

SNF-RAPPORT Nr. 30/03

Innsatsstyrt finansiering - en modell for pleie- og omsorgstjenester

av

Kjell J. Sunnevåg

SNF-prosjekt nr. 4578

Nye finansieringsordninger i pleie- og omsorgstjenesten

Prosjektet er finansiert av Sosialdepartementet

**SAMFUNNS- OG NÆRINGSLIVSFORSKNING AS
BERGEN, SEPTEMBER 2003**

© Dette eksemplar er fremstilt etter avtale med KOPINOR, Stenergate 1, 0050 Oslo. Ytterligere eksemplarfremstilling uten avtale og i strid med åndsverkloven er straffbart og kan medføre erstatningsansvar.

ISBN 82-491-0288-6
ISSN 0803-4036

Forord

Denne rapporten er utarbeidet i forbindelse med SNF- prosjekt : 4578

”Nye finansieringsordninger i pleie- og omsorgstjenesten”. Prosjektet er finansiert av Sosialdepartementet.

Bergen, desember 2003

Innhold

1.	<i>Innledning</i>	1
2.	<i>Sentrale særtrekk ved pleie- og omsorgstjenester</i>	2
2.1	Hovedutfordringer ved dagens modell.....	2
3.	<i>Grunnleggende elementer i modell</i>	5
4.	<i>Bestiller-utfører tilnærming</i>	9
4.1	Hvem skal være bestiller?	11
5.	<i>Penger følger brukeren</i>	18
5.1	Noen eksempler på ISF i pleie- og omsorgssektoren.....	21
5.2	En modell for penger følger brukeren i pleie og omsorg.....	23
5.3	Brukervalg	26
5.4	Eksempler på brukervalg og pengene følger brukerne innen pleie og omsorg	28
5.5	En kort kritisk drøfting	34
6.	<i>Brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester</i>	39
6.1	Offentlig forvaltning og brukerbetaling i Norge	40
6.2	Prinsipielt om formålet med brukerbetaling	43
6.3	Vurdering av brukerbetaling for ulike pleie- og omsorgstjenester	46
6.4	Brukerbetaling tilpasset omfordelingsbetraktninger.....	48
7.	<i>Omfordelingspolitikk på lokalt eller nasjonalt plan?</i>	52
8.	<i>Oppsummering</i>	54
9.	<i>Referanser</i>	58

1. INNLEDNING

I dette notatet gir vi en prinsipiell drøfting av alternative tilnæringer til dagens hovedmodell for finansiering av pleie- og omsorgstjenesten. Utgangspunktet for drøftingen er en tilnærming der "pengene følger brukeren" og innsatsstyrt finansiering (stykkeprisfinansiering). Selv om drøftingen er prinsipielt orientert, vil særtrekk ved pleie- og omsorgstjenestene legges til grunn.

Vi antar videre at følgende hensyn må ligge til grunn ved utvikling av finansierings- og brukerbetalingsordningene:

- Ordningene må legge til rette for at brukere og pårørende gis større medbestemmelse og valgfrihet
- Brukerbetalingsordningene må være enkle å forstå for brukere og pårørende, og enkle å administrere for kommunene
- Brukere med lik inntekt som mottar samme type tjenester, bør ikke bli avkrevd vesensforskjellig brukerbetaling fordi de mottar tjenestene i ulik type boform
- Ordningene må legge til rette for at utvikling og dimensjonering av tjenestene baseres på befolkningens behov og for samfunnsøkonomisk optimale løsninger
- Ordningene må ikke virke urimelig i forhold til brukere med lav inntekt og eller brukere med stort behov for tjenester.

Disposisjonen for notatet er som følger. Først vil det gis en kortfattet oversikt over noen sentrale særtrekk ved dagens pleie- og omsorgstjenester. Deretter vil vi se på hva som antas å være hovedutfordringer ved dagens system. Disse delene er i hovedsak basert på materiale som vi har mottatt fra oppdragsgiver, samt NOU 1997:17. Deretter vil vi presentere en modell med noen grunnleggende prinsipper som vi har valgt å legge til grunn for den alternative finansieringsmodellen. Innenfor denne mer overordnede modellen er det rom for alternative tilnæringer. Vi vil for eksempel drøfte ulike tilnæringer til hvor bestilleransvaret legges, for eksempel en tilnærming der kommunen har et samlet bestilleransvar, en annen der staten (eller en agent for staten) har bestilleransvaret.

2. SENTRALE SÆRTREKK VED PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER

Pleie- og omsorgstjenesten yter i hovedsak tjenester som er hjemlet i lovgivningen. Kommunen er ved lov pålagt å vurdere brukerens behov for tjenester og formelt fatte vedtak som beskriver de tjenester den enkelte brukeren skal motta. Dette betyr at enkeltvedtakene i prinsippet skal beskrive hva slags tjeneste og omfanget (volumet) som skal ytes (unntak for kommunehelseloven).

Det benyttes faglig begrunnet skjønn ved tildeling av tjenester til brukeren, men det gis sjelden en standardisert funksjonsvurdering som direkte avleder tjenestebehovet (diagnose). Behovet for tjenester er ofte ikke tidsavgrenset, men isteden av langvarig/permanent karakter. Behovet for tjenester endres kontinuerlig over tid og i noe grad skjer det akutte endringer som krever økt innsats av tjenester. Dette øker kravet til presisjon når behovet for tjenester skal fastslås, og kan innebære økte administrative kostnader.

Pleie- og omsorgstjenesten yter et svært bredt spekter av tjenester: Fra rengjøringshjelp noen timer i uka til heldøgns opphold i institusjon og relativt enkel medisinsk behandling (eks: dialyse og smertebehandling). Brukerens behov kan ofte dekkes med alternative tilbud som langt på vei kan likestilles slik som f.eks opphold i sykehjem eller omsorgsbolig med heldøgntjenester, eller at man blir boende hjemme med omfattende hjemmetjenester.

Kostnadene knyttet til å yte omsorgstjenester varierer til dels sterkt mellom kommunene, blant annet pga. ulik reiseavstand ved hjemmebaserte tjenester. Dette kompliserer prissettingen.

2.1 Hovedutfordringer ved dagens modell

Dagens finansierings- og brukerbetalingsordning varierer mellom ulike boformer. Skillet går mellom institusjoner på den ene siden og omsorgsboliger eller egne hjem på den andre siden. Institusjoner omfatter sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie samt aldershjem eller bolig med heldøgns omsorgstjeneste. Hovedutfordringer ved dagens system kan sies å være følgende:

Svak harmonisering mellom kommuner for tjenester som ytes utenfor institusjon. I utgangspunktet ligger det en viss regulering av prisene som kommunen kan kreve. For det første kan disse ikke overstige selvkost. For det andre ligger det inne en skjerming av husstander med en inntekt under 2 G. Disse betaler maksimalt 150 kr. per måned. Denne ordningen gjelder både for tjenester som mottas i eget hjem og i omsorgsbolig. Dette har gitt store variasjoner i brukerbetalingen mellom kommunene for inntekter over 2 G. Videre vil inntektsgrensen ha en terskelvirkning som gir en sterk økning i brukerbetalingen selv om inntekten bare går marginalt over grensen på 2 G.

Arena-avhengighet. Hva en bruker samlet sett vil betale avhenger av boform. Brukere med lik inntekt som mottar samme type tjeneste, blir avkrevd forskjellig brukerbetaling fordi de mottar tjenestene i ulike boformer. Personer som bor i omsorgsboliger/egne hjem betaler for legehjelp, fysioterapi, medisiner og lignende på lik linje med den øvrige del av befolkningen. Tjenestetilbudet finansieres gjennom en kombinasjon av brukerbetaling, refusjoner og øremerkede tilskudd fra henholdsvis folketrygden, staten og kommunen. Beboere i institusjoner får derimot slike helsetjenester dekket som en del av institusjonens samlede tilbud, og den enkelte beboers bidrag til finansieringen skjer gjennom den generelle vederlagsordningen. Det ytes ikke refusjon til helsetjenester fra folketrygden for beboere i institusjon. Kommunen har med andre ord et større finansieringsansvar for beboere i institusjon enn utenfor. I NOU 1997:17 er det gjennom eksempler vist at for lavinntektsgrupper kan brukerne samlet sett betale mer i omsorgsbolig enn i institusjon, mens bildet er motsatt for høyinntektsbrukere. Høyinntektsbrukere vil betale mindre i omsorgsbolig enn de ville ha betalt i institusjon. Dette innebærer at brukerens valg med hensyn til omsorgstilbud vil være en funksjon av inntekt, mens kommunen kan ha insentiver til å tilpasse innretningen av pleie- og omsorgstilbudet ut fra inntektssammensetningen i kommunen. Begge deler kan innebære uheldige vridningseffekter.

Kompleksitet. Særlig vederlagsforskriften for institusjonsbeboere er vanskelig å forstå for brukere for pårørende, og vanskelig å administrere for kommunene.

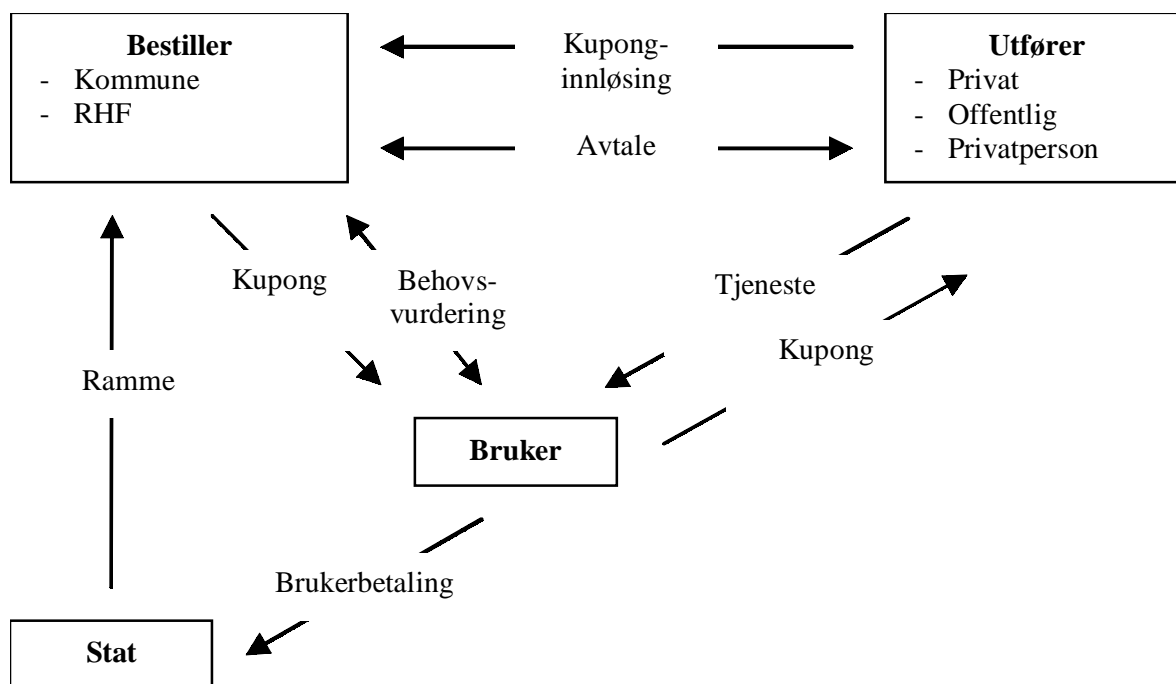
Rigiditet. Særlig i forhold til et institusjonstilbud er det liten grad av medbestemmelse og valgfrihet for brukere og pårørende.

3. GRUNNLEGGENDE ELEMENTER I MODELL

Det er en tett kobling mellom organisering, finansiering og incentiver for tjenesteyter og -mottager av pleie og omsorgstjenester. Det er med andre ord vanskelig å diskutere alternative finansieringsordninger uten at man også kobler dette opp mot en diskusjon av organisering og incentivvirkninger. Utgangspunktet for dette notatet er å etablere en *helhetlig modell* basert på noen grunnleggende elementer og prinsipper. Denne prinsipielle tilnærmingen fører til en ryddig struktur og arbeidsdeling mellom de ulike aktører.

Videre innebærer modellen at man etter vårt skjønn tilfredsstillende de grunnleggende målsettinger som en finansieringsmodell for pleie- og omsorgstjenester må tilfredsstillende. Modellen er ikke låst på alle punkter, f.eks. er det mulig med ulike tilnærminger til hvem som skal være bestiller og utfører. Videre kan man tenke seg ulike tilnærminger til utforming av brukerbetaling, graden av fritt brukervalg samt statens rolle i omfordelings- og finansieringssammenheng.

Under, i Figur 1, er de ulike aktørene og elementene i modellen skissert. Deretter blir hovedelementene kort beskrevet før vi drøfter disse nærmere i separate kapitler.



Figur 1. Sentrale aktører, organisering og finansiering

Skille mellom bestiller og utfører av tjenester. Dette kan eksempel realiseres gjennom det som gjerne benevnes en "bestiller-utfører" modell. En kommunal intraprenør eller et privat foretak leverer tjenester som kommunen eller staten gjennom en agent bestiller. Bestiller kan være den kommunale bistandsbedømmer, men kan for den del også være en representant for det regionale helseforetaket (RHF) eller rikstrykdeverket (primærlege). Bestiller vil ha funksjoner på flere nivåer: På ett nivå er bestiller ansvarlig for å vurdere den enkeltes brukers behov, utstede en "verdikupong", følge opp kvalitet på tjenestene samt endringer i behov. På et mer overordnet nivå er bestiller ansvarlig for utbetaling når kuponger innløses samt overordnet planlegging og styring av tjenestetilbudet ut fra lokale forhold og behov. Utfører kan være privat eller offentlig, i enkelte sammenhenger også en privatperson (omsorgslønn), og vil levere ulike typer tjenester med varierende grad av spesialisert tjenesteinnhold: Omsorgsplass, bespising og pleie ved pleie i institusjon eller omsorgsbolig, eller kun pleie dersom den pleietrengende bor hjemme. Behovet for autorisasjonsordninger vil være avhengig av behovet for spesialisert kompetanse. En bestiller-utfører modell for pleie og omsorg er diskutert prinsipielt i kapittel 4, der vi også har inkludert en diskusjon av hvilket organisatorisk nivå som bør inneha bestillerrollen for pleie- og omsorgsoppgaver.

Pengene følger brukeren kombinert med brukervalg. Et sentralt element i modellen er innsatsstyrt finansiering (ISF). Dette innebærer at en person som kvalifiserer for pleie blir plassert i en ressursbehovskategori ut fra pleietyngde og andre medisinske behov.¹ Dette gir en kupongverdi. ISF trenger ikke implisere brukervalg, men brukervalg impliserer ISF og at pengene følger brukeren. Brukervalg introduseres for å sikre insentiver til å produsere kvalitet. I modellen har vi derfor lagt til grunn at brukeren kan velge tjenesteleverandør (så langt det er mulig og hensiktsmessig pleie hjemme, pleie i kommunal institusjon, pleie i privat institusjon). Bestiller refunderer tjenesteleverandøren per pleietilfelle i henhold til kupongverdi. Vi kan tenke oss en tilnærming med og uten *stavnsbånd*. Stavnsbånd innebærer at brukeren kan velge utfører innen kommunen. Alternativet er at brukeren kan velge utfører i og utenfor

¹ For eksempel basert på det tidligere GERIX-systemet eller det kommende IPLOS-systemet, slik at ulike grader av funksjonsnedsettelse knyttes til faste nivåer for hjelpebehov og en gitt kupongverdi.

kommunen. Dette vil utvide markedet, men vil også stille krav til prismessig koordinering mellom kommuner. Pengene følger brukeren og brukervalg er diskutert i kapittel 5.

Brukerbetaling er basert på i) egenandel eller ii) alternativkostnadsprinsippet. I denne rapporten skal vi drøfte alternative tilnærminger til dagens hovedmodell for finansiering av pleie- og omsorgstjenester. Tilgangen til pleie- og omsorgstjenester er basert på behovsprøving. Brukerbetalingens rolle i finansieringssammenheng utgjør i dag et varierende innslag for de ulike pleie- og omsorgstjenester. Likevel kan brukerbetaling ha en viktig funksjon. Som nevnt over er det imidlertid en tett kobling mellom organisering, finansiering og insentiver for tjenesteyter og -mottager av pleie- og omsorgstjenester. Av den grunn har vi valgt å inkludere en prinsipiell drøfting av *hvilken funksjon brukerbetaling* kan ha når vi ser dette i sammenheng med vår modell hvis kjerneelement er brukervalg og innsatsstyrt finansiering.

Vi vil argumentere for at for en del av de tjenester som inngår i det totale tjenestetilbudet kan brukerbetaling være hensiktsmessig som et virkemiddel for å bidra til å avsløre faktisk behov, dvs. effektivitetsbasert. For assosierte tjenester som kost og bofunksjonen bør brukerbetaling primært være basert på alternativkostnad. For bofunksjonen vil dette være en funksjon av besparelse ved å bo utenfor hjemmet. Hvilken rolle brukerbetalingen skal ha i vår prinsipielle finansieringsmodell er diskutert i kapittel 6.

Staten har ansvaret for omfordelingspolitikken. Kriteriet om lik tilgang til tjenestene uavhengig av bosted og inntektssammensetningen i kommunen kan implisere at bestillers budsjett er basert på en *per capita* ramme, justert for kostnadsdrivere utenfor kommunal kontroll. Sterkt varierende kommunestørrelser innebærer at det kan være nødvendig å supplere med en forsikringsordning som beskytter bestiller for ekstraordinært høye utgifter ved særlig ressurskrevende brukere. Alternativet er å ha direkte kompensasjon fra staten til utfører ut fra kupongverdi. Bestiller blir da ikke et finansielt mellomledd, noe som kan være uheldig ut fra et insentivsynspunkt.

Kriteriet om at det ikke bør være store forskjeller i betalingsordninger og betalingsnivå mellom boformer eller mellom kommuner, kan implisere at staten er

ansvarlig for utformingen av *prispolitikken*, dvs. utformingen av brukerbetalingen. Dette vil legge begrensninger for kommunens mulighet til å drive omfordelingspolitikk gjennom brukerbetalingen. Dette kan også være hensiktsmessig, siden omfordelingshensyn mest effektivt ivaretas på statlig nivå.

Det er videre ukontroversielt å legge til grunn at de inntekter som *utfører* mottar for å levere en tjeneste, skal være uavhengig av tjenestemottakerens inntekt. Mer kontroversielt er det å legge til grunn at bestillers netto inntekter (overføring fra staten – refusjon til utfører + brukerbetaling) også skal være uavhengig av inntektssammensetningen i kommunen.² Mange kommuner har inntektsavhengige priser på sine tjenester, bl.a. barnehagetjenester. Det er i prinsippet ingen ting i veien for at brukerbetalinger går til kommunen og at kommunen har anledning til å gjøre denne inntektsavhengig. Imidlertid kan målsettingen om å gjøre tilgangen til tjenestene *helt* uavhengig av inntektssammensetningen i kommunene tale for at brukerbetaling går til staten heller enn til bestiller. For eksempel vil brukerbetaling basert på besparelse ved å bo utenfor hjemmet kunne føre til overskudd for bestiller i en kommune, og underskudd i en annen kommune.

Det blir argumentert for statens ansvar i forhold til omfordelingspolitikken i relasjon til vår prinsipielt orienterte finansieringsmodell i kapittel 7. I det følgende vil vi gå inn på innholdet i disse ulike prinsippene, og relatere og drøfte disse i forhold til pleie- og omsorgssektoren.

² Jf. kompensasjon over KRDs skjønnsmidler og "Rapport fra interdepartemental arbeidsgruppe vedrørende finansiering av særlig ressurskrevende brukere i kommunene".

4. BESTILLER-UTFØRER TILNÆRMING

I Sverige innførte 12 av 26 fylker en bestiller-utfører tilnærming og innsatsstyrt finansiering for sykehussektoren i 1995. Motivasjonen for dette grepet var basert på argumentasjon med utgangspunkt i effektivitet og brukervalg. Gerdtham, et al. (1999) sammenligner fylker med tradisjonelle rammebudsjetter og fylker med ISF, og finner en kostnadsbesparelse på rundt 13 %. Studien deres fokuserer imidlertid først og fremst på effektivitet, og sier lite om kvalitet på tjenestene.

En bestiller-utfører organisering for offentlig virksomhet skiller seg fra tradisjonell hierarkisk organisering (se Nesheim og Vathne (2000)) ved at:

- Det skilles mellom myndighetsutøving og tjenesteproduksjon
- De to oppgavene utøves av ulike enheter i organisasjonen
- Bestilleren definerer innhold og kvalitet på tjenestene og er ansvarlig for oppfølging og kontroll av utfører.
- Utfører er ansvarlig for tjenesteproduksjonen
- Kontroll og oppfølging finner sted i et avtaleforhold mellom bestiller og utfører

En bestiller-utfører organisering kan være aktuell både når i) kommunale enheter utfører en tjeneste og det ikke er konkurranse om oppdraget; og ii) ved konkurranseutsetting av tjenesten.

Hvorfor er bestiller-utfører organisering aktuell også når tjenesten ikke er konkurranseutsatt? I Nygård (2000) pekes det på at det er problematisk når forvaltnings- og driftsansvaret er lagt til samme linjeledelse i den kommunale organisasjonen. Dette skyldes at de to rollene er prinsipielt uforenlige; ved at tildeling av hjelp, selve utførelsen av tjenesten og klagebehandling er plassert på samme nivå. Dette kan føre til uklare bestillinger, fravær av reell kontroll og utydelig politiske ansvar. I tilfelle i) vil altså formålet med en bestiller-utfører organisering være å avklare roller og ansvarsforhold i organisasjonen, samt å bidra til spesifisering av og kontroll med innhold og kvalitet på en tjeneste. En bestiller-utfører organisering kan altså bidra til å:

- Tydeliggjøre ansvars- og oppgavefordeling
- Tydeliggjøre innhold og kvalitet på tjenestene
- Sikre klar viten om hva en skal drive
- Konsentrasjon om driftskompetanse
- Tilgang på virkemidler slik at ansvaret blir reelt
- Dokumentasjon av at driften er som forventet
- Oppleve konsekvenser av egen innsats

Ut fra denne tankegangen bør man altså rendyrke rollen som etterspørter (bestiller) og rollen som tilbyder (utfører). På den annen side vil oppbygging av en bestillerrolle gjerne kreve ny kompetanse i organisasjonen. Videre er det langt fra uproblematisk å innføre dette organisasjonsprinsippet. For det første kan en bestiller-utfører organisering ha en rekke ugunstige konsekvenser: Økte samhandlingskostnader, oppsplitting og manglende helhetsansvar, dobling av kompetanse og unødig byråkratisering av en relasjon som må fungere fleksibelt. Nesheim og Vathne (2000) peker videre på at man i praksis må tilpasse prinsippet til et eksisterende hierarki og rapporteringsforhold. Et skille mellom myndighet og drift vil naturligvis endre den hierarkiske organisasjonen. Men vil imidlertid i liten grad kunne frikoble bestiller-utfører relasjoner fra hierarki og over- og underordningsforhold i organisasjonen. Innføring av bestiller-utfører prinsippet medfører derfor at relasjoner basert på avtaler vil eksistere "side om side" med relasjoner basert på hierarki og legitim autoritet. Nøkkelspørsmålet blir hvordan bestillere og utførere er plassert i den hierarkiske organisasjonen.

Vi vil ikke her i særlig grad komme inn på spørsmålet om *konkurransetsetting* av pleie- og omsorgstjenester. Argumentene over for en bestiller-utfører organisering vil imidlertid være gyldige uavhengig av om konkurransetsetting er på dagsorden. Men når kommunale enheter blir utsatt for konkurranse kan det anføres et sett med argumenter for en bestiller-utfører organisering i tillegg til de som ble påpekt over.

For det første kan en bestiller-utfører tankegang bidra til likebehandling av konkurrenter om et oppdrag. Prinsippet blir et virkemiddel for å sikre "rettferdig konkurranse" mellom intern enhet og private bedrifter. Ved å skille mellom bestiller- og utførerrollen internt i den kommunale organisasjonen skal man unngå inhabilitet

ved utarbeidelse av konkurransegrunnlag og vurdering av tilbud. Den interne driftsenhet (mulig utfører) skal være skilt fra bestillerenheten og i prinsippet være likestilt med en ekstern privat bedrift. En slik organisasjonsmodell legger også til rette for at kontrakter og avtaler med interne leverandører blir fulgt opp på samme måte som kontrakter og avtaler med private leverandører. Kontroll og oppfølging av tjenesteproduksjonen skal finne sted basert på et avtaleforhold, uansett om det er en privat bedrift eller en intern utførerenshet som er ansvarlig for driften. Det er klart at dette stiller store krav til kompetanse knyttet til bestillerrollen.

4.1 Hvem skal være bestiller?

Vi legger til grunn at en bestiller-utfører modell benyttes som utgangspunkt for organiseringen av pleie- og omsorgstjenester. Innen pleie- og omsorgssektoren er en stor del av bestillerrollen knyttet til *enkeltvedtak* om sykehjemsplasser og hjemmehjelp og oppfølging av disse. På et høyere nivå inngår overordnet planlegging av kapasitet, godkjenning av utførere og eventuelt kontraktsinngåelse og -oppfølging av driftsoppdrag (for eksempel drift av et sykehjem). Det kan dermed skilles mellom to nivå av bestillerrollen.

De to nivåene er altså ansvarlig for to ulike typer beslutninger; bestilling/investering i ny kapasitet på den ene siden og bestilling/utnyttelse av eksisterende kapasitet på den andre siden. Begge nivåene forutsetter bestillerkompetanse, men på vidt forskjellig grunnlag. Det ene nivået krever kunnskap i forhold til å vurdere den enkelte brukers behov, mens det andre nivået krever kunnskap om lokale preferanser for utformingen av pleie- og omsorgstilbudet, kunnskap om lokale forhold og behov, samt kunnskap om utviklingen av lokale behov over tid. Bestilling av *ny kapasitet* vil være basert på en vurdering av fremtidige forventede behov, mens en bestilling på utnyttelse av *eksisterende kapasitet* er basert på dagens behov. Det vil være informasjonsmessige koblinger mellom disse funksjonene, men neppe så store at dette ubetinget tilsier at bestilling av ny og eksisterende kapasitet legges til samme organisasjon.

I den modellen som er skissert i Figur 1 er det lagt til grunn at staten har det overordnede finansieringsansvaret for pleie- og omsorgstjenestene. Videre er

bestilleransvaret for eksisterende og nye eksisterende kapasitet lagt til samme enhet, selv om funksjonelle ansvaret selvsagt vil ligge på ulike steder i organisasjonen. Denne enheten har også ansvaret for å godtgjøre utfører for bestilte og utførte tjenester.

Spørsmålet er så hvilken organisatorisk enhet som bør bli tildelt dette bestilleransvaret, og hvordan denne enheten bør finansieres? For å drøfte disse spørsmålene er det naturlig å ta utgangspunkt i et grunnleggende prinsipp: Modellen bør understøtte den form for rettighetstankegang som etter hvert har fått større og større politisk tilslutning. Det vil si at pleie- og omsorgstjenester er en del av et nasjonalt rettighetssystem. Dette kan ivaretas ved at Stortinget fastsetter nasjonale minimumsrettigheter for pleie- og omsorgstjenestene, og har et overordnet ansvar for å finansiere dette gjennom tilskudd til den enheten som har ansvaret for å vurdere behov og bestille tjenesten.

Her kan man tenke seg ulike tilnærminger. En tilnærming er at bestilleren får tilført midler (ramme) på *per capita* basis, og bærer hele risikoen for å dekke pleie- og omsorgsbehovene når de dukker opp. Bestilleren får beholde et eventuelt overskudd, men må også dekke underskudd.³ En slik tilnærming bør suppleres med at bestilleren har forsikringsordninger eller at det er krav om oppbygging av fonds, slik at man sikrer at ikke finansiell svikt ved større behov enn forutsatt innebærer brudd med hva pleietrengende har rett til.

En annen tilnærming er at bestilleren ikke bærer finansiell risiko i det hele tatt. Bestilleren vurderer behov og tildeler en kupong med utgangspunkt i dette, mens alle kostnadene blir refundert av staten. En slik tilnærming kan innebære uheldige incentiver i forhold til å vurdere reelle behov siden nytten av pleie ligger lokalt, mens hele kostnaden bæres sentralt. Tilnærmingen stiller altså sterke krav til revisjon.

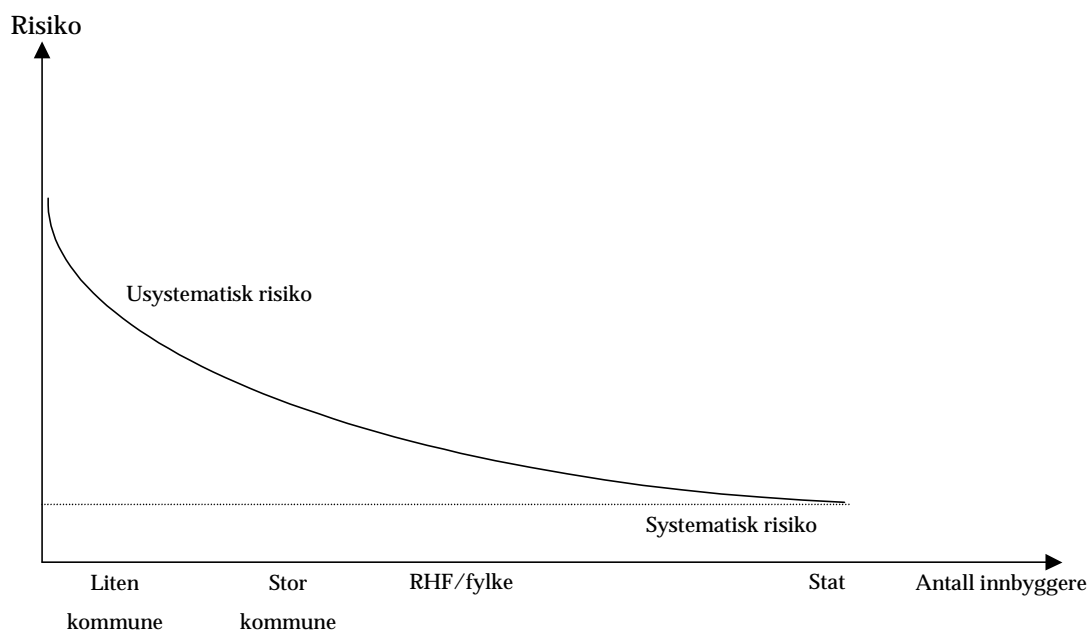
En mellomløsning er at bestilleren får en ramme, men at staten dekker en viss andel av overskridelsene ut over dette. Disse avveiningene samsvarer til dels med de som staten må foreta i forhold til finansieringen av RHF og som vi finner igjen i NOU 2003:1 og Bjorvatn, et al. (2002). Det er vanskelig å peke ut den "perfekte modell" på

³ Et eventuelt overskudd kan disponeres fritt eller knyttes opp til bestemte anvendelser.

faglig grunnlag. Men det som er viktig er at uansett hvilken modell som velges, må den tilfredsstillende sentrale krav mht. bestillerfunksjonen som går på kompetanse, evne og vilje til å være en effektiv bestiller samt å kunne vurdere behov.

Ved rammebasert finansiering må bestilleren kunne spre risiko effektivt. Ellers kan legitimiteten til et rettighetsbasert system lett undergraves. Effektiv spredning av risiko innebærer at bestilleransvaret legges til en bestillerenhet med et *tilstrekkelig stort* ansvarsområde med hensyn til antall bruker, slik at ikke stokastiske forekomster av svært pleietunge og finansielt krevende pasienter innebærer at : i) disse ikke får det de har krav på, eller ii) å gi dem det de har rett til går ut over annen offentlige tjenesteyting. En annen måte å se dette på er at bestilleransvaret bør legges på et nivå som sikrer at en pleietrengende er sikret et gitt tilbud uavhengig av om vedkommende bor i en liten eller stor/fattig eller rik kommune.

Figuren under illustrerer problemstillingen:



Figur 2. Systematisk og usystematisk risiko

En liten kommune vil sitte med en stor totalrisiko som ikke kan diversifiseres vekk. Når innbyggerantallet øker vil diversifiseringseffekten også øke, og på et tilstrekkelig høyt nivå vil vi kun sitte igjen med bare systematisk risiko, dvs. risiko som ikke kan diversifiseres vekk. For den type tjeneste vi snakker om her, må det

antas at den ikke-diversifiserbare risiko er svært liten, både på RHF/fylkesnivå, og stat i særdeleshet.

I tillegg til evne til effektiv spredning av risiko, er det også viktig å legge bestilleransvaret på et nivå som innebærer at man i størst mulig grad unngår gråsoner i ansvarsdeling, og deling av ansvar på ulike forvaltningsnivå. Store grupper av brukere av pleie- og omsorgstjenester har behov for tett og godt samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelse-tjenesten. Men når flere parter har ansvar for å finansiere helse- og omsorgstjenester som henger sammen i en behandlingsskjede, så kan ressursbruken bli ineffektiv fordi en part vil kunne skyve kostnader over på andre parter (NOU 2003:1, s.104). For eksempel kan kommunen mangle sykehjemsplasser, noe som fører til at pleietrengende pasienter blir liggende på sykehus. Dette påfører sykehuset kostnader og medfører ineffektiv ressursbruk. På den annen side kan helseforetak på sin side ha insentiver til å skrive ut for eksempel eldre pasienter så raskt som mulig, og dermed stå i fare for å påføre kommunene et pleie- og behandlingsansvar som det ikke finnes kompetanse eller kapasitet til å håndtere. Resultatet kan bli komplikasjoner og reinnleggelser (som utløser ny DRG refusjon), og en kvalitetsreduksjon i behandlingen for visse pasientgrupper. I begge tilfellene er det snakk om manglende internalisering av kostnader. Internalisering kan sikres ved legge ansvaret for å bestille og finansiere behandling og etterfølgende pleie/rehabilitering samme sted.

Vi kan tenke oss ulike tilnærminger til hvor man skal legge bestilleransvaret med dette som utgangspunkt, enten rendyrkede modeller der bestilleransvaret er plassert samlet eller tilnærminger med en funksjonell deling av bestilleransvaret.

En tilnærming vil være å bygge videre på dagens modell der **bestilleransvaret for pleie- og omsorgstjenester tillegges den enkelte kommune**. Noen kommuner har allerede innført et organisatorisk skille mellom bestiller og utførerrollen for pleie- og omsorgstjenester (f.eks. Bærum). Kommunen og den organisatoriske enheten som er ansvarlig for bestilling blir da lokalbefolkningens representant overfor produsentene av pleie- og omsorgstjenester. Kommunen har anledning til å tilpasse tjenestene til lokale forhold og kan gå ut over det minimumsnivå på tjenestene som

Stortinget har vedtatt et finansieringsansvar for. Vi går ut fra at *bestillerkompetansen* for pleie- og omsorgstjenester allerede er på plass innenfor kommunen.

Vi har over vært inne på at gråsoner i ansvarsdelingen og manglende internalisering skaper insentiver til å skyve kostnader fra kommunale pleie- og omsorgstjenester til spesialisthelsetjenestene og vise versa, med påfølgende effektivitetstap som konsekvens. I NOU 2003:1 drøftes en integrasjonstilnærming til dette problemet, nemlig å legge **finansierings- og bestillerfunksjonen for alle helsetjenester til kommunen**. Et slikt kommunalt finansieringsansvar vil gi kommunene ansvar for å samordne primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenestene. I utredningen pekes det på flere problemer med denne tilnærmingen, bl.a. i forhold til finansiell robusthet og faglig kompetanse til å utøve bestillerrollen. Nå er det ikke urimelig å gå ut fra at begge disse innvendingene kan håndteres, f.eks. gjennom ordninger som sikrer kommunene ved særlig kostnadskrevende sykdoms- og pleietilfeller. Videre vil den faglige kompetanse som kreves kunne bygges opp over tid. På den annen side skulle man tro at det er visse kompetansemessige stordriftsfordeler som i det minste taler for sammenslåing av de minste kommunenes bestillerfunksjon. En modifisert versjon av denne tilnærmingen er at kommunen overtar ansvaret for bare visse deler av bestilleransvaret for helsetjenester, f.eks. enklere behandlingsaktivitet.

En alternativ tilnærming er å overlate det **samlede bestiller- og finansieringsansvar til de regionale helseforetak**. Også dette er en tilnærming som vil bidra til gode insitamenter til bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Videre må det antas at de regionale helseforetak har finansiell ryggrad til å kunne spre risiko knyttet til særlig kostbar behandling og tunge pleiebehov. Spørsmålet er om de også er effektive bestillere for pleie- og omsorgstjenester. I en slik modell kan vi tenke oss at bestilleransvaret i forhold til enkeltvedtak ligger hos den enkelte ansvarlig lege, f.eks. i forbindelse med utskrivning, eventuelt at RHF overtar arbeidsgiveransvar for de som har hatt et bestilleransvar for enkeltvedtak i de enkelte kommunene.

Nok en tilnærming er basert på erfaringene fra Storbritannia, nemlig at **primærlegegrupper** tilføres budsjettmidler både til å kjøpe helsetjenester for elektiv

behandling mm., samt pleie- og omsorgstjenester for sine pasienter. Bakgrunnen for denne tilnærmingen er følgende: Omfattende reformer i det britiske helsevesenet ble innført i 1991, og hadde til hensikt å skape et *indre marked* for helsetjenester. Konkurransen ble introdusert ved å innføre et formelt skille mellom det offentlige rolle som kjøper (bestiller) og som produsent (utfører) av helsetjenester. På denne måten fikk man etablert en tilbuds- og etterspørselsside innenfor det offentlige helsesystemet, der sykehusene utgjør tilbudssiden.⁴ I 1997 ble det igjen gjennomført endringer i organiseringen av det britiske helsevesenet.⁵ Endringene synes å være konsistente med erfaringene⁶ fra perioden 1991-1997: Erfaringen med bestiller-utfører modellen på ulike nivå viste at primærlegegrupper med eget budsjett var de mest effektive bestillerne (se Propper, et al. (1998) og Propper, et al. (2002)) . Ordningen ble således utvidet i omfang gjennom at GP fundholders ble erstattet av det som benevnes Primary Care Groups (PCG), og som ledes av primærleger. PCG er imidlertid bare et stadium på vei mot Primary Care Trusts (PCT), forvaltningsselskap som er uavhengige og som kjøper et bredt spekter av tjenester. Helsebudsjettmidlene allokteres i hovedsak til disse gruppene (75%). Erfaringene viste også betydningen av at bestillerne kunne beholde overskudd, og også dette ble gjennom 1997-reformen utvidet til å omfatte utførerne, dvs. sykehusene.

Den delen av markedet der de regionale helsemyndigheter var bestillere fikk derimot aldri helt "luft under vingene". Konsekvensene av *sterkt begrensede muligheter* til å konkurrere og *manglende insentiver* til å konkurrere var et marked som aldri fikk mulighet til å fungere. Gjennom 1997-reformen mistet således de regionale helsemyndigheter i hovedsak sitt bestilleransvar - bortsett fra for enkelte høyt spesialiserte tjenester - men vil ha et tilsynsansvar i forhold til PCG'ene. De har videre blitt redusert i antall, og blitt omdøpt fra DHA til "Strategiske helsemyndigheter". Andre grep i reformen var innføringen av prestasjonsstyring

⁴ Her baserer vi oss bl.a. på Grand, et al. (1998), Iliffe og Munro (2000) og Askildsen og Brekke (2001).

⁵ Det er gjerne for tidlig å si noe om erfaringer, men noen vurderinger gis i Grand (2002).

⁶ En god oppsummering av erfaringer finnes i Grand, et al. (1998), som også gjennomgår disse langs kritiske dimensjoner som effektivitet og kvalitet.

(”performance management”), som bl.a. innebærer at institusjonenes målopp-nåelse måles etter en rekke utvalgte indikatorer (se Smith (2002)).⁷

De britiske erfaringene forteller med andre ord at det er hensiktsmessig å se med nye øyne på hvor det er mest hensiktsmessig å legge bestillerfunksjonen for helsetjenester. Den samme type tankegang kan gjøres gjeldende for pleie- og omsorgstjenester. Denne tilnærmingen innebærer altså at primærlegegrupper tilføres budsjetter som gjør dem i stand til å kjøpe behandlingstjenester hos helseforetakene samt pleie- og omsorgstjenester hos private eller offentlige tjenesteytere.

En blandet tilnærming innebærer å dele bestilleransvaret, f.eks. mellom RHF og kommunen. RHF bestiller etterfølgende behandling/rehabilitering for en pasient som er ferdig behandlet. Dette utløser en betaling fra RHF til utfører i henhold til ressursbehovet som man vurderer at pasienten har (f.eks. basert på RUG). Kommunen bestiller pleie- og omsorgstjenester i henhold til en vurdering av innbyggerens behov. Her er det viktig at man også har konsistens i bestilleransvaret i henhold til en gitt behandlingsskjede eller en pleie- og omsorgsskjede. Hvis en pasient trenger etterfølgende pleie er dette RHF sitt ansvar. Hvis en pleietrengende trenger behandling på sykehus er dette en ny bestilling og RHF sitt ansvar, men når den pleietrengende er tilbake i sykehjem e.l. må dette betraktes som en videreføring av den opprinnelige bestilling, dvs. kommunen sitt ansvar.

⁷ Se også <http://www.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/2002/index.html> for hvordan dette er implementert i praksis.

5. PENGER FØLGER BRUKEREN

Et bærende prinsipp på finansieringssiden er at pengene følger brukeren. Dette er et finansieringsprinsipp som bygger på innsats- eller stykkprisbasert finansiering. Stykkprisbetaling innebærer at inntekten til produsenten er aktivitetsavhengig. Jo mer som produseres, desto større inntekter. Det har i prinsippet ingenting å si hvem som betaler, altså om det er den enkelte kunde (klient, pasient) eller staten (som ved 'Innsatsstyrt finansiering' av sykehusene i Norge). Stykkprisbetaling kan kombineres med desentralisert budsjettansvar, men det er ikke nødvendig for å oppnå en volumeffekt. Tilnærmingen forutsetter imidlertid at en har et rimelig klart produkt å betale for. Stykkprisfinansiering kan altså defineres som:

- En offentlig tilskuddsyter
- En eller flere offentlige eller private produsenter
- Ett eller flere objektive og kontrollerbare aktivitetsmål
- En takst per enhet for hver aktivitet

Stykkprisfinansiering kan altså være aktuelt på en rekke ulike områder, og den variable aktiviteten kan genereres på ulike vis. Først og fremst er det avgjørende hvem som etterspør produktet. I noen systemer er det private brukere som etterspør produktet, uavhengig av tilskuddsyteren. Grunnen til at produktet etterspørres kan være at brukeren har blitt tildelt en rettighet til produktet. Brukerne kan velge mer eller mindre fritt mellom ulike produsenter. Ulike produsenter konkurrerer på like vilkår (samme takst) om å tiltrekke seg kunder, men det er skille mellom bruker og tilskuddsyter.

Man kan imidlertid også tenke seg innsatsstyrt finansiering på områder der tilskuddsyter står som aktiv etterspørter av aktivitetene. Dette vil gjerne være aktuelt på områder der brukerne ikke selv har et insentiv til å etterspørre produktet aktivt. I slike situasjoner vil det typisk inngås en bilateral avtale mellom produsent og tilskuddsyter for å sikre at produsenten har insentiver til å etterkomme tilskuddsyters aktivitetsønske.

Stykkprisbetaling kan kombineres med desentralisert budsjettansvar, men det er ikke nødvendig for å oppnå en volumeffekt. Videre kan stykkprisbetaling kombineres med forskjellige eier- og ledelsesformer. Mange stykkprisfinansierte institusjoner er selveiende med en ledelsesoppbygging og styre likt det vi ser i privat sektor. Eksempler der ISF er tatt i bruk er finansieringen av sykehusene i Norge der produktet er et klassifisert behandlingstilfelle. Gjennom kvalitetsreformen skal også universitet og høyskoler bli delvis stykkprisfinansiert ved at finansieringen bl.a. er knyttet til vektallsproduksjon.

Den viktigste forskjellen mellom stykkprisbetaling og rammefinansiering som incitamentsystemer, ligger i hvilke problemer de kan bidra til å løse. Stykkprisbetaling gir først og fremst incentiver til å øke produksjonen siden en blir belønnet for omfanget av aktiviteten. Stykkprisbetaling gir imidlertid ikke i seg selv incitament til kostnadseffektivitet, og heller ikke til å tilby høy kvalitet. Hvis utfører klarer å redusere kostnadene sine, gir det imidlertid økte budsjettammer. Hvis enheten selv får beholde de innsparte midler, som ved rammefinansiering med desentralisert budsjettansvar, da har en også incitament til kostnadseffektivitet.

Siden utfører ikke direkte får betalt for kvalitet ved stykkprisfinansiering, innebærer tilnærmingen incentiver til å skorte på dette, med mindre dette avspeiles i brukervalg gjennom konkurranse på kvalitet. Videre er det vel kjent at et slikt finansieringssystem kan gi insentiver til å skyve kostnader over på andre tjenesteprodusenter dersom stykkprisen ikke reflekterer det forventede kostnadsnivået pasienten innebærer (fløteskumming), eller at man prøver å plassere den pleietrengende i en mer kostnadskreven kategori enn en saklig vurdering skulle tilsi (kryp).

Et annet problem er at stykkprisbetaling gir bestiller lite kontroll over det totale aktivitetsnivået. En kan lett tenke seg at de stykkprisfinansierte enhetene vil ønske å øke aktiviteten ut over det bestiller har planlagt, og det kan skape et budsjettmessig problem for en kommune som opererer innenfor gitte rammer. Derfor ble det også i NOU 1997: 8 argumentert for at det kan være grunner til å la staten bære det finansielle ansvaret for mer kostnadskreven ordninger som er stykkprisfinansierte. For mange aktiviteter vil det være slik at stykkprisfinansiering er et uaktuelt

virkemiddel for en enkelt kommune. Det kan bli for dyrt hvis det er vanskelig underveis å begrense aktiviteten på andre måter.

I slike tilfeller må etterspørselen begrenses, for eksempel gjennom behovsvurdering. Dette vil igjen medføre at det kan oppstå køer. Et virkemiddel for å begrense etterspørselen og avsløre reelt behov kan være en viss brukerbetaling. Bruk av brukerbetaling vil imidlertid lett også bli et politisk spørsmål, fordi vi her snakker om tjenester der det er typisk ligger politiske premisser knyttet til lik tilgang til tjenestene. På andre områder er det slik at hele etterspørselen skal imøtekommes. Dette gjelder for eksempel skole og sykehus. Stor grad av udiversifiserbar risiko knyttet til ISF på kommunalt nivå er argumenter for at å la staten bære en større del av det finansielle ansvaret for mer kostnadskrevenne ordninger som er stykkprisfinansierte.

Et tiltak som kan bidra til å kontrollere aktivitetsnivået, er å koble stykkprisfinansiering til bruk av kuponger eller penger følger brukeren. Penger følger brukeren innebærer en form for stykkprisbetaling kombinert med brukervalg. Kupongen gis på grunnlag av en vurdering av omsorgsbehov, og i hvilket omfang dette skal ytes. Derfor kan man samtidig kontrollere det totale aktivitetsnivået. For å gi insentiver til både økt aktivitet og økt kvalitet kan det være hensiktsmessig å introdusere en viss grad av brukervalgsmulighet, innenfor kommunen (stavnsbånd) eller også mellom kommuner (ikke stavnsbånd). Dette er også et tema som vi returnerer til.

Undervisningsministeriet (1998) peker på en del forutsetninger som bør være tilfredsstillende for at stykkprisfinansiering skal være hensiktsmessig som styringsredskap, og som vi vil gjengi her:

- Det må foreligge et objektivt og kontrollerbart mål på aktivitetene.
- Stykkprisfinansiering er særlig aktuelt på områder der flere institusjoner produserer sammenlignbare tjenester. Innbyrdes konkurranse mellom institusjonene kan benyttes til å forbedre ytelsen til fordel for brukerne.
- En målsetting med stykkprisfinansiering er hurtig tilpasning til endring i aktiviteten. Dette kan best oppnås dersom institusjonen har forholdsvis stor frihet

med hensyn til hvordan arbeidet tilrettelegges, med andre ord fleksible ansettelses- og arbeidstidsregler, samt en handlekraftig ledelse.

- Det skal være mulig å føre tilsyn og kontroll med kvaliteten på aktivitetene. Dette er særlig relevant i tilfeller der ikke brukerne kan velge mellom produsenter, eller ikke kan eller vil føre kontroll med produsenten.
- Endelig må det forutsettes at det er mulig med en samlet politisk styring med utgiftsnivået. Det skal fortsatt være mulig å ha politisk kontroll med utgiftsnivået, selv om bevilgningene til produsenten er innsatsbasert. Takstene skal kunne benyttes til å styre det samlede utgiftsnivå, og til å kunne foreta omprioriteringer.

Et sentralt problem med stykkprisfinansiering er imidlertid å bestemme hva som er *rett pris*. Hvordan skal kupongverdien fastsettes? En for høy pris blir dyrt, mens for lav pris kan resultere i at få aktører er interessert i å tilby tjenester. En typisk tilnærming er å ta utgangspunkt i selvkost, beregnet for eksempel med utgangspunkt i en ABC-analyse, jf. Kristiansand. Deretter kan man over tid se om denne prisen er for høy eller lav med utgangspunkt i interessen blant private tilbydere for å tilby tjenester. Stor og økende interesse kan tyde på at prisen er satt for høyt, og at en forsiktig nedjustering er på sin plass.

5.1 Noen eksempler på ISF i pleie- og omsorgssektoren

Stykkprisbetaling blir i dag brukt som delfinansiering for sykehus, innført fra 1. juli 1997. Ordningen er basert på det såkalte DRG-systemet, som er et system for klassifisering av diagnoser i somatiske sykehus, og som også kan brukes som grunnlag for finansiering.

En ISF-tilnærming i pleie og omsorg har likhetstrekk med DRG (Diagnose Relatert Gruppe) tilnærmingen, som etter hvert er velkjent i sykehussektoren. DRG-systemet ble først introdusert i USA, men raskt etter innføringen oppdaget man at denne metoden ikke var særlig god for geriatriske pasienter. Ressursene de eldre krevde var mer styrt av deres funksjon, mentale tilstand og adferdsvansker. Dette ble ikke fanget opp i DRG-systemet (se f.eks. Vibe (1995)). Det ble derfor utviklet et eget system for geriatriske pasienter kalt RUG (Resource Utilization Group). RUG er en del av et internasjonalt multidimensjonelt instrument til bruk i geriatri – RAI

(Resident Assessment Instrument). Dette er et pasientjournalssystem der en i tillegg til medisinske data kartlegger opplysninger om funksjon, emosjonell tilstand, kognitive og sosiale forhold. Systemet har vært utprøvd på to poster i Norge i 1995. Disse er Diakonissehjemmets sykehjem og en post på et sykehjem. I en evaluering utført av Vibe (1995), ble forsøket karakterisert som vellykket. I NOU 1997:17 utelukkes det ikke at en i fremtiden kan tenke seg refusjonsordninger lignende RUG-systemet i norske sykehjem, for eksempel med utgangspunkt i GERIX/IPLOS. Under vil vi se kort på hvordan RUG systemet fungerer i tilknytning til Medicare pasienter i USA, samt noen norske eksempler på innsatsstyrt finansiering i Norge.

ISF for Medicare pasienter i USA. Når en pleietrengende pasient blir innskrevet på et sykehjem med Medicare-avtale, blir vedkommende vurdert ved hjelp av et verktøy som benevnes Minimum Data Set (MDS). Bruken av dette verktøyet er lovpålagt for å samle medisinske og psykososiale data på pasientene med sikte på planlegging og kvalitetssikring. Vurderingen gjentas med jevne mellomrom. I forhold til Medicare benyttes verktøyet for å plassere den pleietrengende i en Ressursutnyttelsegruppe (RUG-III, for versjon tre av systemet) basert på de medisinske tjenester og funksjonelle støtte den pleietrengende er forventet å ha behov for. Det er 44 RUG-III kategorier. Innenfor hver kategori skjer en inndeling i gjennomsnittlig personelltid pasienten vil legge beslag på samt materiellkostnader og andre tjenester som forventes benyttet for pasienter i den aktuelle gruppen. RUG bestemmer så den alt inklusive satsen per dag som Medicare vil betale sykehjemmet for den aktuelle pleietrengende pasienten. I Wells (2001) vises det til at satsene kan variere mellom nærmere 700 USD per dag for de mest krevende rehabiliterings-pasientene helt ned til 130 USD per dag for de minst krevende.

I **Kristiansand kommune** har man innført en ordning der den tjenesteytende virksomheten innen hjemmebaserte omsorgstjenester finansieres ut fra aktivitetsnivå. Kalkylemodellen bygger på en metodikk som benevnes Activity Based Costing (ABC). I en ABC-analyse identifiseres viktige kostnadsdrivere i produksjonen av den enkelte tjeneste. Tilskuddet utløses når bestillingen eller vedtaket iverksettes av utførerleddet. Hjemmesykepleie, psykiatrisk sykepleie, hjemmehjelp, brukerstyrt personlig assistent, omsorgslønn og støttekontakt er tjenester som inngår.

Trondheim kommune benytter en budsjettfordelingsmodell som allokere den politisk vedtatte rammen på den enkelte utførende enhet ut fra enhetens andel av det totale pleiebehovet for alle brukere i kommunen i den aktuelle perioden. Grunnlaget for allokeringen er en detaljert modell som beregner pleiebehovet for alle brukere ut fra karakteristika for pleietyngde. Brukernes pleietyngde vurderes og fordeles i 15 pleietyngdegrupper basert på Gerix kriterier og kodeverk. Modellen fastsetter videre en norm for sammenhengen mellom pleietyngde og behovet for hjelp angitt i timer. En nærmere beskrivelse av tilnærmingene i Trondheim og Kristiansand finnes i PwC (2003), mens en nærmere beskrivelse av ABC-tilnærmingen benyttet i Kristiansand finnes i Ernst&Young (2002).

5.1.1 Noen fallgruver

I utgangspunktet må man til en viss grad kunne forvente de samme problemene med ISF basert på RUG som man regner med er knyttet til ISF basert på DRG. F.eks. vil satser basert på en gjennomsnittsvurdering innenfor en gitt kategori føre til at noen pasienter er mer lønnsomme enn andre, og dermed gi insentiver til pasientseleksjon. *Per diem* satser kan også innebære at pasienter blir holdt i institusjon lenger enn strengt tatt nødvendig. En annen effekt er at pasienter kan plasseres i en mer pleietrengende kategori enn det som objektivt sett er riktig (kryp). Med andre ord er det viktig å implementere systemer for kvalitetssikring av vurderingsgrunnlag og satser samt den pleie som ytes.

Et annet spørsmål er om godtgjørelsen til sykehjemmet kun skal være variabel og alt inkluderende; slik som RUG-systemet i Medicare; om det skal være en fast betaling (for å stille kapasitet til rådighet) pluss en variabel del for å benytte kapasitet og hvordan forholdet mellom den faste og den variable delen skal være. Dette er en diskusjon som bl.a. er tatt opp i Sykehusfinansieringsutvalgets innstilling NOU 2003:1, og som vi lar hvile her.

5.2 En modell for penger følger brukeren i pleie og omsorg

Utgangspunktet for kupongfinansiering for pleie- og omsorgstjenester er at den enkelte pleietrengendes behov blir vurdert. På dette grunnlag får brukeren tildelt en rett til et offentlig finansiert tjenestetilbud i et gitt omfang og en gitt kostnad. Denne

kupongen skal dekke hele eller deler av kostnaden ved å benytte tilbudet. Derved gir det konsumenten for det første en rett til et tilbud, og dernest en valgfrihet med hensyn til hvor den vil bruke den (og i enkelte tilfeller om de i det hele tatt vil bruke den). På den måten er det synonymt med et vanlig marked, bare med den forskjell at tilgangen til kupongene basert på en *behovsprøving*. Kupongen kan kombineres med brukerbetaling.

Ofte fremstiller man kupongfinansiering slik at den pleietrengende får en bunke med *fysiske kuponger* som skal benyttes etter hvert som vedkommende benytter seg av tilbudet. Det er vel verdt å merke seg at kupongbegrepet er benyttet i symbolsk forstand. Kupongen innebærer at brukeren har en *rettighet* til et gitt tilbud, og at tjenesteyteren får en rett på en *godtgjørelse* fra myndighetene for utførte tjenester.

De ulike aktørene i systemet vil ha ulikt ansvar og funksjoner. Tilnærmingen krever for det første at *myndighetene* (f.eks. kommunen) definerer hvilke tjenester som skal omfattes av ordningen. I denne sammenheng vil det være et tilbud i sykehjem, omsorgshjem og et hjemmebasert tilbud. Ut fra en vurdering av den enkelte persons omsorgs- og pleiebehov fastsetter man en kupongverdi. Den pleietrengende får således tildelt en kupong som helt eller delvis skal dekke kostnadene ved de behov for assistanse som man har identifisert gjennom vurderingen.

De *institusjoner eller personer* som ønsker å yte et tilbud til pleietrengende inngår en avtale med myndighetene (bestiller). Det er ulike tilnærminger til hvem som kan inngå avtale om å levere tjenester, men det er naturlig å gå ut at fra behovet for prekvalifisering er avhengig av kompetanseinnholdet i typen tjeneste som ytes. For enkelte typer hjemmebaserte tjenester og omsorg kan man utmerket tenke seg at myndighetene inngår avtale med privatpersoner så vel som større firma som er i dette markedet. For syke- og pleiehjem vil det naturligvis være slik at myndighetene først godkjenner de som ønsker å inngå avtale om å levere tjenester. Utvelgeprosessen kan være at myndigheten med utgangspunkt i fastsatte priser inviterer til å inngå avtale, at myndighetene forhandler pris med interesserte tilbydere, eller at man har en anbudsprosess der prisene inngår som budvariabel, eventuelt kombinert med forhandlinger. Dersom vedkommende produsent blir valgt av brukeren, vil tjenestene som ytes bli godtgjort i henholdt til fastsatte satser.

I implementeringen av brukervalgsmodellen i Oslo stod man overfor et valg mellom en tilnærming med rammeavtale eller en autorisasjonsordning. Ingen av disse tilnærmingene innebar en garanti om volum. En autorisasjonsordning ble ansett for å være administrativt enklere å håndtere og å ha en lavere etablerings terskel. En ordning med rammeavtale ble imidlertid valgt, med utgangspunkt i kommunens kontrollbehov av leverandørene.

En ordning uten noen garanti om volum kan fungere godt dersom det er lave faste kostnader ved å tilby tjenesten. Dersom det motsatte er tilfelle, vil det lett oppstå en etableringshindring. For at potensielle tjenesteytere skal være villig til å gå inn i markedet vil de gjerne kreve en garanti om et visst volum. En løsning som vi ofte ser på dette problemet i praksis, er at det offentlige kjøper en rett til å utnytte en viss kapasitet, dvs. en avtale med en fast og en variabel del (rammefinansiering pluss stykkpris). Dermed avlastes tilbyderer for en del av risikoen knyttet til store faste kostnader, og ikke få utnyttet tilgjengelig kapasitet.

Etter behovsvurdering og utstedelse av den symbolske kupongen, vil den *pleietrengende* selv være ansvarlig for å velge hvem som skal være tjenesteleverandør. Valgt utfører leverer deretter en tjeneste med utgangspunkt i det behovet som har blitt identifisert, f.eks. rengjøring i hjemmet, ulike typer terapi, en plass på sykehjem. Brukervalg trenger ikke kun være begrenset til hvilken tjenesteleverandør (institusjon) som yter tjenestene. Man kan tenke seg ulike grader av brukerinnflytelse på hvordan tjenesten faktisk ytes: På den ene siden kan man tenke seg *brukervalg* i sin enkleste form: Når brukeren har valgt tjenesteleverandør, er det tjenesteleverandøren som bestemmer når tilbudet skal ytes og hvilken person som skal utføre den konkret. Innholdet i tilbudet er presist definert på forhånd.

En videreutvikling av brukervalg er *brukerstyring* der brukeren selv bestemmer hvilken person som skal yte tjenesten, når den skal ytes, og hva som skal ytes (f.eks. kjøp av et avlastende hjelpemiddel i stedet for rengjøring en uke). Denne tankegangen ligger bak begrepet "consumer direction" som vi kjenner fra USA.

Det er klart at en grunnleggende tanke bak brukervalg, og brukerstyring i særdeleshet, er troen på det rasjonelle menneske. Man går ut fra at den pleietrengende er økonomisk bevisst og velinformert og i stand til å foreta rasjonelle valg

ut fra egne preferanser. Hvis den pleietrengende ikke er i stand til å foreta valg på egenhånd, kan samfunnet assistere. Det er klart at dette er forutsetninger som det i praksis ikke alltid er like lett å tilfredsstille. Videre er det slik at selv om et kupongprogram har tiltalende egenskaper, er det også viktig å se på dette instrumentet med et kritisk blikk. Vi vil se nærmere på brukervalg i neste avsnitt.

5.3 Brukervalg

Fritt eller friere brukervalg regnes gjerne som én av fire kategorier av konkurranseutsetting. De andre er deregulering - som åpner markedet helt for fri konkurranse; anbudskonkurranse samt målestokkonkurranse. Fritt brukervalg innebærer at brukere fritt kan velge mellom flere tjenestetilbydere, f.eks. mellom ulike offentlige tilbydere eller mellom offentlige og private tilbydere av en gitt tjeneste.

Det argumenteres gjerne for fritt brukervalg med to ulike utgangspunkt. Det ene er idealistisk, det andre er instrumentalistisk. Det idealistiske utgangspunktet er basert på at fritt brukervalg er et gode i seg selv: For det samme utfallet av en beslutning, er det bedre at beslutningen er et resultat av selvstendige valg i stedet for paternalistisk diktat fra lokale eller sentrale myndigheter. I økonomisk teori legges det en instrumentalistisk tilnærming til grunn for fritt brukervalg, dvs. som et instrument som virker effektivitetsfremmende ved å stimulere konkurransen mellom produsentene. Fritt brukervalg er gjerne knyttet til at tjenestetilbyderen får sin finansiering knyttet opp mot antall brukere som velger dens tjenester fremfor konkurrerende alternativer. Brukervalg har den senere tid blitt utprøvd i forhold til enkelte pleie- og omsorgstjenester i enkelte kommuner i Norge. I Bærum (Bekkestua område) kan personer som mottar praktisk hjelp fra kommunen selv velge om kommunen eller et privat firma skal utføre tjenesten. Brukere kan med fire ukers varsel skifte utfører når de vil og så ofte de vil. Egenandelen som den enkelte betaler er den samme uansett hvilken utfører som velges. Oslo kommune har også nylig innført brukervalg for eldre og funksjonshemmede på hjemmehjelpstjenester til personlig hygiene, gulvvask matlaging og vareinnkjøp. Kommunen utreder brukervalg på barnehager og skoler.

Et organisatorisk skille mellom bestiller og utfører, innsatsstyrt finansiering samt at pengene følger brukeren er viktige byggesteiner i forhold til å introdusere brukervalg. Ved innsatsstyrt finansiering vil finansieringen være avhengig av hvor mange pasienter som behandles eller det ytes omsorg for ved den enkelte institusjon, men dette trenger ikke innebære at brukeren har en valgmulighet med hensyn til hvem som skal være tjenesteyter. Sagt på en annen måte; innsatsstyrt finansiering forutsetter ikke brukervalg, men brukervalg forutsetter innsatsstyrt finansiering gjennom at pengene følger brukeren, og at brukeren faktisk har noe å velge mellom. Kupongbaserte systemer er en implementering av penger-følger-brukeren prinsippet. Kuponger er altså et finansieringssystem der man benytter kunders og klienters faktiske valg for å tilføre midler til produsenter.

Systemet innebærer altså at man lager et marked der etterspørerne er i besittelse av et offentlig utstedt verdipapir ("kupong") som gir dem rett til en spesifikk tjeneste. Stat eller kommune har det finansielle ansvaret, og midler blir tilført en tjenesteprodusent bare hvis borgerne etterspør tjenesten hos vedkommende produsent. På den måten får produsentene gjennom markedet beskjed om hva slags tjenester kundene ønsker. Dette innebærer videre at man lager et marked der etterspørselen ikke er begrenset av den enkeltes betalingsevne. Inntektsforskjeller skal ikke forhindre pleietrengende fra å velge det tilbudet som passer deres behov best.

Systemet skal ideelt sett kunne sikre både *kostnadseffektivitet* og *allokerings-effektivitet* (se Askildsen og Holmås (1999)). Kvalitet og sammensetning av tjenestetilbudet må være slik befolkningen ønsker det, ellers får produsenten ingen kuponger og inntekter (allokerings-effektivitet). Likeledes vil produsentene, gitt at de får beholde et overskudd, altså desentralisert budsjettansvar, ha incitament til å minimere ressursbruken i produksjonen (kostnadseffektivitet - bli tvunget til å produsere et gitt kvalitetsnivå til lavest mulig kostnad). Forutsetningen for at kupongmarkedet skal virke på den måten, er at alle har et reelt valg, og spesielt at alle har full oversikt over alle muligheter og konsekvenser av de valg en gjør.

Ideen om kupongfinansiering bygger på klassisk økonomisk tankegang om at markedet vil gjøre det mulig for den enkelte bruker gjennom frie valg å uttrykke sine

ønsker om hvordan et offentlig tjenestetilbud bør være. Siden kuponger likestiller offentlige og private produsenter kan en utsette offentlige produsenter for en reell konkurranse, uten at en trenger å avskaffe offentlig produksjon.

5.4 Eksempler på brukervalg og pengene følger brukerne innen pleie og omsorg

Erfaringene med brukervalg er så langt begrenset i Norge. Unntak er Oslo og Bærum som nettopp har innført brukervalg for hjemmebaserte tjenester i utvalgte bydeler. Vårt naboland Sverige har derimot mye lengre erfaring med brukervalg. Allerede i 1985 kunne innbyggerne i Nacka velge utfører av fotpleie. I 1992 ble ”kundval” innført for hjemmetjenester og grunnskolen, i 1994 ble det innført et system med brukervalg og kuponger (”check”) for barneomsorg, og i 1998 fikk funksjonshemmede mulighet til å velge hvem som skal avlaste og ledsage dem i ulike situasjoner. Täby kommune har siden 1993 hatt et brukervalg system som omfatter barneomsorg, grunnskole og hjemmetjeneste. Elever i Täby og Nacka kan velge videregående skole også i en annen kommune.⁸ I det følgende vil vi se på eksempler på implementering av brukervalg og pengene følger brukeren innenfor skole og omsorg i våre naboland Sverige og Danmark, samt to norske kommuner: Oslo og Bærum. Størst oppmerksomhet blir rettet mot vårt naboland i øst. Her har en rekke kommuner innført, eller vurderer å innføre brukervalg, bl.a. Nacka, Täby, Sollentuna, Järfälla og Sigtuna. Vi vil særlig fokusere på førstnevnte.

Nacka. Nacka er den kommunen i Sverige med lengst erfaring med brukervalg. Ordningen er basert på kuponger og en bestiller-utfører organisering. Brukervalgssystemet i Nacka omfatter barneomsorg, utdanning og eldreomsorg. Nacka skriver i en informasjonsbrosjyre om kundevalg i kommunen at konkurranse på like vilkår mellom private og kommunale tilbydere på disse områdene skal bidra til kvalitetsforbedring og etablering av nye virksomheter med de ulike profiler som etterspørres. Dette innebærer at tilbyderne må markedsføre sin særegne profil, men kan også medføre at enkelte enheter – ”skoler, förskolor, hemtjänst och äldreboende”

⁸ Se for eksempel Svenska Kommunförbundet (2001) for en mer omfattende oversikt

– ikke får et tilstrekkelig kundegrunnlag, og dermed økonomiske problemer. Virksomheten må da ”anpassa sig och kan i sista liten tvingast att upphöra”.

Kommunen har helt siden 1992 hatt en brukervalgsordning som innebærer at den som bevilges rett til hjemmetjeneste kan velge et privat foretak som tjenesteyter i stedet for den kommunale hjemmetjenesten.⁹ Imidlertid har prosessen frem til at man har oppnådd aktivt brukervalg vært lang - etter 8 år var det 25% av omsorgsmottagerne som selv valgte utfører (Friberg (2001)). Etter 1998 omfatter ordningen også ledsaging og avlastning, og i 2000 ble det vedtatt at kommunen også innfører brukervalg for omsorgsplasser for eldre. Systemet innebærer at kommunale og private omsorgstilbydere kan konkurrere på like vilkår om å tilby omsorgstjenester.

For hjemmetjeneste, ledsaging og avlastning fungerer brukervalg slik at innbyggeren søker om bistand, og det foretas en vurdering av behovet. I bistandsbeslutningen angis det antall timer per måned som omsorgsmottakeren har rett til. Dette ligger til grunn for den sjekken (kupong, voucher) som utstedes. Sjekkeløpet per time fastsettes årlig, og skal tilsvare kommunens selvkost for samme tjeneste. Brukeren kan selv velge mellom en privat eller en kommunal omsorgsutøver, med utgangspunkt i informasjon om alternative tilbydere og hvordan disse profilerer seg. Brukeren kan også ved behov få råd om passende utfører ut fra egne behov, samt få bistand med utforming av søknad. Organisasjonsmodellen for hjemmetjenester er slik at den kommunale forvaltningen består av en rendyrket myndighet og en produksjonsenhet. Äldrenämnden med myndighetsfunksjon bærer det finansielle ansvaret, og fungerer som bestiller av hjemmetjenester. For at en utfører kan tilby sine tjenester kreves godkjenning. Godkjenning gis under forutsetning av den potensielle utøver kan fremvise en foretningsidé, foretaksregistrering og bevis på betalte skatter mv. Dessuten kreves relevant kunnskaps- og kompetansebakgrunn, at utføreren ivaretar de regler med hensyn til taushetsplikt med videre som også gjelder for kommunalt ansatte, og forsikringsmessig dekning som holder omsorgsmottakeren skadeløs for eventuelle

⁹ Dette kapittelet baserer seg bl.a. på internetbaserte kilder, se for eksempel www.nacka.se, og Pihlquist og Swenson (2001).

feil eller forsømmelse begått av ansette hos utføreren. Den minste utføreren er et enkeltmannsforetak, mens den største utføreren er et foretak som har 3000 ansatte med virksomhet i flere deler av landet. I tillegg til den kommunale enheten finnes 12 aktive utførere i kommunen (Pihlquist og Swenson (2001)).

Det tegnes ingen avtale mellom kommunen og de ulike utførerne. Disse arbeider helt selvstendig, og den som velger en gitt utfører håndterer all kontakt med utføreren, undertegner en avtale og bestiller de tjenester som skal utføres i henholdt til omsorgsbeslutningen. Er man misfornøyd kan man bytte til en annen leverandør.

Nacka har nylig også innført brukervalgssystem for omsorgsplasser. Den som krever omsorg døgnet rundt, kan etter en bistandsbeslutning bli tildelt en omsorgsplass, dvs. plass i aldershjem sykehjem eller omsorgsbolig. Det finnes også en mulighet til å bo hjemme med tilsyn og personlig omsorg døgnet rundt. Siktemålet med dette er å gi de eldre en valgmulighet med hensyn til boform, og at dette skal bidra til kvalitetsforbedring. Når søknaden om omsorgsplass er bevilget, kan den pleietrengende velge mellom ulike omsorgsplasser i Nacka. Noen drives av kommunen, andre er private. Forutseningen for å kunne være tilbyder av denne typen tjeneste er at det er gitt autorisasjon av kommunen. Om det er kapasitetsproblemer, tildeles plass etter behov. Den som er misfornøyd med tilbudet på et gitt sted kan bytte, men gis ikke prioritet på plass et annet sted.

I Pihlquist og Swenson (2001) gjengis noen *erfaringer* med brukervalgsordningen i Nacka. I følge kommuneledelsen har kommunen lyktes i å holde kostnaden for eldreomsorg på om lag samme nivå som for 10 år siden, til tross for et økende omsorgsbehov. I 2000 ble det gjennomført en holdningsundersøkelse på oppdrag av kommunen. Seksti prosent av brukerne av hjemmetjenester og omsorgsplass svarte. På en karakterskala 1-5 var karakterresultatet 4. 70 prosent var fornøyd eller svært fornøyd med tjenesten. Forskjellen mellom kommunal og privat tjenesteyter var marginal. Av problemer av mer praktisk karakter pekes det i DNV (1999) på problemer med å fastsette internpriser for leie av lokaler, og at det er en utfordring å fastsette priser som medfører at ressursene kommer i sin beste anvendelse. Videre er det også en komplisert avveining med hensyn til hvor stor andel av utgiftene som skal finansieres over skattseddelen og gjennom brukeravgifter.

Pihlquist og Swenson (2001) gjennomfører også en intervjuundersøkelse med sentrale aktører i Nacka, Vaxholm, Täby og Danderyd, der det fokuseres på sammenhengen mellom brukervalg og valgfrihet, kvalitet, marked og mangfold/profilering. Sentrale aktører i denne forbindelse var representanter for bestiller (kommunens ledelse, ansvarlig for bistandsvurdering) og utførere. Når det gjelder kvalitet vektlegger respondentene betydningen av valgfrihet, og at de har det inntrykk at valgfriheten verdsettes og gir trygghet. Valgfrihet innebærer både muligheten til å velge utfører og å påvirke tjenestens innhold (når, hva, hvordan og av hvem). Videre pekes det på at for de eldre er kontinuitet en viktig kvalitetsfaktor, og at ut over selve bistandsbehovet er både tid og kompetanse viktige faktorer i forhold til å oppfylle kundenes behov. Flere av representantene for utførerne rapporterer om systematisk kvalitetsutvikling, men dette er enda i sin spede begynnelse. Pihlquist og Swenson ser her ingen forskjell mellom private og offentlige utførere.

Markedsstruktur var et annet tema i spørreundersøkelsen. Forfatterne finner at kommunale utførere, selv etter 10 år med konkurranseutsetting, har mellom 60 og 75% av markedet. Videre pekes det på at større bedrifter har bedre muligheter til å realisere en intern samordningsgevinst enn de mindre bedriftene. Personalet kan fordeles geografisk slik at reisetiden minimeres. I de små bedriftene blir tidsplanlegging og jevn arbeidsbelastning et problem. Markedsføring skjer i beskjedent omfang. Strategien synes å være å levere god kvalitet og vokse i kraft av et godt rykte. Tilleggstjenester ytes i liten grad.

Pihlquist og Swenson finner at det er visse problemer med å realisere målsettingen om konkurransenøytralitet. En av årsakene til dette ligger i at de private utførerne, selv om de forutsettes å ta alle oppdrag, kan vegre seg for enkelte bestillinger. Dette fører til fløteskumming og en kostnadsulempe for den offentlige utfører. Økonomi er et annet spørsmål som intervjuerne var innom. Stykkprisen relaterer seg til faktisk utførte tjenester i hjemmet, og skal dekke alle kostnader for oppdraget, så som reise, utstyr, administrasjon, lokaler, kompetanseutvikling o.s.v. Gjennomgående synes det som om inntektene ikke har dekket kostnadene ved å utføre tjenestene.

Med hensyn til *mangfold og profilering* er erfaringen at få bedrifter har benyttet anledningen til å profilere seg. Ett unntak er Nacka, der virksomheter har profilert seg med hensyn til språk og spesialkompetanse.

Bærum. I Bærum kan personer som mottar praktisk hjelp fra kommunen i Bekkestua område selv velge om kommunen eller et privat firma skal utføre tjenesten.¹⁰ I dette området bor den største andelen hjemmehjelpsbrukere i kommunen. I området er det cirka 700 personer som mottar kun hjemmehjelp.

Brukervalg ble innført i to faser: I den første fasen ble det holdt en anbudskonkurranse, hvoretter det ble inngått en avtale med Norlandia omsorg AS i februar 2001. I avtalen med selskapet ble det bestemt leveranse av et gitt volum tjenester første avtaleår. Brukerne ble fordelt mellom kommunens egen utfører "Hjemmebaserte tjenester" og Norlandia omsorg. Fase 2 innebar at med virkning fra 1. mars 2002 kunne kommunens brukere av praktisk bistand/hjemmehjelp i Bekkestua område velge mellom de to alternative utførerne. Brukerne hadde i utgangspunktet samme utfører som før, men stod nå fritt til å skifte leverandør dersom dette var ønskelig. De som ikke kunne eller ville velge, ble tildelt en av de to utførerne fra kommunens tildelingskontor, Servicekontoret. Brukere kan med fire ukers varsel skifte utfører når de vil og så ofte de vil uten å oppgi årsak. Egenandelen som den enkelte betaler er den samme uansett hvilken utfører som velges.

Med hensyn til informasjon hadde Servicekontoret hadde fått laget to brosjyrer som gav henholdsvis nye og eksisterende brukere informasjon om muligheten for kundevalg. Videre forelå to brosjyrer utarbeidet av utførerne selv, der disse presenterte seg for eksisterende og nye brukerne. Alle brukerne som var omfattet av valgmuligheten fikk informasjon om kundevalgsmuligheten i posten. Videre ble det gitt muntlig informasjon i forbindelse med nye vedtak om hjemmehjelp. Videre ble nyordningen omtalt i lokalpressen.

For å sikre kvaliteten på arbeidet, har kommunen innført kvalitetskrav som gjelder både for kommunale og private utførere. Kommunen gjennomførte en

¹⁰ Vi baserer oss her på et notat fra Bærum Kommune: "Brukervalg for hjemmehjelp i Bekkestua – Brukernes egne erfaringer med brukervalg", april 2003.

evaluering av ordningen på foråret 2003. Spørreundersøkelsen avslørte ikke noen signifikant forskjell i brukertilfredshet mellom den private og offentlige utfører. Likevel ble det påpekt noen forhold som det er viktig å merke seg. For det første er det slik at selv om tjenestekvaliteten oppfattes å være god, uavhengig av utfører, så at verdsettes muligheten til å velge blant brukerne. Videre vektlegger brukerne *kontinuitet* i den forstand at hjemmehjelpen ikke byttes ut til stadighet; *kvalitet*, ikke minst i den forstand at hjemmehjelpen er kjent i huset og kommer til fastsatt tid, samt at kommunen står bak og garanterer for kvaliteten; *enkelhet* i den forstand at brukervalgsordningen er enkel å forstå og benytte seg av. Målsettingen om kontinuitet kan være vanskelig å oppnå, all den tid evalueringen peker på at både kommunenes egen utfører og Norlandia omsorg har problemer med å rekruttere og beholde dyktige hjemmehjelpere. Dette vises til at dette har sammenheng med at arbeidet er tungt med relativt høyt sykefravær og begrensede muligheter for variasjon i hvordan oppgavene løses.

Oslo. Oslo kommune har i enkelte bydeler (Nordstrand og Lambertseter) innført brukervalg for eldre og funksjonshemmede på hjemmehjelpstjenester til personlig hygiene, gulvvask, matlaging og vareinnkjøp. I pilotprosjektet kan de 1400 brukerne i de to bydelene velge mellom ni alternative leverandører, inklusive den kommunale. Tildelingen av hjemmehjelpstid og kontroll med tjenesten styres fortsatt av bydelen. En uttrykt hovedmålsetting bak innføringen var "økt valgfrihet og bedre tjenestekvalitet".¹¹ Kommunen utreder brukervalg på barnehager og skoler.

I implementeringen av brukervalgsmodellen i Oslo stod man overfor et valg mellom en tilnærming med *rammeavtale* eller en *autorisasjonsordning*. Autorisasjonsordning ville innebære at alle leverandører som oppfylte gitte autorisasjonskrav ble gitt rett til å tilby den aktuelle tjenesten. Alternativet var at det ble inngått rammeavtale med et gitt antall leverandører etter forutgående konkurranse. Ingen av disse tilnærmingene innebar en garanti om volum.

¹¹ Her baserer vi oss bl.a. på notat fra Oslo kommune, byrådet: "Faglig plattform for innføring av brukervalg i Oslo kommune, saksnummer 200203735_1.

En autorisasjonsordning ble ansett for å være administrativt enklere å håndtere samt å ha en lavere etableringsstærke. Sentrale spørsmål var imidlertid for det første om en slik ordning kunne etableres uten å komme i konflikt med lov om offentlige anskaffelser, for det andre om spesiallovgivningen satte skranker for bruk av en slik ordning. En ordning med rammeavtale ble valgt imidlertid valgt med utgangspunkt i kommunens kontrollbehov av leverandørene. Rammeavtalen innebærer en rett til, men ikke en plikt for leverandørene til å markedsføre sine tjenester og å inngå avtaler med de brukerne som er berettiget til hjemmehjelp.

Leverandørene velger selv hvilket geografisk område de ønsker å tilby sine tjenester innenfor., samt hvor mange timer hjemmehjelp som maksimalt vil bli tilbudt (kapasitetstak), samt fra hvilket tidspunkt de ønsker å starte selve utførelsen av tjenesten. En leverandør kan imidlertid ikke si nei til en bruker som ønsker å inngå avtale med leverandøren, gitt at leverandøren ikke har nådd sitt kapasitetstak.

For å komme i betraktning som leverandør, må visse krav være oppfylt. Dette omfatter bl.a. krav til at forfalte skatter og avgifter er betalt, forsikring, HMS, internkontrollsystem og kompetanse til å levere tjenesten. Leverandørene velges videre ut gjennom en anbudskonkurranse, der kriterier som kapasitet, kvalitet og oppgaveforståelse, geografisk område samt leveringstid inngår.

Danmark. 1. januar 2003 trådte en ny lov i kraft som gjorde det obligatorisk for danske kommuner å tilby fritt brukervalg av hjemmehjelp. Dette gjelder såkalt personlig hjelp, praktisk hjelp og matservering, men ikke oppgaver som må utføres av helsepersonell. Imidlertid har flere kommuner i Danmark jobbet med brukervalg innenfor hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester helt siden 1994, også oppgaver som må utføres av helsepersonell. Ved utgangen av 2002 hadde 10-15% av de eldre valgt et annet sykehjem enn det de sognet til.¹²

5.5 En kort kritisk drøfting

Selv om det prinsipielle utgangspunkt for å introdusere penger-følger-brukeren og kupongfinansiering i pleie- og omsorgssektoren virker tiltalende, er det også

¹² Kilde: http://www.ks-bedrift.no/print_it.asp?artID=689

grunn til å drøfte noen kritiske spørsmål.¹³ For det første kan det virke paradoksalt at man innfører markedsmekanismer på områder hvor markedssvikt nettopp er det som legitimerer offentlig tjenesteproduksjon. Videre er etterspørsel etter pleie- og omsorgstjenester heller ikke et spørsmål om like muligheter til å delta på en markeds plass. Målsettingen med pleie- og omsorgstjenester er å imøtekomme en rett til en anstendig tilværelse.

Til dette kan man anføre at det med tiden har kommet en erkjennelse av at et offentlig finansieringsansvar ikke nødvendigvis betinger offentlig produksjon. Selv om pleie- og omsorgstjenester ytes som en del av å realisere en rettighet, er ikke det samme som at man ikke kan introdusere markedsmekanismer i forhold til tjenesteprodusenten. Man kan f.eks. tenke seg offentlige produsenter som konkurrerer om brukere med private produsenter, kun private produsenter eller kun en offentlig produsent.

Men før man gjennom kupongfinansiering og brukervalg introduserer et kvasi-marked, blir det også viktig å diskutere om forutsetningene for at en slik markeds plass skal fungere faktisk holder. Vi bør vurdere om det foreligger markedssvikt i forhold til *mangfold, informasjon* og *evne til å utnytte informasjon*. Videre må man diskutere om en eventuell markedssvikt er av en slik karakter at fundamentet for å introdusere markedsbaserte virkemidler ikke er tilstede - eller om man korrigerer årsaken til svikt gjennom visse grep.

Med hensyn til mangfold kan det for eksempel være slik at i en liten kommune kan det rett og slett ikke være grunnlag for flere konkurrerende produsenter av pleie- og omsorgstjenester. Det kan også være at skalafordeler trekker i retning av monopol. Dette trenger ikke innebære at brukervalg ikke har noen hensikt. Man kan f.eks. tenke seg større grad av samarbeid mellom nabo-kommuner, eller at man utvider spekteret av hvem som kan være tjenesteprodusenter. Det er heller ikke uvanlig at kupongen kan benyttes til å kjøpe omsorgstjenester av familie eller bekjente (omsorgslønn) – dette vil i så fall utvide leverandørmarkedet for omsorgstjenester med lave krav til spesialisert kompetanse

¹³ Noen av disse er tatt opp i Otter og Tengvald (1992) og Oberlander (1998).

betydelig. En annen mulighet er at en kommunal produsent opprettholder produksjonen i konkurranse med den private produsenten. Dette kan innebære tap av skalafordeler, men fordelene er at man opprettholder et konkurranseelement på kvalitet gjennom at brukeren fortsatt har en valgmulighet.¹⁴

Et annet problem er *asymmetrisk informasjon* mellom bruker, produsent, og bestiller. F.eks. vil brukerens behov endre seg fra tid til annen. Bestilleren vil kunne ha vansker med å identifisere det reelle behovet til enhver tid. Både brukeren og tjenesteyteren vil kunne ha et sterkt insentiv til å meddele *økt* behov, men ikke den samme interesse i å meddele *redusert* behov. Videre vil tjenesteyteren ha interesse i å oppmuntre brukeren til å argumentere for mer omfattende og kostbar hjelp. Videre vil et for grovt klassifiseringssystem for ressursutnyttelse føre til at tjenesteyteren har et insentiv til å skyve unna kostnadskrevenende brukere og heller tiltrekke seg de lønnsomme (skjevt utvalg). Dette taler for at vurdering av behov skjer forholdsvis hyppig, og at klassifiseringssystemet forklarer en vesentlig del av de kostnadene som er forventet å være knyttet til det enkelte pleie –og omsorgstilfelle. Vi har tidligere referert til RUG-III systemet som benyttes i USA. Her skjer det en evaluering etter 14, 30, 60 og 90 dager.

Andre viktige utfordringer oppstår når antagelsen om rasjonelle valg ikke lenger holder, eller brukerne har begrenset informasjon om egenskaper ved produktet som leveres (asymmetrisk informasjon mellom produsent og bruker). For at brukervalg skal fungere må brukeren både ha tilgang på relevant informasjon, og evne til å benytte seg av denne informasjonen for å foreta kvalifiserte valg. Schneider og Lieberman (2001) peker til studier relatert til Medicaid og Medicare i USA, som viser at verken tjenesteprodusenter eller brukeren benytter seg av offentlig tilgjengelig informasjon om kvalitet. Dette er en svikt som synes å være relatert til flere forhold, bl.a. svakheter ved måten informasjonen blir presentert på, kompleksiteten knyttet til å samle inn og evaluere informasjon, og sist, men ikke minst, mangel på fremtredende egenskaper ved informasjonen om de ulike alternativene.

¹⁴ Vi går ut fra at prisen er gitt, f.eks. gjennom et RUG-basert system.

Mye tid og innsats har vært lagt ned i å identifisere det beste formatet for å formidle informasjon om kvalitet, f.eks. om tall, stjerner, eller grafer er mest informativt. Til tross for dette svikter de tilnærmingene som benyttes i praksis på flere punkter (Schneider og Lieberman (2001)). Det informeres gjerne ikke om hvordan informasjonen skal benyttes, eller hvordan man skal avveie ulike indikatorer mot hverandre. Videre omfattes gjerne "karakterbøkene" for mye informasjon, og de ble supplert med informasjon som er forvirrende og misvisende. Et mer fundamentalt spørsmål er betydningen av kvantitative kvalitetsindikatorer sammenlignet med personlig erfaring, anbefalinger fra profesjonelle (fastlege), eller et uformelt nettverk av familie og venner, og betydningen av geografisk lokalisering nær hjemsted.

Uansett vil det være en viktig oppgave for myndigheten å sørge for tilgang på relevant informasjon. Her må man trekke på kunnskap om hva slags informasjon brukerne ønsker, og hva de faktisk vektlegger som grunnlag for sitt valg. Gitt at tilgangen på relevant, oppdatert og troverdig informasjon er tilstede, er viktige forutsetninger for at brukervalg skal fungere etter hensikten for det første at brukerne faktisk tror at kvaliteten varierer mellom tjenesteytere. Hvis ikke vil det ikke ha noen hensikt å benytte ressurser på å skaffe seg informasjon. For det andre må brukerne ha tiltro til at de faktisk har en valgmulighet med hensyn til tjenesteyter. Endelig er det også en fundamental forutsetning at de er i stand til å nyttiggjøre seg informasjonen, dvs. fatte kvalifiserte avgjørelser.

Imidlertid er det en rekke pasienter som rett og slett ikke er i stand til å nyttiggjøre seg informasjon. I Otter og Tengvald (1992) pekes det på at studier viser at personer som har omfattende pleiebehov ofte har psykiske så vel som fysiske vansker. I Velferdsmeldingen (St. meld. nr. 35 (1994-95)) anslås det at ca. 60-70 prosent av institusjonsbeboerne er personer med alvorlig kognitiv svikt. Det å samle og vurdere informasjon om ulike markedsalternativer, eller bare å forstå og artikulere personlige behov går langt ut over det man kan forvente. Her kan man tenke seg ordninger med verger (ektefelle, nær slektning, eller offentlig oppnevnt verge) som ivaretar denne funksjonen, og som følger opp at de pleietjenestene som ytes er i samsvar med det som forventes.

Et annet problem er at mange av de pleietrengende har helseproblem som er sammensatte. Det innebærer at den tjenesten som skal ytes består av mange ulike funksjoner som ikke uten videre kan skilles fra hverandre. Det er sterke synergier mellom de ulike tjeneste som ytes, og det er naturlig at de ytes som en del av en teaminnsats siden god pleie innebærer integrasjon og koordinering av de ulike tjenestene. Særlig i forhold til hjemmebaserte tjenester vil det kunne oppstå et koordineringsproblem dersom kupongen definerer uavhengige funksjoner som kan bestilles fra ulike kilder. Det kan også oppstå problemer med ansvarsfraskrivelse. Resultatet blir et samlet tjenestetilbud med lavere kvalitet. På den annen side vil sterk grad av "pakking" av tjenesteinnholdet føre til færre potensielle tjenesteprodusenter. I praksis vil man måtte foreta en vurdering i det enkelte tilfelle om det er nødvendig med en "pakking" av tjenestetilbudet.

Til slutt bør det også pekes på at man i utforming av et penger følger brukeren system også bør være oppmerksom på at systemet bør være utformet slik at det gir produsentene insentiver til å utvikle og forbedre tjenesteinnholdet videre. På den ene side må godtgjørelse til produsenten inneholde kompensasjon for den generelle prisutvikling, på den annen side bør det ikke være slik at kostnadsgevinster knyttet til effektivisering bare reflekteres i tjenesteyters profit.

6. BRUKERBETALING FOR PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER

I dette kapitlet ser vi nærmere på brukerbetalingen for pleie- og omsorgstjenester. For det første er vi opptatt av hvilken funksjon brukerbetalingen skal ha. For det andre er vi opptatt av om denne skal være inntektsgradert. For det tredje er vi opptatt av om staten eller kommunen skal drive omfordelingspolitikk gjennom at brukerbetalingen, og dermed inntektene fra å tilby tjenesten, er inntektsavhengig.

Et sentralt premiss for diskusjonen er at pleie- og omsorgssektoren leverer tjenester som i stor grad inngår som en del av et *sosialt forsikringssystem* der *tilgangen* til tjenestene er basert på behovsvurdering. Av dette følger det at brukerbetaling har en *subsidiær* funksjon i forhold til å *finansiere* tjenestene. Brukerbetalingens primære funksjon blir da som en *egenandel* på samme måte som i ordinære forsikringssystem. Ser vi bort fra moralsk hasard i denne sammenheng, vil egenandelen således være et redskap som kan bidra til å avsløre faktisk behov for tjenestene - i den grad det ikke kan gjøres effektivt av de som er ansvarlig for å vurdere pleie- og omsorgsbehov.

På den annen side impliserer det å akseptere et pleie- og omsorgsansvar på grunnlag av en behovsvurdering også at det offentlige *overtar et finansieringsansvar* for enkelte typer assosierte tjenester. Dette dreier som bespisning, losji osv. Dette er tjenester som ikke kan sies å inngå som en del av "forsikringsansvaret". De fleste vil akseptere at i den grad pasienten har betalingsevne, så bør pasienten betale for å motta disse assosierte tjenestene. Vi vil argumentere for at brukerbetaling for assosierte tjenester er basert på *alternativkostnadsprinsippet*, dvs. hva brukeren sparer ved å benytte et kommunalt tilbud. En vesentlig grunn til dette er at den enkelte brukers vurdering med hensyn til innretting av tjenestetilbudet, for eksempel pleie i hjemmet vs. institusjonsbasert pleie, bør være basert på en vurdering av pleiebehov, ikke finansielle forhold. Godtgjørelse til tjenesteprodusent fastsettes uavhengig av brukers inntektsforhold og eventuelle besparelse ved å ta i bruk et bestemt tilbud.

Videre vil vi argumentere for at staten bør bære ansvaret for omfordelingspolitikken. Staten har med andre ord ansvar for å finansiere tjenestene, og å kreve inn brukerbetaling. Kommunens inntekter knyttet til å produsere tjenestene er en funksjon av de tjenestene som ytes og er uavhengig av brukernes inntektsnivå og –

sammensetning. I sum bidrar disse prinsippene til å realisere viktige målsettinger ved et finansieringssystem for pleie- og omsorgstjenestene, ikke minst at like personer med likt omsorgsbehov og lik inntekt blir behandlet likt i ulike kommuner. Prinsippet vil således bidra til målsettingen om likhet i brukerbetalingen mellom kommuner og lik betaling mellom boformer. Det er viktig å merke seg at kommunen som tjenesteyter fortsatt kan tilpasse tjenesteproduksjonen til lokale forhold.

Først vil vi komme mer generelt inn på brukerbetaling, og hvilken funksjon denne skal ha. Deretter vil vi komme inn på spørsmålet om brukerbetalingen skal være inntektsavhengig.

6.1 Offentlig forvaltning og brukerbetaling i Norge

Offentlig forvaltning produserer tjenester som finansieres via offentlige budsjetter eller direkte fra brukernes lommebøker. Det siste kan sees på som en form for privatisering av finansieringsansvaret for tjenester i offentlig regi. Eksempler på gebyrer og brukerbetaling i kommuneforvaltningen er egenbetaling for barnehage og hjemmehjelp.

Kommunene har, innenfor rammen av gjeldende lover- og forskrifter, stor frihet til å fastsette satser for egenbetaling og avgifter på kommunale tjenester. Når det gjelder generelle prisingsprinsipper skriver Kommunal- og arbeidsdepartementet (1996) at *selvkostprinsippet* legges til grunn for tjenester der:

- virksomheten har karakter av myndighetsutøvelse eller
- kommunen langt på vei har monopol på tjenestene.

Selvkostprinsippet innebærer at kommunen ikke kan ta en pris som overstiger produksjonskostnaden. Kommunen står imidlertid fritt til å ta en lavere pris. Forøvrig varierer prinsippene for beregning av gebyrer og brukerbetaling mellom de ulike områder innenfor kommunal tjenesteyting:

- **Vann- og kloakkavgifter** fastsettes av kommunestyret med hjemmel i Lov om kommunale vass- og kloakkavgifter, men avgiftsnivået er begrenset av forskrifter gitt av Miljøverndepartementet. Avgiftene skal fastsettes ut fra selvkostprinsippet, og

differensieres husstandene i mellom etter størrelsen på boligene eller etter målt vannforbruk.

- **Renovasjonsavgift** pålegges med hjemmel i Forurensingsloven. Gebyret pålegges for kommunal innsamling, mottak, oppbevaring og behandling av avfall og skal dekke kommunenes kostnader. Avgiften differensieres husstandene i mellom etter volum, og i enkelte kommuner etter avfallstype (sortert).
- **Avgiftsparkering og parkeringsgebyr** (ulovlig parkering). Hjemmel for avgiftsparkering er gitt i vegtrafikkloven og kommunen kan selv bestemme i hvilken utstrekning de vil benytte seg av avgiftsparkering. For parkeringsgebyr opereres det med maksimalsatser.
- **Barnehager**. Kommunene står i praksis fritt til å fastsette satser for foreldrebetaling. Praksisen varierer mellom inntektsgraderte satser eller satser som er uavhengig av foreldrenes inntekt. Betalingen differensieres typisk mellom hel- og halvdagsplass og etter alder i tillegg til at det tilbys søskenmoderasjon og friplasser.
- **Pleie og omsorg - egenbetaling i institusjon**. Egenbetalingen skal dekke alle oppholds- og pleieutgifter, men det skilles i gjeldende forskrifter ikke mellom de ulike tjenester beboerne betaler for. Brukerbetalingen er inntektsavhengig med "selvkost" som øvre grense. Forsørgerbyrde reduserer betaling. Formue inngår ikke i beregningsgrunnlag.
- **Pleie og omsorg - egenbetaling for tjenester utenfor institusjon**. Her er det ingen sentral statlig regulering av satsene, bortsett fra en skjerming av husstander med en inntekt under 2G. I de fleste kommuner er betalingen gradert etter brukernes inntekt. Abonnements- og kombinasjonsordninger er mest utbredt. Inntekt er definert som husstandens nettoinntekt ved skattelikningen. Bare ektefelle/samboer regnes med til husstanden.

Det er tre hovedtyper av betalingsordninger i de kommunale hjemmetjenester:¹⁵

¹⁵ Ukens Statistikk nr. 45/95.

- **Abonnementsordninger.** Alle brukere betaler et fast beløp pr. måned, uavhengig av hvor mye hjelp de mottar.
- **Kombinasjonsordninger.** De fleste brukerne betaler en fast abonnementsats pr. måned, men de med lavt forbruk betaler pr. time de mottar hjelp.
- **Timesatsordninger.** Brukerne betaler en timepris for hver time de mottar hjelp. I de fleste kommuner med slik ordning er det et utgiftstak der de som har bruk for hjelp utover det timeantallet som tilsvarer utgiftstaket, får den gratis.

Kostnadsdekningen gjennom brukerbetaling varierer for de sektorer som er nevnt over: Fra prinsippet om selvkost til at brukerbetaling kun utgjør en liten del av de totale driftskostnader. Inntektene kommunene får gjennom egenbetaling betyr relativt lite for finansieringen av driftsutgiftene til hjemmetjenester.

Kommunene finansierer driften av barnehagene med statlige driftstilskudd, egenbetaling fra foreldrene og tilskudd fra kommunenes egne midler (skatter og rammeoverføringer). Det er relativt store variasjoner i betalingsattsene mellom kommunene, noe som må ses i sammenheng med at kommunene står selv fritt til å bestemme nivået på foreldrebetalingen, samt utarbeide profil på sine betalingssystem. Felles for kommunene som har de laveste månedssattsene for familier med lav inntekt, er at disse i stor grad benytter inntektsgraderte satser i sine betalingssystem, det vil si satser som varierer med inntekten. De kommunene som kommer ut med de høyeste sattsene for de laveste inntektsnivåer, anvender derimot i mye større grad flate satser, det vil si satser som er de samme uavhengig av inntektsnivå.¹⁶

For tekniske tjenester som vann, kloakk og renovasjon legges selvkostprinsippet i utgangspunktet til grunn for å fastlegge betalingens størrelse, dvs. at kommunene i følge retningslinjene har anledning til å kreve inn et beløp som dekker kostnadene til kapital og drift. Det foreligger retningslinjer for beregning av selvkost.¹⁷

¹⁶ Se <http://www.ssb.no/emner/04/02/10/barnegenniv/>.

¹⁷ Se "Retningslinjer for beregning av selvkost for kommunale betalingstjenester", Kommunal- og arbeidsdepartementet H-2140.

6.2 Prinsipielt om formålet med brukerbetaling

Hvilke offentlige tjenester skal tilbys fritt og finansieres fullt ut over skattedelen og gjennom overføringene, og hvilke tjenester som skal finansieres med ulike kombinasjoner av betaling og subsidier? Et slikt valg må være basert på en grunnleggende filosofi om *hvilken rolle* brukerbetalingen skal spille i produksjon og finansiering av de offentlige tjenestene. Som bakgrunn for dette valget kan vi benytte OECD (1986), der brukerbetaling defineres som:

"Payments exchanged as a condition of the use of a public service of identifiable and direct benefit to a person on whose behalf a charge is paid".

I samsvar med en slik definisjon kan man altså knytte brukerbetaling til en situasjon der det er en klar relasjon mellom betaling og den nytte brukeren har av produktet. I en slik kontekst vil altså begrepet "skatter" forbeholdes *obligatorisk* betaling til myndighetene *uten* at dette kan knyttes til en spesifikk, mottatt tjeneste. Med utgangspunkt i OECD-definisjonen kan man legge til grunn en tilnærming til brukerbetaling som er effektivitetsmotivert, og som medfører at brukerbetaling innføres på brukertilpassede og verdiskapende områder, der brukerne har reell mulighet til å tilpasse omfang og sammensetning av forbruket (se f.eks. Petersen (1990) og Bailey (1994)). Tjenesteområder som således egner seg til brukerbetaling er:

- tjenester som er til nytte for konsumenten personlig og direkte;
- tjenester der det eksisterer en valgmulighet for hvorvidt man ønsker å benytte seg av tjenesten eller ikke (eller i hvilket omfang); og
- tjenester der det er mulig å måle individets eller husholdets konsum.

Denne tilnærming til områder som egner seg til brukerbetaling er etterspørsels-sideorientert og trinnvis i tilnærmingen - den kan benyttes både i forhold til nye tjenester og varianter av eksisterende tjenester, men bare på de tjenesteområder som er brukertilpasset og verdiskapende, og som gir brukerne tilpasningsmuligheter i konsumet.

Ut fra disse kriteriene skulle man i utgangspunktet tro at pleie- og omsorgssektoren skulle egne seg for å innføre brukerbetaling. Før man konkluderer må man imidlertid se litt nærmere på hva *formålet* mer konkret i så fall skulle være. I NOU

1988:7 om egenbetaling i helse- og sosialsektoren pekes det på at formålet med å innføre egenbetaling i disse områdene typisk har vært å:

- *redusere veksten i offentlige utgifter* og frigjøre ressurser til en videre utbygging på særlig prioriterte områder,
- *vri etterspørselen* fra personer med mindre problemer slik at personer med større problemer kan få dekket sine behov, samt at
- egenbetaling kan betraktes som en *rasjoneringsmekanisme*, og et alternativ til administrativ rasjonering.

Utvalget peker imidlertid selv på flere problemer med å benytte egenbetaling i disse sektorene, særlig at det lett vil kunne oppstå utilsiktede vridningseffekter. Når brukerbetalingen øker vil etterspørselen reduseres slik at tilgangen lettes for dem som opprettholder etterspørselen. En uheldig vridningseffekt kan dermed være at det er de med størst behov for tjenestene som reduserer etterspørselen mest. Man kan risikere at det er personer med mindre behov, men god betalingsevne, som rykker frem i køen. Sammensetning av tjenesteforbruket kan altså påvirkes uheldig. Videre kan brukerbetalning ha en fordelingseffekt ved at lavinntektsgrupper rammes sterkere enn høyinntektsgrupper.

Et sentralt premiss for diskusjonen om brukerbetalning i samband med pleie- og omsorgstjenester er videre at dette omfatter tjenester som i all hovedsak inngår som en del av et *sosialt forsikringssystem*, der *tilgangen* til tjenestene er basert på behovsvurdering. Av dette følger det at brukerbetalning har en *subsidiær* funksjon i forhold til å *finansiere* tjenestene. Brukerbetalingens *primære* funksjon blir da som en *egenandel*. Ser vi bort fra moralsk hasard i denne sammenheng, vil egenandelen ha en effektivitetsmessig funksjon først og fremst i to sammenhenger:

- som et redskap som kan bidra til å redusere *asymmetrisk informasjon* med hensyn til faktisk tjenestebehov - i den grad dette ikke kan gjøres effektivt av de som er ansvarlig for å vurdere pleie- og omsorgsbehov; og som et virkemiddel som
- gir pasienten sterkere *insentiver til å overvåke kvaliteten* på tjenestene som ytes.

Et formål ved å innføre brukerbetalning er altså knyttet til de problemene myndighetene har med å avsløre faktiske behov for pleie- og omsorgstjenester.

Mange kan for eksempel tenke seg bistand i hjemmet – om man strengt tatt har behov for det eller ikke. Dersom tjenesten er helt gratis vil insentivene til å overdrive eget behov være svært sterke. Brukerbetaling kan være en måte å avsløre *faktisk behov* for ulike kommunale pleie- og omsorgstjenester. Med andre ord må de betalinger som er en del av ordningen være av en slik størrelse at de motiverer brukeren til å vurdere i hvilket omfang det er ønskelig å benytte seg av ordningens ytelser for at de skal ha en effektivitetsmessig funksjon. På den annen side må ikke brukerbetalingen være så høy at det oppstår utilsiktede vridninger, for eksempel i form av utstøting av lavinntektsgrupper. En egenandel kan gjøres inntektsavhengig uten at dette går ut over brukerbetalingsfunksjonen i forhold til å avsløre informasjon.

For det andre bør brukerbetalingen være av en slik størrelse at den motiverer brukeren til å vurdere kvaliteten på den tjenesten som ytes. I de danske friskolene er det for eksempel obligatorisk med en viss foreldrebetaling for å ha barna på skolen. Denne brukerbetalingen er lagt inn for å sikre en større grad av foreldreengasjement. Tanken er at man er mer opptatt av hva man får igjen dersom man må betale for noe.

For å oppsummere kan vi si at brukerbetaling i sektorer som er *en del* av det sosiale forsikringssystemet konseptuelt kan betraktes som å bestå av to deler: Den første delen kan betraktes som en form for *egenandel*, og har samme funksjon som egenandeler i private forsikringssystemer, der vi generelt har en avveining mellom forsikring og incitamenter.

Men pleie- og omsorgstjenestene inkluderer også assosierte tjenester som strengt tatt ikke kan sies å inngå i det forsikringsmessige ansvar. Det å *akseptere* et pleie- og omsorgsansvar på grunnlag av en behovsvurdering innebærer også at det offentlige *overtar et finansieringsansvar* for enkelte typer assosierte tjenester som ikke kan sies å inngå som en del av "forsikringsansvaret". Dette dreier som bespisning, losji osv. De fleste vil akseptere at i den grad pasienten har betalingsevne, så bør pasienten betale for å motta disse assosierte tjenestene. Dette er begrunnelsen for den andre delen av brukerbetalingen.

For å unngå uheldige vridningseffekter, bør brukerbetaling for assosierte tjenester baseres på *alternativkostnadsprinsippet*, dvs. hva brukeren sparer ved å benytte et kommunalt tilbud. Eller sagt på en annen måte: Ut fra hva det offentlige

overtar av den enkeltes utgifter. Ved et opphold i omsorgsinstitusjon kan dette eksempelvis dreie seg om kostbesparelse i hjemmet. Brukerbetaling basert på hva det enkelte sparer ved å benytte seg av et pleie- og omsorgstilbud vil også sikre at man ikke unnlater å etterspørre en gitt tjeneste, selv om behovet er tilstede.

Brukerbetaling ut over det som kan knyttes til disse to delene - i et ellers skattefinansiert sosialt forsikringssystem - vil i tillegg til tidligere nevnte uheldige vridningseffekter i etterspørselen etter tjenestene, med stor sannsynlighet føre til utviklingen av et privat forsikringsmarked. I så fall har det blitt gjennomført en finansieringsomlegging som reduserer det offentliges skatteinntektsbehov, men som også har fordelingsmessige virkninger, og der totalvirkningen på ressursbruken i den aktuelle tjenesten er usikker. Økt bruk av brukerbetaling vil således kunne være i konflikt med fordelingspolitiske målsettinger, og kunne bidra til å undergrave det sosiale forsikringssystems legitimitet.

6.3 Vurdering av brukerbetaling for ulike pleie- og omsorgstjenester

Vi kan vurdere brukerbetaling relatert til de ulike aktuelle kostnadselementer for pleie- og omsorgstjenester ut fra disse prinsippene:

Brukerbetaling for helsetjenester. I den grad det er mulig å måle den enkeltes forbruk av helsetjenester, og det er relativt lave administrative kostnader knyttet til dette, vil det være naturlig å innføre brukerbetaling for slike tjenester innenfor institusjon på lik linje med det som er implementert utenfor institusjon. Det bør være en effektivitetsmessig gevinst knyttet til å regulere etterspørselen, og/eller at mottakeren i større grad vil være interessert i å påse kvaliteten på tilbudet. Den effektivitetsmessige gevinsten bør overstige de administrative kostnadene knyttet til å innføre brukerbetaling.

Brukerbetaling for pleie og omsorg. I NOU 1997:17 anføres det at begrunnelsen for et fast beløp er at alle som bor i institusjon, mottar svært mye pleie og omsorg. Dette er etter vårt skjønn en dårlig begrunnelse, særlig hvis pleie- og omsorgstjenester betraktes som en del av et sosialt forsikringssystem. Det samme argumentet kunne i så fall blitt anført for sykehusopphold. Tilgangen til pleie- og omsorgstjenester er behovsprøvd. Imidlertid kan det for enkelte tjenester foreligge

asymmetrisk informasjon i den forstand at rapportert behov avviker fra faktisk behov. Gjennom en behovsvurdering kan det være vanskelig å avdekke hva som er det faktiske behovet. Hvis, for eksempel, bistand i hjemmet var gratis ville det oppstå et sterkt insentiv til å overdrive faktisk behov. I slike sammenhenger kan et innslag av brukerbetaling ha en effektivitetsmessig funksjon.

Brukerbetaling for boligfunksjonen. På den ene siden er dette området, sammen med det neste, det som klarest peker seg ut for brukerbetaling. På den annen side er det også det området hvor en nøytral og rettferdig utforming kanskje er vanskeligst å implementere. Legger man alternativkostnadsprinsippet til grunn, kan man som ett eksempel tenke seg en husholdning der den ene blir plassert på sykehjem, uten at det fører til noen reell besparelse for husholdningen, bortsett fra mat og andre daglige utgifter som det offentlige overtar ansvaret for. Ved en langvarig pleiesituasjon kan det være vanskelig å forlange at gjenværende ektefelle realiserer eiendommen, og flytter til en mindre leilighet. På den annen side kan langvarig pleie føre til at en eiendom blir solgt. En til dels betydelig formue kan bli realisert sammen med en vesentlig besparelse i bostøtte. Det vil med andre ord være vanskelig å få et helt rettferdig system når man tar hensyn til de ulike *insentiver for formuesdisponeringer* som oppstår. En pragmatisk tilnærming vil være å legge til grunn brukerbetaling for husleie, og kombinere dette med inntektsavhengig bostøtte. I NOU 1997:17 er det vist til at dette kan få husstander til i større grad å tilpasse sitt boligkonsum slik at det i større grad kan gis pleie og omsorg i eget hjem. En annen tilnærming er å se dette i sammenheng med en "penger følger brukeren" tilnærming. En som kvalifiserer for pleie i institusjon vil få tildelt en "kupong" som m.a. dekker utførers pleiekostnader (p) og bokostnader (b). Brukeren vil, dersom pleie i institusjon velges, bli avkrevd en brukerbetaling h for husleie. Utførers kompensasjon er ikke koblet til h . Besparelsen ved å bo i institusjon fremfor hjemme er s . Institusjon velges med andre ord hvis $h < s$. Hvis den pleietrengendes ektefelle fortsatt bor hjemme, vil besparelsen være liten, og øke sannsynligheten for at hjemmebasert pleie blir valgt. Ofte vil det ikke være likegyldig for bestiller om pleie blir gitt i hjemmet eller i institusjon, dvs. at p er en funksjon av sted pleie blir gitt. Det kan være hensiktsmessig at brukerbetalingen reflekterer de økte kostnadene k som hjemmebasert pleie medfører, dvs. at disse kostnadene blir *internalisert* i den

pleietrengendes beslutning. Institusjon vil da velges hvis $h < s+k$. Videre kan man tenke seg at h kan gjøres avhengig av inntekt i , f.eks. slik at $h(i)$ er en stigende funksjon opp til selvkost for boligfunksjonen. Institusjon vil da velges hvis $h(i) < s+k$.

Brukerbetaling for mat og andre daglige utgifter. Dette er det minst problematiske området å introdusere brukerbetaling på. Beboere i institusjon vil ha en klar besparelse i forhold til å bo i egen bolig med eget kosthold. Brukerbetaling bør begrenses ut fra kostpris. Det er imidlertid vanskelig å se gode grunner til at brukerbetaling på dette området skal være inntektsavhengig.

6.4 Brukerbetaling tilpasset omfordelingsbetraktninger

Brukerbetaling må i sin etterspørselsregulerende funksjon antas å spille en forholdsvis liten rolle i sammenheng med finansieringen av pleie- og omsorgstjenester. På den annen side kan man ut fra prinsippet om *vertikal likhet* argumentere for at det er hensiktsmessig med en viss form for inntektsgradering av brukerbetalingen. Prinsippet om vertikal likhet er ofte benyttet i skattelitteraturen, og er også relevant her: En person som er bedre stilt (i form av inntekt, helse, ressurser) skal bære en større andel av byrden knyttet til en gitt offentlig politikk en som er verre stilt.

Den finansieringsmodellen som vi har valgt å bygge på, tar utgangspunkt i en penger følger brukeren, eller kupongbasert, finansieringstilnærming. Dette innebærer at *den kupongverdien som produsenten mottar er uavhengig av inntekt*. Kan penger følger brukeren tilnærmingen la seg kombinere med fordelingspolitikk?

Det er ikke uvanlig at fordelingspolitiske målsettinger realiseres gjennom selve utformingen av brukerbetalingen, og da ofte gjennom å gjøre betalingen inntektsavhengig. Dersom de kommunale myndighetene mener at det er viktig at lavinnteksgrupper ikke skal utelukkes fra å benytte kommunale tjenester på områder der det innføres brukerbetaling, har en vanlig tilnærming vært å la prisene subsidieres på ulike vis. En vanligere metode er å benytte seg av *inntektsgraderte priser*, der størrelsen på subsidien krever en fastlegging av brukernes inntekt og formue - såkalt behovsprøving.

Et annet alternativ er å gi fritak eller rabatter uavhengig av inntekt og i stedet knytte subsidieringen til visse grupper av konsumenter, så som barn, studenter, pensjonister o.s.v. Slike *kategoriske subsidier* er enten en grov form for behovsprøving, eller de reflekterer en vurdering om at enkelte grupper fortjener en særskilt status. For eksempel kan pensjonister få rabatt på bussen fordi det antas at de har lav inntekt, eller fordi man tror at de fortjener fritak (selv om de er velstående), rett og slett på grunn av alderen. En annen form for skjerming, og som er vanlig i helsesektoren, er å innføre en *øvre grense* for brukerbetalingen. Kostnader ut over dette dekkes av det offentlige.

Enkelte vil hevde at heller enn å benytte subsidierte inntektsavhengige priser, bør det innføres ulike former for kontantstønad siden dette vil gi et høyere velferdsnivå for den som mottar stønaden gjennom økte valgmuligheter i konsumet. Myndighetene, og skattebetalerne som finansierer de ulike støtteordningene, kan imidlertid tenkes å ha visse betenkeligheter ved dette siden stønaden kan benyttes til andre formål enn den var tiltenkt.

Et alternativ er kupongsystemer, eller penger følger brukeren, som er en tilnærming der kontantstønaden er knyttet til en bestemt anvendelse.¹⁸ Kuponger er et finansieringssystem der brukernes valg benyttes som grunnlag for å tilføre midler til tjenesteprodusenten. Kupongfinansiering virker slik at de aktuelle innbyggerne får tildelt en symbolsk kupong som gir dem rett til et offentlig finansiert tjenestetilbud. Denne kupongen skal dekke hele eller deler av kostnaden ved å bruke tilbudet. Det blir dermed også en form for innsatsstyrt finansiering av tjenesteprodusenten. Brukeren får for det første en rett til et gode, og dernest en valgfrihet med hensyn til hvor de vil bruke rettigheten (og i enkelte tilfeller om de i det hele tatt vil bruke den). På den måten er det synonymt med et vanlig marked, bare med den forskjell at tilgangen til kupongene er uavhengig av om brukerne er fattige eller rike. Inntektsforskjeller skal ikke hindre folk i å kunne velge det beste tilbudet i markedet.

¹⁸ En diskusjon av verdikuponger finnes for eksempel i Rosen (1992), Hansen og Keiding (1991), Lacasse (1992) og Askildsen og Holmås (1999).

Det er imidlertid viktig at den kupongverdien som produsenten (utfører) mottar er uavhengig av inntekt. Det vil si at omfordeling og egenandel blir et mellomværende mellom staten og brukeren eller kommunen og brukeren. Vi vil under argumentere for at staten bør ha det samlede ansvaret for omfordelingspolitikken. Implikasjonen av dette blir altså at selve kupongverdien og tilgangen til tjenesten blir uavhengig av inntekt, men at brukeren betaler en egenandel til staten, eller det blir trukket en egenandel fra inntekt. Hvis kommunen er bestiller av tjenestene, er det kommunen som godtgjør tjenesteprodusenten for kupongverdien. I så fall blir kommunen tilført midler, f.eks. på *per capita* basis, fra staten. De midler som stilles til rådighet for kommunen for å godtgjøre tjenesteprodusentene er imidlertid *uavhengig* av inntektssammensetningen i kommunen, men kan justeres for demografiske og geografiske egenskaper og andre forhold som er kostnadsdrivende utenfor kommunal kontroll. Dette kan for eksempel være at alderssammensetning eller grisgrendthet gjør det mer kostnadskrevenende å ha et gitt nivå på pleie- og omsorgstilbudet i kommunen.

Noen problemer knyttet til å gjøre egenandelen *avhengig* av inntekt er for det første de tilpasningene dette vil medføre, og de administrative kostnadene knyttet til å vurdere hva som er inntekt. Den registrerte inntekten trenger ikke samsvare med den reelle. To personer med samme inntekt kan ha vidt forskjellig formue. Å inkludere formue i vurderingen vil medføre tilpasninger ved at boligformue eller andre formuesplasseringer omdisponeres, f.eks. til neste generasjon. Men det oppstår også et informasjonsproblem: Vi kan risikere å støtte de som ikke har behov for støtte eller å ikke støtte de som har behov for støtte. Dette vil særlig kunne være tilfelle ved kategoriske subsidieordninger.

Et annet viktig forhold knyttet til inntektsavhengige brukeravgifter er at dette vil øke den effektive marginals-katten. Samsillet mellom skatt på inntekt og formue, inntektsgraderte brukeravgifter og ulike sosiale stønadsformer kan da resultere i en marginals-katt på over 100 %. Skjæringsflaten mellom statlig beskatning og inntektsgraderte kommunale brukerbetalingssystemer utgjør et argument for statlig koordinering av form og omfang av brukerbetaling i kommunal sektor.

Det kan også reises et prinsipielt spørsmål om kommunen gjennom prisingen av de kommunale tjenestene skal drive fordelingspolitikk. Dersom det er staten som mest effektivt styrer fordelingspolitikken gjennom skatte- og trygdesystemet, kan det bidra til å redusere behovet for inntektsavhengige priser på kommunale tjenester. Dette er tema for neste underkapittel.

7. OMFORDELINGSPOLITIKK PÅ LOKALT ELLER NASJONALT PLAN?

Det tradisjonelle synet på dette spørsmålet er at omfordeling skal være et *nasjonalt ansvar* (se f.eks. Musgrave (1959)). Det kan gis både et likhets- og et effektivitetsargument for dette. *Likhetsargumentet* er at like individer skal behandles likt uavhengig av hvor de bor. Den sosiale velferdsfunksjonen skal gjelde på nasjonal basis og behandle alle individer på symmetrisk grunnlag. Det sier seg selv at når kommunens inntekter knyttet til å bygge ut og drive et pleie- og omsorgstilbud er en funksjon av brukernes inntekter, vil nivå og sammensetning på tjenestene også bli påvirket av kommunens inntektssammensetning.

Effektivitetsargumentet for at omfordelingspolitikken skal være et sentralt ansvar er for det første at varierende progressivitet i lokale skattesystem eller store variasjoner i utformingen av kommunalt tjenestetilbud ut fra lokale omfordelende målsettinger vil kunne motvirke målsettinger om effektiv allokering av kapital og arbeidskraft.¹⁹ Betydelig omfordeling vil heller ikke være mulig på det lokale plan, særlig dersom mobilitet mellom kommuner er lett.

Et relatert forhold er at en kommune med mange innbyggere vil være bedre i stand til å ivareta «risk-pooling»-funksjonen i et sosialt forsikringssystem enn en kommune med få innbyggere. Men selv en forholdsvis stor kommune kan i enkelte situasjoner få problemer med å dekke sine ”forsikringsmessige forpliktelser” overfor innbyggerne. Dette er altså forhold som taler for at den sosiale forsikringsfunksjonen og inndekning av denne ivaretas av sentrale myndigheter. Videre vil det kunne være knyttet ekstra administrative kostnader til at kommunene på egen hånd driver omfordelingspolitikk.

På den annen side kan nærheten til lokale forhold bidra til å redusere det *informasjonsproblemet* som sentrale myndigheter har i forhold til treffsikkerheten i omfordelingspolitikken på utgiftssiden. En kommune med få innbyggere eller en stor

¹⁹ På den annen side må det påpekes at skattekonkurranse mellom kommuner kan føre til større effektivitet i offentlig tjenesteyting ved at kommuner som kan tilby mer tjenesteyting per skattekrone vil trekke skattebetalere til seg, og vice versa.

kommune med bydelsadministrasjoner og med utstrakt formell og uformell kontakt med innbyggerne har bedre forutsetninger enn sentrale myndigheter i Oslo med hensyn på å avdekke reelle behov. Mange vil også legge vekt på at en del omfordeling er basert på altruisme, og at dette i særlig grad vil gjelde overfor personer i eget «nabolag». I så fall vil omfordeling ha karakter av å være et lokalt offentlig gode som mer effektivt kan tilbys lokalt (se f.eks. Pauly (1973)).

Det betyr igjen en arbeidsdeling der kommunen ivaretar effektivitetsmessige målsettinger med hensyn til dimensjonering og bruk, mens staten ivaretar fordelingspolitikken. Argumentasjonen leder altså frem til en arbeidsdeling mellom sentrale og lokale myndigheter der sentrale myndigheter har ansvaret for å utforme omfordelingspolitikken på skatte- eller brukerbetalingssiden, og at lokale myndigheter har ansvar for å omsette politikken i praksis ut fra kunnskap om lokale behov og preferanser.

8. OPPSUMMERING

I dette oppsummeringskapittelet vil vi vurdere modellen vi har skissert ut fra det vi oppfatter som sentrale vurderingskriterier.

I NOU 1997: 17 ("Jensen-utvalget") ble det stilt opp noen krav til eventuelt nye finansieringsordninger for pleie- og omsorgssektoren. Ordningene skulle være:

- Nøytrale i forhold til kommunal organisering og prioritering
- Størst mulig grad et likt system for hele landet
- Skjermingsordninger for eldre og funksjonshemmede med dårlig økonomi
- Synliggjøre reelle kostnader knyttet til bo- og pleietilbud
- Bidra til å vri kommunal ressursbruk fra boutgifter til pleie- og omsorgstjenester
- Lette samspillet mellom offentlig og privat omsorg slik at ektefeller kan bo sammen også når den ene trenger intensiv pleie
- Enkle å forstå og administrere
- Bidra til at brukebetaling kan finansiere en større andel av utgiftene til omsorgssektoren

På bakgrunn av disse kravene avledet Jensen-utvalget hvilke hensyn finansierings- og betalingsordninger burde ivareta. I det følgende vil vi stille opp noen ideelle målsettinger som vi antar fortsatt gjelder, og vurdere foreslått modell ut fra disse målsettingene.

Størst mulig grad et likt system for hele landet og likhet i betalingsordning og – nivå mellom boformer: Det bør ikke være for store forskjeller i betalingsordninger og betalingsnivå mellom ulike boformer eller ulike kommuner.

Et finansieringssystem basert på innsatsstyrt finansiering innebærer at tilskuddet til den enkelte pleietrengende er basert på en objektiv vurdering av ressursbehov knyttet til den enkeltes situasjon og pleiebehov. Vi kan her skille mellom to tilnærminger, med og uten stavnsbånd. En tilnærming *med stavnsbånd* innebærer at pasienten kun kan velge mellom alternative pleietilbud innen kommunen. Vi kan også kalle dette en tilnærming med begrenset brukervalgsmulighet. Dette innebærer at kommunen kan fastsette godtgjørelse til utfører lokalt. Ulempen er at det for mange kommuners vedkommende ikke er så store valgmuligheter. I tillegg kan

tilgjengelig kapasitet være sterkt begrenset. Alternativet er fullt brukervalg, der brukeren som har blitt tildelt en rett til et omsorgstilbud også kan velge tjenesteleverandører utenfor kommunen. Denne tilnærmingen krever større grad av nasjonal koordinering av priser som utfører mottar, selv om man godt kan tenke seg at godtgjørelsen til det samme pleietilfellet varierer mellom kommuner. Dette blir imidlertid ut fra forhold som kommunen ikke har kontroll over, f.eks. en særlig kostnadskrevende geografisk struktur. Tilskuddet er avhengig av den pleietrengendes situasjon, men er ikke avhengig av om tilbudet ytes i omsorgshjem eller institusjon. Bestiller vil selv foreta en avveining av om den vil bygge ut (bestille) et pleietilbud i den ene eller andre formen, ut fra lokale preferanser.

Brukermedvirkning: Pleie- og omsorgspolitikken må baseres på et brukerperspektiv hvor brukerne har innflytelse over egen livssituasjon og over utforming av tjenestene.

En pengene følger brukeren tilnærming legger til rette for brukermidvirkning i forhold til leverandør av pleie, om pleie skal gis hjemme eller i institusjon, eller også hvem som skal gi pleie mv. F.eks. kan man tenke seg at verdien av kupongen benyttes til omsorgslønn ved hjemmebasert pleie. Den enkeltes kognitive situasjon vil naturligvis legge begrensninger for omfanget av brukermidvirkning, selv om bruk av verger fortsatt kan gi et visst samsvar mellom den pleietrengendes preferanser og valg av pleieform. En parallell finner vi for fritt sykehusvalg, der Rikstrygdevalget, bortsett fra en egenandel, dekker de ekstra kostnader samfunnet blir påført ved at pasienten velger å bli behandlet ved et annet sykehus enn det lokale.

Effektivitet og fleksibilitet: Betalingssystemer innen pleie og omsorg skal medvirke til at de ulike aktørene velger løsninger som stemmer overens med brukernes behov. Ordningene må samtidig bidra til å sikre at tjenestene produseres så billig som mulig. Tjenestene skal utformes ut fra den enkelte brukers behov. Finansieringsordningene bør ikke legge bindinger på kommunens organisering og prioritering av tjenestene.

Innsatsstyrt finansiering innebærer bl.a. insentiver for produsenten til å produsere et gitt volum til lavere kostnader. Brukervalg innebærer at alternative produsenter også

får insentiver til å yte kvalitet, gitt at brukerne har tilgang på god og sammenlignbar informasjon om kvalitet, og er i stand til å foreta valg i henhold til denne informasjonen. Et rettighetsbasert system med utgangspunkt i en objektiv vurdering av behov, tilsier at bestiller har plikt til å gi et tilbud i samsvar med identifiserte behov. Det blir opp til bestiller å utforme et tilbud som samsvarer med lokale preferanser. Godgjøringen som bestiller får fra staten (f.eks. ramme på *per capita* basis), er uavhengig av om det lokale tilbudet er ekstravagant eller sparsommelig, dog gitt visse minimumskrav.

Enkelt å forstå og administrere - både når det gjelder beregning av den enkeltes brukerbetaling, samt innfordring og kontroll.

Modellen innebærer at bestillers (kommunens) budsjett kan være basert på en gitt ramme, kombinasjonen av en ramme og stykkpris, eller kun stykkpris. Bestillers godtgjørelse til produsent er basert på ISF og en vurdering av ressursbehov for den enkelte pleietrengende. Bestillers nettoinntekter er en funksjon av ramme minus sum godtgjørelse til produsent, ikke de pleietrengendes inntektssammensetning. Det samme gjelder utførers inntekter. Omfordeling skjer sentralt, og er et mellomværende mellom den enkelte bruker og staten. Dette sikrer et konsistent system på tvers av kommuner, like individer behandles likt, og man legger grunnlaget for et enkelt og forståelig system. Det må antas at det er visse stordriftsfordeler knyttet til å drive omfordeling med utgangspunkt i inntekt. Dette innebærer at omfordeling etter denne modellen kan gi en kostnadsgevinst.

Synliggjøring: De ulike kostnadselementene i pleie- og omsorgstjenestene må fremstå klart, herunder hvilke tjenester betalingsordningen omfatter, og hva den enkelte bruker skal betale.

Behovet for synliggjøring blir redusert ved den foreslåtte tilnærming. ISF basert på f.eks. RUG er med utgangspunkt i en statistisk estimering av kostnadsdrivere, evt. regionalt vurdert. Dette ligger i bunn, og en utfører inngår en kontrakt med bestiller med utgangspunkt i å gjøre fortjeneste for gitt priser og forventet pasientgrunnlag. Prisene bør imidlertid justeres periodisk, bl.a. for å sikre at eventuelle kostnadsgevinster kommer fellesskapet til gode, og for å sikre at ikke generelle

kostnadsøkninger som ikke blir reflektert i prisene medfører redusert villighet til å tilby tjenester over tid.

Arenauavhengighet.

Hva en bruker samlet sett vil betale er uavhengig av om boformen er omsorgsbolig eller institusjon, men naturlig nok avhengig av om pleietilbudet gis hjemme eller i institusjon/omsorgsbolig. Statlig ansvar for omfordeling og å kreve inn brukerbetaling sikrer at brukere med lik inntekt som mottar samme type tjeneste blir avkrevd samme brukerbetaling, selv om de mottar tjenestene i ulike boformer. En objektiv vurdering av behov avgjør tilskudd, og dette er i utgangspunktet uavhengig av om behovet dekkes i omsorgsboliger eller egne hjem. Egenbetalingen for et gitt helsetilbud er også uavhengig av om det gis hjemme eller i institusjon.

Samlet er altså konklusjonen at den prinsipielle modellen vi har stilt opp tilfredsstiller sentrale kriterier en finansierings- og betalingsordning bør tilfredsstille.

9. REFERANSER

- Askildsen, J. E., og K. R. Brekke (2001): "Er konkurranse i helsesektoren en god idé?," i *Helse, økonomi og politikk : utfordringer for det norske helsevesenet*, red. J. E. Askildsen, og K. Haug. Oslo: Cappelen akademisk.
- Askildsen, J. E., og T. H. Holmås (1999): *Effektivitet og kvalitet i kommunal tjenesteyting: Erfaringer med ulike betalings- og finansieringsordninger*. SNF, Rapport 29/99.
- Bailey, S. J. (1994): "Charging for Local Government Services: A Coherent Philosophy," *Public Administration*, **72**: 365-384.
- Bjorvatn, A., E. Kjerstad, J. G. Sannarnes, og K. J. Sunnevåg (2002): *Insentivbaserte finansieringssystemer for helseforetak*. SNF34/02.
- DNV (1999): *En modell för 2000-talet.*, Den nya välfärden: 4 oktober-tidning.
- Ernst&Young (2002): *Hva koster tjenesten? Utvikling av en kalkylemodell for innsatsstyrt finansiering av kommunale tjenester*. Ernst&Young på vegne av Kommunenes Sentralforbund
- Friberg, C. (2001): *Kundval inom Hemvården*. Sigtuna kommun, Utredning
- Gerdtham, U.-G., C. Rehberg, og M. Tambour (1999): "The impact of internal markets on health care efficiency: evidence from health care reforms in Sweden," *Applied Economics*, **31**: 935-945.
- Grand, J. L. (2002): "Further tales from the British National Health Service," *Health Affairs*, **21**(3): 116-128.
- Grand, J. L., N. Mays, og J.-A. Mulligan (1998): *Learning from the NHS internal market: a review of the evidence*. London: King's Fund.
- Hansen, B. O., og H. Keiding (1991): *Brugerbetaling.*: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Iliffe, S., og J. Munro (2000): "New Labour and Britain's National Health Service: An Overview of Current Reforms," *International Journal of Health Services*, **30**(2): 309-334.
- Lacasse, F. (1992): *Vouchers: Issues and Experiences*. OECDPUMA Occasional Papers, Market Mechanism Series, no. 4.
- Musgrave, R. A. (1959): *The Theory of Public Finance*. New York: McGraw-Hill.

- Nesheim, T., og K. Vathne (2000): *Konkurransetsetting og bestiller-utfører organisering i norske kommuner*. SNF, Rapport 59/00.
- Nygård, L. (2000): "Det tradisjonelle driftsansvaret i kommunesektoren - om å "selge strikk som metervare", " Stavanger, 8. mai.
- Oberlander, J. (1998): "Remaking Medicare: The voucher myth," *International Journal of Health Services*, **28**(1): 29-46.
- Otter, C. v., og K. Tengvald (1992): "Vouchers: A Revolution in Social Welfare," *Economic and Industrial Democracy*, **13**: 535-550.
- Pauly, M. V. (1973): "Income Distribution as a Local Public Good," *Journal of Public Economics*, **2**: 35-58.
- Petersen, J. H. (1990): "En analytisk ramme om brukerbetalingsdebatten," i *Brugerbetalning i sundhetssektoren - Teori, viden, holdninger*, red. P. Andersen, og T. Christiansen. Odense: Odense Universitetsforlag.
- Pihlquist, S., og T. Swenson (2001): "Kundvals-systemet inom Stockholms hemtjänst - Studie av möjliga effekter utifrån fyra grannkommuners erfarenheter," Stockholm: Stockholms Universitet.
- Propper, C., B. Crosson, og A. Shearer (2002): "Waiting times for hospital admissions: the impact of GP fundholding," *Journal of Health Economics*, **21**: 227-252.
- Propper, C., D. Wilson, og N. Söderlund (1998): "The effects of regulation and competition in the NHS internal market: the case of general practice fundholder prices," *Journal of Health Economics*, **17**: 645-673.
- PwC (2003): *Når brukerbehov utøser penger - en vurdering av modeller for innsatsstyrt finansiering*. PriceWaterhouseCoopers på vegne av Kommunenes Sentralforbund
- Rosen, H. S. (1992): *Public Finance*. Boston: Irwin.
- Schneider, E. C., og T. Lieberman (2001): "Publicly disclosed information about the quality of health care: response of the US public," *Quality in Health Care*, **10**: 96-103.
- Smith, P. C. (2002): "Performance management in British health care: Will it deliver?," *Health Affairs*, **21**(3): 103-115.
- Svenska Kommunförbundet (2001): *Valfrihet och kundvals-system - underlag för lokale bedömningar*. Svenska Kommunförbundet

SNF-rapport nr. 30/03

Undervisningsministeriet (1998): *Rapport om taxameterstyring*. Undervisningsministeriet

Vibe, E. O. (1995): *"RAI - Resident Assessment Instrument". Et internasjonalt multidimensjonelt instrument til bruk i geriatri*. Diakonissehjemmets sykehus OsloRapport - del 1.

Wells, J. (2001): *Medicare prospective payment in SNFs and its impact on nursing home residents*. National Long Term Care, Ombudsman Resource Center