



111-sak 12/77

## Saksframlegg

Saksmappe:  
2012/10

Saksbeh:  
Knut Egger,

Dato: 19.07.2012  
Arkivkode:  
200

### Saksgang

Utvalg	Møtedato
Medbestemmelsesutvalget	11.09.2012
Arbeidsutvalget	17.09.2012
Bydelsutvalget	20.09.2012

## KOSTNADER OG GEVINSTER KNYTTET TIL BESTILLER - UTFØRER MODELLEN

### Sammendrag:

### Bakgrunn for saken:

Bydelsutvalget vedtok følgende verbalvedtak for 2010 knyttet til bestiller – utfører modellen:

”Bestiller – utførerordningen er en svært byråkratisk ordning. Oslo kommune er preget av et voksende byråkrati og dette medfører at midler tas bort fra selve velferdsproduksjonen og over på administrasjon. Bydelsutvalget ber bydelsdirektør om å komme tilbake med en sak til bydelsutvalget hvor de organisatoriske og økonomiske konsekvensene av denne ordningen blir diskutert. Bydelsutvalget ber også om at bydelsdirektør i denne saken diskuterer alternative løsninger.”

Bydelsdirektør fremmet sak til bydelsutvalgets møte 17.03.2011 (sak 11/11) og uttalte i saken følgende:

”Bydelsdirektør viser til at det pr.d.d. ikke foreligger noen forskning på området. Det vises til at styret for program for storbyrettet forskning etter forslag fra Trondheim kommune har bedt kommunen utlyse en konkurranse om et prosjekt som belyser kostnader ved bestiller – utførermodellen. Det foreslås at resultatet fra et slikt prosjekt foreligger bydelsutvalget”.

Bu vedtok i møtet 17.03.2011:

”Bydelsutvalget anser at verbalvedtak VA1 fra 2010 er utkvittert, og at bydelsutvalget får seg forelag resultatene fra storbyprosjektet om kostnader ved bestiller – utfører modellen”.

Oppdraget, som ble utført av Deloitte, er nå avsluttet og rapport av 02.07.2012 foreligger.

Bydelsdirektør fremmer i denne sak en orientering om prosjektets resultat i tråd med Bu-vedtaket av 17.03.2011. Rapporten følger saken som trykt vedlegg

### Saksframstilling:

Prosjektet har vært gjennomført på initiativ av Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS), Program for storbyforskning med Trondheim som prosjektførende by. Deltagende byer har i tillegg til Trondheim vært Bergen, Drammen, Kristiansand, Sandnes, Stavanger og Oslo. Fra Oslo har bydelene Gamle Oslo, Stovner, St.Hanshaugen, Vestre Aker og Østensjø deltatt. Prosjektet omfattet pleie- og omsorgstjenestene.

Saksfremstillingen nedenfor er i det alt vesentlige basert på sammendraget i den vedlagte rapport "Kostnader og gevinster knyttet til bestiller-utfører modellen". Saksfremlegget tar ikke for seg alle funn i rapporten.

Prosjektet er gjennomført av firmaet Deloitte. Firmaet fant at de deltagende innstanser hadde 11 ulike måter å organisere bestiller – utførermodellen på, oppsummert i tre hovedmodeller:

Type modell	Kommuner	Bydeler i Oslo
1. Har profesjonalisert saksbehandling og behovsvurdering	Sandnes	
2. Har skilt forvaltning og tjenesteproduksjon i separate virksomheter for alle helse- og omsorgstjenester	Drammen Trondheim	Gamle Oslo Stovner Østensjø
3. Som over, men har i tillegg innført ISF eller ABF for noen tjenester og lagt pengene for både kommunale og private utfører hos bestiller	Bergen Kristiansand Stavanger	St. Hanshaugen Vestre Aker

ISF (Innsatsstyrt finansiering) er et aktivitetsbasert finansieringsstyrtsystem som tar hensyn til variasjon i behov gjennom året. Med hvert vedtak om tjenestetildeling som fattes, følger det finansiering. På denne måte finansieres virksomheten etter innsats eller aktivitet. Dette systemet krever at tjenestene prises gjennom kalkulasjonsmodeller.

ABF (aktivitetsbasert finansiering) medfører at utførerene finansieres sine utgifter ved at de får betaling for omfanget av tjenester de utfører. Kommunens totale budsjettamme for ulike tjenesteområder er et politisk ansvar og fastsettes av bystyret/bydelsutvalget gjennom årsbudsjettet. Bestillerenhetene gjør behovsvurdering og fatter vedtak om tildeling av tjenester til innbyggerne. Med hvert vedtak følger aktivitetsbasert finansiering. Utførerene leverer tjenester til brukerne iht. vedtak og får betaling.

Definisjonen på de to modeller synes å være "rimelig" like, og det er således noe vanskelig helt å skille mellom dem.

Den tredje modell, som ikke fremgår av tabellen er en ren rammefinansiering av tjenestene ved at tjenestene gis et årsbudsjett basert på erfaringstall og korrigeret for planlagte endringer i tjenesteproduksjonen.

I bydelene i Oslo benyttes ISF overfor private tjenesteutøvere som har konsesjon for å levere hjembasert omsorg. De fleste bestillerenheter inklusiv bydel Sagene har i tillegg ansvaret for bestilling av sykehjemsplasser og diverse omsorgstiltak som kjøpes fra private til enten fastlagte priser av bystyret (sykehjemsplasser) eller fremforhandlede priser mellom bydel og den private tilbyder.

Finansiering av den kommunale hjemmetjeneste er varierende mellom bydelene – fra en ren rammefinansiering til ISF finansiering. Bydel Sagene praktiserer en slik rammefinansiering, men denne er avstemt mellom bestiller og utøver gjennom følgende modell:

- Den godkjente bemanning i utførerledet (Enhet for hjemmetjenester) korrigeres for rene administrative stillinger. De rene utøvende stillinger omregnes deretter til disponible timer til direkte brukertid. Faktoren som benyttes for praktisk bistand tilsvarende den faktor som ligger til grunn for beregning av timepriser overfor private leverandører (62 %), mens det for hjemmesykepleien er benyttet 53 % (dagtid) og 47 % (nattid).
- Som følge av avvik mellom innvilgede vedtakstimer og utførte vedtakstimer innen p.g.a. sykehus-, og sykehjemsopphold, ferier m.m. blant brukere er det på bakgrunn av erfaringstall (70 % hjemmesykepleie og 78 % innen praktisk bistand) gitt en ramme til søknadskontoret for vedtakstimer som er tilsvarende høyere enn hva utfører ville hatt ressurser til å utføre dersom alle vedtakstimer ble 100 % utført.

Denne modell skal sikre at de økonomiske ressurser mellom utfører og bestiller er avstemt. Det er avvik på disse faktorer som fremmes for bydelsutvalget gjennom de månedlige økonomirapporter. Budsjettet (i kroner) for pleie og omsorgstjenestene er således fordelt mellom utøver (driften av den kommunale hjemmetjeneste) og bestiller (institusjonsplasser, alle kjøp fra private leverandører og fra andre bydeler). Bydelens bofellesskap for utviklingshemmede og personer med psykiske lidelser er rammefinansiert.

Deloitte har ikke funnet noen klare sammenhenger mellom type bestiller – utfører modell og utvikling i utgiftsnivå eller utvikling i kostnad pr. tjenestemottaker/kostnader pr. plass. De har heller ikke gjort funn som tyder på at en type modell er mer effektivitetsfremmende enn en annen. De konkluderer med at det ikke er uvesentlig hvilken modell man velger, men at måten modellen praktiseres og etterlevelsen av prinsippene i modellen har mer å bety for om modellen virker effektivitetsfremmende, enn modellen i seg selv.

De effektivitetsfremmede elementene er særlig knyttet til:

- Riktig dimensjonering av nivåene i tjenestekjeden
- Tydelighet i prioriteringen av søkere og en profesjonalisering av vurderingen av bistandsbehov
- Tydeliggjøring av bestillers ansvar for å forvalte bydelens ressurser (plassering av økonomisk ansvar hos bestiller)
- Utforming av vedtak som tar hensyn til kompleksiteten på tjenestene
- Betaling til utfører basert på utført tid

- Rutiner for vurdering/revurdering som sikrer at tjenestemottaker er plassert på riktig nivå i tjenestekjeden i forhold til eget funksjonsnivå.

Deloitte konkluderer med at forekomsten av disse effektivitetsfremmede elementene i storbyene viser at kommunene på mange områder har oppnådd intensjonene med å innføre en bestiller – utfører modell.

Samtidig har storbyene erfart at det er klare kostnadsdrivende elementer ved modellen. De sterkeste av disse er:

- Bestiller som kun har myndighet til å tildelene tjenester i deler av tjenestekjeden, og ikke har anledning til å ta hele tjenestespekteret inn i vurderingen
- En større del av forvaltningsansvaret overlates til utførerne
- En ”ventelistepolitikk” som gjenspeiler hva innbyggerne søker om, ikke hva behovet faktisk er
- Tidsfestede vedtak i komplekse tjenester
- Betaling til utfører basert på vedtakstid, hvor det ikke kontrolleres tilstrekkelig for utført tid
- Svake incentiv til å arbeide forebyggende
- Sterkere fokus på søkerens rettigheter enn det helsemessige behov
- Økt byråkratisering og mer ressurser til administrative oppgaver.

I sum har Deloitte funnet at det er de effektivitetsfremmede elementene i modellen som får størst gjennomslag i praktiseringen av modellen.

Ut fra de funn som er gjort oppsummerer Deloitte noen grep som synes å bidra til effektiv ressursutnyttelse ved innføring og utvikling av bestiller – utfører modellen:

- Klar kobling mellom politiske prioriteringer på overordnet nivå (bestiller i stort) og tildeling av tjenester (bestilling i smått)
- Samsvar mellom økonomiske rammer, kriterier for tildeling og kvalitet på tjenestene:
  - Tydeliggjøring av bestillers ansvar for aktiviteten (tildeling av tjenester innen økonomiske rammer)
  - Tydeliggjøring av utførers ansvar for effektiviteten (tjenesteyting innenfor økonomiske rammer og definert kvalitet)
- Plassering av økonomisk ansvar hos bestillerenheten – tydeliggjøring av bestillers ansvar for å forvalte kommunens ressurser til innbyggernes beste
- Utbygging av tilbud og tjenester som reflekterer LEON-prinsippet (lavest effektive omsorgsnivå), og ikke behov synliggjort gjennom ventelister
- Sikre at bestillerenheten har oversikt over helheten i kommunens tjenestekjede og myndighet til å sette sammen pakker av tjenester tilpasset den enkeltes behov
- Utforming av bestiller-utfører modell og tilhørende finansieringsmodell tilpasset kompleksiteten innenfor den enkelte deltjeneste:
  - Der det er lett å måle produksjonen (eksempelvis praktisk bistand i hjemmet, enkle hjemmesykepleieoppdrag), bør hele behovsvurderingen legges til bestillerenheten, og ISF/ABF-modell basert på timefestede vedtak og betaling til utfører på utført tid
  - Der det er vanskelig å måle produksjonen (eksempelvis hjemmetjenestebrukere med behov for varige og koordinerte tjenester, utviklingshemmede

m.fl.) bør en større del av behovsvurderingen overlates til utfører. ISF/ABF-modell baseres på tjenestebeskrivende vedtak og betaling til utfører kontrollers på utført tid

- Samsvar mellom valgte finansieringsmodell og de styringsprinsipper utførende enheter er underlagt (mulighet til å måle ressursinnsats og styre på resultat)
- Bruk av bestillerenhetens kompetanse i dialogen med spesialisthelsetjenesten om utskrivingsklare pasienter
- Arenaer som legger til rette for god dialog mellom bestiller og utfører, og som inkluderer både kommunale og private utførere
- (Videre)utvikling av teknologi (fagprogrammer), styringssystemer og rutiner som legger til rette for effektiv ressursbruk.

På side 38 (kap.6.6.) sies det at flere kommuner har gått over fra tidfestede til tjenestebeskrivende tiltak med angitte normtider der hvor det er behov for raske endringer i bistandsbehov hos mottagere med behov for varige og sammensatte tjenester og for felles-tjenester i boliger for utviklingshemmede. Dette ut fra erfaringen om at tidsfestede vedtak har virket kostnadsdrivende. Tjenestebeskrivende tiltak gjør at utføreren kan tilpasse tjenesten til brukerens varierende behov, men åpner for større utydighet om hva som er riktig mengde tjeneste og koblingen mellom vedtak, utført tjeneste og økonomiske rammer for tjenesten.

For kjøp av omfattende pleie- og omsorgstjenester benyttes systemet "tidsbeskrivende vedtak" gjennom for eksempel behovsbeskrivelser knyttet til konkurranser, og hvor leverandører gir sine pristilbud basert på behovsbeskrivelsen. Kontrakter inngås deretter hvor behovsbeskrivelsen er klart definert.

### **Økonomiske, organisatoriske og miljørelaterte konsekvenser:**

#### Fra rapporten

Rapporten peker på en av utfordringene i pleie og omsorgstjenestene, men som blir særlig tydelig i en bestiller – utfører modell, nemlig samsvaret mellom forventinger til tjenesteproduksjonen og de økonomiske ressurser som avsettes. Deloitte viser her til kommunens/bydelens roller som:

- "Bestiller i stort" – dvs. det politiske og det administrative ansvar (bydelsdirektør)for å bestille rett type og mengde tjenester med rett kvalitet på overordnet nivå, og tildele bestiller nødvendige økonomiske midler til det vedtatte omfang.
- "Bestiller i smått" – dvs. bestillerfunksjon med ansvar for å vurdere behov og tildele enkelttjenester til lovfestede rettigheter.

I rapportens kap. 5.3 "Økning i utgiftsnivå 2008 – 2011" pekes det på at veksten i utgifter til hjemmetjenester pr. innbygger er sterkest i Stavanger (+ 21 %) og i Oslo (+ 20 % Oslo totalt). Alle kommunene i undersøkelsen, med unntak av Drammen, har hatt vekst i utgiftsnivået for perioden, helhetlig sett pr. innbygger. Størst i Oslo med 13 %.

Deloitte uttaler:

”Analysen av KOSTRA-dataene for perioden 2008-2011 har avdekket en økning i samlet utgiftsnivå for alle kommuner. Økningen er sterkest innenfor hjemmetjenestene. Dette ser ut til å ha sammenheng med en økning i kostnader pr. tjenestemottaker i hjemmetjenesten og tilhørende økning i tjenestemottakernes gjennomsnittlige bistandsbehov. Andelen tjenestemottakere innenfor hjemmetjenestene har samtidig økt mindre enn det økningen i innbyggertall skulle tilsi. Dette tyder på at kommunene er blitt mer oppmerksomme på betydningen av å prioritere riktig og å tilfele rett mengde tjenester, og at tildelingspraksis er endret som en følge av at kommunene har måtte prioritere innenfor knappe ressurser. Dersom det er disse mekanismer som har gjort seg gjeldende i storbyene gir det grunnlag for å hevde at mekanismene i bestiller-utfører modellen benyttes aktivt for å sikre samsvar mellom økonomiske rammer og tildeling av tjenester. Gjennom endringer av kriteriene for tildeling og/eller tildelingspraksis strammes tilgangen på tjenester inn.”

I kap. 6.3. ”Bestilles riktig type og riktig mengde tjenester på overordnet nivå” sier rapporten:

”Satt på spissen fremstår Bergen og Oslo som ”langtidsplasskommunene”, mens Drammen og Trondheim fremstår som ”korttidskommunene”. Sandes fremstår som ”omsorgsboligkommunen” med få brukere i institusjon og mange boliger. Kristiansand er hjemmetjenestekommunen.”

Det vises til tabellen på side 36 i vedlagte rapport.

Videre sier rapporten:

”Det synes å være store bevissthet i kommunene rundt betydningen av en balansert tjenesteprofil. Samfunnsdebatten rundt konsekvensene av ”eldrebølgen” og mye oppmerksomhet rundt samhandlingsreformen har bidratt i positiv retning. Kommunaldirektører og bydelsdirektører svarer at de finner det utfordrende å få politisk oppslutning om oppbygging av tilbud på mellomnivå i tiltakskjeden. I de politiske miljøene er det fortsatt langtidsplasser i sykehjemsplasser som står sterkt”.

På spørsmålet om bestiller – utfører modellen bidrar til effektivitet i tjenesteutførelsen (jfr. kap. 11.2) opplever utførere i bydelene i større grad enn utførerne fra de andre kommunene at modellen bidrar positivt (gjennomsnittscore 4,1 på en skal fra 0 til 5). Begrunnelsen varierer fra bydelene, men brukervalgsordningen nevnes som en underliggende faktor i flere bydeler. Blant bestillerne i disse bydeler er imidlertid scoren lavere (3,2) – varierende fra 4,0 til 2,0 (jfr. tabeller side 65). Det tyder på at det er bydelens finansieringsordninger som er avgjørende for bestillers svar.

Deloitte oppsummerer i kap. 11.7 elementer ved bestiller – utfører modellen som kan virke kostnadsdrivende. Disse er knyttet til fire hovedområder:

#### **Behovsdekning**

- Dimensjonering av nivåene i tjenestekjeden som ikke bidrar til at tjenester kan til dels på laveste effektive omsorgsnivå

- Bestiller som kun har myndighet til å tildele tjenester i deler av tjenestekjeden, og ikke har anledning til å ta hele tjenespektret inn i vurderingen
- En større del av forvaltningsansvaret overlates til utførerne. Dette medfører en utvisking av prinsippene i modellen, og innebærer en styringsmessig risiko dersom utfører derigjennom kan påvirke egne inntekter
- Dersom kommunen velger en ”ventelistepolitikk” som synliggjør udekte behov, kan dette virke kostnadsdrivende gjennom at nye tilbud gjenspeiler hva innbyggerne søker om, ikke hva behovet faktisk er.

#### **Asymmetrisk informasjon:**

- Fra kommuner/bydeler hvor utførerne finansieres gjennom en ISF/ABF – løsning, og betaling baseres på vedtakstid, kan det inntre mekanismer som bidrar til at vedtakstiden forsøkes økt og at samlet vedtaksvolum blåses opp.
- ISF/ABF medfører at utfører melder raskere om økninger i behov enn hva som ellers ville vært tilfelle
- Tidsfestede vedtak i komplekse tjenester
- Betaling til utfører basert på vedtakstid, hvor det ikke kontrolleres tilstrekkelig for utført tid

#### **Incentivstrukturen:**

- Incentivet til forebyggende innsats innenfor modellen er for svake
- Det er brukere med størst behov for helsefaglig oppfølging som prioriteres, ikke brukere som ville profitere på forebyggende innsats i en tidlig fase
- For kommuner/bydeler med en ISF/ABF-modell vil utfører få reduserte inntekter dersom de klarer å redusere brukerens bistandsbehov og omfanget på tjenestene

#### **Rettighetsfokus:**

- Det ligger en sterkere forventning blant brukere og pårørende om at kommunen skal ”ordne opp” når behovet for helsehjelp melder seg
- Gjennom profesjonaliseringen av saksbehandlingskompetansen, medfører modellen større rettighetsfokus, det fokuseres sterkere på hvilke rettigheter søkeren har, enn hva det helsemessige behovet faktisk er
- Modellen har, i kombinasjon med strenger dokumentasjonskrav for helse- og omsorgstjenestene generelt sett, bidratt til at mer ressurser går med til administrative oppgaver.

Det er imidlertid slik at modellen også innehar momenter som virker effektivitetsfremmende. (jfr. kap.11.4). Disse er oppsummert som følger:

#### **Behovsdekning:**

- Politisk og administrativ ledelse får riktig informasjon om behovet for tjenester
- Riktig dimensjonering av nivåene i tjenestekjeden
- Tydelighet i prioriteringen av søkere og en profesjonalisering av vurderingen av bistandsbehov
- Bestiller med oversikt over kommunens samlede tjenesteportefølje

- Kapasitetsberegninger i utførerleddet kan fungere som et incentiv til å finne alternative måter å dekke brukers bistandsbehov på
- Tydeliggjøring av bestillers ansvar for å forvalte bydelens ressurser (plassering av økonomisk ansvar hos bestiller)

**Asymmetrisk informasjon:**

- Bedre samsvar mellom bistandsbehov og vedtak, og mellom bistandsbehov og økonomiske rammer
- Gode rutiner for revurdering av behov og endring av vedtak
- Krav til dokumentasjon på endring av behov
- Utforming av vedtak som tar hensyn til kompleksiteten på tjenestene (tidsfestede vedtak på enklere tjenester, tjenestebeskrivende vedtak på mer komplekse og sammensatte tjenester)
- Betaling til utfører basert på utført tid

**Incentivstruktur:**

- Rutiner for vurdering/revurdering som sikrer at tjenestemottaker er plassert på riktig nivå i tjenestekjeden i forhold til eget funksjonsnivå
- Vedtak som gir rom for at utfører kan arbeide forebyggende når tjenestemottaker har et rehabiliteringspotensial
- For utførerne i bydeler som opererer med rammetildeling av budsjettmidler kan det ligge et incentiv i å arbeide med sikte på å redusere brukernes bistandsbehov

**Rettighetsfokus:**

- Gjennom en profesjonalisering av saksbehandlingen og en tydeliggjøring av kommunens rolle som myndighetsutøver og tjeneste produsent vil kommunene være bedre skikket til å håndtere rettighetskrav fra befolkningen
- Mer lik og rettferdig behovsvurdering og tildeling av tjenester

I en ideell situasjon skal bestiller – utfører modellen sikre at det er fullstendig samsvar mellom økonomiske rammer, kriterier for tildeling av tjenesten og kvalitet på tjenesten. Ofte(st) er det ikke det. Dersom det ikke er slik samsvar, er det spørsmål som skal løses på politisk nivå. Politikerne står da overfor tre valg:

- Å øke de økonomiske rammene
- Å stramme inn kriteriene for tildeling
- Å redusere kvaliteten på tjenestene

Bydelsdirektørs vurdering er nok at dette i Oslo i for stor grad overlates til bydelsadministrasjonen, særlig de to siste punktene.

Rapportens konsekvenser for bydelen

Når det gjelder behov for eventuelle endringer i bydelens organisering og praktisering av bestiller – utførermodellen, vil bydelsdirektør sikre en gjennomgang av rapporten med tanke på å avklare eventuelle forbedringspunkter i egen organisering.



Han vil imidlertid peke på at bydelens søknadskontor har fullmakter til å fatte vedtak innen alle pleie- og omsorgstjenester. Bydelen praktiserer også en modell hvor søknadskontoret i stor grad fastsetter vedtaksbehov i komplekse tjenester etter anbefaling fra utfører.

Hovedspørsmålet bydelen må ta stilling til er om søknadskontoret skal tildeles alle/deler av ressursene til hjemmetjenesten, og "kjøpe" tjenester fra den kommunale hjemmetjeneste i.h.t. ISF/ABF modellen. Søknadskontoret har allerede en slik modell for kjøp av hjemmetjenester og institusjoner fra private leverandører og fra Sykehjemsetaten.

#### **Forslag til vedtak:**

1. Rapporten "Kostnader og gevinster knyttet til bestiller og utfører modellen tas til etterretning.
2. Bydelsdirektør følger opp rapporten slik som beskrevet i saksfremlegget.

#### **BYDEL SAGENE**

Knut Egger  
bydelsdirektør

*Godkjent og ekspedert elektronisk uten underskrift*

**Trykte vedlegg:** Rapport av 2.juli 2012– kostnader og gevinster knyttet til bestiller-utfører modellen *N.B. sendes kun til BU-medlemmer; er tilgjengelig på bydelens hjemmeside; ved behov å få et eksemplar kontakt BU-konsulent*

**Utrykte vedlegg:**