



Samordning og finansiering av kommunale helsetjenester

Jan Erik Askildsen
Egil Kjerstad

Samordning og finansiering av kommunale helsetjenester

Jan Erik Askildsen, Uni Rokkansenteret
Egil Kjerstad, Samfunns- og næringslivsforskning AS

November 2009

STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER

Uni Rokkansenteret

© Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier (Rokkansenteret) 2002

Omslagsdesign og trykk: Master Trykk og Kopi A/S

Layout: Rokkansenteret

ISBN 978-82-8095-065-9

ISSN 1503-4844

Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier (Rokkansenteret) har en todelt publikasjonsserie, i tillegg til en særtrykkserie. Publikasjonsserien redigeres av et redaksjonsråd bestående av forskningsdirektør og forskningsledere. Redaksjonsrådet har ansvar for å vurdere og plassere publikasjonene som henholdsvis rapporter og notater.

I rapportserien trykkes ferdige vitenskapelige arbeider, for eksempel sluttrapporter fra forskningsprosjekter. Manuskriptene er vurdert av redaksjonsrådet eller en fagfelle oppnevnt av redaksjonsrådet.

Som notater trykkes arbeidsnotater, foredrag og seminarinnlegg. Manuskripter som trykkes som notater godkjennes av prosjektleder.

Som særtrykk utgis arbeider som allerede er publisert i vitenskapelige tidsskrift eller i bøker.

Innhold

Forord	5
Sammendrag	6
Summary	7
Kapittel 1: Bakgrunn og problemstilling	9
Kapittel 2: Teoretiske prinsipper for finansiering	13
2.1 Innledning	13
2.2 Noen premisser og avgrensninger	14
2.3 Nærmere om utforming av styringssystemer	15
2.4 Kontraktstyper	17
2.4.1 Fastpriskontrakter	17
2.4.2 Kostnadsdelingskontrakter	21
2.4.3 Kostnadsdekningskontrakter	22
2.5 Konklusjoner	23
Kapittel 3: Kommunale oppgaver og finansiering	25
Kommunenes oppgaver innen helsetjenester	25
Finansiering av kommunale tjenester	27
Kapittel 4: Hvilke insentiver ligger i nåværende system for kommunal finansiering?	31
Frie inntekter (rammetilskudd og lokale skatteinntekter)	31
Øremerking	33
Brukerbetaling	34
Driftsavtaler i helsesektoren	34
Fastlegeordningen	36
Kapittel 5: Hvilke alternative finansieringsformer kan gi bedre ressursbruk?	37
Samhandling	37
Interkommunalt samarbeid	40
To-nivå modell	40

Aktivitetsbasert finansiering av helsetjenesten i kommunene?	41
Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten (dansk modell)	42
Kapittel 6: Oppsummering av diskusjon om prinsipper for finansiering . . .	47
Kapittel 7: Samhandlingsreformen	
– noen perspektiver på økonomiske incentiver	49
Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten	49
Økt grad av rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten.	51
Økonomisk ansvar for utskrivingsklare pasienter.	52
Fastlegene	52
Litteratur	53
Noter	54
Rapportserie Rokkansenteret	56

Forord

Dette prosjektet er gjennomført på oppdrag fra fagforeningen Unio av Rokkansenteret i samarbeid med Samfunns- og næringsforskning AS. Forfatterne takker forbundsleder Anders Folkestad og tillitsvalgte i Unio for mange kommentarer og diskusjon underveis. Disse har vært veldig viktige og nyttige for å sikre en mest mulig korrekt institusjonell ramme for drøftingen. Vi vil også takke forsker Simon Neby ved Rokkansenteret for gjennomlesning og innspill, og Vidar Van Gool for faglige innspill til deler av rapporten. Konklusjoner som er trukket står imidlertid for forfatternes regning.

Bergen, 29.10.2009

Jan Erik Askildsen
Forskningsdirektør
Prosjektleder

Egil Kjerstad
Forsker

Sammendrag

Rapporten diskuterer ulike forslag som er relevante for arbeidet knyttet til Stortingsmelding nr 47 2008-2009, Samhandlingsreformen, lagt fram av Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2009. Utgangspunktet er at mange av problemene i norsk helsesektor kan relateres til dårlig samhandling mellom de to nivåer i helsesektoren, altså mellom helsetjenesteproduksjonen i kommunene og i sykehusene. Det sentrale spørsmålet er om nåværende og foreslåtte alternative finansieringssystemer for helsetjenester vil støtte opp om målsettinger om effektiv ressursbruk og bedre samhandling. Et hovedproblem er at de to nivåer står overfor svært ulike incentiver. Sykehusene har gjennom sin aktivitetsbaserte finansiering incentiver til å ta imot pasienter, men gjerne skrive dem raskt ut. De kommunale helsetjenester som sykehjem og hjemmesykepleie er i hovedsak finansiert i form av en ramme, og kommunene har derfor incentiver til å la mest mulig behandling foregå andre steder, og gjerne utsette mottak av pasienter fra helseforetakene. Kommunenes manglende incentiver til pasientbehandling kan også forklare at de i dag i for liten grad synes å utnytte mulighetene til å la fastlegene jobbe 20 % av tiden i kommunehelsetjenesten. I rapporten drøftes ulike forslag til endringer i finansiering av helsetjenesten, blant annet en kommunal medfinansiering av helseforetakene og en reduksjon av den aktivitetsbaserte finansiering av spesialisthelsetjenesten. Slike endringer innebærer at kommunene bærer et større ansvar for sykkelighet i kommunen, og de gir incentiver til øke tjenesteproduksjon der på bekostning av helseforetakene. Spørsmålet er imidlertid om tiltakene er tilstrekkelig omfattende og treffsikre. Ett problem er om norske kommuner er finansielt robuste nok til å bære en økt risiko. Et annet er at løsninger kan forutsette politisk vanskelige samordningstiltak mellom kommuner. Dernest kan det diskuteres i hvor sterk grad kommunene reelt sett kan påvirke innlegging og behandling i helseforetakene. Her vil det trolig ha stor betydning om man lykkes i å utnytte allmennlegerressurser i større grad i det kommunale helsetjenestearbeidet, først og fremst innen hjemmesykepleie og sykehjem. Det legges også stor vekt på at det gis sterkere incentiver til forebygging. Problemet med forebygging er at kommunene på kort sikt kan ha dårlige incentiver til dette, og at det ofte er sparsomt med dokumenterte effekter av ulike tiltak. Det er spesielt et problem at de mulige effekter kan komme langt fram i tid, mens politikere som avgjør budsjetter og prioriteringer kan være mer opptatte av kortsiktige og synlige resultater.

Summary

The report discusses various policy initiatives which are relevant for a governmental project with the aim of improving coordination between specialist health care services and municipal health care. Today the responsibility for supplying health care is shared between the central government and 430 municipalities. Possible suggestions are presented in a government white paper, «Stortingsmelding nr. 47 2008–2009, Samhandlingsreformen», presented June 2009 by the Ministry of Health and Care Services. It is argued in the white paper, and in this report, that key problems in administration of health care services are related to poor coordination of the two administrative levels. Main objective of the report is to discuss whether existing and suggested systems of financial arrangements will improve governance, and make room for better coordination. A main problem is that the two levels of governance are faced with financial systems which are not aligned to each other. The governmentally owned hospitals are partly financed by an activity based system, which gives the hospitals incentives to attract patients but also to reduce time spent within the hospital. Municipal health care services are financed from the municipalities' block grants. These services include nursing homes and home based care, which are often supposed to be the recipients of patients from hospitals. But with a block grant system, they may want to reduce intake of these patients, which may have to stay too long at hospitals. Municipals also have the right to demand primary care physicians to work for the municipalities, by contract up to 20% of full time job. However, this possibility seems to be underutilized. This may again be explained by poor incentives within the municipalities, since payment to the physicians for this service will have to be taken from the block grants, which may have a high opportunity cost. In this report, several suggestions for change of finance of the health care sector are discussed. A much debated reform suggestion is to make municipalities partly responsible for finance of the hospital sector. This may be done by transferring a share of the hospitals' activity based finance to municipalities, which in the next round have to pay for their inhabitants' use of specialist health care services. The municipalities will receive their share as part of their block grants, and make payments based on activity. This will make it more profitable for municipalities to increase treatment locally, and correspondingly make less use of hospital services. A key problem is, however, whether the municipalities really are capable of affecting the stream of patients into hospitals, and then how strong incentives have to be for effects to be of any magnitude. Another problem is related to risk. Since Norwegian municipalities are small, patients with costly treatment demands may result in a heavy financial burden for some municipalities. Lastly, the governmental white paper

puts much emphasis on prevention of illnesses. Incentives may be improved when municipalities have to pay more for increased morbidity. However, a problem is that the returns from preventions are uncertain, and they often come quite far into the future, maybe beyond the planning horizon of politicians in office.

Kapittel 1:

Bakgrunn og problemstilling

Rapporten diskuterer virkninger av ulike modeller for finansiering av helsetjenestene, med vekt på kommunehelsetjenesten. Problemstillinger knyttet til samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten vil også stå sentralt. Drøftingen tar utgangspunkt i sentrale målsettinger for det offentlige tjenestetilbudet, som høyere kvalitet og bedret kostnadseffektivitet. Hensikten er å vise hvordan ulike modeller for organisering og finansiering av helsetjenesten som anses relevante for Stortingsmelding nr 47 2008-2009, Samhandlingsreformen, vil påvirke produksjonen av helsetjenester, først og fremst i kommunene. Det understrekes at rapporten er skrevet før Stortingsmeldingen forelå. Det er i ettertid skrevet et avsluttende kapittel som drøfter noen av de sentrale forslag i meldingen, med basis i drøftingen i rapporten.

Vi tar utgangspunkt i nåværende organisering og finansiering av det kommunale helsetjenestetilbudet. Basert på en teoretisk og prinsipiell gjennomgang av hvordan ulike finansieringsmekanismer virker i forhold til sentrale mål for et helsetjenestetilbud, drøfter vi om dagens ordninger i kommunene ligger til rette for å levere en ønsket sammensetning og omfang av helsetjenester, til lavest mulige kostnader. Deretter vil samme utgangspunkt brukes for å analysere virkninger av mulige alternative organisasjonsformer. Det må understrekes at sistnevnte tema ikke kan være noen fullstendig liste over alle tenkelige organisasjonsformer. Vi trekker fram ordninger som har vært fremme i debatten de senere år, og som synes å kunne være aktuelle reformforslag fra utvalget nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet («samordningsutvalget»). Således drøftes viktige forslag som også fremmes i Stortingsmeldingen som kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, pasientflyt mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten, og problemer med å sikre tilstrekkelig omfang på forebygging. Det vises for øvrig til kapittel 7 for en drøfting av forslagene i Stortingsmeldingen som dreier seg mer spesifikt om finansieringsordninger.

Til grunn for vurderingen vil det ligge at reformforslag som innebærer forbedringer av nåværende organisering og finansiering av kommune- og spesialisthelsetjenesten bør tilfredsstille noen overordnede ønskemål for pasientbehandling:

- Et helsetilbud av høy kvalitet i riktig omfang til alle som trenger det uavhengig av bosted og sosial bakgrunn
- LEON-prinsippet (i Stortingsmeldingen omtalt som BEON-prinsippet)
- Forebygging kan ha gode langsiktige helsegevinster
 - Forebygging er en typisk kommunehelsetjenesteoppgave

Disse målsettinger vil vi ikke problematisere som sådan, selv om de selvsagt kan diskuteres. Vi tar dem for gitt i denne drøftingen, og vil følgelig være opptatt av hvordan ulike mekanismer kan bidra til å tilfredsstillere disse mer helsefaglig begrunnede målsettinger. I den mer prinsipielle drøftingen vil vi imidlertid ta utgangspunkt i økonomisk-teoretisk funderte formuleringer av denne typen målsettinger. *Hensikten er på det grunnlaget å kunne si noe om hvorvidt ulike modeller for finansiering av helsetjenestetilbudet i kommunene gir kommunene incentiver til å gjennomføre pålagte og valgfrie oppgaver.*

Vi vil videre drøfte litt utførlig enkelte konkrete alternative modeller for produksjon av helse- og omsorgstjenester – noen av dem er allerede tatt i bruk. Her kan vi selvsagt ikke gi noen fullstendig oversikt. Nedenfor gjengir vi likevel en liste over noen organisatoriske virkemidler som har vært framme i debatten om samordning og kommunalt ansvar for helsetjenester:

- Samhandling mellom de ulike nivåer i helsetjenesten bør stimuleres
 - Bidrar måten helsetjenestene er finansiert på til å sikre god samordning og fordeling av tjenestetilbudet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten?
 - Hvordan kan betalingssystemer endres for å fremme samhandling?
- Er rammene for driften slik at helsetjenestetilbudet bør være hver enkelt kommune sin oppgave, eller bør interkommunalt samarbeid oppmuntres?
 - Er norske kommuner for små til å drive et effektivt helsetilbud?
 - Kan kommunene påta seg flere oppgaver?
- Helsehus (lokalmedisinske sentre)
 - Samling av flere aktiviteter i en organisatorisk enhet. Det kan være tjenester som i dag ligger både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.
 - Kan «Helsehus» være et egnet samordningsorgan mellom kommuner og helseforetak?
- To-nivå kommunemodellen
 - Kommunene har et overordnet (politisk) nivå som bestemmer ressursbruk og gir rammene for styring på nivå 2, som er en brukerorientert resultat enhet.
- Bør finansiering av spesialisthelsetjenesten endres?
 - Fører ulike finansieringsordninger i kommune- og spesialisthelsetjenesten til incentivproblemer som hindrer samordning og oppfyllelse av LEON-prinsippet
 - Spesielt er spørsmålet om aktivitetsbasert finansiering i helseforetakene (DRG-basert) og rammefinansiering i kommunene fører til at pasienter behandles på feil nivå.
 - Bør kommunene ha noe aktivitetsbasert finansiering, eller bør denne reduseres i helseforetakene?
- Dansk modell for medfinansiering av spesialisthelsetjenesten:

- I Danmark betaler kommunene oppimot 20 % av kostnadene (innekter) i spesialisthelsetjenesten
- Denne kommunale betalingen er delt mellom et aktivitetsavhengig og et innbyggerbasert bidrag (grunnbidrag)
- Bestiller-/utførermodellen
 - Denne drøfter vi ikke eksplisitt, men kommer inn på dens virkninger i ulike sammenhenger
- Driftsavtaler og refusjonsordninger
 - Driftsavtalen for fysioterapi har en medfølgende betalingsordning med interessante incentivvirkninger knyttet til seg. Avslutningsvis diskuteres det hvorvidt denne kan ha generell relevans for helsepersonell.
- Fastlegeordningen
 - Selve finansieringen av listepasientaktiviteten forutsetter vi ligger fast, og vi vil ikke diskutere den her.
 - Bruk av fastlegene i kommunehelsetjenesten er derimot relevant, dvs. konkret hvordan og hvorvidt kommunene vil bruke den andel av legetid for fastleger under kontrakt som de kan kreve. Dette vil vi komme inn på i drøfting av ulike andre modeller og finansieringsformer.

Det finnes flere aktuelle institusjonelle ordninger i helsesektoren som en kunne tenke seg ville bli berørt av en samhandlingsreform, men der det ikke er åpenbart hva som er konsekvenser for finansiering og de økonomiske incentiver. Vi nevner to potensielle organisasjonmessige reformer (eller utvidelser av eksisterende ordninger) som vi imidlertid ikke vil berøre nærmere siden medfølgende incentivordninger er uklare.

- Primærkontakt og henvisninger
 - Fysioterapeuter med mastergrad, eller videreutdanning i manuellterapi, har nå fått en utvidet rett til sykmelding og henvisning (til bl.a. spesialisthelsetjenesten). Norsk sykepleierforbund har foreslått en ordning med «fast-sykepleier», som innebærer at pleietrengende og kronikere tilordnes en fast sykepleier som primærkontakt. Fordelene er her knyttet til bedre pasientkunnskap hos flere grupper av helsepersonell, samt utnyttelse av kunnskapen hos flere yrkesgrupper, og derved mer adekvat behandling. Det kan imidlertid være en ulempe at flere yrkesgrupper har henvisnings- og sykmeldingsrett, når det gjelder å utforme mekanismer for å kontrollere den totale henvisning og sykmelding.
- Lærings- og mestringsentre
 - Dette er spesielt relevant for forebygging, men vi har per i dag lite grunnlag for å drøfte deres rolle, og mer spesielt hvordan de kan fremmes av finansieringsmekanismene. Det er et viktig organisatorisk tema hvorvidt slike sentre plasseres i kommune eller spesialisthelsetjenesten. LEON-prinsippet bør her være en rettesnor, og uten at en kan si generelt hva konklusjon da blir i mer konkrete tilfeller, siden aktiviteten kan være av ulik art.

Sentrale moment for drøfting og analyser i mer konkrete tilfeller blir hvorvidt endringer

som skissert over kan føre til mer og bedre behandling, pleie og omsorg, sett i forhold til utforming av finansierungs- og incentivordninger.

Dersom kommunene skal påta seg flere oppgaver, eller bidra i finansiering av flere helsetjenester (for eksempel via spesialisthelsetjenesten) vil det formodentlig kreve økt ressurstilførsel til kommunene. Således blir det interessant å drøfte hvorvidt de økte ressurser, uavhengig av hvor de kommer fra (enten «friske» midler fra staten, eller overført fra spesialisthelsetjenesten), vil kunne ha de ønskete effekter. Et sentralt spørsmål er om nåværende incentivsystemer i kommunene er slik at aktiviteten begrenses, eller om problemet rett og slett er manglende ressurser. Her vil vi imidlertid ta ressurstilgangen for gitt, og drøfte incentivvirkningene, gitt de rammer som eksisterer. Dermed er spørsmålet om kommunene opererer tilstrekkelig effektivt, ved at de får nok ut av tilgjengelige ressurser, en sentral problemstilling. Med effektivt menes her at de ønskede tjenestene produseres i ønsket omfang, med ønsket kvalitet og til lavest mulig kostnad (ressursbruk). Problemstillingen dreier seg da ikke først og fremst om det trengs mer penger, men om utforming av alternative betalings- og belønningssystemer.

Drøftingen vil så langt mulig bli søkt illustrert og underbygget med eksempler. Det kan dreie seg om hvorvidt det henvises for mange pasienter til spesialisthelsetjenesten, og hva slags problemer som eksisterer ved tilbakeføring av pasienter til kommuner fra spesialisthelsetjenesten. Vi kan også illustrere med noen analyser som ser på betydningen av kommunale ressurser for å ta imot pasienter fra spesialisthelsetjenesten.

Utredningen er organisert som følger. I kapittel 2 redegjøres for de teoretiske og prinsipielle egenskaper ved ulike finansieringsmekanismer og styringssystemer. Kapittel 3 inneholder en relativt kortfattet oversikt over nåværende organisering og finansiering av kommunenes helsetjenestetilbud, mens incentivvirkningene knyttet til disse ordninger diskuteres i kapittel 4. I kapittel 5 drøfter vi på liknende vis hvordan noen alternative modeller eller reformforslag vil kunne virke. I begge disse to sistnevnte kapitler vil utgangspunktet være den prinsipielle gjennomgangen i kapittel 2. Oppsummeringer og hovedkonklusjoner av drøftingen presenteres i kapittel 6, mens vi i kapittel 7 knytter noen kommentarer til forslag som er lagt fram i Stortingsmelding nr. 47 2008–09 Samhandlingsreformen, framlagt etter at den opprinnelige rapporten ble skrevet.

Kapittel 2:

Teoretiske prinsipper for finansiering

2.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi skissere noen prinsipper for finansiering og forklare incentiveeffektene av disse. Vi skal belyse hvordan de gir eller ikke gir

1. motivasjon til høy produksjon
2. motivasjon for kostnadskontroll og dermed kostnadseffektivitet
3. motivasjon til å levere høy kvalitet i tjenestetilbudet
4. motivasjonen til organisasjonsintern samhandling
5. motivasjonen til ekstern samhandling (kommuner og helseforetak, kommuner imellom)

Utgangspunkter er følgende tre hovedtyper av kontrakter som det i prinsippet kan tenkes blir inngått:

- a. fastpriskontrakter
- b. kostnadsdelingskontrakter
- c. kostnadsdekningskontrakter

Det kan her være snakk om kontrakter mellom statlige myndigheter på den ene siden og kommuner og helseforetak på den andre siden, eller kontrakter innad i en kommune i forhold til de enkelte tjenesteprodusenter. Bestiller-utfører perspektivet er gjennomgående i diskusjonen, som i all hovedsak blir prinsipiell og overordnet. Det gis likevel flere eksempler på situasjoner som kan være aktuelle for styring av norsk helsevesen.

Innledningsvis kan det også være formålstjenlig å presisere de sentrale samfunnsøkonomiske krav til effektiv ressursbruk i kommunesektoren. Det er kravene om *kostnadseffektivitet* og *prioriteringseffektivitet*.

Kostnadseffektivitet innebærer at tjenestene produseres så billig som mulig. Det innebærer at en kombinerer og bruker de tilgjengelige ressurser (stort sett arbeidskraft) på den beste måten, og til de priser (ofte lønn) som er nødvendig for sikre de ønskede tjenester. Tjenesteproduksjonen i kommunene er ofte skjermet fra konkurranse, noe en generelt mener ikke fremmer kostnadseffektivitet. Ulike former for konkurranseutsetting, eksempelvis ved bestiller-utfører modeller, kan imidlertid bidra til å sikre bedret kostnadseffektivitet. Det kan også etableres andre er markedsliknende styringssystemer som sikrer kostnadseffektivitet i produksjonen

av kommunale tjenester. Slike styringssystemer er ofte det som betegnes som «new public management» (NPM).¹

Kravet om *prioriteringseffektivitet* er knyttet til omfang, sammensetning og standard på tjenestene. Tjenestetilbudet skal utformes slik at innbyggernes velferd blir høyest mulig. For de tjenester som kommunene produserer, er tanken at kommunene er bedre enn staten til å tilpasse tjenestetilbudet til lokalbefolkningens ønsker og lokale kostnadsforhold. Kommunalt ansvar kan da gi en desentraliseringsgevinst. Desentraliseringsgevinsten er økningen i velferd ved å tillate den enkelte kommune og fylkeskommune å variere tjenestesammensetningen. Det skjer ved at fordelingen av midler mellom ulike kommunale oppgaver tilpasses lokale forhold knyttet til etterspørsel og kostnader ved produksjonen (f.eks. eldreomsorg vs. grunnskole). Dernest må omfanget av kommunalt forbruk sees i forhold til privat forbruk, rent konkret ofte i vurdering av lokal beskatning og brukerbetaling, og ved en vurdering av hvilke oppgaver som kan privatiseres.

Det bør også påpekes at den kommunale aktiviteten kan påvirke forbruk eller produksjon i andre kommuner. Da bør kommunene samarbeide om løsninger. For helsetjenester er denne effekten kanskje størst ved at det kan være stordriftsfordeler ved at kommuner går sammen om produksjon av enkelte tjenester.

2.2 Noen premisser og avgrensninger

Hovedtemaet i dette kapittelet er som nevnt en prinsipiell drøfting av styringssystemer i virksomheter som produserer rettighetsbaserte helse-, pleie- eller omsorgstjenester til ikke-kostnadsdekkende brukerpriser. Virksomhetene kan inngå i en «verdikjede», som involverer to eller flere virksomheter.

I arbeidslivet er det en grunnleggende utfordring at den eller de personene som er satt til å lede virksomheter må delegere helt eller delvis den praktiske gjennomføringen av virksomhetens oppgaver til andre personer.² Den grunnleggende utfordringen består i at ledelsen er avhengig av at andre personer blir motiverte til å gjøre en optimal innsats og at de samme personene opptrer lojalt overfor de målsettingene som er nedfelt for virksomheten. Interne styringssystemer – vi skal i avsnitt 2.3 utdype hva vi legger i begrepet – er ofte brukt som betegnelse på et sett av virkemidler som skal bidra nettopp til slik innsats og lojalitet. Interne styringssystemers viktigste funksjon er med andre ord å bidra til at virksomheten når sine målsettinger.³

En annen opplagt side ved arbeidslivet i sin alminnelighet er at virksomheter verken i privat eller offentlig sektor kan betrakte seg som uavhengig av andre virksomheter. En virksomhet, det vil si ansatte og ledelse i virksomheten, kan påvirke muligheten til å nå målsettinger nedfelt hos en annen virksomhet. Vi kan tenke oss at avhengigheten kan være symmetrisk eller asymmetrisk; av kort varighet eller mer permanent; utgjøre en liten del av totalvirksomheten eller representere en sentral del av virksomhetenes *raison d'être*. Utformingen av styringssystemer hos virksomheter som er avhengige av hverandre kan derfor tenkes å være mer eller mindre kompatible, noe vi skal drøfte konsekvensen av i avsnitt 2.4.

Mange offentlige virksomheter, kommunale og statlige, er opprettet for å bidra til økt velferd til personer som har legitime rettigheter til tjenestene som virksomhetene produserer. For de samme tjenesteområdene, er det flere steder etablert private virksomheter i direkte konkurranse med eller som supplement til offentlige tjenesteytere. Det finnes en rekke offentlige virksomheter som er produksjonsbedrifter i mer tradisjonell forstand: industribedrifter, olje- og gasselskaper, renovasjonsselskap⁴ med videre, som omsetter sine varer og tjenester i et marked til priser fastsatt i henhold til tilbud og etterspørsel eller basert på resultatene fra anbudskonkurranser. I et utvidet perspektiv påvirker også slike virksomheter velferden til folk, men her skal vi konsentrere oss om virksomheter som langt på vei utelukkende beskjeftiger seg med tjenesteproduksjon direkte rettet mot sluttbrukere. Tjenestetypene vi har i tankene er eksempelvis drift av barnehager, grunnskoleundervisning, videregående opplæring, pleie- og omsorg og primær- og spesialisthelsetjenester. Vi er med andre ord opptatt av virksomheter som produserer sentrale velferdsgoder i det norske samfunnet. Det er typisk slik at disse tjenestene er rettighetsbaserte, dvs. brukerne har en rett til å få tilgang til tjenestene som produseres, i motsetning til for eksempel hva tilfellet er for produktet en industribedrift leverer.

Det er også typisk at tilgangen til tjenesten enten ikke koster noe for bruker eller bruker møter regulerte og relativt lave priser målt mot produksjonskostnadene.⁵

Et tredje trekk for flere velferdsgoder er at bruker (som for eksempel en pasient eller pleietrengende person) kan være avhengig av kjedete tiltak, som kan involvere to eller flere ulike virksomheter. Vi tenker her på situasjoner der en virksomhet gjør en innsats for en person, som så leder over i at en annen virksomhet med en annen tjenestetype tar over oppfølgingen av vedkommende.

Disse trekkene understreker også hvor sammensatt offentlig tjenesteyting kan være og gir også en indikasjon på at utformingen av styringssystemene må favne om flere dimensjoner. Dette kommer vi tilbake til.

Innsatsstyrt finansiering av spesialisthelsetjenesten og fritt sykehusvalg representerer forsøk på å endre insentivene til aktører i helsesektoren, og mange av velferdsreformer i Norge og andre land har karakter av å etterligne markedslignende mekanismer.

2.3 Nærmere om utforming av styringssystemer

La oss starte med å skissere noen grunnleggende utfordringer som ledelsen må ta stilling til når (nye) styringssystemer skal utformes og iverksettes:

- Asymmetrisk informasjon, dvs. at aktører som skal utføre handlinger på vegne av ledelsen har mer informasjon om sentrale forhold ved tjenesteproduksjonen. Eksempler på slike forhold er reelle kostnader; muligheter til å effektivisere produksjonen; organisasjonsmessige forhold, mv.⁶
- Manglende evne til «å binde seg», dvs. at ledelsen ikke kan - på en troverdig måte - signalisere at iverksatte styringssystemer «er kommet for å bli». Når aktørene

som skal styres har den oppfatningen at styringssystemene kan bli endret, vil de ha insentiver til å ta høyde for dette ved sin egen tilpasning, noe som kan bidra til at styringssystemet ikke får de ønskede virkninger.⁷

- Avhengighet av «mellommenn», for å få iverksatt (nye) styringssystemer. Ulike interesseorganisasjoner kan innta en mer eller mindre aktiv rolle i et spill om utforming og iverksettelse av styringssystemet. På noe sikt kan målet for slike «mellommenn» være å få i stand reformer av ordningene gjennom å bygge allianser internt og eksternt.

Tilnærmingen til styringsproblemene som vi har valgt, går under betegnelsen prinspal-agent teori. Prinsipalen ønsker å få gjennomført et tiltak eller et prosjekt og er avhengig av å sette bort den utførende aktiviteten til en agent, som utfører tiltaket på vegne av prinsipalen. Agenten har imidlertid som oftest mer informasjon om de praktiske muligheter for gjennomføringen av prosjektet enn prinsipalen har. Dette er i seg selv ikke et problem. Problemet oppstår når agenten har andre målsettinger enn prinsipalen. Et eksempel på styringsproblemer som har sin rot i ulike målsettinger, er helseforetaksledelsens krav om økt kostnadseffektivitet, for å bidra til å redusere underskudd eller for å bidra til «mer helse for hver krone». En slik målsetting kan stå i motsetning til helsepersonellens oppfatning av hva som skal til for å gi tilfredsstillende pleie og behandling.

Et annet eksempel er at private målsettinger kan være diktert ut fra private karrierehensyn, for eksempel ved at sykehusleger satser på behandling av mer prestisjefylte sykdomsformer som kommer få til gode framfor mer trivielle lidelser som kan være mer utbredt.

Et tredje eksempel på styringsproblem, som er knyttet til manglende troverdighet omtalt over, er statlige myndigheters ønske om å sikre at alle pasienter mottar behandling innen rimelig tid. Dersom helseforetakene kan argumentere for at garantien ikke kan innfries p.g.a. den generelt anstrengte økonomiske situasjonen i sykehussektoren, så vil dette kunne svekke insentivene til å holde fristene. Ventelistene kan så brukes som «skyts» overfor bevilgende myndigheter om at sykehusene trenger ekstrabevilgninger.

Disse eksemplene illustrerer også at når ledelsen ikke har full oversikt over ansattes forutsetninger for å gjennomføre tiltaket, så kan ledelsen vanskelig avgjøre om et dårlig resultat skyldes manglende eller utilstrekkelig innsats fra ansattes side eller andre forhold utenfor de ansattes kontroll. Dette kan ansatte eventuelt utnytte til å fremme sine egne interesser på bekostning av virksomheten samlet sett. Ideelt sett bør derfor styringsregimer utformes slik at egennyttige aktører motiveres til å utføre de handlinger som bidrar mest til virksomhetenes måloppfyllelse, det være seg målsettinger knyttet til økt kostnadseffektivitet, bedret service, mer innovasjon eller langsiktighet i beslutninger.⁸

Generelt er det svært krevende å utforme optimale styringssystemer som skal kunne ta hensyn til så sammensatte private preferanser som beskrevet ovenfor. Her vil vi likevel forsøke å anskueliggjøre noen mulige konsekvenser for utformingen av styringsregimer. Diskusjonen vil være partiell, dvs. ta for seg en eller noen få problemstillinger om gangen.

Bildet kompliseres ytterligere når man forsøker å ta hensyn til hvordan endrede rammevilkår kan påvirke viktige kvalitetsmessige forhold ved den behandlingen som ytes. I mange sammenhenger framstår tilgjengeligheten til tjenester, og likhet og rettferdighet i tilbudet til ulike grupper av pasienter (geografiske fordelinger; aldersmessige fordelinger; kjønnsmessige fordelinger m.v.), som sentrale kvalitetsdimensjoner. Vi legger disse dimensjonene ved kvalitetsbegrepet til grunn her.

Det er også viktig å understreke at på tross av mange forsøk på å karakterisere og forklare hovedfaktorene bak for eksempel helseprodusentenes atferd, så finnes det ikke en samlet teoretisk oppfatning av hvordan slike aktører vil tilpasse seg endrede rammevilkår, og det finnes heller ikke empiriske bevis som kan opprettholde klare og utvetydige hypoteser om hvordan produsentene vil tilpasse seg under ulike forhold.

2.4 Kontraktstyper

La oss for enkelhets skyld anta at vi studerer en situasjon med en bestiller (prinsipal) og en utfører (agent). Vi skal endre på denne forutsetningen etter hvert. Vi bygger dessuten argumentasjonen på at bestiller ikke kjenner til sammensetningen av kostnadsstrukturen til utfører(ne), dvs. bestiller vet ikke om en utfører disponerer en teknologi eller organisasjon som kan betegnes som høyproduktiv eller lavproduktiv. Bestiller kan heller ikke observere graden av innsats fra ledelse og ansatte. Vi har med andre ord en situasjon med asymmetrisk informasjon mellom bestiller og utfører.

2.4.1 Fastpriskontrakter

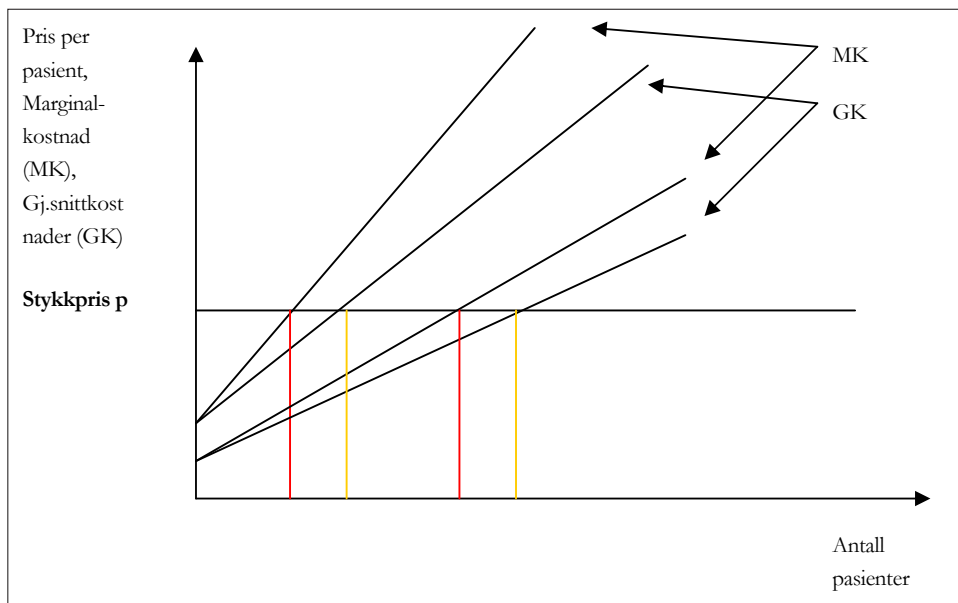
Fastpriskontrakter innebærer at bestiller og utfører er enige om en på forhånd avtalt pris for tjenesten (behandlingen av en pasient med en bestemt diagnose; betaling per time fysioterapeutisk behandling; betaling per student mv). Avtalen kan for eksempel være inngått etter en anbudskonkurranse. Prisen kan være pr enhet (som stykkpris for hver pasient behandlet i helseforetakene, DRG-pris), eller en gitt betaling for aktiviteten i en periode (rammefinansiering).

Fastpriskontrakter vil i prinsippet kunne gi sterke incentiver til å levere relativt høyt volum i tjenestetilbudet (antall behandlede pasienter; antall gjennomførte konsultasjoner; mv). Fastprisen er utførers eneste inntektskilde og inntektene øker dermed proporsjonalt med fastprisen. Vi ser med andre ord bort fra muligheten til at utfører kan motta ekstrabevilgninger enten gjennom høyere fastpris eller rammetilskudd. Hvor sterke disse incentivene til å levere relativt høyt volum er, vil blant annet avhenge av målsettingen som bestiller har for virksomheten og hvor høy stykkprisen er i forhold til kostnadene ved å behandle en ekstra pasient. Antar vi at utfører vektlegger «fortjenesten», dvs. hva man sitter igjen med netto (stykkepris – behandlingstkostnad per individ), så viser figur 1 at en utfører med lav marginalkostnad vil tilby et volum som er større enn en utfører med en relativt høy marginalkostnad. X_L og X_H er henholdsvis produksjonsnivået til lavkostnads- og høykostnadsvirksomheten. Det er verdt å påpeke at kostnadsforskjellene ikke trenger å være basert på lønnsforskjeller, men på hvor

dyktig ledelsen er; hvor godt organisert og strukturert arbeidsoppgavene er; godt eller dårlig arbeidsmiljø; høyt eller lavt sykefravær mv.

Antar vi at bestiller ikke er opptatt av fortjeneste, men at virksomheten skal «gå i null», så vil samme forhold gjelde, som figur 1 viser. Lavkostnadsvirksomheten vil ønske å tilby mer av tjenesten enn høykostnadsvirksomheten.

Figur 1



Fastpriskontrakter gir også sterke incentiver til kostnadsreduksjoner gitt at utfører fritt kan disponere eventuelle overskudd og at fastprisen ikke reduseres som følge av effektiviseringen. Årsaken til de sterke incentivene er at utfører oppnår en gevinst dersom tjenesten kan produseres rimeligere enn den på forhånd avtalte prisen. I prinsippet vil incentivene bety at utfører ønsker å flytte kurven for gjennomsnittlig totalkostnad, og dermed også marginalkostnadskurven, mot høyre. Dette er en variant av figur 1 bare at vi nå oppfatter kurvene som to situasjoner for samme virksomhet. Endringene i kostnadsstruktur vil medføre økt tilbud av tjenester enten utfører er en lavkostnadsvirksomhet eller en høykostnadsvirksomhet. De sterkeste incentivene til kostnadseffektivisering og dermed høyere produksjon får utfører dersom utfører vet at/forutsetter at fastprisen ikke reduseres og at fortjenesten på en eller annen måte ikke blir trukket inn av bestiller.

Forutsetter vi at høy kvalitet innebærer høyere kostnader sammenliknet med lav kvalitet, så vil en fastpriskontrakt ikke nødvendigvis sikre det ønskede kvalitetsnivået. Årsaken er å finne i de samme forhold som gir sterke incentiver til kostnadsreduksjon. Ved å redusere kvaliteten, så øker «kilen» mellom fastprisen og behandlingkostnaden (kostnadskurvene flyttes mot høyre/nedover). Lavere kvalitet innebærer derfor i

prinsippet en mulighet for høyere volum. Kvaliteten på tjenestene må derfor under slike kontraktsforhold sikres gjennom formelle tilleggskontrakter, som åpner opp for verifisering av kvalitetsnivået av en tredjepart (eksempelvis domstol). Dette kan ofte være vanskelig, siden kvalitet kan inneholde aspekter som ikke er entydig observerbare.

Når det gjelder motivasjonen til organisasjonsintern samhandling, så må vi utvide historien for å kunne få belyst slike forhold. La oss først anta at utfører (agenten) består av to ulike avdelinger, som begge er engasjert i tjenesteproduksjonen, og fastpriskontrakten er inngått på en slik måte at begge avdelingene er kontraktspartnere, fordi bestillingen krever det. Motivasjonen til kostnadseffektivitet er nå i stor grad bestemt av hvordan kostnadsbesparelser fordeles mellom avdelingene og hvor gjennomsliktig virksomheten er. Antar vi at begge avdelingene har fullstendig kjennskap til hvordan den andre avdelingen fungerer, så vil motivasjonen til kostnadskontroll være til stede i begge avdelingene.

La oss imidlertid tenke oss at den ene avdelingen er en kapitalintensiv avdeling med relativt høye faste kostnader og relativt lave driftskostnader på marginen, dvs. lave kostnader ved for eksempel å behandle en ekstra pasient. Den andre avdelingen, la oss kalle den pleieavdelingen, har en omvendt kostnadsstruktur, dvs. lave faste kostnader og høye driftskostnader på marginen. Kostnadsbesparelsene vil i en slik situasjon enklest kunne oppnås ved ekstrainsats fra den arbeidsintensive avdelingen, og motivasjonen vil være til stede gitt at man sitter igjen med deler av overskuddet, dvs. «kilen» mellom fastprisen og de samlede driftskostnadene. Uavhengig av om fastprisen på korrekt måte reflekterer de høye kapitalkostnadene eller ikke, så vil en prosentvis lik overskuddsdeling mellom avdelingene bety at ansatte i den kapitalintensive avdelingen mottar mer per ansatt enn den arbeidsintensive. Dette kan bety at motivasjonen til kostnadseffektivitet i den arbeidsintensive avdelingen svekkes i utgangspunktet, og kostnadskontrollen kan dermed svekkes totalt sett. Gitt at høy kvalitet koster mer enn lav kvalitet, enten det er i form av personalmessig innsats eller andre innsatsfaktorer, vil den organisasjonsinterne samhandling i slike tilfeller heller ikke uten videre sikre høy kvalitet.

Det diagnoserelaterte betalingssystemet (DRG baserte) som de statlige eide norske helseforetakene står overfor, har innebygd i seg problemstillinger som ligner på det som er beskrevet over. Ansattes moral og yrkesetikk vil kunne være en garantist for høyt kvalitetsnivå, men ikke uten videre i lengden. Man kan tenke seg at langvarige perioder med kostnadskutt gjør noe med moral og yrkesetikk, dvs. slitasjen gjør at man ikke lenger yter det ekstra som man var vant til å yte under andre arbeidsmessige forhold. I tillegg kan man ha fenomenet «endringstretthet» som gjør noe med evne, vilje og motivasjon blant ledere og ansatte når endring i seg selv blir en belastning, uavhengig av endringens innhold.

En annen utfordring er det såkalte «free-rider»-problemet. «Free-rider»-problemet beskriver en situasjon der den ene avdelingen yter mindre enn optimal innsats,⁹ samtidig som den vet at den er med å dele på overskuddet basert på optimal innsats fra den

andre avdelingen. Dersom begge avdelingene tilpasser seg på denne måten, så blir ikke kostnadseffektiviteten så høy som den kunne vært, overskuddet blir lavere enn hva det kunne vært, og volumet blir lavere enn hva det kunne være for gitt kvalitetsnivå.

En tredje potensiell viktig faktor er usikkerheten knyttet til hva de endelige kostnadene forbundet med tjenesteproduksjonen blir (eksempelvis en pasients generelle helsetilstand; en students motivasjon; en pleietrengendes behov for oppfølging mv). Gitt et regime med *faste* fastpriser, så bærer utfører all risiko. Utfører kan derfor få incentiver til å «å skumme fløten», dvs. velge ut «de lette pasientene», på samme måte som forsikringselskapene ønsker å velge ut lavrisikogrupper. Utfører vil med andre ord ønske et høyt volum med pasienter som kan behandles til relativt lave kostnader, og heller «ønske seg bort» pasienter som i forventning har relativt høye behandlingkostnader. Poenget er at ved å «skumme fløten», så vil utfører kunne flytte kostnadskurvene mot høyre, få en høyere fortjeneste og levere et høyere volum (jf. figur 1).

Dersom virksomheten er opptatt av «å gå i balanse», kan man tenke seg at dette endres. Utfører vil ha mindre motivasjon til å «skumme fløten» fordi inntektene fra behandling av «de lette pasientene» til en viss grad kan subsidiere kostnadene forbundet med behandlingen av de «tunge pasientene». Det vil likevel være slik at en virksomhet som går i null vil øke volumet ved å «skumme fløten» sammenliknet med en situasjon der man ikke «skummer fløten».

Drøftingen av incentivene til ekstern samhandling ved fastpriskontrakter krever igjen en utvidelse av historien vår. La oss anta at en bruker/pasient/elev/pleietrengende ikke bare er avhengig av tjenester fra en utfører, men fra to. Utførerne tilbyr ikke den samme tjenesten, men tjenestene inngår i et samlet tilbud, som bestiller naturligvis er kjent med. Leveranse fra kun en av utførerne er med andre ord ikke nok for å yte den hjelpen/støtten/behandlingen som vedkommende trenger. La oss forutsette at virksomhet A møter brukeren først, og behandlingsforløpet er slik at virksomhet B overtar ansvaret når A mener at de har behandlet ferdig vedkommende pasient. Antar vi at begge utførerne har inngått fastpriskontrakter (ikke nødvendigvis de samme stykkprisene siden tjenesteinnholdet vil være ulikt), så vil virksomhet A kunne ha incentiver til å få overført ansvaret for bruker så raskt som mulig til B. B på sin side vil kunne ha incentiver til å avslutte sitt behandlingstilbud så raskt som mulig og med så liten ressursinnsats som mulig. Vi forutsetter også at virksomhetene er opptatt av at «kilen» mellom fastpris og behandlingkostnad på marginen skal bli så stor som mulig. Endrer vi på denne forutsetningen, dvs. at målsettingen er at virksomhetene skal gå i null, så endrer dette på varighetene (intensiteten, kvaliteten) på tjenestetilbudet. Motivasjonen til å bli raskt ferdig med brukeren er lavere sammenliknet med situasjonen over, men den fjernes ikke. Denne situasjonen er relevant for samordning mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

La oss utvide samordningsdrøftingen. Anta at helse- og omsorgssektoren i en kommune mottar stykkpris per behandlet eldre pasient. Sektoren, med de underliggende tjenesteproduserende enhetene, har inngått stykkpriskontrakter med forvaltningen (bestiller) i kommunen. Spesialisthelsetjenesten, som er eid av staten, står også

overfor stykkprisfinansiering. I en slik situasjon kan man tenke seg at behandlingssenheter innen helse- og omsorgssektoren anses til å øke behandlingsvolumet, noe som er gunstig sett fra samfunns side. Det er gunstig fordi flere eldre blir behandlet lokalt og uten sykehusinnleggelse, som vi antar representerer en mer kostbar behandlingsform sammenliknet med tjenestene helse- og omsorgsenhetene i kommunene kan levere. I en slik modell kan vi med andre ord tenke oss at arbeidsdelingen mellom kommuner og sykehus blir bedre sammenliknet med rammefinansiering av helse- og omsorgssektoren og stykkpris av sykehusene. Færre eldre pasienter sendes til sykehusene og dette kan få konsekvenser for behandlingsskøer. Ventetiden går ned for også andre pasientgrupper, og vi får en velferdsgevinst. Et annet interessant poeng er at «fløteskumming» fra helse- og omsorgsenhetenes side også vil kunne være velferdsforbedrende i denne modellen. «Fløteskumming» vil innebære at kommunen konsentrerer seg om å behandle de relativt «lette» pasientene, mens de «tyngre» sendes videre til spesialisthelsetjenesten. En slik tilpasning er fornuftig sett fra samfunnets side, gitt at kvaliteten på tilbudet i kommunen er godt nok i henhold til pasientens diagnose og behov.

Generelt vil en kunne hevde at stykkprisfinansiering gir sterkere incentiver til høy produksjon og kostnadseffektivitet enn hva rammefinansiering gir. Sistnevnte kan imidlertid gi bedre incentiver til kvalitet. En kombinasjon av de to, slik det er for helseforetakene i Norge, kan til en viss grad avbalansere produktivitets- og kvalitets hensyn.

2.4.2 Kostnadsdelingskontrakter

Kostnadsdelingskontrakter betyr at man kombinerer et fast budsjett, eller en ramme, med innsatsbasert refusjon til faste priser. Rammedelen er imidlertid «myk», dvs. den vil kunne variere avhengig av kostnadene som påløper. Det er et poeng at rammen ikke er stor nok til å dekke alle kostnadene. Utfører er også avhengig av en fastpris-komponenten, som ikke lar seg endre. Vi antar med andre ord at bestiller troverdig kan binde seg til ikke å endre fastprisen, men er villig til å endre rammen gitt at visse observerbare kriterier er oppfylt. Norske helseforetak får sine inntekter gjennom en kombinasjon av rammer og stykkprisbetaling. Antar vi at rammedelen er «myk», mens stykkprisen ligger fast, så kan vi si at sykehusene står overfor en kostnadsdelingskontrakt. Man kunne for eksempel tenke seg at helseforetakene, for visse pasientgrupper der den objektive risikoen for komplikasjoner er høy, mottok en stykkpris basert på DRG-systemet (Diagnose relaterte grupper), men at den pasientindividuelle rammen kunne endres basert på observerbare (for både utfører og bestiller) behandlings- og pleiekostnader. Helseforetakene vil ha svakere motivasjon til «å skumme fløten» siden risikoen deles med bestiller. Slik er det imidlertid ikke på generell basis, og etter regelen ikke for helseforetakene i Norge i dag. Det er imidlertid interessant å følge utviklingen i sykehusøkonomien – det er fortsatt slik at mange helseforetak har høyere kostnader enn inntekter – og hvordan staten som eier vil møte utfordringene som ligger i svekket sykehusøkonomi og påløpne underskudd. Vil man i praksis komme til at staten «starter på nytt» ved å dekke inn underskuddene, og dermed i praksis gjøre rammene «myke»,

eller vil man stå på at underskudd skal dekkes inn på et senere tidspunkt, dvs. forsøke å gjøre rammene «harde»?

Kostnadsdelingskontrakter skiller seg fra fastpriskontrakter ved at de gir svakere motivasjon til kostnadsreducerende innsats nettopp fordi risikoen deles og rammen kan endres. Risikoen for utfører er opplagt lavere sammenliknet med en situasjon med fastpriskontrakt. Denne typen kontrakter gir dermed heller ikke like sterke incentiver til å redusere kvalitetsnivået.

2.4.3 Kostnadsdekningskontrakter

Dersom bestiller dekker alle kostnader, betegnes kontrakten som en *kostnadsdekningskontrakt*. Denne typen kontrakter gir relativt svak motivasjon til kostnadsminimerende innsats. På den andre siden vil utfører være fullt forsikret mot risiko. Rammefinansieringssystemet kan fungere som en kostnadsdekningskontrakt dersom det ikke er knyttet produksjonsmessige mål til bevilgningen, for eksempel maksimumskrav til kvalitet og minimumskrav til antall brukere (pasienter, klienter) per år, og spesielt dersom rammen oppfattes som «myk». Kurdøgnsystemet som var måten norske sykehus fikk sine inntekter på 60- og deler av 70-tallet er eksempel på kostnadsdekningskontrakter. Et kanskje bedre eksempel, er når rammene blir oppfattet som svært «myke», dvs. at alle budsjettoverskridelser nærmest automatisk medfører tilleggsbevilgninger. Kostnadsdekningskontrakter gir dermed i utgangspunktet også sterk motivasjon til å holde et høyt nivå på tjenesteproduksjonen.

Motivasjonen til å «skumme fløten» og/eller til å redusere kvaliteten er trolig lavere under slike kontrakter sammenliknet med de to foregående, gitt at kostnadene så å si uansett kan overveltes på bestiller. Ikke-observerbare kostnader, dvs. kostnader som ikke vises som «kroner og ører» i et regnskap som vi her har forutsatt at bestiller og utfører baserer sine økonomiske overenskomster på, kan imidlertid spille en rolle.

La oss ta utgangspunkt i en situasjon der pleien av en pasient krever betydelig grad av tålmodighet av den eller de ansatte som har ansvaret for vedkommende pasient. I en slik situasjon kan man tenke seg at ansatte heller vil foretrekke å pleie andre pasienter enn den vanskelige pasienten. Profesjonalitet og fornuftig arbeidsdeling og – belastning på den enkelte ansatte vil naturligvis redusere motivasjonen til denne formen for «fløteskumming», uansett hvilke kontraktstyper som er inngått mellom bestiller og utfører. Under kostnadsdekningskontrakter vil man dessuten ha mulighet for å bruke flere ansatte på pasienter eller eldre pleietrengende med spesielle eller store behov for tjenester, siden kostnadene kan overveltes bestiller. I så måte vil kostnadsdekningskontrakter skille seg klart fra fastpriskontrakter, og delvis fra kostnadsdelingskontrakter. Forskjellen til sistnevnte kontrakter vil i stor grad være avhengig av hvordan rammedelen gjøres «myk». Vi kan tenke oss at det vil være mulig å ansette flere i en situasjon med ren kostnadsdekningskontrakt sammenliknet med en kostnadsdelingskontrakt, fordi bestiller i sistnevnte tilfellet vil måtte legge inn eksplisitte begrensninger på hvilke tiltak som skal komme inn under den «myke» delen av bevilgningene og hvor store endringene i rammedelen kan være.

Når det gjelder motivasjonen til intern samhandling, så vil kostnadsdekningskontrakter bidra til å «smøre» samhandlingen. Det er grunn til å anta at man under slike kontraktsvilkår vil ha få problemer med samhandling knyttet til oppgaver som vises i regnskapet. På den andre siden kan man ikke se bort fra at fordelingen av både antall ansatte og fordelingen av oppgaver kan være en kime til konflikter mellom avdelinger. Vi vil likevel tro at «myke» økonomiske rammer gjør at samarbeidsrelasjonene vil være enklere å håndtere sammenliknet med situasjoner der avdelingene står overfor fastpriskontrakter.

Den eksterne samhandlingen mellom to virksomheter som begge har inngått kostnadsdekningskontrakter med bestiller, vil trolig også være enklere å håndtere sammenliknet med en situasjon med fastpriskontrakter. «Tunge pasienter» vil uansett utløse ytreligere midler dersom det er nødvendig med flere ansatte, nytt behandlings- eller pleieutstyr mv.

I en situasjon der en virksomhet er underlagt en fastpriskontrakt og den andre en kostnadsdekningskontrakt, vil situasjonen kunne bli en annen. Virksomheten underlagt en fastpriskontrakt vil ha motivasjon til å sende pasienten videre så raskt som mulig eller forsøke å utsette mottaket så lenge som mulig. Virksomheten som er underlagt en kostnadsdekningskontrakt har på sin side svak motivasjon til å kjempe i mot slik atferd fra den andre enhetens side.

2.5 Konklusjoner

Fastpriskontrakter (eksempelvis stykkpriskontrakter) gir virksomheter sterke incentiver til å minimere kostnadene. I dette ligger det også at slike kontrakter kan gi sterk motivasjon til å redusere kvalitetsnivået på tjenestene som tilbys, som oppfattes som en uheldig side ved slike kontrakter sett fra en bestillers synspunkt og fra et brukersynspunkt. Man må derfor ha andre mekanismer som enten kan avsløre kvalitetsreduksjonen i forhold til kontraktsfestet nivå, eller mekanismer som bidrar til å dempe/reducere motivasjonen til å redusere kostnader gjennom kvalitetsreduksjoner. Incentivene til «fløteskumming» er også sterke, av samme grunn som når det gjelder kvalitetsreduksjon. «Fløteskumming» kan dessuten sies å representere en form for kvalitetsreduksjon for de gruppene som blir utsatt for det: Tilgjengelighetene reduseres. «Fløteskumming» trenger ikke være uheldig dersom det stimulerer til en fornuftig arbeidsdeling mellom virksomheter med ulik kostnadsstruktur og kompetanse. Fastpriskontrakter gir dessuten motivasjon til å produsere et så høyt volum som mulig for gitt kostnadsstruktur og stykkpris. Man sier gjerne at fastpriskontrakter kan bidra til å fjerne eller redusere organisasjonsmessig «slakk», dvs. at ressursene utnyttes best mulig.

Kostnadsdekningskontrakter (eksempelvis «myke» budsjettrestriksjoner) gir svak motivasjon til kostnadsreducerende innsats. Sammenliknet med å stå overfor en fastpriskontrakt, så vil en virksomhet produsere samme volum til en høyere kostnad. Virksomheten vil på den andre siden ha svak motivasjon til å redusere kvalitetsnivået. Snarere kan man hevde at virksomheten vil kunne tilby et (for) høyt kvalitetsnivå,

fordi kostnadene dekkes av bestiller. Motivasjonen til å «skumme fløten» er trolig også svak.

Kostnadsdelingskontrakter er en kombinasjon av de to foregående. Man kan blant annet tenke seg disse brukt på en måte som optimalt avveier hensynet til å holde kostnadene så lave som mulig samtidig som man reduserer motivasjonen til «fløteskumming» og kvalitetsreduksjoner.

Kapittel 3:

Kommunale oppgaver og finansiering

Dette kapitlet gir en oversikt over kommunal organisering og faktiske finansieringsordninger av helsetjenestetilbudet. Det er basert på foreliggende regler og ordninger. Hovedtankegangen bak at kommunene skal gjennomføre de tjenester de er pålagt, pleier en ofte å henføre til det såkalte *desentraliseringsprinsippet*. Det sier at offentlig tilbudte tjenester, der det ikke er vanlige markeder som avstemmer tilbud og etterspørsel med en prismekanisme, skal bli tilbudt av aktører som har de beste forutsetninger for å kjenne behovet lokalt. Når behovet varierer over landet, vil det innebære at enheter som kommuner vil kunne være de som best besitter denne kunnskapen, og derfor være dem som bør tilby de aktuelle tjenester. Vi vil her ta de beslutninger som er gjort om hvilke tjenester som tilbys av kommunene for gitt, med unntak av de avveininger som må gjøres i forhold til samhandlingsproblematikk mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

For å skjønne virkningen av ulike finansieringsordninger, er det viktig å ta utgangspunkt i det totale ansvar kommunene har for tjenesteproduksjon. I tillegg til helse- og omsorgstjenester som omtales noe mer i detalj nedenfor, har de ansvar for barnehager og grunnskole inkludert skolefritidsordningen, tekniske utbygging og tjenester (regulering, vann, kloakk, renovasjon etc.), kommunale veier, og aktiviteter innen kultur. I tillegg kan kommunene påta seg (ulike mer) rene forretningsorienterte oppgaver (eksempel innen el-forsyning), og de kan ha medeierskap i ulike andre selskap og aktiviteter sammen med andre offentlige aktører eller private aksjonærer.

Kommunene bestemmer selv det kommunale skattøret, som for alle kommuners vedkommende ligger på det maksimalt lovlige, og de kan ilegge innbyggerne eiendoms-skatt og ulike gebyrer og egenandeler for de fleste tjenester som tilbys (ikke skole). I prinsippet skal kostnadene for å tilby alle disse tjenester dekkes av kommunenes frie inntekter og inntekter fra eventuelle brukergebyrer.

Det finnes imidlertid for enkelte tjenester ulike øremerkede tilskudd fra statlige myndigheter, som har til hensikt å vri ressursbruken i kommunene. Man kan muligens hevde at slik styringsmotivert bruk av finansieringsordninger kan stride mot desentraliseringsprinsippet.

Kommunenes oppgaver innen helsetjenester

«Lov om helsetjenesten i kommunene», 1982, se <http://www.lovdatab.no/all/hl-19821119-066.html#1-1> regulerer hvilke tjenester innen helse og omsorg som kommunen har ansvar for, og skal tilby.

Kommunene har ifølge denne loven følgende fem *hovedoppgaver* som de er pålagt å drive:

1. Fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte. Tiltak for å oppfylle dette skal organiseres som
 - a. Miljørettet helsevern
 - b. Helsestasjonsvirksomhet
 - c. Helsetjenester i skoler
 - d. Opplysningsvirksomhet
 - e. Helsetjenester for innsatte
2. Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte
3. Medisinsk rehabilitering og habilitering
4. Pleie og omsorg
5. Hjelp ved ulykker og akutte situasjoner

For å løse disse oppgavene skal kommunen sørge for at følgende åtte funksjoner er tilgjengelige for befolkningen:

1. Allmennlegetjeneste, herunder en fastlegeordning
2. Legevaktordning
3. Fysioterapitjeneste
4. Sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie
5. Jordmortjeneste
6. Sykehjem eller bolig med heldøgns pleie og omsorg
7. Medisinsk nødmeldetjeneste
8. Transport av behandlingspersonell

Videre sies det i loven:

«Kommunen kan organisere disse tjenestene ved å ansette personell i kommunale stillinger eller ved å inngå avtaler med personell om privat helsevirksomhet som nevnt i § 4-1. Kommunen kan inngå avtale med andre kommuner, fylkeskommunen eller private om drift av sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie. Der forholdene ligger til rette og det finnes hensiktsmessig, kan kommunen også organisere ergoterapi og helsetjeneste ved bedrifter og ved primærnæring i kommunen.»

Loven sier imidlertid ikke hvor stort omfang det skal være av tjenestene, heller ikke noe detaljert om kvalitetsnivået på tjenestene, og presiserer ikke hvordan tjenestetilbudet skal skje.

Selv om denne utredningen har som utgangspunkt kommunenes totale tilbud av helse- og omsorgstjenester, kan det likevel være verdt å påpeke at i forhold til Unio sine medlemsorganisasjoner, så er tjenester innen fysioterapi og sykepleie på ulike vis eksplisitt lovpålagte, mens tjenester fra ergoterapeuter ikke er det direkte. For fysioterapeuter kan det inngås driftsavtaler, eller de kan ansettes direkte i kommunene. For sykepleiere er der ikke driftsavteleregulering, men yrkesgruppen utgjør en betydelig del av kjernepersonell i flere av de lovpålagte funksjoner, og blir dermed ansatt fast i kommunene eller hos dem som driver de aktuelle tjenester på oppdrag for kommunene, som også kan være private kommersielle eller ideelle institusjoner. Der er ikke regler for driftsavtaler med ergoterapeuter, som det altså vil være for fysioterapeuter, og som det dessuten kan være for kiropraktor. Det er normalt heller ikke trygderefusjon for tjenester utført av ergoterapeuter (her er der visse unntak). Imidlertid gjelder det for alle yrkesgrupper av helsepersonell at deres tjenester naturlig vil omfattes av de hovedoppgaver som kommunene har ansvar for. Dette gjelder selvsagt tilsvarende også for viktige yrkesgrupper som leger og hjelpepleiere.

Finansiering av kommunale tjenester

Finansieringssystem og organisering vil påvirke omfanget og sammensetning av de tjenester som blir tilbudt, og derved etterspørsel etter personell fra de ulike profesjoner som skal levere de faktiske tjenester til befolkningen. En gjennomgang av finansieringsordningene finnes i NOU 1997:8 «Om finansiering av kommunesektoren».

Finansieringen av kommunene er i hovedsak basert på *frie inntekter* fra kommunal beskatning og rammeoverføringer fra staten.

Den *kommunale beskatningsretten* er sterkt regulert. Inntektsskattesatsen kan fastsettes innen et lite variasjonsområde, og alle kommuner ilegger i dag maksimal inntektsskattesats. I tillegg kan kommunene ilegge eiendomsskatt, også det innen et regulert variasjonsområde. Ikke alle kommuner benytter seg av denne finansieringskilden. Det må påpekes at kommunenes inntekter fra beskatning av sine innbyggere, selvsagt er bestemt av skattegrunnlaget. Derfor finnes det en ujamningsordning mellom kommunene. Ut over dette, brukes skatteinntekter fritt av kommunene. Dette er i overensstemmelse med desentraliseringsprinsippet, og kan bidra til å sikre prioriteringseffektivitet.

Rammeoverføringer fra staten er basert på objektive kriterier som gir uttrykk for befolkningens etterspørsel etter de tjenester som inngår i kommunenes ansvarsområde. Således ujamnes inntektene mellom kommunene i forhold til befolkningssammensetning og andre forhold som gir opphav til ulike finansieringsbehov. Som det ligger i navnet, er overføringen en ramme som disponeres fritt av kommunene, på lik linje med skatteinntekt fra den ordinære inntektsskatten og inntekt fra eiendomsskatt. Bakgrunnen for at rammeoverføringer oppfattes som et egnet instrument for finansiering av kommunesektoren, er først og fremst at lokale skatteinntekter ikke er tilstrekkelige til å finansiere et tilfredsstillende tjenestetilbud. Når en da skal velge form på statlige overføringer, er fordelene med rammeoverføringer at de bygger opp

under ønsket om lokalt selvstyre ved at de gir kommunene handlefrihet i disponeringen av sine inntekter.

Rammeoverføringer kan, som lokale skatteinntekter, bidra til økt effektivitet. Oppgaveløsningen og tjenestetilbudet vil tilpasses lokalbefolkningens ønsker og lokale kostnadsforhold, noe som legger til rette for prioriteringseffektivitet i henhold til desentraliseringsprinsippet. Rammeoverføringer er også et nyttig virkemiddel i den makroøkonomiske styringen av kommunesektorens inntekter.

Kommunene mottar også *øremerkede* overføringer fra staten til spesielle tiltak, noen ganger kombinert med egenfinansiering. Hovedhensikten med bruk av øremerkede tilskudd (i stedet for finansiering via rammen), er at kommunene skal produsere mer av de tjenester som omfattes av tilskuddet. Desentraliseringsprinsippet og lokalt selvstyre sikrer altså ikke prioriteringseffektivitet sett fra sentrale myndigheters side, og statlige myndigheter griper via finansieringssystemet for å vri ressursbruken. Øremerkede tilskudd kan gis på flere måter. Den mest nøytrale måte er at det gis basert på de samme objektive kriterier som gjelder for rammetilskuddet. Dette er mest aktuelt når en tydelig kan observere om tiltaket blir gjennomført eller ikke. Stykkpris (slik som DRG basert prising i sykehus, en såkalt fastpriskontrakt) eller prosenttilskudd (som er et eksempel på en kostnadsdelingskontrakt) brukes når det vanskeligere kan observeres hvorvidt kommunene gjør de prioriteringer som en ønsker. Det har igjen bakgrunn i begrenset informasjon hos de statlige myndighetene om de lokale betingelser for produksjonen (for eksempel kostnadsforholdene). Normalt vil en basert på økonomisk teori, jfr. diskusjon i kapittel 2 over, hevde at stykkpristilskudd er å foretrekke grunnet krav til kostnadseffektivitet. Øremerking i form av prosenttilskudd gir svakere incentiver til å redusere kostnader, siden en del av gevinsten ved reduserte kostnader tilfaller staten i form av lavere overføringer til kommunen.

Det finnes en rekke ulike øremerkede tilskudd for helse- og omsorgstjenester i kommunene, se <http://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/kommuner>. Som eksempler kan nevnes tilskudd knyttet til opptrappingsplanen for psykisk helse, og tilskudd til etablering av interkommunalt legevaktssamarbeid. Vi finner det imidlertid ikke innen rammen for dette prosjektet å gå mer spesifikt inn på disse ordningene.

Til sist henter kommunene inntekter via *brukerbetaling og egenandeler*. Brukerbetaling varierer ganske betydelig mellom kommunene, og i NOU 1997:8 vises det at det er en sammenheng mellom betalingssetser for brukerbetalte tjenester og kommunenes økonomiske situasjon. Kommuner med høye frie inntekter pr. innbygger har f.eks. lavere betalingssetser for barnehager og VAR-tjenester (vann, avløp og renovasjon) enn kommuner med lave frie inntekter. Kommunenes inntekter fra brukerbetaling og egenandeler skal være begrenset oppad til selvkost for de tjenester det gjelder.

Brukerbetaling er av størst omfang innen kommunale helse- og omsorgstjenester (sykehjem, hjemmesykepleie, hjemmehjelp), og innen tekniske tjenester (vann, kloakk, renovasjon, vei). Innen helse- og omsorgstjenester har brukerbetalingen mer karakter av å være egenandeler, dvs. at brukerbetalingen utgjør en relativt liten andel av kostnadene. Fordelen med brukerbetaling er først og fremst at en knytter betaling direkte til

forbruket av tjenesten. Det betyr at en lar prismetanismen virke som en allokeringssmekanisme slik det gjør i vanlige markeder. Med det mener vi at forbrukerne selv avveier sitt forbruk ved å vurdere pris i forhold til sin egen betalingsvilje. Det bidrar til å sikre allokeringseffektivitet (prioriteringseffektivitet). Problemet er selvsagt at dette kan skape uheldige sosiale ulikheter i tilgang til tjenestene, noe som strider mot grunnleggende prinsipper for likhet i tilgang uavhengig av sosioøkonomiske forhold. Derfor er der spesielt for helse- og omsorgstjenester betydelige skjermingsordninger, samtidig som tilbudet i de fleste kommuner er rasjonert og blir tildelt mer etter medisinske og sosiale kriterier, og ikke etter betalingsvilje og -evne. Således kan en vel si at brukerbetaling i helse- og omsorgssektoren har lite etterspørselsregulerende effekt, og snarere har en ren provenyeffekt for kommunene. På den annen side skal en ikke se bort fra at egenandeler på enkelte helsetjenester kan begrense etterspørselen noe (for eksempel egenandel for konsultasjon hos fastlege). Brukerbetaling kan også bidra til kostnadseffektivitet, ved at kostnader ved tjenesteproduksjonen gjøres mer synlig, og derved kan gi press fra brukerne på å holde disse nede.

Spesifikke ordninger, som fastlegeordningen og driftstilskudd for fysioterapi, blir omtalt i neste kapittel.

Kapittel 4:

Hvilke incentiver ligger i nåværende system for kommunal finansiering?

I dette kapitlet skal vi gå noe nærmere inn på en drøfting av hvordan det eksisterende finansieringssystemet for kommunene kan påvirke tjenestetilbud i helse- og omsorgssektoren. Bakgrunn er den generell oversikten i kapittel 3 og de mer prinsipielle resultat redegjort for i kapittel 2.

Frie inntekter (rammetilskudd og lokale skatteinntekter)

Frie inntekter (rammefinansieringen og lokale skatteinntekter) gir kommunene grunnlag for å velge et lokalt tilpasset tjenestetilbud, noe som er i overensstemmelse med desentraliseringsprinsippet omtalt over. Incentivvirkninger ved finansiering via rammeinntekter og skatteinntekter er i prinsippet like. Forutsetningen er selvsagt at kommunene utformer et tilbud basert på lokale betingelser, og på en slik måte at en ikke bryter med nasjonalt overgripende målsettinger. I så fall må staten supplere med eksplisitte reguleringer av tjenestetilbud, eller finansielt via øremerking. På den annen side, så kan nasjonale pålegg, som eksempelvis innføring av pasientrettigheter, gjøre det vanskelig for kommunene å lage kostnadseffektive løsninger.

En innvending mot at rammer gir grunnlag for å ta ut en desentraliseringsgevinst, er relatert til nettopp dette siste poenget. Som nevnt over, skal rammene finansiere en rekke ulike oppgaver, innen helse, skole og tekniske tjenester. I den lokale fordelingen av midler, som er bestemt av politiske myndigheter, kan selvsagt enkelte tjenester ende opp med å få for lite midler. Det kan skyldes direkte interessemotsetninger mellom grupper, som vel må sies å være greit så lenge avveininger som gjøres er åpne og kan diskuteres av dem det gjelder. På en annen side vil det i mange tilfeller være slik at en avveining går på avveininger mellom tiltak som har kortsiktige og langsiktige effekter. Da er det lett for at man vil foretrekke det som gir avkastning på kort sikt uten at en har foretatt en fullstendig analyse av den relative lønnsomhet av tiltakene. I helse- og omsorgssektoren er dette spesielt relevant for forebyggende tiltak. De vil kunne tape i en budsjettkamp fordi gevinsten kommer i fremtiden (for eksempel etter neste valg), men også fordi gevinsten ofte er beheftet med en viss usikkerhet. Således vil forebyggende tiltak ofte være kandidat for mer spesiell finansiering (øremerking, se nedenfor). På den annen side er det også viktig å underbygge tiltakene med vitenskapelige bevis for effekter («evidence based»).

Rammetilskuddene er som nevnt beregnet slik at kommunene kompenseres for ulikheter i behov. En kommune med mange eldre vil få et høyt tilskudd. Flere eldre vil gi større etterspørsel etter kommunale tjenester for denne aldersgruppen, først og fremst

gjennom sykehjems- og hjemmebaserte tjenester. Fordelen med å bruke rammefinansiering er at utformingen av tilbudet i de enkelte kommuner kan tilpasses de lokale forholdene og behovene. For noen kommuner kan det være lett og formålstjenlig å lage lavterskeltilbud, mens andre kommuner må basere seg på mer bruk av sykehjem. Rammetilskudd gir også incentiver til å søke alternative løsninger. Eksempelvis tenker en seg typisk at det er kostnadseffektivt at eldre blir boende hjemme så lenge som mulig, selv om de har kroniske helseplager. Avhengig av bosituasjonen deres kan dette imidlertid være ulikt problematisk. Investeringer i ulike hjelpemidler i hjemmet kan innebære kostnader på kort sikt som spares inn ved at en kan utsette flytting og bruk av mer kostbare omsorgstiltak. Det ligger innenfor rammene av kommunenes hovedoppgaver å lage slike løsninger.

De enkelte kommuner må så i neste omgang bestemme hvordan de frie inntekter skal bruke innad i kommunen. Det er rimelig å tenke seg at modellen med rammer videreføres til de enkelte avdelinger.

Forutsetningen for at finansiering ved frie inntekter (rammefinansiering, lokal beskatning) skal gi gode incentivvirkninger for kommunene, er at kommunene står overfor det som betegnes som harde budsjettskranker, og at disse må være troverdige. Det betyr at kommunene får beholde eventuelle overskudd på driften, og likeledes selv må dekke inn underskudd. Tilsvarende gjelder for finansiering av avdelinger og enkelttjenester innad i kommunene. Vi vil da si at de tjenesteutførende enheter har et desentralisert budsjettansvar, på samme måte som kommunene har det overfor staten. Da kan en sikre målsettinger mht kostnadseffektivitet (se også NOU 1997:8, kap. 6.5). Dersom kommunene (eller de tjenesteutførende enheter) derimot blir kompensert for avvik (eksempelvis får dekket et underskudd), forsvinner incentivene til å opptre kostnadseffektivt (kalles gjerne myke budsjettskranker).

Ulempen med rammefinansiering er at det er mindre målrettet mht til prioriteringseffektivitet. De virker godt i forhold til at kommunene får anledning til å velge et lokalt tilpasset tjenestetilbud, i henhold til desentraliseringsprinsippet. Likeledes virker det godt innad i kommunene ved at eksempelvis de som driver omsorg for eldre kan velge tilpassinger ut fra den kunnskap de har om behov og aktuelle tjenester. På den annen side får sentrale myndigheter mindre mulighet til å påvirke kommunale tjenester i en ønsket retning. Noen ganger oppfattes det som et politisk problem. Der er også viktige incentivvirkninger som kan oppfattes som uheldige. Rammefinansiering gir ikke sterke insentiver til å tilby høy aktivitet. Det kan innebære at tjenester rasjoneres mer enn ønskelig. Derimot kan det kan gi gode insentiver til kvalitet. Grunnen til det er at spesielt profesjoner som står for det faktiske tilbudet, vil ha faglige hensyn som drar i retning av å gi et godt og forsvarlig tilbud til dem omfattes av tjenesten. Her kan det være et motsetningsforhold mellom profesjoner og andre aktører i kommunene. Hvis profesjonsinteresser eksempelvis vektlegger kvalitet, kan det innen en gitt ramme medføre et for lavt omfang av tjenester, noe som kan gi køer og ventelister. Politiske myndigheter, som gjerne skal gjenvelges, vil trolig være opptatt av egenskaper ved tjenestene som er godt synlig for publikum. Det kan eksempelvis være køer, og de ville i

så fall kunne være villige til å ofre kvalitet for høyere tjenestevolum.¹⁰ Innenfor en såkalt to-nivå modell, der styringsrett delegeres til lokale profesjonsledelede nivåer som gis et gitt budsjett av de politiske myndighetene, kan dette gi opphav til styringsproblemer og kompetansestrid som kan være ressursødende.

Som konklusjon er altså troverdige rammetilskudd for driften innen hver periode, med harde budsjettskanker og desentralisert budsjettansvar, velegnet for å sikre kostnadseffektivitet. Det bidrar til prioriteringseffektivitet ved å utforme et lokalt tilpasset tjenestetilbud, men det er uklart hvor godt det sikre allokeringseffektivitet i form av ønsket omfang og kvalitet på tjenestene. En skal også være oppmerksom på at tilbud med mer langsiktige virkninger kan bli underfinansiert i et system med rammefinansiering.

Øremerking

Formålet med øremerking av inntekter til kommunene er at de skal vri ressursbruken fordi de statlige myndigheter ikke finner de lokale beslutninger i overensstemmelse med overordnede målsettinger. Vi nevnte over at øremerking har ulike incentivvirkninger avhengig av hvordan tilskuddet utformes. Hovedskillet går på om ordningen er utformet som en prosentvis dekning av kostnader, eller som et stykkpristilskudd, og at anbefalinger fra økonomisk teori drar i retning av å anbefale stykkpris dersom øremerking anses nødvendig eller hensiktsmessig. Problemet er selvsagt at i enkelte tilfeller er det vanskelig å observere klart det som skal være grunnlag for stykkprisen, altså den produksjonen som foregår, og da kan prosentrefusjon være nødvendig. For tjenester som har preg av forebygging, kan dette være et aktuelt problem.

Øremerking vil generelt bidra til å sikre høyere aktivitet av den aktivitet som gis det øremerkede tilskuddet. Det mest kjente eksempel på dette i helsesektoren er bruk av DRG priser for finansiering av somatiske helsetjenester (stykkpris). Det bidrar klart til økt aktivitet. Koplelet med desentralisert budsjettansvar (harde budsjettskanker) bidrar det også til kostnadseffektivitet, siden den tjenesteutførende enhet får beholde inntekter av økt aktivitet og innsparte kostnader.

På den annen side kan stykkprisbetaling i helsesektoren gi uheldige utslag, som strider mot mål om allokeringseffektivitet. Det er knyttet til såkalte seleksjonsproblemer, og incentiver til å gi dårligere kvalitet til enkelte brukegrupper. Seleksjon er relatert til det at pasienter (en tenker jo her ofte på sykehus, men det vil tilsvarende kunne gjelde både for hjemmebasert omsorg og for sykehjem) er ulikt syke eller har helseproblemer som det er ulikt kostnadskrevende å gjøre noe med. Siden stykkprisen¹¹ med nødvendighet er felles for pasienter av ulik «tyngde»¹², vil det være slik at de som utfører tjenestene vil tjene på de letteste og tape på de tyngste pasientene. Man vil da kunne ønske å selektere pasientene og gi et godt tilbud til «lette» pasienter og et dårligere tilbud til «tunge» pasienter. Derved kan en få relativt sett flere lette enn tunge pasienter, og gjøre det finansielt bedre. Det er omdiskutert hvor stort dette problemet er, og til en viss grad hindres uønsket atferd av lover og regler, men incentivene til seleksjon er absolutt til stede. Spesielt skal en være oppmerksom på dette problemet

knyttet til konkurranseutsetting og ved bruk av bestiller-/utførerordninger. Problemet er at det kan være svært vanskelig å sette opp kontrakter som fullt og helt regulerer alle forhold knyttet til driften for dem som vinner et anbud eksempelvis om hjemmetjenester eller drift av sykehjem. Det kan også være slik at aktører i en slik konkurransesituasjon utformer tilbudene slik at enkelte grupper vil havne utenfor. Det vil typisk være pasienter som er kostnadskrevene.

Prosentrefusjon vil på den annen side generelt gi dårlige incentiver til kostnadsreduksjon, siden deler av økte kostnader dekkes av en annen part (staten). Det er neppe en tjenlig finansieringsordning for kostnadskrevene tjenester innen helse og omsorg, som sykehjem og hjemmesykepleie. På den annen side kan det være mer aktuelt i oppbygging av nye tjenester og tilbud, kanskje med perspektiv at det skal være en midlertidig finansieringsordning.

Brukerbetaling

Som nevnt over har brukebetaling lite markedsregulerende virkning i helse- og omsorgssektoren, først og fremst fordi man (i alle fall politisk begrunnet) nettopp ikke ønsker at prisene skal regulere etterspørselen i særlig grad. Et unntak er kanskje egenandel hos fastlege, der det er en diskusjon om dette er velegnet for å hindre unødvendige legebesøk (relatert til det som kalles *moral hazard* eller uønsket atferd), eller om det er en skatt på sykdom og som eventuelt bare hindrer dem som bure gå til legen å gjøre det. De fleste helse- og omsorgstjenester som tilbys av kommuner er også rasjonerte, dvs. til gjeldende pris er etterspørselen større enn tilbudet. Eksempelvis er brukerbetaling (egenandel) for sykehjems plass beregnet som en andel av inntekt (80%). Det er for så vidt en høy pris, men hensyn tatt til tjenestetilbudet, vil vel de fleste mene at den er rimelig og ikke noe som påvirker ønsket om en sykehjems plass eller ikke. Dette ønsket eller behovet er snarere relatert til pasientens helsetilstand, og hva alternative behandlings- og pleietilbud som er tilgjengelige og egnede.

Driftsavtaler i helsesektoren

Per i dag har allmennleger og fysioterapeuter muligheter for å inngå driftsavtaler med kommunene. Fastlegeordningen for allmennleger omtales kort i neste avsnitt. Her skal vi redegjøre for driftsavtaleordningen for fysioterapi, både fordi den er viktig for en aktuell yrkesgruppe, og fordi den har generell interesse når det gjelder bruk av helsepersonell.

Fysioterapi er regulert av Kommunehelsetjenesteloven (se over), samt Folketrygdloven når det gjelder refusjonsordninger. Siden 1984 har kommunene kunnet organisere sine fysioterapitjenester ved å gi et driftstilskudd til privatpraktiserende fysioterapeuter, eller ansette fysioterapeuter i fast stilling i kommunene. I prinsippet skal dette valget være kostnadsnøytralt for kommunene. Privatpraktiserende fysioterapeuter mottar et årlig driftstilskudd fra kommunen (i 2008 ca kr 250.000), tiltenkt å skulle dekke ca 40% av behandlingsutgiftene. En tilsvarende andel skal dekkes av refusjoner fra NAV, mens de resterende 20% skal være egenandeler fra pasienter. Tilskuddet fra NAV er

regulert ved en egen overenskomst som dekker en rekke ulike typer behandlinger (ifølge en diagnoseliste). Over tid har andelen som dekkes av kommunene falt, og andelen som er refusjoner fra NAV har økt. Denne endringen kan til en viss grad tilskrives utforming av systemet. Det er nemlig slik at mange driftsavtaler ikke gjelder full driftsavtale, de kan variere fra 20 % til 100 %. Dersom fysioterapeuter jobber ut over sin kontraktsfestede andel (også ut over 100 % for dem som har full driftsavtale), påvirker nemlig ikke det refusjonen fra NAV. La oss si at en fysioterapeut har 50 % driftsavtale, som også kan oppfattes som en 50% stilling. Fysioterapeuten vil imidlertid jobbe 100 %, og derved fortsette å ta imot pasienter som får refusjon fra NAV. Det kan også tas inn pasienter ut over det som tilsvarer 100 % stilling. Refusjonen blir ikke påvirket av driftsavtalens utforming. Derved vil andelen som er variabelt driftstilskudd automatisk øke. Et problem med dette er at det gir kommunene incentiver til å tilby driftsavtaler under 100 %. Årsaken er at driftstilskuddet finansieres av kommunenes frie inntekter, og de kan da sikre et tilfredsstillende fysioterapitilbud med et lavere totalt tilskudd. Kostnadene blir overført til staten (NAV). Dette er et godt eksempel på manglende finansiell samordning mellom stat og kommune.

For de kommunalt ansatte fysioterapeuter (fastlønnsfysioterapi), mottar kommunene refusjonen fra NAV. Refusjonen påvirker selvsagt ikke den kompensasjon som fysioterapeutene får. Resten av deres lønn dekkes av kommunenes frie inntekter.

Fra 2009 endres refusjonsordningen. Driftstilskuddet økes, og refusjon basert på takster blir redusert. Kommunene får tilført de nødvendige ekstra midler via rammetilskuddet (frie inntekter). Endret fordeling mellom variabel og fast betaling i favør av større fastandel, vil gi fysioterapeutene mindre incentiver til å behandle mange pasienter raskt. Det kan være en fordel hvis en mener at det i dag er en overbehandling (for stort tilbud av fysioterapitjenester). En konsekvens kan på den annen side bli lengre ventetider, som er uønsket hvis det rammer pasienter med de alvorligste lidelser. Hvordan den faktiske situasjon er med hensyn til kapasitet, ventetider og tilgang har vi ikke forutsetninger for å vurdere i dette prosjektet. Imidlertid viser det på en interessant måte hvordan myndighetene ved hjelp av et fast tilskudd og et variabelt tilskudd har gode instrumenter for å påvirke aktiviteten, og de kan avveies i forhold til observerte endringer i behandling.

Vi vil også påpeke et annet forhold. Driftstilskuddet er ikke avhengig av antall pasienter, og det er altså ikke snakk om «fast-fysioterapeuter». I motsetning til fastlegene (fastlegeordningen omtales under), har derfor fysioterapeutene ikke sterke incentiver til å holde på pasienter og utnytte de fordeler som kunne følge av det. Derimot har de sterke incentiver til å få inn pasienter de kan behandle raskt og med behandlingsformer som gir god avlønning. Gitt den omfattende takstlisten fysioterapeutene har, er det grunn til å tro at det finnes behandlinger som gir mer eller mindre god avkastning for fysioterapeutene. Det er da ekstra viktig å sikre at de takster som er lønnsomme, nettopp dekker de behandlingsformer som er dokumentert gode og effektive. Vi har intet grunnlag for å si noe om dette, men påpeker kun problemet som følger av den gitte finansieringsordning.

Fastlegeordningen

Størstedelen av landets befolkning (ca. 98 %) har en fastlege. Det er kommunenes ansvar å sikre tilgang på fastleger. Fastlegene er enten ansatt i kommunene (ca 10 %), eller de er selvstendig næringsdrivende med en kontrakt med kommunene. Finansieringen av fastlegeordningen skjer via egenbetaling fra pasienter og overføring til fastleger fra NAV basert på antall listepasienter (ca. kr 300 per pasient på listen) og legenes forskrivning av enkelttjenester (for eksempel laboratorietjenester). Det er en fordeling på betaling i forhold til antall pasienter på listen og for utførte tjenester i forholdet 30-70. Pasienters egenbetaling inngår i 70 %-andelen.

Endring i andelen som betales for å ha pasienter på listen (30 %), og det som er honorar for konsultasjoner og prøvetaking (70 %), vil påvirke legenes incentiver i behandlingssituasjonen. Økes listebetalingen på bekostning av honorarene, gir det større verdi for legen å ha flere pasienter på listen, men mindre verdi for dem å gjennomføre konsultasjoner og prøvetaking. En slik endring vil også gi økte incentiver til å henvise pasienter til spesialisthelsetjenesten. Tilpasninger av typen omtalt her synes å bli støttet av empiriske undersøkelser av legers atferd når betalingsformene endres.

Kommunene kan i sin kontrakt med fastlegene avtale at en andel (antatt 20 %) av deres tid skal anvendes til kommunale helsetjenester (helsestasjon, sykehjem etc.). Kommunene skal da betale legene for den tid de bruker. Denne betaling må dekkes fra kommunene sine frie inntekter. Tiltak som gir kommunene ansvar for en større del av helse- og pleiekostnader, vil kunne gi kommunene incentiver til å gjøre mer og bedre bruk av den kontraktsfestede tiden til fastlegene (se også nedenfor).

Kapittel 5: Hvilke alternative finansieringsformer kan gi bedre ressursbruk?

Vi skal her se nærmere på incentivvirkninger knyttet til en del av de alternative modeller som ble listet opp i kapittel 1.

Samhandling

Eldre sykehuspasienters¹³ vil med stor sannsynlighet være avhengig av en eller annen form for hjelp eller tilsyn etter utskriving. Varigheten og graden av hjelpen eller tilsynet vil naturligvis variere avhengig av diagnose, behandlingsform og pasientens egne ressurser og eventuelle pårørendes innsats. Omsorgsbehovet til utskrivningsklare pasienter nødvendiggjør like fullt et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og hjemstedskommunens helse- og omsorgstjenester. Skal utskriving og oppfølging kunne gjennomføres på en smidig og friksjonsfri måte, fordrer det koordinering mellom det statlig eide sykehuset og helse- og omsorgssektoren i pasientens hjemstedskommune. God koordinering og godt samarbeid mellom de to forvaltningsnivåene vil bidra til en god ressursbruk og god kvalitet på tjenestene.

Integrerte behandlingsprogram for pasienter med store og sammensatte behov som trenger helse- og omsorgstjenester fra begge nivå, er et organisatorisk virkemiddel som i økende grad blir benyttet i andre land (Paulus et al. 2000, Hudson 2002, Kodner et al. 2000, 2002, Burns et al. 2002). Litteraturen viser at integrerte behandlingsprogram i mange tilfeller bidrar til forbedret funksjonsevne og høyere livskvalitet for pasientene, lavere totale kostnader for virksomheten som organiserer tjenesten, samt at pasienter som inkluderes i integrerte behandlingsprogram har større mulighet til å bo i egen bolig med mindre hjelp (Shepperd et al. 1998, Wilson et al. 1999, Leff et al. 2005, Coast 1998). I neste omgang reduseres presset på helse- og omsorgstjenesten.

Konkret kan man tenke seg at samordning mellom sykehus og hjemstedskommune vil kunne bidra til kortere liggetid på sykehus enn hva tilfellet ellers ville vært. Kortere liggetid vil i neste omgang gi reduserte kostnader for sykehusene og dermed bedret kostnadseffektivitet.¹⁴ Kommunene på sin side må også antas å sette en godt koordinert utskriving høyt med tanke på pasientens ve og vel. Samtidig vil en senere utskrivingsdato gi kommunene reduserte kostnader, noe som trekker i retning av et ønske om lengre liggetid i sykehus. Kommuner med stor etterspørsel etter hjemmesykepleie og/eller institusjonsplasser i forhold til gjeldende kapasitet vil dessuten kunne ønske at pasientene blir liggende på sykehus lengre enn hva situasjonen ville være med et gunstigere forhold mellom tilbud og etterspørsel etter slike tjenester.

Sett bort fra «kroner og øre», så kan det finnes andre kimer til konflikt når det

gjelder pasientens behov for å bli værende på sykehus et ekstra døgn eller ikke. Sykehuspersonalet kan argumenter for at en rimelig rask utskriving er tryggere med sikte på å unngå infeksjoner, samtidig som det er vektige argumenter for at rehabiliteringen av pasienten bør starte så raskt som mulig. Begge disse argumentene knytter seg dermed til kvaliteten på tjenesten i hele behandlingsskjeden. Raskere igangsetting av rehabilitering vil også påvirke sannsynligheten for at det fremtidige pleiebehovet – som kommunen må yte – reduseres. Sett fra kommunens side vil man imidlertid være redd for at pasientens skrives for tidlig ut, både med tanke på faren for komplikasjoner og med tanke på pasientens mestringsevne i det daglige. Alt annet like vil kommunen foretrekke en pasient som er så sterk og oppgående som mulig ved utskriving.

De potensielle konfliktene mellom de to forvaltningsnivåene når det gjelder liggetid på sykehus er forsøkt regulert fra myndighetenes side. I forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter (HOD 1998) gis de regionale helseforetakene mulighet til å kreve betaling av kommunen for pasienter som oppholder seg i sykehus i påvente av et kommunalt tilbud. Denne dagmulkten kan kreves fra 10 dager etter at kommunen er varslet om at pasienten er utskrivingsklar. Likeledes har myndighetene i forskrift om habilitering og rehabilitering (HOD 2001) pålagt de regionale helseforetakene å sørge for at det finnes en koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten som skal ha oversikt over og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i kommunehelsetjenesten. I samme forskrift er kommunene pålagt en tilsvarende kommunalt organisert koordinerende enhet.

Om samhandling skal ha noen mening for sykehusene, er det to spørsmål som peker seg ut:

- Påvirker det kommunale helse- og omsorgstilbudet liggetiden i sykehus?
- Påvirker samhandling mellom sykehus og kommuner liggetiden?

Er svarene på disse spørsmålene bekreftende, bør samhandling gi mening for sykehusene og dermed anspore til samhandling med kommunene.

Tidligere arbeider basert på landsomfattende data (Holmås og Kjerstad (2009)) viser at for pasienter som kommer fra egen bolig, blir innlagt på sykehus, for så å bli utskrevet til institusjon, er det klare effekter på liggetid av god samhandling mellom sykehus og helse- og omsorgstjenesten i pasientens bostedskommune. Pasienter innlagt på sykehus med egne utskrivingskoordinatorer har en gjennomsnittlig liggetid som er 9 prosent kortere enn pasienter som utskrives fra sykehus uten koordinator. Pasienter som er innlagt på sykehus som anvender «strafferegime» overfor bostedskommunen har en gjennomsnittlig liggetid som er 4 prosent *lengre* enn gjennomsnittet. For pasienter med uendret boligstatus (fra hjem til hjem, fra institusjon til institusjon), er effekten av samhandling statistisk signifikant, men betydelig svakere enn for de pasientene som utskrives med endret boligstatus fra hjem til institusjon. Dette resultatet virker rimelig siden det forventes at pasientene som kommer hjemmefra og utskrives til institusjon vil være mest avhengig av det kommunale helse- og omsorgstilbudet. Et slående resultat er at de ikke virker som

om kapasitetsfaktorer innen helse- og omsorgssektoren i kommunene har statistisk signifikant betydning for liggetidene.

I Holmås og Kjerstad (2009) blir det også beskrevet en annen studie som er av interesse når det gjelder virkningene av samhandling. Studien er en analyse av to store sykehus på Østlandet som får endringer i sine respektive dekningsområder. Det ene sykehuset har basert seg på dagmulkter («straff») til kommuner som ikke tar i mot egne pasienter når de er utskrivingsklare. Det andre sykehuset har utviklet det som blir omtalt som dialog med sine kommuner. Analysen viser at pasienter som kommer fra kommuner som går fra et dialogregime til et «strafferegime», blir liggende lengre på sykehus enn tidligere (liggetiden øker). Pasienter som kommer fra kommuner som går fra «strafferegime» til dialog blir liggende kortere på sykehus enn tidligere (liggetiden reduseres). Dette er interessante resultater, fordi de viser at direkte pengemessige incentiver ikke trenger å fungere som forventet. Man snakker om «motivation crowding», at gode hensikter blir svekket ved at man stiller aktørene overfor incentiver i form av «kroner og ører».

Det er viktig å påpeke at analysen ikke sier at «strafferegimer» ikke vil fungere. Settes dagmulkten høy nok, så vil den trolig føre til reduserte liggetider også for kommuner som står overfor slike pengemessige incentiver.

Analysene viser at organiseringen og ressursbruken i den kommunale helse- og omsorgstjenesten påvirker liggetiden i sykehus, og at bedre samarbeid og koordinering mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene trolig vil gi samfunnsøkonomiske gevinster gjennom reduserte liggetider. På den andre siden: Blir liggetiden redusert så sterkt at sannsynligheten for komplikasjoner – som medfører økt pleiebyrde for det kommunale omsorgsapparatet – øker; at sannsynligheten for ikke-planlagte reinnleggelser på sykehus øker og at dødssannsynligheten øker, reduseres også de samfunnsøkonomiske gevinstene. Det er derfor grunn til å understreke at samarbeidet naturligvis ikke bare handler om kostnadseffektivitet. Bedre samhandling er sentralt for å gi pasienter som trenger tjenester fra begge forvaltningsnivå et kvalitativt bedre behandlingstilbud. Dette ble blant annet påpekt av Wisløffutvalget (NOU 2005:3).

Det er fortsatt et stort potensial for samarbeid mellom de to forvaltningsnivåene, noe som peker i retning av nye organisatoriske modeller for samhandlingskrevende pasienter. Fordi slike modeller vil kreve sektorovergripende samordning mellom forvaltningsnivå og de gjeldende organiserings- og finansieringsordningene er knyttet til de to forvaltningsnivåene, er det trolig både finansielle og institusjonelle barrierer som motvirker gjennomføringen av slike ordninger. Det at de positive gevinstene av tiltaket ikke nødvendigvis tilfaller virksomheten som finansierer tjenesten, og at effekten ikke nødvendigvis er målbar innenfor gjeldende budsjettår, samt at det i begge sektorer er presset økonomi, innebærer ekstra utfordringer. Avslutningsvis vil vi peke på at myndighetene bør ha et særlig fokus på hvordan nye organisatoriske løsninger skal kunne implementeres i Norge og hvordan disse skal kunne iverksettes gitt gjeldende organisering og finansiering. Et annet alternativ er å se på nye finansieringsmåter

som støtter opp under målsettingene for samhandlingen. Når det gjelder liggetid på sykehus, så finnes det i dagens finansieringsmodeller kimer til interessekonflikter mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale helse- og omsorgstjenestene, som beskrevet innledningsvis.

Interkommunalt samarbeid.

Det er ikke åpenbart at produksjon av helsetjenester i en kommune trenger ha negative eller positive effekter på andre kommuner sine muligheter for å gi et godt tilbud, med et visst forbehold for begrensede muligheter for å få tak i nok kvalifisert helsepersonell. Her kan en oppleve at kommuner kan komme i en situasjon der de overbyr hverandre i lønns- og arbeidsbetingelser. Sentral fastsetting av lønn vil i prinsippet kunne motvirke det, men det hindrer samtidig en tilpasning til lokale lønnsforhold.

En eventuell konkurranse om helsepersonell, kombinert med stordriftsfordeler, kan tale for at kommuner slår seg sammen om produksjon av enkelte tjenester innen omsorgssektoren. Det kan gjelde både for sykehjem, og for hjemmebasert omsorg. Kommunene må da forhandle seg fram til egnede avtaler for drift, og kompensasjon til den kommune som har driftsansvaret.

Gevinstene ved samordning er trolig større hvis en også samordner med enkelte spesialisthelsetjenester, gjerne innen ramme av det en kan kalle *helsehus*.¹⁵ Det finnes i Norge flere tilfeller av desentralisert spesialisthelsetjenestetilbud. Det vil ofte være en stor samfunnsøkonomisk gevinst knyttet til desentralisering av enkelte lettere medisinske og kirurgiske tjenester. Først og fremst skjer denne gevinsten ved at pasienter sparer reisetid, som langt oppveier økte kostnader ved at enkelte leger må reise litt lengre. Dette reiser videre interessante muligheter for kombinasjon med kommunale helsetjenester, eksempelvis fysioterapi og fastlegekontorer, som gir mulighet for å høste gevinster faglig sett.

Interkommunalt samarbeid nok til en viss grad et litt ømtålig tema, siden det drar i retning av kommunesammenslåinger. Et problem kan være at kommuner er for lite opptatt av å fremme slikt samarbeid, og derved heller ikke ser de gevinster som kan foreligge. Da kan det brukes ulike former for tvang og regulering, men det vil nok være mest forenlig med lokaldemokrati og desentralisert styringsansvar å basere seg på at kommunene selv kan se gevinstene ved samordning. Det er ikke uten videre lett å se hvilke statlig finansierte økonomiske kompensasjonsordninger som vil være treffsikre for å oppmuntre til samarbeid.

To-nivå modell

Dette oppfattes som en modell der et overordnet politisk nivå, *nivå 1*, legger rammene for driften, mens de driftsutførende enheter på *nivå 2* har det fulle ansvar for å levere de tjenester som brukerne etterspør og skal ha.

Det finnes flere evalueringer av innføring av to - nivå modeller (eller flat struktur) i norske kommuner. Vi har valgt ikke å gå nærmere inn på disse her, men begrenset oss til å påpeke de styringsmessige konsekvenser av den aktuelle kontraktsform.

Modellen virker slik at enhetene på nivå to vil ha et desentralisert budsjetansvar, som innebærer at de er ansvarlig for å holde driften innenfor de gitte økonomiske rammer. Ideelt sett skal de da også kunne beholde innsparinger og overskudd på driften i løpet av en periode, og likeledes være ansvarlig for å dekke inn underskudd senere år. Dette er en modell i overensstemmelse med det vi over har kalt en fastpriskontrakt, gitt at rammene virkelig er gitte og troverdige. Her er det ofte en ramme som er gitt, men inntektene kan også komme i form av brukerbetaling (sykehjem, barnehager) som beholdes av enheten.

I tråd med den prinsipielle analysen over, vil en slik kontrakt altså være god for å sikre kostnadseffektivitet. Hvis enhetene beholder brukerbetaling, og denne er av et visst omfang, har de også incentiver til å ha et stort volum (mange plasser). På den annen side, kan altså incentivene til å tilby høy kvalitet lide. Dette endres imidlertid noe hvis der er en reell konkurranse mellom enhetene, og der ikke er rasjonering ved at der eksisterer ventelister. Ved konkurranse kan enheten få incentiver til å tiltrekke seg brukere for å øke sine inntekter, slik det til en viss grad kan virke mellom sykehus for ordningen med fritt sykehusvalg. For kommunale omsorgstjenester, er nok imidlertid kapasitetsbegrensning og problemer med å skaffe tilstrekkelig plasser det største problemet. Det kan vel også diskuteres hvor stor kapasiteten bør være for helse- og omsorgstjenester: Fravær av køer kan indikere at det er bygd ut for stor kapasitet, som gir opphav til sløsing.

Aktivitetsbasert finansiering av helsetjenesten i kommunene?

Problemstillingen er berørt over i forbindelse med drøfting av øremerkede tilskudd, med spesiell relevans for stykkprisfinansiering av helseforetakene. Bør tilsvarende system innføres for kommunene? Et relatert problem, kommunal medfinansiering av helseforetakene, drøftes i neste avsnitt. Her skal vi påpeke det mer prinsipielle ved at noen aktører har aktivitetsbasert finansiering, mens andre ikke har det.

Som redegjort for, så gir fastpriskontrakter som det i praksis her er snakk om, gode incentiver til høy produksjon. Ulempen er at kvalitetsmålsettinger kan bli lidende, og det kan oppstå problemer relatert til uakseptabel pasientsleksjon (fløte-skumming). Disse problemene er relevant for helseforetakene i dag, og vil kunne bli det i kommunene dersom likende systemer skulle bli innført der.

En annet, og like interessant problemstilling, er relatert til det at ulikheter mellom konkurrerende, og også mellom kompletterende, institusjoner i hvordan finansieringen gjennomføres, kan forrykke den relative konkurransesituasjonen mellom aktørene. Dette følger egentlig direkte av redegjørelsene i kapittel 2 om egenskaper ved de ulike kontraktstyper, og i kapittel 3 om finansieringssystemet i kommunene. Når helseforetakene har fastpriskontrakter av typen DRG-betaling, mens kommunene opererer innenfor en ramme der helsetjenester konkurrerer med andre aktiviteter i kommunene, vil helseforetakene og kommunene ut fra rasjonelle, økonomiske vurderinger kunne gjøre ulike valg om behandlingstilbudet for enkeltpasienter. DRG-betaling gir incentiver til høy aktivitet, og som en følge derav kanskje kort liggetid. Kommunenes helse-

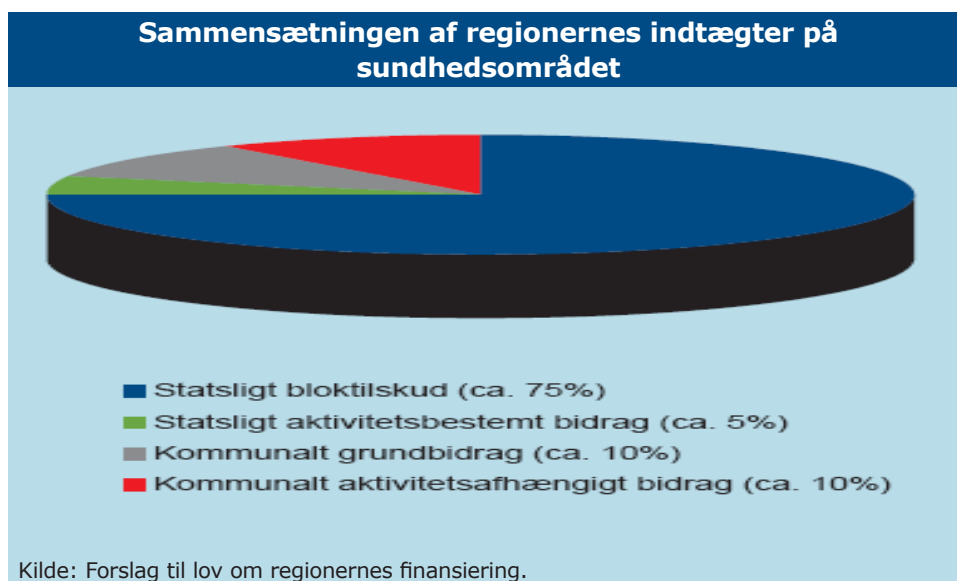
og omsorgstjenester konkurrerer med andre kommunale tilbud om en gitt ramme. Derved er valg mht til kort- og langsiktig kapasitet i kommunenes omsorgstjenester gjerne mer tilpasset en kommunal intern budsjettkamp enn helseforetakenes incentiver til pasientmottak og utskriving. Dette problemet blir enda større om den aktivitetsbaserte andelen av helseforetakenes inntekter endres over tid, noe vi også har sett har blitt gjort. Dette problemet kan til en viss grad bøtes på dersom DRG-betalingen gjelder et pasientforløp, altså at den betaling som helseforetakene får også skal dekke utgifter i den kommunale helsetjenesten. Dette reiser imidlertid flere andre problemer. Det ene er at helseforetakene da kan få incentiver til å utsette utskriving. Videre er det svært vanskelig å si hva som er rimelig kompensasjon til kommuner av en pasient som skrives ut: Når kan en si at et behandlingsforløp er avsluttet?

To varianter av mekanismer som likner på dette, er aktuelle. Det ene er dagmulkt for kommuner som ikke kan ta imot pasienter som er utskrivningsklare, som ble drøftet over i forbindelse med samhandling. Det andre er kommunal medfinansiering av helseforetakene, som drøftes i neste avsnitt.

Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten (dansk modell)

I Danmark betaler kommunene oppimot 20% av kostnadene (inntekter) i spesialisthelsetjenesten. Denne kommunale betalingen er delt mellom et aktivitetsavhengig og et innbyggerbasert bidrag (grunnbidrag).

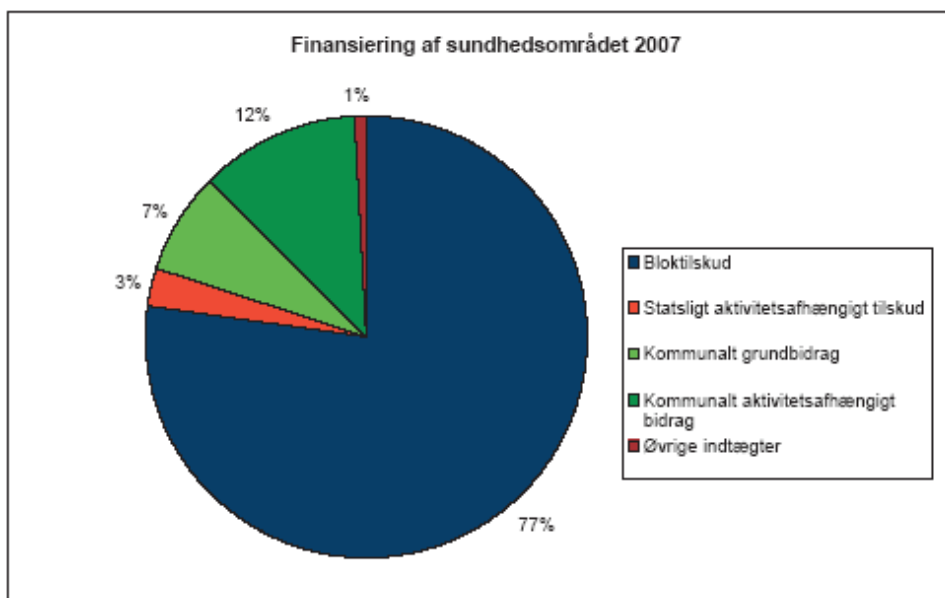
Nedenstående figur, hentet fra Kommunalreformen – kort fortalt (2004),¹⁶ viser hvordan finansiering av spesialisthelsetjenesten var tenkt gjennomført, og i stor grad er implementert.



Ordningen ble innført ved kommune- og regionreformen i 2007. Den er ikke evaluert, slik

at en kan ikke trekke noen vitenskapelig baserte konklusjoner på hvordan den fungerer. Når det gjelder selve finansieringsordningen, er det verd å merke seg at Danmark har en lavere aktivitetsbasert komponent enn i Norge. Størrelsen på aktivitetsbasert finansiering har betydning for sykehusenes aktivitet og incentiver til å ta imot pasienter, slik det er redegjort for i kapittel 2.

Det kommunale bidraget består av et grunnbidrag pr. innbygger og et aktivitetsavhengig bidrag. Det kommunale grunnbidraget til regionene kan utgjøre et beløp på opp til DKK 1.500 pr. innbygger (i 2003 pris- og lønnsnivå). Størrelsen på det årlige bidraget fastsettes av regionrådet etter drøfting i et kontaktutvalg mellom regionen og kommunene i regionen. Grunnbidraget for det første året, 2007, ble i lov satt til DKK 1.102 pr. innbygger.



Fordelingen for 2007 er illustrert i figuren ovenfor.¹⁷ Det statlige blokktilskuddet (rammetilskudd) utgjør ca. 77 % av regionenes inntekter til helsevesenet, mens det statlige aktivitetsavhengige tilskuddet utgjør ca. 3 %. Den kommunale medfinansieringen utgjør ca. 19 %, fordelt med ca. 12 prosentpoeng fra det aktivitetsavhengige bidraget og ca. 7 prosentpoeng fra det kommunale grunnbidraget.

Vi antar at kommunenes bidrag er finansiert fra staten via en tilsvarende reduksjon i bevilgninger gitt direkte til helseforetakene. Det er da mulig å velge ulike kombinasjoner av reduksjoner i hhv rammetilskuddet og den aktivitetsavhengige betalingen (stykkepris som andel av DRG-vekten).

Hensikten med en slik kommunal medfinansiering er at det skal få kommunene til å internalisere kostnader ved å bruke spesialisthelsetjenesten. Det er en form for kostnadsdekning, som gir incentiver til å redusere bruken av den tjenesten (spesia-

listhelsetjenesten) som gjennom denne kontrakten blitt dyrere. Det er imidlertid bare det aktivitetsavhengige bidraget som har denne effekten. Grunnbidraget, betales fast uansett hvor stor løpende aktivitet der er. På den annen side kan en tenke seg at dette justeres etter aktivitet foregående år, slik at der en dynamisk effekt av endret bruk av tjenesten. Likevel er det altså slik at det vil bli større effekt for henvisningstilbøyelighet, og ivaretagelse av LEON-prinsippet, jo høyere det aktivitetsavhengige bidraget settes.

Vil så dette virkelig påvirke bruk av spesialisthelsetjenesten? De fleste innleggelse er øyeblikkelig hjelp. Disse vil i kommunene ikke kunne påvirke direkte. Kommunene kan heller ikke påvirke direkte henvisninger fra fastleger som har kontrakt med kommune. Effekten på bruk av spesialisthelsetjenesten for pasienter som henvises gjennom vanlige kontakter med primærhelsetjenesten, og via øyeblikkelig hjelp, kan kun påvirkes av det som generelt gjøres av forebygging og for bedring av folkehelsen.

Vi ser slett ikke bort fra at ulike tiltak både innen primær- og sekundærforebygging vil kunne ha gode mellom- og langsiktige effekter (og noen ganger selvsagt også på helt kort sikt) på henvisninger og innleggelser. Måling av effekter av konkrete tiltak må da baseres på evaluering av tiltakene, enten i form av randomiserte kontrollerte eksperimenter, eller ved bruk av registerdata der slike er tilgjengelige. Det er en viktig og interessant forskningsoppgave å lage slike forsøk, og evaluere effektene. En interessant problemstilling er hvordan en kan sikre at et eventuelt vitenskapelig dokumentert lønnsomt tiltak vil kunne bli gjennomført. Da er det viktig å ta utgangspunkt i hvem som er beslutningstaker, og hvem analysen viser at tiltaket er lønnsomt for. I lønnsomhetsanalyser vil en således alltid måtte definere hvilket perspektiv som tas, og dette er igjen relatert til hvem som er beslutningstaker: samfunnet totalt, helsesektoren, staten, en kommune (og for så vidt også den enkelte pasient). Det kan da godt tenkes at en kan ha en analyse som viser at et tiltak er samfunnsøkonomisk lønnsomt, for eksempel ved at det gir stor pasientnytte, men det kan være ulønnsomt for en enkelt kommune eller for helsesektoren isolert sett. Bakgrunnen for at en får slike utfall er oftest relatert til asymmetri i hvem som bærer kostnaden og hvem som får gevinsten ved tiltaket. Sammenfall av interesser kan i prinsippet bare sikres ved at en beslutningstaker tar alle kostnader og gevinster, noe som ofte er umulig å sikre. Eksempelvis vil en kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten isolert sett gjøre forebyggende tiltak noe mer lønnsomme for kommunene. Spørsmålet er om forebygging er tilstrekkelig lønnsomt til at tiltak som i dag ikke skjer vil bli iverksatt. For det første vil lønnsomheten bli påvirket av tidsspennet mellom når kostnader kommer (tiltak iverksettes) og når gevinsten kommer, grunnet diskontering og valg av diskonteringsfaktor. Diskonteringen gjør at gevinster som kommer langt fram i tid blir mindre lønnsomme, og jo høyere denne faktoren er, jo mindre vekt legges på fremtiden. Et kanskje enda større problem er at kommunale beslutningstakere er politikere som gjerne skal gjenvelges. De vil kunne finne det formålstjenlig å satse på tiltak som har en kortsiktig og synlig effekt, før et kommende valg. Dette er trolig et av de store problemer med å sikre implementering av samfunnsøkonomisk lønnsomme forebyggings tiltak.

Kommunene har også påvirkningsmulighet på henvisninger, og til en viss grad også øyeblikkelig hjelp, for pasienter som i utgangspunktet omfattes av kommunale helse- og omsorgstjenester. Det gjelder pasienter innen hjemmebasert (hjemmesykepleie) og institusjonsbasert (sykehjem) omsorg. I tillegg kan det tenkes å være en viss mulighet til å styre atferd for kommunalt ansatte fastleger (ca. 10 % av fastlegene). Spesielt kan en tenke seg at dette kan gi kommunene bedre incentiver til å gjøre bruk av den kontraktsfestede andelen av fastlegens tid som kan brukes til kommunal helsetjeneste (inntil ca 20%). Flere leger på sykehjem og i hjemmesykepleie kan redusere innleggelser. Det kan likeledes gi incentiver til økt bruk av øvrige pleie- og behandlingstjenester og flerfaglige tilbud der disse antas å bidra til redusert sannsynlighet for innlegging.

Kapittel 6: Oppsummering av diskusjon om prinsipper for finansiering

Rapporten inneholder en prinsipiell diskusjon av kontrakter og incentivmekanismer av betydning for utforming av styringssystemer i helsesektoren. Dernest har vi søkt å anvende dette på relevante institusjonsordninger i helsetjenesten, mer spesifikt for utforming av det kommunale helse- omsorgstilbudet. Vi har ikke sett det som vår rolle å anbefale konkrete løsninger. Slike løsningsforslag vil være sentrale i rapporten som fremlegges fra Helse- og omsorgsministeren, basert på det utvalgsarbeidet som har pågått.

En viktig lærdom fra den prinsipielle gjennomgangen av kontrakts- og incentivteori, er det enkle prinsipp at *ethvert betalingsystem er et incentivsystem*. Utførende enheter må kompenseres for jobben de skal gjøre, og når en velger kompensasjonsmåten har en også valgt et incentivsystem. Incentivene vil imidlertid kunne være svært ulike fra det ene systemet til det andre. Enklest sagt er det slik at mekanismer som innebærer risiko for utfører og sterke incentiver til høy innsats, følger av betalingssystemer med en gitt og fast ramme (rammefinansiering av kommuner og helseforetak), eller faste priser, som spesielt virker aktivitetsfremmende (DRG-betaling på sykehus). Men slike systemer, inkludert såkalte bestiller-utfører ordninger og privatiseringer, er også de som gir størst incentiver til opportunistisk atferd ved at en velger kortsiktig økonomisk lønnsomme tiltak. Slike tiltak trenger ikke være i tråd med overordnede målsettinger. «Mykere» betalingsformer, der kostnader dekkes etter regning, gir liten risiko for utfører, men samtidig lite incentiver til høy produktivitet.

Det er ikke vanskelig å se at der er grunnlag for betydelige samhandlingsproblemer i norsk helsesektor. Det skyldes organisering av sektoren, og utforming av betalingssystemene, som varierer mellom de ulike deler av helsetjenesten. Generelt virker det som spesialisthelsetjenesten står overfor hardere incentivmekanismer enn kommunehelsetjenesten. Det skyldes både en mer aktiv bruk av aktivitetsfremmende ordninger, som DRG-prising, og at helseforetakene har et gitt budsjett (ramme) for hver institusjon. Kommunene har også en gitt budsjettramme, men den gjelder for kommunen som helhet og ikke for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I stedet må helsesektoren her konkurrere med andre gode formål om knappe midler. Videre er det i kommunene langt mindre bruk av aktivitetsfremmende prismekanismer. Denne asymmetrien vil vi forvente større incentiver til å ta imot pasienter i helseforetakene enn i kommunehelsetjenesten. Som sådan understøtter nåværende ordning ikke LEON-prinsippet på en god måte, og neppe heller det mer generelle BEON-prinsippet som brukes i Stortingsmelding nr. 47. Spesielt vil vi anta at forebyggende aktiviteter vil bli underprioritert (uten at vi her gir noen vurdering av lønnsomhet av konkrete tiltak).

Et forslag om å gjøre kommunene medansvarlig for finansiering av helseforetakene, og spesielt via en aktivitetsbasert komponent ved å betale en andel av DRG-prisen, vil kunne gi kommunene incentiver til å begrense innleggelse og henvisninger til helseforetak fra den kommunale institusjonsbaserte helsetjenesten (sykehjem, hjemmebasert omsorg). Incentivene til forebygging vil trolig også styrkes. Imidlertid stiller vi oss tvilende til at denne effekten vil bli veldig stor. Det kan være mer lønnsomt å øke den dagmulkt kommunene betaler for ikke å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten, og gjerne la denne slå inn tidligere enn 10 dager slik ordningen er i dag. Hvis en mener at problemet er manglende kapasitet i kommunehelsetjenesten, med for få sykehjem eller for lite helsepersonell, kunne en vurdere øremerkede bevilgninger og satsinger, slik en har gjort for barnehagesektoren. Problemet med øremerking er imidlertid at en da til en viss grad bryter med prinsippet om kommunal styringsrett, og at en ikke utnytter gevinstene ved desentralisering og lokal tilpasning av helsetjenestetilbudet. Det er selvsagt en relevant problemstilling å diskutere hvorvidt det for helsetjenester, som en har nasjonale målsettinger for, er formålstjenlig å basere seg på en ordning som kan gi ulikheter i tilbudet over landet.

Det kan også være gevinster å hente ved å oppmuntre til mer interkommunalt samarbeid. Norske kommuner er generelt små, og for flere helsetilbud kan der være stordrifts- og samdriftsfordeler som i dag ikke utnyttes. Det gjelder også samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Det er også interessant å merke seg at de ulike helseprofesjoner i enkelte tilfeller står overfor nokså ulike incentivmekanismer. Fastlegeordningen fremmer en viss konkurranse om pasienter, og kan brukes til å sikre en ønsket avveining mellom behandling i primær- og spesialisthelsetjenesten. Også fysioterapeuter har en kontraktsform som kan bidra til å styre deres tilbud i en ønsket retning. I begge tilfeller er problemet at det kan bli dysfunksjonelt om priser ikke er satt riktig. Årsaken til at vi finner slike driftsavtaler for disse to profesjonsgrupper kan være at de har lang tradisjon for å opptre som selvstendig næringsdrivende. Deres tjenester kan rimelig lett selges i et privat marked, for så vidt uten subsidiering eller annen regulering enn det som følger av helsetjenestelov og betingelser for å kunne tilby helsetjenester. Da kan man oppfatte driftsavtaler som et adekvat offentlig reguleringsvirkemiddel overfor yrkesgrupper med et alternativt marked. Andre profesjoner i helsesektoren har ikke slike åpenbare markedsalternativer, og da er det ikke så opplagt at en bør inngå kontrakter i form av driftsavtaler.

Kapittel 7:

Samhandlingsreformen – noen perspektiver på økonomiske incentiver

Hovedmålsettingen med Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 2008-2009) er å møte dagens og fremtidens helse- og omsorgsutfordringer. I St.melding 47 trekkes frem tre hovedutfordringer:

- 1) helse- og omsorgstjenestene er fragmenterte
- 2) det gjøres for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- 3) den demografiske utviklingen og endringer i sykdomsbildet kan bli en trussel mot samfunnets bæreevne.

Vi deler langt på vei disse synspunktene. Stortingsmeldingen inneholder mange interessante forslag, uten at vi har anledning til å gå inn på disse her. Hensikten med dette kapittelet er å drøfte nærmere noen økonomiske virkemidler som regjeringen skisserer for å møte utfordringene. Det omtales fem hovedgrep:

- klarere pasientrolle
- ny framtidig kommunerolle
- etablering av økonomiske incentiver
- spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse
- tilrettelegge for tydeligere prioriteringer

I fortsettelsen vil vi drøfte de endringene i økonomiske incentiver som regjeringen omtaler i meldingen. Temaet drøftes i hovedsak i kapittel 9 i Stortingsmeldingen, og er oppsummert i kapittel 3.3.4. Regjeringen legger opp til å:

- innføre kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten
- overføre det økonomiske ansvaret for utskrivingsklare pasienter ved sykehus til kommunene
- øke graden av rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten (reduert DRG-betaling)

Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten

Den kommunale medfinansieringen skal, slik vi oppfatter det, bygge på at man reduserer rammen til spesialisthelsetjenesten med (forslag) 20 prosent. Dette beløpet overføres kommunene som del av deres rammefinansiering. Kommunene må så betale en stykkpris når pasienter fra deres kommune bruker spesialisthelsetjenester, etter de

DRG-satser som gjelder. Ordningen kan oppfattes som etablering av en fastpriskontrakt mellom kommuner og helseforetakene. Kommunene har som bestillere av spesialisthelsetjenester i utgangspunktet et gitt beløp som de kan kjøpe spesialisthelsetjenester for. De vil sitte igjen med en gevinst dersom de kjøper tjenester i et mindre omfang enn tildelt ramme, siden vi antar at gevinsten ikke trekkes inn av staten. Skulle staten trekke inn eventuelle gevinster, ville det opplagt ødelegge incentivene til å redusere etterspørselen etter spesialisthelsetjenester. Staten trekker da heller ikke inn øvrige frie inntekter i kommunene. På den andre siden ligger det i sakens natur at «overforbruk» vil måtte dekkes inn ved å bruke andre frie midler som kommunene disponerer. Slik subsidiering vil da gå på bekostning av andre gode formål med potensielt sett ikke-trivielle samfunnsøkonomiske konsekvenser. Dette er risiko som kommunene påføres, og det er en risiko de ikke fullt ut kan påvirke selv. Imidlertid vil de klart ha incentiver til å gjøre noe med de forhold som kan påvirke sannsynlighet for at en pasient fra kommunen blir innlagt. Det er, som vi nevner foran i utredningen (kapittel 5), ikke åpenbart at de har veldig store muligheter for dette.

Gjennom en kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester er altså tanken at kommunene skal gis incentiver til å skape et tjenestetilbud som kan redusere etterspørselen etter spesialisthelsetjenester, enten det skjer i form av øyeblikkelig hjelp eller elektiv behandling (henvisning fra fastlege), og i form av innleggelser eller poliklinisk behandling. I dette perspektivet fremstår forebygging og tidlig intervensjon som fornuftige tiltak for å dempe etterspørselen etter spesialisthelsetjenester. Kommunene må på sin side mer konkret make å etablere et tjenestetilbud som er så attraktivt at både pasienter og fastleger ser seg tjent med å bruke dem. Stortingsmeldingen indikerer i så henseende opprettelse av noe som kan likne det vi foran har kalt «helsehus», som skal kunne ha evne til å gi et flerfaglig helsetilbud, og også utføre enkelte tjenester og behandlinger som i dag gjøres i helseforetakene. Skal kommunene kunne make å redusere (veksten) i etterspørselen etter helsetjenester fra sykehusene, er det nok vesentlig at de får opprettet slike nye institusjonelle løsninger. Ellers vil trolig ikke Stortingsmeldingens gode intensjoner kunne oppfylles. Det er her vi er usikre på om incentivene og de økonomiske rammene er tilstrekkelige. Hvis ikke, kan «20 prosenten» raskt bli en ramme som er for liten til å dekke kostnadene forbundet med kjøp av helsetjenester fra de statlig eide HFene. Det kan være vanskelig å måle effekten av tiltak, og eksogene forhold utenfor kommunenes kontroll kan føre til en etterspørselsøkning mot spesialisthelsetjenesten som mer enn kompenseres for eventuelle effekter av kommunale helsehus. I så måte kan man frykte at rammediskusjoner og posisjoneringsspill vil få en ny arena, nemlig mellom HFene og helse- og omsorgssektoren i kommunene, og med ny utvidet agenda i de årlige forhandlingene mellom staten og KS. En mer sikker effekt og rette incentiver i forholdet mellom institusjonene ville en trolig kunne få om kommunene hadde fått det totale finansieringsansvaret, dvs. det som i kapittel 9.8.2 i Stortingsmeldingen omtales som «den finske modellen».

For at kommunene skal se seg tjent med å satse på å bygge opp et nytt tilbud som skal påvirke pasientstrømmer («helsehus»), må altså tilbudene kunne etableres og ikke

minst drives til en kostnad som ligger under det kommunen må betale for å bruke spesialisthelsetjenesten. Dersom dette ikke er tilfellet, vil kommunene like gjerne velge fortsatt å bruke spesialisthelsetjenesten. Vi kan i utgangspunktet si at kommunene får kjøpe spesialisthelsetjenester relativt rimelig, nemlig til en pris av 20 prosent av beregnet kostnad for hver diagnose. Spørsmålet er dermed om man fra kommunenes side er i stand til å oppnå en slik kostnadsgevinst sammenliknet med hva det vil koste å kjøpe de aktuelle helsetjenestene fra de statlig eide HFene. Sett fra et samfunnsmessig perspektiv ville det være en gevinst om kommunen kan produsere tjenestene til en kostnad som er marginalt under det som sykehusene produserer tjenestene for. Problemet er at en slik tilpasning vil kunne innebære et finansieringsbehov som må dekkes inn gjennom andre frie inntekter, og således fortrenge andre kommunale tjenester. Igjen ville en fullfinansiering gi de riktige incentiver.

Et annet klassisk problem er at dersom det nye kommunale tilbudet blir godt og representerer en attraktiv løsning for fastleger og pasienter, så kan etterspørselen stige sammenliknet med tidligere. Altså, selv om det ikke skulle være andre forhold i samfunnet som påvirker etterspørselen etter helsetjenester, så kan et forbedret kommunalt helsetilbud, for eksempel ved at det er lettere tilgjengelig, i seg selv generere en etterspørsel som ikke var der fra før. Det kan faktisk i neste omgang føre til flere henvisninger samlet sett til spesialisthelsetjenesten. Resultatet kan bli at «helsehusene» vil trenge ytterligere midler for å dekke inn kostnadene forbundet med økt etterspørsel, som igjen må kunne dekkes inn gjennom andre frie inntekter. Fordelen er selvsagt at innbyggerne har fått et bedre helsetilbud, og det er selvsagt en gevinst.

Vi vil påpeke behovet for interkommunalt samarbeid. Risikoen for enkeltkommuner kan ellers bli altfor stor. Hvis en innfører ordninger med tak og maksimal betaling for enkeltpasienter som en kommune skal kunne stilles overfor, svekkes incentivene, noe som også påpekes i Stortingsmeldingen. En må imidlertid være oppmerksom på at også interkommunalt samarbeid svekker incentivene, ved at noe av kostnadene overføres til andre kommuner. Det er en potensiell interessant diskusjon om kommunesamenslåinger kan være bedre tiltak enn mer spesifikke samarbeidsløsninger.

Økt grad av rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten

Incentivene som gis til helseforetak og kommuner henger imidlertid godt sammen, det er god logikk i at man samtidig som noe finansieringsansvar overføres til kommunene, også reduserer den aktivitetsavhengige finansieringen av helseforetakene. Det vil redusere deres incentiver til å ta imot pasienter. Effekten er neppe sterkt, men den er der. Ulempen er selvsagt at køene kan øke, dersom kommunene ikke har et tilbud til å ta imot de pasientene som eventuelt må vente lengre for behandling ved helseforetakene. Dette trenger nemlig ikke være de pasienter som det er mulig for kommunene å gi et alternativt tilbud.¹⁸

Økonomisk ansvar for utskrivingsklare pasienter

Kommune mangler per i dag sterke økonomiske incentiver til å ta seg av utskrivingsklare pasienter så raskt som spesialisthelsetjenesten skulle ønske (se kapittel 5). Forslaget fra regjeringen er, som drøftet over, igjen å stille kommunene overfor en fastpriskontrakt: Ved å tilføre kommunesektoren midler fra spesialisthelsetjenesten tilsvarende kostnadene som sykehusene har ved utskrivingsklare pasienter (antall liggedøgn multiplisert med en kostnadsfaktor per døgn), er tanken at kommunene vil få sterkere incitamentener til å etablere tilbud som er slik at det blir billigere å ta imot pasientene enn å la dem ligge på sykehusene. I dag er som nevnt incentivene til dette svake. Ved en kraftig økning av prisen for å la pasienter bli liggende på sykehus (se imidlertid forbehold når det gjelder effekter av å gå fra en kontrakt til pris, «motivation crowding» nevnt i kapittel 5), vil antall unødvendige liggedøgn kunne gå ned, noe som kan ha ventetids-reducerende effekter på sykehusene.

På den andre siden så er det en teoretisk mulighet at dette ikke blir situasjonen. Det skjer hvis en kommune ikke ser seg tjent med, eller er i stand til, å utvide sykehjemskapasitet (bygninger, kompetanse, drift etc.). Kommunen bruker da heller de ekstra midlene den har mottatt fra staten (som har redusert rammene til HFene) til å kjøpe tjenester fra HFene, dvs. la utskrivingsklare pasienter ligge like lenge som tidligere. Selv med innføring av null karensdager i motsetning til ti dager som i dag, kan dette være en rasjonell tilpasning for en kommune.

Fastlegene

Det legges opp til å redusere antall pasienter per fastlege, og at fastlegenes bidrag til det kommunale helsetilbudet skal styrkes. Det virker som en organisasjonsmessig løsning som kan bedre helsetilbudet. Det er imidlertid lite forskningsmessig dekning for å si at det vil redusere henvisninger og pasientbehandling. I litteraturen diskuteres det mye hvordan endringer i pasientgrunnlag og kompensasjonsordninger for fastleger påvirker deres atferd og pasientbehandling. Mye kan tyde på at reduserte betalingssatser og redusert behandlingsgrunnlag til en viss grad blir motvirket av endringer i tjenestetilbudet som har økonomiske konsekvenser for betaler. Det er heller ikke noen klare bevis for at færre pasienter per fastlege gir reduksjon i henvisning til spesialisthelsetjenesten. På den annen side er det her viktig å være klar over at det skal gjøres endringer i en rekke forhold av betydning for det kommunale helsetilbudet, og fastlegenes rolle mer spesifikt. Virkninger kan bli annerledes enn foreliggende undersøkelser har kunnet gi svar på. Det kan også være at de nye leger som rekrutteres inn, som eksempelvis vil ha en annen kjønnsfordeling enn etablerte fastleger, vil reagere annerledes enn det en har sett for den eksisterende populasjon av fastleger. Det kan således gi grunnlag for en interessant evaluering.

Litteratur

- Askildsen, J.E., Holmås T.H., Kaarbøe, O. (2009): «Prioritering i helsesektoren», kapittel 7, s. 139-160, i Haug, K., Kaarbøe, O., Olsen, T.E. (red.), *Et helsevesen uten grenser?*, Cappelen akademisk forlag.
- Burns, L.B. and M. Pauly (2002): «Integrated Delivery Networks: A Detour On the Road to Integrated Health care?» *Business of Health*, July/August 2002, 128–143.
- Coast, J., (1998): «Hospital at home or acute hospital care? A cost minimization analysis», *British Medical Journal*, 316: 1802–1806.
- Helse- og omsorgsdepartementet HOD (1998): *Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter*.
- Helse- og omsorgsdepartementet HOD (2001): *Forskrift om habilitering og rehabilitering*.
- Holmås, T.H., og Kjerstad, E. (2009): «Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale pleie- og omsorgstjenestene», kapittel 8 i Haug, K., Kaarbøe O., Olsen T. (red.), *Et helsevesen uten grenser?*, Cappelen akademisk forlag.
- Hudson, B. (2002): «Integrated Care and Structural Change in England: The Case of Care Trusts», *Policy Studies*, Vol. 23, No 2, 77–95.
- Kodner, D.L. et al. (2000): «Fully integrated care for frail elderly: Two American models», *International Journal of Integrated Care*, 1 Nov 2000.
- Kodner, D.L. et al. (2002): «Integrated care: meaning, logic, applications and implications: A discussion paper», *International Journal of Integrated Care*, Vol 2, 1–8.
- Leff, B. et al. (2005): «Hospital at home: Feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely III older patients», *Annals of Internal Medicine*, 143:798–808.
- NOU (1997:8): *Om finansiering av kommunesektoren*
- NOU (2005:3): *Fra stykkevis til helt*
- Paulus, A. et al. (2000): «Integrated health care from an economic point of view», *Journal of Economic Studies*, 27:3, 200–209.
- Shepperd, S. et al. (1998): «Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care». I: *Three month follow up of health outcomes*, *British Medical Journal*, 316: 1786–1791.
- St.meld. nr 47 (2008–2009): *Samhandlingsrefomen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*.
- Wilson, A. et al. (1999): «Randomised controlled trial of effectiveness of Leicester hospital at home scheme compared with hospital care», *British Medical Journal*, 319: 1542–1546.

Noter

- 1 Det bør legges til at NPM favner om mer enn kostnadseffektivitet. Ulike aspekter ved offentlig tjenesteproduksjon vektlegges ulikt avhengig hva som står i fokus. Like sentralt som markeds-lignende finansieringsystemer står f.eks. beslutningsmessig autonomisering av underordnede organisatoriske enheter, nedskalering eller «slanking» av strukturelt orientert offentlig styrings-innsats, tilpasningsevne overfor omgivelsene, deregulering, kontraktstyring framfor lovstyring mv.
- 2 Styret vs ledelse, ledelse vs ansatte i aksjeselskap.
- 3 Den statsvitenskapelig litteraturen om accountability/responsibility omhandler ulike ordninger for å sikre ansvarlighet overfor både tjenestens innhold og overfor overordnede aktører: demokratiske, juridiske, økonomisk og moralske. Vi fokuserer her på økonomiske styringssystemer og kontraktsteori.
- 4 Vi vil ikke i denne rapporten drøfte nærmere om det offentlige trenger å eie virksomheter som produserer tjenester kommunene er pålagt å levere.
- 5 Også velferden til pårørende, eller for den del nære venner, av sluttbrukerne vil i mange tilfeller påvirkes av tjenestekonsumet. Tenk bare på pleie- og omsorgstjenester for eldre eller funksjons-hemmede og pasienter som trenger spesialisthelsetjenester. I en slik sammenheng er endring i velferd ikke bare begrenset til brukeren.
- 6 Vi hevder ikke at aktørene som utfører oppgaver har fullstendig informasjon, men at de har mer informasjon enn ledelsen.
- 7 Endringer i styringssystemer er naturligvis ikke nødvendigvis uønsket. Et system kan vise seg å ikke virke tilfredsstillende og endringer er påkrevet. Det er dessuten en del av det fagpoli-tiske spillet at vekslende regjeringer kan ha ulike synspunkt på hvordan styringssystemer bør utformes.
- 8 Et kompliserende forhold er at det også er mulig å tenke seg at virksomhetsledelsen ønsker å følge sin egen agenda, som kan delvis stå i motstrid til eiers målsettinger: Høy vekst i omsetning snarere enn en balanse mellom inntekter og utgifter; mange ansatte og mange organisatoriske nivåer, mv. Vi antar her at virksomhetsledelsen er opportunistisk og følger lojalt eiers ønsker for virksomheten.
- 9 Årsaken kan være at innsats gir en eller annen form for unytte (ubehag) i seg selv eller fordi innsatsen på et prosjekt går ut over tilgjengelig kapasitet på et annet prosjekt som oppleves som mer meningsfullt/spennende/motiverende.
- 10 Dette er bare ment som eksempler, her kan det selvsagt tenkes en rekke mulige konstellasjoner.
- 11 Det kan godt være en stykkpris som gjelder for en enkelt kommune.
- 12 Individuelle priser er umulig, men det kan være noe gradering, eksempelvis opereres det med ca 500 DRGer i den aktivitetsbaserte finansieringsordningen for helseforetakene.
- 13 Beskrivelsen gjelder ikke bare eldre pasienter. Også yngre pasientgrupper kan ha behov for oppfølging etter utskriving. Stadig mer av de kommunale pleie- og omsorgsressursene brukes på innbyggere under 67 år.
- 14 Her kan det skytes inn at sykehus som legger større vekt på inntektssiden enn på kostnadssiden også vil ha motivasjon til samarbeid og koordinering med pleie- og omsorgssektoren. Inntekts-siden styrkes dersom pasientgjennomstrømningen økes, og pasientgjennomstrømningen kan igjen økes ved å redusere liggetidene. Med gitt sengekapasitet trekker både inntektstiden og

kostnadssiden i samme retning. Det er også slik at kortere liggetid kan gi kortere ventetid for behandling på sykehus. Den relative betydningen av liggedøgn som kostnadsdriver varierer for øvrig mellom diagnoser og pasientgrupper, men for eldre sykehuspasienter er liggetid en sentral kostnadskomponent i de fleste behandlingsformer som krever innleggelse.

- 15 Se kapittel 6 i Stortingsmelding nr 47 Samhandlingsreformen, for flere eksempler på samordningsforsøk og «helsehus», også kalt lokalmedisinske sentre.
- 16 Se http://www.im.dk/publikationer/kommunalreformen-kort_fortalt/kap04.htm, kapittel 4 «Den offentlige økonomi etter kommunalreformen», figur 4.2.
- 17 Hetnet fra rapporten «Generelle tilskud til regionerne 2007», Indenrigs- og sundhedsministeriet 2006.
- 18 Se Askildsen, Holmås, Kaarbøe (2009) for en analyse av hvordan prioriteringsforskriften praktiseres, og hvordan reformer påvirker ventetid for ulike pasientgrupper.

Rapportserie Rokkansenteret

(ISSN 1503-4844)

Rapportene kan bestilles fra Rokkansenteret, tlf. 55 58 97 10,
e-post: post@rokkan.uib.no, <http://www.rokkansenteret.uib.no>

No	2009
1-2009	Kristin Hope, Jill Loga og Simon Neby: <i>Mellom lokalisme og kompetanse</i> . Juni 2009
2-2009	Helge Østbye: <i>Journalister og folk flest: Syn på medier og journalistikk 1999–2000</i> . Oktober 2009.
3-2009	Jan Erik Askildsen og Egil Kjerstad: <i>Utredning om finansiering av kommunale helsetjenester</i> . Oktober 2009
No	2008
1-2008	Hans-Erik Ringkjøb, Jacob Aars og Signy Irene Vabo: <i>Lokalt folkestyre AS. Eierskap og styringsroller i kommunale selskap</i> . Februar 2008.
2-2008	Dag Arne Christensen og Jacob Aars: <i>Valg av ordfører ved supplerende stemmegivning. En empirisk analyse av ordførervalgene i 48 norske kommuner i 2007</i> . Februar 2008.
3-2008	Gry Brandser og Ole Andreas Brekke: <i>Veien mot et Innlandsuniversitet. Om interne utviklingstrekk og eksterne rammebetingelser 2001–2008</i> . Juni 2008
4-2008	Kristin Hope, Hans-Erik Ringkjøb og Lise Hellebø Rykkja: <i>Evaluering av styring og ledelse ved NTNU</i> . August 2008.
5-2008	Tom Christensen: «En felles etat» – en analyse av prosessen som ledet frem til opprettelse av ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV). August 2008.
6-2008	Dag Wollebæk, Per Selle og Kristin Strømsnes: <i>Endringsprosesser i norsk frivillighet: En kunnskapsoversikt</i> . September 2008.
7-2008	Rune Ervik: <i>Bruk av skift og turnus i ulike virksomheter: En kartlegging</i> . Oktober 2008.
8-2008	Anne Homme og Håkon Høst: <i>Hvem pleier de gamle i Oslo? Om hjelpepleiernes og helsefag- arbeidernes posisjon i pleie- og omsorgstjenestene i hovedstaden</i> . Oktober 2008.
9-2008	Dag Arne Christensen, Tor Midtbø, Hans-Erik Ringkjøb og Jacob Aars: <i>To valg med ny personvalgordning – Kontinuitet eller endring?</i> Desember 2008.
10-2008	Astri Andresen, Tore Grønlie, William Hubbard, Teemu Ryymin and Svein Atle Skålevåg: <i>Citizens, Courtrooms, Crossings</i> . December 2008.
No	2007
1-2007	Hans-Erik Ringkjøb, Bjarne Folkestad, Audun Offerdal og Jacob Aars: <i>Demokrati heile vegen. Gode styringsgrep og metoder for folkevalte</i> . Mai 2007.
2-2007	Astrid Andresen and Tore Grønlie (eds): <i>Transferring Public Health, Medical Knowledge and Science in the 19th and 20th Century</i> . December 2007

- 3-2007 Knut Grove: *Historikarar i randsona. Historieforskinga ved Rokkansenteret, LOS og SEFOS.* Desember 2007.

No	20 ^a 06
1-2006	Arnhild Taksdal, Jan-Kåre Breivik, Kari Ludvigsen og Bodil Ravneberg: <i>På randen av å bo. Erfart kunnskap om livet og flyttingene mellom psykiatri, rusomsorg, gater, hospitser og egne boliger.</i> Mai 2006.
2-2006	Morten Dyrdal, Per Lægred og Kristin Rubecksen: <i>EU i norsk sentralforvaltning.</i> Oktober 2006.
3-2006	Kaia Christina I. Graham-Haga: <i>Institusjonalisering av forvaltningsrevisjon. En studie av utvikling i policy og praksis hos Riksrevisjonen i perioden 1994–2005.</i> November 2006.
4-2006	Astri Andresen, Tore Grønlie og Teemu Ryymin (eds): <i>Science, Culture, and Politics. European Perspectives on Medicine, Sickness and Health. The Fourth Bergen Workshop of the History of Health and Medicine. Conference Proceedings.</i> December 2006.
5-2006	Camilla H. Glückstad: <i>Revitalisering av Riksrevisjonen. En prosessstudie av Riksrevisjonens nye rammeverk.</i> Desember 2006.

No	2005
1-2005	Bjørn C. Ekeland, Ingrid Lundeberg og Svein Atle Skålevåg (red.): <i>Studier av dommen. Konferanserapport.</i> Mars 2005.
2-2005	Stein Kuhnle (ed.): <i>Social Policy Development in South Eastern Europe: Outside Influences and Domestic Forces.</i> March 2005.
3-2005	Sturle Næss: <i>Omsorgens vilkår i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.</i> Juli 2005.
4-2005	Eirinn Larsen: <i>Invisible Strategies. Gender in French and Norwegian Business Education, 1870–1980.</i> September 2005.
5-2005	Nina Berven: <i>National Politics and Cross-National Ideas. Welfare, Work and Legitimacy in the United States and Norway.</i> September 2005.
6-2005	Hans K. Mjelva: <i>Tre storverft i norsk industris finaste stund. Ein komparativ studie av Stord Verft, Rosenberg mek. Verksted og Fredrikstad mek. Verksted 1960–1980.</i> November 2005.
7-2005	Rune Ervik: <i>Active Ageing and the Norwegian Pension System.</i> December 2005.
8-2005	Even Nilssen: <i>Fag, rett og politikk. Rettsutformingene angående bruk av tvang overfor voksne rusmiddelmissbrukere og psykisk utviklingshemmede i de skandinaviske landenes sosialrett.</i> Desember 2005.
9-2005	Arne Ramslie: <i>Fra ritual til verktøy. Mål- og resultatstyring av Utlendingsdirektoratet 1998–2003.</i> Desember 2005.
10-2005	Astri Andresen, Kari Tove Elvbakken and Tore Grønlie (eds): <i>Politics of Prevention, Health Propaganda, and the Organisation of Hospitals 1800–2000. Conference Proceedings.</i> December 2005.
11-2005	Even Nilssen: <i>Fag, rett og politikk. Rettsutformingene angående bruk av tvang overfor voksne</i>

rusmiddelmissbrukere og psykisk utviklingshemmede i de skandinaviske landenes sosialrett.
Desember 2005.

- 12-2005 Kirsti Malterud og Kari Tove Elvbakken: *Sunnhet og sykdom i kulturelt perspektiv. Bidrag fra Helsekameratenes avslutningsseminar*. Desember 2005.

No 2004

- 1-2004 Astri Andresen, Kari Tove Elvbakken and William H. Hubbard (eds): *Public Health and Preventive Medicine 1700 – 2000. Knowledge, Co-operation, and Conflict*. March 2004.
- 2-2004 Anne Lise Fimreite, Yngve Flo, Tommy Tranvik og Jacob Aars: *Tillit mellom forvaltningsnivåene – sentrale aktørers oppfatninger av og holdninger til kommunene*. Juni 2004.
- 3-2004 Rune Hallingstad: Regional styring i lys av foretaksorganiseringen. *En sammenlignende studie av Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF*. September 2004. ATM.
- 4-2004 Håkon Høst: *Kontinuitet og endring i pleie- og omsorgsutdanningene. En studie av utviklingen innenfor utdanningene til hjelpepleier og omsorgsarbeider*. Oktober 2004.
- 5-2004 Sturla Herfindal: *Veien frem til sykehusreformen – En studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak*. November 2004.
- 6-2004 Astri Andresen, Tore Grønlie and Svein Atle Skålevåg (eds): *Hospitals, Patients and Medicine 1800 –2000. Conference Proceedings*. November 2004.
- 7-2004 Stig Hølleren: *Kontrollør eller veileder? En studie av policyendring i Arbeidstilsynet 1989–2002*. November 2004.
- 8-2004 Dag Arne Christensen, Tor Midtbø, Hans-Erik Ringkjøb, Lars Svåsand og Jacob Aars: *Ny personvalgordning og hva så? En analyse av kommune- og fylkestingsvalget i 2003*. Desember 2004.

No 2003

- 1-2003 Sturla Næss: *Ikke helt etter planen. Dokumentasjonsrapport om hjelpetrequende eldres erfaringer før og etter Handlingsplan for eldreomsorgen*. Mars 2003.
- 2-3003 Kim Ove Hommen: *Tilsynsroller i Staten. En studie av Luftfartstilsynet og Statens Jernbanetilsyn*. Mars 2003.
- 3-2003 Stein Kuhnle and Dzemaal Sokolovic: *The Balkans: Searching for Solutions*. March 2003.
- 4-2003 Anne Lise Fimreite (red.): *Styringsystem i storby. Evaluering av styringssystemet i Bergen kommune*. April 2003.
- 5-2003 Ingrid Helgøy og Bodil Ravneberg: *Byråkrat, sosialarbeider eller innovatør? Organiserings betydning for utvikling av yrkesroller i sosialtjenesten*. Mai 2003.
- 6-2003 Anne Homme: *Skolen som styringsarena? Lokalt handlingsrom og gjennomføringen av Reform 97*. Mai 2003.
- 7-2003 Dag Stenvoll: *Politisk argumentasjon. En analyse av norske stortingsdebatter om seksualitet og reproduksjon 1945–2001*. Juni 2003.
- 8-2003 Anne Lise Fimreite: *Der hvor intet er, har selv keiseren tapt sin rett! Om lokalt folkestyre og rettigheter*. Juni 2003.

- 9-2003 Sturle Næss: *I tøffeste laget? Dokumentasjonsrapport om arbeids situasjonen til ansatte i pleie- og omsorgstjenesten*. Juni 2003.
- 10-2003 Sven Atle Skålevåg: *Fra normalitetens historie. Sinnsykdom 1870–1920*. Juli 2003 .
- 11-2003 Simon Neby: *Interessekonflikt, kommunikasjonsvikt og kulturkollisjon. En studie av fusjonen mellom Telia og Telenor*. Juli 2003.
- 12-2003 Birte Bjørkelo: *The Power of Learning in the Global Age – The World Bank and Environmental NGOs*. October 2003. The Globalization Program.
- 13-2003 Ingrid Hagen: *Global konkurranse og lokal fleksibilitet. Omstillinger og fleksibilitetsstrategier i en norsk elektronikkbedrift*. Oktober 2003. Globaliseringsprogrammet.
- 14-2003 Mariann Moberg: *Engasjement og trygghet i et mer globalisert arbeidsliv. En studie av endringsprosesser i et multinasjonalt konsern i lys av trekk ved den nye kapitalismens ånd*. Oktober 2003. Globaliseringsprogrammet.
- 15-2003 Harald Grimen and Kari Tove Elvbakken (eds): *Cultural Perspectives on Risk, Preventive Medicine and Health Promotion*. October 2003.
- 16-2003 Synnøve Serigstad: *Samordning og samfunnstryggleik. Ein studie av omorganiseringa av den sentrale tryggleiks- og beredskapsforvaltninga i Noreg i perioden 1999–2002*. Desember 2003.
- 17-2003 Kurt Brekke, Astrid Grasdahl, Tor Helge Holmås, Frode Steen og Kjell Sunnevåg: *Evaluering av ny apoteklov og indeksprissystemet*. Desember 2003. HEB.

No

2002

- 1-2002 Agnete Vabø: *Mytedannelser i endringsprosesser i akademiske institusjoner*. November 2002.
- 2-2002 Svanaug Fjær og Liv Johanne Syltevik: *Omsorg, tid og penger for likestillingens frontløpere. Sluttrapport fra evalueringen av reformen for enslige forsørgere*. November 2002.
- 3-2002 Hege Søreng: *Revitalisering av Stortingets kontrollaktivitet? En studie av oppmerksomhet i Stortinget mot kontroll med forvaltningen 1989–1999*. Desember 2002.

Samordning og finansiering av kommunale helsetjenester

I denne rapporten diskuteres noen av de forslagene som presenteres i Stortingsmelding nr 47 2008–2009 som omhandler den planlagte Samhandlingsreformen. Utgangspunktet for Samhandlingsreformen er at mange av problemene i norsk helsesektor kan relateres til dårlig samhandling mellom det kommunale og det statlige nivået i sektoren. Det sentrale spørsmålet er om finansieringssystemene for helsetjenester vil resultere i mer effektiv ressursbruk og bedre samhandling.

En viktig utfordring er at kommunene og staten står overfor svært ulike incentiver. Sykehusene har gjennom sin aktivitetsbaserte finansiering incentiver til å ta imot pasienter, men også til å skrive dem raskt ut. De kommunale helsetjenester som sykehjem og hjemmesykepleie er i hovedsak finansiert på en måte som gjør det lønnsomt å la mest mulig behandling foregå andre steder, og gjerne utsette mottak av pasienter fra helseforetakene.

I denne rapporten drøftes ulike forslag til endringer i finansiering av helsetjenesten, blant annet en kommunal medfinansiering av helseforetakene og en reduksjon av den aktivitetsbaserte finansiering av spesialisthelsetjenesten. Slike endringer innebærer at kommunene bærer et større ansvar for sykkelighet i kommunen, og de gir incentiver til økt tjenesteproduksjon på bekostning av helseforetakene. Spørsmålet er imidlertid om tiltakene er tilstrekkelig omfattende og treffsikre, og om norske kommuner er robuste nok til å bære en økt finansiell risiko.

Jan Erik Askildsen er dr. oecon. og forskningsdirektør ved Uni Rokkansenteret siden 2007.

Egil Kjerstad er dr. polit. og seniorforsker ved Samfunns- og næringslivsforskning, Senter for økonomisk politikk.

ISBN 978-82-8095-065-9

ISSN 1503-4844