefinansiering, fordi den enkelte produsents merkostnader som skal finansieres er de samme, uansett finansieringsmodell.

## 6.3 Betydningen av tjenestetype

I prinsippet kan en rekke tjenester finansieres med aktivitetsbaserte finansieringsmodeller, og hvor velegnet de ulike finansieringsmodellene er, kan avhenge av en rekke kjennetegn ved de ulike tjenestene, som det ligger utenfor rammen av denne rapporten å analysere.

Casestudiene tyder på at de fleste eller alle tjenester innenfor pleie og omsorg kan omfattes av en ABF-modell, med det forbehold at det neppe er store effekter av ABF i sykehjem og andre kapitalintensive tjenester. En fellesnevner ved tjenestene er at de tildeles etter behov, slik at en bestiller-utfører modell med aktivitetsbasert finansiering kan gi god tildeling, effektivitet og utgiftskontroll. Men også tjenester utenfor pleie- og omsorgssektoren er kjennetegnet av at de tildeles etter behovsvurderinger. Slike tjenester kan f.eks. være spesialundervisning i skolen eller ekstra ressurser i barnehagen, vedtak om barnevernstiltak, assistanse eller økonomisk stønad fra sosialkontoret. Vi tror tildelingen i en del tilfeller kan bli bedre tilpasset behovet enn ved rammefinansiering der det er tjenesteprodusentene selv som tildeler tjenester, bl.a. fordi en sentral bestiller vil kunne sette sammen "pakker" av ulike tiltak eller tjenestetyper, på en bedre måte enn når tildeling skjer internt i hver enkelt sektor.

For tjenester der behovet varierer lite eller ingenting mellom brukerne (og der det ikke er brukervalg av særlig omfang), for eksempel ordinær grunnskoleundervisning, vil aktivitetsbasert finansiering og kriteriebasert finansiering i praksis være det samme. En tildeling per elev i grunnskolen kan således like gjerne kalles for kriteriebasert rammefinansiering som aktivitetsbasert finansiering.



## Referanser

- AGENDA (2005): *Evaluering av Enhet for Behovsvurdering og Tjenestetildeling (EBT)*. Rapport utarbeidet for Helse- og sosialdirektøren i Kristiansand kommune.
- Almquist, R. (2004): *Icons of New Public Management. Four studies on competition, contracts and control*. School of Business, Stockholm University.
- Bekken, J. T., F. Longva, N. Fearnley, E. Frøysadal og O Osland (2006): *Kjøps- og kontraktsformer i lokal rutebiltransport*. Rapport 819/2005. Transportøkonomisk institutt.
- ECON (2003): *Avtaler i transportpolitikken*. Rapport 28/03. ECON senter for økonomisk analyse.
- Finansdepartementet (2003): *Assessment of Funding Systems for State Entities (Gjennomgang av finansieringsordninger for statlige virksomheter)*. Rapport fra en arbeidsgruppe, 31/10 2003. Oslo: Finansdepartementet.
- Haugland, S. A. (1996): *Samarbeid, allianser, nettverk*. Tano Aschehoug.
- Hovik, S. og I. Stigen (2004): "Kommunal organisering 2004". Notat 2004:124. Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Jegers, M., K. Kesteloot, D. De Graeve og W. Gilles (2002): "A typology for provider payment systems in health care". *Health Policy* 60, 255-273.
- Kommunal- og regionaldepartementet (2005): *Alternative finansieringsformer i kommunene*. Rapport til regjeringsutvalget for modernisering av kommunene utarbeidet av en arbeidsgruppe ledet av Kommunal- og regionaldepartementet med deltakelse fra Finansdepartementet, Moderniseringsdepartementet, Utdannings- og forskningsdepartementet og KS (observatør).
- KS (2000): "Bestiller- utførermodellen og kontraktsstyring av tjenesteproduksjonen – økt byråkrati eller mer selvstendighet?" En veileder fra KS. Kommunenes sentralforbund.
- Romøren, T. I. (2005): "Kvalitet i sykehjem – sett fra tre kanter". *Tidsskrift for velferdsforskning* vol 8, nr. 4, 226-233.
- RO-senteret (2004): *Bestiller-utførermodell i pleie- og omsorgstjenesten – en kartlegging av kommuner og bydeler*. Rapport fra RO – desember 2004. Ressursenter for omstilling i kommunene.
- Sørensen, R. (2004): "Markedsreformer i offentlig sektor." *Tidsskrift for samfunnsforskning* vol 45, nr. 3, 509-546.
- Sørensen, R., L. E. Borge og T. P. Hagen (1999): *Effektivitet i offentlig tjenesteyting*. Bergen: Fagbokforlaget.



- Sosial- og Helsedirektoratet (2004): *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven*. Rapport 11-2004 fra Sosial- og helsedirektoratet.
- Vabø, M. (2005): *New Public Management i nordisk eldreomsorg – hva forskes det på? Kapittel i Marta Szebehely (red): Nordisk velfärdsforskning inom äldreomsorgsområdet*. En kunskapsöversikt. TemaNord. København: Nordisk Ministerråd.
- Yin, R. (1989): *Case Study Research*. London: Sage Publications.

## VEDLEGG: Informanter

- Stavanger: Ole Kjell Bråtveit, Bård Humberset (kommunerevisor), Reidun Halvorsen (Fagforbundet), Sigbjørg Kjølvik, Jens Olafsen.
- Kristiansand: Kristin Skjelbred, Arild Rekve, Nina Bjørke, Riitta-Liisa Koskela (Fagforbundet), Lisbeth Bergstøl, Kristian Hagestad (Fylkeslegen), kommunerevisjonen.
- Asker: Tone Rokset, Hanne Larson, Mari Ann Fjærem le Dantec, Vigdis Vagle, Stein Gaarde, Bente Stein Matisen, Gudny Fløttum (Helsetilsynet).
- Moss: Inger Johanne Fjeldbraathen, Katrine Silseth, Eva Britt Hansen.
- Sørum: Bård Gjestvang, Gerd Røsbakken, Terje Solvik.
- Drammen: Toril Løberg, Ingar Pettersen, Aud Britt Sørensen, Trine Bakkeli, Aud Hansen.
- Hamar: Vigdis Galåen, Sverre Rudjord, Irene Hansen (Helsetilsynet).