

# UNIVERSITETET I OSLO

HELSEØKONOMISK  
FORSKNINGSPROGRAM

## Aktivitetsbasert finansiering av pleie- og omsorgstjenestene

**Terje P. Hagen**

*Institutt for helseledelse og  
helseøkonomi*

**Skriftserie 2005: 5**



# **Aktivitetsbasert finansiering av pleie- og omsorgstjenestene**

av Terje P. Hagen

Mars 2005

*Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo  
HERO 2005*

## Forord

Foreliggende rapport er skrevet på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet (tidligere Sosialdepartementet). Rapporten oppsummerer forskning om finansieringsformer for pleie- og omsorgstjenester med særlig vekt på finansieringen mellom staten og kommunene (eller tilsvarende enheter i andre land). Rapporten utgjør deler av departementets grunnlagsarbeid i forbindelse med en stortingsmelding om eldreomsorgen.

Deler av rapporten er en videreutvikling av et notat om finansieringsmodeller og brukervalg i kommunene som ble skrevet av undertegnede sammen med Sølve Nerland, Stine Ludvigsen og Rune J. Sørensen høsten 2002 (Nerland, m. fl, 2002).

Jeg vil takke Øyvind Brandt og andre i Kommuneserviceavdelingen i Helse- og omsorgsdepartementet for kommentarer til en tidlig versjon av denne rapporten.

Oslo, 1. februar/25. mars 2005

Terje P. Hagen

---

# Innhold

<b>FORORD</b> .....	<b>2</b>
<b>INNHold</b> .....	<b>3</b>
<b>1. TEMA OG PROBLEMSTILINGER</b> .....	<b>5</b>
<b>2. HELSETJENESTESYSTEMER OG FINANSIERINGSMODELLER</b> .....	<b>9</b>
2.1 INNLEDNING.....	9
2.2 HELSETJENESTESYSTEMER.....	9
2.3 FINANSIERINGSORDNINGER.....	13
<b>3. RAMMEFINANSIERINGSMODELLER FOR KOMMUNENE</b> .....	<b>17</b>
3.1 INNLEDNING.....	17
3.2 DET NORSKE INNTEKTSSYSTEMET .....	19
3.3 INNTEKTSSYSTEMET I SVERIGE .....	23
3.4 INNTEKTSSYSTEMET I DANMARK .....	27
3.5 INNTEKTSSYSTEMET I FINLAND.....	30
3.6 OPPSUMMERING .....	31
<b>4. FORMER FOR “ØREMERKEDE” TILSKUDD</b> .....	<b>33</b>
4.1 INNLEDNING.....	33
4.2 EFFEKTER AV ØREMERKEDE TILSKUDD PÅ KOMMUNALE PRIORITERINGER.....	34
4.3 EFFEKTER PÅ KOSTNADSEFFEKTIVITETEN I TJENESTEPRODUKSJONEN.....	40
4.4 ØREMERKEDE TILSKUDD TIL PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE I NORDISKE LAND.....	44
4.5 OPPSUMMERING .....	44
<b>5. FINANSIERING AV PLEIE- OG OMSORGSTJ. I UTVALGTE OECD-LAND</b> .....	<b>45</b>
5.1 INNLEDNING.....	45

---

5.2	FINANSIERINGSMODELLER I UTVALGTE LAND .....	45
5.3	OPPSUMMERING .....	51
<b>6.</b>	<b>BØR VI AKTIVITETSFINANSIERE PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE? .....</b>	<b>52</b>
6.1	INNLEDNING .....	52
6.2	TYPLOGI OG EVALUERINGSKRITERIER .....	53
6.3	RAMMER, KOMMUNAL TILDELING UTEN RETTIGHETER.....	55
6.4	KOMMUNAL TILDELING, AKTIVITETSBASERT FINANSIERING.....	59
6.5	STATLIG TILDELING, AKTIVITETSBASERT FINANSIERING.....	65
6.6	KONKLUSJONER .....	66
	<b>KILDELISTE .....</b>	<b>68</b>

## 1. Tema og problemstillinger

Finansieringen av pleie- og omsorgstjenestene (i internasjonal litteratur som regel omtalt som "long term care") er under debatt i flere land. Årsaken er åpenbar: Den sterke økningen i antall eldre stiller økte krav til omfang og kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Men to andre forklaringer hører også med til bildet: For det første har pleie- og omsorg både for eldre og funksjonshemmede i mange land vært et familieansvar. Når storfamiliene løses opp, stilles krav om andre måter å løse oppgavene på. For det andre (og delvis som en konsekvens av det første) har finansieringsordningene og organiseringen for pleie- og omsorgstjenestene i mange land ligget etter utviklingen på tilsvarende områder innenfor de kurative helsetjenester. Dette gjelder i særlig grad for land som har hatt premiebaserte (heller enn skattefinansierte) helseforsikringsordninger (Hofmarcher, Riedel and Röhring, 2004).

Norden har i internasjonal sammenheng godt utviklede pleie- og omsorgstjenester (Jacobzone 2000, Hofmarcher, Riedel and Röhring 2004). I Norge, og i Norden for øvrig, har den tradisjonelle modellen for produksjon av velferdsgoder vært kjennetegnet av tre forhold:

- at staten delegerer ansvaret for produksjon av tjenester til det kommunale eller fylkeskommunale forvaltningsnivået,
- at staten gjennom finansieringsordninger og reguleringer forsøker å påvirke kommunenes prioriteringer, og
- at tilbudet er tilnærmet gratis for brukerne (med noen unntak, for eksempel barnehager).

Begrunnelsen for denne modellen faller i tre hovedkategorier (Hagen og Sørensen 2001a: 16). For det første ønsket om høy *allokerings effektivitet*. Det offentlige tjenestetilbudet skal ha en utforming og et volum som er tilpasset befolkningens preferanser i ulike deler av landet, og endringer i disse preferansene over tid. Dette tilsier lokale beslutninger om prioriteringer mellom offentlige tjenester. For det andre *nasjonale styringsargumenter*. Ved at staten i hovedsak har tildelt kommunene en økonomisk ramme det skal prioriteres innenfor, har en hatt et virkemiddel for å sikre makroøkonomisk styring. Kommunesektoren er samlet sett en viktig aktør i samfunnsøkonomien. En tredje begrunnelse for modellen er hensynet til *lokaldemokratiet*. Desentralisering skal stimulere til politisk debatt og deltakelse ved at innbyggerne får en arena hvor de kan definere, debattere og løse problemer de står ovenfor i sitt nærmiljø. Et velfungerende lokaldemokrati kan øke legitimiteten til styringssystemet og dermed virke systemstabiliserende.

Kommunenes pleie- og omsorgstjenester omfatter sykehjem, hjemmesykepleie, praktisk bistand/hjemmehjelp. Kommunene har ansvaret for tjenestetilbudet til alle mennesker med behov for pleie- og omsorgstjenester, uten hensyn til alder eller diagnose. Tjenesten omfatter både gamle og unge mennesker, mennesker med psykiske lidelser, utviklingshemming, demens og fysiske funksjonshemminger.

Mer enn 200 000 personer mottar tjenester og det utføres anslagsvis 110 000 årsverk i løpet av ett år. Til sammen utgjør kostnadene ved pleie- og omsorgstjenesten rundt 46 mrd kroner i driftsutgifter. Det utgjør om lag en tredjedel av de kommunale budsjettene eller omtrent like mye som driften av den somatiske spesialisthelsetjenesten. Kommunene finansierer i dag størstedelen av pleie- og omsorgstjenesten ved skatteinntekter og rammetilskudd fra staten.

I dag blir den tradisjonelle modellen for produksjon av velferdsgoder utfordret fra tre hold:

- For det første er det etter manges mening i flere sektorer behov for *et bedre utbygd tjenestetilbud*. Dette gjelder i dag kanskje særlig innenfor barnehagesektoren og helse- og sosialsektoren.

- 
- For det andre stilles det *krav om økt kostnadseffektivitet*. Den offentlige produksjonen av tjenester ekspanderer både i omfang og i pris. Befolkningen ønsker å få mest mulig tjenester igjen for de store og voksende beløpene som årlig bevilges til offentlige tjenester. Ved å øke kostnadseffektiviteten kan man både bremse utgiftsveksten og opprettholde eller øke tilbudet.
  - For det tredje krever brukerne retten til selv å velge tjenesteprodusent. *Valgfrihet* har blitt et mål i seg selv.

For å møte disse utfordringene ropes det om nye styringsverktøy og reformer. Tre virkemidler det i dag stilles forhåpninger til er 1) nye tilknytningsformer gjennom ulike typer av selskapsdannelser, 2) aktivitetsbasert finansiering og 3) større muligheter for brukervalg.

Utfordringene og forslagene til løsninger omfatter også pleie- og omsorgstjenestene. På denne bakgrunn har Helse- og omsorgsdepartementet (tidligere Sosialdepartementet) bedt Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo om en gjennomgang av finansieringsordninger for pleie- og omsorgstjenestene. Gjennomgangen skal inngå som bakgrunn for departementets arbeid med en stortingsmelding om framtidig organisering og finansiering av pleie- og omsorgstjenestene.

Hovedvekten i gjennomgangen skal legges på finansieringssystemer mellom staten og kommunene eller tilsvarende organer (helseplaner) i land med annen organisering enn vår egen. Departementet er særlig interessert i en beskrivelse og diskusjon av ulike former for aktivitetsbasert finansiering og rammefinansiering av velferdstjenester, og hvorvidt statlig aktivitetsbasert finansiering av kommunale pleie- og omsorgstjenestene er hensiktsmessig. Det skal som bakgrunn for diskusjonen lages en oversikt over finansieringssystemene for kommunale tjenester i Norden og en oppsummering av internasjonale erfaringer med aktivitetsbasert finansiering av pleie- og omsorgstjenestene. Diskusjon av finansieringsformer lokalt, innad i den enkelte kommune, ligger utenfor oppdraget. Dette er en avgrensning som imidlertid ikke fullt ut lar seg gjennomføre.



Foreliggende notat svarer på oppdraget og har følgende oppbygging:

- Kapittel 2 gir først en prinsipiell gjennomgang av oppbyggingen av alternative helsetjenestesystemer med hovedvekt på forsikringsordninger og organisasjons- og finansieringsmodeller for tjenestene. Deretter gis en prinsipiell beskrivelse av alternative finansieringsordninger.
- Kapittel 3 gir en nærmere beskrivelse av finansieringen av pleie- og omsorgstjenestene i Norden. Her gjøres det rede for hovedelementene i inntektssystemene mellom staten og kommunene i fire nordiske land.
- Kapittel 4 gir en nærmere beskrivelse av bruken av ulike typer av øremerkede tilskudd, herunder aktivitetsbaserte finansieringsformer. Denne delen er i hovedsak basert på norske data.
- Kapittel 5 gir en gjennomgang av finansieringen av pleie og omsorgstjenestene i utvalgte OECD-land utenom Norden, nærmere bestemt Tyskland, Japan og USA. Vi legger her vekt på tre forhold: Organiseringen av forsikringsordningen, tildelingskriterier og kontrakter mellom forsikringsselskap og tjenesteyter. Viktige spørsmål er om det finnes former for aktivitetsbasert finansiering i disse landene og hvordan dette eventuelt er organisert.
- I kapittel 6 gir vi en avsluttende diskusjon av notatets hovedproblemstillinger med vekt følgende tema: Hvordan kan aktivitetsbasert finansiering av pleie- og omsorgstjenestene eventuelt tilpasses i Norge og hvilke hensyn vektlegges ved en slik modell i forhold til dagens rammefinansieringsmodell av kommunesektoren?

## 2. Helsetjenestesystemer og finansieringsmodeller

### 2.1 Innledning

Hvordan er pleie- og omsorgstjenestene organisert og finansiert, og hvilke effekter har ulike finansieringsmodeller? Dette kapitlet gir en prinsipiell inngang til spørsmålet gjennom en beskrivelse og diskusjon av to forhold: For det første ulike hovedmodeller for organisering av helsetjenestesystemer, for det andre en nærmere beskrivelse av ulike finansieringsformer.

### 2.2 Helsetjenestesystemer

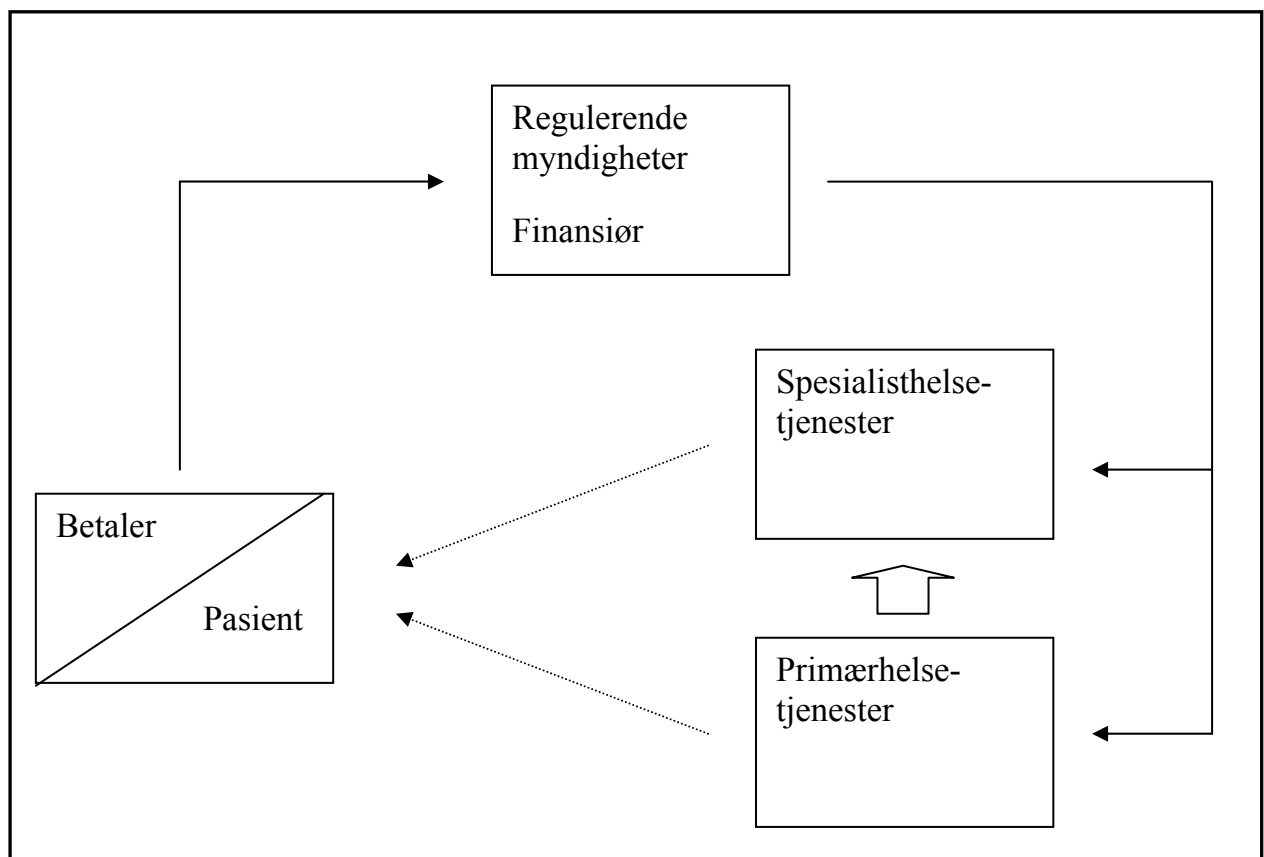
Endringer i befolkningens etterspørsel etter helsetjenester, endring i tilbudet og den tilhørende økningen i aktivitet og kostnader, har skjedd parallelt i de fleste vestlige land. Disse faktorene har i seg selv skapt press for endringer i finansiering og organisering av helsetjenestene. Endringspresset har økt ytterligere på grunn av følgende faktorer (Paton 2000):

- Befolkningens økte forventninger til nye tilbud og bedre behandlingsresultater.
- Økte og mer presise rettigheter for den enkelte pasient både til informasjon om egen helse og valg av tjenesteytere.
- Høyere krav om kostnadseffektiv drift, særlig i land med statsfinansielle problemer.

Endringene i helsetjenestesystemene skjer langs flere dimensjoner. En klassifisering av helsetjenestesystemer utviklet av OECD (1992) kan benyttes for å beskrive helsetjenestene og endringene i helsetjenestesystemer. Fire beslutningstakere er sentrale:

- *Befolkningen* i dens to roller som (skatte-)betalere og pasienter.
- En (eller flere) *finansiører* eller *bestillere*. Dette kan være forsikringsselskaper (kontinentet og USA), eller staten og/eller regionale og lokale myndigheter (Skandinavia og Storbritannia).
- *Tjenestyttere* eller *utførere*: Primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, inkludert somatiske og psykiatriske sykehus.
- En offentlig *reguleringsmyndighet*.

Figur 4.1 illustrerer sentrale relasjoner mellom de fire gruppene av beslutningstakere. Relasjonene kan beskrives ved pengestrømmer (heltrukne piler), tjenestestrømmer (stiplede piler) og henvisninger av pasienter (brede piler).



Figur 4.1 Relasjoner i helsetjenestesystemer

I Norge vil offentlig reguleringsmyndighet og finansiøren være samme juridiske person, men ulike funksjoner kan være lagt til forskjellige organer. I land der

---

forsikringsselskaper finansierer tilbyderne, vil offentlig reguleringsmyndighet være juridisk atskilt fra finansøren.

### *Forsikringsordninger*

Den økonomiske belastningen ved sykdom var tidligere betydelig både for pasient og pårørende. Inntektsforskjeller og vanskeligheter for den enkelte å forutsi framtidig behov for helsetjenester, førte til at det ble utviklet enkle typer frivillige sykeforsikringer alt på slutten av 1800-tallet. Utviklingen i Europa har siden gått i retning av obligatoriske forsikringer, mens USA grunnleggende sett har beholdt et system med frivillige forsikringer. Obligatoriske forsikringer i Europa er organisert enten som sosialforsikringsordninger (slik vi finner det i for eksempel Tyskland, Østerrike, Belgia, Nederland) eller som skattefinansierte system (Skandinavia, Storbritannia, og Spania). Frankrike er i en mellomstilling, men med økende innslag av skattebasert finansiering.

I landene med sosialforsikringsordninger har staten en sentral rolle som reguleringsmyndighet, bl.a. for å motvirke uheldig seleksjon av pasienter, for eksempel «dumping» av høyrisikogrupper. I de fleste av disse landene har pasientene i dag rett til å velge forsikringsselskap/sykekasser. I noen land bestemmer fortsatt yrke og geografi tilknytningen. I alle landene gir forsikringstilknytning rett til helsemessige ytelser både fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Pleie- og omsorgstjenestene har gradvis blitt inkludert i forsikringsordningene i noen av disse landene. I kapittel 4 gis en nærmere beskrivelse hvordan dette har skjedd i Tyskland.

For å stimulere til økt konkurranse om kundene, er de finansielle relasjonene mellom pasient og forsikringsselskap endret i flere av landene siste årene. Økt konkurranse er antatt å gi lavere kostnader. Flere virkemidler tas i bruk for å øke konkurransen, bl.a. ordninger for risikofordeling mellom selskapene. Nederland representerer et særlig

interessant tilfelle og danner i dag inspirasjon for reformer i mange europeiske land (Robinson 1998, van de Ven et al 2004, Helderma et al 2005).<sup>1</sup>

I land med skattefinansierte helsetjenester er det skjedd mindre endringer i forholdet mellom pasient og finansør.<sup>2</sup> Storbritannia, og i hovedsak også Norge, har et sentralisert finansieringssystem med staten som ansvarlig for innkreving av skatter som finansierer helsetjenestene. I de øvrige landene innen denne gruppen eksisterer ordninger med lokal og regional beskatningsrett kombinert med lokalt og regionalt ansvar for helsetjenestene. Enkelte av landene i denne gruppen har frivillige tilleggssforsikringer. I Danmark gir for eksempel en type frivillig forsikring direkte tilgang til spesialist, mens personer uten denne forsikringen må henvises til spesialist fra sin fastlege.

### *Integrerte og kontraktsbaserte systemer*

I landene med sosialforsikringssystemer har finansøren (forsikringsselskapene eller sykekassene) og tjenesteyterne vært separate juridiske enheter og relasjonene mellom dem som hovedregel regulert gjennom formelle kontrakter. Det har skjedd endringer i kontraktene over tid, i første rekke ved økende grad av formalisering, ved at langtidskontrakter har blitt erstattet av kontrakter basert på kortere tidsperioder som er inngått etter konkurranse og ved at en har endret finansieringselementene i kontraktene. For eksempel har en gått bort fra refusjonsordninger (for eksempel ”per diem”-finansiering) og over til rammefinansiering, og videre til aktivitetsbasert finansiering (se nærmere diskusjon i 2.3).

I landene med skattefinansierte helsetjenester kan vi forstå fylkeskommunene og kommunene som avdelinger i det nasjonale forsikringsselskapet. Gjennom utvikling av ordninger for risikodeling settes kommunene i stand til å yte et rettferdig tjenestetilbud. I disse landene har finansør og tjenesteytere tradisjonelt vært integrert

---

<sup>1</sup> Se også: <http://www.minvws.nl/en/themes/> , under stikkordet Health insurance system

<sup>2</sup> Et viktig unntak her er naturligvis den norske sykehusreformen av 2002.

---

(samme juridiske person). Pleie- og omsorgstjenestene har for eksempel vært en integrert del av kommunene på samme måten som sykehusene tidligere var en integrert del av fylkeskommunene. Sykehusreformen innebar at sykehusene ble skilt fra eier ved at de ble egne foretak. En liknende endring skjedde i Storbritannia tidlig på 1990-tallet. I Sverige er det også gjennomført endringer som innebærer større grad av fristilling av helsetjenesteyterne. Også i den norske kommunesektoren ser vi eksempler på organisatorisk utskilling og konkurranseutsetting av tjenester, også velferdstjenester. Dette innebærer overgang fra integrerte til kontraktsbaserte styringsmodeller.

### ***Brukervalg og andre pasientrettigheter***

Også i relasjonen mellom tjenesteyter og pasient skjer det betydelige endringer i flere land. Endringene omfatter flere forhold, i første rekke:

- klarere pasientrettigheter, herunder økte muligheter for valg av tjenesteyter og rett til behandling
- utvikling av retningslinjer for prioritering
- innføring eller økning i brukerbetalingen

Denne relasjonen diskuteres ikke nærmere i denne rapporten utover noen kommentarer i avslutningskapitlet.

## **2.3 Finansieringsordninger**

Hovedfokus for notatet er finansieringen mellom staten og kommunene. Vi kan grovt sett klassifisere finansieringsordningene her langs to dimensjoner (Jegers et al, 2001):

- Den første dimensjonen måler i hvor stor grad det er en direkte kobling mellom aktivitet og inntekt. I *aktivitetsbaserte* finansieringsmodeller reflekteres tjenesteproducentens aktivitet i inntektene direkte, mens i *rammefinansieringsmodeller* er disse sammenhengene indirekte.
- Den andre dimensjonen beskriver om produsentenes inntekter er basert på *realiserte* eller *forventede* kostnader. Finansieringsmodeller basert på realiserte kostnader kalles gjerne *retrospektive eller kostnadskompenserende*

*finansieringsmodeller*, mens modeller basert på forventede kostnader betegnes som *prospektive eller "fastpris"-finansieringsmodeller*.

De to dimensjonene kan kombineres og framstilles som i tabell 2.1.

Tabell 2.1. Hovedtyper av finansieringsmodeller

	Retrospektiv finansiering	Prospektiv finansiering (Fast pris)
Aktivitetsbasert finansiering	(1)  ("Kurpengeordningen")	(2)  (DRG-basert finansiering)
Rammebasert finansiering	(3)	(4)  (Per capita-justert rammeoverføring)

De tre alternativene vi får ved å kombinere de to dimensjonene, skiller seg ad ved at de håndterer risiko på ulike måter:<sup>3</sup> Kombinasjonen av retrospektiv og aktivitetsbasert finansiering legger økonomisk risiko forbundet med både kostnads- og aktivitetsvariasjoner på finasiøren. Kombinasjonen av ramme- og fastprisfinansiering legger økonomisk risiko forbundet både med kostnads- og aktivitetsvariasjoner på utfører. Kombinasjonen av aktivitetsbasert finansiering og fastprisfinansiering legger økonomisk risiko forbundet med kostnadsvariasjoner på utfører og risiko forbundet med aktivitetsvariasjoner på finasiøren.

Flere av disse systemene har vært benyttet for finansiering av spesialisthelsetjenester i Norge, og eksempler herfra kan tjene som illustrasjoner. Et kostnadskompenserende, aktivitetsbasert finansieringssystem (1) baserer seg på at

<sup>3</sup> Det fjerde alternativet som står åpent i tabellen, en kombinasjon av rammer og retrospektiv finansiering er ikke like relevant som de andre, men muligens kan en tenke seg rammer etablert på grunnlag av påvirkelige størrelser.

---

finansjøren dekker de påløpte kostnadene en helseprodusent har hatt for å tilby visse helsetjenester i løpet av en periode. Betalingen baseres på kostnadene som dokumenteres i regnskapet. Dette har vært den tradisjonelle måten å finansiere helseprodusenter på. For eksempel var kurpengesystemet som var i bruk i Norge fram til 1980, en finansieringsform basert på statlige refusjoner av deler av sykehusene påløpte kostnader. Sykehusene fikk med denne ordningen et oppgjør for faktiske antall pasientoppholdsdøgn. Et rammefinansieringssystem basert på påvirkbare variabler, for eksempel fjorårets kostnader pluss 2 prosent, vil også være et kostnadskompenserende finansieringssystem, men er mindre knyttet til aktivitet enn for eksempel kurpengeordningen. Mens kurpengeordninger er finansieringsformer som i stor grad refunderer sykehusene for påløpte driftsutgifter vil det ikke nødvendigvis være slik at økt aktivitet, og dermed økte kostnader, automatisk medfører økte rammer i et rammefinansieringssystem. Liknede finansieringssystemer har ikke vært benyttet i forhold til pleie- og omsorgstjenestene så vidt vi kjenner til.

Problemet med de kostnadskompenserende finansieringssystemene er at de gir helseprodusenten svake insitamenter til å holde kostnadene nede (se NOU 2003:1 for nærmere diskusjon). Dette følger av at verken kostnadsøkninger eller kostnadsreduksjoner påvirker det økonomiske resultatet til produsenten. På den annen side gir kostnadskompenserende ordninger heller ingen insitamenter til å redusere kvaliteten på behandling gjennom kostnadsbesparelser.

Hovedtrekket i et fastprissystem er at finansjøren overfører et fast beløp til utføreren (produsenten), uavhengig av påløpte kostnader hos utføreren. Typisk vil dette beløpet avspeile den forventede kostnaden utfører har med å produsere en gitt tjeneste. Dagens finansiering av sykehusenes poliklinikk med en fast takst, er eksempel på denne typen finansieringsordning. Siden helseprodusenten får definert en refusjon eller pris i forkant av budsjettperioden, og dette blir det endelige tilskuddet uansett hva regnskapet måtte avdekke av kostnader i etterskudd, vil produsentens egne driftsbeslutninger være avgjørende for det økonomiske resultatet. Fastpriskontrakter gir derfor sterke insitamenter til kostnadseffektiv drift. Helseprodusenten påvirkes til



å tilpasse bruken av innsatsfaktorer slik at tjenestene blir produsert til lavest mulig kostnad. Problemet er imidlertid at fastprissystemer kan gi insitament til kostnadsreduksjon gjennom kvalitetskutt, hvis det ikke settes inn mekanismer som forhindrer dette.

Et fastpris finansieringssystem kan også ha en mer eller mindre direkte kobling mellom aktivitet og inntekt. Fastpris kombinert med rammefinansiering (4) gir som nevnt svake insentiver til aktivitetsøkning, mens fastpris kombinert med aktivitetsbasert finansiering (2) gir sterke insentiver i denne retning.

Utover de rene finansieringsmodellene finnes ulike typer av blandingsmodeller hvor betaler finansierer helseprodusenten delvis ut fra påløpte kostnader, og delvis ut fra forventede kostnader. Et eksempel på en slik blandingsmodell er innsatsstyrt finansiering av somatiske sykehus hvor et element av fastpris basert på DRG-systemet supplerer et rammetilskudd. En annen type blandingsmodell er en variant hvor rammen til den enkelte utfører *ikke* er avhengig av dennes kostnader, men av for eksempel befolkningsgrunnlaget i det området utfører skal betjene. Den *totale* rammen til alle utførere i dette området er imidlertid bestemt av disse utførernes historiske kostnader.

---

## 3. Rammefinansieringsmodeller for kommunene

### 3.1 Innledning

Både i Nord-Amerika og Europa delegerer nasjonale myndigheter ansvaret for å tilby pleie- og omsorgstjenester til ulike typer «helseplaner». Ansvaret for helseplanene ligger til lokalforvaltningen som i Skandinavia, sykekasser som i Tyskland, eller til statlige regionale enheter som i Frankrike og England. Delegering av ansvar skaper behov for oppgjørsordninger mellom nasjonale myndigheter og helseplanen. Tre metoder for oppgjørsordninger eksisterer:

- full dekning av kostnadene til helseplanen (rute 1 i tabell 2.1)
- refusjon basert på aktivitet, for eksempel gjennom faste priser (rute 2)
- prospektiv finansiering basert på forventede utgifter gjennom faste rammer (rute 3)
  - ”per capita”-baserte tilskudd

Som diskutert i kapittel 2, vil disse tre finansieringsformer påvirke risikofordelingen i systemet. En forutsetning for prospektiv finansiering gjennom faste rammer, er utviklingen av indikatorer som gjenspeiler befolkningens behov for helsetjenester. Kriteriene som legges til grunn for ressursfordelingen vil som regel være antall innbyggere i ulike aldersgrupper justert ved risikofaktorer som avspeiler variasjoner i behovet for helsehjelp. Behovsbasert fordeling innebærer med andre ord at helseplanen gis en pris per innbygger. Prisen justeres etter innbyggernes helsetilstand, samt det volum og kvalitetsnivå nasjonale myndigheter ønsker på tjenestene.

Det er særlig to argumenter som tradisjonelt har vært benyttet for denne typen av finansieringsmodeller:

For det første ivaretar behovsbasert ressursfordeling fordelingshensyn ved at det bidrar til lik tilgang til helsetjenester (for personer med likt behov) mellom ulike helseplaner/kommuner. For eksempel er målet for den regionale ressursallokeringen i Italia «å utjevne geografiske ulikheter i sosiale og helsemessige forhold» (Mapelli 1998). Fordelingsmekanismen som brukes i England, har som siktemål «å sikre lik tilgang for personer med lik risiko for sykdom/skade» (NHS Executive 1997). I de skandinaviske landene, hvor lokale og politisk styrte forvaltningsnivå har hatt en viktig rolle innen helsetjenestene, har innfallsvinkelen vært en noe annen. Lokale myndigheter i Sverige, Danmark og Finland har noe frihet når det gjelder å bestemme nivået på tilbudet av helsetjenester. De har også noe frihet til å fastsette lokale skatter og egenbetaling som er nødvendig for å finansiere tjenestene. Den behovsbaserte overføringen har med utgangspunkt i dette hatt som mål å gi lokale myndigheter like muligheter til å tilby helsetjenester ut fra samme nivå på beskatning og egenandeler (Rattsø 1998).

For det andre har behovsbasert ressursfordeling hatt som målsetting å bedre effektiviteten i systemene. I premiebaserte forsikringssystemer har en særlig vært opptatt av å bedre kostnadseffektiviteten, som gjennomgående har vært lav som følge av perioder med utstrakt bruk av kostnadskompenserende finansieringsordninger (van de Ven og Ellis 2000). Gjennom å måtte forholde seg til faste rammer gis forsikringsselskapene/sykekassene insentiver til å inngå kontrakter eller avtaler med helseprodusenter etter forutgående forhandlinger eller konkurranse. I prinsippet vil en oppnå tilsvarende effektivitetseffekter i skattebaserte systemer. I høy grad er endringene også i disse landene drevet fram av ønsker om høyere kostnadseffektivitet og bedre kostnadskontroll (Mossialos og Le Grand 1999).

De nordiske landene baserer finansieringen av kommunesektoren, og dermed av kommunenes pleie- og omsorgstjenester, på en kombinasjon av lokale skatter og statlig rammefinansiering (Nordisk råd, 2001). Formålet med dette kapitlet er å lage en gjennomgang av inntektssystemer i disse landene (Island unntatt) med vekt på finansieringen av pleie- og omsorgstjenestene.

---

Som det går fram av den følgende beskrivelsen, er det stor grad av likhet mellom landene når det gjelder hovedelementene i systemet. Alle fire landene har ordninger for inntekts- og utgiftsutjevning. Det er noe variasjoner mellom landene når det gjelder muligheten for å variere de lokale skattene. Sverige har en annen type kostnadsnøkkel for pleie- og omsorgssektoren enn de andre ved at de baserer overføringene på normtall.

### 3.2 Det norske inntektssystemet

Det norske inntektssystemet for kommunene og fylkeskommunene ble etablert i 1986 ved at om lag 50 større og mindre statlige driftstilskudd ble slått sammen til rammetilskudd. Utgangspunktet for reformen var et ønske om å gi kommunene og fylkeskommunene større handlefrihet og bedre oversikt over egne inntektsforhold. Statens reduserte økonomiske styring av kommunale prioriteringer ble motsvart av økt lovstyring.

Det overordede målet med inntektssystemet er å sikre rettferdig inntektsfordeling mellom kommunene og mellom fylkeskommunene slik at de i stand til å yte et likeverdig tjenestetilbud til sine innbyggere. I 2005 består inntektssystemet av følgende hovedelementer: 1) Et innbyggertilskudd som fordeles som et likt beløp pr innbygger til alle (fylkes)kommunene, 2) en utgiftsutjevning, 3) en inntektsutjevning og 4) regionalpolitiske tilskudd. I tillegg eksisterer et skjønnstilskudd og et eget hovedstadstilskudd.

*Utgiftsutjevningen:* Det er betydelige variasjoner mellom kommunene når det gjelder innbyggernes behov for kommunale tjenester, og hvor mye det koster å produsere en enhet av en tjeneste. Utgiftsutjevningen skal fange opp slike variasjoner. Prinsippet er at kommunene skal få full kompensasjon for *ufrivillige kostnadsulemper*, det vil si forhold som kommunen selv ikke kan påvirke (for eksempel alderssammensetningen). Faktorer som fanger opp ufrivillige kostnadsulemper omtales også som *objektive kriterier*. Kostnadsnøkklene, som brukes for å beregne den

enkelte kommunes utgiftsbehov, består av slike objektive kriterier med tilhørende vekter. Et generelt krav til kriteriene i kostnadsnøkkelen er at kommunene ikke ved egne disposisjoner skal ha innvirkning på dem. Utgiftsutjevningen er en ren omfordelingsordning, som på landsbasis summerer seg til null. Kostnadsnøkkelen som benyttes for det utgiftsutjevneende tilskuddet vises i tabell 4.1.

Tabell 4.1 Kostnadsnøkkel for kommunene, 2004

Kriterium	Vekt
Basistillegg.....	0,025
Innbyggere 0–5 år .....	0,023
Innbyggere 6–15 år .....	0,305
Innbyggere 16–66 år .....	0,122
Innbyggere 67–69 år .....	0,086
Innbyggere 80–89 år .....	0,134
Innbyggere 90 år og over .....	0,050
Skilte og separerte 16–59 år.....	0,039
Arbeidsledige 16–59 år.....	0,011
Dødelighet.....	0,026
Ikke-gifte 67 år og over .....	0,025
Innvandrere .....	0,005
Beregnet reisetid .....	0,015
Reiseavstand innenfor sone .....	0,010
Reiseavstand til nærmeste nabokrets .....	0,011
Psykisk utviklingshemmede 16 år og over .....	0,062
Psykisk utviklingshemmede under 16 år .....	0,004
Urbanitetskriterium .....	0,042
Landbrukskriterium .....	0,005
Sum	1,000

*Inntektsutjevningen:* Gjennom inntektsutjevningen utjevnes i stor grad variasjoner i skatteinntekter mellom kommunene og mellom fylkeskommunene. Inntektsutjevningen for kommunene består i 2004 av en kompensasjonsordning og en trekkordning som fungerer på følgende måte:

- Kommuner med skatteinntekt under 110 pst. av landsgjennomsnittet får kompensert 90 pst. av differansen mellom egen skatt og referansenivået på 110 pst.
- Kommuner med skatteinntekt over 134 pst. av landsgjennomsnittet vil få trekt 50 pst av differansen mellom trekkgrensen på 134 pst. og egne skatteinntekter.

- 
- Kommuner som har skatteinntekt mellom 110 og 134 pst. omfattes verken av kompensasjonsordningen eller trekkordningen.

Inntektsutjevningen er også organisert som en ren omfordelingsordning mellom kommunene.

*Regionalpolitiske tilskudd:* I 2005 vil inntektssystemet bestå av to tilskudd som er begrunnede ut i fra regionalpolitiske hensyn: Nord-Norgetilskuddet og regionaltilskuddet. Nord-Norgetilskuddet fordeles i dag etter bestemte satser pr. innbygger til kommunene og fylkeskommunene i Nordland, Troms og Finnmark fylker. Regionaltilskuddet tildeles små kommuner som har skatteinntekt under 110 pst. av landsgjennomsnittet.

*Reformer i inntektssystemet:* Inntektssystemet har blitt reformert i flere omganger etter innføringen i 1986. Den mest omfattende gjennomgangen skjedde etter Rattsøutvalgets utredninger (NOU 1996:1, NOU 1997:8) på slutten av 1990-tallet. I hovedtrekk er det systemet vi har i dag et produkt av dette utvalgets arbeid.

Selv om utjevningsambisjonene i det norske inntektssystemet tilsynelatende har ligget noenlunde fast, har det vært visse endringer særlig i inntektsutjevningsordningen. Dette har særlig hatt sammenheng med diskusjonen rundt spørsmålet om hvilket nivå, stat eller kommune, som skal ha inntektene fra selskapsskatten. Generelt er det slik at selskapsskatt på kommunalt nivå vil gi kommunene sterkere insentiver til å drive næringsutvikling, men også større ustabilitet i inntektsgrunnlaget og, i utgangspunktet, større ulikhet mellom kommunene. Rattsøutvalget foreslo å gjøre selskapsskatten til statsskatt. Dette ble fulgt opp av Stortinget, men senere delvis reversert.

Ut fra ønsket om å gi kommunene inntekter en sterkere lokal forankring har andelen av inntektene som kommer fra skatt øker fra om lag 44 til 50 pst. Overføringene er redusert tilsvarende. Samtidig med dette har det skjedd en endring i treknivået for skatterike kommuner. Treknivået er planlagt redusert gradvis fra 140 til 130 pst i perioden 2002-2006.

*Nærmere om pleie- og omsorgssektoren:* Pleie- og omsorgssektoren inngår i det utgiftsutjevnenende tilskuddet. Delkostnadsnøkkelen for pleie- og omsorgstjenestene framgår av tabell 4.2, og bygger i hovedsak på Rattsø-utvalgets analyser.

Tabell 4.2: Delkostnadsnøkkel for pleie- og omsorg, 2004

Kriterie	Vekt
Innbyggere 16-66 år.....	0,004
Innbyggere 67-79 år.....	0,183
Innbyggere 80-89 år.....	0,354
Innbyggere 90 år og over.....	0,135
Andel døde.....	0,071
Andel ikke-gifte over 67 år.....	0,071
Andel PU 16 år og over.....	0,172
Andel PU under 16 år.....	0,010
Sum	1,000

Variasjoner i kommunenes utgifter knyttet til pleie- og omsorg har først og fremst sammenheng med variasjoner i alderssammensetningen. Kostnadsnøkkelen for pleie- og omsorg består derfor først og fremst av alderskriterier. Men det er også andre forhold som påvirker kommunenes utgifter til pleie- og omsorgstjenester. Dette er begrunnelsen for at andel døde (alders- og kjønnsjusterte dødelighetsrater), andel ikke-gifte over 67 år, andel PU over 16 år og andel PU under 16 år inngår som kriterier i nøkkelen. For en nærmere begrunnelse av disse kriteriene, se NOU 1996:1.

Vektingen av alderskriteriene er i hovedsak basert på informasjon om aldersfordelingen til brukere av hjemmetjenesten og aldersfordelingen til beboere på pleie- og omsorgsinstitusjoner. Rattsø-utvalget brukte informasjon fra GERIX for å fordele brukere og beboere 0-66 år på aldersgruppene 0-15 år og 16-66 år.

Delkostnadsnøkkelen for pleie- og omsorgstjenestene har vært endret tre ganger siden 1997:

1. Som følge av innføring av kriteriedata for psykisk utviklingshemmede. Kriteriene, ”Psykisk utviklingshemmede under 16 år” og ”Psykisk utviklingshemmede over 16 år”, ble inkludert i kostnadsnøkkelen i 1998 som følge av at det øremerkede

---

tilskuddet til psykisk utviklingshemmede ble lagt inn i rammetilskuddet for kommunene.

2. I forbindelse med innlemming av det øremerkede driftstilskuddet til omsorgstjenester.
3. I 2005 som følge av at deler av vertskommunetilskuddet ble lagt inn i rammetilskuddet. Kriteriene som beskriver psykisk utviklingshemmede ble da vektet opp.

Kostnadsnøkklene i Inntektssystemet er nå under revisjon. Et nytt inntektssystemutvalg (Borge-utvalget) legger fram innstilling i oktober 2005.

I løpet av perioden 2000-2003 fikk kommuner med særlig ressurskrevende brukere kompensasjon gjennom skjønntilskuddet i rammetilskuddet. I 2003 utgjorde kompensasjonsbeløpet 650 mill. kr. F.o.m. 2004 er denne ordningen erstattet med en egen toppfinansieringsordning for særlige ressurskrevende brukere over Sosialdepartementets budsjett. Kommunenes skjønntilskudd ble som følge av dette redusert med 650 mill. kr i 2004.

### 3.3 Inntektssystemet i Sverige

Sverige gjennomførte sin inntektssystemreform i 1993. På samme måten som i Norge noen år tidligere, ble en rekke øremerkede tilskuddsordninger avviklet og erstattet med rammetilskudd. Sverige er det nordiske landet som går lengst i retning av å utjevne forskjeller i skatteinntekter og forskjeller i utgiftsbehov mellom kommunene (Söderström, 1998).

Det svenske inntektssystemet består i dag av fire komponenter: inntektsutjevning, utgiftsutjevning, et generelt statsbidrag og en overgangsordning.

*Inntektsutjevningen:* I Sverige har man en symmetrisk inntektsutjevning som er utformet som en ren omfordelingsordning mellom skatterike og skattefattige kommuner. Kommuner med skattegrunnlag under landsgjennomsnittet får kompensert 95 prosent av differansen mellom eget skattegrunnlag og



landsgjennomsnittet, mens kommuner med skattegrunnlag over landsgjennomsnittet får trekt inn 95 av differansen mellom eget skattegrunnlag og landsgjennomsnittet. I motsetning til i Norge, har kommunene i Sverige fri beskatningsfrihet. Det inntektsutjevneende tilskuddet beregnes på en måte som tar hensyn til at skattesatsene varierer mellom kommunene. Dette gjøres ved at en først beregner hvor høye skatteinntekter kommunene ville hatt dersom de hadde hatt en gjennomsnittlig skattesats. Dernest legges beregnede skatteinntektene til grunn for beregningen av det inntektsutjevneende tilskuddet.

*Utgiftsutjevningen:* Utgiftsutjevningen i Sverige skal, på samme måte som i Norge, utjevne de ufrivillige kostnadsforskjellene knyttet til å gi et likeverdig tjenestetilbud i ulike deler av landet. Det er lagt til grunn at kommunene og landstingene skal få full kompensasjon for variasjoner i utgiftsbehov. Utgiftsutjevningen omfatter tjenester som kommunene og landstingene ved lov er pålagt å utføre. Utgiftsutjevningen er bygd opp av ulike modeller, som representerer forskjellige sektorer. For kommunene består utgiftsutjevningen av 16 delmodeller. For hver enkelt kommune beregnes det 16 *standardkostnader*. Den enkelte standardkostnad uttrykker hvor mye det koster for en kommune å ha et tjenestenivå på linje med landsgjennomsnittet innenfor den aktuelle sektoren. Standardkostnadene uttrykker på den måten en norm for utgiftsbruken innenfor ulike sektorer. Summen av en kommunes standardkostnader utgjør kommunenes *strukturkostnad*. Kommunene som har en strukturkostnad som er høyere enn landsgjennomsnittet får et tillegg tilsvarende differansen mellom kommunenes strukturkostnad og landsgjennomsnittets strukturkostnad, mens kommuner som har en strukturkostnad som er lavere enn landsgjennomsnittet får et fratrukk tilsvarende differansen mellom kommunenes strukturkostnad og landsgjennomsnittets strukturkostnad. Gjennom utgiftsutjevningen gis det i tillegg et eget tilskudd til kommuner som har en sterk befolkningsnedgang. Begrunnelsen er at kommunene trenger en viss tid til å tilpasse tjenesteproduksjonen til de endrede rammebetingelsene.

---

*Det generelle statsbidraget:* Statens inntektstilførsel til kommunesektoren skjer gjennom det generelle statsbidraget. Når det gjelder kommunene fordeles 90 prosent av tilskuddet med et likt beløp pr innbygger, mens de resterende 10 prosentene fordeles ut i fra kommunenes alderssammensetning.

*Reformer:* I 2001 satt den svenske regjeringen ned en komité som fikk i oppdrag å foreta en omfattende gjennomgang av det svenske inntektssystemet. Komiteen avga innstilling i september 2003 (SOU 2003:88). Den største endringen komiteen foreslår er å endre utformingen av inntektsutjevningen slik at det inntektsutjevrende tilskuddet i hovedsak blir statlig finansiert. Hovedbegrunnelsen for forslaget er at dette vil øke legitimiteten til systemet. Det foreslås mindre justeringer i normtallene for eldreomsorgen. Den nye modellen for eldreomsorgen beskrives i det følgende.

*Pleie- og omsorgstjenestene:* Eldreomsorg inngår som en av de 16 beregningsmodellene. Modellen for eldreomsorg består av fire hovedkomponenter: Normkostnader for den eldre delen av befolkningen, et særskilt tillegg for spredtbygde kommuner som følge av økte reiseutgifter innen hjemmetjenesten, et særskilt tillegg for spredtbygde kommuner som følge av behov for spesielle behov for boliger, et fast innbyggertilskudd som skal dekke utgifter til transport og funksjonshemmede. Den svenske modellen er bygd opp på grunnlag av feltstudier av kostnader hos om lag 6000 pleietrengende. På grunnlag av studiene er det etablert fem variabler som beskriver befolkningen etter sosioøkonomiske grupper: alder, kjønn, yrkesbakgrunn, etnisitet (født i Norden/utenfor Norden) og sivilstand (gifte/øvrige). Dette gir en relativt kompleks matrise som illustreres gjennom tabellene 4.3 og 4.4 (jfr. SOU 2003:88, side 126-7).

Tabell 4.3 Normkostnader etter kjønn, alder, etnisitet og sivilstand

	Alder	Fødte i Norden		Fødte utenfor Norden	
		Giftede	Øvrige	Giftede	Øvrige
Kvinner	65-69 år	1429	9238	1683	10739
	70-74	6055	24293	7122	27818
	75-79	17259	37122	19622	41151
	80-84	34018	74588	37837	80417
	85-89	101768	143438	111290	153910
	90-	181720	246211	196410	266068
Menn	65-69 år	2043	15736	2510	17938
	70-74	3772	18607	4459	20766
	75-79	11472	37875	13287	41185
	80-84	24666	66118	27532	71379
	85-89	57636	130198	61724	141336
	90-	97451	215621	106045	233165

I tabell 4.4 er aldersgruppen 85-89 år trukket ut, og normtallene gitt etter kjønn, tidligere yrkestilknytning, etnisitet og sivilstand.

Tabell 4.4 Normkostnader etter kjønn, tidligere yrkestilknytning, etnisitet og sivilstand for aldersgruppen 85-89 år

	Yrkestilknytning	Fødte i Norden		Fødte utenfor Norden	
		Giftede	Øvrige	Giftede	Øvrige
Kvinner	Ufaglærde	109155	154367	120071	169803
	Faglærde	109087	147124	119995	161836
	Selvstendige/bønder	97782	137813	107560	151595
	Lavere funksjonærer	95204	127047	104725	139752
	Høyere funksjonærer	84574	119239	93031	131163
	Menn	Ufaglærde	65731	144900	72305
Faglærde	61822	136727	68004	150400	
Selvstendige/bønder	56916	126567	62607	139224	
Lavere funksjonærer	55003	115320	60504	126852	
Høyere funksjonærer	47494	107491	52243	118240	

---

Vi merker oss at variasjonene i normtallene i første rekke er knyttet til alder og sivilstand.

### 3.4 Inntektssystemet i Danmark

I 1984 ble det gjennomført en større omlegging av fordelingsystemet. Dagens danske fordelingsystem består av tre elementer (Indenriks- og sundhetsministeriet 2004) : 1) Et generelt statstilskudd (blokktilskudd), 2) utjevning av variasjoner i kommunenes skattegrunnlag, og 3) utjevning av variasjoner i kommunenes utgiftsbehov. Utjevningssystemet er tredelt: en del som omfatter alle kommunene, en del som kun omfatter kommunene i hovedstadsområdet og en del som omfatter amtskommunene. Begrunnelsen for å ha en egen utjevningsordning for hovedstadsområdet er at kommunene i dette område til sammen utgjør et sammenhengende byområde. Store inntektsforskjeller mellom kommunene innenfor dette område vil være uheldig.

*Det generelle tilskuddet:* Det generelle tilskuddet fordeles mellom kommune og mellom amtskommunene etter deres skattegrunnlag. Det betyr at kommuner med høyt skattegrunnlag (grovt sagt mange innbyggere) mottar et høyere tilskudd enn kommuner med et svakt skattegrunnlag. En mindre del av kommunenes tilskudd tildeles kommuner med svakt skattegrunnlag.

*Utjevning av variasjoner i utgiftsbehov:* Utgiftsutjevningen er utformet som en ren omfordelingsordning mellom kommuner med et høyt beregnet utgiftsbehov og kommuner med et lavt beregnet utgiftsbehov. Utgiftsutjevningen består av tre deler: For det første et ”grundtilskuddet”, hvor alle kommunene tildeles et likt beløp på 7,5 mill. kr. For det andre en aldersbestemt del som skal fange opp at ulike aldersgrupper i ulik grad er brukere av kommunale tjenester. Den tredje delen skal fange opp variasjoner i utgiftsbehovet som følge av kommunenes sosiale struktur. Den aldersbestemte delen omfatter 80 pst av utgiftene etter at de 7,5 mill. kronene er fordelt, mens de sosiale kriteriene fordeler 20 pst. av utgiftene etter at de 7,5 mill

kronene er fordelt. Det sosiale utgiftsbehovet beregnes ved hjelp av en sosial indeks, som er bygd opp av flere sosiale kriterier. De sosiale kriteriene er såkalte paraplykriterier, det vil si at de ikke er knyttet til spesielle tjenester, men er indikatorer som er egnet til å si noe om kommunenes sosiale struktur. Utgiftsutjevningens ordningene som gjelder for kommunene i hovedstadsområde er i prinsippet bygd opp på samme måte som ordningen som gjelder for "landsutligningen", men med noen andre vektorer.

*Inntektsutjevningen:* For kommunene finnes det en inntektsutjevning som omfatter alle kommunene, samt en inntektsutjevning som bare omfatter hovedstadsområdet. Gjennom inntektsutjevningen utjevnes delvis variasjoner i kommunenes skatteinntekter. Variasjoner i kommunenes andel av selskapsskatten utjevnes ikke. Inntektsutjevningen er utformet som en ren omfordelingsordning hvor midler omfordes fra kommuner med høyt skattegrunnlag til kommuner med lavt skattegrunnlag. Gjennom inntektsutjevningen utjevnes i utgangspunktet 45 prosent av variasjonene i kommunenes skattegrunnlag. Kommuner med skattegrunnlag over landsgjennomsnitt får et trekk tilsvarende 45 prosent av differansen mellom eget skattegrunnlag og landsgjennomsnittet, mens kommuner med skattegrunnlag under landsgjennomsnittet får et tillegg tilsvarende 45 prosent av differansen mellom eget skattegrunnlag og landsgjennomsnittet. Kommuner med skattegrunnlag under 90 prosent av landsgjennomsnittet får i tillegg et tilskudd gjennom det generelle tilskuddet, tilsvarende 40 prosent av differansen mellom eget skattegrunnlag og et referansenivå på 90 prosent. I tillegg til inntektsutjevningen som gjelder for alle kommunene er det en egen utjevning for kommunene i hovedstadsområdet. Her utjevnes ytterligere 40 prosent av variasjonene i skatteinntekt mellom kommunene i hovedstadsområde. Ved beregningen av inntektsutjevningen tas det som i Sverige hensyn til at kommunene kan ha ulik skattesats, ved at kommunens skattegrunnlag multipliseres med den gjennomsnittlige skattesatsen.

*Pleie- og omsorgssektoren:* Pleie og omsorgstjenestene inngår i utgiftsutjevningen. Det er imidlertid ikke på samme måte som i Norge og Sverige definert en egen

delkostnadsnøkkel for disse tjenestene. Tabell 4.5 viser kriterievektene for aldersbetinget utgiftsbehov i Danmark.

Tabell 4.5 Alderbetinget utgiftsbehov

	Landsutligningen	Hovedstadsutligningen
0-6 år	15,3	17,4
7-16 år	3,7	3,4
7-16 år korrigert	28,7	28,5
17-19 år	1,1	0,9
20-24 år	2,4	2,6
25-34 år	6,4	7,4
35-39 år	3,5	3,8
40-64 år	11,9	11,7
65-74 år	5,5	5,3
75-84 år	8,0	8,4
85+ år	7,0	6,9
Boligstøttekriteriet	1,9	-
Ervrevet førtidspensjon**)	4,7	3,8

\*\*) Kommunene fikk desentralisert ansvaret for førtidspensjon fra 1992

De sosiale kriteriene utgjøres av barn av enslige forsørgere, kriterier som beskriver omfanget av sosiale boliger (bl.a. utleieboliger), arbeidsledige, innvandrere, personer uten yrkesutdannelse og et særskilt bykriterium.

*Reformer:* Et utvalg som hadde hatt i oppdrag å gjennomgå det danske inntekts- og finansieringssystemet leverte sine forslag til endringer i systemet i januar 2004 (Inderiks- og sundhetsministeriet, 2004). Utvalget foreslår en rekke endringer som kan påvirke fordelingen mellom kommunene, men ingen større prinsipielle endringer. Av kriteriene som har særlig relevans for pleie- og omsorgstjenestene, veies kriteriene 75-84 år og 85 + år noe opp.

### 3.5 Inntektssystemet i Finland

Finland har ett kommunenivå. Det er i tillegg etablert over 250 ”samkommuner” som organiserer samarbeid mellom kommuner om større oppgaver, først og fremst videregående skoler og sykehus. Kommunesektoren finansieres i hovedsak gjennom inntektsskatt, statlige overføringer og brukerbetaling. I 1999 utgjorde inntektsskatten 42 prosent av inntektene, selskapsskatt 9 prosent og eiendomsskatt 2 prosent.

Overføringer fra staten skjer i hovedsak gjennom et rammefinansieringssystem (statsandelssystemet). Inntekter gjennom statsandelssystemet utgjorde 17 prosent av inntektene i 1999. Øremerkede tilskudd utgjorde mindre enn 2 prosent.

Brukerbetaling utgjorde 25 prosent av kommunenes samlede inntekter (Nordisk Råd, 2001)

Inntektssystemet består av om lag de samme komponenter som i de øvrige nordiske landene, men to viktige forskjeller eksisterer: For det første er de utgiftsutjevnerende tilskuddene sektorrettet. For det andre eksisterer et eget statlig investeringstilskudd.

*Inntektsutjevning:* Inntektsutjevningen skjer med bakgrunn i kommunenes skattegrunnlag for inntektsskatt, selskapsskatt og eiendomsskatt. Ved skattegrunnlag under 90 prosent av landsgjennomsnittet gis kommunen et tilskudd som innebærer 100 prosent kompensasjon for skatteinntekter inntil 90 prosent av landsgjennomsnittet. For skattegrunnlaget over 90 prosent av landsgjennomsnittet trekkes kommunen med 40 prosent av inntekter utover 90 prosent av landsgjennomsnittet, men maksimalt 15 prosent av kommunes skatteinntekter. Dette betyr at kommuner med svært høye skatteinntekter får beholde mer av en skattegrunnlagsøkning enn kommuner med lavere skatteinntekter.

*Utgiftsutjevningen:* Det utgiftsutjevnerende tilskuddet er utformet slik at den enkelte kommune mottar forskjellen mellom en kommunal egenandel som er lik for alle kommuner, og beregnet utgiftsnivå for den enkelte kommune. Dette betyr at tilskuddet dekker forskjeller i utgiftsnivå kommunene imellom fullt ut. Forskjellen mellom den kommunale egenfinansieringsandelen og utgiftsbehovet

---

(strukturkostnaden) kalles statsandelen, derav navnet statsandelssystemet. Det utgiftsutjevneende tilskuddet er delt opp i tilskudd til social- og h lsov rd og utdanning og kultur.

Staten fastsetter på basis av en generell plan hvert år en ressursramme for de kommunale helse- og sosialtjenestene. Kommunenes egenandel utgjør om lag 75 prosent. Tilskuddet til sosial omsorg fordeles med 93 prosent vekt på alderskriterier og resten i forhold til arbeidsløshet. Kommunene mottar tilskudd i forhold til sin andel av befolkningen i de ulike aldersgruppene. Når det gjelder helsetjenester fordeles 76 prosent etter alderskriterier og resten etter sykelighet. Sykelighetsdelen fordeles ut fra den enkelte kommunes andel av personer i aldersgruppen 16-54 år som mottar uføretrygd (invalidpension) i forhold til landsgjennomsnittet. 9 prosent av kommunene mottar avsidestillegg og 1 prosent mottar skj rg rdstillegg.

*Investeringstilskudd:* Det gis investeringstilskudd innenfor både helse- og sosialtjenesten og undervisnings- og kultursektoren. Ordningen gjelder bare for investeringer over en bel psterskel, og prosjektene må være godkjent i statens investeringsplaner innenfor de respektive sektorer. Tilskuddet graderes etter kommunene skattegrunnlag.

Det er de utgiftutjevneende tilskuddene innenfor helse- og sosial og undervisning og kultur som utgjør mesteparten av tilskuddene. I 1999 utgjorde helse- og sosialtilskuddet henholdsvis 9,3 og 6,3 prosent av kommunenes samlede inntekter, mens inntektssystemet i alt utgjorde 17 prosent. Det generelle tilskuddet utgjorde 0,9 prosent, investeringstilskuddet 0,6 prosent og tilskudd til kommuner i vanskeligheter 0,2 prosent. Inntektsutjevningen ga samlet sett et negativt tilskudd på 0,3 prosent.

### 3.6 Oppsummering

Det er stor grad av likhet mellom de nordiske landene når det gjelder hovedelementene i finansieringssystemene for kommunene, og dermed for eldreomsorgen/pleie- og omsorgstjenestene. De fire landene har alle ordninger for



inntekts- og utgiftsutjevning. Det er noe variasjoner mellom landene når det gjelder muligheten for å variere de lokale skattene.

Den viktigste forskjellen når det gjelder eldreomsorgen, er mellom Sverige som har en kostnadsnøkkel basert på normtall, på den ene siden, og de tre andre landene som har modeller etablert på grunnlag av regresjonsbaserte tilnærminger. En diskusjon av normative og regresjonsbaserte tilnærminger gis i avslutningskapitlet.

---

## 4. Former for “øremerkede” tilskudd

### 4.1 Innledning

Kommunenes interne prioriteringer påvirkes blant annet ved ulike former for ”øremerkede” tilskudd (se for eksempel Inman, 1979 og Rubinfeld, 1987 for en bred diskusjon av slike tilskudd). Øremerkede tilskudd er karakterisert ved at de er rettet mot en bestemt sektor eller et bestemt formål. Øremerkede tilskudd kan gis i form av blokktilskudd (øremerkede *rammetilskudd* eller *ikke-prisvridende tilskudd*) eller i form av en fast pris per innsatsfaktor, per produsert enhet, eller per bruker i den aktuelle målgruppen for tjenesten. Den siste gruppen er det vi kaller *prisvridende tilskudd* fordi de påvirker den prisen eller kostnaden en kommunen eller en fylkeskommunene står overfor når den skal opprette en ny stilling, kjøpe en enhet eller liknende. Den kostnaden som må dekkes av de frie inntektene går da ned. Dersom prisvridende tilskudd er rettet direkte mot de enheter som skal produseres har vi et aktivitetsbasert tilskudd slik vi definerte det i kapittel 2. Slike tilskudd vil både påvirke aktivitet og kostnader. I internasjonal litteratur er slike insentivvirkninger særlig diskutert innenfor nyere reguleringsteori, for eksempel av Milgrom og Roberts (1992).

I dette kapitlet ser vi nærmere på hvordan ulike typer av øremerkede tilskudd påvirker kommunale prioriteringer (4.2) og hvilke effekter aktivitetsbaserte fastpristilskudd har på kostnadseffektiviteten i tjenesteproduksjonen (4.3). Vekten legges på oppsummering av de viktigste resultatene fra norsk forskning om bruk av øremerkede tilskudd og aktivitetsbasert finansiering. Avslutningsvis (4.4) gis en kort gjennomgang av bruken av øremerkede tilskudd i forhold til pleie- og omsorgstjenestene i andre nordiske land.

## 4.2 Effekter av øremerkede tilskudd på kommunale prioriteringer

I Norge er det gjennomført flere studier av effekter av øremerkede tilskudd (både prisvridende og ikke prisvridende). Felles for de fleste av disse studiene er at de er basert på en modell utviklet av Rattsø (1987, 1989), og videreutviklet av Borge og Rattsø (1992, 1993, 1995) for å håndtere forståelsen av øremerkede tilskudd. Vi skiller mellom tidlige studier (fram til 1997), senere studier (fra de siste 7-8 årene) og studier av pleie- og omsorgstjenestene.

### *Resultater fra de tidlige studiene*

Borge og Rattsø (1992) gir den første større analysen av vridningseffekter mellom ulike sektorer i kommunen som følge av prisvridende tilskudd. De modellerer endring i pris som reduksjon i den kostnad kommunen må betale for årsverkene til en bestemt sektor. Et hovedfunn er at kommunenes prioriteringer påvirkes av relative priser på en slik måte at etterspørselen etter tjenester fra den sektor det prisvridende tilskuddet rettes mot, øker mer enn etterspørselen i andre sektorer.

Rongen (1995) analyserer effekter av øremerkede tilskudd til barnehagesektoren. Analysen er basert på kommuneregnskapet fra samtlige kommuner i perioden 1986-1992. Hans hovedkonklusjon er at øremerkede tilskudd til barnehagesektoren er et effektivt styringsverktøy i situasjoner der staten ønsker at kommunene skal bygge ut nye tilbud eller foreta en vesentlig utvidelse av eksisterende tilbud. Når det derimot gjelder tjenester der kommunene i utgangspunktet har et relativt høyt tjenestetilbud, er effekten av øremerkede tilskudd lav. Analysen viser altså at effekten av øremerkede tilskudd avtar sterkt med dekningsgraden. Rongen finner også at det generelt virker som om nyopprettede tilskudd, eller tilskudd som bare har vart i en kortere periode, har en sterkere effekt enn tilskudd som har vedvart over lengre tid. Rongen konkluderer med at ”ved oppretting av nye tjenestetilbud, eller hvis man fra statlig side ønsker en rask heving av tilbudet innen tjenester der etterspørselen er

---

høy, kan både prisvridende og ikke-prisvridende øremerkede tilskudd ha en svært god effekt selv om tilskuddene er tidsbegrensede” (Rongen 1995: V).

Hagen (1996a) analyserer effekter både av prisvridende og ikke prisvridende tilskudd til fylkeskommunene. Konklusjonen her er at de prisvridende tilskuddene hadde effekter som intendert, mens effekten av ikke prisvridende tilskudd var svake. Erfaringene indikerte at det forekom lekkasjer. Denne type effekter har i ettertid ført til at staten har lagt sterkere bindinger på bruk av de øremerkede tilskuddene, som f.eks. i forbindelse med Opptappingsplanen for psykiatrien (Rundskriv I-24/99):

*”Departementet stiller som vilkår for utbetaling av øremerkede midler i 1999 at økningen i tilskuddene medfører en tilsvarende økning i tjenestetilbudet sammenliknet med 1998. Departementet ønsker å poengtere at tilskuddene skal komme i tillegg til fylkeskommunenes egen innsats, ikke erstatte denne”.*

Et annet problem som ble analysert i de tidlige studiene, var fordelingseffekter mellom kommunene. I Stortingsproposisjon nr 50 (1993-94) kommer det frem at det er små kommuner, kommuner som har hatt den største veksten i årlige frie inntekter, og kommuner som har de høyeste frie inntektene per innbygger, som mottar mest øremerkede tilskudd (se også Rongen 1995: 2). Dette problemet er analysert videre av Hagen og Sørensen (1997 og 2001). Her gjengir vi resultatene fra den siste analysen. Tabellen nedenfor viser barnehagedekningen, driftsutgifter per barn 0 - 6 år og statlige overføringer til drift av barnehager per barn 0 - 6 år etter kommunenes inntektsnivå.

Tabell 4.1: Barnehagedekning og utgifter til barnehager etter kommunens inntekter. Alle kommuner eksklusive Oslo, 1999.

	Frie inntekter per innbygger i kr				
	Under 15000	15000-20000	20000-30000	30000-40000	Over 40000
a) Barnehagedekning i % for barn 0-6 år	55	63	69	71	74
b) Statstilskudd per barn 0-6 år i barnehage	14680	12796	14184	14310	16917
c) Driftsutgifter per barn 0-6 år	18518	20873	27856	31584	39386
d) Statstilskudd per barn 0-6 år	8169	8062	9795	10092	12410

Kilde: Hagen og Sørensen (2001: 89).

I linje a) i tabellen ser vi at rike kommuner har den beste barnehagedekningen. I kommunene som hadde over 40 000 kroner i "frie inntekter" til rådighet per innbygger, var dekningsgraden for barn i aldersgruppa 0-6 år 74 prosent, 20 prosent mer enn barnehagedekningen i kommunene med lavest frie inntekter. Kommunene mottar omtrent like stort statstilskudd *per barn* som er i barnehage (linje b). Forskjellene i størrelsen på statstilskuddet skyldes ulikheter i barnas alder og fordelingen på heltids- og korttidsbarnehager. Men siden de rike kommunene har råd til å ha bedre barnehagedekning har disse kommunene høyere driftsutgifter til barn i aldersgruppen 0-6 år (linje c) og får de største statlige overføringene per barn (linje d). De rike kommunene drar altså størst nytte av barnehagetilskuddet. Det er disse som har råd til å benytte det prisvridende tilskuddet i barnehagesektoren - til å betale mellomlegget til det som det koster å ha en barnehageplass - flest ganger.

### **Resultater fra senere års analyser**

Flere av problemstillingene i de tidlige studiene er også analysert senere.

Senter for økonomisk analyse - ECON (1998: 2) - finner som Rongen (1995), at effekten av tilskuddssatsene normalt er høyere i tidlige enn i sene perioder av en tilskuddsordnings levetid. Datagrunnlaget er paneldata om kommuneregnskap,

---

kommunestyre og befolkningskjennetegn. ECON begrunner funnet med at ”etter hvert som utbyggingen av et tjenestetilbud forserer under bistand fra en øremerket tilskuddsordning, vil man oppleve en viss metning for tjenesten i området”. ECON (1998) finner vidare at det er i rike kommuner prisvridende tilskudd har størst effekt på aktivitetsnivået i den aktuelle sektoren. Dette begrunnes med at rike kommuner har bedre anledning til å gjøre seg nytte av øremerkede tilskudd som fordrer en viss egenfinansiering. I fattige kommuner derimot, er det ikke-prisvridende tilskudd som har den største effekten på aktivitetsnivået (ECON 1998).

Fordelingseffekter mellom fylkeskommunene etter innføringen av ISF i 1997 er analysert av Hagen (2001). Han finner at ISF har hatt en positiv effekt på behandlingsaktiviteten i fylkeskommunene. Dette kan forklares ved at ISF-tilskuddet endrer lokale kostnadsforhold ved å senke den relative prisen på sykehus tjenester. Fylkeskommunene kjøper mer av de subsidierte sykehus tjenestene og ressursbruken på området øker. Derimot finner ikke Hagen at fylkeskommuner med høye inntekter har hatt en større økning i behandlingsaktiviteten enn fylkeskommuner med lavere inntekter. Effekten er motsatt. Veksten i behandlingsaktiviteten er sterkere hos fylkeskommuner med lavt og middels inntektsnivå enn i fylkeskommuner med høyt inntektsnivå. Flere forhold kan forklare denne konklusjonen: For det første kan det være at den marginale nytten av økt pasientbehandling er størst i fylkeskommuner med lave inntekter, fordi disse har hatt minst pasientbehandling per innbygger i utgangspunktet. Disse fylkeskommunene har derfor valgt å finansiere en sterkere aktivitetsøkning enn de rikere, enten ved omprioriteringer mellom sektorene eller ved økte underskudd. For det andre, siden fylkeskommunene som har de høyeste inntektene er i distriktene, kan det tenkes at disse vil ha problemer med å rekruttere nødvendig helsepersonell. For det tredje ligger de mest kostnadseffektive sykehusene i fylkeskommuner med lave inntekter (Hagen 1997). Det kan være at det er disse sykehusene som klarer å få til den sterkeste produksjonsveksten etter innføring av ISF. Dersom sykehusene med lavest kostnader har utløst de høyeste samlede DRG-refusjonene, kan dette ha utlignet eller fjernet den effekten Hagen lette etter.

Halsteinli et al (2002) gir en analyse av hvorvidt innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) av somatiske sykehustjenester har ført til at fylkeskommunene allokterer færre resurser til det psykiatriske helsevernet, og hvorvidt de øremerkede tilskuddene til psykisk helsevern har lekket til andre sektorer. Datagrunnlaget for rapporten er regnskapsdata og personelldata fra alle sykehus i perioden 1992-1999, og en spørreskjemaundersøkelse til alle fylkeskommunene. Analysen avdekker en betydelig ressursvekst i spesialisthelsetjenesten, og ressursveksten har vært sterkere i helsesektoren enn i de andre fylkeskommunale sektorene. Innen helsesektoren har veksten vært sterkest for somatikken. I perioden 1992-1999 har den prosentvise veksten i somatiske sykehus vært nesten dobbelt så høy som i det psykiske helsevernet, både målt i utgifter og i årsverk. For somatiske sykehus har alle fylkeskommunene hatt en vekst i personellinnsatsen og for de aller fleste har veksten vært på over 10 prosent fra 1992-1999. Veksten har ført til en viss utjevning i den forstand at fylker med lavt nivå på årsverk per innbygger i 1992 er de samme som har hatt høyest prosentvis vekst fra 1992-1999. Med to unntak har alle fylkeskommunene også hatt vekst i personellinnsatsen innen det psykiske helsevernet. Det er ingen systematisk sammenheng mellom fylkenes nivå m.h.t. årsverk per innbygger i 1992 og den prosentvise veksten i perioden 1992-1999 (Halsteinli et al 2002: 29). Etter å ha gjennomført multivariate kausalanalyser konkluderer Halsteinli med at økte statlige øremerkede tilskudd til den somatiske helsesektoren (fra 20 prosent i 1992 til 55 prosent i 1999) er en viktig forklaring på veksten i denne sektoren på 1990-tallet. I tillegg har fylkeskommunene økt sin egen driftsstøtte til det psykiske helsevernet. Samlet sett har statens og fylkeskommunenes økte støtte til psykisk helsevern bidratt til veksten i denne sektoren (Halsteinli et al 2002: 29). Analysen gir ikke støtte til antagelsen om at prisreduksjoner per årsverk i somatiske sykehus har hatt en negativ effekt for det psykiske helsevernet i form av færre årsverk (Halsteinli et al 2002: 30). Dette må antakelig forklares med den tette oppfølgingen av psykiatrien som er beskrevet over.

---

### *Øremerkede tilskudd til pleie- og omsorgstjenestene*

Det er gjennomført studier av effekter av øremerkede tilskudd til pleie- og omsorgstjenestene, særlig i forbindelse med Handlingsplanen for eldreomsorgen (1998-2001). Brevik (2003) gir en bred oversikt over utviklingen både i ressursinnsats og forbruk i perioden 1998-2001. Analysen viser en betydelig opptrapping av ressursinnsatsen. En viktig observasjon er at en betydelig del av veksten skjer i aldersgruppen under 67 år, i hovedsak på grunn av desentralisering og bedring av tilbudet til funksjonshemmede og psykisk utviklingshemmede. En annen observasjon er at ressursinnsatsen per bruker øker i perioden.

Toresen (2003) gir en nærmere analyse av fordelingseffekter av Handlingsplanen på tilbudet mellom kommunene. Effektene betraktes som usikre. En konklusjon er likevel at planen har bidratt til en jevnere årsverksinnsats i pleie- og omsorgssektoren mellom kommunene. Når det gjelder enkelttjenester, er det på noen områder like stor ulikhet som tidligere. Dette gjelder blant annet institusjonsplasser. Disse to forholdene sett i sammenheng må antakelig forstås på bakgrunn av ulikhet i prioriteringer innen pleie- og omsorgstjenestene mellom kommunene. Riksrevisjonen (2003) kommer til om lag samme konklusjoner i sin analyse av fordelingseffekter: Ulikheten i institusjonsdekning er om lag den samme i 2001 som i 1997. Også Riksrevisjonen finner en betydelig økning i ressursinnsatsen til pleie og omsorgstjenestene i perioden, og at innsatsen i første rekke har bidratt til standardheving av tilbudet.



### 4.3 Effekter på kostnadseffektiviteten i tjenesteproduksjonen

Studier av effektivitetseffekter av øremerkede tilskudd er i hovedsak fra spesialisthelsetjenesten, mens tilsvarende studier av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene er fraværende.

Hagen (1997) gir en analyse av rammefinansieringsordningen for somatiske sykehus, som var gjeldende fra 1980 til 1997. Utgangspunktet for Hagens analyse er at det eksisterer et politisk ønske om å øke bevilgningene til sykehusene for på den måten å behandle flere pasienter. Spørsmålet Hagen stiller er hvor stor økning det blir i antall behandlede pasienter som følge av en gitt økning i rammebevilgningen. Analysen av registerdata viser at en bevilgningsøkning på 1 prosent skaper en økning i antall behandlede pasienter på om lag 0,6 prosent, samt en økning i kostnadene per pasient på om lag 0,4 prosent. Dette innebærer at kostnadseffektiviteten er fallende med økte bevilgninger, slik at den utløste produksjonsøkningen blir lavere enn ønskelig sett fra bevilgende myndigheters ståsted. Hagen argumenterer for at årsaken til denne dysfunksjonen er at rammefinansiering gir sykehusene muligheter for å ta ut bevilgningsøkningene på flere måter, både i form av flere behandlede pasienter og i form av andre såkalt ”kostnadsøkende” aktiviteter som kvalitet, forskning og undervisning, personalets faglige egenutvikling og trivselsskapende aktiviteter. En økning i rammebevilgningen tas delvis ut i økt ”slack”. Reduksjon i rammen derimot, er det grunn til å tro medfører høyere kostnadseffektivitet.

1. juli 1997 ble rammefinansieringssystemet for sykehusene erstattet av Innsatsstyrt finansiering, ISF. For hver behandlet pasient dekker staten en andel av kostnadsvekten til den diagnoserelaterte gruppen (DRG) pasienten faller inn under (fra 1. januar 2005 er andelen 60 prosent). Finansieringen skjedde fram til årsskiftet 2001/2002 via fylkeskommunene, fra 2002 via de fem regionale helseforetakene (RHF). Avtalene mellom fylkeskommunene (nå RHF) og sykehusene (nå HF) varierer i form, men alle benytter fra 2000 aktivitetsbaserte avtaler.

---

Biørn et al (2003) finner i sin dataomhyllingsanalyse (DEA) av paneldata for alle de norske somatiske sykehusene på 1990-tallet, en positiv utvikling i *den tekniske effektiviteten* i sykehussektoren etter innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF). Effekten er på 2-3 prosentpoeng. De finner varierende effekter for sykehusenes kostnadseffektivitet.

Nerland (2001) finner i sin analyse av paneldata fra 63 norske somatiske sykehus i årene 1976 – 1999 en signifikant negativ langtidseffekt av innsatsstyrt finansiering på gjennomsnittlig liggetid, sammenliknet med referansekategorien rammefinansiering. Nerlands analyse isolerer effekten av ISF fra andre forklaringer på liggetid, slik som teknologisk og medisinsk utvikling, pasienttyngde, eldreomsorgstilbudet i kommunene, driftsutgifter per seng, og alle tids- og institusjonsspesifikke forhold. Med forbehold om at effektivitet her defineres som pasientgjennomstrømning, konkluderer Nerland med at ISF har gitt økt effektivitet.

Valg av finansieringsordning kan ha kvalitetsmessige effekter. Ved aktivitetsbasert finansiering kan utfører fristes til å utelukke eller nedprioritere brukere med høye eller uoversiktlige kostnader. Dette kalles uønskede seleksjonsvirkninger eller ”cream-skimming” (se f.eks. Ellis og McGuire 1996). Hagen og Iversen (2002) har utredet om det skjer en prioritering av ”lønnsomme” pasienter og behandlingsmåter (prosedyrer) ved sykehusene etter innføringen av ISF. De har hentet inn data for fire ”gråsonerbehandlinger” (grå stær, mandler, brokk, og åreknuter) fra alle de somatiske sykehusene i årene 1995-2000. Disse behandlingene er kjennetegnet ved at de dels gjøres dagkirurgisk og dels ved innleggelse. De finner signifikante effekter av differansen mellom refusjon for dagkirurgi og refusjon for innleggelse på sannsynligheten for at en pasient blir tilbudt dagkirurgisk behandling. Effektens størrelse er imidlertid liten i gjennomsnitt. Basert på modellberegning anslår de at en økning på 1000 kroner i refusjon for dagkirurgi i forhold til innleggelse øker sjansen for valg av dagkirurgi med 0,2-2,5 prosent, avhengig av type gråsonerbehandling. Dette kombinert med en tidstrend i retning av dagkirurgi tyder på at det er andre forhold, som ønsket om samfunnsøkonomisk fornuftig ressursbruk, som har

betydning for beslutninger om behandlingsmåte. Deretter undersøker Hagen og Iversen om utviklingen i refusjoner over tid har noen effekt på antallet gråsonerbehandlinger som gjøres. Her finner de en positiv effekt av refusjon for dagkirurgi. De anslår at effekten av en økning i refusjon for dagkirurgi på 1000 kroner er om lag 10 prosent økt aktivitet. Til slutt undersøker Hagen og Iversen om behandlinger som oppfattes som lønnsomme, har en annen utvikling i antall enn de som oppfattes som ulønnsomme. De tolker resultatene av sine analyser slik at oppfatning om lønnsomhet ikke har noen påviselig effekt på antall behandlinger som utføres. Dette resultatet samsvarer med sykehuslegenes oppfatninger slik det redegjøres for i Hagen og Nerland (2001). Om lag 50 prosent av de spurte legene svarer der at ISF *oppmuntrer til* å prioritere lønnsomme diagnosegrupper noe høyere enn før, mens 60 prosent svarer at det ikke har vært noen endring i *den faktiske prioritering* av lønnsomme diagnosegrupper. De to viktigste grunnene til denne svake effekten oppgis å være høy andel øyeblikkelig hjelp og manglende kunnskaper om DRG-prisene.

Undersøkelsen til Hagen og Nerland (2001) ble gjennomført som en spørreundersøkelse blant 2100 tilfeldig utvalgte leger i norske somatiske sykehus, og hadde som mål å kartlegge legenes oppfatninger av den innsatsstyrte finansieringsordningen som ble introdusert fire år tidligere. I tillegg til prioritering, ble legene spurt om ISF som system *oppmuntrer til* lavere eller høyere medisinsk kvalitet i pasientbehandlingen, og deretter om hvorvidt ISF *faktisk har ført til* lavere eller høyere medisinsk kvalitet i pasientbehandlingen. Frekvensene viser at et stort flertall av sykehuslegene ikke ser noen kvalitetsforskjeller etter innføringen av ISF, verken når det gjelder incentiver eller faktisk atferd. En nokså stor andel (om lag 23 prosent) av sykehuslegene føler imidlertid at ISF oppmuntrer til lavere kvalitet, mens en noe mindre andel (om lag 14 prosent) mener at ISF faktisk har ført til lavere kvalitet. De som svarte ulikt med hensyn til oppmuntring og faktisk kvalitet, ble i et oppfølgingsspørsmål spurt om årsaker til dette avviket. Den hyppigst forekommende forklaringen på at kvaliteten ikke har blitt dårligere på tross av incentivene, er at utviklingen i medisinsk teknologi har kompensert for legenes atferdsendringer. En

---

annen forklaring som fremheves er betydningen av medisinske normer og etikk (Hagen og Nerland 2001: 12).

Senere i det samme spørreskjemaet spurte Hagen og Nerland (2001) respondentene om potensielle effekter av hypotetiske endringer i ISF-ordningen. På forslaget om å øke refusjonssatsen per pasient til 80 prosent av DRG-kostnaden (fra 55 prosent), svarte 23,5 prosent av respondentene at dette ville redusere den kliniske kvaliteten, mens 5 prosent trodde på bedre kvalitet. På det motsatte forslaget, om å redusere refusjonssatsen til 20 prosent, svarte 15,5 prosent at dette ville føre til økt kvalitet, mens knapt 6 prosent spådde redusert kvalitet som følge av lavere refusjonsandel. Konklusjonen man kan trekke av denne studien, er at aktivitetsbaserte finansieringsordninger bare i lav grad ser ut til å påvirke den kliniske kvaliteten i sykehusene.

En analyse av Martinussen og Hagen (ikke publisert) av ventetider til dagkirurgisk behandling fra perioden 1999-2003 gir noe andre resultater. Mens ventetiden for korttidsoppholdene innenfor de dagkirurgiske DRGene hadde en relativt svak nedgang de 3 første årene, skjer det altså en langt større reduksjon i ventetiden for disse i 2003. Det er altså en tendens til at de enkleste pasientene det siste året er gitt høyere prioritet enn de mer kompliserte pasientene, selv om tendensen ikke er særlig sterk. Det må også understrekes at ventetiden går ned for både korttidsopphold (0-1 dag) og oppholde som tar lengre tid, i analyseperioden.

## 4.4 Øremerkede tilskudd til pleie- og omsorgstjenestene i nordiske land

Øremerkede tilskuddsordninger har relativ stor utbredelse i Norge, liten utbredelse i alle andre land. Den svenske finansieringsmodellen har så vidt det er brakt på det rene, ingen øremerkede tilskudd til kommunenivået. I Danmark eksisterer det visse refusjonsordninger i forhold til sosiale ytelser, i første rekke i forhold til arbeidsmarkedstiltak, sykepenger og arbeidsledighetstrygd. I det finske systemet finnes heller ingen ordninger utover de som er omtalt i kapittel 3.

## 4.5 Oppsummering

Effekten av øremerkede tilskuddsordninger på kommunale og fylkeskommunale prioriteringer varierer med tilskuddsordningens karakter. De prisvridende tilskuddene har generelt sett den ønskede effekten, mens øremerkede rammetilskudd har svake eller ingen effekter. Effekten av øremerkede rammetilskudd kan imidlertid økes ved aktiv statlig oppfølging (jfr. psykiatrisatsingen). Effekten av en øremerkede tilskuddsordninger avtar over tid og med økende utbyggingsnivå av tjenesten. Rike kommunene har generelt sett den størst nytten av prisvridende tilskudd, med unntak for ISF som ledet til størst aktivitetsvekst i fylkeskommunene med lavest inntekter. Dette forklares med at disse fylkeskommunene hadde de mest effektive sykehusene før innføringen av ISF. Heller ikke handlingsplanen for eldreomsorgen har ledet til økt ulikhet mellom kommunene.

Stykkprisfinansiering av tjenesteproduksjonen skjer i økende grad. Erfaringene så langt (i hovedsak fra sykehussektoren) tyder på moderate effektivitetsforbedringer. Det er heller ikke avdekket vesentlige kvalitetsproblemer slik mange fryktet, men en svak tendens til at de letteste pasientene innen enkelte diagnosegrupper gis prioritet.

## 5. Finansiering av pleie- og omsorgstjenestene i utvalgte OECD-land

### 5.1 Innledning

Finnes det alternativer til ”per capita”- basert rammefinansiering?

Målet med dette kapitlet er å beskrive finansieringssystemene for pleie- og omsorgstjenester i utvalgte land med sikte på å identifisere hvilke kriterier som benyttes for å tildele pasientene ytelse, hvilke ytelse som tildeles og hvordan finansieringen av disse ytelsene skjer. Tre land beskrives, Tyskland, Japan og USA. Utvalget er begrunnet i at disse landene har helsetjenestesystemer som er relativt ulike de nordiske og i at de har eksperimentert med og etter hvert innført prospektive, ”case mix”- justerte finansieringssystemer.

### 5.2 Finansieringsmodeller i utvalgte land

#### *Tyskland*

Tyskland har hatt et velutviklet system for finansiering og levering både av primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester. Tilbudet av tjenestene har vært høyere enn i de nordiske landene. Antakelig har også effektiviteten vært lavere som følge av lange liggetider. Finansiering av pleie- og omsorgstjenestene har tradisjonelt vært et ansvar for kommunene og regionene (die Ländern). Disse enhetene har imidlertid hatt begrensede inntektsmuligheter. Som et resultat av mangelfull finansiering av pleie- og omsorgstjenestene valgte Tyskland å implementere et universelt, sosialforsikringsbasert program for pleie- og omsorgstjenester i 1994.

Kommunene og regionene har fortsatt ansvar for investeringer i for eksempel sykehjem. Hovedelementene i programmet er (se særlig Cuellar and Wiener 2000, Hogan 2003):

*Forsikring:* Tyskland valgt å integrere programmet i det allerede eksisterende sosialforsikringssystemet. ”Den sosiale pleieforsikringen” som programmet kalles, administreres av de samme enhetene, arbeidsmarkedsbaserte sykekasser etablert som non-profit organisasjoner, som også administrerer forsikringsordningene for akutte sykdommer. Forsikringen finansieres ved en premie på 1,7 % av lønnsinntekten som deles like mellom arbeidsgiverne og arbeidstakerne. For pensjonister, som betaler en lavere sum i premie, deles premiene mellom pensjonistene og pensjonsfondene. Premien for arbeidsledige betales av det offentlige.

*Tildelingskriterier:* Tilgang til programmets ytelser bestemmes fullt ut av en persons funksjonsevne slik dette måles ved såkalte ADL- og IADL-skårer.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Instrumentet ”Activity of daily living” som gir *ADL-skår*, ble utviklet i 1976. Det er blitt en standard både for å følge restituering etter alvorlig sykdom og for å beskrive behov for hjelp til personlig stell i større befolkningsstudier. I befolkningsstudier har ADL-skår blitt brukt både til å beskrive endringer i generelt funksjonsnivå og til å forutsi framtidig utvikling. ADL-skår egner seg særlig til å beskrive evne til personlig stell og ferdighet, men ikke til å beskrive evne til sosiale og mentale ferdigheter. Et annet instrument er ”Instrumental activity of daily life” som gir *IADL-skår*. IADL-skår skal særlig få tak i vansker med å utføre dagligdagse sosiale aktiviteter og nivå på kognitive evner. IADL skal særlig være med på å identifisere de som står i fare for å bli avhengige av hjelp. I en oversiktsartikkel gjennomgår Ostir m fl (1999) noe av den kritikken som har vært reist mot ADL og IADL instrumentene. Han konkluderer imidlertid med at ADL og IADL begge har rimelig god validitet og reliabilitet og at de er brukbare indikatorer på redusert funksjon blant eldre. Jarvis og Tinker (1999) drøfter sammenlignbarhet over tid av det mål de har brukt i sin trendstudie fra England og konkluderer med at identiske spørsmål kan benyttes fordi de er konkrete og handler om faktiske muligheter. I Norge vil IPLOS inneholde informasjon om personens funksjonsevne i tillegg til annen informasjon.

Det er tre ytelsesnivåer avhengig av antall ADL-/IADL-begrensninger. Ytelsene avhenger ikke av tilgang til annen omsorg for eksempel gitt av venner eller familiemedlemmer. I praksis vil dette innebære at ytelsene er rettighetsbasert, men det framgår ikke av underlagsmaterialet om det eksisterer formelle juridiske rettigheter.

Tabell 5.1 gir en nærmere beskrivelse av de tre funksjonsnivåene som danner utgangspunkt for finansieringen i det tyske systemet.

Tabell 5.1 Funksjonsnivåer i det tyske forsikringssystemet for pleie- og omsorgstjenester

Funksjonsevne	ADL/IADL begrensninger	Hyppighet av assistansebehov	Omfang av assistansebehov
Nivå 1: Nokså nedsatt	To eller flere ADL-begrensninger, behov for hjelp med IADL	ADL: Minst en gang per dag IADL: Flere ganger per uke	Minst 90 min. for kombinasjonen ADL/IADL med minst 45 min for ADL
Nivå 2: Betydelig nedsatt	To eller flere ADL-begrensninger, behov for hjelp med IADL	ADL: Minst tre ganger per dag IADL: Flere ganger per uke	Minst 3 timer for kombinasjonen ADL/IADL med minst 2 timer for ADL
Nivå 3: Alvorlig nedsatt	To eller flere ADL-begrensninger, behov for hjelp med IADL	ADL: Dag og natt IADL: Flere ganger per uke	Minst 5 timer for kombinasjonen ADL/IADL med minst 4 timer for ADL

Kilde: Sozialgesetzbuch XI, del 15 (gjengitt etter Cuellar and Wiener, 2000)

En persons funksjonsevne fastsettes av sykekassenes medisinske personell på grunnlag av individuelle målinger.

*Kontrakter/ytelser:* Sykehjem eller andre institusjoner betales med utgangspunkt i en pasients funksjonsevne og institusjonens type. Sykekassene må inngå kontrakter med



alle tilbydere som tilfredsstillter visse krav. Dersom finansieringen fra sykekassene ikke dekker kostnadene ved institusjonsoppholdet må den pleietrengende betale et mellomlegg. For personer som mottar pleie utenfor institusjoner tildeler sykekassene ytelser både i form av tjenester og kontantstønad. Pleiemottakerne kan her selv velge. I praksis vil kontantytelsene være noe lavere enn verdien på tjenestene for likt behov (ca 70 prosent). Mange foretrekker likevel kontantytelser. Dette gir et sterkt stimuli til privat omsorg.

### *Japan*

Japan har tradisjonelt hatt to helseforsikringssystemer, ett bedriftsbasert med ansvar for ansatte og deres familier og etter annet, kommunebasert, med ansvar for næringsdrivende, selvsysselsatte og andre, inkludert pensjonister. Ansatte og deres familier overføres fra det bedriftsbaserte til det kommunebaserte systemet ved pensjonsalder. Tidlig i 1980-årene ble det etablert en egen forsikringsordning for eldre. Ordningen ble finansiert av de to tradisjonelle ordningene (70 %), den nasjonale regjeringen og lokale myndigheter. 10 % av utgiftene ble belastet brukerne. Det var flere målsettinger ved den nye ordningen. Ett sentralt mål var å stimulere utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene blant annet for å lette presset på sykehusene.

*Forsikring:* Fra 2000 ble det innført en egen forsikringsordning for pleie- og omsorgstjenester (Matsuda and Yamamoto 2001, Mitchell et al, 2004). Også denne ordningen er kommunebasert, eventuelt organisert som et interkommunalt samarbeid. Forsikringsordningen finansieres gjennom skatter og premier blant de forsikrede over 40 år (50/50). Både premier og skatter er utskrevet og samlet inn på kommunenivå. På samme måte som tidligere, utgjør egenandelen om lag 10 % av kostnaden ved den enkelte tjeneste inntil et øvre tak, hvoretter alle kostnader dekkes av forsikringsordningen.

*Tildelingskriterier:* Det ble her utviklet egne dataprogrammer som på grunnlag av inntekt, helsestatus, med mer evaluerte behov for tjenester. Personer som fikk tildelt

---

tjenester, ble videre plassert i 5 grupper avhengig av pleiebehov. Nivå 1 innebærer behov for hjelp til IADL-aktiviteter. Nivå 2 innebærer i tillegg behov for hjelp til visse ADL-aktiviteter. Nivå 3-5 innebærer økende hjelpebehov (Mitchell et al, 2004).

*Kontrakter/ytelser:* Forsikringsordningens finansiering av tjenestene er basert på vekter eller enheter fastsatt av nasjonale myndigheter. Begrunnelsen for nasjonale vekter er i første rekke at dette gir insitamenter til ikke å redusere kvaliteten. Vektene varierer primært med servicetype, men dels også med lokale kostnadsvariasjoner (som igjen varierer med lokalt lønnsnivå). Av tilbydere av tjenester aksepteres kun offentlige og frivillige organisasjoner når det gjelder institusjoner, mens kommersielle organisasjoner også aksepteres når det gjelder hjemmetjenester. Lokale myndigheter er ansvarlig for tildeling/rasjoneringer av tjenestene. Det er dokumentert (Mitchell et al, 2004) betydelige regionale variasjoner i tilbudet av tjenester som følge av variasjon i kommunale skatteinntekter og behov. Ordninger for økonomisk utjevning mellom kommunene er foreløpig begrensede.

## USA

Finansieringen av helse- og omsorgstjenestene i USA varierer mellom type tjenester, hvilke grupper som er mottakere av tjenestene og med pasientenes bosted og yrkestilknytning. For personer i yrkeslivet eksisterer frivillige helseforsikringsordninger. Disse finansieres som oftest av arbeidsgiver, eller i samarbeid mellom arbeidsgiver og den ansatte. For arbeidsledige og andre med lav eller ingen inntekt eksisterer et eget føderalt forsikringsprogram, Medicaid. Delstatene har muligheter for å tilpasse ytelsene gitt gjennom Medicaid-programmet. For pensjonister dekkes utgifter til helsetjenester gjennom Medicare som også er et føderalt program. Medicare var organisasjonen som utviklet DRG-systemet slik at det kunne benyttes til finansiering av somatiske helsetjenester tidlig på 80-tallet. Senere er prospektiv finansiering basert på DRG-priser også innført i deler av det private forsikringssystemet. Det er imidlertid viktig å være klar over at betydelige deler av amerikanske helsetjenester også finansieres på andre måte, både gjennom kostnadsrefusjonsordninger (fee-for-service) og ”per capita”-ordninger.

Pleie- og omsorgstjenestene faller i hovedsak utenfor Medicare-programmet. Det eneste unntaket er rehabiliteringsopphold (inntil 100 dager) etter sykehusinnleggelse eller polikliniske konsultasjoner der Medicare de siste årene har utviklet prospektive finansieringsordninger etter modell fra DRG-systemet. Medicaid som altså yter støtte til lavinntektsgrupper, finansierer imidlertid en betydelig del av pleie- og omsorgstjenestene (Feder et al 2000). Årsaken til dette er at en stor del av personer med behov for pleie og omsorgstjenester ofte har eller kommer i en situasjon med lave inntekter, gjerne som følge av at kostnadene ved langtidspleie er betydelige. En del amerikanere finansierer pleie- og omsorgstjenestene ved private forsikringer. Foreløpig er dette en mindre del. I 2000 ble om lag 7 % av de totale utgiftene til pleie- og omsorgstjenestene dekket på denne måten.

*Tildelingskriterier:* Medicare tildeler som nevnt, hovedsakelig støtte til personer som rehabiliteres etter sykehusopphold. Medicaid er eksplisitt ansvarlig for å dekke utgifter til pleie- og omsorgstjenester for personer med inntekter under et bestemt nivå (i 2000 var inntektsgrensen \$532 per måned). En stor del av personens inntekter forutsettes da å inngå i finansieringen av tilbudet. Det er mulig for delstatene å variere tildelingskriteriene noe ved at de etablerer supplement til den føderale Medicaid-ordningen.

*Kontrakter/ytelser:* Finansieringssystemet for hjemmetjenester innen Medicare ble lagt om i 1997 i forbindelse med innføringen av en føderal lov om balanserte budsjetter (Balanced Budget Act). En gikk da over fra et system med refusjon per hjemmebesøk til årlige ”per capita”-satser kalkulert på grunnlag av tilbydernes historiske kostnader per pasient (75 %) og regionale kostnader per pasient (25 %). Det er vist at dette ledet til betydelige seleksjonseffekter (McCall et al 2003, McKneight 2004) ved at svært pleietrengende pasienter fikk lavere ytelse via systemet. Prisene for sykehjemsfinansieringen i Medicare-systemet er basert på ”case mix” justerte dag-rater (per diem). ”Case mix”-justeringen skjer ved hjelp av et klassifikasjonssystem (RUG - Resource Utilization Groups III) som er basert på data om individuelle brukere (type og omfang av pleiebehov) samt relative vekt etablert

---

med utgangspunkt i tidsbruk for grupper av ansatte ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Medicaid-systemet varierer betydelig mellom delstatene både når det gjelder tildelingskriterier og finansiering. Også her benyttes i økende grad finansiering basert på ”case mix” justeringer via RUG-systemet (Swan et al, 2000). Dette innebærer individuelle behovsvurderinger. De fleste statene har etter hvert utviklet prospektive finansieringssystemer. Enhetsprisene varierer betydelig mellom delstatene.

### 5.3 Oppsummering

Finnes alternativer til dagens norske finansieringsmodell for pleie- og omsorgstjenestene? I dette kapitlet har vi sett på finansieringsmodellene i tre utvalgte land, Tyskland, Japan, og USA. Alle tre landene har utviklet finansieringsordninger for hele eller deler av systemet som justerer for ”case mix”.

Er dette aktivitetsbasert finansiering? Tyskland, og i enda høyere grad USA og Japan, rasjonerer pleie- og omsorgstjenestene. Det stilles krav om funksjonsevne på bestemte nivåer for å utløse refusjoner. Det er altså ikke slik at en tjenesteytende produsent kan øke inntektene ved utelukkende å øke aktiviteten. Inntektene kan bare økes når forsikringsordninger har godtatt økning i aktiviteten. Det er altså et aktivitetsbasert system med sentraliserte tildelingsbeslutninger. Disse systemene atskiller seg noe fra finansieringssystemene vi kjenner fra helsesektoren, for eksempel sykehusene, der tildelingsbeslutningene skjer lokalt. På den andre siden gir, særlig det tyske systemet, klart definerte ytelser siden en her baserer relasjonene mellom forsikringselskap og forsikret her er kontraktsbasert. I praksis vil systemet ligge nært et system med det vi i Norge vil forbinde med lovfestede rettigheter.

## **6. Bør vi aktivitetsfinansiere pleie- og omsorgstjenestene?**

### **6.1 Innledning**

Gjennomgangen har vist stor variasjon i finansieringsordningene for pleie- og omsorgstjenestene. De nordiske landene har tidlig etablert finansieringsordninger for kommunalt drevne pleie- og omsorgstjenester og baserer seg i høy grad på ”per capita”- basert rammefinansiering av kommunene. Landene på kontinentet har etablert finansieringsordninger for eldreomsorgen på senere tidspunkt og har jevnt over et dårligere tilbud enn de nordiske landene. Tyskland er her ett unntak. Tyskland har hatt godt utbygde pleie- og omsorgstjenester, men har likevel i løpet av de siste årene gjennomført betydelige endringer i organisering og finansieringsordninger ved at pleie- og omsorgstjenestene integreres i sosialforsikringssystemet og ved at finansieringen tar utgangspunkt i den enkelte brukers behov målt gjennom ADL- og IADL- skårer. Tjenestene rasjoneres ved at medisinsk personell gjennomfører tester av funksjonsevne før tjenester tildeles.

Dette avslutningskapitlet er tredelt. I første del (6.2) utvikles et klassifikasjonsskjema for finansiering og organisering av pleie- og omsorgstjenestene basert på diskusjonen i de foregående kapitlene. Deretter (6.3-6.5) følger en nærmere diskusjon av de meste relevante alternativene. Til slutt (6.6) gis en kort konklusjon.

## 6.2 Typologi og evalueringskriterier

*Dimensjoner i drøftingen:* Utgangspunktet er tabell 2.1 der vi klassifiserte finansieringsordninger for helsetjenester langs to dimensjoner: 1) Om ordningen er retrospektiv eller prospektiv, og 2) om ordningen er aktivitets- eller rammebasert. Rene retrospektive ordninger benyttes sjeldnere enn tidligere, selv om elementer av kostnadskompensasjon er inkludert i mange typer finansieringsordninger i helsetjenestene. For å forenkle utelates retrospektive finansieringsordninger i den videre diskusjonen. Den *første dimensjonen* i den videre drøftingen beskriver derfor om finansieringsordningen fra staten er basert på rammer eller aktivitet. Rammefinansiering forutsettes å være rettet mot kommunenivået. Aktivitetsbasert finansiering kan også rettes mot andre tjenesteytere.

Vi kan videre tenke oss at organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene varierer når det gjelder hvem som fatter beslutninger om tildeling av ytelsene, om det er staten eller kommunene. Dette utgjør den *andre dimensjonen*. I begge tilfeller forutsetter vi lokal anskaffelse av tjenestene enten av kommunen, av andre organiserte tjenesteytere eller av familien/venner. Dette innebærer at ytelsene til brukerne både kan være i form av tjenester og i form av kontantytelser slik den tyske modellen åpner for. Alternativene her er da kommunal tildeling og lokal anskaffelse eller statlig tildeling og lokal anskaffelse. Vi kan også tenke oss at staten overtar all anskaffelse av pleie- og omsorgstjenestene etter modell av spesialisthelsetjenestene (statlig tildeling, sentral anskaffelse).

Den *tredje dimensjonen* beskriver om ytelsene er rettighetsbaserte eller ikke. Ved rettighetsbaserte ytelser tenker vi oss at det på grunnlag av bestemte kriterier, for eksempel ADL-skår, utløses en fastprisrefusjon basert på en lovfestet rettighet. Dersom ytelsene ikke er rettighetsbaserte, vil det enten ikke være klare kriterier for

vurdering av behov eller ikke direkte koplinger mellom de faktiske vurderingene og ytelsene.

De tre dimensjonene kan sammenfattes i følgende tabell (tabell 6.1).

Tabell 6.1 Typologi for finansiering og organisering av pleie- og omsorgstjenestene

	Kommunal tildeling, lokal anskaffelse		Sentral tildeling, lokal anskaffelse	
	Ikke rettighetsbasert	Rettighetsbasert	Ikke rettighetsbasert	Rettighetsbasert
Rammefinansiering	(1)	(2)	(5)	(6)
Aktivitetsbasert finansiering	(3)	(4)	(7)	(8)

Dagens modell med rammefinansiering av kommunene og kommunal tildeling av ytelser (i hovedsak tjenester) som ikke er rettighetsbaserte vil falle i rute (1). En modell med sterke likhetstrekk med den tyske modellen (jf. kapittel 5) vil falle i rute (8). Ved denne modellen vil vi ha statlig tildeling av ytelser basert på rettigheter. Tildeling av en rettighet (som altså skjer på grunnlag av bestemte kriterier) vil utløse en fastprisrefusjon som kan gå til kommunen eller private tjenesteytere, eller som en (noe lavere) kontantytelse til mottakeren. Modellene (3) og (4) er modeller der kommunen står for tildeling av ytelsene og staten har innført aktivitetsbasert finansiering. En kan tenke seg ulike enheter lagt til grunn for den aktivitetsbaserte finansieringen, både enkelttjenester (for eksempel oppholdsdøgn i institusjon eller timer praktisk bistand) og ADL-grupper. Modellene (3) og (4) diskuteres i tillegg til modell (8). Modell (2) vil innebære klarere rettigheter innenfor dagens modell. Dette er en aktuell modell, men som faller utenfor oppdraget. Modellene (5), (6) og (7) er mindre aktuelle. Det er vanskelig å tenke seg at statlig tildeling skal kombineres med rammefinansiering eller ikke være basert på klare rettigheter.

---

*Evalueringkriteriene:* Under starter vi ut med en diskusjon av modell (1) i tabell 6.1. Modell 1 representerer dagens (2005) organisasjons- og finansieringsmodell for pleie- og omsorgstjenestene. Deretter diskuterer vi de andre aktuelle modellene (2-4 og 8) i forhold til modell 1. Vi diskuterer da disse modellene med utgangspunkt i de følgende 5 kriterier (se NOU 2003:1):

- Tilgang til og fordeling av pleie- og omsorgstjenester
- Kvaliteten i tjenestene
- Kostnadseffektiviteten i tjenestene
- Kostnadskontrollen, dvs. samsvaret mellom planlagte og realiserte kostnader
- Effekter for lokaldemokratiet

### 6.3 Rammer, kommunal tildeling uten rettigheter

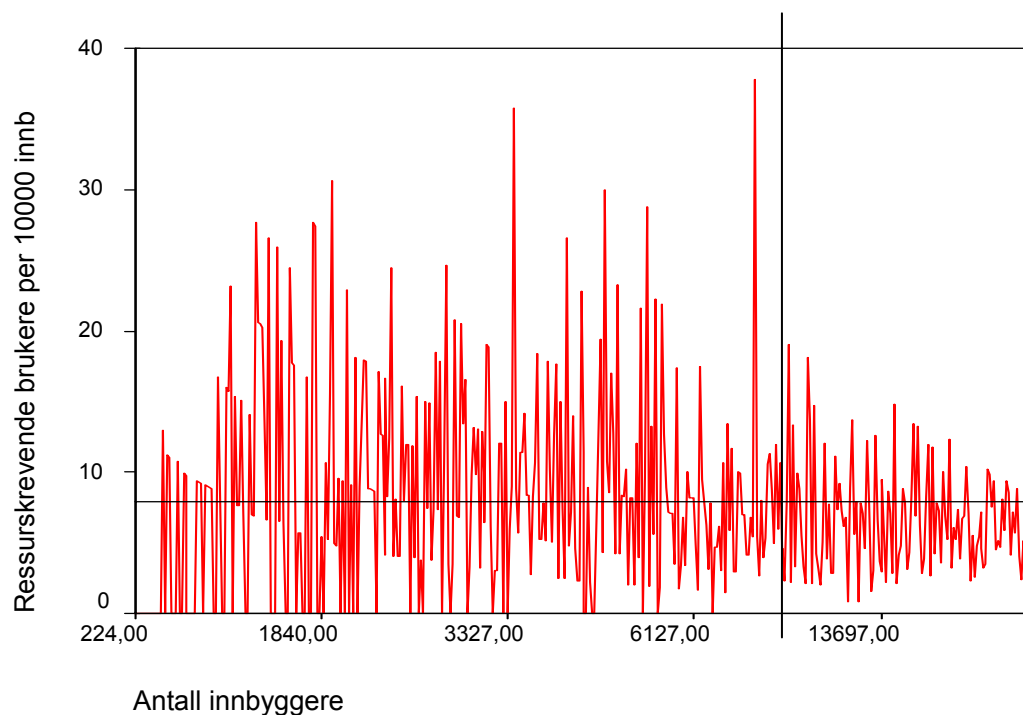
Vi startet ut (kapittel 1) med å gjengi argumentene for rammefinansiering av kommunal tjenesteproduksjon: For det første ønsket om høy *allokeringseffektivitet*. Det offentlige tjenestetilbudet skal ha en utforming og et volum som er tilpasset befolkningens preferanser i ulike deler av landet, og endringer i disse preferansene over tid. Dette tilsier lokale beslutninger om prioriteringer mellom offentlige tjenester. For det andre *nasjonale styringsargumenter*. Ved at staten i hovedsak har tildelt kommunene en økonomisk ramme det skal prioriteres innenfor, har en hatt et virkemiddel for å sikre makroøkonomisk styring. Kommunesektoren er samlet sett en viktig aktør i samfunnsøkonomien. En tredje begrunnelse for modellen er hensynet til *lokaldemokratiet*. Desentralisering skal stimulere til politisk debatt og deltakelse ved at innbyggerne får en arena hvor de kan definere, debattere og løse problemer de står ovenfor i sitt nærmiljø. Et velfungerende lokaldemokrati kan øke legitimiteten til styringssystemet og dermed virke systemstabiliserende.



### *To problemer*

Det faller utenfor rammene av denne rapporten å foreta en full evaluering av dagens modell. To forhold bør likevel nevnes. For det første kan denne type modeller gi kommunene dårlige vilkår for å håndtere store variasjoner i etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester. Dette er et særlig aktuelt problem i situasjoner der kommunene er små og der mye av utgiftene er bundet opp. Uforutsette etterspørselsvariasjoner kan da lede til strek rasjonering og/eller kvalitetsreduksjoner. For det andre kan rammefinansieringsmodellen gi svake insentiver til effektivitet. Analyser viser at i situasjoner med målkonflikter og informasjonsasymmetri mellom finansøren og utføreren, så kan dette utnyttes til å redusere kostnadseffektiviteten.

*Risiko ved "tunge" brukere:* Norge har tildelt store oppgaver til små kommuner. Små kommuner gir gode muligheter for deltakelse, men vil også ha problemer med å håndtere risiko forbundet med etterspørselsvariasjoner for svært spesialiserte tjenester. Dette illustreres nærmere i figur 6.1. Her har viser x-aksen kommunene etter folketall og y-aksen "tunge brukere" av pleie- og omsorgstjenester per 10000 innbyggere. Data er fra Kommunaldepartementet (2002).



Figur 6.1: "Tunge brukere" etter kommunestørrelse

---

Vi har i tillegg til å tegne inn antall ”tungebrukere” per 10000 innbyggere etter kommunestørrelse også egnet inn to svarte linjer som viser h.h.v. gjennomsnittlig antall ”tunge brukere” og gjennomsnittlig kommunestørrelse. Vi ser det er betydelig variasjoner i antall brukere per 10000 innbyggere mellom kommunene. Variasjonen er størst for kommunene med et folketall under landsgjennomsnittet (variasjon fra 0 til 35 brukere per 10000 innbyggere). For kommunene med et folketall over landsgjennomsnittet er variasjonen betydelig mindre (variasjonen fra 2 til 18 brukere per 10000 innbyggere). Spørsmålet er da: Vil kommunene med folketall under landsgjennomsnittet ha økonomisk ryggrad til å håndtere disse variasjonene i etterspørsel? Et moment i tillegg til selve risikoargumentet er at brukerne etter hvert har fått bedre informasjon om egne og andres behov og rettigheter. Sosiologen Antony Giddens (1991) er en av de som klarest har argumentert for at det har skjedd et trendskifte blant velgerne. Utdanningsrevolusjonen har skapt mer bevisste brukere. Disse stiller krav om letter tilgang til tjenestene, høyere kvalitet og større valgfrihet. I dag kan det oppleves som at kommunene står i veien for disse kravene. Gjennom sterk rasjonering begrenses tilgangen til tjenester. Dette gir både lav tilgang og det gir liten valgfrihet.

Kommunene har selv konkludert i forhold til de tunge brukerne. De klarer ikke å håndtere risikoen, og ber derfor om egne kompensasjonsordninger fra staten. Den er etablert og vil avlaste kommunene for en del av risikoen forbundet med tjenesteytingen til disse gruppene.

*Effektivitetsproblemer:* Kostnadseffektiviteten i tjenesteproduksjonen mellom kommunene varierer betydelig. Dette er dokumentert innen eldreomsorgen, skolesektoren og transportsektoren og skal ikke forfølges videre her. En studie nyere studie fra Ressurscenteret for omsorgstjenestene viser videre at det ikke er sammenhenger mellom ressursinnsatsen i sykehjemmene og kvaliteten på tjenestene. Tvert i mot, det er sykehjemmene med de høyeste bemanningsnormene som har den laveste kvaliteten.

Både risiko ved tunge brukere og strekt varierende kostnadseffektivitet trekker i retning av reformer i dagens finansieringssystem.

### *Normer vs kostnadsvekter*

Gjennomgangen i kapittel 3 viste stor grad av likhet mellom de fire nordiske landene, Norge, Sverige, Danmark og Finland, når det gjaldt finansieringen av pleie- og omsorgstjenestene. På ett område var det imidlertid ulikheter: Sverige bruker en normativ modell, mens Norge, Danmark og Finland bruker kostnadsvekter.

En nærmere diskusjon av dette forholdet er gitt av Rattsø- utvalget (NOU 1986:1):

Den normative modellen tar i rendyrket form utgangspunkt i hvilke standarder som det er ønskelig at kommunene tilbyr på tjenestetilbudet. En etablerer da normer for dekningsgrader for ulike grupper. Dersom ressursbehovet varierer med ulike brukergrupper defineres i tillegg en normert ressursinnsats per bruker. Den svenske modellen for overføringer til eldreomsorgen ligger et stykke fra den rendyrkede normative modellen i og med at det ikke er lagt til grunn bestemte dekningsgrader, men kun er beregnet en gjennomsnittspris for pleietrengende etter deres alder sivilstand, m.v. Fordelen med denne modellen er at den rendyrker effekten av ufrivillige kostnadsforhold (for eksempel sosiale faktorer) og befolkningsfaktorer (for eksempel alder) slik at det ikke gjøres forskjeller på kommunene. Ulempene med normative modeller er at de i første rekke er ressurskrevende å etablere, dernest at det ikke alltid er klart hva som skal være normen for dekningsgrader. Normene for dekningsgrader når det gjelder grunnskole er enkle å etablere. Når det gjelder pleie- og omsorgstjenestene vil slike normer være vanskeligere å etablere.

Den statistiske metoden tar utgangspunkt i faktisk tjenesteproduksjon og analyserer hvordan kostnadsforhold og befolkningsfaktorer påvirker ressursbruken. Faktorer som har signifikante effekter på ressursbruk benyttes som kostnadsvekter i overføringssystemet under visse forutsetninger. Styrken med metoden er at en slipper å etablere normer der det ikke finnes politisk vedtatt krav til dekningsgrader. I tillegg vil en kunne teste ut effekten av faktorer som påvirker utgiftsbehovet som ikke er

---

lette å identifisere i ved en kostnadsanalyse på individnivå, for eksempel effekten av tidlig dødelighet. Svakheter med modellen er at en ikke fullt ut kan kontrollere for variasjoner i effektivitet og kvalitet i analysene.

En sammenlikning av resultatene fra de to ulike metodene bør ideelt sett gjøres med utgangspunkt i et felles datagrunnlag. Tar vi likevel utgangspunkt i kostnadsnøklene for pleie- og omsorgssektoren fra Norge (tabell 4.2) og sammenlikner den med den svenske (tabellene 4.3 og 4.4) ser vi klare fellestrekk: Alder og sivilstand er de to faktorer som gis høyest vekt i begge modellene. Med forbehold om variasjoner i behov mellom de to landene kan dette tyde på at forskjellene ikke blir veldig store ved de to metodene. De øvrige faktorene som er med i den svenske modellen kan i prinsippet også fanges opp gjennom metoden som er benyttet i Norge, mens effekten av tidlig dødelighet ikke kan fanges opp gjennom andre metoder enn den statistiske. Det virker derfor ikke som at det eksisterer klare argumenter for å gå over fra den statistiske til den normative metoden når det gjelder pleie- og omsorgssektoren.

## 6.4 Kommunal tildeling, aktivitetsbasert finansiering

I modell (3) og (4) tildeler kommunene ytelser i form av tjenester eller kontanter til brukerne. Staten aktivitetsfinansierer kommunene enten på grunnlag av enkelttjenester/ytelser eller på grunnlag av ADL- gruppering av brukerne (jfr. kapittel 5). En kan videre tenke seg at staten fullfinansierer eller delfinansierer den kommunale aktiviteten (jfr. finansieringen av sykehusene gjennom DRG- systemet). Her er utgangspunktet at stat delfinansierer den kommunale aktiviteten. I modell (3) er ytelsene ikke rettighetsfestet, mens dette er tilfellet i modell (4).

### *Modell 3: Ikke rettighetsfestede ytelser*

Vi benytter evalueringskriteriene listet opp over:

*Tilgang til og fordeling av pleie- og omsorgstjenester:* I den grad det skjer rasjonering i dagens system (og det er det grunn til å tro at det gjør), vil modell 3 gi

økt tilbud av kommunale pleie- og omsorgstjenester eller –ytelser. Dette har sammenheng med at staten vil bære en andel av kostnadene ved tjenestene eller kontantytelsene. Vi kan forstå hovedeffekten med utgangspunkt i diskusjonen i kapittel 4: Aktivitetsbasert finansiering vil fungere som et prisvridende tilskudd, gjøre pleie- og omsorgstjenestene relativt billigere for kommunen enn andre tjenester og dermed vri ressursene over mot denne type aktiviteter og ytelser. Aktivitetsbasert finansiering vil ha sterkere effekt på tilbudet til høyere refusjonssatsen er. Hvordan andre kommunale tjenester kommer ut når det gjelder volum og kvalitet på tilbudet kan ikke predikeres a priori, men må undersøkes ex post.<sup>5</sup> De totale kostnadene til sektoren vil da øke som følge av økt aktivitetsnivå.

Aktivitetsbasert finansiering vil trolig ha sterkere effekt på tilbudet dersom den er knyttet til enkelttjenester (fee-for-service) enn dersom den er knyttet til ADL-grupper. Dette utsagnet er basert på to forutsetninger: 1) ADL-gruppene vil måtte baseres på gjennomsnittspriser for en gruppe av tjenester og vil dermed ikke fange opp den heterogenitet som eksisterer i ressursbruk innenfor ADL-gruppen og 2) ansatte i pleie- og omsorgstjenestene vil være litt mer restriktive med å tildele ytelser til brukere som har kostnader over gjennomsnittet av ADL-gruppen enn de vil være med ytelser til brukere med kostnader under gjennomsnittet.

Med utgangspunkt i diskusjonen i kapittel 4, er det grunn til å anta at ulikhetene mellom kommunene vil øke noe ved delvis statlig aktivitetsfinansiering av tjenester og ytelser i pleie- og omsorgssektoren. Årsaken er at kommunene med de høyeste inntektene vil ha bedre muligheter for å utløse refusjoner fra staten enn kommuner med lavere inntekter.

*Kvalitet:* Et grunnleggende problem ved prising i ADL-grupper, og særlig dersom det er få grupper, er seleksjonseffekter. Siden ADL-gruppene vil være lite homogene vil kommunene ha insentiver til å senke kvaliteten til pasienter med kostnader under

---

<sup>5</sup> Dette avhenger blant annet av hvordan det aktivitetsbaserte tilskuddet blir finansiert. Dersom det finansieres ved et trekk i den generelle rammeoverføringen til kommunene, kan tilbudet av andre tjenester bli redusert.

---

prisen for den enkelte ADL- gruppe. Dette problemet vil reduseres ved økning i antall ADL- grupper. Problemet reduseres ytterligere ved aktivitetsbasert finansiering av enkelttjenester.

*Kostnadseffektiviteten i tjenestene:* Prisen på ADL- gruppene vil være satt på grunnlag av nasjonale analyser. Dette gjør at et ADL- basert system vil fungere som en målestokk- konkurranse. Kommuner med høye kostnader vil bli presset ned mot det nasjonale gjennomsnittet, mens kommuner med lave kostnader vil få romsligere budsjetter per bruker. Tilsvarende vil være med et system basert på finansiering av enkelttjenester. Effektivitetseffektene vil i tillegg avhenge av hvordan tjenestene finansieres internt i kommunen (se Hagen og Iversen, 1996)

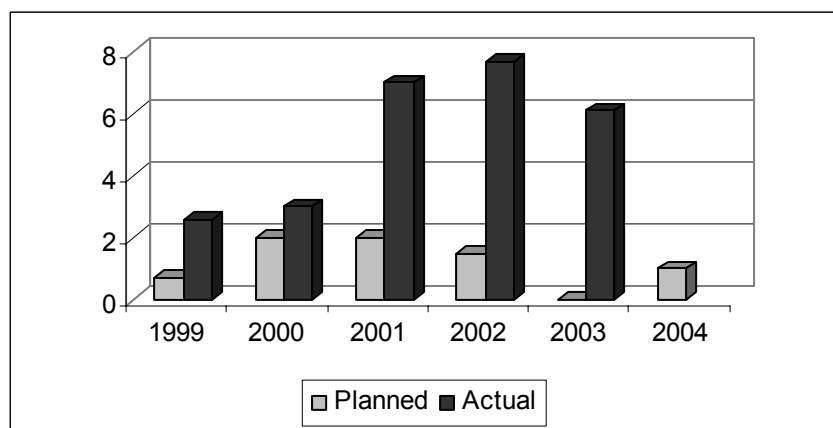
For kommunen med høye enhetskostnader for eksempel som følge av spredt bosetting, kan nasjonale gjennomsnittspriser representere et betydelig problem. En måte å håndtere dette problemet på vil være å kompensere kommunene for kostnadsulemper gjennom Inntektssystemet som i dag. Så lenge staten bare delfinansierer pleie- og omsorgsyttelsene vil dette være mulig uten større problemer. Til høyere den aktivitetsbaserte fastprisrefusjonen er, til høyere må imidlertid presisjonsnivået i øvrige deler av overføringssystemet mellom staten og kommunene være.

Både modellen med ADL-basert finansiering og finansiering av enkelttjenester har to grunnleggende problem som begge kan påvirke kostnadseffektiviteten i tjenestene. Det er for det første vanskelig for staten å verifisere informasjonen om de pleietrengendes funksjonsevne (ADL- skåre). For det andre har kommunene insentiver til å kode pasientene med så høy ADL- skåre som mulig. Summen av disse to problemene er at vi over tid kan oppleve en glidning i de gjennomsnittlige ADL- skårene. Liknende problemer er registrert i sykehusene og omtales gjerne som DRG- kryp. Resultater er at det utløses mer ressurser fra staten enn det som skal utløses.

En måte å håndtere dette problemet på er å innføre en statlig revisjonsordning. Slike ordninger eksisterer i forhold til DRG- koding i de fleste landene som benytter dette

systemet. En kan tenke seg at ordningens baseres på stikkprøver slik vi kjenner det fra sykehusene i mange land.

*Kostnadskontrollen, dvs. samsvaret mellom planlagte og realiserte kostnader, kan bli lavere. Erfaringene fra sykehussektoren kan her tjene som eksempel. Som vist i figuren 6.2, er sammenhengene mellom planlagt og realisert aktivitetsvekst meget svake i perioden etter innføring av ISF. For eksempel ble det fra 2002 til 2003 lagt opp til 0-vekst, mens realisert vekst ble på nærmere 6 prosent.*



Figur 6.2 Planlagt og realisert aktivitet målt i DRG- poeng

Erfaringene fra sykehussektoren der en innførte delvis aktivitetsbasert finansiering fra 1997 indikerer at dette ledet til ansvarsuklarheter og ”svarteper”-spill rundt finansieringen. Sykehusene og fylkeskommunene hevdet at staten underfinansierte sykehusene både gjennom lave basisrammer og lave satser på DRG-refusjonen. Dette ledet til underskudd. Staten på sin side hevdet at fylkeskommunene ikke klart å avpasse aktiviteten til rammene. ”Svarteper”-spillet fikk som resultat at staten år etter år ble presset til å gi tilleggsbevilgningen til sykehusene. Det kan ikke utelukkes at en liknende effekt kan bli resultatet ved innføring av aktivitetsbasert finansiering av pleie- og omsorgstjenestene.

---

I den grad kostnadskontrollen svekkes, vil også de totale kostnadene ved tjenestene øke.

*Effekter for lokaldemokratiet.* Et klassisk prinsipp ved det representative (lokal-) demokratiet er at partiene konkurrerer om velgeroppslutning. Det partiet som kan tilby velgerne den beste pakken av kommunale tjenester vil vinne i oppslutning på valgdagen. Hvis velgerne ønsker pleie- og omsorgstjenester vil partiene foreslå dette; hvis velgerne foretrekker noe annet vil partiene foreslå det. Slik sett vil vi forvente at konkurransen om velgertilslutning i den enkelte kommune vil medføre tilpasning til velgernes ønsker. Innføring av statlige aktivitetsbasert finansiering av pleie- og omsorgstjenestene vil neppe påvirke lokaldemokratiet i særlig grad. Kombinert med lovfestede rettigheter vil derimot aktivitetsbasert finansiering redusere viktigheten av kommunen som allokeringmekanisme.

#### ***Modell 4: Rettighetsfestede ytelser***

Rett til pleie- og omsorgstjenester må knyttes til målinger av fysisk og kognitiv funksjonsevne på en slik måte at nedsatt funksjonsevne til et bestemt nivå utløser et rettskrav om tjenester eller kontantytelser. I fortsettelsen forutsetter vi at brukerne vil kunne plasseres i ADL-grupper og at dette er de enhetene som legges til grunn for finansieringen.<sup>6</sup> De som velger kontantytelser kan for eksempel få utbetalt 70 % av kostnadene ved den ADL- gruppe de er plassert i. Vi forutsetter fortsatt delfinansiering av aktiviteten fra staten til kommunene.

*Tilgang til og fordeling av pleie- og omsorgstjenester:* I den grad det skjer rasjonering i dagens system, vil modell 4, som modell 3, gi økt tilbud av kommunale pleie- og omsorgstjenester eller –ytelser. I modell 3 ble tilbudet stimulert av et prisvridende tilskudd. I modell 4 vil tilbudet i tillegg være bestemt av brukerens rettskrav. Det er grunn til å anta at modell 4 vil gi høyere ytelser enn modell 3 fordi rettskravene vil gjøre at kommunenes prioriteringer tillegges mindre vekt: Tilbudet

---

<sup>6</sup> Vi diskuterer med andre ord ikke alternativet med finansiering av enkelttjenester (fee-for-service)



som gis vil være tilnærmet uavhengig av kommunens økonomiske situasjon. Det kan imidlertid være noe innslag av skjønn i fastsettelsen av brukerens funksjonsevne og vi må anta at kommunens økonomiske situasjon og refusjonssatsen som benyttes i den aktivitetsbaserte finansieringen i noen grad vil kunne påvirke hvordan skjønnet utøves. De samlede utgiftene til pleie- og omsorgstjenestene vil øke.

I den grad staten bare delfinansierer pleie- og omsorgssektoren gjennom den aktivitetsbaserte finansieringen, vil vi måtte vente reallokering av ressurser mellom sektorene. Særlig sektorer der brukerne har svake rettigheter vil være utsatt for nedprioroteringer.

*Kvalitet:* Effektene vil i hovedsak være som for modell 3.

*Kostnadseffektiviteten i tjenestene:* Effektene vil i hovedsak være som for modell 3.

*Kostnadskontroll:* Det er grunn til å anta at kostnadskontrollen svekkes ytterligere i forhold til modell 3 i og med at brukerne gis et rettskrav om tjenester eller kontantytelser. Kommunene vil ha sterke insentiver til å skyve også ansvaret for produksjonen over på staten. Dette vil igjen påvirke kostnadene i sektoren som totalt sett blir høyere.

*Effekter for lokaldemokratiet.* Aktivitetsbasert finansiering kombinert med lovfestede rettigheter til tjenester eller ytelser vil redusere viktigheten av kommunen som allokeringmekanisme. Kommunebudsjettene vil i høyere grad være bundet opp. Kommunen vil i helse- og sosialsektoren i praksis stå igjen med lokaliseringsbeslutninger.

---

## 6.5 Statlig tildeling, aktivitetsbasert finansiering

I dette alternativet tar staten over oppgaven med å fastsette brukernes pleie- og omsorgsbehov og tildele tjenester eller kontantytelser. På samme måte som i modell 4, kan en tenke seg rettighetsbaserte goder. Det forutsettes en statlig ytre etat for eksempel underlagt Sosial- og helsedirektoratet og/eller Fylkesmannen med en desentralisert (kommunal) struktur. Modellen vil da ha sterke likhetstrekk med den tyske modellen når det gjelder organiseringen av tildelingssiden (men ikke forsikringssiden). Kommunene kan i en slik modell få hovedansvaret for å organisere tilbudet av pleie- og omsorgstjenester, men en kan også benytte andre aktører.

*Tilgang til og fordeling av pleie- og omsorgstjenester:* I den grad det skjer rasjonering i dagens system og det ytelsesnivået staten legger seg på ligger høyere enn det gjennomsnittlige nivået for pasienter som i dag mottar pleie- og omsorgstjenester, så vil modellen gi økt tilbud av pleie- og omsorgstjenester. En annen tilnærming er at det er store variasjoner mellom kommunene i tildelingskriterier. Innføring av statlig tildeling vil da i utgangspunktet bidra til å jevne ut forskjellene, d.v.s. at det i noen kommuner vil være flere som får tildelt pleie- og omsorgstjenester mens det i andre blir færre.

*Kvalitet:* Problemet med seleksjon som er beskrevet i tilknytning til modell 3, vil også gjelde her. Det vil i tillegg oppstå kvalitetsproblemer som følge av lokale kostnadsvariasjoner for eksempel som følge av spredtbygdhet. Det kan tenkes to måter å håndtere dette på: 1) Ved variasjon i statlige fastprisrefusjoner eller 2) ved at kommunene dekker kostnader utover den statlige fastprisrefusjonen. Begge modellene vil imidlertid ha klare svakheter. I den første modellen vil det antakelig bli permanent strid om hvilke regioner/kommuner som skal få de høyeste refusjonssatsene. Den andre modellen, kommunal medfinansiering, vil antakelig være vanskelig å etablere. Hvorfor skulle kommunene gå inn som medfinansier i statlige tjenester?

*Kostnadseffektiviteten i tjenestene:* Kostnadseffektiviteten i de deler av det tjenesteproduserende apparatet som har hatt høye kostnader vil bli presset ned mot det nasjonale gjennomsnittet, mens kommuner med lave kostnader vil få romsligere budsjetter per bruker.

*Kostnadskontroll:* Se modell 4.

*Effekter for lokaldemokratiet.* Kommunen som lokalpolitisk system som foretar allokeringstilbud, vil her ikke eksistere. Kommunen blir en aktør av flere som tilbyr tjenester som er finansiert av staten. En kan eventuelt tenke seg at kommunene står som garantist for et tilbud dersom ingen andre tilbydere melder seg.

## 6.6 Konklusjoner

Vi kan oppsummere vår gjennomgang av finansieringsordninger i pleie- og omsorgstjenestene med at det er full mulig å etablere en statlig aktivitetsbasert finansieringsordning for de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. En kan tenke seg en slik finansieringsordning etablert etter mønster av ordningen med innsatsstyrt finansiering i sykehusene. Der en i sykehusene benytter diagnoserelaterte grupper som enheter for finansieringen, vil en i pleie- og omsorgstjenestene kunne klassifisere brukerne i ressursmessig relativt homogene ADL -grupper som det beregnes gjennomsnittskostnader for. Gjennomsnittskostnadene benyttes i neste omgang som grunnlag for statlige refusjoner.

Effektene av en slik ordning vil antakelig være noen av de samme som vi har sett i sykehussektoren. Tilbudet av tjenester (og kontantytelser) vil øke. De totale kostnadene vil øke. Kvaliteten og kostnadseffektiviteten vil være betinget av kvalitet og kostnadseffektivitet i utgangspunktet. Kostnadskontrollen vil bli svekket.

Et mer grunnleggende spørsmål er imidlertid om det er mulig å innføre aktivitetsbasert finansiering samtidig som en beholder kommunalt ansvar for pleie- og omsorgstjenestene. Erfaringene fra sykehussektoren der en innførte delvis

---

aktivitetsbasert finansiering fra 1997 indikerer at dette ledet til ansvarsuklarheter og ”svarteper”-spill rundt finansieringen. ”Svarteper”-spillet fikk som resultat at staten fra 2002 overtok ansvar og eierskap til spesialisthelsetjenestene (Hagen og Kaarbøe, 2004). Vi har beskrevet hvordan en statlig organisasjons- og finansieringsmodell for pleie- og omsorgstjenestene kan utformes.

En umiddelbar innvending mot en slik løsning er at lokaldemokratisk styring av tjenesteproduksjonen forsvinner. Tjenestene blir en del av den lokale eller regionale stat med forankring i et sentralt departement som skal prioritere tjenester og stå for anskaffelsen og/eller produksjonen. En svakhet med modellen er knyttet til rasjoneringsbeslutningene. Dersom vi fortsatt skal ha gratis tjenester, vil etterspørselen bli høy. En konvergens mot den kontinentale sosialforsikringsmodellen med klarere koplinger mellom forsikringspremier og ytelser, kan da bli resultatet. En bør avklare om dette er ønskelig før en innfører aktivitetsbasert finansiering.

Rapportens hovedkonklusjon blir da at det er mulig å innføre statlig aktivitetsbasert finansiering av kommunenes pleie- og omsorgstjenester, men at modellen kanskje ikke vil representere en løsning som vil være stabil over tid. En ikke usannsynlig utvikling er at modellen vil skape ansvarsuklarheter mellom kommuner og stat. En vil da komme i en situasjon der en må velge mellom tilbakegang til dagens rammefinansieringsmodell og statlig overtakelse av pleie- og omsorgstjenestene.

## Kildeliste

- Biørn, E, T. P. Hagen, T. Iversen and J. Magnussen (2003) "The effect of activity based financing on hospital efficiency: A panel data analysis of DEA efficiency scores, 1992-2000". *Health Care Management Science*, 6 (4):271-283.
- Borge, L.-E. og J. Rattsø (1992): "Kommunenes prioriteringer før og etter inntektssystemet: estimering av en dynamisk modell for kommunenes tilpasning". *Norsk Økonomisk Tidsskrift* 106:17-40.
- Borge, L.-E. og J. Rattsø (1993): "Dynamic responses to changing demand. A model of the reallocation process in small and large municipalities in Norway", *Applied Economics* 25: 589-598.
- Borge, L.-E. og J. Rattsø (1995): «Demographic Shift, Relative Costs and the Allocation of Local Public Consumption in Norway». *Regional Science and Urban Economics* 25:705–726.
- Borge, L.E., Rattsø, J. and Sørensen, R.J. (1995) "Local government service production: The politics of allocative sluggishness", *Public Choice* 82:135-157.
- Cuellar, A. E. and J. M. Wiener. 2000. Can Social Insurance for Long-Term Care Work? The Experience of Germany. *Health Affairs*, (19)3: 8-25
- ECON – Senter for økonomisk analyse (1998): "Effekter av øremerkede tilskudd", *Rapport 63/98*. Oslo: ECON – Senter for økonomisk analyse.
- Ellis, R. P. og T. G. McGuire (1996): "Hospital response to prospective payment: moral hazard, selection, and practice style effects", *Journal of health economics* 15: 257-277.
- Feder, J., H. L. Komisar and M. Niefeld. 2000. Long-Term Care In The United Stes: An Overview. *Health Affairs*, (19)3:40-56.
- Green, J.P., P.E. Peterson og J.T. Du (1999): "The effectiveness of school choice – The Milwaukee experiment", *Education and urban society* 31 (2): 190-213 JAN 1999.
- Grytten J. og R. J. Sørensen. (1998): "Kontraktsformer og tilbudsinduksjon: En sammenligning av private allmennleger med og uten driftsavtale", *BI Discussion Paper 2/98*. Sandvika: Handelshøyskolen BI.
- Hagen, T. P. (1996a): "Effekter av øremerkede tilskudd til fylkeskommunene". *NIBR-notat 1996:112*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Hagen, T.P. (1997): "Agenda-settig power and moral hazard in principal-agent relations: evidence from hospital budgeting in Norway", *European Journal of Political Research*, 31: 287-314.

- 
- Hagen, T.P. (2001): ”Skapte innsatsstyrt finansiering større ulikheter mellom fylkeskommunene i tilbudet av somatiske helsetjenester”, *Arbeidsnotat 2001: 1*. Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo.
- Hagen, T.P. og R. J. Sørensen (2001a): *Kommunal organisering*. 5. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hagen, T. P. og S. M. Nerland (2001): ”Sykehuslegenes oppfatning av ISF: kartlegging basert på en spørreundersøkelse”, *Arbeidsnotat 2001: 3*. Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo.
- Hagen, T.P og T. Iversen. 1996. «Modeller for finansiering av sykehustjenester.» *Sosialøkonomen*, 10:32-39.
- Hagen, T. P. og T. Iversen (2002): ”Innsatsstyrt finansiering og utviklingen av pasientsammensetningen i norske sykehus 1995-2000”, *Arbeidsnotat 2002: 1*. Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo.
- Halsteinli, V., H. Torvik og T. P. Hagen (2002): Vekst og virkemidler fylkeskommunale effekter av ISF og øremerkede tilskudd til psykisk helsevern. Trondheim: Sintef Unimed.
- Helderman, JK., FT Schut, TED van der Grinten, WPMM van de Ven. 2005. “Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands.” *Journal of Health Politics, Policy and Law*, forthcoming.
- Henke, K.-D. and J. Schreyögg. 2004. *Toward sustainable health systems*. Berlin: Berlin Technical University, Department of Public Finance and Health Economics.
- Hofmarcher, M.M., M. Riedel and G. Röhring. 2004. *Health System Watch Quarterly no. III 2004*. Wien: Institut für höhere studien.
- Hogan, W.P. 2003. ”Review of Pricing Arrangements in Residential care. Long Term Aged care. International Perspectives. Commonwealth of Australia: Department of aging and Health.
- Håkonsen L, Løyland K, Lie K (2000): *Statlig styring av kommunene - effektivitets- og fordelingsvirkninger*, Rapport nr 180. Telemarksforskning – Bø.
- Inman, R.P. (1979): ”The fiscal performance of local government: an interpretative review”. In Mieszkowski, P. og M. Straszheim: *Current issues in urban economics*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Jacobzone, S., E. Cambois, E. Chaplain, J. M. Robine. 2000. ”The Health of Older Persons in OECD Countries; Is it Improving Fast Enough to Compensate for Population Ageing?” *Labour Market and Social Policy – Occasional Paper no. 37*. Paris: OECD

- Jegers, M. et al. A Typology for provider payment system in health care. *Health Policy*, 2002, 60: 255-273.
- Matsuda, S. and M. Yamamoto. 2001. Long term care insurance and integrated care for the aged in Japan. *International Journal of Integrated Care*, September 2001.
- McCall, N., J. Korb, A. Petersons and S. Moore. 2003. Reforming Medicare Payments: Early Effects of the 1997 Balanced Budget Act on Postacute Care. *The Milbank Quarterly*, (1):2: 277-303.
- McKneight, R. 2004. Home Care Reimbursement, Long-term Care Utilization and Health Outcomes. NBER Working Paper 10414. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.
- Milgrom, P. and J. Roberts (1992): *Economics, organization and management*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.
- Mitchell, O. S., J. Pigogott and S. Shimizutani. 2004. Aged-Care Support in Japan: Perspectives and Challenges. NBER Working Paper 10882. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.
- Mossialos, E. and J. Le Grande (1999): *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.
- Nerland, S. M. (2001): "Er liggetid betinget av finansieringsordning? En analyse av paneldata fra 63 norske somatiske sykehus i årene 1976-1999", *HERO Skriftserie 2001: 13*. Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo.
- Nerland, S.M.; Ludvigsen, S.; Hagen, T.P.; Sørensen, R.J. 2002. "Finansieringsmodeller og brukervalg i kommunene." Arbeidsnotat 2002:3. Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo.
- NOU 1999:15 Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sykehus
- NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenestene.
- Nordisk råd 2001. Kommunala utjämningssystem i Norden (Nord 2001:002). København: Nordisk råd
- OECD 1992. The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries. *Health Policy Studies 2002/2*. Paris: OECD
- Paton, C. 2000. The Impact of Market Forces on Health Systems. Rerreview of Evidence in the 15 EU Member States. Dublin: European Health Management Association.
- Rattsø, J. (1987): *Kommunenes tilpasning til overføringssystemet. En modell-analyse av kommunenes allokering av arbeidskraft*. Oslo: Kommunaldepartementet/NORAS.

- 
- Rattsø J. (1989): *Local government allocation of labour and the grant system: an applied model analysis of local government behaviour in Norway*, Environment and planning C: Government and policy, 1989, volume 7.
- Rattsø, J. (ed.) (1998): *Fiscal federalism and state-local finance – The Scandinavian perspective*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Rice, N. and P. Smith. 2001. Strategic resource allocation and funding decisions. I Mosialos, m. fl. *Funding Health care: options for Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Robinson R. 1998. *Managed Competition: Health Care Reform in the Netherlands*. I Renade W (ed.). *Markets and Health Care: A Comparative Analysis*. London and New York: Longman.
- Rongen, G. (1995): «Effekter av øremerkede tilskudd til kommunene». *Rapport*. Sandvika: Handelshøyskolen BI.
- Rubinfeld, D. (1987): "The economics of the local public sector". In A.J. Auerbach og M. Feldstein: *Handbook of public economics, Vol II*. Amsterdam: North Holland.
- Swan, J. H et al. 2000. Medicaid Nursing Facility Reimbursement Methods: 1979-1997. *Medical Care Research and Review* (57)3: 361-378.
- Søderström, L. 1998. Fiscal federalism: the Nordic way. In J. Rattsø (ed.). *Fiscal federalism and state-local finance – The Scandinavian perspective*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Toresen, J. (2001a): "Øremerkede tilskudd til pleie og omsorg: økonomiske virkninger", *NIBR-Notat 2001: 113*. Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Toresen, J. (2001b): "Sykehusoppjøret: økonomiske virkninger for de nye fylkeskommunene", *NIBR-Notat 2001: 115*. Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Van de Ven, W. P. M. M. and R. Ellis. 2000. Risk adjustments in competitive health plan markets. In J. P Newhouse and A. J. Culyer (eds) *Handbook in Health Economics*. Amsterdam: North-Holland.
- Van de Ven, WPMM., RCJA van Vliet, and LM Lamers. 2004. Health-adjusted premium subsidies in the Netherlands. *Health Affairs*, vol 23, No. 3, May/June 2004, 45-55.