

Masteroppgave

*Innsatsstyrt finansiering –
kun et finansieringssystem eller også et insentivsystem?*

Av

Regine Hjelmtvedt og Therese Solås

Masteroppgaven er gjennomført som et ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som sådan. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Veileder: Kristin Dale

Universitet i Agder, 2012
Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap
Institutt for økonomi

Forord

Denne masteroppgaven er skrevet som en avsluttende del av masterstudiet i økonomi og administrasjon ved Handelshøyskolen i Kristiansand ved Universitetet i Agder våren 2012. Oppgaven inngår som en obligatorisk del av studiet og utgjør 30 studiepoeng. Hensikten med oppgaven er å gi studentene muligheten til å fordype seg innenfor ett eller flere emner innenfor studiet.

Vår motivasjon for denne oppgaven har sitt utgangspunkt i faget *Økonomisk organisasjonsteori*. Her fattet vi interesse for insentiver og prinsippal-agent-teorien. Denne teorien har også vært gjennomgående i flere andre fag, deriblant *Økonomisystemer og styring* og fag innen organisasjonsteori. For å belyse teorien har vi valgt å ta for oss finansieringssystemet i helsesektoren i Norge. Dette fordi vi begge finner problemstillinger i tilknytning til finansieringssystemet i helsesektoren spesielt interessant.

Det er i dag stor diskusjon om virkningen av finansieringssystemet. Det er blant annet i en rekke leserinnlegg i Dagens Næringsliv våren 2012 fremmet kritikk av systemet fra ulike instanser og interessenter i helsesektoren. Kritikken omhandler i tillegg til den økonomiske styringen ved helseforetakene, andre uheldige virkninger av finansieringssystemet i helsesektoren. I et debattinnlegg i Dagens Næringsliv den 27. januar 2012 kritiserte overlegene Ræder og Lieng, samt avdelingsleder Busund ved Oslo Universitetssykehus finansieringssystemet. I et motinnlegg den 2. februar 2012 viste direktør i Helsedirektoratet, Bjørn-Inge Larsen sin uenighet. Dette viser klart ulike oppfatninger av finansieringssystemet.

Gjennom prosessen med denne masteroppgaven har vi hatt et tett samarbeid. Vi har begge deltatt på informantintervjuene og vært delaktige i for- og etterarbeid knyttet til disse. Ansvar for utarbeidelsen av førsteutkastene av de ulike teordelene delte vi mellom oss, mens de resterende delene av oppgaven er utført i samarbeid.

Vi vil rette en stor takk til vår veileder, dosent Kristin Dale ved Handelshøyskolen i Kristiansand ved Universitetet i Agder, for gode tilbakemeldinger og oppfølging gjennom hele prosessen. Samtidig vil vi benytte muligheten til å takke våre respondenter ved ulike instanser knyttet til den norske helsesektoren. I den forbindelse kan nevnes ansatte på ulike stillingsnivå ved flere av landets helseforetak, Helsedirektoratet, Riksrevisjonen, Legeforeningen, samt Yngre Legers Forening. Til slutt vil vi rette en takk til hverandre for godt samarbeid gjennom dette semesteret.

Kristiansand, mai 2012

Regine Hjelmtvedt

Therese Solås

Sammendrag

I 2011 utgjorde Norges utgifter til helsesektoren 10 % av statsbudsjettet, noe som tilsvarer ca. 250 milliarder kroner. Av dette var 100 milliarder kroner utgifter til spesialisthelsetjenesten, det vil si sykehussektoren. Størrelsen på Norges helseutgifter og ressursprioriteringen innad i helsesektoren er i dag utsatt for store diskusjoner. Disse dreier seg blant annet om prioritering av ulike pasientgrupper og hvordan finansieringssystemet påvirker dette. Vi har i denne masteroppgaven, som en del av vår mastergrad i økonomisk styring og prosjektledelse ved UiA, undersøkt om det innsatsstyrte finansieringssystemet i helsesektoren kun er et finansieringssystem eller også et insentivsystem.

Vi har benyttet et eksplorativt forskningsdesign og kvalitativ metode hvor datainnsamlingen har skjedd gjennom intervjuer, samt en gjennomgang av offentlige rapporter, avisartikler etc. For å belyse de ulike synspunktene i helsesektoren har vi gjort et strategisk utvalg av informanter som representerer de ulike instansene i styringslinjen. Vi gir i kapittel 2 og 3 en innføring i organisering og finansiering av helsesektoren, samt relevante teorier for oppgaven. Vi har også satt det norske systemet i et internasjonalt perspektiv.

Da helsesektoren omfatter mange forskjellige helsetjenester og profesjoner, har det vært nødvendig å foreta avgrensninger i oppgaven. Vi har derfor valgt å se på fysisk helse (somatikk), som den innsatsstyrte finansieringen er rettet mot. Videre er det legene som har størst beslutningsmyndighet tilknyttet pasientbehandlingen og refusjonen fra den innsatsstyrte finansieringen, samtidig som finansieringen kan ha en påvirkning på legenes arbeid. Vi har derfor valgt å rette fokus mot legenes beslutninger.

Til slutt drøfter vi problemstillingen ved å sammenstille teori og de innsamlede dataene, for så å trekke tråder mellom disse. Gjennom arbeidet med oppgaven har vi kommet frem til at det ikke er et klart svar på om det innsatsstyrte finansieringssystemet oppfattes som et rent finansieringssystem eller også et insentivsystem. Helsedirektoratet er klare på at finansieringssystemet ikke skal påvirke prioriteringene mellom pasientgrupper. Informantene nedover i styringslinjen hevder imidlertid at systemet enkelte ganger kan gjøre det. Ut fra vår vurdering er det ingen tvil om at dette er et finansieringssystem, men det har i tillegg elementer av insentiver i seg. Den innsatsstyrte finansieringen vil derfor alltid inneholde enkelte insentiver som kan oppmuntre til en uønsket vridning mot de pasientbehandlingene som er mest lønnsomme for sykehusenes inntjening. Til tross for dette mener vi at systemet primært er et finansieringssystem som oppfordrer til en kostnadseffektiv pasientbehandling.

Innholdsfortegnelse

Kapittel 1	1
1.1 Innledning.....	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Hypoteser	2
1.3.1 Mål.....	2
1.3.2 Rapportering og koding.....	3
1.3.3 Vridningseffekter.....	4
1.3.4 Motivasjon.....	4
1.4 Oppgavens avgrensninger	5
1.4.1 Specialisthelsetjenesten	5
1.4.2 Profesjoner	6
1.4.3 Økonomisk belønning.....	6
1.4.4 Insentiver ved den innsatsstyrte finansieringen	6
1.4.5 Kostnader	7
1.5 Rammeverk for oppgaven	7
Kapittel 2 – Helsesektoren i Norge.....	10
2.1 Organisering	10
2.2 Mål.....	14
2.3 Rapportering av diagnosekoder og prosedyrekoder.....	15
2.4 Finansierungsordningen	17
2.5 Innsatsstyrt finansiering (ISF)	18
2.6 Diagnoserelatert klassifisering	21
2.7 Kostnadsvekter	23
2.8 Norsk Pasientregister (NPR)	24
2.9 Kostnad Per Pasient (KPP)	24
Kapittel 3 – Teori	26
3.1 Mål.....	26
3.1.1 Målkonflikter	26
3.1.2 Målfastsettelse	27
3.1.3 Overmåling	28
3.1.4 Målforskyvning	29
3.2 Motivasjon.....	30
3.2.1 Behovsteorier	31

3.2.2 Kognitive teorier	33
3.2.3 Sosiale teorier.....	36
3.2.4 Jobbkarakteristika-modeller.....	37
3.3 Kommunikasjon.....	40
3.3.1 Kommunikasjonsproblemer	40
3.4 Kostnader	42
3.4.1 Faste og variable kostnader	42
3.4.2 Indirekte og direkte kostnader.....	44
3.4.3 Kostnadsfordeling.....	45
3.4.4 Kostnader som beslutningsgrunnlag	47
3.4.5 Under- og overbudsjettering.....	48
3.4.6 Sammenstilling av inntekter og kostnader.....	50
3.4.7 Inntektsstruktur med tak og «knekk»	52
3.5 Agentteori.....	54
3.5.1 Prinsipal-agent-teori.....	54
3.5.2 Ufullstendige kontrakter	65
Kapittel 4 – Forskningsmetode.....	68
Kapittel 5 – Resultater av datainnsamling.....	73
5.1 Internasjonal sammenligning av ressursbruk i helsesektoren	75
5.2 Sammenligning av finansieringssystemet i helsesektoren mellom de tre nordiske landene Norge, Sverige og Danmark.....	80
5.2.1 Norge før 2002 (tidligere finansieringsmodell)	80
5.2.2 Sverige	81
5.2.3 Danmark	83
5.3 Resultater fra informantintervju i helsesektoren.....	89
5.3.1 Mål.....	89
5.3.2 Koding og rapportering	93
5.3.3 Vridningseffekter	97
5.3.4 Motivasjon.....	104
5.4 «Case-studie» av Kostnad Per Pasient-modellen ved Sykehuset i Vestfold HF	106
5.4.1 Inntektsfordeling	106
5.4.2 Kostnadsfordeling.....	107
5.4.3 Styring.....	108
5.4.4 KOSPA-modellens oppbygning	109

5.4.5 Bruksområdene til KOSPA-modellen.....	112
5.4.6 Nasjonal KPP-modell	116
5.4.7 Feilkoding	117
Kapittel 6 – Drøfting	119
6.1 Sammenligning av Norge, Sverige og Danmark	120
6.1.1 Organisering	120
6.1.2 Finansiering	122
6.1.3 Diagnoserelaterte grupper	124
6.2 Drøfting av hypoteser.....	126
6.2.1 Mål.....	126
6.2.2 Rapportering og koding.....	130
6.2.3 Vridningseffekter.....	134
6.2.4 Motivasjon.....	140
6.3 Drøfting av hovedproblemstilling.....	143
6.4 Forslag til videre forskning	147
Kilder.....	148
1 Kilder.....	148
2 Nettbaserte kilder	150
3 Forelesningsnotater	152
4 Figurer og tabeller	152
4.1 Figurer	152
4.2 Tabeller.....	153
5 Intervjuer – informanter fra:	153
Vedlegg.....	154
1 Ordliste	154
2 Intervjuguide	155
3 Nærmere om DRG-systemet og kostnadsvekter.....	158

Figurliste

Figur 1.1 Oppgavens rammeverk	9
Figur 2.1.1 Helseregioner	12
Figur 2.1.1 Styringslinjen i helsesektoren.....	13
Figur 2.5.1 ISF prinsipp	21
Figur 3.2.1 Maslows behovspyramide.....	32
Figur 3.2.2. Kognitiv motivasjonsteori.....	34
Figur 3.4.1 Kostnadsstruktur – fordeling mellom faste og variable kostnader	44
Figur 3.4.2 Underbudsjettering og overbudsjettering.	49
Figur 3.4.3 Sammenstilling av inntekter og kostnader.....	52
Figur 3.4.4 Inntektsfordeling med «knekk» og «tak».	53
Figur 4.1 Styringslinjen i helsesektoren med informanter	69
Figur 5.1 Eksempel på intern sykehusorganisering.....	74
Figur 5.1.1 Totale helseutgifter	79
Figur 6.1 Styringslinjen i helsesektoren og prinsipal-agent-forholdet mellom instansene.....	119

Tabelliste

Tabell 5.2.1 Sammenligning av de tre landene	88
----------------------------------------------------	----

Kapittel 1

1.1 Innledning

I 2011 var i underkant av 1,8 millioner pasienter i kontakt med sykehus i forbindelse med sin fysiske helse. Behandlingene fordelte seg på omtrent 900 000 døgnopphold og i overkant av 400 000 dagbehandlinger. I tillegg er det registrert 4,9 millioner polikliniske konsultasjoner (Helsedirektoratet, 2011, h). Offentlige helseforetak skal tilby allmennheten et godt helsetilbud samtidig som de må holde seg innenfor de fastlagte budsjettene. Dette fører til store utfordringer i tilknytning til sprikende mål mellom de ulike instansene i helsesektoren. Insentiver vil derfor være svært viktige for å motivere partene til å jobbe mot det samme målet. Av den grunn synes vi det er interessant å gå nærmere inn på helsesektoren for å undersøke hvilke insentiver som *blir gitt* og hvilke insentiver som virkelig blir *oppfattet som gitt* gjennom finansieringssystemet.

Dagens finansieringssystem i helsesektoren ble innført i 1997. Dette systemet innebærer at Stortinget innvilger et rammetilskudd til de regionale helseforetakene som skal tilsvare 60 % av den totale finansieringen. I tillegg mottar de fire statseide regionale helseforetakene de resterende 40 % av inntektene basert på de aktivitetene som blir utført på de respektive helseforetakene, som eies av de regionale helseforetakene. Dette kalles innsatsstyrt finansiering, forkortet ISF. Dette systemet baserer seg videre på en kostnadsvekting av de ulike pasientdiagnosene som finnes, og omtales som diagnoserelaterte grupper, DRG.

Finansieringssystemet har gjennom sin eksistens blitt utsatt for en del kritikk, blant annet rettet mot vridningseffekter det kan føre med seg. Vridningseffektene kan føre til at lønnsomme pasientgrupper blir prioritert foran mindre lønnsomme grupper i helsekøen. Helsedirektoratet hevder at det ikke skal ligge insentiver i systemet som motiverer til slike uønskede pasientprioriteringer, men at det snarere er et rent finansieringssystem. Det finnes i midlertidig indikasjoner på det motsatte, blant annet i rapporter fra Riksrevisjonen og oppfatninger blant leger. Her hevdes det at finansieringssystemet påvirker prioriteringen av ulike pasienter og type behandling mot det som er mest lønnsomt for sykehuset.

1.2 Problemstilling

Med bakgrunn i den nevnte diskusjonen i innledningen har vi utarbeidet vår hovedproblemstilling:

Innsatsstyrt finansiering – kun et finansieringssystem eller også et insentivsystem?

For å underbygge denne problemstillingen ønsker vi å se på hvilke mål Stortinget setter for helsesektoren og belyse oppfatningen av finansieringssystemet fra departementsnivå, via regionale helseforetak og helseforetak og ned til legene. Samtidig vil vi undersøke om finansieringssystemet som Stortinget har vedtatt, påvirker måloppnåelsen i positiv eller negative retning. Videre ønsker vi å studere om det skjer prioriteringer av pasientgrupper på grunnlag av finansieringssystemet.

Denne problemstillingen vil kunne være av interesse både for de som omfattes av belønningssystemene, samt myndigheter som utformer kontrakter og gir bevilgninger til helseforetakene. Disse myndighetene vil antagelig være de som har størst interesse av å se hvilke insentiver som fungerer og eventuelt hvilke som ikke blir oppfattet slik de er ment. Det er myndighetene som ønsker å oppnå Stortingets mål gjennom helseforetakene.

1.3 Hypoteser

I denne oppgaven bygger vi på litteratur som er relevant for problemstillingen. Ut fra denne litteraturen har vi formulert fire hypoteser som vi ønsker å undersøke nærmere. Disse fire hypotesene er utarbeidet for å kunne drøfte vår hovedproblemstilling.

1.3.1 Mål

Hypotese 1: Økt kjennskap til og aksept av Stortingets mål for helsesektoren, fører til økt motivasjon blant legene til å gjennomføre og prioritere oppgaver i tråd med målene.

Mål er i følge Jacobsen og Thorsvik (2002) en ønsket fremtidig tilstand. Teorien sier at mål er en motivasjonsfaktor og et styringsverktøy. Regjeringen bruker i sitt arbeid mål for å påvirke og motivere de ansatte i helsesektoren til å jobbe mot et helhetlig helsetilbud til hele befolkningen.

For at mål skal kunne motivere den ansatte til innsats, må vedkommende kunne identifisere seg med foretakets mål. I Norge er det flere instanser mellom Stortinget, som setter målene

for helsesektoren, og de instansene som utfører aktivitetene på operasjonelt nivå. Teorien sier at når flere individer skal samarbeide om et felles mål, vil den enkelte gjøre det som gagnar den selv best. Dette fordi mennesker i utgangspunktet er egoistiske og ønsker å maksimere sin egen nytte. De forskjellige instansene innen helsesektoren kan ha ulik forståelse av målene, og vil derfor kunne fokusere på ulike delmål og aktiviteter. Det kan i slike situasjoner oppstå målkonflikter.

Kaufmann og Kaufmann (2009) hevder at målsettingsteori er teori som fremhever målets motivasjonskraft, se teorikapittel 3.2. Med dette mener de blant annet at jo mer spesifikke målene er, jo lettere vil det være å motivere agenten til ytelse. Dersom målene blir akseptert, sier teorien at mål som er mer utfordrende, vil være en større motivasjon enn mål man lett kan oppnå. Aksept, og dermed eierskap til målene, vil derfor være vesentlig for å oppnå ønsket aktivitet.

1.3.2 Rapportering og koding

Hypotese 2: Den innsatsstyrte finansieringen motiverer legene til feilkoding for å øke refusjonen.

Rapportering av utførte aktiviteter baserer seg på diagnosekoder fastsatt av leger og sykepleiere ved det enkelte sykehus. I følge prinsippal-agent-teorien i kapittel 3.5.1 vil en agent bli utsatt for risiko når vedkommende mottar belønning med en variabel komponent. I tilknytning til kodepraksisen vil agenten kunne være enten en enkelt lege eller for eksempel en avdeling eller klinikk. Inntekten avhenger av aktiviteten som beregnes ut fra kodene legene setter på de ulike diagnosene. Prinsippalen er avhengig av den aktiviteten agenten utfører. Han har imidlertid ikke mulighet til å kontrollere alt agenten foretar seg. Agenten, her legene, sitter derfor på en skjult informasjon tilknyttet sin aktivitet. Dette blir forsøkt kontrollert av prinsippalen ved at agenten må rapportere inn sin aktivitet i form av kodingen. Legene har mye makt tilknyttet kodingen på grunn av sin kunnskap. Det vil derfor kunne være vanskelig for ledelsen, i rollen som prinsippal, å kontrollere at kodingen stemmer overens med den utførte aktiviteten.

Den innsatsstyrte finansieringen baserer seg som nevnt på den utførte aktiviteten. De ulike kodene som legene tilordner blir tillagt en vekt som er grunnlaget for utregningen av den resultatbaserte inntekten. Jo høyere vekt en kode har, jo større vil inntekten være. Agenten ønsker å maksimere sin nytte gitt prinsippalens belønningssystem. Den variable delen av

inntektssystemets belønning vil her være de 40 prosentene tilknyttet den innsatsstyrte finansieringen.

1.3.3 Vridningseffekter

Hypotese 3: Det er negativ samvariasjon mellom pasientenes ventetid og pasientenes økonomiske lønnsomhet på grunnlag av refusjonssatsene i den innsatsstyrte finansieringen.

Innsatsstyrt finansiering er ment å være et nøytralt finansieringssystem som ikke skal favorisere noen, men medvirke til at aktivitetsmålet blir nådd. I følge *prinsippet om lik kompensasjon*, omtalt i kapittel 3.5.1.8.4 vil en agent prioritere aktiviteter som øker hans belønning, fremfor aktiviteter som ikke har noen påvirkningskraft på belønningen. Når agenten skal utføre ulike aktiviteter for å oppnå prinsipalens mål, kan bruk av insentiver derfor virke mot sin hensikt. Det blir da en vridning av agentens fokus mot de mer lønnsomme aktivitetene.

Prinsipalen er avhengig av å påvirke agenten slik at partene i størst mulig grad har sammenfallende interesser. Dersom man antar at disse partene har ulike mål, vil det være fordelaktig å utarbeide en belønningsstruktur som gjør at agenten motiveres til å ta avgjørelser som gagnar prinsipalens mål. Prinsipal-agent-teorien sier at den beste måten å utforme en slik belønning på, er å benytte en fastinntektskomponent og en aktivitetsbasert komponent. Blir den aktivitetsbaserte komponenten større kan dette skape insentiver til å vri fokuset mot de aktivitetene som genererer større utbetaling. Dagens finansieringssystem i helsesektoren kan derfor føre til at enkelte pasienter vil være mer økonomisk fordelaktig enn andre.

1.3.4 Motivasjon

Hypotese 4: Den aktivitetsbaserte økonomiske belønningen i helsesektoren er ødeleggende for den indre motivasjonen til legene.

Motivasjon skaper en drivkraft i individet til å handle. Det er avgjørende at leger tar raske, men korrekte avgjørelser, derfor vil motivasjon være en viktig faktor. Vi skiller mellom indre og ytre motivasjon. Mange leger har i utgangspunktet en sterk indre motivasjon til å hjelpe sine pasienter. Motivasjonsteorien omtalt i kapittel 3.2 sier at den indre motivasjonen vil være den mest fordelaktige fordi den er stabil og oppstår uten en ekstern påvirkning. Indre motivasjon kan ødelegges av ytre motivasjon. Med dagens finansieringssystem gis legenes

avdeling belønning for en del av den kvantifiserbare aktiviteten de utfører. Dette representerer en ytre motivasjon.

Hackman og Oldhams motivasjonsteori, kapittel 3.2.4.2, hevder at hvordan den enkelte oppfatter arbeidssituasjonen vil kunne påvirke den indre motivasjonen. Arbeidssituasjonen til en lege kan legge til rette for indre motivasjon gjennom nærkontakt med pasienter og muligheten til å se resultater. Samtidig utsettes legene for økonomiske insentiver i form av inntektene til egen avdeling. Dette kan ses på som to motpoler som ikke vil fungerer godt sammen.

1.4 Oppgavens avgrensninger

Formålet med denne oppgaven er å undersøke om finansieringssystemet i helsesektoren kun er et finansieringssystem eller om det også er et insentivsystem. For å kunne drøfte denne problemstillingen, tok vi for oss fire temaer som vi mente kunne belyse vår problemstilling. Disse fire temaene er 1) *mål*, 2) *vridningseffekter*, 3) *rapportering og koding* og 4) *motivasjon*. Innenfor hvert tema utformet vi fire hypoteser som vi ønsket å undersøke.

Helsesektoren er svært stor og kompleks. Det vil av den grunn være umulig å belyse alle aspekt ved den i en masteroppgave. Dette medfører at det har vært nødvendig å foreta visse avgrensninger av innholdet i oppgaven.

1.4.1 Spesialisthelsetjenesten

Når vi videre bruker ordet helsesektoren, omfatter dette Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, og de regionale helseforetakene med sine helseforetak. Helsesektoren har ansvar for mange ulike tjenestetilbud til den norske befolkningen. Organiseringen innenfor de ulike tjenestene er svært forskjellig. Vi har derfor valgt å fokusere på spesialisthelsetjenesten (sykehussektoren), som er inndelt i somatikk (fysisk helse), rus og psykiatri. Da det kun er innen somatikken innsatsstyrt finansiering benyttes, har vi valgt å avgrense vår oppgave til å omhandle dette området. Somatisk spesialisthelsetjeneste «omfatter de fleste sykehus, legespesialister, opptreningsinstitusjoner og noen mindre institusjoner. Behandlingen gis ved innleggelse eller poliklinisk» (Statistisk sentralbyrå, 2011). Det er viktig å presisere at vi ikke hadde forkunnskap om helsesektoren da vi startet arbeidet med oppgaven. Vi har derfor lest en

rekke relevante rapporter for å opparbeide oss kunnskap om sektoren. Imidlertid kan vi ha oversett relevante områder og vinklinger, som kan ha betydning for oppgaven.

1.4.2 Profesjoner

Innen behandling av fysisk helse, somatikk, er det mange ulike profesjoner. Omfanget av denne masteroppgaven tillater ikke at vi kan undersøke hvordan finansieringssystemet påvirker alle profesjoner innenfor denne delen av medisinen. Vi mente det mest naturlige var å fokusere på leger fremfor for eksempel sykepleiere. Årsaken til dette valget var at leger har en større beslutningsmyndighet ved behandling og prioritering av pasienter. For å undersøke hvordan finansieringssystemet påvirker beslutningene på sykehuset, var det derfor mest nærliggende å rette fokus på legenes arbeid. Deres prioriteringer har påvirkning på refusjonen fra den innsatsstyrte finansieringen, samtidig som finansieringen kan ha en påvirkning på legenes arbeid. Legene blir dermed en viktig gruppe i arbeidet med å undersøke vår problemstilling.

1.4.3 Økonomisk belønning

En videre avgrensning av denne oppgaven innebærer at vi ser bort fra mulige insentivvirkninger av legenes lønssystemer. Vi konsentrerer oss kun om mulige insentivvirkninger av sykehusenes finansieringsordning. Avgrensningen skaper en feilkilde, da vi kun antar at finansieringssystemet påvirker legenes indre motivasjon. Avlønning må antas å være en ytre motivasjon som i stor grad kan motivere til innsats på en annen måte enn intensjonen med finansieringssystemet. På grunn av dette kan vi i vår drøfting ha vektlagt betydningen finansieringssystemet har på den indre motivasjonen i for stor grad.

1.4.4 Insentiver ved den innsatsstyrte finansieringen

Målet bak innføringen av den innsatsstyrte finansieringen i 1997 var økt aktivitet i sykehusene for å redusere ventelistene. Den innsatsstyrte finansieringen innebærer som nevnt tidligere en 60/40-fordeling mellom henholdsvis fast og variabel inntekt. Den variable inntekten baserer seg på den utførte aktiviteten ved det enkelte sykehus. En slik inntektsstruktur gir insentiver til en høyere aktivitet enn hva tilfellet er ved en ren rammebevilgning hvor inntekten er uavhengig av aktiviteten ved sykehuset og 100 % av inntekten er fast. 100 % rammebevilgning vil isolert sett gi insentiver til en lav aktivitet, da det vil gi høyere inntekt

per utført behandling. I denne oppgaven vil vi imidlertid se bort fra aktivitetsøkningen som forekommer på grunnlag av den aktivitetsbaserte inntekten, og i stedet fokusere på de vridningseffekter som kan oppstå ved dagens inntektsstruktur slik den implementeres.

1.4.5 Kostnader

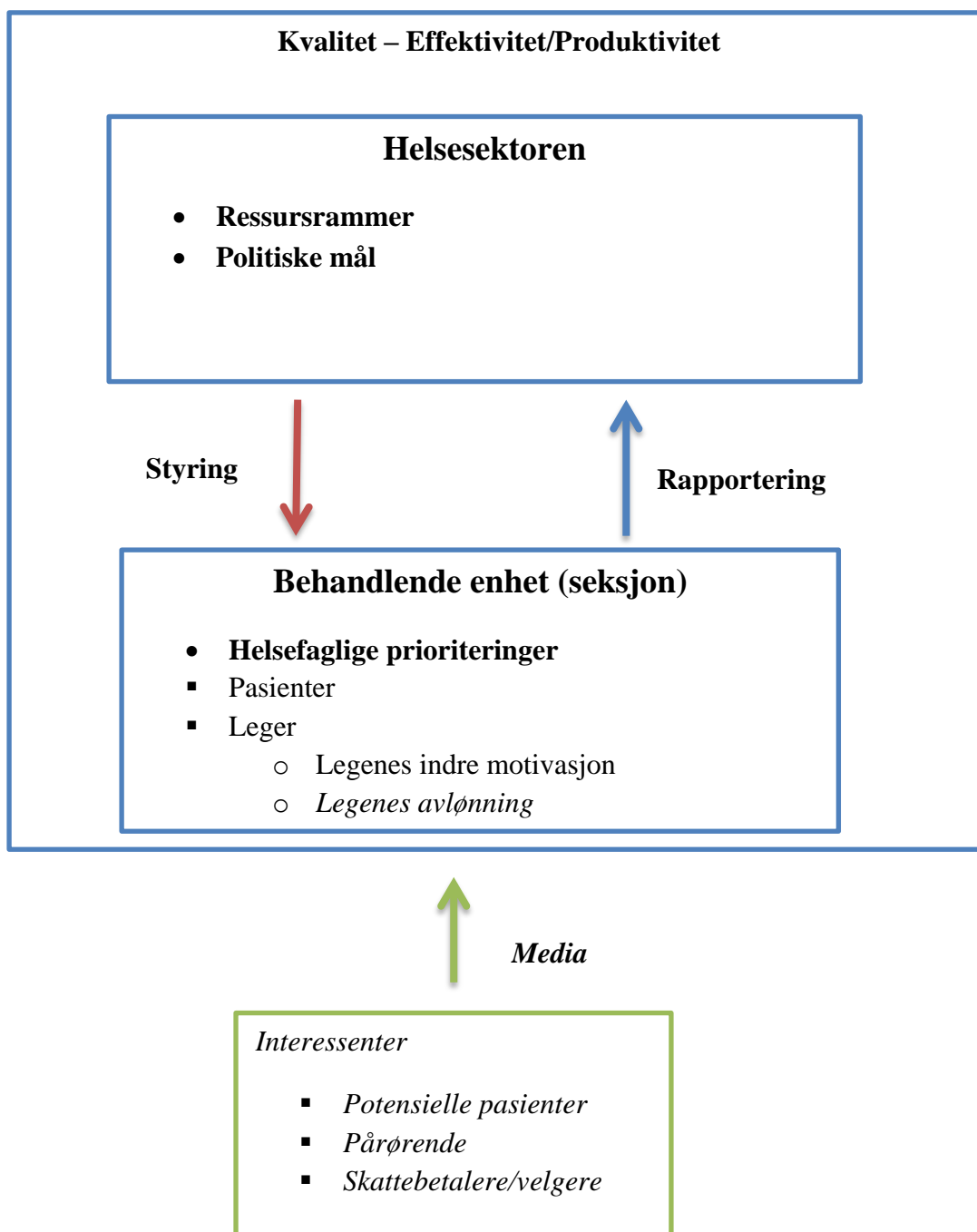
Det er kun de gjennomsnittlige driftskostnadene som finansieres gjennom ISF-refusjonen. Sykehusenes driftskostnader omfatter blant annet kjøp av helsetjenester, varekostnad, lønn og annen personalkostnad. I tillegg utgjør kapitalkostnader en stor kostnad for sykehusene. Eksempler på kapitalkostnader er bygningskapital og medisinsk-teknisk utstyr, som i tillegg til arbeidskraft, medikamenter og medisinske forbruksvarer, også er viktig i produksjon av helsetjenester. Kapitalkostnadene kan deles i to grupper; avskrivninger av bygninger og utstyr og rentekostnader. Kostnadene sykehusene har til avskrivninger er ment å skulle dekkes av rammebevilgningen fra Stortinget. Helse- og omsorgsdepartementet legger ingen føringer for hvor mye av bevilgningen som skal brukes til å dekke avskrivninger. Det enkelte regionale helseforetak er selv ansvarlig for beslutninger tilknyttet investeringer (NOU 2008:2). Kapitalkostnadene inkluderes ikke i beregningen av ISF-refusjonen, da DRG-systemet ikke gir grunnlag for dette. Det er i følge NOU 2008:2 ikke «foretatt kostnadsberegninger som gjør det mulig å anslå kapitalbruken for den enkelte DRG». Vi velger derfor å se bort fra kapitalkostnader i oppgaven.

1.5 Rammeverk for oppgaven

Figur 1.1 nedenfor, illustrerer rammeverket for oppgaven. Dette viser sammenhengen mellom de ulike faktorene vi studerer i denne masteroppgaven. Den store blå rammen utgjør vårt fokusområde, det vil si *helsesektoren* og *den behandlende enhet*. Helsesektoren vil med sine ressursrammer og politiske mål styre den behandlende enheten, hvor de helsefaglige prioriteringene foretas. Dette indikeres i figuren med den røde «styringspilen» fra helsesektoren og ned til den behandlende enhet. Den behandlende enhet utgjør en seksjon på sykehuset og omfatter pasienter, leger og annet helsepersonell. Det er legene som i hovedsak foretar de helsefaglige prioriteringene. Økonomiske og medisinske resultater rapporteres fra den behandlende enhet til helsesektoren, dette er vist med den blå «rapporteringspilen» i figuren. I tillegg til ressursrammene og de helsepolitiske målene, spiller også legenes indre motivasjon og deres avlønning en viktig rolle for hvordan de prioriterer pasientbehandlinger.

Kvalitet og effektivitet/produktivitet er det helsesektoren, den behandlende enhet og interessentene ønsker å jobbe mot. De ønsker kvalitet i pasientbehandlingen, i tillegg til at sektoren drives kostnadseffektivt. Interessentene til helsetjenestene er først og fremst eksisterende og potensielle pasienter, pårørende, skattebetalere og velgere. Deres meninger og holdninger kan ha stor påvirkning og innflytelse på legenes indre motivasjon, både når tilbakemeldingen kommer direkte fra interessentene eller gjennom media. Samtidig kan også interessenters meninger bli ytret gjennom media og på den måten påvirke helsesektoren i deres målsetting overfor den behandlende enhet.

I figuren indikerer blå farge fokusområdet i denne masteroppgaven. Tekst i *kursiv* viser faktorer som kan ha påvirkning på vår problemstilling, men som vi har valgt å se bort fra i oppgaven. Den grønne boksen indikerer interessentene som vil kunne påvirke legenes arbeid.



Figur 1.1 Oppgavens rammeverk

Kapittel 2 – Helsesektoren i Norge

I dette kapitlet vil vi beskrive organisering og finansiering i den norske helsesektoren med hensyn på spesialisthelsetjenesten. Kapitlet er ment å gi leseren bakgrunnsinformasjon om tema i denne oppgaven.

De aktivitetene som foregår på sykehusene utgjør spesialisthelsetjenesten, som deles inn i somatikk (fysiske helse), rus og psykiatri (Statistisk sentralbyrå, 2011). I Norge er sykehusene delt inn i fire helseregioner som hver er tilknyttet et regionalt helseforetak (RHF). Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) eier igjen disse virksomhetene.

2.1 Organisering

Organiseringen med de ulike regionale helseforetakene kom som følge av sykehusreformen i 2002. Denne reformen innebar hovedsakelig at eierskapet ble overført fra de ulike fylkeskommunene til Staten. Dette medførte at finansieringsansvaret og eierskapet ble samlet hos én instans. På den måten vil Staten inneha både det formelle og reelle ansvaret for helseforetakene, slik at det skapes en helhetlig organisasjon med klare ansvars- og rollefordelinger. Dette er for å unngå at det oppstår interessekonflikter tilknyttet virksomhetens målfastsettelse og finansiering (Ot.prp.nr.66 (2000-2001), 2001).

En av de viktigste grunnene til å dele spesialisthelsetjenesten inn i foretak, var å få et klart skille mellom virksomhetene og det overordnede politiske organ. Målet er derfor å gi sykehusledelsen en tydeligere ansvars- og fullmaktsposisjon, som vil gi et mer helhetlig ansvar for den løpende driften. Dette skal fremme en ressursbruk som er til samfunnets beste. Denne reformen er i tråd med *New Public Management* som er en betegnelse på en internasjonal reformtrend fra 1980-årene og frem til i dag. Reformkravene innenfor denne trenden er «basert på en organisasjons-, styrings- og ledelsesfilosofi hentet fra markedsøkonomi og bedriftslogikk som bygger på antagelser om det konkurranseutsatte private foretaket» (Fallan & Pettersen, 2010).

«Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for at befolkningen får gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av blant annet bosted og økonomi. Departementet styrer helse- og omsorgstjenesten gjennom et omfattende lovverk, årlige bevilgninger (ca. 130 milliarder kroner i 2009) og ved hjelp av statlige etater, virksomheter og foretak.»

(Helse- og omsorgsdepartementet, u.å., b)

Helse- og omsorgsdepartementet er ansvarlige for politikken som knytter seg til sykehusene, helsetjenester i kommunene, folkehelse, psykisk helse og rus. Det har også ansvaret for helselovgivningen og deler av sosiallovgivningen i Norge. Dette skjer ved at Helse- og omsorgsdepartementet fremmer lovforslag som behandles og vedtas av Stortinget.

Helse- og omsorgsministeren er den øverste leder i departementet. I 2012 er det Anne-Grete Strøm-Erichsen (Ap) som innehar denne posisjonen. I tillegg til statsråden er det statssekretærer og politiske rådgivere i departementet. Disse utgjør den politiske ledelsen, og skiftes ved hvert regjeringsskifte. Departementet har også en administrativ ledelse, hvor departementsråden er leder. Denne ledergruppen består i tillegg av informasjonssjefen og ekspedisjonssjefer for de ulike fagavdelingene (Helse- og omsorgsdepartementet, u.å., b)

Helse- og omsorgsdepartementet utøver myndighetsstyring gjennom lover, forskrifter, rundskriv og vedtak. I tillegg fastsetter det takster og egenandeler. Myndighetsstyringen gjelder alle institusjoner, mens eierstyringen kun omfatter de offentlige sykehusene. Spesialisthelsetjenesteavdelingen har, som en av fagavdelingene i Helse- og omsorgsdepartementet, ansvaret for videreutviklingen av spesialisthelsetjenester, med et spesielt fokus på kvalitet og tilgjengelighet. Den skal også følge opp konsekvensene av utviklingen i demografi og medisin i samfunnet. Det er denne avdelingen som har ansvaret for finansieringen av spesialisthelsetjenestene. Avdelingen foretar bestillingen av de aktivitetene som de pålegger det enkelte regionale helseforetak å utføre, innenfor rammen av årets bevilgning. Samtidig er avdelingen ansvarlig for at offentlige og private sykehus blir godkjent til sitt bruk, i tillegg til å fordele oppgaver mellom RHFene. Budsjett- og økonomiavdelingen har ansvar for å samordne Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med statsbudsjettet, samt analyse- og utredningsoppgaver knyttet til ulike finansierings- og tilskuddsordninger.

Departementet har flere underliggende etater, blant annet Statens Helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning og Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet er et forvaltningsorgan for Helse- og omsorgsdepartementet. Det har i tillegg fått delegert myndighet på noen områder av sosial- og helselovgivningen. Hovedoppgaven er å bidra til at nasjonal helse- og sosialpolitikk blir gjennomført, samtidig som de skal gi råd til myndigheter, helseforetak og lignende. Helsedirektoratets samfunns mål uttrykkes slik på deres nettside:

«Helsedirektoratet skal styrke helsa til heile befolkninga gjennom heilskapleg og målretta arbeid på tvers av tenester, sektorar og forvaltningsnivå. Direktoratet skal gjere dette med utgangspunkt i rolla som fagorgan, regelverksforvaltar og iverksetjar på helsepolitisk område.»

(Helsedirektoratet, 2011, e)

I arbeidet som rådgiver opererer Helsedirektoratet som en uavhengig og selvstendig faglig rådgiver. Når direktoratet setter i verk vedtatt politikk, er dette imidlertid på vegne av regjeringen og Stortinget. Oppgaver i den forbindelse kan være å iverksette kampanjer, handlingsplaner og gi tilskudd i tilknytning til de målsetningene Stortinget har satt. Helsedirektoratet fungerer også som forvalter ved at de fortolker og benytter de lover og regelverk Helse- og omsorgsdepartementet har avgjort at det skal forvalte.

Styringslinjen går direkte fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetak (RHF). De fire regionale helseforetakene er Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør- Øst RHF.

Beslutningsmyndigheten for styringen av spesialisthelsetjenesten ligger hos regjeringen og Stortinget, mens de regionale helseforetakene har oppgaver tilknyttet hver sin geografiske helseregion.

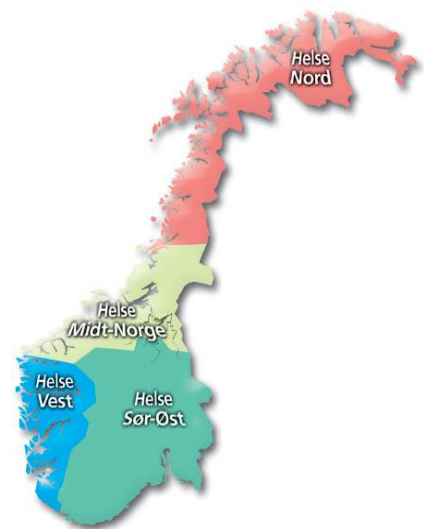
Dette innebærer at RHFene har en formidlings- og koordinerende styringsrolle mellom det politiske nivået og helseforetakene (HF) som det utøvende leddet.

Hovedoppgaven til det enkelte regionale foretaket er å drive sykehusene slik at befolkningen i den gitte regionen får tilgang til den behandlingen de har krav på innen spesialisthelsetjenesten. Dette kan også omtales som «sørge for-ansvaret», jf. Lov om

Spesialisthelsetjenesten fra 1999 § 2-1. I tillegg

omfatter dette oppgavene forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende. Disse fire ansvarsområdene følger av spesialisthelsetjenesteloven, § 3-8. Oppgavene løses enten ved et av de statseide sykehusene eller det kjøpes en tjeneste fra private helseinstitusjoner. De regionale helseforetakene og helseforetakene er omfattet av helseforetaksloven.

I utgangspunktet har hvert RHF ansvaret for befolkningen i sin region. Fritt sykehusvalg innebærer imidlertid at pasienten står fritt til å velge hvilket sykehus den ønsker å benytte.

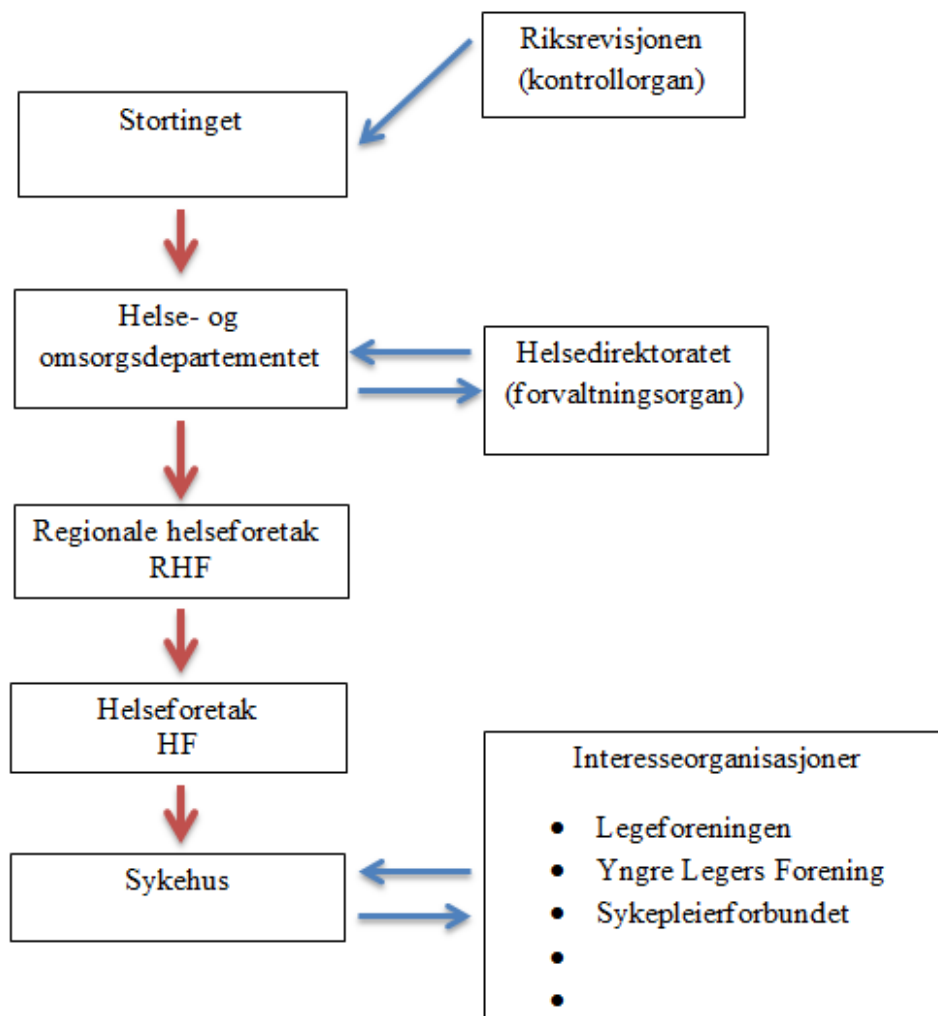


Figur 2.1.1 Helseregioner

(Helse- og omsorgsdepartementet, (2011)).

Ordningen gjelder når pasienten blir henvist til spesialisthelsetjenesten, fra for eksempel fastlegen, men omhandler ikke valgmuligheten til å bestemme hvilke nivå man skal behandles på. Pasienter som behandles utenfor sin region betegnes som gjestepasienter.

De fire regionale helseforetakene står som eier for de helseforetakene, HF, som er tilknyttet deres region. Hvert enkelt HF består igjen av blant annet ett eller flere offentlige sykehus. Sykehusene tilbyr en spesialisert behandling, i tillegg til at de har ansvar for forskning, utdanning av helsepersonell og pasientopplæring.



Figur 2.1.1 Styringslinjen i helsesektoren

Den røde pilen viser styringslinjen i helsesektoren. De blå pilene angir organer og interesseorganisasjoner som har påvirkning på avgjørelsene som blir tatt av instansene i styringslinjen.

2.2 Mål

Det nasjonale helsepolitiske målet er at hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn og bosted gis god tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet i en offentlig styrt helse- og omsorgssektor (Forskningsrådet, 2007)

Det er Stortinget som setter mål og fastsetter rammer som blir kommunisert ned til avdelingsnivå på sykehusene. Den politiske plattformen for dagens rød-grønne regjering uttrykkes i Soria Moria II-erklæringen (Arbeiderpartiet, 2009) Mer konkrete mål uttrykkes blant annet gjennom statsbudsjettet (St. prop. 1, (2001-2002), 2001), for Helse- og omsorgsdepartementet. Programområde 10.30 omhandler spesialisthelsetjenesten, og her oppgis det i tillegg til mål også hvilke styringsparametere de enkelte målene vurderes etter. Målsettingen med statlig eierskap kommer også til uttrykk her. Målet er en helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og god ressursutnyttelse for å sikre et godt tilbud til befolkningen. Det forutsettes at driften av sykehusene skal holdes innenfor de økonomiske og juridiske rammer som vedtas (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012)

Regjeringen uttrykker også mål og føringer for helsesektoren gjennom *Nasjonal helse- og omsorgsplan* for de enkelte fireårsperiodene. Dette er en tilrådning fra Helse- og omsorgsdepartementet som sendes Stortinget i form av en stortingsmelding (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). «Melding til Stortinget brukes når regjeringen vil presentere saker for Stortinget uten at de er knyttet til forslag til vedtak» (Helse- og omsorgsdepartementet, u.å., c).

Det helsepolitiske oppdraget formidles fra Helse- og omsorgsdepartementet til det enkelte regionale helseforetaket i form av et oppdragsdokument, hvor også tildeling av midlene fremkommer. Dette er som regel et årlig dokument og sendes ut etter at beslutningen om årets statsbudsjett foreligger i Stortinget. Formålet med oppdragsdokumentet er å formidle de styringskrav som departementet stiller til det enkelte regionale helseforetak. I tillegg blir midlene i Stortingets budsjettvedtak her formelt stilt til deres disposisjon. De oppgavene som skal utføres det neste året er spesifisert i dette oppdragsdokumentet. Her gis det overordnede føringer og oversikt over nasjonale strategier og handlingsplaner. Innen enkelte satsingsområder, for eksempel ventetid og pasientsikkerhet, settes det opp overordnede mål og mer spesifiserte mål for det aktuelle året. Mål i forhold til utdanning, forskning og innovasjon uttrykkes også her. Dette dokumentet er svært omfattende og det regionale

helseforetaket pålegges gjerne rundt 200 spesifiserte mål det skal oppfylle i løpet av perioden (Helse- og omsorgsdepartementet, u.å., d).

Det enkelte helseforetak er lite delaktig i fastsettelsen av mål. Sykehusledelsens oppgave er mer rettet mot hvordan de kan benytte de tildelte ressursene for å oppnå målene. Det er en politisk styring på hvor mye som skal brukes innen hvert område, samtidig som RHFet legger ytterligere føringer. Styret i RHFet må sørge for en kostnadseffektiv drift i tillegg til at de fastsatte målene blir nådd. For å nå målene må styret bidra til å drifte og utvikle spesialisthelsetjenesten i samsvar med nasjonal helsepolitikk. Det enkelte helseforetak har allikevel frihet til å prioritere innenfor de bevilgningene de får til ulike områder.

Styrings- og økonomikrav settes i foretaksmøter mellom Staten og regionale helseforetak. Det er på denne måten eierstyringen ivaretas. Foretaksmøtet er det øverste organet i foretaket, og holdes både for regionale helseforetak og for det enkelte helseforetak. I foretaksmøtet for det regionale helseforetaket representerer Helse- og omsorgsdepartementet staten som eier, og fatter beslutningene.

Videre representerer det regionale helseforetaket eier og fatter beslutningen i de lokale helseforetakenes møte. Foretaksmøtet setter rammer og mål for virksomhetene i foretakene (Arbeiderpartiet, 2009). Her overleverer RHFet sitt oppdragsdokument til det aktuelle HF. Dette oppdragsdokumentet bygger på det som RHFet har fått overlevert av departementet. Samtidig kan det regionale helseforetaket legge inn sine egne krav slik at «sørge for»-ansvaret blir ivarettatt.

2.3 Rapportering av diagnosekoder og prosedyrekoder

Helse- og omsorgsdepartementet skal ha mulighet til å følge utviklingen i HFene gjennom plan- og meldingssystemet. Det skjer derfor en omfattende rapportering oppover i systemet, slik at det er mulig å ha kontroll over utviklingen i sykehusene og måloppnåelsen i forhold til de helsepolitiske målene. Dette er nødvendig da det er åtte instanser mellom Stortinget og sykehusene ned på seksjonsnivå.

Rapportering skjer hver måned, tertialvis eller årlig avhengig av hvilke parametere det gjelder. Denne rapporteringen går fra de ulike helseforetakene til de regionale helseforetakene og videre opp til Helse- og omsorgsdepartementet.

Hvert år skal de regionale helseforetakene legge frem en årlig melding om foretakets virksomhet for Helse- og omsorgsdepartementet. I denne meldingen skal det rapporteres på måloppnåelse i forhold til de krav som er stilt i oppdragsdokumentet og på foretaksmøtet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og det regionale helseforetaket. RHFet må også legge frem planer og plangrunnlag. Den årlige meldingen er ment å gi departementet et helsefaglig grunnlag for å kunne bidra i regjeringens forberedelse av det årlige forslaget til statsbudsjettet. Planene skal gjøre det mulig å finne viktige politiske problemstillinger som bør behandles i foretaksmøtet og eventuelt legges frem for Stortinget. Meldingen skal også være en del av grunnlaget for de styringsbudskap som tas inn i Stortingsproposisjon nr. 1 og i det årlige styringsdokumentet (Helse Sør-Øst, u.å.).

Når regjeringen skiftes ut, vil det kunne resultere i ulike mål for helsesektoren samtidig som andelen av den innsatsstyrte finansieringen vil kunne variere. Finansieringssystemet slik det fremstår i 2012 vil mest sannsynlig opprettholdes, men eventuelle regjeringsskifter vil kunne føre til endringer i andelene av ramme- og innsatsstyrt finansiering i tillegg til målfastsettelsen. På denne måten er helsesektoren sterkt påvirket av den politiske situasjonen.

I tillegg til at det finnes interne revisjoner ved de ulike regionale helseforetakene, er Riksrevisjonen viktig også i oppfølgingen av de ulike foretakene.

«Formålet med Riksrevisjonenes kontroll er å undersøke om statsrådets forvaltning av eierskapet og statens interesser er i overensstemmelse med Stortingets vedtak og forutsetninger. Riksrevisjonen skal på den måten bidra til at fellesskapets midler og verdier blir forvaltet og brukt slik Stortinget har bestemt.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009)

Riksrevisjonen er uavhengig i forhold til forvaltningen, og rapporteringen av de resultater som fremkommer i revisjonen og kontrollen skjer til Stortinget. Riksrevisjonen skal etterprøve hvordan offentlige tiltak er satt i verk, og se på virkningen av disse. Dette resulterer i en vurdering av om forvaltningen har gjort det Stortinget har sagt den skal gjøre. Riksrevisjonen følger dermed opp om Stortingets vedtak og forutsetninger er fulgt opp og gjennomført. De siste årene har Riksrevisjonen blant annet gjennomført en undersøkelse av kodekvaliteten ved helseforetakene, vurdert effektiviteten i sykehus ved å sammenligne organiseringen av hofteoperasjoner, mellom ulike sykehus og undersøkt innsatsstyrt finansiering innen somatikken. Gjennom disse undersøkelsene har de blant annet avdekket at helseforetakene ikke har en tilstrekkelig systematisk styring av kodekvaliteten, samt at legene ikke har tilstrekkelig kjennskap til kodeverket (Riksrevisjonen, 2006).

2.4 Finansieringsordningen

Offentlig sektor kan deles inn i offentlig forvaltning og offentlig foretak. Sykehus går under betegnelsen offentlig forvaltning. Offentlig forvaltning kan defineres slik: «Dette er institusjonelle sektorer som i tillegg til å ivareta et politisk ansvar, har som oppgave å iverksette og håndheve reguleringer, produsere tjenester (hovedsakelig ikke-markedsrettet) for individuelt og kollektivt konsum, samt omfordele inntekt og formue» (Statistisk sentralbyrå, 2012). Institusjoner tilknyttet offentlig forvaltning finansieres av staten. Offentlige instanser skal ikke generere en fortjeneste. Den norske helsesektoren er derfor en «non-profit»- sektor. Deres inntekter kommer i hovedsak fra staten og formålet er «non-profit», det vil si at kostnader skal være lik inntekter. Inntekter fratrukket kostnader skal derfor være null. Det vil av den grunn være nødvendig å beregne den forventede kostnaden slik at inntektene kan dekke den pådratte kostnaden over tid.

Helseforetakene i Norge omfattes av et todelt finansieringssystem. De regionale helseforetakene blir tildelt en rammebevilgning på 60 % som det enkelte foretaket selv kan utnytte slik det ønsker, men med det kravet at de overordnede målene fastsatt av Stortinget oppfylles. I tillegg består de resterende 40 % av en innsatsstyrt finansiering (ISF) som fordeles etter en vektning av diagnoserelaterte grupper (DRG). Det er ikke lovpålagt at de avdelingene som genererer inntekten nødvendigvis mottar den andelen de har generert. Det er opp til hvert av de regionale helseforetakene å bestemme hvordan denne inntekten skal fordeles. Tanken bak finansieringssystemet er at RHFene fordeler midlene videre i systemene slik de anser det som mest fordelaktig (Helsedirektoratet, 2007)

Innsatsstyrt finansiering ble innført i 1997. Før dette var det kun en ren rammefinansiering som innebar at alle fikk tildelt en rammebevilgning ut fra objektive kriterier. Objektive kriterier baserer seg i all hovedsak på demografi i befolkningen i de ulike regionene. Fordelingen av rammefinansieringen har i dag sin bakgrunn i Magnussen-utvalgets forslag til fordeling av inntekter, blant annet på bakgrunn av demografi. Magnussen-utvalget har gjennom sitt arbeid med en ny inntektsfordeling forsøkt å oppnå en mer «rettferdig» fordeling av rammebevilgningene ved bruk av objektive kriterier (Prop.1 S (2011-2012), 2011). Finansieringsordningen er kun tilknyttet de somatiske behandlingene og omfatter både innleggelser og poliklinisk utredning og behandling. Det vil si at behandlinger innen for eksempel psykiatri og rusproblematikk ikke er tilknyttet ordningen med ISF, men kun finansieres gjennom rammebevilgningen. Somatikk omfatter den delen av helsetjenesten som knytter seg til fysisk helse. Alle de regionale helseforetakene benytter ISF-systemet til å

fordele finansieringen videre ned på lavere nivå. I noen av helseforetakene og sykehusene fordeles 40 % inntekten helt ned på avdelings- og seksjonsnivå, mens andre benytter Kostnad Per Pasient (KPP) som et alternativ til ISF.

Fra 01.01.2012 ble kommunal medfinansiering innført som en følge av samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen innebærer at de enkelte kommunene skal ta et større ansvar for pasienter som er bosatt i kommunene. Den kommunale medfinansieringen skal derfor gi et økonomisk insentiv til å gjennomføre samhandlingsreformen. Noe av bevilgningen som tidligere ble utbetalt til sykehusene blir nå overført til kommunene fordi kommunene nå må være med å betale for innbyggers sykehustjenester. Systemet er så nytt at man ikke kan si noe om virkningen av det. Hovedideen bak systemet er at jo mer kommunen tar ansvar for pasientene i kommunene, jo større andel av midlene vil de sitte igjen med. På grunn av dette vil det derfor ikke ha nevneverdig effekt på sykehusene. Sykehusene vil fortsatt få finansiering i forhold til den aktiviteten som nedlegges på det enkelte sykehus.

2.5 Innsatsstyrt finansiering (ISF)

Innsatsstyrt finansiering, ISF, ble innført for somatisk spesialisthelsetjeneste 1. juli 1997. Dette finansieringssystemet er et tilskudd som blir bevilget over statsbudsjett til landets fire regionale helseforetak, på bakgrunn av deres planlagte og utførte aktivitet. Bevilgningene til RHFene består i 2012 av 60 % rammefinansiering og 40 % som er basert på foretakenes aktiviteter. Fra 1997 og frem til i 2012 har disse prosentandelene variert i tråd med politiske beslutninger. Den faktiske størrelsen på ISF-refusjonen er altså bestemt med bakgrunn i aktivitetsnivået i det enkelte RHF, mens rammefinansieringen bestemmes av antall innbyggere og alderssammensetningen i regionene.

«ISF skal sammen med øvrige finansieringsordninger understøtte de regionale Helseforetakenes «sørge-for»-ansvar, samt bidra til at aktivitetsmål fastsatt i oppdragsdokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet til regionale helseforetak nås på en mest mulig effektiv måte». (Helsedirektoratet, 2012)

ISF skal i utgangspunktet dekke 40 % av kostnadene tilknyttet aktivitet innen somatisk behandling. Kostnadsnivået for samme type aktivitet vil variere mellom ulike helseforetak. Det tas ikke høyde for slike lokale variasjoner i den beregnede ISF-refusjonen til de regionale

helseforetakene. Det blir derfor opp til hvert enkelt foretak å tilpasse aktiviteten til den totale finansieringen av helseforetak og kjøp av tjenester fra private institusjoner i sin region.

Helsedirektoratet uttaler i sin rapport om ISF-regelverket for 2012 at regelverket ikke skal være styrende for hvilke pasienter man tilbyr helsehjelp. Det skal heller ikke være styrende for hvordan regionale helseforetak skal finansiere offentlige eller private virksomheter for at de skal kunne klare å realisere sitt «sørge for»-ansvaret. Det som påvirker utbetalingen gjennom ISF-ordningen er i hovedsak fire faktorer som uttrykkes av Helse- og omsorgsdepartementet (Prop.1 S (2011-2012), 2011):

- Antall behandlinger
- Gjennomsnittlig kostnadsvekt (DRG-indeks)
- Enhetspris
- ISF-sats (40 % av enhetsprisen)

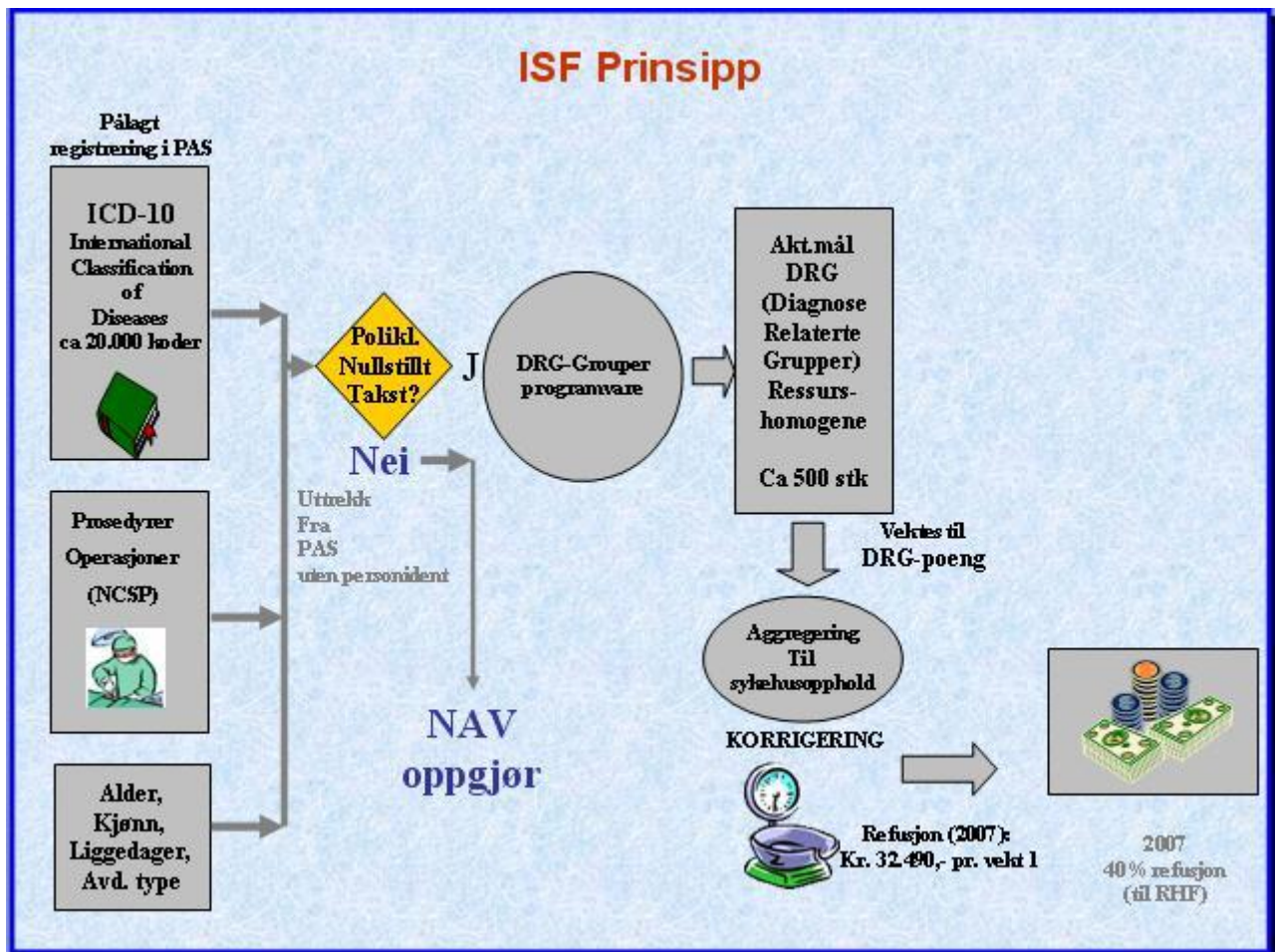
Innsatsstyrt finansiering (ISF) innebærer en etterfaktureringsordning på bakgrunn av den gjennomførte aktiviteten på hvert enkelt sykehus. Formålet med ISF fra statens side er ikke en høyest mulig aktivitet, men at systemet legger til rette for å nå målene på en mest mulig effektiv måte. Det settes derfor aktivitetsmål som sier noe om hvor høy aktivitet som forventes innen ulike fagområder på sykehus og avdelinger. Det viktigste finansieringsordningen gjør er altså å understøtte «sørge for»-ansvaret til de regionale helseforetakene. Dersom den oppnådde aktiviteten blir lavere enn hva som er forutsatt, vil tilskuddet til RHFene også bli lavere. Dette fordi ISF-refusjonene baserer seg på utført aktivitet. Blir aktiviteten derimot høyere enn forutsatt, vil tilskuddene bli høyere. «Høyere aktivitet enn forutsatt blir bare kompensert gjennom innsatsstyrt finansiering. Refusjonene er i gjennomsnitt ment å dekke deler av kostnadene ved økt behandlingsskapasitet (marginalkostnader), resten må dekkes av basisbevilgningen» (Prop.1 S (2011-2012), 2011).

Innsatsstyrt finansiering er ikke et prioriteringssystem for legene, men det benyttes i kartleggingen av kostnader i tillegg til å identifisere og fjerne flaskehalsen som vil kunne hindre en kostnadseffektiv pasientbehandling. Rammebevilgningen skal være med på å understøtte prioriteringen, mens regler og retningslinjer, som lover og forskrifter angir, skal utgjøre grunnlaget for prioriteringen. Den utbetalingen som skjer på bakgrunn av innrapportert aktivitet, skal avspeile den reelle behandlingsaktiviteten som skjer i de ulike helseforetakene.

Det vil kunne oppstå et avvik innenfor hver enkelt pasientgruppe mellom den faktiske ressursbruken og den ressursbruken som er lagt til grunn for ISF-refusjonen. Av den grunn blir det årlig gjort endringer tilknyttet ISF-systemet. Endringer gjøres for at finansieringsordningen skal avspeile den medisinske praksisen i størst mulig grad. Det negative ved at ordningen til stadighet blir oppdatert, er at behovet for stabilitet og forutsigbarhet rundt rammevilkårene ikke blir oppfylt. Det vil ikke være mulig hele tiden å ha et oppdatert finansieringssystem, da endringer tilknyttet noen av DRG-vektene skjer hvert år. Det er Helsedirektoratet som har det helhetlige ansvaret for forvaltningen og utviklingen av den innsatsstyrte finansieringen. Det enkelte helseforetak rapporterer endringer i behandlingsmetoder og kostnader inn til Norsk Pasientregister som videre rapporterer til Helsedirektoratet som oppdaterer DRG-vektene.

Tilknyttet ISF finnes det et regelverk. Dette regelverket må være oppfylt for at refusjonen skal bli utbetalt. Det er Helsedirektoratet som publiserer regelverket, men det er opp til hvert enkelt RHF og HF å informere om regelverket til de helseinstitusjoner som er tilknyttet disse foretakene.

I 2011 var totalbudsjettet til de fire RHFene på ca. 103 milliarder kroner, av dette utgjorde ISF-utbetalingen ca. 20 milliarder. I prinsippet skal ISF dekke 40 % av kostnadene, men en analyse fra 2009 viser at det reelt sett ikke er mer enn 34 % som blir dekket av ISF (Prop.1S, (2011-2012), 2011). Det betyr at rammebevilgningen må dekke en større del av kostnadene enn forutsatt. Til tross for at den reelle dekningsgraden til ISF er 34 %, er det ikke foreslått noen endringer om å øke ISF-andelen til 40 % i 2012. Vi vil imidlertid i resten av oppgaven ta utgangspunkt i en ISF-andel på 40 %.



Figur 2.5.1 ISF prinsipp

Kilde: (Nirvaco, 2012).

Figuren viser prinsippet bak den innsatsstyrte finansieringen fra legene utfører aktivitetene til refusjonen blir utbetalt til de regionale helseforetakene.

2.6 Diagnoserelatert klassifisering

Kostnadsbildet på et sykehus er meget komplekst. For å kunne bevilge midler basert på den faktiske ressursbruken i hvert helseforetak, vil det være nødvendig å kjenne til kostnaden tilknyttet den enkelte pasient. Alle pasienter er imidlertid ulike og deres behandlingsforløp vil derfor kreve ulik bruk av ressurser. Helseforetakene vil i tillegg ha forskjellig utnyttelsesgrad av de ulike ressursene tilknyttet den samme aktiviteten. Av den grunn vil det være et umulig arbeid å kartlegge nøyaktige kostnader for hvert enkelt behandlingsforløp, og dermed korrekt ressursforbruk for ulike helseforetak. Et forenklet system i forhold til den virkelige ressursbruken har derfor vært nødvendig. Løsningen som er valgt fordeler behandlingsforløp i

grupper ut fra størrelsen ressursbruken. Ved å standardisere ressursbruken for disse gruppene kan man finne en forventet kostnad for de ulike behandlingsforløpene, avhengig av hvilken gruppe pasienten plasseres i. Dette systemet kalles diagnoserelaterte grupper (DRG).

«DiagnoseRelaterte Grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene. Basert på medisinske og administrative opplysninger om pasienten, blir hvert enkelt sykehusopphold plassert i en, og bare en, DRG.» (Helsedirektoratet, 2012)

Totalt finnes det i dag omtrent 870 DRG-grupper i Norge. Disse er et resultat av 20 000 diagnosekoder og 8000 prosedyrekoder som til sammen utgjør dagens DRG-system. På grunn av dette systemet vil det være mulig å sammenligne de ulike sykehusene til tross for at de tilbyr ulike behandlinger. Hver av de 870 DRG-gruppene blir gruppert i en av de 24 hoveddiagnosegruppene. Målet er at hver av de 870 gruppene skal inneholde pasientgrupper som både ressursmessig og medisinsk er relativt like.

Det er leger og sykepleiere som foretar kodingen ved å sette diagnosekoder på de ulike pasientene. Dette arbeidet gjøres i sammenheng med utarbeidelsen av den enkelte pasients sykehistorie, epikrisene. ICD 10 er et diagnosekodeverk som hjelper til med systematisk klassifisering og registrering av sykdommer og beslektede helseproblemer. Hver av de eksisterende diagnosene blir ved hjelp av dette kodeverket omgjort til en kode. Dette vil være en medvirkende faktor i forenklingen av arbeidet tilknyttet kartleggingen av de ulike sykdommene for blant andre Norsk Pasientregister. Dette kodeverket ble utviklet i 1850 og er et internasjonalt kodeverk (Helsedirektoratet, 2011, g). Det ble i starten benyttet til å registrere dødsårsaker før det utviklet seg til å bli et verdensomspennende klassifikasjonssystem for sykelighet i befolkningen, også kalt morbiditet. I Norge ble kodesystemet innført i somatisk spesialisthelsetjeneste i 1999. Dette kodeverket er obligatorisk ved rapportering fra spesialisthelsetjenesten til Norsk Pasientregistrering.

Beregningen av DRG-poengene baseres på kostnads – og aktivitetsinformasjon fra flere sykehus. Til tross for at denne informasjonen er svært detaljert, er ikke beregningene robuste nok til å videreføres direkte til en pasient eller avdeling. Grunnen til dette er at kostnadsvektene til en viss grad er basert på informasjon fra helseforetak med ulik

pasientsammensetning i tillegg til ulikt kostnadsnivå. Vektene kan ikke bare relateres til kostnader på avdelingen hvor pasienten blir behandlet, men også til støtteavdelinger og felleskostnader (Helsedirektoratet, 2011, a). Selve DRG-systemet er derfor ikke et reelt bilde av den kliniske virkeligheten er, men snarere et svært forenklet og skjematisk bilde. På grunn av at DRG-vekten representerer et gjennomsnitt, vil det være pasienter som både befinner seg over og under dette gjennomsnittet i forhold til hvor ressurskrevende de er. Den gjennomsnittlige kostnadsvekten for døgnbehandlinger er 1,3 mens den for polikliniske konsultasjoner er 0,026. I 2011 var i underkant av 1,8 millioner pasienter i kontakt med sykehus i forbindelse med fysisk helse. Behandlingene fordelte seg på omtrent 900 000 døgnopphold og i overkant av 400 000 dagbehandlinger. I tillegg er det registrert 4,9 millioner polikliniske konsultasjoner (Helsedirektoratet, 2011, h).

2.7 Kostnadsvekter

«En kostnadsvekt er en relativ størrelse som uttrykker hva alle opphold i en bestemt DRG i gjennomsnitt koster i forhold til gjennomsnittspasienten. Kostnadsvektene brukes til å beregne antall DRG poeng og danner basis for den aktivitetsbaserte finansieringen.» (Helsedirektoratet, 2012)

Kostnadsvektene fremkommer gjennom beregninger basert på gjennomsnittskostnader. Størrelsen på denne vekten avgjør antall DRG-poeng, og dermed også størrelsen på inntekten, for et pasientopphold i DRGen. Hvert år beregner Helsedirektoratet kostnadsvektene. I tilknytning til vektfastsettelsen samarbeider de med elleve helseforetak som frivillig gir fra seg kostnadsdata. Kostnadsdataene innhentes fra disse etter en mal som er utviklet i samarbeid mellom Helsedirektoratet og helseforetakene selv. Ved hjelp av en «top-down»-beregningsmodell beregnes kostnadsvektene. Ved hjelp av nasjonale fordelingsnøkler fordeles så sykehusets driftskostnader til ulike DRGer. Innenfor en DRG-gruppe vil det være stor variasjon i hvor ressurskrevende hver pasient er. Gruppene er laget for å gi en viss homogenitet og ønsket er at de fremstår som medisinsk meningsfulle. Selve DRG-logikken er et samarbeid mellom de nordiske landene. Systemene i disse landene er likevel ulike, se kapittel 5.2.

2.8 Norsk Pasientregister (NPR)

Utbetalingene fra Staten til de respektive regionale helseforetakene tilknyttet ISF-ordningen skal baseres på reel aktivitet. Denne aktiviteten skal være rapportert til Norsk Pasientregister. Norsk Pasientregister, NPR, blir drevet av Helsedirektoratet og er et av Norges sentrale helseregistre. Når pasienter får henvisning til behandling innen spesialisthelsetjenesten, blir det registrert opplysninger ved behandlingsstedet. Noen av disse opplysningene blir sendt videre til NPR (Helsedirektoratet, 2011, c). Det er viktig at det innhentede datamaterialet blir brukt slik det er tiltenkt av hensyn til sikkerhet og personvern for de som er registrert. Norsk pasientregisterforskrift skal ivareta dette ved at den sier hvordan innsamling, behandling, utlevering og kvalitetskontroll av data skal utføres.

Dataene fra NPR kan derfor bare benyttes i samsvar med Norsk pasientregisterforskriften § 1-2:

- *«Danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester, herunder den aktivitetsbaserte finansieringen, kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter*
- *Bidra til medisinsk og helsefaglig forskning, herunder forskning som kan gi viten om helsetjenester, behandlingseffekter, diagnoser, og sykdommens årsaker, utbredelse og forløp og forebyggende tiltak*
- *Danne grunnlag for etablering og kvalitetssikring av sykdoms- og kvalitetsregistre*
- *Bidra til kunnskap som gir grunnlag for forebygging av ulykker og skader»*

(Helsedirektoratet, 2011, c)

2.9 Kostnad Per Pasient (KPP)

Kostnad Per Pasient (KPP) representerer et system for å kunne sammenligne behandlinger på ulike nivå i tillegg til å tilegne seg økt kunnskap om kostnaden for den enkelte pasient. Dette gjøres for å kunne opparbeide en bedre styring og kontroll, samt kvalitetsarbeid. KPP beregnes ved å prissette alle tjenester ved sykehuset for så å addere de tjenestene som den enkelte pasient er behandlet med. Det vil med dette være mulig å finne den rette forventede kostnad til hver enkelt pasients behandlingsforløp. Dette systemet vil det også være mulig å benytte i tilknytning til arbeidet med å beregne de ulike DRG-vektene.

Helse- og omsorgsdepartementet har igangsatt et arbeid for å etablere et nasjonalt KPP-regnskap slik at det bedre kan tilrettelegges for et sammenlignbart informasjonsgrunnlag for styring og kontroll. Dette innebærer også et kvalitetsarbeid som kan være nyttig både på HF- og RHF-nivå, samt for de sentrale helsemyndighetene. KPP representerer en systematisk oppstilling av de tjenester som en pasient mottar. KPP blir deretter koblet sammen med det tjenestene krever av ressurser. Dagens kunnskap om kostnadene tilknyttet den enkelte pasients behandling er for lav.

Kapittel 3 – Teori

3.1 Mål

«Mål er en beskrivelse av en ønsket fremtidig tilstand.»

(Jacobsen og Thorsvik 2002, s. 42)

Mål vil ofte ha en styrende funksjon, samtidig som det er en måte for organisasjonen å vise sine verdier utad. Det er viktig at målene er tydelige og at de ikke står i motstrid til hverandre. Det overordnede målet blir ofte omtalt som en visjon, noe som vil representere det ideelle for organisasjonen. Et mål som beskriver en ideell tilstand har ofte en lang tidshorisont. Dette gjør at noen mener det ikke vil virke som en motivator, et styringsredskap eller et evalueringskriterium. Fordelen med langsiktige mål vil derimot være at de representerer et idegrunnlag. De trenger dermed ikke å være så konkrete, men kan være vide og av den grunn vil de ikke begrense improvisasjon og nytenkning.

For å etterstrebe dette idegrunnlaget vil det være fordelaktig å lage en strategi hvor man opererer med delmål underveis for å motivere for videre innsats, som for eksempel «innen et år skal vi øke produksjonen med x- antall produserte enheter». I denne sammenheng kan for eksempel idegrunnlaget være å bli en dominerende produsent på verdensbasis. Ved å ha mer konkrete mål med kortere tidshorisont, vil det være lettere å se fremgang på vei mot visjonen. Samtidig kan disse gi tydeligere føringer for de ansatte og de kan lettere benyttes til å registrere måloppnåelsen. Delmål operasjonaliserer dermed visjonen slik at det er lettere å se hvilke middel som kreves for å nærme seg den ideelle situasjonen.

Mål blir ofte utformet av ledelsen, men i en del sammenhenger vil det være hensiktsmessig å la de ansatte få være med å utforme hva det skal jobbes mot. Det vil kunne skape en større fellesskapsfølelse blant de ansatte og oppmuntre dem til videre arbeid. For mange vil dette bli sett på som en tillitserklæring og dermed et insentiv for å gjøre jobben de er satt til.

3.1.1 Målkonflikter

En organisasjon består av ulike individer som alle har ulike syn på problemer. Det er derfor svært naturlig at hver enkelt person utvikler egne mål og preferanser for eksempel tilknyttet lønn, arbeidstid og oppgaver. Målkonflikter kan oppstå og føre til at individer innad i organisasjonen vil jobbe mot ulike mål, noe som ikke vil være fordelaktig. Av den grunn vil

det være gunstig at alle enes om det samme målet, og ikke kun gjør det som gagner en selv best.

Allerede i 1930-årene utarbeidet Barnard teorier hvor betydningen av enkeltpersonene i organisasjonen tydelig fremkom (Busch og Vanebo, 2003, s.60). Han mener at individet er egoistisk. Det er derfor viktig å finne ut hva som motiverer den enkelte, hvilke mål og preferanser vedkommende har, hvordan vedkommende oppfatter organisasjonens mål, hvordan de ulike individene i organisasjonen samhandler og lignende. Dette er viktige spørsmål som må besvares for at en organisasjon skal kunne fungere mest mulig effektivt.

Barnard argumenterer for at det klassiske perspektivet på en organisasjon må utvides til å ses på som to perspektiver, henholdsvis den formelle og den uformelle organisasjonen.

Bakgrunnen for dette er at han mener individene har motiver og ambisjoner som er egoistiske, i tillegg til at samhandling med andre og det sosiale innenfor organisasjonen er en integrert del av organisasjonen. En formell organisasjon reflekterer organisasjonens mål. Det var denne organisasjonen som sto i fokus hos de klassiske teoretikerne. Her konkretiseres strategier for å nå de fastsatte målene. Det sentrale her er arbeidsdeling, nødvendige mekanismer for å koordinere og utvikle funksjoner i tilknytning til måloppnåelsene, samt spesialisering. Den uformelle organisasjonen definerer Barnard som; « det mønsteret av personlig kontakt, samhandling og gruppedannelse som påvirker de ansattes holdninger, forståelse og adferd» (Jacobsen og Thorsvik 2002, s.50).

I sin teori poengterer Barnard at den uformelle organisasjonen vil kunne representere en kompleks målstruktur. Det som spesielt vektlegges er hvordan ledelsen kan utarbeide et insentivsystem for å kunne motvirke den negative effekten private mål og ambisjoner har på organisasjonens mål. Selznick mener at ansatte har med seg mål og holdninger som de tilfører organisasjonen når de blir ansatt. Dette kan lett føre til målkompleksitet og uklarhet rundt mål som i utgangspunktet var definert klart. Målene de ansatte bærer med seg vil kunne bli forsterket i samhandling med andre i organisasjonen. Det oppstår da målkonflikter.

3.1.2 Målfastsettelse

Mål vil kunne bli fastsatt ulikt avhengig av om organisasjonen er innenfor offentlig eller privat sektor. Som en grov inndeling kan vi si at organisasjoner innen offentlig sektor er «eid» av staten, men private organisasjoner er «eid» av private aktører eller investorer. Mange mener at målene innen offentlig sektor er mer komplekse enn hva de er i det private (Jacobsen

og Thorsvik, 2002, s.52-53). Dette kan skyldes flere faktorer. En viktig faktor er at det offentlige skal drives mest mulig kostnadsfritt samtidig som det skal være tilgjengelig for alle. Det er altså viktig at ingen blir diskriminert. I det private vil man kunne «velge» fritt hvem man vil rette seg mot. Av den grunn må derfor det offentlige hensynta regler og prosedyrer, samt skriftlig saksbehandling som vil begrense valgmulighetene deres. Mål i offentlig sektor er ofte formulert på en måte som gjør det vanskelig å bedømme når målene er nådd. Det kan derfor virke lite motiverende for ansatte, samt at graden av måloppnåelse vil være vanskelig å måle. Samtidig kan spesielt tjenesteytende organisasjoner oppleve at det er uklart hvordan målene best kan oppnås. For eksempel kan det være ulike meninger om hvilke behandlingsalternativer som gir de beste resultatene. Offentlige organisasjoner preges også av politikken, noe som kan føre til vage mål som gjerne skal tjene politikerne utad. Fordelen for det offentlige vil være at de innehar en delvis monopolsituasjon der det bare er de som tilbyr en spesiell tjeneste. Dermed vil ikke kundene ha like stor frihet til å velge en annen organisasjon dersom de ikke er fornøyde.

Det vil ofte være vanskeligere for en offentlig organisasjon, enn en privat, å vise effektiviteten av måloppnåelsen gjennom det de har produsert. Fordi den offentlige organisasjonen må ta hensyn til hele befolkningens behov, vil de ikke ha samme forutsetning for å produsere like effektivt som en privat organisasjon. Samtidig vil de ofte ikke få tilbakemelding fra markedet på samme måte som det private, for eksempel vil enkelte sykehus tjenester alltid være etterspurt selv om kundene ikke er fornøyde. Det kan derfor være nødvendig å rapportere i forhold til andre kriterier enn effektivitet i produksjonen. Kvalitetssikring av prosesser og metoder kan da være et alternativ.

3.1.3 Overmåling

Dersom en aktivitet eller lignende blir målt er det lett å vri oppmerksomheten mot dette fremfor å fokusere like mye på alle fastsatte mål. En slik overmåling vil kunne resultere i at et mål får for mye fokus og andre blir tilsvarende nedprioritert. Som en følge av dette kan det bli en reduksjon i kvaliteten samt negative virkninger for bedriften på grunn av denne vridningen.

3.1.4 Målforskyvning

Ved målforskyvning vris organisasjonens mål i andre retninger enn det som først var planlagt. En organisasjons hovedmål vil bli operasjonalisert i flere delmål. De ansatte nedover i organisasjonen vil få disse delmålene å forholde seg til slik at de skal tilstrebe hovedmålet. Samtidig kan de ha egne private mål de ønsker å jobbe mot. Faren er da at den enkelte kan bli for opptatt av sine private mål eller for eksempel avdelingens delmål. På den måten vil de kunne forskyve organisasjonens mål fremover i tid. De ansatte vil komme opp med løsninger som ikke fremmer organisasjonen som helhet, men kun oppfyller vedkomnes egeninteresse. Med ansatte som enten motarbeider eller ignorerer organisasjonens mål, vil det være vanskelig å utforme strategier, samt at det vil ta lenger tid å oppfylle organisasjonens mål.

I utgangspunktet er en organisasjon et middel for å nå målet. Målforskyvning vil oppstå dersom organisasjonen blir et mål i seg selv. Målet blir dermed et middel for at organisasjonen forblir opprettholdt. Ved målforskyvning vil det også kunne oppstå målkonflikter som en reaksjon på ulik fokusering fra eksempelvis ledelse og eiere.

3.2 Motivasjon

«Motivasjon er en indre psykologisk prosess i det enkelte individ som skaper en drivkraft som får oss til å handle, som gir retning for handlingen og opprettholder og forsterker handlingen.» (Jacobsen og Thorsvik 2002, s.231)

Ulike personer vil motiveres av ulike faktorer. Det vil derfor kunne være vanskelig å motivere alle ansatte mot det samme målet ved hjelp av lik motivasjonsfaktor. Når et udekket behov melder seg, vil vi søke etter alternativer til adferd. Denne adferden ligger latent i oss og trenger en utløsende faktor for å bli realisert. Det vil i denne situasjonen være nødvendig med motivasjonsfaktorer som påvirker vår adferd. Dersom motivasjonsfaktoren som gis ikke fører til de resultater som var tanken ved faktoren, vil vedkommende organisasjon måtte endre strategi og motivasjonsfaktor for å kunne oppnå målet. Det er stor variasjonsbredde innenfor våre behov og mange ulike faktorer som vil påvirke de valgene vi tar. I tilknytning til behov er det utarbeidet noen teorier. Faglitteraturen drøfter mange behov og kategoriserer dem langs mange dimensjoner.

De amerikanske forskerne E.L. Deci og R.M. Ryan deler motivasjon inn i indre og ytre motivasjon (Kaufmann og Kaufmann, 2009, s.103). Ved ytre motivasjon ligger kilden til motivasjonen utenfor jobbaktiviteten, mens ved indre ligger kilden til motivasjon i selve utførelsen av arbeidet. Den indre motivasjonen er sterkt relatert til de grunnleggende behovene om kompetanseopplevelse og selvbestemmelse. Ved denne typen motivasjon er det ikke alltid belønning vil øke motivasjonen, hevder de amerikanske forskerne E.L. Deci og R.M. Ryan. De mener derimot at overfokusering på belønning i denne sammenheng kan føre til at motivasjonen blir redusert og gleden med arbeidet dermed uteblir. Indre motivasjon vil ses på som det beste alternativet, grunnet oppfattelsen av at den er stabil og oppstår uten ekstern påvirkning. Det vil derfor være fordelaktig ikke å trekke inn ulike former for belønning tilknyttet denne. Det sentrale her er at indre og ytre motivasjon er to motpoler og derfor ikke vil kunne fungere optimalt sammen. Det vil spesielt være den ytre motivasjonen som kan legge en demper på den indre.

Det er vanlig å skille mellom behovsteorier, kognitive teorier, sosiale teorier og jobbkarakteristika-modeller når man omtaler motivasjon (Kaufmann og Kaufmann, 2009, 93). Under hver av disse hovedteoriene er det mange underteorier som ikke er ment for å konkurrere med hverandre, men snarere utfylle hverandre.

3.2.1 Behovsteorier

Behovsteorier er teorier som karakteriserer atferd som utløst av grunnleggende behov (Kaufmann og Kaufmann 2009). Poenget med disse teoriene har vært å kunne identifisere de grunnleggende behov vi mennesker har som forårsaker at vi handler slik vi gjør.

3.2.1.1 Maslows behovsteori

Innenfor behovsteorier er det Maslow sin teori som er den mest anerkjente og refererte (Jacobsen og Thorsvik, 2002, s.232). Denne teorien identifiserer fem grunnleggende behov et individ innehar. Disse behovene er rangert i et hierarki hvor det viktigste behovet er plassert nederst. Selv om systemet er rangert etter behov, mener Maslow at et behov nødvendigvis ikke trenger å være fullstendig oppfylt før man ønsker å oppfylle behov på neste nivå. Det grunnleggende i denne teorien er at det er et minimum som må være oppfylt på hvert nivå før man kan bevege seg oppover i behovshierarkiet. De tre første nivåene er behov man har for å dekke et underskudd, mens de to siste nivåene er vekstbehov. Man ønsker her å oppnå en personlig vekst, det er ikke lenger en mangel man skal dekke. Jacobsen og Thorsvik lister opp følgende punkter:

- *Fysiologiske behov*

Dette er grunnleggende, biologiske behov et individ har slik som vann, næring, hjem og lignende.

- *Sikkerhetsbehov*

Dette behovet karakteriseres av behovet for trygghet i omgivelsene og i tilknytning til fysisk og psykisk skade.

- *Sosiale behov*

Her er det samvær med andre mennesker som blir etterspurt. Det er et behov etter nære relasjoner som kan være støttende i ulike sosiale sammenhenger.

- *Behov for status og prestisje*

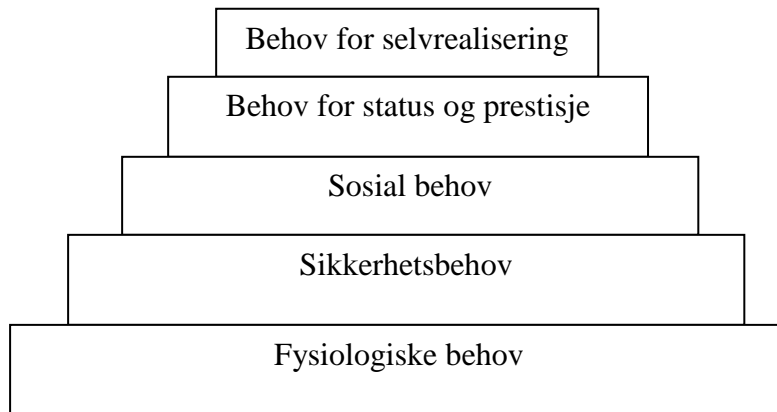
Dette behovet handler om å utvikle kompetanse og en personlig vekst. Individet er opptatt av prestisje og har et ønske om å prestere for på den måten å oppnå suksess og anerkjennelse fra andre.

- *Behov for selvrealisering*

Dette er det høyeste nivået i pyramiden. Nivået innebærer at man har behov for å kunne realisere det man er god på og det man har kompetanse til å gjøre. Det er viktig å kunne

utnytte de evnene man selv har. Ved å legge til rette for dette, eksempelvis på arbeidsplassen, vil det motivere individer til å yte mer.

(Jacobsen og Thorsvik, 2002, s.232-233).



Figur 3.2.1 Maslows behovspyramide

Maslow mener at dette er den prioriteringen av behov som er den mest vanlige, men det presiseres at behovene vil variere fra person til person. Det vil også være veldig individuelt i hvilken grad de ulike behovene blir oppfylt. Noen vil kun få oppfylt underskuddsbehovene, mens andre vil kunne nå høyere opp i pyramiden og få oppfylt behovet sitt for personlig vekst. Det som for mange er avgjørende i tilknytning til behovsoppnåelsen er hvilken jobbsituasjon man er i. De som arbeider på et lavt nivå i organisasjonen vil ofte ha en mindre sannsynlighet for å få dekket noe mer enn sine underskuddsbehov. Selv om denne teorien har vært utsatt for kritikk, har den vært viktig i arbeidet med å bevise at mennesker er ulike og derfor trenger ulike faktorer for og motiveres til innsats.

3.2.1.2 David McClellands motivasjonsteori

McClellands arbeid viste at individet har en tendens til og motiveres med bakgrunn i kulturelle forhold som de er vokst opp med, eksempelvis familie, skole og venner.

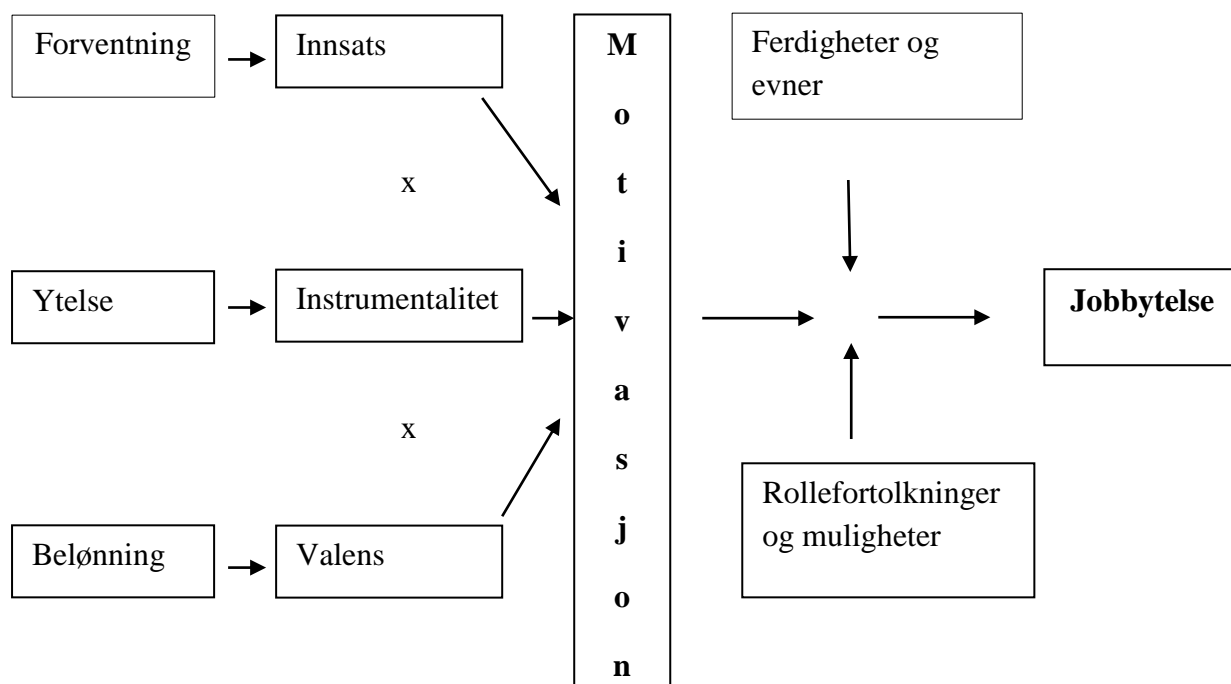
McClellands mente, i motsetning til Maslow, at behovene et menneske har er ordnet langs et kontinuum. Samtidig vil det i denne teorien være mulig å gå i begge retninger uten at man må ha tilfredsstilt et behov før et annet. Det vil ikke alltid være de samme behovene som melder seg først for ulike personer.

Utgangspunktet for teorien til McClellands og Atkinson er tre typer behov; prestasjonsbehov, kontaktbehov og maktbehov.

- *Prestasjonsbehov*; kjennetegner en person som ønsker å gjøre ting bedre og som ønsker personlig ansvar i tilknytning til den handlingen vedkommende skal utføre. Dette behovet må ses på som et uttrykk for en indre motivasjon
- *Kontaktbehov*; en person med dette behovet kjennetegnes ved avhengighet av kontakt og omgang med andre mennesker.
- *Maktbehov*; ønske om gjennomslag av egne meninger og ideer.

3.2.2 Kognitive teorier

Det er viktig å vite hva som gjør at en person foretrekker en type adferd fremfor en annen. Ved å se på kognitive prosesser får vi et bedre grunnlag for å kunne si hva som gjør at vi velger nettopp slik vi gjør. Kognitive teorier ser motivasjon som et resultat av individets forventninger om måloppnåelse, belønning og egen ytelse samt evaluering av kilder til motivasjon (Kaufmann & Kaufmann, 2009, s. 93). Det er spesielt tre typer overveielser og forestillinger som påpekes i denne teorien; subjektive forventninger, instrumentelle forventninger og valensvurderinger. En ansatt vil ha «subjektive forventninger om at innsats vil gi resultater, instrumentelle overveielser knyttet til spørsmålet om hvorvidt jobbytelsen fører til belønning, valensvurderinger som handler om belønningens subjektive verdi for individet» (Kaufmann & Kaufmann, 2002, s. 97-98). Den kognitive motivasjonsteorien fokuserer på å få en belønning for det man har gjort. Det er derfor mulig å benytte ytre belønninger, insentiver, som kan stimulere til at individet utfører oppgavene sine på best mulig måte. Økonomiske insentiver kan ofte stimulere til kvantitet fremfor kvalitet. Denne overnevnte teorien er skissert i figur 3.2.2 etter en figur i boken til Kaufmann og Kaufmann.



Kilde: (Kaufmann & Kaufmann, 2009, s. 98)

Figur 3.2.2. Kognitiv motivasjonsteori.

3.2.2.1 Forventningsteorier

Hovedfokus i denne teorien er at adferden gjenspeiler de fremtidige belønninger, ved at en ansatt vet at å gjøre noe på en spesiell måte vil belønnes i større grad enn å gjøre det annerledes. I følge denne teorien vil det fungere som en motiverende faktor at man vet hva man oppnår hvis man utøver en spesiell adferd. For at slike belønninger skal fungere, er det viktig at belønningen er noe den enkelte virkelig ønsker seg, og at det er en tydelig sammenheng mellom ønsket adferd og belønningen. Konsekvensen ved å fokusere på å øke en type belønning er at andre belønninger vil bli redusert, for eksempel kan et godt resultat føre til økt økonomisk belønning, men redusert tid til samarbeid med kolleger. Det vil derfor være individuelt hvilke type belønning som veier tyngst for den enkelte. Med bakgrunn i dette må derfor ledelsen i en organisasjon kunne belønne de ansatte individuelt etter hvilke preferanser de ansatte har. På den måten kan man oppnå at alle skal prioritere de ulike oppgavene likt.

Hvilken adferd som velges vil være avhengig av hvordan en person verdsetter de ulike belønningene. Victor Vroom er en av de som har utarbeidet en teori som omfatter nettopp

forventningene tilknyttet belønningene. Han mener at en persons motivasjon vil være en funksjon av flere faktorer. Faktorene kan vises i følgende figur:

Som figuren viser, vil motivasjon vises som forholdet mellom anstrengelser og prestasjoner. Hvor mye må man gjøre for å oppnå det som kreves for en bestemt belønning. Individet må føle at det har mulighet til å oppnå det resultatet som forventes. Samtidig vil forholdet mellom prestasjoner og belønning være en viktig faktor. Sammenhengen mellom en høy prestasjon og en høy belønning kalles instrumentalitet. Den siste faktoren som påvirker motivasjonen kalles valens. Dette er den subjektive verdien av belønningen, altså hvor mye hver enkelt verdsetter den. For å oppnå en høy motivasjon kreves både en høy valens og en høy instrumentalitet i følge denne teorien.

3.2.2.2 Målsettingsteori

Denne teorien er en versjon av den kognitive forventningsteorien som ble utviklet første gang av amerikaneren Edwin Locke i samarbeid med Gary P. Latham (Kaufmann og Kaufmann, 2009, s.100).

«Målsettingsteori er teori som fremhever målets motivasjonskraft.»

(Kaufmann & Kaufmann, 2009, s.100)

Noen viktige prinsipper for å benytte mål som en motiverende faktor er:

- «Spesifikke mål fremmer ytelse bedre enn generelle mål.
- Vanskelige mål har større motiverende effekt enn lette mål dersom de blir akseptert.
- Tilbakemelding om resultater fører til større ytelse enn ingen tilbakemelding»

(Kaufmann & Kaufmann, 2009, s. 100)

Spørsmålet her er om resultatene vil være bedre dersom individet får være med å sette målene. Aksept for målet vil være en grunnleggende forutsetning for at noen vil ønske å arbeide mot det. Deltakelse i målsettingen vil kunne gi en høyere aksept, og dermed en større motivasjon til å jobbe mot organisasjonens mål. Dette kan skyldes at individet føler et sterkere eierskap til målet, og dermed er mer motivert for å oppnå det.

I målsettingsteorien er det to betingelser eller faktorer som er med på å moderere de tre nevnte prinsippene. Disse betingelsene går ut på at medarbeiderne forplikter seg til målet (commitment) og den andre er hva det enkelte individ tror den kan klare med hensyn på en

gitt oppgave (self-efficacy). Graden av den subjektive mestringsevnen til et individ vil være bestemmende for hvilke mål personen anser seg å være kompetent til å utføre.

3.2.3 Sosiale teorier

Sosiale teorier ser på motivasjonen som basert på opplevelse og rettferdighet (Kaufmann og Kaufmann, 2009, s.105). Fokuset her er i hvilken grad individet motiveres eller demotiveres gjennom forholdet til sine medarbeidere, samt graden av rettferdighet.

3.2.3.1 Likeverdsteori

«Likeverdsteori tilsier at motivasjon er et resultat av rettferdighetsopplevelse basert på sammenligninger med det andre får og gir.» (Kaufmann og Kaufmann, 2009, s.105)

Denne teorien er utviklet av J. Stacy Adams og hovedfokuset er likeverd som motivasjonsfaktor. Teorien går ut på at vi ønsker en belønning som er identisk med andres, i forhold til den innsatsen vi legger ned. Det skal altså eksistere en form for likhet. Den innsatsen et individ legger i arbeidet kalles innskudd, mens utbytte man får av jobben kalles uttak. Disse to størrelsene utgjør en brøk. Dersom denne brøken er likeverdig med brøken til andre individer det er relevant å sammenligne seg med, kaller teorien det for en likeverdstilstand. Denne tilstanden vil oppleves som rettferdig og tilfredsstillende for det enkelte individ. I de situasjoner hvor likeverdstilstanden ikke inntreffer vil vi ha en likeverdsspennning. Dersom det blir gjort en forskjellsbehandling vil det ofte kunne utløse at ansatte endrer sin adferd, slik at likheten igjen vil inntreffe. Som regel vil en person sammenligne seg med andre som for eksempel innehar tilnærmet like kunnskaper, lik stilling eller er på samme nivå i organisasjonen, eller i forhold til målte prestasjoner. Det som da avgjør om en person er fornøyd med egen belønning, er om de i tilsvarende posisjon får den samme belønningen. En slik tankegang kan ha enkelte konsekvenser. Hvis det oppleves at egen brøk er dårligere enn andres, vil man forsøke å gjenopprette likheten. Vedkommende kan da enten velge å redusere sin egen innsats, eller endre adferd slik at belønningen øker. Det vil her kunne være insentiver som motiverer til å gjøre det motsatte av det som er forventet, grunnet belønningssystemet og fokuset på likhet. I motsatt fall kan vår bidrags – og belønningsbalanse øke i forhold til de vi sammenligner oss med. Det vil da eksistere to mulige alternative måter å håndtere dette på. Det ene er å øke sin egen innsats slik at man gjør seg mer fortjent til den ekstra belønningen enn medarbeiderne. Det andre alternativet er ikke å ta i

mot det ekstra man blir tilbudt. Det er altså dokumentert at individer søker etter likhet. Av den grunn må belønningsstrukturen i en organisasjon se på konsekvenser både på individ-, gruppe- og organisasjonsnivå.

Likhetsteorien kan deles i fire ulike grupper man sammenligner seg med:

1. *Selv-intern*: sammenligning av nåværende jobbsituasjon med tidligere jobbsituasjon i samme organisasjon.
2. *Selv-ekstern*: sammenligning av nåværende arbeidssituasjon med tidligere i en annen organisasjon.
3. *Andre-intern*: sammenligner oss med et annet individ i organisasjonen (kan også være innen samme yrkesgruppe i organisasjonen).
4. *Andre-ekstern*: sammenligner oss med individer med tilsvarende stilling i andre organisasjoner.

(Kaufmann & Kaufmann, 2009, s 106)

3.2.4 Jobbkarakteristika-modeller

I denne teorien er fokuset rettet mot hva som virkelig motiverer i selve jobben. Oppgaven blir da å kartlegge alle faktorene som både virker motiverende og demotiverende slik at det blir mulig å se hva som gjør at ulike individer motiveres til å inneha den gitte jobben.

Motivasjonspotensialet til den enkelte jobb blir på denne måten kartlagt, og man kan lettere se hvilke type belønninger som vil dekke de ansattes behov. Dette kan være alt fra lønninger og andre materielle goder til spennende oppgaver og et godt arbeidsmiljø.

3.2.4.1 Herzbergs tofaktorteori

Frederick Herzberg utviklet en teori som skapte oppsikt da den kom (Kaufmann og Kaufmann, 2009, s. 108). En generell oppfatning var at mistriksel var det motsatt av trivsel. Dette mente Herzberg var feil. Han beviste gjennom sine undersøkelser at disse tilstandene var av ulike dimensjoner og mente derfor at det var grunnlag for å skille faktorer som fører til de ulike tilstandene i motiveringsfaktorer og hygienefaktorer.

3.2.4.1.1 Motiveringsfaktorer

Faktorene som inngår her relaterer seg til de øverste nivåene i Maslows behovspyramide, henholdsvis behovet for status og prestisje samt behovet for selvrealisering (Kaufmann og Kaufmann, 2009, s. 109). Noen av faktorene som motiverer er blant annet prestasjoner, ansvar og personlig vekst. Disse faktorene vil virke positivt i forhold til tilfredshet og produktivitet dersom de er tilstede, men dersom de ikke er der vil ikke tilstanden være negativ, men forholde seg nøytral.

3.2.4.1.2 Hygienefaktorer

«Hygienefaktor er egenskaper ved jobben som opphever utilfredshet ved fravær av negative arbeidsbetingelser.» (Kaufmann & Kaufmann, 2009, s.108)

Blant hygienefaktorene kan nevnes arbeidsbetingelser, mellommenneskelige relasjoner og lønn og sikkerhet. Disse faktorene vil kunne relatere seg til de tre nederste nivåene i Maslows behovspyramide, altså de nivåene hvor et underskudd skal dekkes. Dersom faktorene er gode vil individet være i en nøytral tilstand. Er de derimot fraværende vil det oppstå en mistriivsel blant de ansatte.

Fra de to grunnleggende dimensjonene trivsel og mistriivsel konkluderte Hertzberg:

«Hygienefaktorene kan skape mistriivsel i den grad de ikke er til stede, men ikke trivsel om de er til stede. Motivasjonsfaktorene skaper trivsel i den grad de er til stede, men ikke mistriivsel dersom de ikke er til stede.» (Kaufmann & Kaufmann, 2009, s. 108)

3.2.4.2 Hackman og Oldhams motivasjonsmodell

Lønn er én kilde til motivasjon, men som diskutert over kan det å styrke ansattes indre motivasjonen være mer virkningsfullt for en organisasjon. For at de ansatte skal føle seg delaktige og få et eierskap til mål og drift av organisasjonen, er det viktig at de føler seg sett. Ansatte som kan påvirke målsetninger og viktige beslutninger for organisasjonen vil ofte være mer motivert for arbeidet. Hvordan organisasjonen struktureres kan påvirke i hvilken grad de ansatte føler seg ivaretatt, og kan dermed gi motivasjon til å bidra. Hackman og Oldham har utviklet en av teoriene som er mest brukt på området, hvor de ser på hvilke forhold som skaper høy ytelse hos de ansatte (Jacobsen og Thorsvik, 2002, s. 248)

De tar utgangspunkt i at en ansatt må få oppfylt tre kritiske psykologiske tilstander for å motiveres, og disse kan kun oppstå med riktig organisasjonsstruktur. Organisasjonsstrukturen vil påvirke hvordan arbeidsoppgavene til hver enkelt ansatt er, og dette bestemmer hvordan den enkelte oppfatter arbeidssituasjonen. Høy indre motivasjon hos de ansatte vil føre til høy trivsel og kvalitativt godt arbeid. Dette er faktorer som er vanskelige å oppnå gjennom ytre belønninger som lønn og andre bonuser. De tre kritiske psykologiske tilstandene en ansatt må oppleve er at arbeidet han utretter er meningsfylt, at han har ansvar for de resultatene han skaper og at han selv har kunnskap til å bedømme om disse resultatene er gode eller dårlige. Det legges vekt på at den enkeltes individuelle karaktertrekk vil ha stor innvirkning på hvordan jobbsituasjonen oppleves. Hackman og Oldham fant at blant annet variasjon i oppgaven, hvor betydningsfull oppgaven er, om man får følge oppgaven frem til resultatet og selv kan ta avgjørelser underveis er viktige trekk for om oppgaven virker motiverende (Jacobsen og Thorsvik, 2002, s. 248). Det vil imidlertid variere fra person til person i hvilken grad man reagerer på disse faktorene, og dermed hvordan oppgaven burde utformes for at den skal motivere den enkelte.

Utforming av organisasjonsstrukturen bør i følge teorien følge noen retningslinjer for å legge til rette for motivasjon hos de ansatte. Oppgavene må utformes slik at man ser helheten og betydningen av dem, og slik at de gir en viss variasjon i arbeidet. Den ansatte bør komme i kontakt med de som faktisk nyter godt av resultatet for å kunne få tilbakemelding, samtidig som det er viktig med tilbakemeldinger innad i organisasjonen. Ved å skape naturlige arbeidsgrupper kan man etablere et større eierskap til oppgaven og delegering av ansvar gir følelsen av kontroll med egne oppgaver. Gjennom empiriske tester har det imidlertid kommet frem at arbeidssituasjonen ofte oppfattes som en helhet av de ansatte og dermed er vanskelig å splitte i ulike dimensjoner. Men testene viser også at det er enkelte, om noe tvetydige, sammenhenger mellom faktorene som er beskrevet over og oppfyllelsen av de kritiske psykologiske tilstandene (Jacobsen & Thorsvik, 2002, s. 250). Kaufmann og Kaufmann (2009, s. 114) viser til en meta-undersøkelse hvor 14 jobbkarakteristika forklarer 49 % av variasjonen i deltageres svar rundt jobbprestasjoner, følelse av forpliktelse i organisasjonsengasjement og lignende. Ut fra dette resultatet hevder de at teorien beskrevet over har meget god støtte i empirien.

3.3 Kommunikasjon

«Kommunikasjon er en prosess der personer eller grupper sender meldinger til hverandre.»

(Jacobsen & Thorsvik, 2002, s. 267)

For at en organisasjon skal kunne fungere optimalt er man avhengig av god kommunikasjon. Det sentrale med kommunikasjon er at det finnes en sender og en mottaker. Senderen vil være den som velger hvordan meldingen skal kodes, hvilken informasjon som skal formidles, samt hvilken kanal den skal sendes gjennom. Mottakeren sin oppgave blir å dekode meldingen som senderen har formidlet. Kommunikasjon vil kunne karakteriseres som effektiv dersom mottakeren tolker meldingen på en slik måte som senderen har ment. Dersom dette ikke gjøres kan det lett oppstå misforståelser mellom sender og mottaker. På grunn av faren for misforståelser er det veldig viktig at kommunikasjonen er tydelig og uttrykkes på en slik måte at det ikke gis rom for mistolkninger.

Som tidligere nevnt vil det være svært viktig for en organisasjon at målene blir kommunisert på en tilstrekkelig måte slik at de kan være med å motivere til innsats og måloppnåelse. Måten disse målene blir kommunisert på vil derfor være svært avgjørende for om meningen med målet blir tilstrekkelig formidlet og om de er allment kjent i organisasjonen. Videre er det viktig med god kommunikasjon også fra de ansatte tilbake til ledelsen. Slik kan den ansattes innsats bli lagt merke til, samtidig som ledelsen har kontroll med det som skjer i organisasjonen. Det hevdes også i boken til Jacobsen og Thorsvik (2002, s. 268) at kognitiv motivasjonsteori lærer oss at kommunikasjon kanskje er det viktigste virkemidlet man har for å motivere. Kommunikasjon mellom de ansatte vil være avgjørende for et godt samarbeid og det sosiale på arbeidsplassen. Denne kommunikasjonen går ofte lettere enn kommunikasjon opp til eller ned fra ledelsen.

3.3.1 Kommunikasjonsproblemer

Kommunikasjon er altså avgjørende for at en organisasjon skal fungere godt. Det kan midlertid oppstå kommunikasjonsproblemer på mange nivå i organisasjonen. Ledelsen kan kommunisere for dårlig ned til de ansatte, slik at de ikke føler seg viktige i prosessene som foregår. Samtidig kan de ansatte sitte på informasjon som er viktig for ledelsen, men som ikke blir kommunisert opp til dem. Dette er eksempler på informasjons-asymmetri, hvor enkelte medlemmer av organisasjonen har informasjon som er av interesse for andre, men som de allikevel ikke deler. Når et medlem med vilje holder tilbake informasjon for å tjene på det,

kalles det opportunistisk adferd. I slike tilfeller vil den som har kontroll over kommunikasjonsprosessene ha stor makt i organisasjonen. Vedkommende kan da kontrollere informasjonsflyten mellom medlemmene.

Selv om det ikke foreligger opportunistisk adferd, kan det oppstå problemer i kommunikasjonsprosessen som gjør at informasjon ikke kommer frem dit den skal. En ansatt vil også få problemer med å utnytte informasjonen hvis han mottar mer informasjon enn han klarer å bearbeide. Gode kommunikasjonsprosesser er derfor avgjørende for en organisasjon, og kan blant annet påvirkes gjennom organisasjonsstrukturen.

3.4 Kostnader

3.4.1 Faste og variable kostnader

Kostnader kan klassifiseres på flere alternative måter. En ofte anvendt klassifisering tar utgangspunkt i hvordan de påvirkes av aktivitetsnivået. Kostnadene kan da deles inn i faste og variable kostnader.

«En fast kostnad er forbruket av en ressurs målt i penger, som ikke påvirkes av variasjon i aktivitetsnivå, eller som er relatert til et forhåndsbestemt fast aktivitetsnivå innenfor en gitt tidshorisont.» (Gjønnes & Tangenes, 2012, s. 370).

Eksempler på *faste kostnader* kan være husleie og administrasjonskostnader. Denne definisjonen av faste kostnader forutsetter at produksjonen ligger innenfor et normalt produksjonsnivå. Et normalt produksjonsnivå vil si å produsere med de ressursene man har til rådighet. For eksempel må aktiviteten kunne utføres med det produksjonslokale som er tilgjengelig for virksomheten. Fører økt aktivitet til behov for ekstra produksjonslokaler, gjør dette at husleien øker. I dette tilfellet påvirkes dermed husleien av aktivitetsnivået, selv om den i utgangspunktet er en fast kostnad. Husleien vil i denne situasjonen betegnes som en «sprangvis fast kostnad».

Gjønnes og Tangenes (2012, s.370) definerer en *variabel kostnad* på følgende måte:

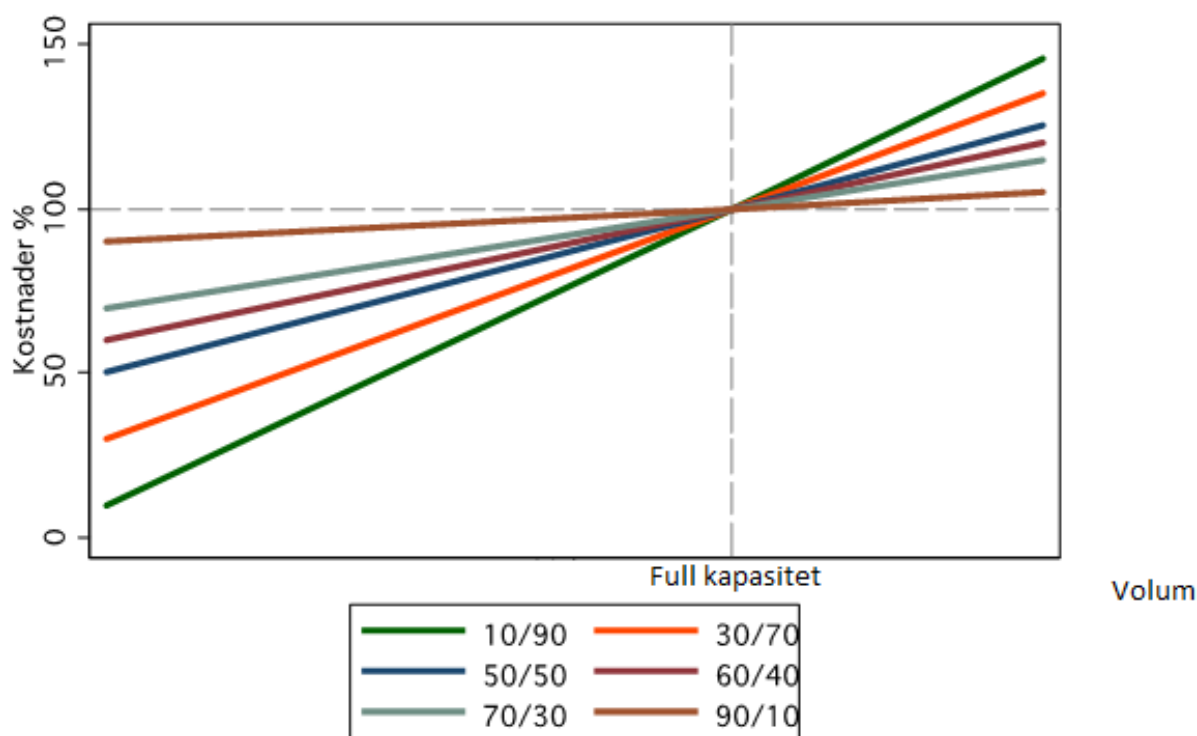
«En variabel kostnad er forbruket av en ressurs målt i penger, der aktivitetsnivået er avgjørende for mengden av ressursen som forbrukes.»

Variable kostnader kan for eksempel være materialforbruk og lønnskostnader. Disse kostnadene påløper som følge av den utførte aktiviteten i virksomheten. For eksempel bestemmes kostnadene et sykehus har til en medisin av hvor stort forbruk sykehuset har av den aktuelle medisinen. Desto høyere aktivitet, jo større utgifter til medisiner og dermed økte variable kostnader. Totale kostnader defineres som summen av de variable og faste kostnadene.

For å avgjøre om en kostnad er fast eller variabel, er det hovedsakelig to faktorer som må identifiseres. For det første må det avgjøres i hvilket tidsperspektiv man ser på kostnadene. Det mest vanlige er å se på virksomhetens kostnader innenfor en ramme på ett år. Med dette tidsperspektivet kan man skille mellom faste og variable kostnader. På lang sikt, det vil si en tidshorisont på over ett år, vil mange flere kostnader derimot være variable. For eksempel vil husleie kunne påvirkes på lang sikt ved at virksomheten kan bygge ekstra lokaler eller selge

deler av de opprinnelige lokalene. Husleie vil derfor være en variabel kostnad på lang sikt. Den andre faktoren som er avgjørende for om en kostnad kan klassifiseres som variabel eller fast er produksjonsnivået. Som beskrevet over, vil de fleste kostnader være variable ved store variasjoner i produksjonen.

En virksomhets kostnadsstruktur bestemmes av forholdet mellom variable og faste kostnader. Samlede kostnader kan deles i variable og faste kostnader og regnes som andel av totalkostnadene. Figur 3.2.1 viser hvordan ulike fordelinger mellom faste og variable kostnader gir ulike kostnadsstrukturer. De totale kostnadene varierer her proporsjonalt med aktivitetsnivået, avsatt på den horisontale akse. Det forutsettes i figuren at det er budsjettet med et gitt produksjonsvolum med et kjent kostnadsnivå. Eksemplene på kostnadsstrukturer i figuren er valgt på bakgrunn av de andelene som diskuteres senere i oppgaven. Den vertikale akse i figuren indikerer kostnader i prosent av den forventede totale kostnaden ved budsjettet volum. Den grønne linjen i figuren viser en kostnadsfordeling der 10 % er faste kostnader og de resterende 90 % er variable. Kostnadslinjen starter derfor ved 10 % på den vertikale akse fordi dette er kostnader som vil påløpe uavhengig av den utførte aktiviteten. Stigningstallet til denne linjen er 0,9 da en økning i aktivitet med én enhet vil føre til en økning i kostnadene med 0,9. Dette skyldes at de variable kostnadene er 90 %. De andre kostnadslinjene vil ha en lignende forklaring.



Figur 3.4.1 Kostnadsstruktur – fordeling mellom faste og variable kostnader

Figuren viser ulike fordelinger mellom faste og variable kostnader, som gir ulike kostnadsstrukturer. Den stiplede vertikale linjen markerer budsjettert volum.

3.4.2 Indirekte og direkte kostnader

I kostnadsteorien skiller det mellom direkte og indirekte kostnader. Direkte kostnader er kostnader som kan direkte relateres til et kostnadsobjekt, for eksempel produserte varer og tjenester eller avdelinger (Sending, 2009, a, s. 100). Det er imidlertid en del kostnader som i utgangspunktet er direkte, men som allikevel blir fordelt som indirekte kostnader. Dette skjer fordi arbeidet med å koble de direkte kostnadene opp mot kostnadsobjektet krever mer ressurser enn nytten det gir.

«Indirekte kostnader er kostnader som det er umulig å henføre direkte til kostnadsobjektet (varen eller tjenesten) basert på en klar årsakssammenheng, eller hvor kostnaden ved å gjøre det overstiger nytten» (Sending, 2009, a, s. 102). Disse kostnadene må derfor fordeles til kostnadsobjektet ved hjelp av fordelingsnøkler. En fordelingsnøkkel skal fordele kostnadene på en mest mulig reell måte på de ulike kostnadsobjektene. Fordelingen bør derfor i størst mulig grad være basert på en årsak-virkningssammenheng. Dette innebærer at det er en

sammenheng mellom kostnadsobjektet og den indirekte kostnaden. For eksempel kan vedlikehold av en maskin være en indirekte kostnad dersom maskinen brukes i produksjon av flere produkter. Produktene representerer her kostnadsobjektene. Vedlikeholdskostnadene kan ikke direkte henføres til den produserte mengden av de tre produktene, men det er allikevel en viss sammenheng mellom de produktene som produseres ved hjelp av maskinen og kostnaden for vedlikeholdet.

3.4.3 Kostnadsfordeling

Kostnadsfordeling blir hovedsakelig foretatt for å kunne ta riktigere beslutninger, få en tydeligere ansvarsfordeling i forhold til kostnadene, samt å muliggjøre en mer effektiv kontroll av kostnader og lønnsomhet i virksomheten. En nøyaktig kostnadsfordeling gir en bedre oversikt over hva som påvirker virksomhetens kostnader. Tidligere ble kostnadene ofte fordelt på den enkelte avdeling hvor det ble utført ulike aktiviteter. I dag blir kostnadene i større grad fordelt på de ulike aktivitetene som utføres på tvers av avdelingene (Sending, 2009, b, s. 43). Dermed kan man tydeligere se hvilke aktiviteter som genererer hvilke kostnader. De viktigste grunnene til at virksomheter fordeler kostnadene oppsummerer Sending (2009, a, s. 156) i seks punkter:

- *Øke kostnadsbevisstheten på avdelingsnivå hos dem som forårsaker kostnadene ved at de også får regningen.*
- *Motivere til kostnadsreduksjon ved at produktkostnadene og deres utvikling over tid kommer i fokus.*
- *Bidra til å bedre beslutninger generelt, blant annet i spørsmål om prissetting, produktprioritering, om å produsere selv eller kjøpe fra andre, kutte ut produkter eller introduserer nye og så videre.*
- *Gi helt nødvendig data for behandlingsvurderinger til det offisielle regnskapet og skatteregnskapet.*
- *Gi riktig pris på varer og tjenester hvor kostnadsdekning er utgangspunktet.*
- *Fremme ønsket atferd hos aktørene.*

Det er tre alternative kriterier for kostnadsfordeling som er vanlig å benytte (Sending, 2009, a, s. 158). Den mest reelle fordelingen oppnår man ved å fordele kostnadene etter et *årsak-virkningsprinsipp*, som beskrevet over. Så lenge man kan identifisere hvilket kostnadsobjekt som er årsaken til at kostnaden påløper, vil dette være den mest nøyaktige fordelingen. Et

kostnadsobjekt er for eksempel den aktiviteten eller det produktet man ønsker å måle kostnaden for (Boye, Heskestad & Holm, 2006, s.70). Dersom det ikke er mulig å finne denne sammenhengen, vil et alternativ være å fordele kostnadene etter *nytte*. Ved en slik fordeling må kostnaden som fordeles til kostnadsobjektet ikke overstige nytten til det objektet som blir belastet kostnaden. Dersom det ikke er mulig å identifisere en årsak-virkningssammenheng eller nytten til et kostnadsobjekt, finnes det et tredje alternativ for fordelingen. Dette er *bæreevneprinsippet* og innebærer at man fordeler en større andel av kostnadene på de kostnadsobjektene som er mest lønnsomme. Tanken bak dette er at man fordeler kostnadene slik at de ulike kostnadsobjektene «tåler» kostnadsbyrden de påføres.

Store virksomheter vil ofte være splittet opp i mindre enheter, som for eksempel avdelinger. I komplekse virksomheter kan en leder ha vanskeligheter med å ha full oversikt over det som skjer i virksomheten. Delegering av beslutningsansvar til ledere av ulike enheter kan da være en løsning for å få bedre effektivitet. Oppdeling av virksomheten har flere fordeler, som er beskrevet i prinsippal-agent-teorien kapittel 3.5.1. I virksomheter med en slik oppdeling er det dermed avgjørende at kostnadene fordeles på de enhetene som påvirker kostnaden. Dette gir ledelsen kontroll over hvordan de ulike enhetene bidrar til virksomhetens resultat. På den måten kan de blant annet identifisere enheter hvor kostnadene er uforholdsmessig høye. Samtidig kan riktig kostnadsfordeling motivere ansatte på de ulike enhetene til å bli mer kostnadsbevisste, hva ulike alternativ vil medføre av kostnader.

I kostnadsfordelingen er det knyttet størst usikkerhet til de indirekte faste kostnadene. Disse kostnadene har ingen klar kostnadsdriver, noe som gjør det vanskelig å finne en riktig fordeling mellom de ulike avdelingene eller aktivitetene. Det kan kreve store ressurser å utvikle og drifte et kostnadsfordelingssystem, blant annet å innhente kostnadsdata og gi alle brukere av systemet en tilstrekkelig opplæring. Jo mer nøyaktig kostnadene skal fordeles, jo mer arbeid vil det medføre. Det er derfor viktig å finne et system som er godt nok, uten at nytten av systemet overstiger kostnaden av å benytte det. Identifisering av kostnadsdrivere er en viktig faktor i arbeidet med å fordele kostnadene. «En kostnadsdriver er en faktor som direkte påvirker kostnaden, det vil si at det finnes en årsakssammenheng mellom mengden av faktoren (driveren) og kostnaden» (Sending, 2009, a, s. 105). Et eksempel på en kostnadsdriver er antall arbeidstimer, som driver lønnskostnaden i virksomheten.

3.4.4 Kostnader som beslutningsgrunnlag

3.4.4.1 Alternativkostnad

Når kostnader skal benyttes i en beslutningssammenheng, er det viktig å ta hensyn til alternativkostnaden. Denne kan defineres som «den økonomiske verdien en går glipp av ved å velge én ressursanvendelse fremfor den beste alternative anvendelsen» (Gjønnes & Tangenes, 2012, s. 361). Det er viktig å være klar over at ved å velge et alternativ går man glipp av et annet. For eksempel ved å produsere et bestemt produkt, gir man opp både kostnader og inntekter ved et annet produkt som kunne blitt produsert med de samme ressursene. Utfordringen ligger i å identifisere de kostnadene som har betydning for avgjørelsen og som dermed bør inngå som en del av beslutningsgrunnlaget.

3.4.4.2 Standardkostnad

«En kostnadsstandard uttrykker den budsjetterte (forkalkulerte) kostnaden for hver produktenhet, mens budsjettet uttrykker totalkostnadene for det budsjetterte antall produktenheter.» (Hoff, 2005, s. 103).

En standardkostnad er den kostnaden man forventer skal påløpe ved forventet volum. Standardkost kan dermed benyttes til å identifisere avvik i ressursbruken. Ser man at kostnaden er forskjellig fra det man forventer, har man et godt utgangspunkt for å analysere og finne frem til forklaringen på avviket, om det skyldes volumavvik eller prisavvik.

3.4.4.3 Internprising

I store foretak hvor ulike avdelinger har sine egne budsjetter og måles etter egne resultater, er det viktig å skille ut den enkelte avdelings inntekter og kostnader. Dette løses ofte med et prissystem hvor produkter og tjenester som utveksles innbyrdes blir prissatt. Ved å ha et slikt prissystem vil man få et mer reelt bilde på den enkelte avdelings inntekter og kostnader. Utfordringen er å finne en internpris som « oppleves som riktig, sett både fra den interne selger og kjøpers side, i tillegg til at den motiverer til de mest lønnsomme beslutninger for foretaket sett under ett» (Hoff, 2005). Det finnes flere ulike måter å sette en internpris. De mest vanlige metodene er kostnadsbaserte, markedsbaserte og forhandlede internpriser. Markedsbasert internprising er anbefalt dersom det finnes et eksternt marked hvor avdelingens produkter eller tjenester omsettes. Grunnen til dette er at de eksterne markedene representerer alternative markedsmuligheter for avdelingene samtidig som markedsprisene gir

det mest objektive avregningsgrunnlaget. «Internpris basert på markedspris = markedspris minus sparte variable kostnader ved salg internt» (Hoff, 2005). I offentlig sektor vil det imidlertid ikke være mulig å fordele kostnadene internt basert på markedspriser. Denne sektoren produserer tjenester og produkter som er offentlig goder og derfor ikke omsettes i det private markedet. Derfor er det ikke mulig å sette internpriser basert på de reelle markedsprisene ved tjenester og produkter som utveksles innad i virksomheten.

3.4.5 Under- og overbudsjettering

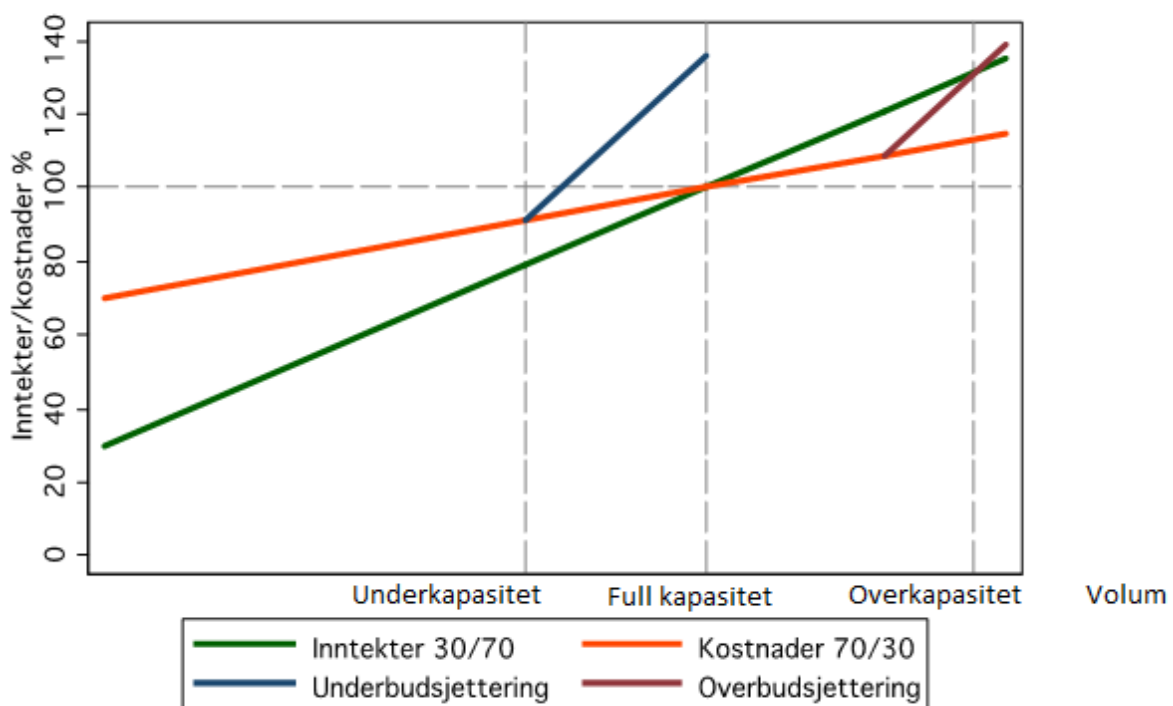
«Et budsjett kan defineres som et formelt og økonomisk uttrykk for et koordinert handlingsprogram basert på et sett av forutsetninger. Budsjettet dekker en bestemt tidsperiode.» (Boye, Heskestad & Holm, 2006).

Budsjettet benyttes ofte som et styringsredskap. Det uttrykker gjerne hvilken plan som foreligger for virksomheten det neste året gjennom ressursfordeling, prioritering og ansvarsfordeling. Formålet med budsjettet er blant annet kommunikasjon av felles verdier og muligheten for oppfølging og kontroll i virksomheten. I offentlig sektor har budsjettet en vesentlig rolle når gjelder informasjon om inntektene som blir tilført fra overordnet myndighet. Gjennom Stortingets godkjenning av budsjettet gis de offentlige virksomhetene autorisasjon til å benytte den vedtatte mengden ressurser. Offentlige virksomheter er ofte «non-profit» virksomheter, noe som gjør at inntektene skal være førende for aktiviteten og de forventede kostnadene. Budsjettets viktigste funksjonsområder i offentlig sektor er ressurstilføring, autorisering, prognoser, planlegging og prestasjonsmåling.

Utarbeidelsen av kostnadsbudsjettet kan hovedsakelig skje på to ulike måter. En måte er å benytte nedbrytningsmetoden («top-down» metoden). Her er det ledelsen som i utgangspunktet bestemmer en budsjetttramme for virksomheten som helhet og fordeler denne på enhetene. De enkelte avdelingslederne utarbeider deretter sine budsjett innenfor de rammer som er satt av toppledelsen. Disse detaljerte budsjettene summeres til virksomhetens totalbudsjett. Selve budsjettprosessen vil på denne måten kunne gjennomføres forholdsvis raskt fordi det er få som deltar i utarbeidelsen. En av ulempene er imidlertid at de ansatte ikke kan identifisere seg med kravene til produksjon som er fastsatt i budsjettet når de ikke aktivt kan delta i prosessen selv. Dette kan føre til redusert motivasjon til å oppfylle kravene som gis fra ledelsen. Samtidig kan følelsen av ikke å bli hørt gjøre at de ansatte slutter å gi ledelsen tilbakemeldinger om mulige forbedringer. Ofte vil det være nødvendig å ha flere runder med

diskusjoner mellom avdelingsledere og toppledelsen før det endelige budsjettet fastsettes. Det vil derfor i praksis sjelden gjennomføres en ren nedbrytningsprosess.

Et annet alternativ til budsjettutarbeidelse er oppbyggingsmetoden («bottom-up» metoden). Ved denne metoden foregår budsjettprosessen «motsatt vei». Prosessen starter ved at de ulike avdelingene utarbeider sine budsjettforslag ut fra deres ressursbehov i perioden for å kunne oppnå de mål og forutsetninger toppledelsen har satt. Toppledelsen må deretter samle alle avdelingsbudsjettene i et felles budsjett for virksomheten. Denne metoden er fordelaktig å benytte i store og komplekse virksomheter. Faren er imidlertid at avdelingenes budsjetter til sammen overskrider de økonomiske rammene virksomheten har som helhet (Sending, 2009, a, s.421). Avdelingene måles gjerne på om de holder seg innenfor budsjettet, noe som kan motivere til å legge inn ekstra ressurser i budsjettet («slack») for å sikre budsjettoppnåelse etterpå. Fordelen med metoden er derimot at denne typen prosesser gir en lagånd i den enkelte avdeling. De ansatte vil ha motivasjon til og nå mål de selv har vært med å utarbeide. Samtidig kan ressursforbruket virke mer realistisk, fordi det utarbeides av de som har best kjennskap til aktiviteten som skal utføres og de kostnadene som vil måtte komme.



Figur 3.4.2 Underbudsjettering og overbudsjettering.

Den midterste stiplede vertikale linjen viser full kapasitet. Linjen til venstre og linjen til høyre viser en produksjon henholdsvis under og over full kapasitet.

Den grønne linjen i figuren viser en inntektsfordeling hvor 30 % er faste og 70 % er variable inntekter. Den oransje linjen i figuren indikerer en kostnadsstruktur med 70 % faste kostnader og 30 % variable. *Underbudsjettering*, markert med blå linje i figur 3.4.2, oppstår dersom virksomheten benytter mer ressurser enn forutsatt for å produsere en viss mengde varer eller tjenester. For eksempel kan det vise seg at man har behov for mer arbeidskraft for å produsere budsjettert mengde, full kapasitet i figuren, enn først antatt. Dersom man må leie inn ekstra personell eller betale overtidstillegg for å kunne produsere de siste enhetene for å nå budsjettert volum, vil det medføre ekstra kostnader. I figuren er dette markert med «underkapasitet». De ekstra kostnadene er ikke innkalkulert i budsjettet og fører derfor til at kostnadene stiger raskere enn inntektene før man har nådd budsjettert volum. Dette er vist ved at den oransje linjen «knekker» ved et produsert volum markert med «underkapasitet», denne «knekken» er vist med den blå linjen. Fra dette «knekkpunktet» vil linjen ha et høyere stigningstall fordi kostnadene per produserte enhet nå er større. Som vist på figuren vil dermed en produksjon lik den budsjetterte mengden, full kapasitet, føre til et underskudd. *Overbudsjettering*, markert med rød linje i figur 3.4.2, oppstår derimot når virksomheten har budsjettert med et for høyt forbruk av ressurser for å produsere den planlagte mengden. Produksjon av den budsjetterte mengden, full kapasitet, vil dermed føre til et overskudd, fordi ressursbruken har blitt lavere enn antatt.

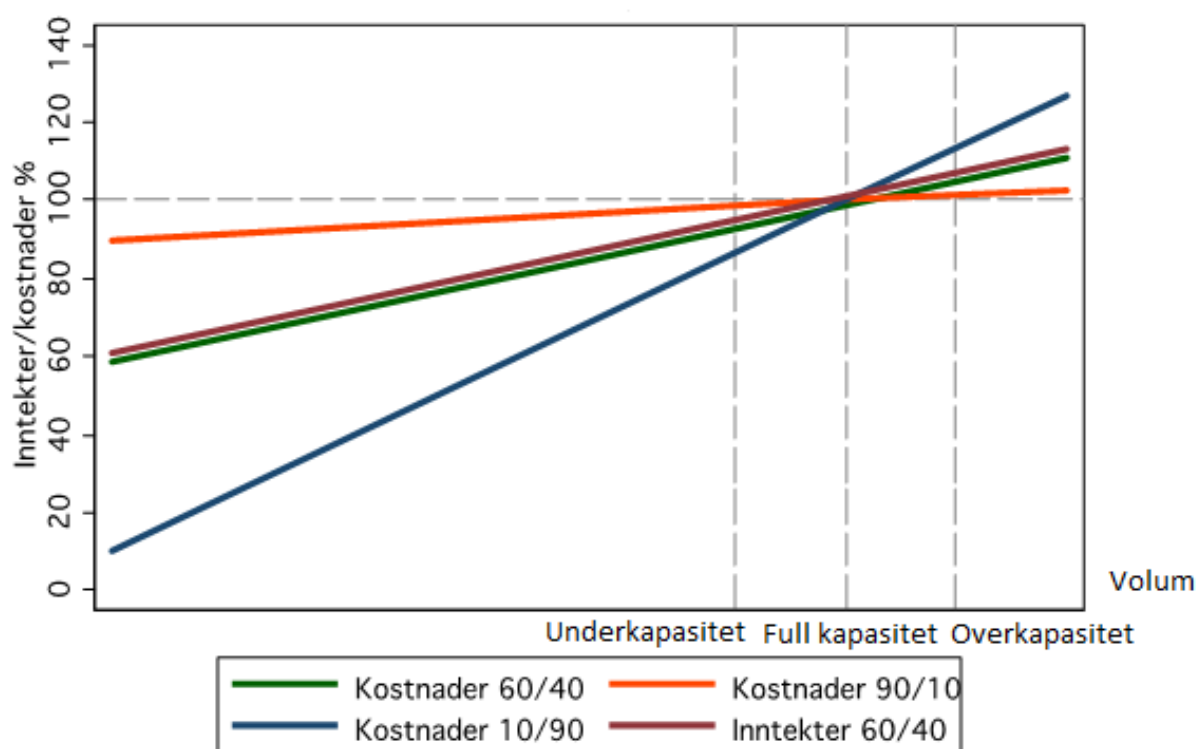
3.4.6 Sammenstilling av inntekter og kostnader

Ved et visst produksjonsvolum vil virksomhetens inntekter og kostnader være like. Dette punktet kalles i teorien «break-even»-punktet, og viser den produksjonen som gjør at virksomheten går i balanse. Den planlagte produksjonen virksomheten har som mål, utgjør grunnlaget for budsjettert volum. Det er denne mengden virksomheten tar utgangspunkt i når det totale budsjettet utarbeides. Generelt vil en virksomhet budsjettere med en produksjonsmengde som gir et positivt resultat. Når det skal utarbeides budsjetter i offentlig sektor, er målet derimot å oppnå balanse mellom inntekter og kostnader. Dette fordi offentlig sektor hovedsakelig består av «non-profit»-virksomheter. Av den grunn vil det budsjetterte volumet og «break-even»-punktet være sammenfallende. Dersom det oppstår en differanse mellom den produserte mengden og det budsjetterte volumet, vil vi få et volumavvik. Et slikt avvik kan være enten positivt eller negativt avhengig av om det har vært en over- eller underproduksjon.

Hvordan kostnadsstrukturen er i forhold til inntektsstrukturen avgjør hvordan et volumavvik påvirker virksomhetens resultat. I figur 3.4.3 viser vi en inntektsstruktur hvor 60 % utgjør den faste inntekten og 40 % er variabel inntekt med den røde linjen. Denne fordelingen mellom faste og variable inntekter er valgt med bakgrunn i den fordelingen som praktiseres i helsesektoren i dag. Inntektsbevilgningen er normert etter forventet kostnad som er basert på en historisk kostnad. Dersom fordelingen mellom faste og variable kostnader er identisk med inntektsfordelingen (grønn linje i figur 3.4.3), vil ikke volumavvik ha betydning for resultatet. De variable kostnadene (40 %) dekkes da akkurat av den variable inntekten (40 %). I figuren er derfor den røde og grønne linjene sammenfallende slik at de kan være vanskelige å skille fra hverandre.

En virksomhet kan også ha en kostnadsstruktur hvor de variable kostnadene er lavere enn den variable inntekten (oransje linje i figur 3.4.3). Ved en produksjon under budsjettert volum vil dette føre til et underskudd, denne situasjonen vises ved «underkapasitet» i figur 3.4.3. Fordi de faste kostnadene er høye, vil kostnadene overstige inntektene ved produksjonsvolum under budsjettert volum, full kapasitet. Overstiger produksjonen den budsjetterte mengden, vil virksomheten gå i overskudd, dette vises ved overkapasitet i figur 3.4.3. Dette kommer av at marginalkostnaden er lavere enn marginalinntekten ved produksjon over dette volumet. En virksomhet som er i denne situasjonen vil ønske å øke sin produksjon over det budsjetterte volumet, fordi dette fører til at overskuddet øker.

Den tredje mulige kostnadsstrukturen er at de variable kostnadene er høyere enn den variable inntekten (blå linje i figur 3.4.3). Ved en lavere produksjon enn budsjettert volum, vil virksomheten gå med overskudd (volum lik «underkapasitet» i figur 3.4.3). Det motsatte vil være tilfelle dersom det budsjetterte volumet overskrides (volum lik «overkapasitet» i figur 3.4.3). Dette gir insentiver til å produsere opp mot det budsjetterte volumet, men aldri over denne mengden.



Figur 3.4.3 Sammenstilling av inntekter og kostnader

Figuren viser en inntektsstruktur med 60 % fast inntekt og 40 % variabel inntekt (grønn linje). Her viser vi i tillegg tre mulige kostnadsstrukturer. Den røde linjen viser en kostnadsstruktur identisk med inntektsstrukturen. Oransje og blå linje representerer kostnadsstrukturer med henholdsvis høyere og lavere faste kostnader enn den faste inntekten.

3.4.7 Inntektsstruktur med tak og «knekk»

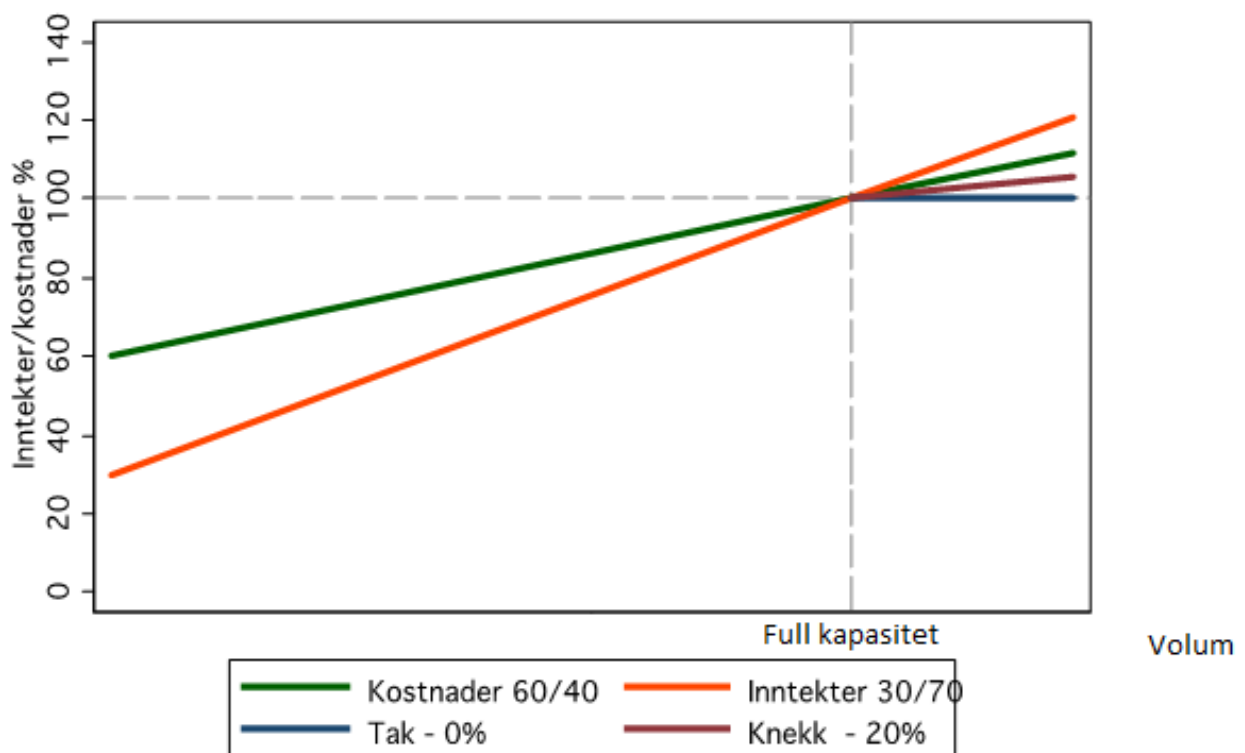
Det er ofte ønskelig at virksomheten tilpasser produksjonen så nær opp mot planlagt volum som mulig, og baserer budsjettet på dette. Inntekten kan benyttes for å styre virksomhetens produksjon mot dette målet. Har virksomheten en kostnadsstruktur som i utgangspunktet gjør det lønnsomt med et produksjonsvolum over det budsjetterte, er en mulighet å redusere den variable inntekten for de enhetene som overskrider budsjettert mengde. Inntektskurven vil da få en såkalt «knekk» ved budsjettert volum. I figur 3.4.4 er det vist en inntektsstruktur med 30 % faste og 70 % variable inntekter representert med den oransje linjen. Kostnadene er vist med den grønne linjen hvor 60 % utgjør de faste og 40 % er variable kostnader.

«Knekkpunktet» er vist i figuren med en reduksjon fra 70 % variabel til 20 % variabel inntekt over full kapasitet. Dette er vist med overgangen fra oransje til rød linje i figuren. Som man kan se av figuren gjør dette at en produksjon utover budsjettert volum fører til underskudd.

Dette forutsetter at virksomhetens variable kostnader er høyere enn 20 %. På denne måten gir inntektsstrukturen et insentiv til ikke å overstige det budsjetterte volumet.

Dersom det er ønskelig at enkelte aktiviteter prioriteres mer enn andre, kan disse bli tillagt en større variabel inntekt enn de andre aktivitetene over budsjettert volum. Dette er representert ved at den oransje linjen fortsetter med 70 % i figuren. Her ser man tydelig at økt aktivitet utover budsjettert volum vil være lønnsomt for de prioriterte aktivitetene, gitt en kostnadsstruktur med 40 % variable kostnader. Dette gir et klart insentiv til å opprettholde de prioriterte aktivitetene også utover budsjettert volum.

En annen mulighet er å sette et «produksjonstak», slik at virksomheten ikke får inntekter for enheter som produseres over budsjettert volum. Denne inntektsstrukturen vises ved at inntektskurven flater ut etter at produksjonen har nådd «break-even»-punktet, blå linje i figuren. En slik løsning gjør at produksjon utover budsjettert volum fører til et underskudd så lenge virksomheten har variable kostnader.



Figur 3.4.4 Inntektsfordeling med «knekk» og «tak».

Figuren viser en inntektsstruktur som benyttes som et økonomisk insentiv til prioritering av aktiviteter. Den vertikale stiplede linjen representerer full kapasitet.

3.5 Agentteori

Agentteorien omhandler forholdet mellom to personer, en prinsipal og en agent som tar avgjørelser på vegne av prinsipalen. Agentrelasjoner finnes både i organisasjoner og mellom organisasjoner. Det er to teorier som har sitt utspring i agentrelasjonene. Den ene er «The positive theory of agency». Hovedspørsmålet i denne teorien er hvordan kontrakten mellom partene påvirker den enkeltes oppførsel. Den andre teorien er «The theory of principal og agent». Her er det hvordan prinsipalen skal designe agentens belønningsstruktur som står i fokus. I fortsettelsen vil det være den sistnevnte teorien vi retter fokus mot. Agentteorien fokuserer på at det er en informert part, agenten, og en uinformert part, prinsipalen. Problemet oppstår når informasjon den informerte part besitter ikke blir kommunisert til den uinformerte. Det er dette som kalles asymmetrisk informasjon.

3.5.1 Prinsipal-agent-teori

En prinsipal-agent situasjon oppstår når en part (prinsipalen) ønsker å få noe gjennomført og ansetter en person (agenten) til å utføre jobben for ham. Prinsipalen utformer en kontrakt som er bestemmende for forholdet mellom partene. Så lenge de to aktørene har sammenfallende mål, vil ikke denne situasjonen være problematisk. Agenten vil da jobbe for å oppnå det resultatet han selv ønsker. Dette vil også være det ønskelige resultatet for prinsipalen. Et agentproblem oppstår imidlertid når følgende tre forhold er oppfylt;

- Det er asymmetrisk informasjon mellom aktørene.
- Aktørene har ulike interesser.
- Det er to parter, hvor prinsipalen er villig til å betale agenten mer for en tjeneste enn det koster agenten å utføre den. (Hendrikse, 2003, s.91)

I et prinsipal-agent forhold vil de avgjørelser agenten tar påvirke prinsipalen. Agenten er den informerte part, mens prinsipalen er avhengig av den informasjonen agenten sitter på. Utfordringen for prinsipalen er at han ikke kan være sikker på at agenten vil handle til beste for prinsipalen (Milgrom & Roberts, 1992) Agenten vil ha sine personlige mål, og disse trenger ikke samsvare med prinsipalens. I utførelsen av oppgaven kan derfor agenten fokusere på sine egne interesser. Prinsipalen sitter ikke på full informasjon om agenten og hans avgjørelser. Dette fordi det ikke vil være mulig å observere vedkommendes handlinger eller det vil være for kostbart å overvåke agenten.

Prinsipal-agent forhold vil finnes på mange nivåer, men i den videre fremstillingen vil vi ta utgangspunkt i forholdet mellom ledelsen i en bedrift, som prinsipal, og ansatt som agent.

Problemet med skjult informasjon gir seg utslag i to faser av kontrakten. I inngåelsesfasen gjør skjult informasjon at prinsipalen står overfor et ugunstig utvalg. Når kontrakten er inngått, vil agentens mulighet til å skjule sine handlinger for prinsipalen føre til fare for adferdsrisiko.

3.5.1.1 Ugunstig utvalg

Ved en kontraktinngåelse vil de som ansetter være prinsipal og søkerne være agenter. I en ansettelsessituasjon vil prinsipalen ønske å tiltrekke seg potensielle kandidater som kan utføre oppgavene på en god måte. I denne prosessen er det derfor viktig å finne ut mest mulig om agentene og deres kvaliteter. Enkelte agenter kan ha karakteristikk som gjør at det ikke er gunstig for prinsipalen å ansette dem. Noen av disse karakteristikkene vil imidlertid være skjult for prinsipalen, og det er derfor vanskelig å vurdere om agentens egenskaper tilfredsstillende hans krav. Prinsipalen kan få agenten til å avsløre noe av den skjulte informasjonen ved å utforme ulike kontrakter. Agenten vil alltid velge den kontrakten som gir ham høyest nytte, ved å velge den kontrakten han tjener best på ut fra sine personlige karakteristikk. På den måten avslører han noe av den skjulte informasjonen om seg selv, og prinsipalen kan velge den agenten med riktige karakteristikk for hans mål. For eksempel vil en bilselger (agent) som selger relativt mange biler, ønske en kontrakt med lav fastlønn og høy provisjon. Dersom selgeren vet at han ikke selger så mange biler, vil han derimot velge en kontrakt som gir han høy fastlønn og lav provisjon. En arbeidsgiver kan dermed skille disse to typene agenter fra hverandre ved å tilby to kontrakter, en med høy fastlønn og en med lav fastlønn, og deretter observere hvilken kontrakt agenten velger.

3.5.1.2 Sortering (screening)

En annen måte prinsipalen kan skaffe seg mer informasjon på, er sortering i forkant av kontraktsutforming. Dette kan være psykologiske tester av jobbsøkere, eller at banken gjør en kredittvurdering av kredittverdigheten til en kunde før de innvilger et lån.

3.5.1.3 Signalisering

Enkelte ganger kan også agenten være interessert i at prinsipalen får kunnskap om noe av den skjulte informasjonen om agenten. En agent med gode karakteristikk vil for eksempel ønske at prinsipalen ser dette, og han vil dermed aktivt søke å gjøre denne informasjonen tilgjengelig for prinsipalen. Utfordringen for agenten blir å gjøre informasjonen troverdig for prinsipalen, slik at han tar hensyn til den når han utformer kontrakten. Når agenten aktivt forsøker å vise prinsipalen skjult informasjon kalles dette signalisering.

3.5.1.4 Adferdsrisiko

Adferdsrisiko oppstår i etterkant av kontraktinngåelsen. Problemet her oppstår fordi prinsipalen ikke kan kontrollere agentens handlinger til enhver tid. Resultatet som kan observeres vil ikke alltid være en god indikator på agentens innsats. Selv om agenten sitter med riktige kvalifikasjoner for oppgaven, kan han velge å endre adferd etter kontraktinngåelsen. Agenten har sine egne interesser og vil kunne sette disse foran prinsipalens. Agenten kan for eksempel sette en lengre lunsj, bedre firmabil eller større kontor høyere enn til enhver tid å fokusere på oppgavene som oppfyller prinsipalens mål. Denne prioriteringen kan gå på bekostning av prinsipalen, da det er han som betaler agenten for å utføre oppgavene. Agenten endrer adferd etter kontrakten er inngått for å tilpasse seg hva som gir han størst nytte ut fra kontrakten. Han vil da utnytte de betingelsene som ligger inne i kontrakten til sitt eget beste. Dette må prinsipalen ta hensyn til når han utformer kontrakten. Samtidig må prinsipalen utforme kontrakten slik at agenten tjener noe på forholdet. Hvis kontrakten krever mer av agenten enn han forventes å få igjen i form av belønning, vil ikke agenten akseptere kontrakten.

3.5.1.5 Insentiver

«Insentiver innebærer at en person eller en gruppe personer mottar en belønning som resultat av vedkommendes aktiviteter eller beslutninger. Belønningen påvirkes direkte av det den enkelte gjør, og adferden påvirkes av belønningene.» (Hoff, 2009, s. 428)

Prinsipalen er avhengig av å påvirke agentens interesser slik at de i stor grad blir sammenfallende med sine egne. Fordi vi antar at det i utgangspunktet er delvis motstridene interesser mellom aktørene, må kontrakten utformes slik at agenten tar avgjørelser til det beste for prinsipalen. Det må legges betingelser inn i kontrakten som gjør at agentens nytte

maksimeres ved å gjøre det som tjener prinsipalen best. Prinsipalen må altså legge inn insentiver for at agenten skal ta de riktige avgjørelsene. Ønsker prinsipalen at agenten for eksempel skal selge så mange eksemplarer av en vare som mulig, kan han legge inn i kontrakten at agenten får betalt etter hvor mange enheter han selger. Antar man at agentens interesse vil være høyest mulig lønn, vil aktørene på den måten få sammenfallende mål og agentproblemet er løst. Prinsipalen vil kunne føle seg trygg på at agentens innsats ligger i å selge så mange enheter som mulig.

Prinsipal-agent problemet består fordi det gjerne er et mer komplekst bilde enn i eksempelet over. Agentens nytte vil også avhenge av andre faktorer enn lønn, som for eksempel fritid og trivsel på jobben. Han vil altså tilpasse sin innsats til hva som gir samlet best nytte totalt.

3.5.1.6 Risiko

Agenten antas å være risikoavers, og hans nytte reduseres dermed når han utsettes for risiko. En person er risikoavers når han foretrekker en sikker inntekt over en tilfeldig inntekt med forventet verdi lik den sikre inntekten. Differansen mellom den lønnen agenten krever ved en sikker inntekt og det han krever ved et visst risikonivå, kalles risikopremien. Den er en kompensasjon agenten krever for å opprettholde samme nyttenivå med risiko. Risikopremien gir dermed uttrykk for agentens nivå av risikoaversjon ved at agenten knytter et pengebeløp til den reduserte nytten. Det beløpet som er igjen etter at risikopremien er trukket fra, utgjør sikkerhetsekvivalenten. Agenten vil få samme nytte av å få sikkerhetsekvivalenten med sikkerhet, som han får av å motta det opprinnelige beløpet hvor det er tilknyttet usikkerhet.

Risiko oppstår når agenten utsettes for en belønning som er avhengig av det resultatet prinsipalen kan observere. Resultatet er en funksjon av agentens innsats og støy som påvirker resultatet, men som agenten ikke har kontroll over. Det er denne støyen som skaper usikkerhet og risiko for agenten. Hvis agenten kun får lønn etter resultatet som observeres, kan han oppleve å yte full innsats uten å oppnå tilfredsstillende uttelling. Forhold i markedet, eller andre faktorer agenten ikke kan styre, kan redusere resultatet og dermed agentens lønn. Utsettes agenten for stor risiko vil hans nytte synke. For å kompensere for usikkerheten dette medfører vil han derfor kreve en høyere gjennomsnittlig lønn.

En kontrakt hvor agenten kun får belønning ut fra resultatet overfører all risiko til agenten. Dette resultat påvirkes av støy utenfra, noe som skaper usikkerhet tilknyttet lønnen. En kontrakt med fast lønn uavhengig av resultater vil gi prinsipalen all risiko. Det er vanlig å

oppfatte prinsipalen som risikonøytral. Vi antar da at prinsipalen som arbeidsgiver har mulighet til å diversifisere risikoen for eksempel mellom flere ansatte eller ulike selskap. Ser man kun på risikofordeling ville det optimale vært å fordele all risiko til prinsipalen. Dette vil ikke koste ham noe, mens risiko derimot vil medføre en kostnad for agenten. Antar vi at innsats på jobben koster agenten i form av redusert nytte, vil han da ønske å redusere innsatsen til et minimum når han fortsatt får samme lønn. Når agenten sitter på skjult informasjon, er det derfor ikke mulig å ha en optimal risikodeling mellom agent og prinsipal. Prinsipalen er avhengig av å legge inn enkelte insentiver i kontrakten slik at agenten får interesser som er mer sammenfallende med sine egne. Samtidig må han ta hensyn til agentens reduserte nytte, da insentivene vil medføre en risiko. Ved utformingen av en god kontrakt er man derfor avhengig av å finne en balanse mellom insentiver og sikkerhet for agenten. Ofte vil derfor den beste løsningen være kontrakter som inneholder en fast lønn og i tillegg belønning som baserer seg på resultatet. Agenten må utsettes for insentiver for å jobbe mot prinsipalens mål, noe som fører med seg risiko. Derfor må den kostnaden agenten utsettes for veies opp mot de fordelene innføring av insentivene gir for prinsipalen.

3.5.1.7 Insentiver i kontrakter

Fullstendige kontrakter gir svar på alle situasjoner som kan oppstå i agent- prinsipalforholdet. I den videre fremstillingen tar vi utgangspunkt i fullstendige kontrakter. Dersom agenten er risikonøytral, vil det mest fordelaktige for prinsipalen være å utforme en kontrakt med belønning kun etter agentens oppnådde resultater. Antar vi derimot at agenten er risikoavers, vil prinsipalen måtte indentifisere det optimale forholdet mellom gevinster og kostnader som agenten påføres ved bruk av insentiver. Lønnen agenten får i dette tilfelle vil bestå av en fast og en variabel komponent som bestemmes av resultatet (z) som prinsipalen kan observere. Dette resultatet avhenger både av agentens innsats (e), og en ytre påvirkning (x). Det vil ikke være mulig å måle disse to variablene separat og det antas i fortsettelsen at kvaliteten på overvåkning er en gitt størrelse utenfor prinsipalens kontroll. Resultatet kan derfor uttrykkes som en funksjon av innsats og en stokastisk variabel (x);

$$z = e + x.$$

Det er denne stokastiske variabelen som utsetter agenten for risiko. Målet ved utformingen av kontrakten er å maksimere den totale nytten for prinsipalen og agenten. Det betyr at den totale sikkerhetsekvivalenten til de begge må maksimeres. Den beste fordelingen mellom

fastlønnskomponenten (α) og styrken på insentivene (β) er avhengig av innsatsen som vil maksimere den totale sikkerhetsekvivalenten. Optimal størrelse på e må derfor utledes.

Ved beregning av lønn kan prinsipalen, i tillegg til e og x , legge inn en observerbar størrelse. En størrelse som samvarierer med x vil gi en indikasjon på hva agentens resultat burde være. Eksempler på dette er markedsforhold og oljepris. Forventet verdi av den observerbare størrelsen settes gjerne lik null og vil dermed korrigere lønnen ved uforutsette hendelser. Den observerbare størrelsen kalles y og gis en vekt γ . Den variable komponenten bestemmes dermed av det observerbare resultatet og korrigeringsleddet. Agentens lønn vil derfor beregnes ut fra følgende formel;

$$w = \alpha + \beta(e + x + \gamma y).$$

Agentens sikkerhetsekvivalent utgjøres av lønnen, redusert med de kostnadene han pådrar seg ved å oppnå den. Agentens kostnader er kostnadene ved å yte innsats ($C(e)$) og i tillegg kostnaden ved å bli utsatt for risiko, altså risikopremien. Risikopremien uttrykkes som $\frac{1}{2}r\text{Var}(x)$. For utledning av risikopremien, se Milgrom og Roberts (1992) side 247. Symbolet r viser agentens absolutte risikoaversjon. Desto høyere r , jo mer koster det agenten å bli utsatt for risiko. $\text{Var}(x + \gamma y)$ uttrykker hvor stor usikkerhet det er knyttet til utenforstående forhold, og dermed hvor stor risiko agenten blir utsatt for. Agentens sikkerhetsekvivalent kan uttrykkes som følger;

$$SE_A = \alpha + \beta(e + x^* + \gamma y^*) - C(e) - \frac{1}{2} \beta^2 \text{Var}(x + \gamma y)$$

Prinsipalens sikkerhetsekvivalent består av den forventede profitten som skapes av agentens innsats ($P(e)$), fratrukket lønnkostnadene han må betale til agenten.

$$SE_P = P(e) - (\alpha + \beta(e + x^* + \gamma y^*))$$

Antar man at forventningsverdiene for x og y (merket med $*$) er lik null, får vi følgende totale sikkerhetsekvivalent:

$$SE_T = P(e) - C(e) - \frac{1}{2} \beta^2 \text{Var}(x + \gamma y)$$

Agenten vil alltid tilpasse innsatsen sin slik at han maksimerer sin egen sikkerhetsekvivalent, og dermed egen nytte. Prinsipalen må derfor ta hensyn til hvordan agentens innsats avhenger av de andre komponentene i kontrakten. I teorien antas det at kostnadene ved å yte innsats

varierer med det nivået som ytes og at marginalkostnaden ved innsats er stigende for agenten. Det nivået av innsats som maksimerer agentens sikkerhetsekvivalent blir dermed

$$\beta - C'(e) = 0$$

Dette uttrykket kalles insentivbegrensningen og viser at for å få agenten til å øke innsatsen må prinsipalen øke graden av resultatbasert lønn, tilsvarende agentens marginale kostnad ved høyere innsats.

Som tidligere nevnt antar man at agenten ønsker å maksimere egen nytte. Prinsipalen vil derfor alltid stå overfor agentens insentivbegrensning. En kontrakt vil være optimal når den maksimerer den totale sikkerhetsekvivalenten gitt denne begrensningen. Høyere grad av insentiver vil øke agentens risikopremie. Som en følge av dette vil også prinsipalens lønnskostnader øke. Prinsipalen må derfor finne en verdi på β som gir den beste balansen mellom gevinstene ved insentiver og kostnadene knyttet til disse. (Milgrom og Roberts, 1992, s. 215-218)

3.5.1.8 Utforming av kontrakt

En kontrakt vil inneholde all tilgjengelig informasjon, i tillegg til at de ulike vilkårene vil reflektere situasjoner som er mulig å observere i fremtiden. På grunn av antagelsen om fullstendig rasjonalitet, vil kontraktene fremstå som meget komplekse. Ved utformingen av kontrakten vil prinsipalen måtte hensynta en del prinsipper for at den skal bli optimal. Det er spesielt fire prinsipper Milgrom og Roberts (1992, s. 219-234) fremhever.

3.5.1.8.1 Informasjonsprinsippet

Størrelsen på γ bestemmer hvor stor vekt prinsipalen skal legge på de utenforstående forholdene som kan si noe om agentens forutsetning for å oppnå et godt resultat. Størrelsen γ kan for eksempel være generelle markedsforhold eller prestasjonen til andre agenter i samme marked. Prinsipalens mål med denne størrelsen er å skaffe seg ekstra informasjon om de utenforstående forholdene og dermed få bedre kontroll med agentens innsats. I tilfeller der man har et mål som korrelerer godt med de forhold agenten står overfor, bør derfor γ settes høyt. Gir γ god indikasjon på de uobserverbare forholdene som skaper usikkerhet for agenten, kan man redusere usikkerheten betraktelig ved å la disse ha stor innvirkning på beregningen av den resultatbaserte lønnen. Representerer γ imidlertid faktorer som sier lite om de

forholdene agenten står overfor, må man legge liten vekt på disse i beregningene. I slike tilfeller bør γ få en lav verdi. Hvis y derimot bidrar til å øke variansen av x , bør ikke denne variabelen tas med i det hele tatt og γ bør få verdien null. Fortegnet på γ vil bestemmes av kovariansen mellom x og y . Dersom x og y har en positiv samvariasjon vil γ være negativ. Det motsatte vil være tilfelle dersom det er en negativ samvariasjon mellom disse. For eksempel vil gode generelle markedsforhold antyde at selgeren har enkle salgsforhold i sitt marked, slik at gode resultater ikke nødvendigvis gjenspeiler høy innsats. Negativ γ vil derfor korrigere for det.

3.5.1.8.2 Insentivintensitetsprinsippet

Ved å bruke agentens begrensning av insentiver og maksimere den totale sikkerhetsekvivalenten får vi følgende uttrykk for optimal intensitet på insentivene:

$$\beta = P'(e) / [1 + rVC''(e)]$$

Se Milgrom og Roberts (1992) side 223 for utledning av den optimale intensiteten på insentivene. Dette uttrykket forteller oss at det er fire forhold man må ta hensyn til når man avgjør hvor stor del av agentens lønn som skal avhenge av de resultatene han produserer. $P'(e)$ viser hvor mye prinsipalens inntekt øker når agentens innsats øker, altså hvor mye bedriften tjener på økt innsats fra den ansatte. Er grenseinntekten ved økt innsats høy, vil dette tale for å legge stor vekt på resultatbasert lønn, det vil si en høy β . Bedriften vil da ha stor interesse av at agenten yter mye. En liten økning i innsatsen gir bedriften en betydelig økning i inntekt relativt til endringen i innsatsen. V representerer presisjonen i målingen av agentens innsats. Høy V vil bety at det er stor usikkerhet knyttet til sammenhengen mellom agentens innsats og det resultatet han oppnår. Dette betyr at agenten utsettes for stor risiko fordi det er vanskelig å fastsette hva som skyldes forhold utenfor hans kontroll. Agenten bør da kun ha en liten del av lønnen knyttet opp mot det observerbare resultatet, og β bør ha en lav verdi. Faktoren $1/r$ tilsvarer agentens risikotoleranse. Er denne høy, takler agenten risiko godt og han opplever ikke store kostnader forbundet med det å utsettes for risiko. Prinsipalen kan da legge stor vekt på resultatet i beregningen av agentens lønn, og sette β høyt. Den siste faktoren, $C''(e)$, representerer hvor mye agenten har mulighet til å respondere på økte insentiver. Hvis agenten allerede jobber på grensen av det han har mulighet til å yte, vil han ikke ha mulighet til å respondere på økte insentiver. I en slik situasjon vil en høy β ha lite for

seg. Har agenten derimot en lav $C'(e)$ slik at økt innsats ikke vil koste ham mye, vil det være effektivt å øke intensiteten på insentivene.

3.5.1.8.3 Intensiteten av overvåkning

Som tidligere nevnt har vi antatt at kvaliteten på overvåkningen er en gitt størrelse utenfor prinsipalens kontroll. Det er imidlertid ofte mulig å forbedre overvåkningen ved å øke ressursbruken tilknyttet dette, og på den måten få bedre informasjon om agentens innsats direkte. I de situasjoner der agentens lønn direkte avhenger av resultatet, vil det være fordelaktig å ha et tilnærmet presist mål på resultat. Fokuset vil da være å redusere V , slik at agentens innsats og resultatet, som er en målbar indikator av innsatsen, korrelerer mest mulig. Usikkerheten blir da samtidig redusert til et minimum. Ved en høy insentivintensitet (β) vil det altså være fordelaktig å bruke mer ressurser for å overvåke agenten. Nøyaktig overvåkning vil påføre prinsipalen høye målekostnader, men samtidig redusere variansen i målingen av resultatet. Har man en høy insentivintensitet vil man derfor pådra seg høyere kostnader i form av mer overvåkning. Det vil dermed være nødvendig å sette økte kostnader for overvåkning opp mot inntjeningen ved å ha en høy insentivintensitet. For å finne den optimale kombinasjonen av disse kan man se på $M(V)$ som den minimumkostnaden man må ha til overvåkning for at variansen til resultatet skal være på størrelsen V . Som nevnt over antar man at mer nøyaktig overvåkning fører til høyere kostnader, slik at M er en synkende funksjon av V . Videre antar vi at det er mer krevende å forbedre en overvåkning som allerede er god, slik at marginalkostnaden av økt overvåkning $M'(V)$ er stigende. Ved å inkludere kostnadene for overvåkning, får vi en funksjon for den totale sikkerhetsekvivalenten. Denne kan uttrykkes slik:

$$SE = P(e) - C(e) - \frac{1}{2} rV\beta^2 - M(V)$$

Størrelsene β og e vil være upåvirket av størrelsen på $M(V)$, da forholdet mellom dem kun avhenger av insentivbegrensningen. Holder man β og e konstante, kan vi bestemme den optimale V ut fra førsteordensbetingelsen

$$-\frac{1}{2} r\beta^2 - M'(V) = 0$$

Den optimale mengden overvåkning finner man altså der grensekostnaden av å øke overvåkningen er lik grenseinntekten prinsipalen oppnår ved dette.

Optimalt vil grad av overvåkning og styrken på insentivene bli bestemt samtidig, slik at ikke den ene av størrelsene følger av den andre

3.5.1.8.4 Prinsippet om lik kompensasjon

Agenten vil ofte måtte utføre flere oppgaver for å nå det målet prinsipalen ønsker. Dette er viktig å være klar over når man utformer en insentivkontrakt. Når agenten belønnes for de resultater han oppnår, vil han legge vekt på gode resultater på de oppgavene han måles på. Agenten vil derfor fokusere på det han måles på, og nedprioritere de oppgavene belønningen ikke baserer seg på. Dette kan føre til at en insentivkontrakt skaper vridningseffekter som i utgangspunktet ikke er ønsket.

En del oppgaver kan være vanskelige og til dels umulige å måle, selv om de er svært viktige for en bedrift. Hvis det ikke er mulig å overvåke agentens prioritering av to ulike aktiviteter, må derfor den marginale inntekten ved økt fokus være lik for begge aktivitetene. Får agenten mer igjen for økt fokus på den ene aktiviteten, vil agenten prioritere den. Dette viser en klar begrensning i bruk av insentiver i kontrakter. Agenten vil ikke være interessert i å bruke tid på en aktivitet som ikke gir ham økt belønning, dersom det går på bekostning av en aktivitet som påvirker denne. Fast lønn vil kunne være en løsning for å få agenten interessert i å bruke tid også på aktiviteter som ikke er målbare. En annen mulighet vil være å redusere agentens ansvarsområde. På den måten kan agenten lettere konsentrere seg om de viktige oppgavene.

Insentiver fungerer godt på oppgaver hvor resultatet tydelig kan måles. Belønning etter antall produserte enheter vil for eksempel være et godt insentiv til å øke produksjonsnivået. Dette kan imidlertid gå på bekostning av kvaliteten i utførelsen. Når kvalitet er viktig i en oppgave, kan derfor fast lønn være et godt alternativ hvis det ikke foreligger en sikker måling av kvalitet (Hendrikse, 2003, s.132).

3.5.1.9 *Mothakeeffekt*

Når en insentivkontrakt varer over flere perioder, får man ytterligere utfordringer. Dette knytter seg spesielt til valg av utgangspunkt for vurdering av prestasjonen. Som tidligere nevnt er grunnlaget for agentproblemet at det knytter seg usikkerhet til utenforstående forhold som påvirker det resultatet agenten produserer. Ved å se på det observerbare resultatet kan man derfor ikke med sikkerhet si hvor stor innsats agenten har lagt ned i utførelsen av oppgaven. Dette gjør at det ikke er mulig å avgjøre direkte hvor stor innsats man kan forvente

av agenten. Prinsipalen bestemmer lønnen ved at han fastsetter en forventet lønn. Deretter deler han den opp i en fastlønnskomponent og en innsatsbasert komponent.

Fastlønnskomponenten i agentens belønning avhenger av hvor stor usikkerhet det knytter seg til de forholdene agenten ikke har kontroll over. Antar man økt forventet verdi av de utenforstående forholdene, vil man øke andelen fastlønn for å opprettholde samme forventede lønn. Dersom prinsipalen krever mer av agenten enn vedkommende kan mestre, vil agentens lønn kunne bli lavere enn den forventede lønnen. Som en følge av dette vil prinsipalen få lavere lønnkostnader. Agentens motivasjon og vilje kan bli redusert og eventuelt føre til at agenten sier opp ansettelsesforholdet, slik at insentivene som gis ikke lenger vil fungere slik de er tiltenkt. Settes standarden for lavt, kan det imidlertid være vanskelig å utnytte det potensialet agenten sitter inne med. Han vil da kunne tjene godt med en lavere innsats enn hva vedkommende er kapabel til. Prinsipalens lønnkostnader vil bli for høye i forhold til hva han får igjen i form av resultater fra agenten. Dette viser at agentens optimale innsats ikke er lik den maksimale innsatsen han kan yte, på grunn av kostnaden innsatsen innebærer. Agenten vil derfor tilpasse innsatsen slik at hans totale nytte maksimeres.

Det finnes tre måter å sette en objektiv standard på (Milgrom & Roberts, 2003, s. 233). Når man skal måle oppgaver som er standardiserte, kan man få en gruppe til å finne den mest effektive måten å utføre oppgaven på. Dermed kan man sette en grense for hvor lang tid agenten skal bruke på oppgaven hvis han jobber som forventet, dette kalles arbeidstidsmåling. En slik studie kan være dyr å gjennomføre. Samtidig kan den optimale tiden endre seg fort hvis det utvikles nye og mer effektive arbeidsmetoder for oppgaven. I stedet for å studere en optimal prosess, kan man se på hvordan ansatte i lignende stillinger gjør det. Finner man et gjennomsnitt her, kan dette brukes som en standard for egne oppgaver. En lignende metode er å bruke de resultatene en ansatt har oppnådd i en periode, som en standard for hva som forventes av agenten i neste periode.

Ved den siste metoden vil agenten selv være med å påvirke den standarden for innsats prinsipalen setter. Hva som kreves av innsats, bestemmes av hvordan innsatsen var forrige periode. Har agenten oppnådd mye bedre resultater enn forventet, slik at den totale lønnen blir høyere enn den forventede, vil det være naturlig for prinsipalen å øke kravet til innsats i neste periode. Prinsipalen vil ønske å oppnå en lønnsutbetaling som er så lik den forventede lønnen som mulig. Denne effekten, hvor gode resultater fører til strengere krav i neste periode, kalles mothakeeffekten. Agenten vil være klar over at et meget godt resultat i en periode, vil føre til at han må levere enda bedre resultater neste periode for å kunne oppnå samme lønn. Agenten

kan derfor oppleve å bli straffet for god innsats, og derfor velge å tilpasse innsatsen sin slik at han oppnår en lønn nær den forventede lønnen. Når resultatet til samme person danner utgangspunktet for forventet innsats i neste periode, kan man altså oppleve at agenten ikke responderer som ønsket på insentivene som gis. Prinsipalen får dermed ikke utnyttet agentens potensial fullt ut.

Skal man følge prinsippet om insentivintensitet, vil også intensiteten av insentivene øke fra periode til periode. Når prinsipalen observerer agentens resultat over tid, skaffer han seg mer kunnskap om hva som kan forventes av agenten. Variansen til resultatet i forhold til innsatsen (V) blir dermed redusert. I følge insentivintensitetsprinsippet vil det være naturlig å øke den andelen av lønnen som baserer seg på resultatet når variansen reduseres. Dette taler for at det vil være mulig å øke bruken av insentiver for hver periode som går, og at agenten vil motiveres til høyere innsats over tid. Mothakeeffekten modererer imidlertid denne konklusjonen. Metoden vil kun lønne seg dersom det er ulike agenter som inngår kontrakter i hver periode. Skal samme agent utføre oppgavene over flere perioder, fører mothakeeffekten til at agenten vil redusere sin innsats de første periodene for å unngå økte forventninger senere.

3.5.2 Ufullstendige kontrakter

I utledningen over er det, som nevnt, tatt utgangspunkt i at vi har fullstendige kontrakter. En fullstendig kontrakt gir svar på alle situasjoner som kan oppstå i agent – prinsipalforholdet. Når prinsipalen utformer kontrakten, vil det være svært kostbart å regulere alle forhold som oppstår i løpet av ansettelsen. Kontraktene vil derfor ofte være ufullstendige, noe som åpner for reforhandlinger etter kontraktinngåelsen. Fokus må derfor vris fra den optimale belønningsstrukturen i fullstendige kontrakter og over på optimal ledelse og styring av organisasjonen. Det er viktig at det er tydelig hvem som tar avgjørelsen når det oppstår en situasjon som ikke er avklart i kontrakten.

3.5.2.1 Påvirkningskostnader

Agenten vil være interessert i å påvirke sin egen situasjon i organisasjonen. Aktiviteter med mål om å endre avgjørelser i organisasjonen til agentens fordel, medfører *påvirkningskostnader* for prinsipalen. Dette kan være politiske aktiviteter, lobbyvirksomhet og manipulasjon av informasjon. Når agenten belønnes ut fra resultater, kan han bli fristet til å øke det rapporterte resultatet uten at han har økt innsatsen. Dette er et eksempel på skjulte handlinger fra agentens side. Slike aktiviteter vil skade prinsipalen ved at agenten kunne brukt tiden til å skape verdi for prinsipalen. I tillegg kan det at feil informasjon kommer opp til prinsipalen føre til dårlige avgjørelser i organisasjonen. Selv om prinsipalen forutser slike handlinger fra agenten, kreves det ressurser for å forsøke forhindre at slike aktiviteter skjer.

3.5.2.2 Fordeling av bestemmelsesansvar

Sentraliseres all makt i en organisasjon hos toppledelsen kan man oppnå rask konfliktløsning. Prinsipalen kan da selv bestemme når han ønsker å påvirke agentens aktiviteter. Et problem med en slik sentralisering, er at agenten ofte sitter på mer detaljert kunnskap enn prinsipalen. Agenten kan derfor ofte ha bedre forutsetninger for å treffe en riktig avgjørelse enn prinsipalen. Hvis prinsipalen skal ta avgjørelsen er han ofte avhengig av relevant informasjon fra agenten. De avgjørelsene som er til det beste for organisasjonen, trenger imidlertid ikke være de mest optimale for agenten. Det er da en fare for at agenten kun vil kommunisere den informasjonen som kan bidra til at avgjørelser blir tatt i hans favør, slik at ledelsen ikke får all nødvendig informasjon.

3.5.2.3 Delegering

Antar man en fullstendig kontrakt vil ikke delegering lønne seg, fordi all form for kommunikasjon, av relevant informasjon, medfører kostnader. Den relevante informasjonen formidles blant annet gjennom rapporter og budsjetter, men det vil alltid være fare for at noe av informasjonen forsvinner i kommunikasjonen mellom partene. Det er en stor fordel at den som er best informert også er den som tar avgjørelsen. I mange situasjoner er det agenten som sitter på relevant informasjon knyttet til avgjørelser på arbeidsplassen og det vil derfor i mange sammenhenger kunne være fordelaktig at prinsipalen delegerer sin beslutningsmyndighet ned til agenten.

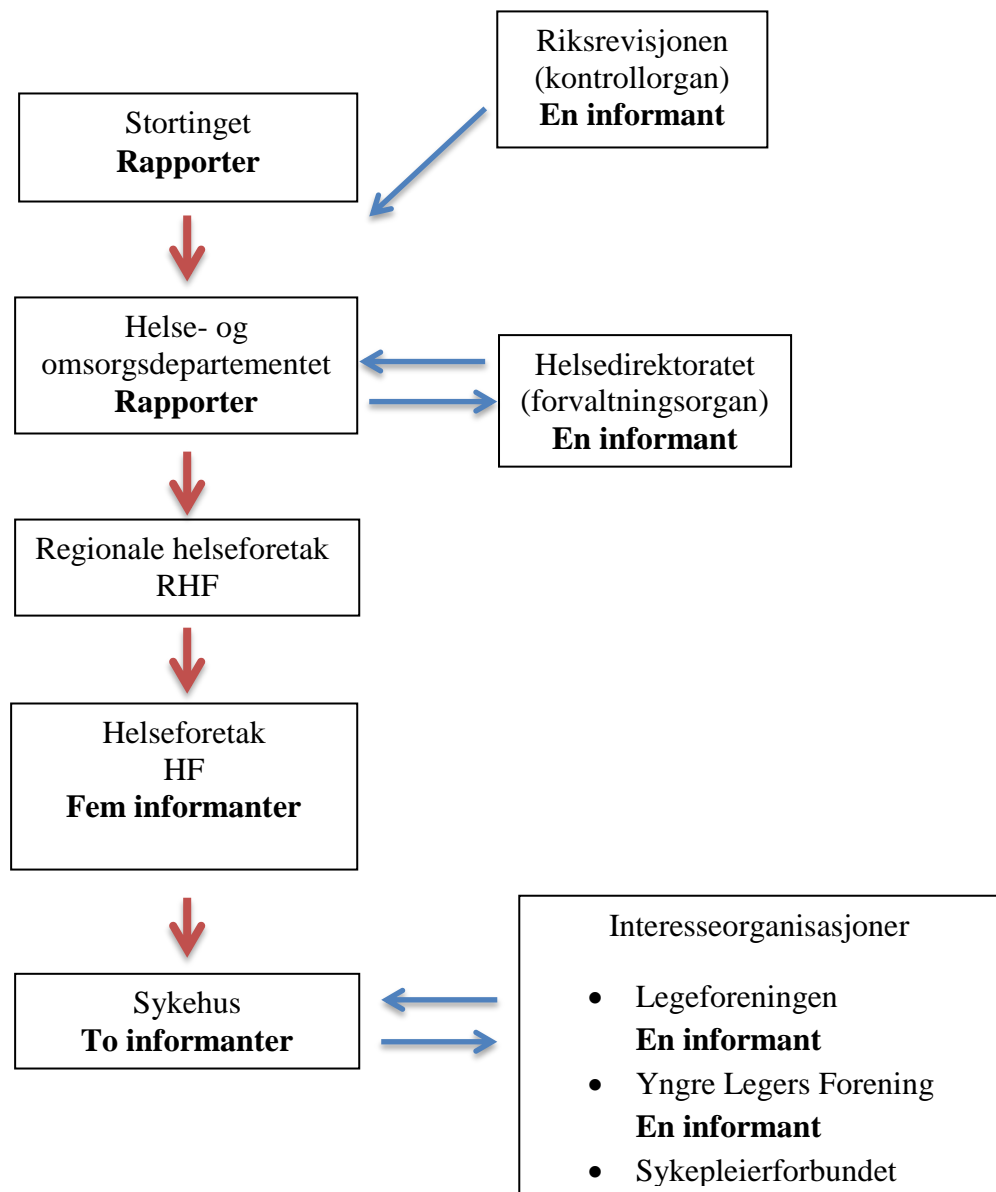
I situasjoner der det er fare for at viktig informasjon forsvinner i kommunikasjonskanalene, vil imidlertid sentralisering av beslutningsmyndigheten være nødvendig for å unngå dette. Det

vil i en slik situasjon være nødvendig å foreta en avveining mellom fordelene ved at avgjørelsen tas der det er mest informasjon og ulempen med at ledelsen mister en del av kontrollen. Delegering vil derfor være mest lønnsomt når agenten alene sitter på mye av den avgjørende informasjonen for å kunne ta en riktig beslutning.

Kapittel 4 – Forskningsmetode

For å kunne drøfte hypotesene våre var det nødvendig å få synspunkter fra ulike instanser i helsesektoren. I denne masteroppgaven har vi valgt et eksplorativt design med bruk av kvalitativ metode hvor datainnsamlingen har skjedd gjennom bruk av intervjuer, samt innsamling av uttalelser fra avisartikler, offentlige rapporter, etc. Kvalitativ metode benyttes ofte når man ønsker å få en dypere forståelse av et fenomen, ved å utforske, orientere eller beskrive det. Kvalitativ data er derfor data som ikke blir karakterisert av tall, men som baserer seg på ord og kan fremstå som muntlig og subjektiv (Babin, B. J., Carr, J. C., Griffin, M. & Zikmund, W. G., 2010). Vi har benyttet oss av både primærdata og sekundærdata. Vår primærdata er den informasjonen som er hentet i intervjuene, mens sekundærdataen fremkommer gjennom avisartikler og offentlige rapporter.

Utvalget av intervjuobjekter er kanskje den største feilkilden knyttet til prosessen med innhenting av informasjon. Det har vært viktig for oss å få synspunkter fra velinformerte personer i de ulike instansene i helsesektoren. Samtidig har det ikke vært mulig å intervjuer alle som arbeider i denne sektoren. Vi har derfor foretatt et strategisk utvalg av våre respondenter. Dette innebærer at intervjuobjektene er valgt fordi vi mener de har forutsetning for å uttale seg om vårt tema. Vi har systematisk valgt ut personer som kan representere de ulike instansene i helsesektoren. Dette for å kunne identifisere meninger og holdninger ansatte ved de ulike instansene har til finansieringssystemet. Intervjuprosessen er tidkrevende, noe som innebærer at vi har et mye mer begrenset antall respondenter enn hva tilfellet hadde vært ved bruk av spørreskjema. Det er imidlertid 15 potensielle respondenter i vårt utvalg som ikke har besvart våre henvendelser, dermed har vi fått færre svar enn vi i utgangspunktet ønsket. Disse respondentene fordeler seg på alle nivåene i helsesektoren, men hovedvekten er ansatt på sykehusnivå. Vi har ikke foretatt intervjuer med representanter fra Helse- og omsorgsdepartementet, men forholdt oss til offentlige rapporter og stortingsmeldinger. Dette fordi all informasjon fra departementsnivå skal være offentlig tilgjengelig. Informasjon knyttet til myndighetene vil derfor i mye større grad enn informasjon fra intervjuobjektene være pålitelig. Samtidig har ansatte innenfor helseforetakene større rom for å uttrykke personlige meninger. I figur 4.1 på neste side, har vi markert antall informanter som representerer de ulike nivåene i helsesektoren. Vi har i denne oppgaven benyttet begrepene *respondent* og *informant* om de personene vi har intervjuet. Betegnelsene vil ha den samme betydningen i denne oppgaven, og er kun benyttet for å skape et mer variert språk.



Figur 4.1 Styringslinjen i helsesektoren med informanter

Fordi vi har foretatt et strategisk utvalg, har vi ikke grunnlag for å si at de meninger som fremkommer er representative for den generelle oppfatningen i helsesektoren. Reliabiliteten i oppgaven kan derved være lav. Foretas samme undersøkelse med et annet utvalg, vil ikke resultatet nødvendigvis bli identisk med vårt, da drøftingen i oppgaven i stor grad bygger på personlige meninger fra våre respondenter.

Vi mener intervju er den beste metoden for å få frem flere nyanser i respondentenes meninger og følelser knyttet til virkningen av finansieringssystemet. Under intervjuene har vi benyttet en intervjuguide for å påse at alle de relevante temaene ble diskutert. Vi ønsket imidlertid at den enkelte informant skulle legge vekt på det vedkommende hadde forutsetning for å uttale seg om, uten at vi la for strenge føringer på intervjuet. Intervjuene ble derfor gjennomført som en samtale. Det er imidlertid flere feilkilder knyttet til intervju som datainnsamlingsmetode, som det er viktig å være klar over. En av disse er faren for misforståelser. Våre informanter har enten en økonomisk eller en medisinskfaglig bakgrunn, noe som kan ha ført til misforståelser mellom dem og oss, blant annet på grunn av ulike faguttrykk og forståelse av problemstillinger i helsesektoren. Samtidig kan menneskelige relasjoner under et intervju være avgjørende for utbytte av informasjonsinnhenting. Eksempelvis har vi opplevd at enkelte personer har vært enklere å kommunisere med enn andre. Vår opptreden og de spørsmålene vi stilte kan ha påvirket informantenes svar. Dersom informantene har opplevd oss interesserte og forberedte til intervjuet, kan dette være en faktor til at de lettere «åpnet seg». Dagsformen til den enkelte informant vil også være avgjørende for kvaliteten på svarene som gis.

De ulike kommunikasjonsproblemene som kan oppstå under et intervju, gjør at oppgaven har et potensielt stort problem knyttet til validitet. Graden av *ekstern validitet* viser med hvilken nøyaktighet resultatet kan generaliseres til flere enn de subjektene som er studert (Zikmund et.al., 2010, s. 277). *Intern validitet* knytter seg til om man med sikkerhet kan fastslå at en variabel faktisk er grunnen til variansen i den avhengige variabelen (Zikmund et.al., 2012, s.274). Det at vi ikke tar hensyn til alle forhold som kan påvirke de avhengige variablene i oppgaven, gjør at vi ikke med sikkerhet kan fastslå en direkte årsak-virkningssammenheng mellom de uavhengige og avhengige variablene. Dermed kan den interne validiteten være lav. For eksempel er den økonomiske lønnsomheten til pasientens behandling den uavhengige variabelen og pasientens ventetid den avhengige variabelen i hypotese 3.

Med unntak av intervjuet på Sykehuset i Vestfold, har intervjuene hatt en lengde på én til to timer. Det kan være lite gunstig at intervjutiden overskrider to timer, da konsentrasjonen hos intervjuer og intervjuobjekt kan reduseres. Vi har under alle intervjuene gjort opptak ved hjelp av en iPod. I etterkant har vi renskrevet intervjuene på bakgrunn av disse opptakene, noe som har vært tidkrevende. Språket under et intervju er ofte svært muntlig og inneholder fagsjargong. Det har dermed vært vanskelig å sitere i drøftingskapitlene. Der vi mener det har vært nødvendig, har vi sendt de renskrevne intervjuene til de respektive informantene for verifisering. Enkelte av informantene har ønsket å være anonyme, noe vi har forsøkt å ivareta i størst mulig grad. Vi har kun foretatt ett intervju av hver respondent. Dette valget har vi tatt fordi vi i hovedsak har vært ute etter å få flere personers meninger uten å gå i dybden på den enkeltes oppfatning.

Vi har i tillegg til intervjuene benyttet meninger og holdninger trykt i aviser. Problemet med å benytte disse er at de som uttrykker seg her ofte kan representere ytterpunkter av den generelle holdningen til tema og at meningene dermed ikke nødvendigvis kan generaliseres. Vi valgte allikevel å benytte disse kildene fordi vi ønsket å få frem meninger hos dem som har god kjennskap til finansieringssystemet og dets virkninger. Samtidig mener vi at disse kildene er med på å belyse aktualiteten i temaet og omfanget av interessenter i helsesektoren, som for eksempel eksisterende og potensielle pasienter, ansatte, pårørende, skattebetalere og velgere. En eventuell feilkilde kan også her være at vi har feiltolket de meninger som er uttrykt, særlig fra personer med helsefaglig yrkesbakgrunn.

I tillegg til å innhente informasjon fra ulike informanter, har vi foretatt dokumentstudier for å sammenligne organisering og finansiering av helsesektorene i de tre nordiske landene Norge, Sverige og Danmark. I den sammenheng så vi ikke behovet for å få frem personlige meninger om de ulike systemene. Det finnes relativt mye informasjon om systemene i Sverige og Danmark, og det har derfor vært nødvendig å begrense omfanget av kilder, noe som kan være en feilkilde ved en dokumentstudie. Vår kjennskap til instanser i helsesektoren i Sverige og Danmark er svært begrenset. En følge av dette kan derfor være at vi har innhentet informasjon fra for lite relevante kilder, noe som også kan utgjøre en feilkilde ved studien.

Siste kapittel i oppgavens drøftingsdel er en «case-studie» av Kostnad Per Pasient-modellen som benyttes ved Sykehuset i Vestfold HF (SiVHF). Studien bygger på et intervju med administrasjonssjef og analysesjef på økonomiavdelingen i Vestfold. En potensiell feilkilde er derfor knyttet til at vi kun har disse to respondentenes uttalelser. På en annen side er det

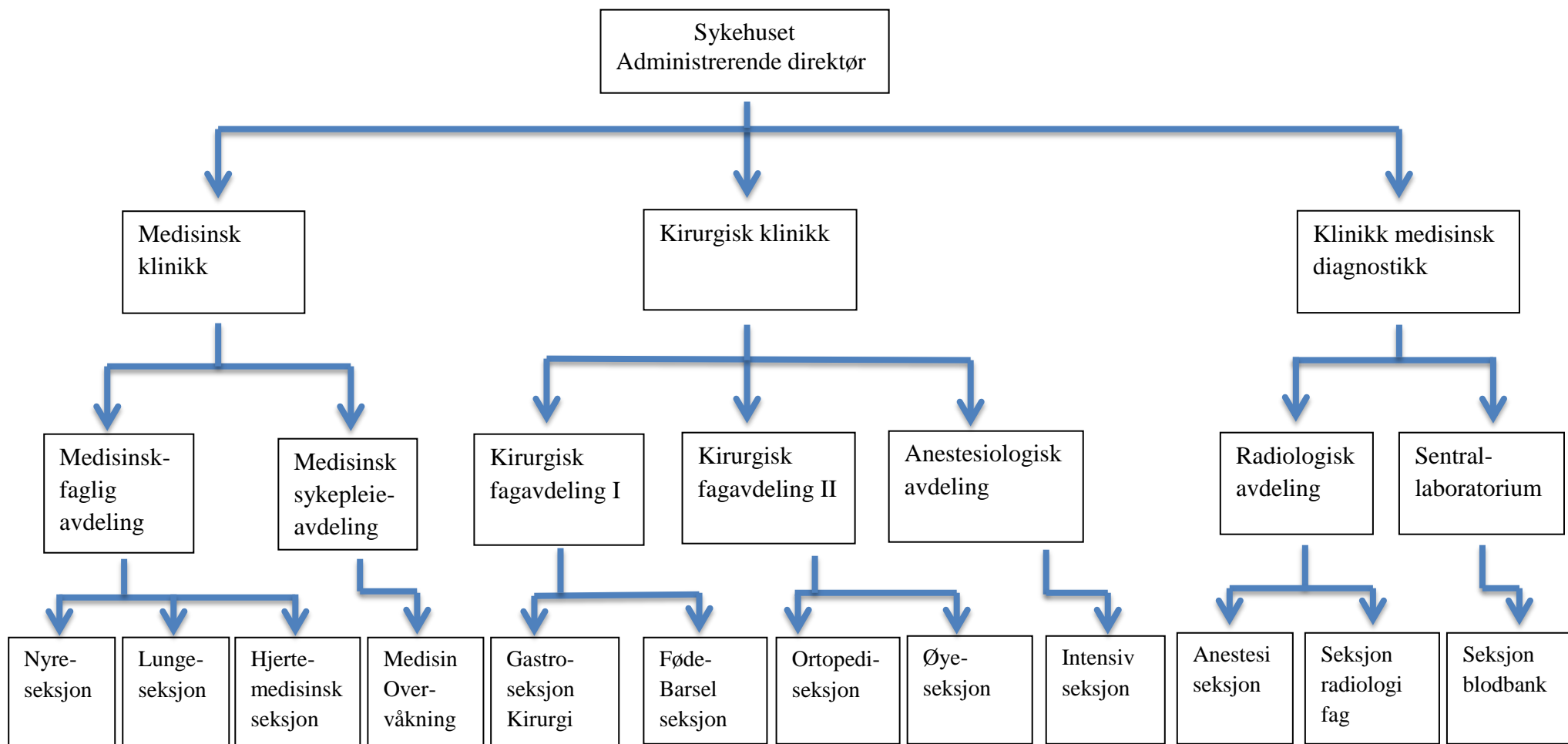
administrasjonssjefen som har vært ansvarlig for utviklingen av systemet og derfor sitter med førstehåndsinformasjonen. «Case-studiet» er kun en beskrivelse av det spesielle systemet som benyttes ved sykehuset i Vestfold og kan derfor ikke generaliseres.

Kapittel 5 – Resultater av datainnsamling

I dette kapitlet har vi samlet det vi mener er relevant informasjon fra våre informantintervjuer, rapporter, avisutklipp og liknende for å kunne drøfte de fire hypotesene samt hovedproblemstillingen nevnt i kapittel 1. Kapitlet er delt inn i fire underkapitler som hver tar for seg ulike aspekt ved helsesektoren og dens finansieringssystem. Disse fire er igjen delt inn i delkapitler. I det første underkapitlet, 5.1, tar vi for oss størrelsen på helseutgiftene i Norge sammenlignet med andre OECD-land. I 5.2 beskriver vi systemene i de tre nordiske landene Norge, Sverige og Danmark. De tre nabolandene

har flere ulikheter i både organisering og finansiering innenfor sin helsesektor, som vil være relevant å diskutere i tilknytning til det norske systemet i kapittel 6. Kapittel 5.3 utgjør svar fra våre informantintervju, samt meninger ytret gjennom avisutklipp og rapporter fra offentlige myndigheter. Meninger og holdninger som har fremkommet her har vi samlet i delkapitler etter hvilken hypotese vi mener de kan relateres til. Det siste underkapitlet er en «case-studie» av Sykehuset i Vestfold sitt Kostnad Per Pasient- system.

Figur 5.1 på neste side er ment som en illustrasjon på den interne organiseringen på et sykehus.



Figur 5.1 Eksempel på intern sykehusorganisering

Med utgangspunkt i Sykehuset i Vestfold viser figuren deler av organisasjonskartet og hvordan enhetene er ordnet i sykehushierarkiet.

Sykehusene i Norge er ulikt organisert internt, men det er vanlig å dele inn i de tre nivåene klinikk, avdeling og seksjon.

Kilde: <http://www.sykehuset-vestfold.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Administrasjon/SiVOrganisasjonskart.pdf>

5.1 Internasjonal sammenligning av ressursbruk i helsesektoren

Med utgangspunkt i artikkelen (Møinichen-Berstad, 2012) *Helseutgiftene i Norge sammenliknet med andre land* publisert i tidsskriftet *Samfunnsøkonomen* i 2012, vil vi i dette underkapitlet se på ressursbruken i den norske helsesektoren sammenliknet med andre OECD-land. Vi mener at en slik sammenligning vil kunne gi et perspektiv på omfanget av ressursene som benyttes i den norske helsesektoren.

Utgifter til helse utgjør i Norge en vesentlig del av statsbudsjettet. I 2011 utgjorde helseutgiftene omtrent 250 milliarder kroner. Dette tilsvarer omtrent 10 % av de totale utgiftene i statsbudsjettet. Av dette utgjorde utgifter til spesialisthelsetjenesten i overkant av 100 milliarder kroner (Brathaug & Hernæs, 2012). Budsjettforslaget som foreligger for 2012 indikerer en økning i utgiftene til spesialisthelsetjenesten på omlag 3 % (Prop. 1 S, (2011-2012), 2011). Det er store diskusjoner rundt ressursbruken i helsesektoren i Norge. Denne sektoren skal sørge for et helhetlig helsetilbud til befolkningen innenfor de kostnadsrammene som Stortinget setter. Ved Stortingets fastsettelse av disse rammene blir det viktig å vurdere kostnadene ved helsetilbudet opp mot den nytten befolkningen har av dette tilbudet. En slik avveining vil være krevende fordi menneskelige hensyn må vurderes opp mot økonomiske begrensninger. Ved bestemmelsen av ressursmengden som skal bevilges over statsbudsjett til helsesektoren vil det være fordelaktig å sammenligne størrelsen av bevilgningen opp mot sammenlignbare land.

Internasjonale sammenligninger av helseutgifter danner viktige premisser for norsk helsepolitikk. For å kunne sammenligne helseutgifter i ulike land, er det opprettet et internasjonalt helseregnskap gjennom et samarbeid mellom de internasjonale organisasjonene Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), World Health Organisation (WHO) og Europakommisjonens statistikkontor (Eurostat), og statistikkprodusentene i ulike land. OECD er et forum hvor 30 industriland samarbeider blant annet om å utarbeide felles løsninger på økonomiske utfordringer (OECD, u.å.). OECD Health Data presenterer data om for eksempel organisering av helsetjenester og finansiering av dem. Denne databasen er en av verdens mest omfattende kilder til helserelatert statistikk. Hovedmålet med OECD-samarbeidet er bedret helsetilstand for befolkningen, da det antas at dette kan bidra til høyere økonomisk vekst og økt velferd (Helse- og omsorgsdepartementet, u.å., e). I 2000 ble det i tilknytning til arbeidet med det internasjonale helseregnskapet utarbeidet «klassifikasjoner, standarder og definisjoner av hva som skal regnes som helseutgifter» (Brathaug & Hernæs, 2012). Grunnen til dette er at det tidligere var svært

varierende hva de ulike landene definerte som helseutgifter, noe som gjorde sammenligninger vanskelig. Til tross for arbeidet med helseregnskapet hevdes det at for eksempel langtidspleie fortsatt ikke defineres identisk i OECD-landene (Møinichen-Berstad, 2012).

I den nevnte artikkelen *Helseutgiftene i Norge sammenlignet med andre land uttrykker* Terje L. Møinichen-Berstad (2012) blant annet at sammenligninger av helseutgifter mellom ulike OECD-land viser at Norges helseutgifter er relativt høye. Det er en generell oppfatning at Norge har den høyeste ressursbruken til helsetjenester nest etter USA. Møinichen-Berstad uttrykker at denne oppfatningen har ført til stramme helsebudsjetter fra Stortinget. Til tross for den relativt store ressursbruken har ikke Norge kunnet vise til bedre helsetilbud enn andre sammenlignbare land. Dette har ført til en rekke tiltak for å redusere ressursbruken rettet mot sykehusstruktur og ledelse. Den hittil største endringen var sykehusreformen i 2002. Endringene er imidlertid ikke støttet av alle helsesektorens interessenter. Artikkelforfatteren hevder at det etterlyses bedre planer og konsekvensutredninger både fra enkelte fagmiljøer og befolkning som påvirkes negativt av disse endringene. Forutsetningene for disse endringene kan imidlertid vise seg å være feilaktige.

Møinichen-Berstad viser til en rapport fra Bjarne Jensen og medforfattere ved Høgskolen i Hedmark hvor de konkluderer med at Norges helseutgifter ikke er høyere enn hos de andre sammenlignbare landene. Det fremheves i den overnevnte rapporten tre hovedproblemer ved å benytte OECD-tallene til sammenligning. For det første korrigeres ikke tallene for ulikheter mellom landene i reallønnsnivå. For det andre defineres helseutgifter ulikt i landene, spesielt er det ulik praksis for hvordan utgifter til langtidspleie registreres. Det tredje problemet knytter seg både til definisjonen av sykepleiere og til at registrering av ansatte varierer mellom årsverk og antall ansatte i OECD-landene (Hagen, Jensen & Østre, 2010). Den siste tiden har det blitt hevdet i flere rapporter at OECD-tallene ikke gir et riktig bilde på Norges helseutgifter. Møinichen-Berstad henviser blant annet til en rapport av Hans-Olav Melberg hvor det hevdes at sammenligningen av lands helseutgifter i stor grad avhenger av hvilken paritet som benyttes (Melberg, 2011).

Det er nødvendig å regne om alle lands helseutgifter til samme pengeenhet for å kunne foreta en sammenligning. Helseutgiftene i hvert enkelt land blir av OECD korrigert med kjøpekraftsparitet for å kunne sammenlignes på tvers av valutakurser. Dette gjøres fordi samme vare ikke koster det samme i forskjellige land dersom man måler prisene i en felles valuta. Kjøpekraftspariteten er de teoretiske valutakursene som gir samme pris på samme vare

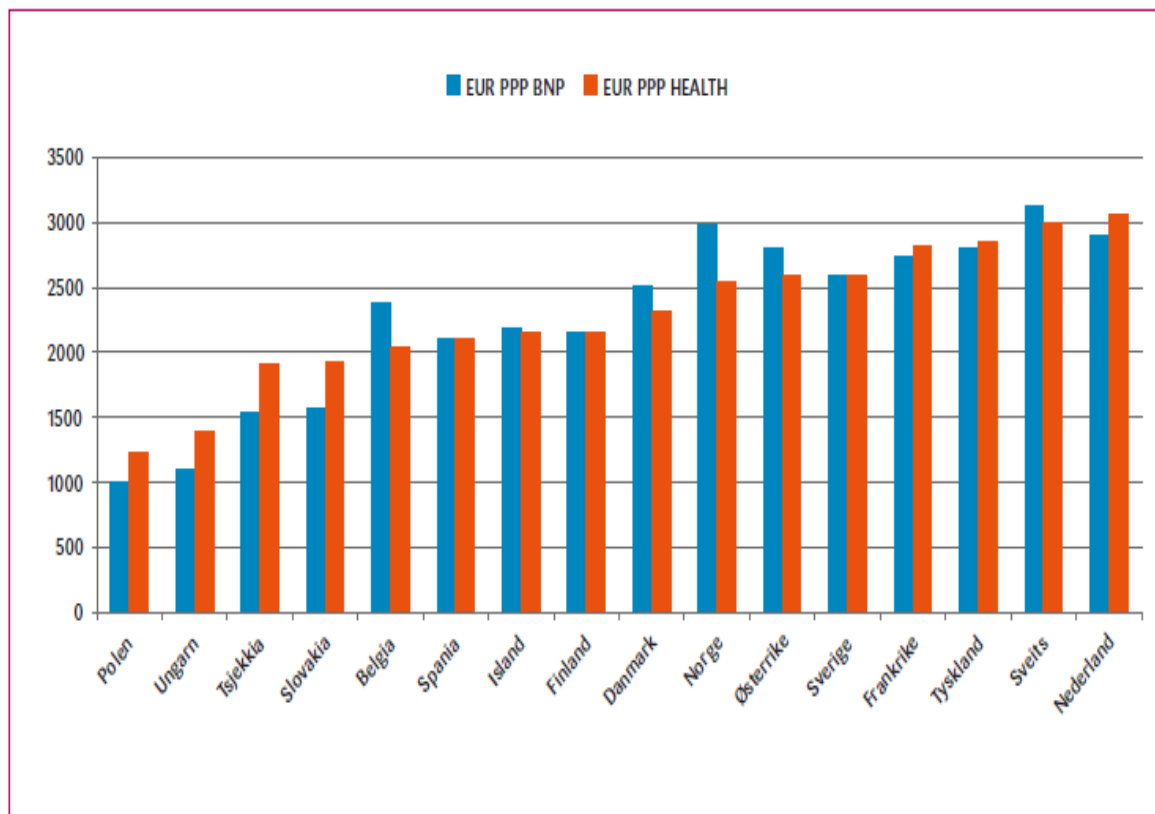
i alle land. I Steigum (2007) eksemplifiseres det slik: «For eksempel koster en Big Mac betydelig mer i Norge enn om man kjøpte amerikanske dollar med norske kroner og deretter kjøpte en Big Mac i USA. (..) Hvis en nordmann og nordamerikaner har samme nominelle inntekt uttrykt i USD, men handlet i hvert sitt hjemland, vil derfor amerikaneren kunne kjøpe betydelig flere hamburgere enn nordmannen. (..) Siden nordamerikaneren kan kjøpe flere varer og tjenester for inntekten enn nordmannen, har nordamerikaneren høyere realinntekt» (Steigum, 2007, s. 94-95). Ved å benytte kjøpekraftsparitet istedenfor valutakurser når prisen på en hamburger omregnes til felles valuta, kan det gjøre opp for ulikheten i prisnivået mellom land.

Den nevnte artikkelen viser til at OECD benytter *kjøpekraftsparitet basert på BNP* for å korrigere helseutgiftene. Størrelsen på helseutgiftene med denne korrigeringen omtales i figur 5.1.1 som EUR PPP BNP. Det viser seg at dette sammenligningsgrunnlaget er misvisende for Norges utgifter sammenlignet med andre OECD-land. Problemet med å ta hensyn til BNP når helseutgiftene i ulike land sammenlignes, er at lønnskostnader utgjør en svært ulik andel av helseutgifter sammenlignet med BNP. Lønnskostnader utgjør en mye større andel av helseutgiftene enn av BNP, da helsesektoren er en arbeidsintensiv virksomhet (Møinichen-Berstad, 2012). På grunn av dette slår forskjell i reallønn sterkt ut i sammenligningen mellom landene og utgjør en feilkilde. Norge har høy reallønn i forhold til andre OECD-land. Dette gjør at den norske ressursbruken fremstår som relativt høyere enn det som er reelt i sammenligning med andre land.

Sammenligningen mellom landene er som nevnt svært viktig fordi det hele tiden er diskusjoner om hvor stor andel av landenes inntekter som skal brukes på helse. Helseutgiftene i Norge utgjør i gjennomsnitt 9,1 % av BNP i perioden 2004 til 2009, og ligger med dette på gjennomsnittet av OECD-landene. Danmark og Sverige ligger henholdsvis over og under dette EU-gjennomsnittet (Møinichen-Berstad, 2012). Artikkelen viser at i perioden 1999-2009 har andelen helseutgifter av BNP økt for EU-landene, mens denne andelen er redusert i Norge. Ekskluderes kostnaden for langtidspleie når man beregner helseutgiftene, reduseres helseutgiftene i Norge til 7,1 % av BNP. Det er da kun Estland og Polen som har en lavere andel helseutgifter av BNP enn Norge. Dette viser tydelig at definisjonen av langtidspleie har en innvirkning på det totale kostnadsbildet. Denne skjevheten, sammen med store ulikheter i lønns- og prisnivå i de ulike landene, er med på å gjøre sammenligningen misvisende. Eurostat har publisert en egen *kjøpekraftsparitet for helsetjenester*, for å oppnå en riktigere sammenligning. Den helsespesifikke pariteten korrigerer i større grad for ulikheter i reallønn

og kostnadsforskjeller mellom landene enn en paritet basert på BNP. I figur 5.1.1 benevnes de totale helseutgiftene beregnet med denne kjøpekraftspariteten EUR PPP Health. Denne kjøpekraftspariteten fremkommer ved at Eurostat konstruerer en kurv med de samme produktene i alle land. Denne kurven blir prissatt hvert tredje år og blir en slags vekslingskurs for denne typen tjenester mellom landene. «Prisen på varekurven for helsetjenester er satt sammen av kostnader for innsatsfaktorer fra en rekke personellgrupper, farmasøytiske produkter, tannhelsetjenester, medisinsk utstyr og terapeutiske prosedyrer» (Møinichen-Berstad, 2012, s. 14).

Møinichen-Berstad (2012) viser til en sammenligning av helseutgiftene i 2009 hvor både kjøpekraftsparitet for helsetjenester og BNP-basert paritet benyttes. Norges helseutgifter reduseres med 15 % dersom man anvender kjøpekraftsparitet for helsetjenester, og får dermed den største reduksjonen i helseutgifter sammen med Belgia. En oversikt over totale helseutgifter viser at norske helseutgifter ligger på gjennomsnittet for de vestlige EU-landene når helseutgiftene er beregnet med kjøpekraftsparitet for helse (figur 5.1.1). Den store forskjellen mellom Norges to søyler viser betydningen av hvilken kjøpekraftsparitet (for helsetjenester eller justert for BNP) som benyttes i beregningen. At Norges helseutgifter blir relativt lavere med kjøpekraftsparitet for helsetjenester stemmer også bedre med utviklingen i helseutgifter i Norge de siste årene.



Kilde: OECD og Eurostat.

Kilde: Samfunnsøkonomen (2012)

Figur 5.1.1 Totale helseutgifter

Viser totale helseutgifter eksklusiv langtidspleie beregnet med forskjellig paritet; kjøpekraftsparitet justert for BNP (EUR PPP BNP) og kjøpekraftsparitet for helsetjenester (EUR PPP Health) for 2009.

Veksten i helseutgiftene i Norge har avtatt i perioden fra 2002 til 2009, og er blant annet negativ fra 2008 til 2009 (Møinichen-Berstad, 2012). Norge har i tillegg en lav vekst i helseutgifter per innbygger sammenlignet med andre OECD-land. De vesteuropeiske landene hadde en gjennomsnittlig vekst i helseutgifter per innbygger på 4 % per år i perioden 1999 til 2009. Norge hadde i samme periode en vekst på 1,4 % (Møinichen-Berstad, 2012). Dette gir et annet bilde på Norges helseutgifter enn den vanlige oppfatningen om at Norge bruker mer ressurser på helse enn andre land. Denne oppfatningen bygger på feilaktige sammenligninger av helseutgiftene, ut fra forskningen som Møinichen-Berstad (2012) viser til i sin artikkel. «Den viktigste grunnen til dette er det høye lønnsnivået i Norge og at lønninger betyr mye mer for helseutgiftene enn for BNP» (Møinichen-Berstad, 2012). Når det korrigeres for kjøpekraftsparitet for helsetjenester viser det seg at Norges helseutgifter ikke er spesielt høye sammenlignet med disse landene. Tar man hensyn til dette, er det derfor ingen grunn til å

hevde at Norge skal ha et relativt bedre utviklet helsetilbud enn andre land med bakgrunn i ressursbruk.

5.2 Sammenligning av finansieringssystemet i helsesektoren mellom de tre nordiske landene Norge, Sverige og Danmark

Vi vil i dette kapitlet gi en overordnet beskrivelse av organiseringen og finansieringen i den norske, svenske og danske helsesektoren. Dette vil danne grunnlaget for en drøfting i kapittel 6.1 hvor vi ser på noen av likhetene og forskjellene i de tre landenes helsesystem. Da det norske systemet er grundig beskrevet i kapittel 2, vil vi her kun ta for oss Sverige og Danmark, samt hvordan det norske systemet var før 2002. Grunnen til at vi her også beskriver den norske helsesektoren før 2002, er at det kan være interessant å sammenligne systemet for organisering og finansiering vi har gått bort fra, med det norske systemet slik det fremstår i dag. I tillegg er det interessant å sammenligne det «gamle» systemet i Norge med de svenske og danske systemene.

5.2.1 Norge før 2002 (tidligere finansieringsmodell)

Som beskrevet tidligere i oppgaven er det i dag staten som eier sykehusene i Norge. Fra sykehusloven kom i 1970 og frem til 2002 var det imidlertid fylkeskommunene som sto som eiere (Pettersen, Magnussen, Nyland & Bjørnenak, 2008). Fylkeskommunene hadde da hovedansvaret for driften av spesialisthelsetjenesten. Finansieringen av sykehusene har variert, men det har vært statens ansvar å fordele midler til fylkeskommunene slik at de kunne tilby befolkningen helsetjenester. Fra 1970-1980 fikk fylkeskommunene såkalt kurdøgnrefusjon fra staten (Pettersen et al., 2008, s.56). Refusjonen baserte seg da kun på antall liggedøgn. Hvert sykehus hadde en egen fast døgnpris, slik at lokale forskjeller til en viss grad ble hensyntatt.

Et lite nyansert finansieringssystem, i kombinasjon med negativ kostnadsutvikling og kostnadsoverskridelser, var årsaken til at Norge i 1980 gikk over til en rammefinansiering av sykehusene bevilget fra staten (Pettersen og Bjørnenak, 2003, s.199). Størrelsen på bevilgningen ble bestemt ut fra historisk kostnadsnivå og såkalte objektive kriterier, slik som

alder og kjønn. I denne perioden var det god kostnadskontroll, noe som gikk på bekostning av kontrollen med aktivitetene ved sykehusene. Årsaken til dette var at Stortinget ikke hadde spesifiserte krav til hvilke aktiviteter finanseringen skulle dekke. En av konsekvensene av dårlig kontroll med aktivitetene var økt ventetid for pasientbehandling.

I 1994 ble finansieringsordningen endret ved at fylkeskommunen ikke lenger mottok øremerkede midler til sykehusene (Pettersen et al., 2008, s.57). Rammetilskudd fra staten kom nå som en generell bevilgning til fylkeskommunene, og var ikke lenger oppdelt i ulike sektortilskudd. Det ble dermed opp til hver enkelt fylkeskommune å bestemme hvor stor andel av bevilgningen som ble benyttet til helsetjenester. Denne endringen bygde på prinsippet om at den instansen som har ansvar for tilbudet til befolkningen, også skal allokere ressursene til de ulike tjenestene (Pettersen et al., 2008, s.57).

Innsatsstyrt finansiering ble innført i 1997 (Pettersen et al., 2008, s.59). Målet fra statens side med denne finansieringen var å øke andelen behandlede pasienter for å redusere ventelistene. For å oppnå dette gikk staten inn og kontrollerte mer av fylkeskommunenes økonomiske prioriteringer mellom sektorene innad i fylket.

Den foreløpig siste hovedendringen av organiseringen i helsesektoren skjedde i 2002 (Pettersen et al., 2008, s.59). Staten tok da over som eiere av sykehusene som ble organisert i statseide regionale helseforetak. Finansieringssystemet, med en blanding av ramme- og aktivitetsbasert finansiering fra staten, ble videreført.

I tilknytning til dagens system i Norge henviser vi til kapittel 2 – *Helsesektoren i Norge*, for en nærmere beskrivelse.

5.2.2 Sverige

Det svenske systemet skiller seg fra både det norske og danske fordi staten spiller en mye mindre rolle i tilknytning til finansieringen. Staten har ansvar for den overordnede delen av helsepolitikken, mens fylkeskommunene står som eiere av sykehusene. De 21 fylkene har som oppgave å oppfylle «sørge for»-ansvaret og driften av spesialisthelsetjenesten i landet. Det er vesentlige forskjeller i de svenske fylkenes systemer på grunn av den politiske desentraliseringen i landet. Hver av de 21 fylkene utformer og håndhever selv styringssystemene. Fylkene, eller landstingene, blir styrt gjennom valg. I tillegg er landet delt

inn i seks regioner som har hovedansvar for forskning, opplæring og avansert spesialisthelsetjeneste i sin region.

Det overordnede målet for helsesektoren er i Sverige svært likt det norske. Socialstyrelsen (u.å.), som er en forvaltningsmyndighet for helse- og sykeomsorg, uttrykker på sine nettsider at målet er «en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen». De med størst behov skal prioriteres og det skal også ligge en etisk vurdering bak denne vurderingen. Det skal da tas hensyn til menneskeverd, behovs- og solidaritetsprinsipp og kostnadseffektivitetsprinsipp.

Som nevnt er det landstingene i Sverige som har hovedansvaret for helsetjenestene i landet. 70 % av finansieringen til tjenestene kommer fra lokale skatter i det enkelte fylke. Noen av fylkene benytter en kombinasjon av ramme og aktivitetsbasert finansiering av sykehusene, mens de resterende benytter kun rammefinansiering. De resterende 30 prosentene av finansieringen kommer som en overføring fra staten. Overføringen er ikke aktivitetsbasert, men den kompenserer for ulikheter i behov og ulike kostnadsnivå. Disse statlige tilskuddene blir inndelt i inntektsutjevning, kostnadsutjevning, strukturbidrag, regionalt bidrag og et generelt tilskudd per innbygger (Anthun, K., Kalseth, J., Magnussen, J., Petersen, S., 2010, s. 17). Fordi styringen i de 21 fylkene er ulik, vil også den interne finansieringen avvike mellom dem. For eksempel blir det i fem av landstingene benyttet aktivitetsbasert finansiering for somatikken. Andelen DRG-finansiering varierer mellom disse landstingene.

I Sverige ble diagnoserelaterte grupper, DRG, innført i etapper. Dette skyldtes den fylkesstyrte organiseringen av helsesektoren. Det er opp til det enkelte landsting å bestemme hvilke finansierings- og organiseringssystemer de ønsker å benytte. Derfor er det ikke bare en desentralisert styring, men også en desentralisert bruk av DRG i landet. Det første landstinget som benyttet seg av systemet var Stockholm. Dette skjedde allerede i 1992.

Gjennom en reform i 1991, ble det laget klare skiller mellom fylkeskommunene som etterspør og sykehusene som tilbyr helsetjenester. Interne markeder i fylkeskommunene skal rette fokus mot kostnadseffektivitet, ved å skape konkurranse blant sykehusene. De selvstendige fylkeskommunene har implementert ulike former for denne ordningen. Nå på 2000-tallet er fokus flyttet fra markedsinspirerte modeller og mer mot samarbeid og effektivisering ved spesialisering.

Versjonen av DRG som benyttes i Sverige er en tilpasset versjon av NordDRG. Denne versjonen blir kalt «full DRG» og omfatter både grupperinger av innlagte pasienter og

poliklinikk. Det er ingen DRG-finansiering tilknyttet psykiatri i Sverige enda (2010), men både somatikk og psykiatri er gruppert i DRG-systemet.

Landstingene i Sverige kan grupperes inn i fire ulike grupper:

- 1) Landsting som har DRG finansiering for de fleste tjenester
- 2) Landsting som bruker enten DRG som finansiering kun for gjestepasienter, eller for kun noen utvalgte sykehus
- 3) Landsting hvor DRG kun er brukt for oppfølging og analyse, samt eventuelt beregning av case-mix
- 4) Ikke bruk av DRG i det hele tatt

(Anthun, et al., 2010, s. 29).

På lik linje med de to andre landene blir også DRG-systemet i Sverige benyttet til sammenligning og statistikk, i tillegg til finansiering.

Sverige innført i 1992 maksimal ventetidsgaranti. Garantien innebærer at svenske pasienter med alvorlige sykdommer som ikke har fått behandling innen tre måneder, har rett til behandling ved et annet sykehus. Dette gir pasientene lignende rettigheter som ventetidsgarantien ved norske sykehus (Socialstyrelsen, u.å).

5.2.3 Danmark

Det danske systemet består av fem regioner som hver er ansvarlige for spesialisthelsetjenesten, samt store deler av primærhelsetjenesten i landet. Disse regionene styres av regionråd som er politisk valgt, men det er fra et statlig hold planleggingen tilknyttet det finansielle og strukturelle skjer. Systemet, slik det fremkommer i dag, stammer fra 2007. Før regionene tok over, var det fjorten fylkeskommuner som hadde ansvaret for finansieringen av helsetjenestene i landet. Ved overføringen av dette ansvaret var avtalen mellom regionene og staten at minst 50 % av sykehusfinansieringen skulle basere seg på aktiviteter.

De fem ansvarlige regionene i Danmark er Hovedstadsregionen, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland. Ved utformingen av finansieringssystemet var det i 2010 noe variasjon mellom den enkelte regions system. Vi har ikke oppdaterte kilder fra 2012.

Danskene ser det som viktig å kunne tilpasse finansieringsmodellen etter den enkelte regions preferanser. Dette er hovedsakelig fordi de ulike regionene har ulike økonomiske og aktivitetsmessige forutsetninger og er derfor tjent med å differensiere sin styring fra de andre. Regionene har ulike politiske prioriteringer innen helse. Et eksempel er Nordjylland og Sjælland hvor det har vært vanlig å sende pasienter til de andre regionene fordi de selv ikke har hatt et godt nok utviklet tilbud til pasientene. Disse regionene har i dag derfor et større fokus på å bygge opp sitt tilbud innad i regionen, enn de andre regionene, for selv å kunne tilby sine innbyggere de helsetjenester som etterspørres. Ved å tilpasse ordningen til den enkelte region, vil den økonomiske styringen kunne fremstå som mer optimal (Danske Regioner, 2010, s. 2).

Hovedstadsregionen tar utgangspunkt i DRG-verdien av den planlagte aktiviteten i fastsettelsen av sitt prestasjonsbudsjett. Dersom en aktivitet går ut over, eller er lavere enn dette nivået, vil den henholdsvis finansieres med 50 % DRG-pris eller trekkes med 50 % av prisen. Hver region har et krav om produktivitetsøkning på årsbasis som blir innarbeidet i avtalen. Et produktivitetskrav er et krav om en oppnådd produktivitet. Når et krav om produktivitetsøkning innarbeides i avtalen, kreves det at regionen klarer «å produsere» litt mer helsetjenester med samme ressurser som året før. For 2010 ble det tillagt et krav på 1,6 % i tillegg til det generelle på 2 % (Anthun, et al., 2010).

I region Sjælland blir aktiviteten finansiert med 70 % DRG-verdi og 30 % ramme opp til det planlagte nivået. Over dette nivået benyttes det en andel på 55 % av DRG-verdi. Denne andelen vil gjelde helt opp til regionens statelige meraktivitetsgrenseandel, før den deretter faller til 10 % DRG-verdi. I 2010 er produktivitetskravet for denne regionen 3,5 % (Anthun, et al., 2010).

I Region Syddanmark er finansieringsmodellen litt ulik fra de to overnevnte. I denne regionen vil aktivitet, opp til et planlagt nivå, bli finansiert gjennom en DRG-justert rammebevilgning. Denne rammen tar høyde for at det vil være ulikheter mellom de forskjellige sykehusene i tilknytning til produktivitet, dekningsgrad (andelen av hver omsetningskrone fra et produkt som er igjen til å dekke de faste kostnadene, etter at variable kostnader er trukket fra (Boye, Heskestad & Holm, 2006)) og kostnadsnivå. Det vil også være type aktivitet som avgjør hvor stor finansieringen vil være utover den planlagte aktiviteten. Produktivitetskravet vil også variere etter aktivitet og sykehus, men det samlede kravet er på 2 % hvert år (Anthun, et al., 2010).

Region Midtjylland ligner i sin finansieringsmodell litt på Hovedstadsregionene, ved at aktivitet over den planlagte finansieres med 50 %. Aktivitet under den planlagte blir trukket med 50 %. Generelt blir den planlagte aktiviteten finansiert med et budsjett som baserer seg på en regional DRG-pris. Det settes derimot et «tak» på meraktiviteten. I figur 3.4.4 illustreres dette «taket» med den blå linjen. Det innebærer at aktivitet som overstiger dette «taket» ikke vil bli refundert.

70 % av den planlagte aktiviteten blir finansiert etter en DRG-verdi, mens de resterende 30 % gis som en grunnbevilgning i Region Nordjylland. Dersom det oppstår aktivitet utover det allerede planlagte, opereres det med to satser. 20 % DRG er den generelle, men på områder som er spesielt prioritert er satsen satt til 70 % (Anthun, et al., 2010). Se figur 3.4.4 for illustrasjon av inntektsstrukturen.

Interesseorganisasjonen for de fem regionene, Danske regioner, utarbeider i samarbeid med staten hvert år en budsjettavtale. Størrelsen på bevilgningen til helsetjenesten blir bestemt i dette samarbeidet.

Som det fremkommer av tabellen under blir «sørge for»-ansvaret i Danmark finansiert gjennom fire ulike tilskudd som utgjør regionens inntekter. Et av tilskuddene kommer som et rammetilskudd fra staten ut fra en rekke objektive fordelingskriterier, og kompenserer dermed for forskjeller i behov for tjenester og kostnadsulemper. Et eksempel på et slikt kriterium er befolkningens alderssammensetning i de ulike regionene. I 2010, utgjorde dette rammetilskuddet 77 % av den totale finansieringen. De tre andre tilskuddene utgjør den resterende inntekten og knytter seg henholdsvis til 3 % statlig aktivitetsbestemt tilskudd, 8 % kommunalt rammebidrag og 12 % kommer som et aktivitetsbasert tilskudd fra kommunene (Anthun, et al., 2010, s.15).

Dersom det ett år fremkommer et underskudd i sykehusregnskapet ved årets slutt, må dette i prinsippet dekkes inn i det påfølgende året. Den aktivitetsbaserte finansieringen, «meraktivitetspuljen», er et beløp som utstedes dersom den samlede aktiviteten overstiger den planlagte. Formålet med denne finansieringen er å øke aktiviteten på sykehuset. På grunn av denne meraktivitetspuljen vil derfor den aktivitetsbaserte inntekten, som blir utbetalt til de fem regionene, utgjøre 10-15 % når den kommunale medfinansieringen er medregnet. Det må her bemerkes at inntektene er knyttet til den somatiske aktiviteten (Anthun, et al., 2010).

I Danmark benyttes i dag DRG-systemet DkDRG. Dette systemet er utviklet fra NordDRG, som er systemet Norge og Sverige benytter. Systemet DkDRG er utviklet i samarbeid med spesialister innenfor de ulike fagdisiplinene, for å skape en større legitimitet i systemet.

DRG blir ikke bare brukt til finansiering av de ulike aktivitetene. Det gir også et godt informasjonsgrunnlag til sammenligning enten mellom ulike sykehus eller på tvers av landegrenser. Allerede i 1995 ble DRG benyttet som et informasjonssystem. Det var produksjonen og produktiviteten på sykehusene det spesielt var interessant å sammenligne. DRG er også en viktig informasjonskilde i tilknytning til styringen internt på sykehusene, samt at det blir benyttet i aktivitetsstyring, benchmarking og prising. Det var ikke før i 2000 at DRG så smått ble benyttet i finansieringen av sykehusene i Danmark.

Først når en region kan bevise at de har hatt en høyere aktivitet enn den planlagte, vil staten betale ut det aktivitetsbestemte tilskuddet. Samtidig er det viktig for regjeringen å ha informasjon om utviklingen i aktivitetene slik at de kan dokumentere effekten av det aktivitetsbaserte tilskuddet. I de danske regionene går utviklingen på sykehusene mot kortere liggetider. I 2001 var gjennomsnittlig liggetid 5,2 dager, mens den i 2009 hadde sunket til 3,8 dager (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010). I 2007 ble ordningen med fritt sykehusvalg i Danmark utvidet. Pasientene fikk da mulighet til å velge private sykehus dersom de offentlige sykehusene ikke kunne tilby dem behandling innen én måned. Grensen var tidligere to måneder. Dette har ført til en kraftig vekst i antall personer som opereres i det private, fra 4000 i 2001 til 55000 i 2009 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010).

Tabell 5.2.1 nedenfor oppsummerer de største likhetene og forskjellene mellom finansieringssystemene i helsesektoren i nabolandene Norge, Sverige og Danmark. I den videre sammenligningen av systemene i kapittel 6.1 vil denne tabellen være grunnlaget.

	Norge	Sverige	Danmark
Oppbygging	Fire regional helseforetak	18 fylker, 2 regioner og Gotland (heretter kalt «fylker»)	Fem regioner
Lokal politisk styring?	Nei	Ja, gjennom valg	Ja, gjennom valg
Hva er sørge-for-nivået?	Regionale helseforetak	Fylkene	Regionene
Hvordan finansieres sørge-for-ansvaret?	Blanding av innsattsstyrt finansiering og befolkningsbaserte tilskudd korrigert for behov. Justering for regionale kostnadsforskjeller	I hovedsak lokale skatter, men med befolkningsbasert utjevning. Utjevning tar hensyn til lokale kostnadsforskjeller.	Befolkningsbasert modell korrigert for behov. Flatt tilskudd i bunn. Korreksjon for kostnadsforskjeller.
Er det aktivitetsbasert finansiering av sørge for-nivået?	Ja	Nei	Ja, en liten andel (ca. 3 %) gjennom en statlig meraktivitetspulje, samt ca. 12 % kommunal medfinansiering.
Hvordan organiseres sykehusene?	Helseforetak eid av de regionale helseforetakene	Eid av fylkene	Eid av regionene
Hvordan finansieres sykehusene?	Kombinasjon av aktivitetsbasert finansiering og befolkningsbaserte rammetilskudd.	Varies mellom fylkene. Dels benyttes kombinasjon av aktivitet og ramme, dels kun ramme.	Kombinasjon av aktivitet og ramme. Den aktivitetsbaserte delen utgjør mellom 50 % og 70 % for somatiske tjenester, og er knyttet til spesifikke aktivitetsmål. Aktivitetsbasert finansiering også for psykisk helsevern fra kommunene
Er det større endringer på trappene?	Kommunal medfinansiering diskuteres	Innføring av nasjonal stykkprisfinansiering har vært diskutert, men	Reorganisering av sykehus

		er ikke konkret vurdert. Flere län planlegger innsatsstyrt finansiering av psykisk helsevern. Regionalisering utredet, men ikke implementert	
Pasientklassifiseringssystem og grupperingssystem	NordDRG baser på ICD10	NordDRG basert på ICD10	DkDRG basert på ICD10
DRG i bruk til finansiering av sykehusene	Ja	Delvis. Ingen nasjonal styring, landstinget velger finansieringsmodell, 7 av 21 landsting bruker DRG	Ja
Gjestepasientoppgjør med DRG betaling	Ja	Ja	Ja

Kilde: (Anthun, et al., 2010, s. 9, 10, 27).

Tabellen 5.2.1 Sammenligning av de tre landene

5.3 Resultater fra informantintervju i helsesektoren

I dette kapitlet presenterer vi de oppfatninger og meninger som har fremkommet gjennom intervjuer med informanter fra ulike instanser i den norske helsesektoren. I tillegg har vi innhentet meninger gjennom relevante avisartikler og informasjon fra rapporter utgitt av institusjoner tilknyttet helsesektoren i Norge. De nevnte kildene er ment å være et hjelpemiddel for å kunne drøfte våre fire hypoteser. Hypotesene utgjør til sammen et grunnlag for vår drøfting av masteroppgavens hovedproblemstilling:

Innsatsstyrt finansieringen – kun et finansieringssystem eller også et insentivsystem?

5.3.1 Mål

Hypotese 1: Økt kjennskap til og aksept av Stortingets mål for helsesektoren, fører til økt motivasjon blant legene til å gjennomføre og prioritere oppgaver i tråd med målene.

Den overordnede målsetningen for helsesektoren i Norge er å ha et helhetlig helsetilbud til alle. Stortinget utarbeider hvert år om lag 200 mer presise mål som formidles til de regionale helseforetakene og videre til helseforetakene gjennom oppdragsdokumentene. Dette uttrykker vår informant fra Riksrevisjonen. I utgangspunktet vil spesifikke mål være positivt for motivasjonen til de ansatte i helsesektoren, men en aksept fra de ansatte på et operasjonelt nivå vil være avgjørende for den enkeltes motivasjon til å oppnå målene. Politikerne kritiseres av Riksrevisjonen for å sette målene for spesifikt. Videre uttaler vår respondent i Riksrevisjonen at for spesifikke mål fra Stortinget, som følge av at Stortinget ønsker mer kontroll av aktiviteten på sykehusene, vil ødelegge tanken bak styringssystemet i helsesektoren. Eksempler på slike spesifikke mål er «ingen parkeringsavgift på sykehusene» og «hvilke operasjoner det enkelte sykehus skal prioritere». Med så mange som 200 mål, vil det være stor sannsynlighet for at noen av disse er motstridende. Samtidig vil målene igjen kunne skape en målkonflikt med interne mål på RHF- og HF-nivå. Eksempelvis kan ikke mål om «reduerte ventelister» og «ingen vekst i aktiviteten» kombineres. Vår respondent som er leder i en av stabsavdelingene på Sørlandet Sykehus HF (SSHF) bekrefter dette.

Vedkommende trekker frem oppdragsdokumentet fra Helse Sør-Øst som blant annet inneholder 35 sider med tabeller over indikatorer som sykehuset skal rapportere tilbake til departementet. Stabslederen mener at for mange måleparametere, som tilsynelatende er like viktige, kan vi fokus vekk fra det som burde vært førsteprioritet. Dette eksemplifiseres med antall inn- og utskrevne pasienter. Mange inn- og utskrivninger kan se positivt ut for et

kvantitativt mål som gjenspeiler produktivitet, men er imidlertid ikke representativt for god kvalitet. Økonomidirektøren ved det samme sykehuset bekrefter disse synspunktene. Han uttaler også at oppdragsdokumentet inneholder meget konkrete målsetninger på hva Helse- og omsorgsdepartementet krever rent faglig, men det fremsettes også krav knyttet til kvalitet og volum av pasientbehandlingene. Hver måned rapporteres det fra sykehusene om måloppnåelsen på mange av disse målene, i tillegg til en rekke styringsindikatorer. «Både på måloppnåelsen og styringsindikatorene er det nasjonale målsetninger som vi blir målt opp mot», sier økonomidirektøren. Videre fremhever han at rapporteringen er godt utviklet med tanke på «Balanced Scorecard»-tenkning, det vil si at sykehusene måles på mer enn bare økonomiske nøkkeltall. Det er imidlertid ikke utarbeidet nasjonale styringsverktøy for å utnytte disse indikatorene internt på sykehuset. Vår respondent fra Riksrevisjonen er enig i påstanden om mye rapportering. Krav til mye rapportering er en konsekvens av en streng styringslinje hvor alle må rapportere til nivået over seg, hevder han. Samtidig tilføyer han at problemet er at det finnes for lite analyseverktøy til å få utbytte av det arbeidet som legges ned i rapporteringen.

Noe av problemet med at spesifikke mål settes allerede på stortingsnivå, er at målene ikke tilpasses situasjonen på hvert enkelt sykehus. Dette bekreftes av vår respondent fra Helse Bergen, som mener enkelte av helsemålene som settes av Stortinget kan være vanskelig å oppnå for sykehusene. På samme måte som for ISF-ordningen, er det opp til det enkelte RHF å tilpasse Stortingets mål til de ulike helseforetakene. I følge informanten fra Riksrevisjonen skjer denne tilpasningen i midlertid ikke så ofte. Vedkommende belyser denne påstanden med følgende: «Per dags dato er det et aktivitetsmål på 1,5 % vekst i somatikken. I de fire helseregionene er pasientene utsatt for ulik ventetid tilknyttet behandling. Det vil da være naturlig å stille ulike krav til regionene. Dersom alle sykehus blir vurdert ut fra det samme kravet, vil det være enklere for sykehus med et dårlig utgangspunkt å oppfylle dette. Et sykehus som allerede har satset på det aktuelle aktivitetsområdet, vil med dette systemet bli straffet for å ha en høy aktivitet i utgangspunktet».

Som nevnt i vårt avsnitt om organisering i kapittel 2, *Helsesektoren i Norge*, er avstanden stor mellom de ulike instansene i styringslinjen i den norske helsesektoren. Ledelsen på HF-nivå har i oppgave å styre ressursene for å oppnå de målene som er satt fra Stortinget. De opplever imidlertid ikke å bli tatt med i utformingen av målene, samtidig som de utsettes for mål det er vanskelig å oppnå. Økonomidirektøren på Sørlandet Sykehus HF mener at målsetningen blir tredd nedover hodene på de ansatte på sykehuset. Videre kommenterer han at HFet får målene

til uttalelse hvert år. Uttalelsene blir rapportert til RHFet hvor det blir laget en oppsummering av de fremkommende innspillene. Innspillene får derimot sjelden noen virkning på målene som blir vedtatt på Stortinget. En av stabslederne ved Sørlandet Sykehus HF er litt mer moderat i sin uttalelse. Vedkommende har inntrykk av at det er rom for å diskutere med RHFet når det gjelder hovedbestillingene av aktiviteter i oppdragsdokumentet til sykehuset. Samtidig har vedkommende opplevd å bli overstyrt av RHFet i form av påtvungne mål. Respondenten mener dette kommer av at RHFet som eier av helseforetakene også har fått en bestilling fra departementet som de gjerne vil oppfylle. For at målene som pålegges sykehusnivå kan oppfylles sier vedkommende at det må gjøres noen tilpasninger til situasjonene på sykehuset. Grunnen er at målene som settes av Stortinget ofte er generelle og ikke tilpasset situasjonen på det enkelte sykehus. Tilpasningene som enkelte ganger blir gjort på sykehusene gjøres derfor ikke for å lure systemet, men for å ha mulighet til å nå målene som er satt. Et av problemene som blir fremhevet er «avstanden» mellom leddene. Selv i den posisjonen vedkommende sitter er avstanden for stor til å ha full oversikt over hvilke ressurser som kreves. Resultatet av dette kan være at målene som departementet setter er urealistiske å oppnå med de tilgjengelige ressursene. I tillegg kan forsøk på oppfyllelse av disse målene kreve prioriteringer som leger ser på som uforsvarlige. Grunnet denne avstanden kan det være vanskelig for personer i ledende stillinger å forstå legenes arbeid. Det kan være utfordrende for en leder på departementsnivå å tolke og forstå de ulike tallene som rapporteres fra sykehusene sier stabslederen. Dette fordi vedkommende ikke har inngående forståelse for hva som skjer på sykehuset. En annen respondent bekrefter også synspunktet om den store avstanden mellom leddene i helsesektoren. Vedkommende mener kommunikasjonen nedover styringslinjen kan sammenlignes med hviskeleken. De mål som uttrykkes fra Stortinget kan i de påfølgende nivåene ned til legene oppfattes og videreformidles på en annen måte enn hva som var tiltenkt fra starten. Hvert styre på de ulike nivåene nedover styringslinjen er selvstendig, og kan derfor gjøre det de måtte ønske innenfor de gitte rammene fra nivået over.

Da vi spurte vår informant, som er overlege på anesthesiavdelingen ved Ullevål Universitetssykehus, UUS, om hans kjennskap til statens 200 mål, var hans første kommentar: «200 mål? Finnes det en liste over disse noe sted?» Overlegen opplever at legene ikke har spesielt god kjennskap til helsemålene fra Stortinget rent eksplisitt. Det gis i dag ingen informasjon direkte om disse målene. Det som fremkommer som hovedbudskapet fra Stortinget er at legene skal drive kostnadseffektivt og la faglige hensyn styre alle avgjørelser i tilknytning til pasienten. Overlegen ved anesthesiavdelingen sier at den kunnskapen legene har

om målene, er den de får gjennom media eller tilfeldig får høre av sine ledere. Det som derimot er mer spesifisert for legene er målene som kommer fra avdeling- og seksjonslederne på sykehuset. For eksempel formidles det fra avdelingsledelsen hva som skal prioriteres av behandlinger og pasienter.

Helsedirektoratet uttaler at legene ikke skal ta hensyn til refusjonssatser og inntekter tilknyttet den innsatsstyrte finansieringen, men i stedet fokusere på det medisinskfaglige i sine avgjørelser (Helsedirektoratet, 2011, a). Dette underbygges av parter på helseforetak-nivå og leger som hevder at legers avgjørelser skal baseres på medisinfaglige kriterier. Overlege ved Ullevål Universitetssykehus uttalte under intervjuet at «de politiske målene er veldig overordnede. Det er fagmiljøene som gjør prioriteringene og sitter med kunnskapen.» Enkeltavgjørelser må foretas av leger. Det er de som befinner seg «i felten» og har mulighet til å ta raske avgjørelser. Et tenkt tilfelle kan være under en operasjon, sier overlegen. Under slike omstendigheter vil det ikke være tid til å konferere med ledelsen, da fokuset ligger på pasients beste. Ledelsen har i tillegg ofte ikke fagkunnskaper eller kjennskap til situasjoner som oppstår i det daglige, påpeker han.

Dagsaktuelle saker i media kan resultere i politiske mål som videre blir pålagt sykehuset. Disse målene vil ofte ikke kunne kombineres ressursmessig med den aktiviteten som allerede er på sykehusene. Overlegen ved UUS fremhever brystrekonstruksjon som et godt eksempel. På mange sykehus er de plastikk-kirurgiske avdelingene opptatt med store skader som faglig prioriteres foran brystrekonstruksjon. Innføres det en garanti for brystrekonstruksjon etter kreft, vil det være vanskelig å oppfylle dette uten at avdelingene får tilført ekstra ressurser. Sykehus kan utsettes for økonomisk straff dersom en slik garanti ikke overholdes. Dermed kan en avdeling av økonomiske grunner bli tvunget til å flytte disse pasientene frem i køen. Avdelingens prioriteringer baserer seg da på økonomiske og ikke medisinske årsaker, poengterer overlegen.

Plassering i styringslinjen vil kunne ha betydning for graden av informasjon om ulike mål i helsesektoren. Dette kom tydelig frem i svarene fra en respondent fra Yngre Legers forening. Målene for helsesektoren og ISF-systemet var ukjente begrep for vedkommende, mens DRG-systemet og kodingen var godt kjent. Som respondenten selv presiserer, er vedkommende bare «en liten lege» som jobber på «gulvet» og ikke har alle mulige forkortelser og økonomiske faguttrykk klart for seg. Dette er også oppfattelsen økonomidirektøren ved SSHF har. Dette er også til en viss grad ønsket fra statlig hold. Helsedirektoratet mener at leger bør

ta sine avgjørelser etter medisinske vurderinger og ikke etter økonomiske (Helsedirektoratet, 2007). Dette mener også leder for stabsavdelingen ved Sørlandet Sykehus HF.

5.3.2 Koding og rapportering

Hypotese 2: Den innsatsstyrte finansieringen motiverer legene til feilkoding for å øke refusjonen.

Inntektene i helsesektoren fremkommer gjennom diagnoserelaterte grupper (DRG). Disse blir utviklet fra ICD-10, som er det kodeverket legene benytter til koding av pasientbehandlinger. Kodingen skjer ved utskriving av pasientene og skal reflektere behandlingsforløpet til den enkelte pasient. I Norge finnes det i dag omtrent 870 DRGer. Målet er at hver av de 870 gruppene skal inneholde pasientgrupper som både ressursmessig og medisinsk er relativt like (Helsedirektoratet, 2011, a). Det uttales fra Helsedirektoratet at systemet er noe grovmasket, noe som også bekreftes blant de informantene vi har spurt. Tanken med å plassere diagnoser i grupper med lignende ressursbruk stammer fra industrien, i følge en rapport utarbeidet av SINTEF (Midttun, Sverrbo, Thorsen, & Steinum, 2003, s.10). Det kan ses på som et paradoks at selv et bilverksted kan ha flere kostnadsgrupper enn hva det finnes i helsevesenet, hevder Kuvås (VG, 6. mars 2012). Alle pasienter er ulike og et behandlingsforløp vil sjelden tilsvare en standard fullt ut. En kan da spørre seg hvorfor så mange pasienter blir likt klassifisert. Helsedirektoratet, som selv har vært med på utarbeidingen av systemet, er klar over forenklingen. Dette er en måte å gjøre systemet mulig å håndtere, hevder direktoratet. Dersom systemet hadde bestått av mange tusen DRGer ville det kunne fremstått som mindre håndterbart, og dermed mer utfordrende å kontrollere om pasientene har havnet i riktig gruppe, fremkommer det i Helsedirektoratet sitt regelverk; Innsatsstyrt finansiering 2012. Økonomidirektøren ved Sørlandet sykehus HF trekker også en sammenligning mellom helsesektoren og industrisektoren. Han mener at det i dag blir innført en mer industriell tankegang i sykehusene. En industriell tankegang baserer seg på å produsere et størst mulig kvantum til en lavest mulig kostnad. Økonomidirektøren mener at problemet med en slik tankegang er at i en industribedrift vil enhetene som produseres være tilnærmet identiske, mens pasientene på et sykehus vil som nevnt ha ulike behov og derfor kreve en ulik mengde ressurser.

Flere av informantene vi har intervjuet poengterer at koding opptar mye av legenes tid som de kunne benyttet på andre arbeidsoppgaver. Pasientkontakt fremheves som en av oppgavene

legene ønsker å bruke mer tid på. Dette bekreftes også i undersøkelsen om kodekvalitet gjort av Riksrevisjonen. «I spørreskjemaundersøkelsen svarer 45 prosent av legene at manglende prioritering av kodearbeidet er en viktig årsak til lav kodekvalitet. Tidspress hos den enkelte lege kan føre til svak kodekvalitet» (Riksrevisjonen, 2006). Respondenten fra Riksrevisjonen sier at enkelte har en oppfattelse av at innføringen av den innsatsstyrte finansieringen i 1997 er noe av grunnen til at koding tar så mye tid. Leger i Norge er pliktige til å kode diagnoser og prosedyrer til statistiske formål. Isolert sett skal ikke innføringen av innsatsstyrt finansiering ha ført til at kodingen som legene foretar krever mer tid enn tidligere. Av den grunn mener vår respondent det viser manglende kunnskap hos de som hevder at kodetiden blir redusert dersom ISF blir fjernet. En årsak til at kodingen i dag tar mer tid enn tidligere, kan være at det er mer fokus på å kode riktig, uttaler en respondent fra Helse Bergen. En mer nøyaktig koding vil etter innføringen av ISF føre til en korrekt inntekt for sykehuset og dette kan derfor være årsaken til økt fokus på å foreta en mer korrekt koding.

Legene har all makt i tilknytning til kodingen av diagnoser og prosedyrer. Grunnen er at ledelsen ikke har medisinsk kompetanse og derfor ikke har direkte kontroll på hva legene foretar seg. Dette uttrykker flere av våre informanter. Kodingen er legenes måte å synliggjøre sine resultater på. Lederen for en stabsavdeling ved SSHF uttrykker viktigheten av denne synliggjøringen for interessenter til sykehussektoren. «Som leder, potensiell kunde og skattebetaler tenker jeg det er kjempeviktig at vi har systemer som kan dokumentere alt av ressurser gjennom penger og folk. Vi bruker mye penger på helse i Norge, så klart må man også kunne stille krav til hva man får ut av dette.»

Det er viktig å presisere at en leges koding er avgjørende for avdelingens inntjening og ikke den individuelle leges avlønning. Dette uttaler vår respondent i Yngre Legers Forening. Vedkommende mener også det er viktig å få frem at dette systemet er noe de er pålagt fra helsemyndighetene og ikke noe de gjør av egen interesse. Overlegen ved Ullevål sykehus sier det er en felles holdning blant legene at avdelingen skal vise til et godt økonomisk resultat. Det kan oppleves som «urettferdig» dersom refusjonen ikke dekker de kostnadene som påløper. Dersom legene mener en behandling er for dårlig refundert, kan det være fristende å endre koden til en kode hvor refusjonen er nærmere faktisk ressursbruk på behandlingen. Dette er en felles oppfattelse blant våre informanter. For å sikre seg mot feilkoding er det avgjørende å ha et kontrollsystem som kan fange opp den eventuelle feilkodingen. I dagens system blir kodene kontrollert hos Norsk Pasient Register og Helsedirektoratet. Ved denne formen for «overvåking» av legene må man se på kostnaden man bruker kontra nytten man

oppnår ved en mer pålitelig rapportering. Det at noen leger velger å feilkode for å oppnå bedre økonomiske resultater vil også kunne gi utslag i dårligere beslutningsgrunnlag. Vår informant i Riksrevisjonen mener at DRG er et av de viktigste beslutningsgrunnlagene for norsk helsepolitikk. Det er åpenlyst at jo bedre informasjon Stortinget har, jo bedre beslutninger vil de ta, mener han. DRG-informasjonen benyttes også som beslutningsgrunnlag på helseforetak- og sykehusnivå, og vil derfor påvirke påfølgende års budsjetter i avdelingene.

Et problem med dagens kodepraksis er at kodene ikke oppdateres raskt nok i forhold til ny medisinsk teknologi. Det er hele tiden utvikling i behandlingsmetodene. Økonomidirektør ved SSHF mener problemet da blir at kostnadsvektene ikke er oppdaterte og dermed ikke tar hensyn til de nyeste metodene. Dette bekreftes også av flere av våre respondenter. Mange leger kan på grunn av sen oppdatering av kostnadsvektene vegre seg mot å implementere nye og dyrere metoder, på tross av at metodene vil være mer fordelaktig for pasientene. Dette fordi kostnadene som påløper vil være så betydelige at avdelingen ikke har mulighet til å gjennomføre dem uten underskudd. Fra våre intervjupersoner fremkommer det imidlertid at ikke alle leger ønsker å ta hensyn til de økonomiske konsekvensene ved implementering av nye medisinske behandlingsmetoder. Det er viktig både for legenes faglige utvikling, men også for at sykehuset skal kunne følge med på utviklingen, at nye metoder blir tatt i bruk. Noen avdelinger forsøker derfor å spare inn kostnader på andre områder, for på den måten å kunne benytte en ny og bedre metode som er underfinansiert, sier vår informant fra Ullevål sykehus. Dette kan være en årsak til at noen leger velger å ta risikoen med å legge inn feil koder, mener informanten.

Mens noen koder feil for å få mer penger, kan feilkodingen også virke motsatt vei. Feilkoding kan skyldes at legene ikke har kunnskap eller tid nok til å få med alle aspekt i behandlingen når kodene registreres. Flere av legene kommenterer at god opplæring er nødvendig for å kunne kode tilstrekkelig. Riksrevisjonen avdekker i sin undersøkelse av kodekvaliteten ved helseforetakene at hver tredje lege mener de ikke har fått systematisk opplæring i medisinsk koding (Riksrevisjonen, 2006). Videre i undersøkelsen fremkommer det at: « Det synes som om den enkelte avdelingsleders interesse for medisinsk koding er avgjørende for hvilken opplæring som gis den enkelte lege» (Riksrevisjonen, 2006). Denne oppfattelsen uttrykte også leder ved stabsavdelingen ved SSHF. Vedkommende kommenterte at fordi codesystemet er svært omfattende, krever det en viss interesse for å sette seg tilstrekkelig inn i det.

Dersom alle koder tilknyttet en behandling ikke registreres blir følgen at avdelingen får mindre penger enn behandlingen krever. Det brukes også store ressurser for å følge opp kodingen. Som intervjuobjektet fra Yngre Legers Forening poengterer vil arbeidet med «å lete» etter koder redusere pasientkontakten. Vedkommende forstår at kodingen er nødvendig for å oppnå en inntjening, men det er ikke noe legene har personlig interesse av. Overlege på anesthesiavdelingen ved Ullevål Sykehus legger frem et eksempel på hva en eventuell konsekvens av mangelfull koding blant legene kan medføre. Ved en gjennomgang av diagnosekodingen for omlag 50 pasienter med alvorlige skader ved Ullevål Sykehus, ble det oppdaget mangelfull koding. Det utgjorde omtrent 50 millioner kroner i ISF-refusjon. Dette viser hvor avgjørende diagnosekodingen er for inntektene og hvor små marginer som kan være av betydning for at sykehusene skal få sin inntjening.

En generell oppfattelse er at bevisst feilkoding blir sett ned på av omgivelsene, slik at helseforetakene får mindre resultatbasert inntekt. Det er ikke akseptert blant legene systematisk å feilkode i tillegg til at det er strengt forbudt, påpeker en representant fra Yngre Legers Forening. Noen leger hevder at de gangene feilkoding skjer, er når følelsen av urettferdighet er for dominerende. Økonomidirektør på Sørlandet Sykehus HF underbygger legenes oppfattelse. Han presiserer at legene i utgangspunktet har et medisinskfaglig fokus og et ønske om at kodene skal fremstå som korrekt. Samtidig som det er de som er nærmest til å se spriket mellom inntekter og kostnader. Det han ser på som utfordringen i systemet er tregheten i oppdatering av koder. Årsaken til dette kan være at oppdateringen må gjennom flere ledd før den kan godkjennes og benyttes i systemet. For mye kontroller, kodelarbeid og lignende fører til en form for byråkratisering som ikke helsesektoren er tjent med. Dette hevder overlege ved UUS.

Det hevdes fra Legeforeningens side at det generelt ikke finnes direkte strategisk feilkoding. Det som derimot kan forekomme er ulike gråsoner som ikke er dekket i regelverket. Eksempelet vedkommende fremhever kommer av treghet i systemet. Utviklingen av nye behandlingsmetoder kan gjøre at der det tidligere var nødvendig med to aktiviteter nå kun benyttes én aktivitet som anses som bedre. Så lenge den nye behandlingsmetoden ikke er registrert i kodesystemet vil man kunne fortsette å kode for to aktiviteter. Som et resultat av dette kan avdelingen få tildelt en større refusjon dersom refusjonen av de to aktivitetene til sammen utgjør en større inntekt enn den nye aktiviteten. Velger man å kode for de to opprinnelige aktivitetene, koder man i utgangspunktet slik systemet krever. Samtidig er man klar over at det ikke stemmer overens med den faktiske aktiviteten. Dette viser tydelig

gråsonene systemet skaper. Videre i den overnevnte rapporten fra Riksrevisjonen fremkommer det at kodeverket ikke alltid er tilpasset den medisinske praksisen. I undersøkelsen har mange leger svart at der dette er tilfellet velger de ikke å kode i samsvar med regelverket (Riksrevisjonen, 2006).

5.3.3 Vridningseffekter

Hypotese 3: Det er negativ samvariasjon mellom pasientenes ventetid og pasientenes økonomiske lønnsomhet på grunnlag av refusjonssatsene i den innsatsstyrte finansieringen.

Sykehusreformen i 2002 førte til en reorganisering hvor eierskapet og finansieringsansvaret ble overført fra fylkeskommunene til staten. Det ble under denne reformen opprettet et «sørge for»-ansvar som de nyetablerte regionale helseforetakene fikk i oppgave å oppfylle. Dette ble gjort for å oppnå et tydeligere skille mellom virksomhetene og det overordnede politiske organ. Dette er i tråd med New Public Management, en betegnelse på reformer hvor det innføres mer markedsorientering i offentlig sektor, nevnt i kapittel 2.1. De regionale helseforetakene har nå ansvaret for å tilby helsetjenester til sin region i tråd med Stortingets mål. ISF-systemet fører til at en del av de regionale foretakenes finansiering avhenger av den aktiviteten som skjer på sykehusene. Det er ulike meninger om hvordan det nye systemet påvirker styringen i virksomhetene. Legene Vegard og Torgeir Bruun Wyller skriver i et leserinnlegg, DN 12. mars 2012, at dette blir samme organisatoriske modell som for en produksjonsbedrift. Sykehusene betraktes som selvstendige enheter med «inntjening» på bakgrunn av «produksjon» av helsetjenester. Bruun Wyller anser det som ødeleggende for helsesektorens egentlige verdigrunnlag at økonomisk inntjening blir viktigere enn kvaliteten i pasientbehandlingen. De ser det som nødvendig at modellen tilpasses den enkelte virksomhets egenart.

De regionale helseforetakenes viktigste oppgave blir å holde budsjett, på tross av departementets uttalelser om at det legger sterkest vekt på pasientbehandling. Dette hevder en respondent tilknyttet sykehusnivå. Videre uttales det at kravet om å holde budsjett er det som tydeligst uttrykkes og som RHFet lettest kan måles på. Dermed vil RHFene pålegge sykehusene å ha et økonomisk fokus. Dette uttrykker også tidligere assisterende direktør ved Rikshospitalet, Jomar Kuvås, i et leserinnlegg i VG. Han kommenterer at ventelistejuks er et resultat av at «sykehusene blir presset av eier og departementet når ventelistene øker og underskuddet øker» (VG, 6. mars 2012).

Pasienter som ikke har fått tilbud om behandling innen den tiden de kan kreve med hensyn på «ventelistegarantien», har rett på behandling ved et privat sykehus, eventuelt i utlandet (Prioriteringsforskriften, kap.1, § 6). Det økonomiske utlegget må da dekkes av det regionale helseforetaket. Det er ikke lønnsomt for RHFet å betale andre helseforetak for behandling av «egne» pasienter. Et alternativ for å beholde «sine egne» pasienter er derfor å jukse med ventelistene for å unngå at pasienter som er klar over sine rettigheter benytter disse og får behandling et annet sted på RHFets regning, hevder Trygve Hegnar i sin artikkel, Finansavisen 5. mars 2012. Han ser ikke på dette som juks fordi de pasientene som rykker frem i køen har ventet lenger enn det ventelistegarantien tilsier (Hegnar, 2012). I tillegg har vi i Norge fritt sykehusvalg. Denne rettigheten er hjemlet i Pasientrettighetsloven § 2-4. Dette innebærer at pasienten kan be om å bli behandlet der han selv ønsker. Ønsker vedkommende seg til et sykehus utenfor «sin» region, må RHFet pasienten tilhører betale for behandlingen. På grunnlag av stram økonomi blir det viktig for RHFet å ha et tilstrekkelig tilbud for å beholde «sine» pasienter. I en stortingsdebatt referert i Aftenposten 4. mars 2012 uttrykker stortingsrepresentant for Høyre, Michael Tetzschner følgende: «Systemet er sånn at helseforetakene ikke har lyst til at pasientene skal bruke sykehusvalget. De vil heller behandle selv, så de slipper å betale for behandlingen ved andre sykehus» (Johansen & Skjeggstad, 2012). Sykehusene vil derfor prioritere behandling til de pasientgruppene som de erfaringsmessig vet vil utnytte sine rettigheter. Dette for ikke å miste pasienter og økonomiske ressurser til andre regioner. Prioriteringen skjer da på bakgrunn av økonomisk fokus, og ikke etter hvilke pasientgrupper som har størst behov for behandling er oppfatningen blant flere av informantene.

Helsedirektoratet presiserer i ISF-regelverket for 2012 at systemet ikke er ment å være et prioriteringssystem. Derfor skal kostnadsvektene for de ulike DRGene i størst mulig grad gjenspeile de faktiske kostnadene. Det er allikevel klart at faktiske behandlingskostnader vil variere innenfor en DRG. «ISF-refusjonen vil i noen tilfeller kunne dekke større deler av behandlingen og andre ganger langt mindre» (Helsedirektoratet 2007, s. 13). Helsedirektoratet mener at grunnen til dette er at kostnadsvekten for den enkelte DRG bygger på en gjennomsnittskostnad for hver gruppe med relaterte diagnoser. Ut fra et økonomisk perspektiv vil derfor enkelte pasienter være mer lønnsomme enn andre. Vår respondent i staben på SSHF sier i tilknytning til dette at en rasjonell økonom vil fokusere på størst mulig inntjening i forhold til kostnadene. Det vil derfor naturlig kunne vris mot de aktiviteter som er mest lønnsomme. Den nevnte respondenten uttaler også at «det er ikke mange som har noen

formening om hva det faktisk koster å generere inntekter på sykehuset». En prioritering av pasienter etter lønnsomhetsgrad vil i midlertid stride mot ISF-ordningens intensjon om å være et nøytralt prissystem.

Overlege Einar Bugge ved Universitetssykehuset i Nord-Norge har et motinnlegg i DN 20. mars 2012 til Bruun Wyllers tidligere nevnte innlegg i samme avis. Bugge mener at påstanden om at sykehusene nå blir ansett som industribedrifter, hvor inntjening er basert på produksjon, er feil: «Påstanden er virkelighetsfjern» uttaler han. Han har helt tydelig en annen oppfattelse av systemet enn Bruun Wyller. Det finnes i følge Bugge ikke lønnsomme pasienter, fordi inntektssystemet er kostnadsnøytralt. Grunnen til at sykehus i enkelte perioder forsøker å gå i overskudd er at de skal ha mulighet til å investere i nybygg og medisinsk teknisk utstyr. Dette er investeringer som kommer pasientene til gode, mener Bugge. Økonomidirektør ved Sørlandet sykehus HF uttrykte en annen holdning til denne ordningen under vårt intervju. Han opplever at investeringsmidlene som kommer fra RHFet hvert år er for små til å dekke sykehusets avskrivninger. Det legges heller ikke opp til nyinvesteringer, slik at det ikke er mulig å henge med i den teknologiske utviklingen. Investeringer for å fornye bygg og utstyr må derfor komme fra et overskudd i driften. Når budsjettene i utgangspunktet er stramme, vil det være en stor utfordring, hevder han.

Det Bugge ser på som den største utfordringen er tilgangen på kvalifisert personell (DN[leserinlegg], 20. mars 2012). Han påpeker også at tilgangen på kvalifisert personell kan være et større problem i Helse Nord enn i andre regioner på grunn av geografiske forskjeller. Dette bekreftes også av andre respondenter. Økonomidirektøren ved Sørlandet sykehus HF ser derimot på dårlige investeringsmuligheter som en hindring i kampen om kompetente ansatte. Som han selv uttrykker er dette som en ond spiral. Sykehusene har problemer med å følge med i utviklingen, og det går bare så vidt å holde driften i gang over tid. Dette er lite motiverende for leger som ønsker å være med på utviklingen og jobbe der de har det nyeste utstyret. For å kunne tiltrekke seg faglig dyktige leger kan det være nødvendig å ta noen strategiske valg og investere i moderne og dyrt utstyr. Dette blir en spiral, fordi det moderne utstyret driver kostnader. Moderne utstyr gir mange muligheter, slik at det kreves økt bemanning og tidsbruk per pasient. Samtidig blir pasientens helse bedre av at kvaliteten på utstyret øker, som igjen fører til at også kvaliteten på behandlingen øker. Økonomidirektørens syn er at kvaliteten på behandlingen er det viktigste, men at det er nødvendig å finne en balansegang for å holde seg innenfor de økonomiske rammene.

Stortinget har utarbeidet ISF-refusjonen for å gi insentiver til å oppnå de årlige aktivitetsmålene i sykehusene. Fra 1997 og frem til 2003 var det uttrykte målet med ISF-ordningen å øke aktiviteten på sykehusene for å redusere ventelistene. Vår representant fra Riksrevisjonen påpeker at risikoen med dette målet var at sykehusene økte aktiviteten fordi det var lønnsomt, uten å tenke på hvilke kostnader det førte med seg. Faren var da at sykehusene mistet kostnadskontrollen, sier han videre. Den høye aktivitetsøkningen førte til at det uttrykte målet med ISF ble endret i 2003 til dagens mål. Det fremgår i Helsedepartementets rapport fra 2007 «Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten» at formålet med en aktivitetsbasert finansieringsordning «ikke [er] høyest mulig aktivitet men å stimulere til oppnåelse av de aktivitetsmål myndighetene setter på en effektiv måte». Dersom ISF-refusjonen gjør at sykehuset prioriterer annerledes enn Stortinget har ønsket, tyder det på at insentivene virker mot sin hensikt. Det er imidlertid viktig å være klar over at «man får det man måler», hevder lederen av en stabsavdeling ved SSHF. Ansatte vil ønske å kunne oppnå det de kan rapportere til en leder. En leder kan for eksempel måle en lege på liggetid per pasient for å oppfylle et overordnet mål om å drive mer effektivt med samme kvalitet. Faren er at fokus blant leger lett kan bli å redusere liggetiden på bekostning av kvaliteten. Vedkommende mener derfor det er viktig at ledelsen er bevisst på hvilke parametere de bruker for å kunne rapportere måloppnåelsen. Antall parametere vil også ha betydning. Når man benytter for mange målparametere til å kontrollere oppnåelsen av et mål, er det ikke alltid alle disse vil trekke i samme retning. Hovedfokus kan da lett bli glemt eller nedprioritert, sier respondenten.

Fra ISF-refusjonen ble innført i 1997 har den aktivitetsbaserte delen utgjort en varierende andel av den totale finansieringen. Ved innføringen i 1997 var andelen 30 %, mens den i 2003 hadde sin hittil høyeste andel med 60 % (St.meld. nr. 5 (2003-2004)). Det har vært diskusjoner rundt hvor stor den aktivitetsbaserte andelen burde være. Helsedirektoratet anbefaler i sin rapport en andel på 40 % som det er i dag (Helsedirektoratet, 2012). Dette begrunnes i en kraftig økning i aktiviteten de årene andelen var høyere.

Finansieringsordningen hadde da en for stor påvirkning på veksten i aktiviteten og kunne lett skape ufordelaktige vridninger mot lønnsomme aktiviteter. Vår informant i Helsedirektoratet poengterer imidlertid at prosentfordelingen blir politisk bestemt, og at Helsedirektoratet iverksetter det overordnet myndighet uttrykker. Våre intervjuobjekter fra Helsedirektoratet, Riksrevisjonen, Legeforeningen og ulike sykehus uttrykker en enighet om at dagens ISF-sats på 40 % er i nærheten av en god fordeling. En respondent fra Helse Bergen beskriver det som

en «nøktern fordeling». Han sier videre at «alle finansieringssystem har sine styrker og svakheter, og ingen er perfekt».

Det pekes også på flere svakheter ved denne fordelingen. Økonomidirektøren ved Sørlandet sykehus HF mener dagens fordeling er fornuftig, da 40 % dekker omtrent gjennomsnittlig variabel kostnad. Imidlertid hevder han at ordningen kunne vært noe mer differensiert mellom de ulike fagområdene ut fra deres kostnadsstruktur mellom faste og variable kostnader. Ved å innføre differensierte inntektsstrukturer kan man i større grad oppnå at disse er sammenfallende med avdelingenes kostnadsstrukturer. Fagområder hvor det hovedsakelig er sengeposter med mye medikamenter, slik som intensivavdelinger, mener han burde hatt en 90/10-fordeling, hvor 10 % utgjør den aktivitetsbaserte andelen. Dette mener han fordi disse avdelingene har en kostnadsstruktur hvor de fleste kostnadene er upåvirkelige, og vil påløpe uavhengig av aktiviteten. På den annen side har man for eksempel ortopediavdelinger som har en høy andel variable kostnader. Her mener han det ville vært fordelaktig med en større variabel inntekt fordi kostnadene i stor grad avhenger av den faktiske aktiviteten. Dersom operasjonen ikke gjennomføres, vil det heller ikke oppstå kostnader. Respondent fra stabsavdelingen på SSHF uttrykker imidlertid at vedkommende ikke er spesielt positiv til ISF. En ren rammefinansiering gir en bedre kostnadskontroll, men vil heller ikke være optimal ut fra vedkommende sin oppfattelse. Når ikke pasientbehandlingen genererer inntekt, kan pasienter bli sett på som en utgiftspost. Bjørn-Inge Larsen i Helsedirektoratet uttrykker faren for vridningseffekter gjennom et leserinnlegg i DN 2. februar 2012. «Et finansieringssystem som gjør enkelte behandlinger mer lønnsomme, kan medføre at det bygges opp mer kapasitet på disse områdene, på bekostning av andre prioriterte områder.»

Et problem med at DRG-systemet består av gjennomsnittssatser fremhever overlege ved UUS under vårt intervju. Han mener Helsedirektoratet legger inn feil insentiver for enkelte behandlinger. Det har forholdsvis nylig blitt innført ulike satser på dagkirurgi og pasienter som innlegges for en natt. Gjennomsnittskostnaden for en pasient som blir innlagt er relativt stor i forhold til pasienter som reiser hjem samme dag. Det er imidlertid viktig å poengtere at dette gjelder pasienter med like behandlinger, men at noen pasienter må legges inn fordi de opplever komplikasjoner i forbindelse med inngrepet. Pasienter som er inne på dagkirurgi og pasienter som blir lagt inn, utløser derfor to forskjellige DRG-refusjoner. Overlegen mener problemet oppstår når en relativt frisk pasient får mulighet til å overnatte på sykehuset etter operasjonen. En natt på sykehuset koster omkring 2000-3000 kroner, men utløser allikevel

DRG-refusjonen som er ment å skulle dekke en pasient med større komplikasjoner etter operasjonen. Dette mener han gir feil insentiver til legene. Legene kan da bli fristet til å la flere pasienter enn nødvendig bli værende over natten etter et inngrep som kun er ment å være dagkirurgi.

Det er en pågående diskusjon hvor langt ned i styringslinjen ISF-satsene skal benyttes. Stortingets mening med systemet er å stoppe det på helseforetaksnivå, men i realiteten blir det benyttet ned i sykehusene og videre til de enkelte avdelingene. Det er ulike meninger blant våre respondenter om hvor langt ned det er fordelaktig å fordele inntektene etter den innsatsstyrte finansieringen. De fleste vi har intervjuet av leger og ansatte i administrative stillinger ved sykehusene har en felles oppfatning om at ISF-refusjonen bør benyttes på avdeling- og seksjonsnivå. Respondenter utenfor sykehuset, samt kun én av våre respondenter blant legene, har derimot en oppfatning om at den burde bli stoppet på HF-nivå. Overlegen ved Ullevål sykehus hevder at det mest fordelaktige vil være å stoppe refusjonen basert på DRG-poeng på RHF-nivå. Han mener at jo lenger opp i systemet ISF-refusjonen blir stoppet, desto større jobb må dette nivået gjøre for å utvikle et egnet finansieringssystem for enhetene under dette nivået i styringslinjen. Han legger til at på Ullevål sykehus fordeler de i dag inntektene etter ISF ned til avdeling- og seksjonsnivå og viser med følgende eksempel hvilke ulemper dette kan ha. Konsekvensen av at DRG-vektene ikke er oppdaterte kan bli store på en skulderseksjon innenfor ortopedi når inntekten avhenger av produserte DRG-poeng. Eksempelvis vil den nye operasjonsmetoden kikkhullsoperasjon være mer behagelig for pasienten enn en «vanlig» operasjon. En ny operasjon som denne krever mye dyrt utstyr. ISF-refusjonen som er ment til å dekke 40 % av kostnadene til en «vanlig» operasjon dekker derfor ikke en like stor andel av kostnadene til kikkhullsoperasjonen. Ved seksjonen må man derfor prioritere hvor mange pasienter det er mulig å behandle med en kikkhullsoperasjon ut fra budsjetttrammene, sier han. Dette gjør at man ikke kan benytte en ny og bedre operasjonsmetode på alle pasienter fordi DRG-vektene ikke er oppdaterte, avslutter overlegen. At DRG-vektene gir feil refusjon fordi de ikke er oppdaterte, mener også representanten fra Riksrevisjonen kan gi vridninger i prioriteringen. Som en følge av dette blir prioriteringen av behandlinger derfor ofte økonomisk motivert.

En måte å få bedre oversikt over hvordan de faktiske kostnadene fordeler seg, er å benytte systemet Kostnad Per Pasient (KPP). Det er generelt en positiv holdning blant våre respondenter til denne beregningsmåten. Grunnen til at KPP ikke benyttes i særlig stor grad, er blant annet fordi det er nødvendig med et komplekst system til å fordele pasientkostnadene

ned til hver enhet på sykehuset. Kostnadene for å utarbeide og innføre et slikt kostnadsfordelingssystem er høye, og det vil ta lang tid før sykehuset får noen effekt av det. Dette forteller økonomidirektøren ved SSHF er grunnen til at systemet ikke er innført på Sørlandet sykehus HF. Han mener KPP vil være med å sette fokus på at det i noen avdelinger drives suboptimalt, med dårlig produktivitet som resultat. Samtidig poengterer han at slik systemet fremstår i dag, er det ikke godt nok utarbeidet. Kommentarer fra andre respondenter er at det vil være positivt å kartlegge alle kostnader knyttet til den enkelte pasient, men bare dersom det ikke blir økt fokus på økonomi. Det presiseres også fra Helsedirektoratet at KPP er et hensiktsmessig system å innføre. Dette kan ses på som en «vinn-vinn situasjon». Gjennom intervjuene har det spesielt kommet frem to positive følger av KPP. For det første vil det være mulig å budsjettere med mer korrekte kostnader, når man har et mer nøyaktig kostnadsgrunnlag. Dette vil lette styringen av sykehusene ved at inntektene blir mer forutsigbare på flere nivå. For det andre poengteres det fra Helsedirektoratets side at KPP vil kunne bidra til bedre kostnadsvekter, og på den måten et mer treffsikkert refusjonssystem. En av respondentene fra SSHF trekker imidlertid frem at det kan gi en negativ virkning hvis man får en høyere kunnskap om de faktiske kostnadene tilknyttet ulike behandlinger, uten at ISF-refusjonen endres. Som en følge av dette vil leger bli mer bevisst hvilke pasientgrupper som er lønnsomme, og dermed kunne vri fokus bort fra det medisinskfaglige.

De fleste av våre informanter hevder at en versjon av ISF-systemet vil bli videreført også fremover, og at dette i utgangspunktet er et godt system. KPP kan i fremtiden være med på å redusere faren for uheldige vridningseffekter. Kuvås uttrykker derimot et annet syn på ISF-systemet, i et leserinnlegg i VG 6. mars 2012. Han mener det må gjennomføres en form for rammefinansiering, hvor basisbevilgningen utgjør 100 %. Dette kan være med på å forhindre juks ved at de økonomiske insentivene fjernes. Kuvås ønsker å legge vekt på produktiviteten på sykehusene og belønne dem på bakgrunn av denne. Som et alternativ til en rettferdig finansiering nevner han, i tillegg til flere av våre respondenter, KPP som et mulig virkemiddel for å redusere den eventuelle vridningseffekten dagens finansieringssystem kan føre med seg.

5.3.4 Motivasjon

Hypotese 4: Den aktivitetsbaserte økonomiske belønningen i helsesektoren er ødeleggende for den indre motivasjonen til legene.

Den generelle oppfatningen blant alle våre informanter er at leger hovedsakelig drives av faglig prestisje og utfordrende oppgaver. Bak dette ligger det et indre ønske om å hjelpe pasientene. Samtidig kan legenes avgjørelser være kritiske for den enkelte pasient. Når raske beslutninger skal tas, er man derfor avhengig av at legene har motivasjon til å handle til pasientens beste i hvert enkelt tilfelle. Fordi alle pasienter er unike, vil av den grunn standardiserte løsninger ikke være tilstrekkelig i mange tilfeller.

Stortinget stiller krav til både pasientbehandling og den økonomiske styringen. De økonomiske målene blir imidlertid kommunisert tydeligere og er enklere å måle enn kvaliteten på behandlingene. Det kan samtidig være lettere for både RHF og HF å vise til bedring av økonomiske resultater i forhold til bedring av behandlingskvaliteten. RHFet blir derfor i stor grad målt på om de tilfredsstillende økonomiske krav som settes. Kuvås utdyper i et leserinnlegg i VG 6.mars 2012 at Helse- og omsorgsdepartementet legger press på RHFene ved å si «at det er udemokratisk å bruke mer penger enn sykehuset er tildelt». Disse kravene føres videre ned til de lavere nivåene i styringslinjen. Fordi både mål og refusjonsordningen ofte blir videreført direkte ned til avdelingene på sykehuset, kan ikke legenes avgjørelser i alle tilfeller baseres kun på medisinske forhold. Økonomiske hensyn spiller også en vesentlig rolle. For at et insentivsystem skal fungere, mener en av respondentene fra SSHF at de som skal utføre oppgavene må kjenne til insentivene som blir gitt. I lys av denne uttalelsen mener vedkommende å kunne hevde at det kan være nødvendig at de økonomiske insentivene tas ned til de laveste nivåene på sykehuset. I følge Vegar og Torgeir Bruun Wyller (Bruun Wyller, 2012) blir det legenes oppgave å foreta økonomiske prioriteringer. De mener en leges oppgave alltid har vært å påse at deres pasienter får en best mulig behandling. Bruun Wyller sier at organiseringen etter reformen i 2002, i tråd med New Public Management, krever at legene i tillegg skal «vokte samfunnets pengesekk». Følgen av dette ansvaret er at det vil ramme leger og helsearbeidere på en måte som reduserer deres pasientfokus. Bruun Wyller mener at en leder er avhengig av integritet og at en god leder i helsevesenet derfor «står på pasientens side, og sloss mot ideologier der medisin blir til produksjon, skjønn til regelfølgning, omsorg til kost/nytte-avveininger og ressursene sløses bort på administrasjon» (Bruun Wyller, 2012).

Dokumentasjon av utførte aktiviteter kan som nevnt legge en demper på legenes indre motivasjon om å hjelpe pasienten. Lederen i en stabsavdeling på SSHF utdyper at det i dag brukes mye tid på historisk dokumentasjon, som koding, på sykehusene. Respondenten mener det er viktigere å ha et mer fremtidsrettet perspektiv enn å dvele ved handlinger som er utført. Vedkommende mener legene oppfatter det som unødvendig å måtte bruke mye tid på å dokumentere det de allerede har gjort. Dette stjeler tid som legene føler de kunne brukt på andre pasienter. På en annen side blir det hevdet fra den samme respondenten at dokumentasjon også kan ha sine fordeler for de ansatte. Ved å kunne dokumentere sin utførte aktivitet vil det være lettere for en lege å forsvare sitt arbeid dersom det blir stilt spørsmål ved utførelsen eller ressursbruken. Informanten sier videre at sykehuset selv burde utvikle et slikt system for at legen skal kunne føle dokumentasjonen som relevant. Ser ikke legene nytten med å dokumentere, vil det kunne resultere i at de ikke legger nok arbeid i utførelsen. Dette går i en ond spiral fordi departementet igjen bruker legenes dokumentasjon som sitt beslutningsgrunnlag for neste års budsjetter og oppdragsdokumenter.

5.4 «Case-studie» av Kostnad Per Pasient-modellen ved Sykehuset i Vestfold HF

Det diskuteres i helsesektoren hvorvidt dagens DRG-vektorer gjenspeiler det faktiske kostnadsbildet på de norske sykehusene. Ved hjelp av regnskapstall fra tolv av landets sykehus, og aktivitetstall fra Norsk pasientregister, utarbeider Helsedirektoratet DRG-vektorer. For at kostnadsvektene for de ulike diagnosegruppene skal kunne gjenspeile de virkelige kostnadene, er man avhengig av nøyaktige kostnadsregnskapstall fra det enkelte sykehus. Sykehusene er forskjellig organisert og kan derfor ha ulik praksis på periodisering, fordeling og føring av forskjellige kostnader i regnskapet. Helsedirektoratet har derfor utarbeidet en egen spesifisering av kostnadsgrunnlaget for det aktuelle driftsåret, «Fra regnskap til DRG-vekt» (Helsedirektoratet, 2011, b). Dette for at sykehusene, som deltar i kostnadsleveransen til Helsedirektoratet, kan få tilrettelagt regnskapsmaterialet til et tilnærmet enhetlig format.

Kostnad Per Pasient blir, fra ulike instanser i helsesektoren i Norge, fremhevet som en mulig måte å fordele kostnader mer nøyaktig på og på den måten få bedre innsikt i sammenhengen mellom helsearbeidernes ulike beslutninger og økonomi. Sykehuset i Vestfold HF er i dag et av få sykehus i landet som benytter denne måten å fordele kostnader på. Vi har derfor valgt å se spesielt på hvordan Sykehuset i Vestfold HF fordeler sine inntekter og kostnader innad i helseforetaket. Dette er dermed ikke representativt for andre HF i landet, men for å vise hvordan Kostnad Per Pasient fungerer i praksis ved dette helseforetaket. Bakgrunnen for denne «casestudien» er et intervju med administrasjonssjef Åge Nauff, og analysesjef Torgeir Grøtting ved Sykehuset i Vestfold HF (SiVHF). SiVHF har ansvar for å gi tilbud om spesialisthelsetjenester til befolkningen i Vestfold og har et befolkningsgrunnlag på omtrent 220 000 innen somatikken. For å kunne tilby denne befolkningen behandling er det i dag 2764 årsverk innen somatikken på Sykehuset i Vestfold HF. Det samlede inntektsbudsjettet for somatikk og psykiatri for 2012 er i overkant av 3,9 milliarder for SiVHF. Disse inntektene fordeles videre internt i helseforetaket.

5.4.1 Inntektsfordeling

Inntekter fordeles ulikt på de enkelte sykehusene. Noen praktiserer en fordeling av ISF-refusjonen helt ned på fagavdelingene (seksjonene), mens andre stopper refusjonen på sykehusnivå. Sykehuset i Vestfold HF har valgt å fordele inntektene sine til ansvarsområder innenfor de ulike seksjonene. Disse seksjonene utgjør fagområdene på sykehuset, som for eksempel hjerte-, lunge-, nyre- og infeksjonsseksjon. De ulike sengepostene og poliklinikkene

får derved ikke tildelt noen ISF-inntekter. Ansatte ved disse postene og poliklinikkene kan oppfatte dette som «urettferdig». Dette fordi inntektene de bidrar til å opparbeide gjennom sitt arbeid ikke blir godskrevet enheten de tilhører. SiVHF har allikevel valgt en slik fordeling fordi det er svært ressurskrevende å beregne hvor stor andel av inntektene hver bidragsyter i pasientbehandlingen står for. Sykehuset har hotell- og pleiefunksjoner, medisinske behandlingsfunksjoner og støttfunksjoner, som blant annet omfatter røntgen og laboratorier. Det er derfor en serie med personer og serviceinstanser, for eksempel leger, sykepleiere, radiologer og bioingeniører, som har ansvaret for et behandlingsforløp. Medisinske serviceavdelinger, som radiologi og laboratorier som ikke genererer DRG-poeng, får i dag en rammebevilgning.

Helsedirektoratet hevder i sine rapporter, se blant annet ISF-regelverket for 2012, at ISF-refusjonen er ment å skulle stoppe på RHF-nivå og at RHFet og HFet velger andre fordelingsmekanismer. SiVHF har valgt en modell som innebærer at inntektene relatert til et sykehusopphold fordeles til de involverte seksjonene etter fordelingsnøkler som baserer seg på informasjon om DRG-vekt og liggetid. Argumentet SiVHF benytter for å fordele de aktivitetsbaserte inntektene på seksjonene, er at det bør være en sammenheng mellom disse og kostnadene aktivitetene genererer. Det er viktig at enhetene har et helhetlig fokus, både på kostnadseffektivisering og produktivitet.

5.4.2 Kostnadsfordeling

Prinsippet bak ISF-refusjonen er at hele sykehusoppholdet til pasienten skal finansieres (Helsedirektoratet, 2011, a). Det er av den grunn ikke bare kostnadene til selve pasientbehandlingen som ligger inne i DRG-vekten, men også de kostnadene som oppstår i forbindelse med servicetjenester, som røntgen, laboratorier, teknisk service og administrasjon. I Vestfold blir det som nevnt gitt en rammebevilgning til disse servicetjenestene. Når legene tar opp bestillinger på for eksempel røntgentjenester påløper dermed kostnadene i røntgenavdelingen, uten at dette direkte belastes bestillende avdeling. Faren med dette systemet kan være at servicetjenestene benyttes mer enn nødvendig. Utfordringen er derfor å skape en «kost-nytte»-tankegang hos aktørene uten at dette skal gå utover kvaliteten på behandlingen.

En måte å øke bevisstheten til en «kost-nytte»-tankegang er å få en bedre oversikt over de faktiske kostnadene ved behandling av hver enkelt pasient. Av den grunn har SiVHF innført

Kostnad Per Pasient, forkortet KPP. KPP-løsningen er et forsøk på å hente inn informasjon om kostnaden knyttet til alle de innsatsfaktorene en behandling består i. Kostnad Per Pasient er et noe misvisende begrep mener Nauff, siden modellen faktisk viser Kostnad Per Sykehusopphold. Det er kostnaden for behandlingsforløpet per gang pasienten er innlagt på sykehuset som beregnes og ikke et aggregert tall for alle pasientens opphold.

I 2004 ble det på Sykehuset i Vestfold HF satt i gang et faglig initiert prosjekt for å beregne de ulike kostnadene knyttet til et pasientopphold. Motivasjonen var å skape en oversikt over alle kostnadene de ulike behandlingsforløpene medførte. Men veien fra 2004 og til i dag har bestått av både opp- og nedturer tilknyttet implementeringen av KPP. Det er først de to siste årene at systemet har vært nøyaktig nok til å bli benyttet til kostnadsfordeling i forbindelse med budsjettarbeidet. Sykehuset driver i dag med overskudd, som et av få sykehus i landet. KPP gis ikke spesielt æren for dette, men Grøtting mener at systemet har vært med på å skape en bevissthet rundt kostnader og effektiv organisering.

Utfordringen i en KPP-modell er å få fordelt riktig kostnad til riktig pasient. I arbeidet med å utvikle en KPP-modell er det derfor nødvendig å ha god kjennskap til organisasjonen, hvilke arbeidsprosesser som gjøres hvor, hvilke yrkesgrupper som deltar i behandlingen og hvordan samspillet mellom tjenestene i et pasientforløp fungerer. Det er videre avgjørende å ha en ryddig organisasjonsstruktur som ansatte kjenner seg igjen i, som holdes løpende oppdatert i register, datasystemer, etc. ved endringer. Den første utfordringen i dette arbeidet for sykehuset var å etablere en navnestandard, for på den måten å få en konsistens på navnene til sykehusets enheter og registrert disse i et samordnet organisasjonsregister, RESH.

5.4.3 Styring

Sykehuset i Vestfold HF praktiserer et tydelig linjeansvar hvor mellomledere på ulike nivå har beslutningsmyndighet. Mellomlederne stilles til ansvar for beslutninger og handlinger på deres enhet, og må ta tak i de utfordringer som enheten står overfor. Administrerende direktør ved SiVHF praktiserer dette ved å sette krav til måloppnåelse og forvente resultater. I følge prinsippal-agent-teori i kapittel 3.5.1 vil agenter som tildeles ansvar føle større eierskap til resultatene, og dermed motiveres til å arbeide mot de mål som er satt. Delegering av beslutningsmyndighet er også fordelaktig når ansatte lenger ned i styringslinjen innehar avgjørende kunnskap for de beslutninger som skal tas. På sykehuset vil leger og mellomledere ha mye større kunnskap enn ledelsen om det medisinske arbeidet som skjer på avdelingene.

Det kan være vanskelig for en leder å ha innsikt i alt som skjer i en kompleks organisasjon som består av mange profesjoner. I slike organisasjoner er det viktig å skape en felles kultur blant de ansatte. Når ansvar blir delegert, er man derfor avhengig av en leder som kan gi tydelige retningslinjer og konstruktive tilbakemeldinger. Personlige egenskaper hos lederen blir da svært viktig for å oppnå tilhørighet og engasjement hos de ansatte. Dokumentasjon som kan begrunne de krav lederen setter, er et viktig virkemiddel for å oppnå nettopp respekt og engasjement. Generelt er dokumentasjon viktig for å motivere ansatte til arbeid. Dette bekreftes i motivasjonsteorien kapittel 3.2, hvor dokumentasjon karakteriseres som en kilde til ytre motivasjon. Virkningen av en slik ytre motivasjon kan føre til at de ansatte ser nytten av å oppnå virksomhetens mål. Forutsetningen for at informasjonen skal nå frem hos den enkelte lege er derimot at den blir presentert på en forståelig måte. Den enkelte lege må også kunne identifisere seg med den dokumentasjonen som presenteres. Denne dokumentasjonen relaterer seg til for eksempel antall liggedøgn i forbindelse med en diagnose. På SiVHF blir denne dokumentasjonen hentet fra KOSPA, som er navnet på Kostnad Per Pasient-modellen ved Sykehuset i Vestfold HF.

5.4.4 KOSPA-modellens oppbygning

Ut fra de opplysningene vi fikk under vårt intervju på Sykehuset i Vestfold HF, ønsker vi å beskrive deres KPP-modell. KOSPA-modellens oppbygning baserer seg på organisasjonsstrukturen på sykehuset. Dette er nødvendig for å kunne fordele kostandene til de «riktige» enhetene. Kostnader til medisinsk materiell, medisiner, medisinsk diagnostikk og personalkostnader fordeles ved hjelp av modellen. Det vil allikevel være vanskeligheter forbundet med fordelingen av enkelte kostnader.

Noe av det vanskeligste å fordele er legetid. Legearbeid består av poliklinikk-, sengepost-, operasjonsarbeid og arbeid knyttet til øyeblikkelighjelp-pasienter. I tillegg skal legenes vakttid innarbeides i modellen. Det er ikke gode systemer for registrering av faktisk medgått arbeidstid for leger. Arbeidsdagen kan dessuten bli ganske uforutsigbar for enkelte legegrupper på grunn av akutte innleggelser. I tillegg fører også andre uforutsette hendelser til at arbeidet må omprioriteres. I mangel av god informasjon om hvordan legene faktisk arbeider, har SiVHF valgt å legge planlagt disponering av legene som grunn for fordeling av denne ressursen. Dette er gjort i dialog med seksjonsoverlegene ved fagmiljøene på sykehuset. Gjennom denne dialogen er det utarbeidet et estimat for den tiden legene bruker på

for eksempel poliklinikkarbeid. SiVHF ønsker å forbedre estimatene på hvor legen bruker sin tid, da dette per dags dato er upresist. En måte å få fordelingen mer korrekt er å benytte et tidtagningssystem hvor legene registrerer hva de gjør til en hver tid. Faktisk medgått legetid per pasient vil dermed kunne hentes ut, og gi en helt korrekt kostnadsfordeling. En nøyaktig tidsregistrering vil allikevel kunne være vanskelig på grunn av legenes «multitasking». Dette fordi de ofte ikke konsentrerer seg om kun én pasient om gangen, men veksler mellom flere pasienter. I tillegg kan administrativt arbeid som skjer i løpet av dagen være problematisk å registrere nøyaktig på hver pasient. En slik detaljert tidsregistrering vil kreve tid fra legene, noe som kan redusere deres pasienttid. Jo mer nøyaktig legene må registrere sin tidsbruk, jo høyere blir tidskostnaden ved dette arbeidet. En annen grunn til at legene kan være motvillige til å registrere sin tidsbruk nøyaktig, beskrives i prinsippal-agent-teorien, kapittel 3.5.1.9 som mothakeeffekten. Dette innebærer at det kan stilles krav fra ledelsen til legenes tidsbruk når tidsbruken registreres. Legene kan frykte at kravene til hvor raskt de skal utføre ulike aktiviteter blir strengere neste periode, dersom tidsbruken som identifiseres denne perioden har vært lavere enn forventet. En tredje årsak til motvilje til å registrere tidsbruk kan være at en slik praksis bryter med legerollens tradisjonelle selvstendighet fordi en slik registrering innebærer muligheter for kontroll og overvåkning. Nauff tror imidlertid at det om noen år vil være mulig å registrere faktisk medgått legetid på en enklere måte, og at dette vil bli mer akseptert enn i dag. Enn så lenge antar man at store avvik mellom det planlagte og det faktiske tidsforbruket jevnes ut ved å betrakte en lenger tidsperiode.

Innenfor operasjonsområdet har SiVHF forholdsvis nøyaktig kunnskap om tidsbruket til hver yrkesgruppe som deltar. For hver operasjon blir det registrert antall minutter som benyttes på operasjonsstua, operasjonstid og anestesitid. Ut fra dette kan kirurgens ressursinnsats leses ut. Det legges i tillegg til et fast påslag til for- og etterarbeid. Tiden en anestesilege er til stedet under operasjonen er derimot vanskeligere å anslå. På bakgrunn av denne problematikken er det utarbeidet en fordelingsnøkkel for anestesilegetiden i samarbeid med fagmiljøet. Ut fra denne diskusjonen er det gjort et anslag for anestesilegetid på 40 % av den samlede anestesitiden per operasjon. Tidsforbruket til anesthesi- og operasjonssykepleiere kan også leses ut av registreringene, men antall anesthesisykepleiere og operasjonssykepleiere vil være varierende fra inngrep til inngrep. Det er noe varierende praksis på registreringen av dette, men kvaliteten er stadig økende. I tillegg er det anesthesisykepleiere i beredskap til flere operasjoner.

Radiologitjenester er et annet eksempel på kostnadsfordelingens kompleksitet. Radiologi splittes opp i MR, ultralyd, CT og generell røntgen. Kostnadene ved de ulike tjenestene er beregnet etter hvor mye arbeidsinnsats de krever. Dette er et krevende arbeid, men har gjort at man på SiVHF i dag kjenner de faktiske kostnadene ved hver undersøkelse. Arbeidsinnsatsen ved de ulike tjenestene kan endre seg på grunn av utviklingen i faget og utstyret.

Fordelingsnøkklene blir derfor vurdert hvert tredje eller fjerde år. Registrering av hvilke radiologitjenester legene bestiller viser hvilke tjenester som hører til den enkelte pasient. Dette benyttes i KOSPA-modellen. Ved hjelp av denne modellen kan man fordele kostnader tilknyttet radiologitjenester korrekt til det enkelte pasientforløp.

På områder, som for eksempel blodbank, patologi og mikrobiologi, er det foreløpig ikke utarbeidet et slikt system. Kostnadene til slike tjenester blir derfor fordelt jevnt utover behandlingene uavhengig av ressursforbruket. Kostnadene vil også bli fordelt på de pasientene som ikke benytter tjenestene, nettopp fordi man ikke kan identifisere hvilke pasienter som har benyttet dem. Det arbeides med å tilrettelegge for at man kan hente ut informasjon også for disse tjenestene, slik at kostnadsfordelingen følger forbruket av tjenestene.

Felleskostnadene, som blant annet administrasjon, byggteknisk service, logistikk og renholdsservice, fordeles til ansvarsområdene som driver pasientbehandling.

Fordelingsnøkkelen knyttet til felleskostnadene er enhetens lønnskostnader uttrykt ved arbeidsgiveravgift, da dette antas å være et brukbart uttrykk for ressursbruken. Dette fordi fordelingsnøkkelen oppdaterer seg automatisk og ikke krever vedlikehold.

I budsjetteringen bruker SiVHF, som de fleste andre sykehus, historiske kostnader som fremkommer av fjorårets budsjett eller regnskap. Denne informasjonen kobles med vurderinger om årets aktivitet vil avvike fra fjorårets. Et slikt avvik vil kunne komme som en følge av endringer i befolkningsstørrelsen og sammensetningen eller behandlingsmetoder. Innføring av en ny og dyrere medisin kan for eksempel føre til store underskudd, dersom man ikke tar hensyn til det i budsjettet. Pasienter vil forvente å bli tilbudt den beste medisinen som er tilgjengelig. Dersom sykehuset tilbyr alle pasienter den dyre medisinen uten at kostnadene er innkalkulert i budsjettet, vil følgen enten være underskudd eller at ikke alle pasienter får den samme dyre medisinen. Det er derfor viktig at alle forutsette endringer tas inn i budsjettet. Etter at alle endringer er innkalkulert, fremkommer budsjetterte kostnader for neste periode. De beregnede kostnadene blir deretter sammenlignet med den rammebevilgningen som

tildeles fra Helse Sør-Øst. For å få budsjettet til å gå i balanse, ville det enkleste være å budsjettere med en aktivitetsbasert inntekt tilsvarende de kostandene som går utover rammetilskuddet. Helse Sør-Øst har imidlertid strenge føringer for hvilken aktivitetsøkning sykehusene kan legge inn i sine budsjetter. Det er derfor ikke opp til det enkelte sykehus å øke aktiviteten for på den måten å gå i balanse i regnskapet. Dersom inntekts- og kostnadsbudsjettene ikke går i balanse, må kostnadene reduseres internt på sykehuset. Det blir da nødvendig å ta for seg de avdelingene som har de største kostnadsoverskridelsene i forhold til budsjettet og utfordre lederne her til å redusere kostandene. KOSPA-modellen bidrar til å synliggjøre områder som kanskje bør vurderes i en slik sammenheng.

5.4.5 Bruksområdene til KOSPA-modellen

Poenget med KOSPA-modellen er at sykehuset skal få en bedre oversikt over hvor kostnadene oppstår i forbindelse med behandlingene, og bruke dette i arbeidet med å effektivisere driften.

5.4.5.1 Budsjett og inntekter

I budsjettforhandlingene benytter SiVHF KOSPA som et virkemiddel for å identifisere avdelinger eller pasientforløp hvor sykehuset har en tilsynelatende avvikende praksis sammenlignet med andre sykehus i landet og derfor har økonomiske utfordringer. Det kan for eksempel være en avdeling som har høyere gjennomsnittlig liggetid enn tilsvarende avdelinger ved andre sykehus i Norge. For å gi avdelingene et insentiv til å tenke mer kostnadseffektivt, kan ledelsen velge å redusere noe av rammefinansieringen som avdelingen mottar. Det er her viktig å påse at den reduserte finansieringen ikke fører til redusert kvalitet. Ved å sammenligne seg med andre sykehus, identifiserer SiVHF områder hvor det kan være mulig å redusere ressursbruken uten at det går på bekostning av kvaliteten. Det er enklere å påvirke fagmiljøene til å gjøre endringer dersom man kan påpeke områder der man åpenbart har annen praksis enn sammenlignbare sykehus. Dersom andre sykehus har kortere liggetid, vil det være vanskeligere for fagmiljøene ved SiVHF å argumentere for et større ressursbehov enn de sammenlignbare sykehusene.

5.4.5.2 Kommunikasjon og dokumentasjon

Nauff og Grøtting opplever at økonomisk argumentasjon ikke alltid er like vellykket for å få til endringer. Ulike profesjoner har ulike innfallsvinkler, og helsepersonell har naturligvis et faglig perspektiv de skal ivareta. KPP-modellen sin styrke i endringsarbeidet er at den kan bidra til å identifisere faglige utfordringer. Dette er mulig fordi modellen ikke bare åpner for økonomiske vinklinger, men også de medisinskfaglige som legene kan identifisere seg med. Ved hjelp av modellen vil det være mulig å se på alle aktivitetene som er knyttet til et behandlingsforløp. Når det oppdages negative økonomiske resultater i KOSPA, vil informasjonen derfor gjøre det mulig å identifisere hvor problemet ligger og motivere til faglige diskusjoner. Det er legene som har mest kunnskap til å finne løsninger på de identifiserte problemene som omhandler pasientforløpene.

Noe av hovedpoenget med KOSPA er å motivere til kommunikasjon mellom helsefaglig personell og administrasjon med det felles siktemål at SiVHF skal levere helsetjenester med god kvalitet samtidig som driften er kostnadseffektiv. Som Grøtting uttaler; «god kvalitet fører til god økonomi.» Han uttrykker at denne uttalelsen gjerne er hovedbudskapet når han skal kommunisere økonomiske utfordringer til legene. Det er viktig at legene får en oppfatning av hvordan alle kostnadselementene i behandlingsforløpet arter seg for å kunne identifisere eventuelle problemer. For eksempel kan problemet være dårlig samhandling og kommunikasjon mellom enheter som bidrar til behandlingsforløpet, mer enn at den enkelte enhet ikke driver kostnadseffektivt. Dette kan blant annet føre til at en pasient må vente før han blir behandlet eller at vedkommende ikke skrives ut med en gang pasienten er ferdigbehandlet. Ved begge disse hendelsene kan bedre kommunikasjon mellom helsearbeiderne redusere ressursbruken og dermed også kostnadene på sykehuset. Dette er grunnen til at den enkelte lege må se hele behandlingsforløpet og ikke bare det som skjer innen hans fagspesialitet.

Nauff uttrykker at det er viktig å bevisstgjøre legene på deres enkeltavgjørelser og betydningen disse kan ha for det totale kostnadsbildet i et pasientforløp og dermed for sykehusets økonomi. Det er ikke bare legenes prioritering av pasienter som er av økonomisk betydning, men også deres bruk av ressurser i det daglige. En kostnadsbevisst holdning til bruk av forbruksmateriell, analyser, medisiner, tid etc. bidrar til bedre økonomi for hele sykehuset. KOSPA-modellen benyttes på SiVHF for å sette fokus også på disse små avgjørelsene. Det som er viktig i modellen slik Grøtting ser det, er brobyggingen mellom det medisinskfaglige og det økonomiske.

Leger har et selvstendig medisinskfaglig ansvar for sine pasienter, og skal naturligvis ha fokus på dette. Medisinskfaglige avgjørelser skal ikke etterprøves av ledelsen. Det betyr ikke at legene i sine avgjørelser skal se bort fra de økonomiske konsekvenser av en behandling. Det er nok varierende interesse for å ta denne økonomiske dimensjonen med i vurderingene. Leger drives hovedsakelig av faget sitt, noe som bekreftes i flere av våre intervjuer med representanter fra helsesektoren. Nettopp derfor ser SiVHF viktigheten av å forankre KOSPA-modellen i fagavdelingen og ikke i økonomiavdelingen. I deres formidling av økonomiske utfordringer til legene tar de utgangspunkt i legenes fag med et økonomisk perspektiv. Grøtting og Nauff mener det er viktig å legge frem informasjonen på en slik måte at legene kan identifisere et behandlingsforløp og få en forståelse for hva de ulike kostnadspostene i modellen innebærer. Dette er avgjørende for at legene skal se behovet for en bevisst ressursbruk. Grøtting og Nauff understreker at det ikke er deres oppgave å bestemme hvordan legene skal prioritere. «Det er viktig å fremheve at vår rolle som «økonomer» er å identifisere behandlingsforløpene hvor det ut fra modellen ser ut til at SiVHF har en praksis som innebærer at vi ser ut til å ha høyere kostnader enn andre sykehus,» sier de. Det er legene som sitter med den faglige kompetansen og derfor de som må vurdere hvor det er forsvarlig å gjøre endringer i ressursbruken. Grøtting og Nauff mener allikevel det er nødvendig å motivere til en kostnadsbevisst holdning rundt utførelsen av pasientbehandlingen. I valget mellom to kvalitetsmessig identiske behandlinger bør den billigste være et naturlig valg. Velger man det motsatte innebærer valget at andre må effektivisere sin drift for å bidra til å subsidiere de økte kostnadene. Legene skal altså velge det som er best for pasienten og samtidig billigst for sykehuset, uten at dette går på bekostning av kvaliteten. Dette er i tråd med hvordan Sykehuset i Vestfold HF oppfatter sitt oppdrag: å optimalisere helsegevinsten i befolkningen gitt de ressurser samfunnet har satt til disposisjon for dette.

5.4.5.3 Kritikk av KPP-modellen ved Sykehuset i Vestfold HF

KOSPA-modellen har som alle andre modeller sine svakheter. Alle modeller kan misbrukes, noe som også er mulig med KOSPA-modellen som benyttes på SiVHF. Det Nauff fremhever som et generelt problem med alle økonomiske modeller er at ledelsen kan pålegge legene krav som kun er forankret i økonomi. Legene kan da tvinges til å foreta prioriteringer som er uforsvarlige sett fra et medisinskfaglig synspunkt. Dette er imidlertid ikke en god løsning for sykehuset som helhet, da god kvalitet i pasientbehandlingen er et overordnet mål. Det er derfor viktig å se begrensningene i modellen like klart som mulighetene den gir. På SiVHF

forsøker de å tilpasse seg dette ved at løsninger på økonomiske utfordringer må forankres i det medisinskfaglige miljøet. I tillegg arbeider de med å koble kvalitetsindikatorer til modellen. Utfordringen her er at det er vanskeligere å måle kvalitet enn kostnader. Til tross for at det finnes enkelte kvalitetsindikatorer som antall reinnleggelse og sykehusinfeksjoner, fikk vi gjennom intervjuet inntrykk av at Grøtting og Nauff mener det finnes få gode indikatorer som måler kvaliteten på pasientbehandlingen. Fordi det er enklere å måle kostnader og kvantitative størrelser, som antall pasienter, er det lettere å fokusere på dette fremfor kvaliteten i pasientbehandlingene.

Faren ved at ledelsen vektlegger økonomi i for stor grad, er at legene da kan bli mer opptatt av å ta avgjørelser basert på et økonomisk perspektiv fremfor et medisinskfaglig. Fra prinsipal-agent-teorien, kapittel 3.5.1 vet vi at agenten, i dette tilfellet legene, vil fokusere på den aktiviteten de belønnes for. I følge denne teorien kan fokuset vris bort fra de faglige prioriteringene, dersom de kun blir målt på hvordan deres seksjon holder budsjettene. Nauff tror imidlertid ikke leger i dag setter økonomi foran kvalitet i behandlingen. Han mener det uansett er pasientens beste som er det viktigste for legene, og de er derfor villige til å strekke seg langt for pasientens beste. Legenes prestisje ligger mye i hvordan de utfører faget sitt og de vil derfor vektlegge kvaliteten i pasientbehandlingen. Nauff presiserer at: «Jeg tror holdningen her på huset er at du skal velge det som er best for pasienten og samtidig billigst for sykehuset og det skal ikke gå utover kvaliteten.» Legenes avgjørelser og prioriteringer har betydning for hele samfunnet gjennom helsetilstanden i befolkningen.

5.4.5.4 Kostnadsvektarbeidet

Sykehuset i Vestfold HF er et av sykehusene i Norge som bidrar til arbeidet med å utvikle nasjonale DRG-vekter. Dette arbeidet ledes av Helsedirektoratets avdeling i Trondheim, som henter inn regnskapsdata til kostnadsvektarbeidet fra de medvirkende sykehusene. Disse sykehusene vil i det følgende omtales som samarbeidssykehusene. Helsedirektoratet innhenter i tillegg aktivitetsdata fra Norsk Pasientregister. Ut fra regnskaps- og aktivitetsdata beregnes det gjennomsnittlige kostnader for ulike DRGer. Dette utgjør da grunnlaget for ISF-refusjonen til sykehusene det påfølgende året. Alle regnskapsdata fra sykehusene må leveres etter en nasjonalt bestemt mal, slik at tallene er sammenlignbare. Av den grunn har ikke SiVHF mulighet til å levere sine regnskapstall etter KPP-modellen, og må derfor transformere tallene tilbake til den modellen de andre sykehusene benytter. Helse- og

omsorgsdepartementet uttrykker at sykehusene skal føre pasientregnskap, i tillegg til at det er ønskelig at kostnadsvektarbeid skal baseres på KPP (Prop. 1 S (2011–2012)). Det kan da ses på som et paradoks at det fortsatt er svært få sykehus som benytter KPP, og at SiVHF ikke har mulighet til å levere sine regnskapstall etter denne modellen. Nauff er overbevist om at SiVHF sine KPP-tall kan være med på å gi mer nøyaktige DRG-vekter enn de som benyttes i dag. Nauff mener at Helsedirektoratets modell er for grovmasket og at KPP-modellen kan gi en mer detaljert oversikt over kostnadsfordelingen og dermed en mer riktig prisliste for ISF-refusjonen. Helsedirektoratet uttrykker selv blant annet i ISF-regelverket for 2012 at deres modell på mange områder er for grovt inndelt. Mens Helsedirektoratets modell registrerer kostnader for eksempel på området «medisin», deler man i Vestfold kostnadene tilknyttet medisin på ulike fagområder, for eksempel nyre, hjerte, lunge osv.

5.4.6 Nasjonal KPP-modell

Helsedirektoratet uttaler på sine hjemmesider at de er i startfasen med å utvikle en KPP-modell for alle sykehusene (Helsedirektoratet, 2011,d). Helsedirektoratet har et overordnet ansvar for sykehusene og bygger opp sine modeller ut fra et «fugleperspektiv». Kostnadene drives av aktivitet på de ulike fagavdelingene. Alle sykehus er imidlertid ulikt organisert og kostnadsfordelingen må av den grunn tilpasses det enkelte. Nauff mener det derfor er helt nødvendig at en KPP-modell bygges opp fra de laveste nivåene på hvert sykehus (se figur 5.1), det vil si de ulike fagområdene hvor kostnadene oppstår. For å få til en riktig kostnadsfordeling må man kjenne organisasjonens struktur godt. En løsning kan derfor være at det utarbeides en nasjonal mal for hvilke tall som skal inngå i analysene. Det enkelte sykehus kan da bygge opp et system tilpasset sin interne organisering. En slik modell må utarbeides i samarbeid med sykehuset for å finne gode estimater for hvordan ressursene i seksjonene benyttes. Ved å registrere faktisk ressursbruk for alle aktiviteter, kunne kostnadene vært målt helt nøyaktig. Et slikt system vil imidlertid kreve store administrative ressurser. Det er derfor viktig å finne en balansegang mellom ressursbruken og nøyaktigheten av kostnadsfordelingen i modellen. Nauff uttrykker derfor at utarbeidelsen av den overordnede modellen kan gjøres nasjonalt, mens selve fordelingen av kostnadene må gjøres lokalt ved de ulike sykehusene. Dette kan danne grunnlaget for en mer presis DRG-vekting.

5.4.7 Feilkoding

De beslutninger som tas av mellomledere og ledelse på sykehuset baserer seg blant annet på den informasjonen som registrering av diagnose- og prosedyrekoder gir. Kvaliteten på denne kodingen, og kommunikasjonen mellom ledere og legene er derfor svært viktig. Når SiVHF praktiserer en strengt hierarkisk styringslinje, er faren at noe av budskapet fra ledelsen kan forsvinne på vei ned til legene. Dette fordi all informasjon tolkes og videreformidles fra mellomledere i flere ledd. Hvis mellomlederne ikke er motiverte eller føler seg komfortable i en slik «oversetterjobb», kan det gå på bekostning av presisjonen i budskapet. Grøtting presiserer viktigheten av at mellomlederne snakker på vegne av direktøren når de kommuniserer med et lavere nivå. Dette gjør at det skapes felles holdninger med basis i det direktøren formidler gjennom mellomlederne.

Vi har tidligere påpekt at kommunikasjon fra legene og opp til ledelsen er like viktig som kommunikasjon ned fra ledelsen. De avgjørelser som tas på ledelsesnivå bygger i stor grad på informasjon fra legene. Aktiviteten som foregår «på gulvet» rapporteres til ledelsen i form av diagnose- og prosedyrekoder. Dette utgjør mye av det beslutningsgrunnlaget ledelsen blant annet baserer sine budsjettavgjørelser på. For eksempel er det helt nødvendig at ledelsen har et korrekt bilde av sykehusets diagnosesammensetning, for at avgjørelser knyttet til kapasiteten på ulike fagområder skal bli riktige. Det er derfor svært viktig at diagnosekodingen foretatt av legene blir presis.

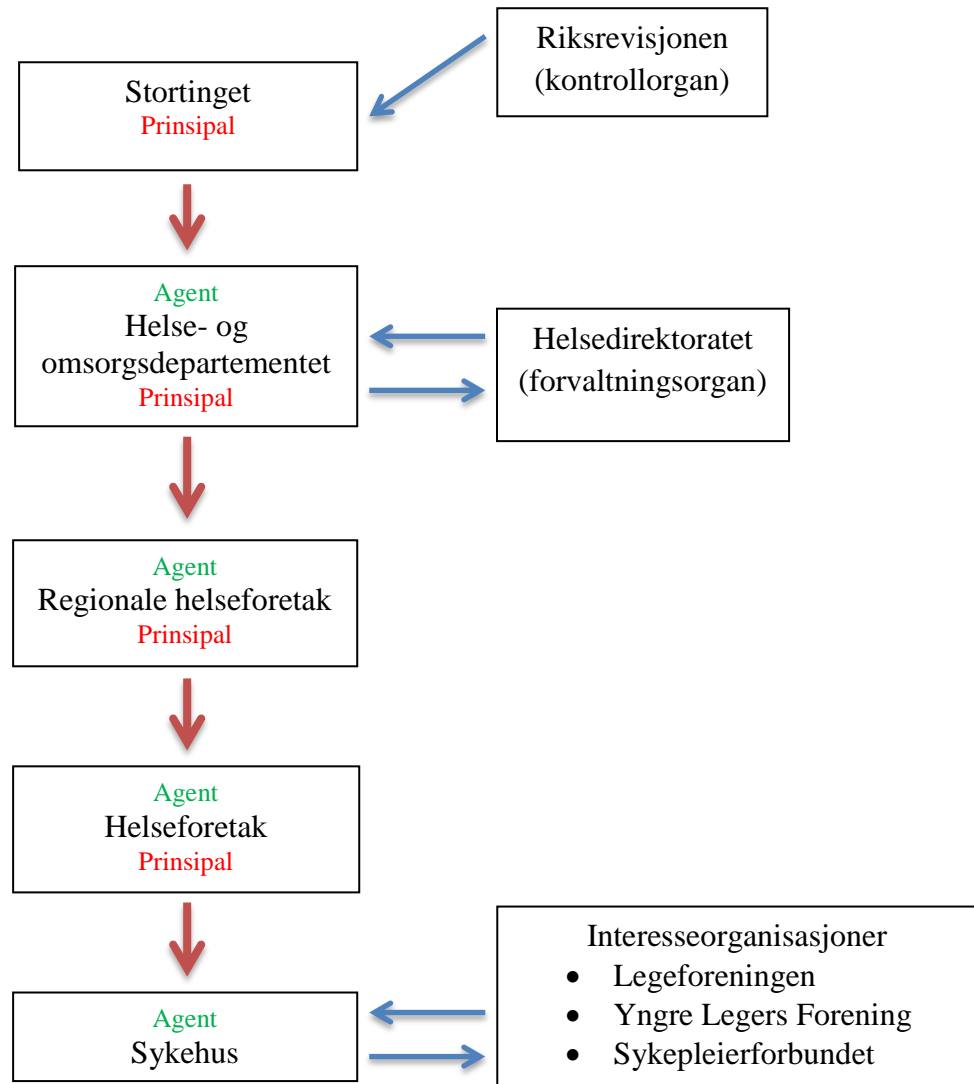
På Sykehuset i Vestfold HF ser de at KPP-modellen kan hjelpe dem å oppdage feilkoding. Aktiviteten som registreres i deres KOSPA-modell bygger på diagnose- og prosedyrekoder fra legene. Hvis legene ikke kjenner igjen den aktiviteten som er registrert på deres enhet, kan en årsak være at kodingen har vært mangelfull. KOSPA-modellen kan på den måten være en del av et kontrollsystem for kodekvaliteten. I kapittel 6.2.2 peker vi på tre ulike grunner til at feilkoding forekommer. Når legene selv påpeker feil i registrert aktivitet, er det mest nærliggende å anta at feilkodingen har kommet som en følge av for lite kunnskap, eller rene punchefeil. Dermed kan KOSPA-modellen være med på å forbedre kodekvaliteten på sykehuset. Behandlingsforløp som i modellen ser ut til å avvike fra andre sykehus trenger ikke skyldes dårlig praksis på sykehuset, men snarere en feil i kodingen. Når det oppdages mangelfull koding kan dette bidra til økt fokus på kodekvaliteten, slik at all aktivitet som utføres blir registrert. På den måten kan KOSPA-modellen være med på å øke ISF-inntektene til sykehuset. Gjennom intervjuer med leger har vi fått inntrykk av at dersom legene får se

resultatet av den kodingen de foretar seg, vil det kunne øke motivasjonen til en mer korrekt koding.

Sykehuset i Vestfold HF kan vise til flere positive virkninger med deres KOSPA-modell. Ved at de nå fordeler kostnadene ned på de enkelte fagområdene, har de oppdaget åpenbare feil i sin tidligere kostnadsmodell. For eksempel så det tidligere ut til at oppvåkningsenheten på sykehuset var dyrere enn intensivheten. Ved hjelp av en mer nøyaktig fordeling av kostnadene gjennom KOSPA-modellen oppdaget de at det motsatte var tilfellet. Grunnen var at oppvåkningsposten også ble benyttet til intensivpasienter. Når alle kostnadene da ble fordelt jevnt på alle pasientene på enheten, fikk oppvåkningspasientene et for stort påslag av kostnader. Intensivpasientene ble dermed belastet med en for liten andel av kostnadene. Denne skjevfordelingen av kostnader resulterte i et ukorrekt kostnadsbilde, som enkelt ble oppdaget ved hjelp av KOSPA-modellen. Uten at SiVHF har gjort direkte analyser av kostnadsfordelingen før og etter innføringen av KOSPA-modellen, mener de å ha grunnlag for å si at kostnadene nå er mer riktig fordelt på den enkelte pasient.

Kapittel 6 – Drøfting

Det vil i dette kapitlet være hensiktsmessig å kjenne til hvilke forhold de ulike nivåene i helsesektoren har til hverandre. Ut fra prinsippal- agent-teorien fra kapittel 3.5 og beskrivelse av helsesektoren i kapittel 2, har vi kommet frem til følgende forhold vist i figur 6.1.



Figur 6.1 Styringslinjen i helsesektoren og prinsippal- agentforholdet mellom instansene.

De røde pilene viser styringslinjen i helsesektoren. Styringslinjen angir også prinsippal-agentforholdene mellom de ulike instansene. Stortinget er prinsippal overfor Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet er dermed agent for Stortinget, men prinsippal overfor de regionale helseforetakene. Det regionale helseforetaket er igjen prinsippal overfor

helseforetaket som blir agenten i dette forholdet. Helseforetaket er videre prinsippal overfor sykehuset som her vil være agent.

I dette kapitlet er det *våre* meninger og synspunkter, basert på erfaringer vi har tilegnet oss gjennom arbeidet med masteroppgaven, som kommer til uttrykk. Kapitlet starter med en sammenligning av organiseringen og finansieringen av helsesektorene i Norge, Sverige og Danmark på bakgrunn av kapittel 5.2. Videre vil vi drøfte de fire hypotesene i lys av teorien i kapittel 2 og 3, og innhentet informasjon presentert i kapittel 5. Kapitlet avsluttes så med en drøfting av vår hovedproblemstilling hvor vi forsøker å sammenstille drøftingen av de fire hypotesene.

6.1 Sammenligning av Norge, Sverige og Danmark

Denne sammenligningen bygger på beskrivelsen av helsesektorene i Norge, Sverige og Danmark i kapittel 5.2 hvor vi spesielt har tatt for oss organisering og finansiering på et overordnet nivå. Beskrivelsen av de tre nordiske landene viser at de har flere likhetstrekk i sine helsesektorer, samtidig som det også er tydelige forskjeller. Det disse landene først og fremst har til felles er et overordnet helsemål om et helhetlig helsetilbud til befolkningen. Alle landene har et «sørge for»-nivå som har som oppgave å oppfylle dette målet. Hvordan de gjennom organisering og finansiering av sektoren forsøker å oppfylle dette målet, er imidlertid ulikt.

6.1.1 Organisering

De tre landene har ulik oppbygning av sin helsesektor. I Norge er det opprettet fire regionale helseforetak som har «sørge for»-ansvaret og utøver dette gjennom egne helseforetak. Her er det en tydelig styringslinje fra staten, som eier av de regionale helseforetakene, og ned til sykehusene, som er underlagt helseforetakene. Det svenske helsevesenet bærer preg av større desentralisering enn de to andre landene, med sine 21 fylker. Fylkene representerer «sørge for»-nivået og eier sykehusene. Sykehusene styres dermed av lokal politikk i de ulike fylkene, noe som skiller seg fra det norske systemet. Danmark har også lokal politisk styring i sine fem regioner. Disse fem regionene har også «sørge for»-ansvaret. Danmark og Norge har, med sine henholdsvis fem og fire helseregioner, en mer sentralisert styring av helsetjenesten. En av fordelene med en slik organisering kan være muligheten til mer spesialisering innad i hver

region, fordi regionene består av flere sykehus. Mer desentralisert styring, som i Sverige, kan derimot være fordelaktig med tanke på lokal tilpasning. For eksempel vil det i Helse Sør-Øst i Norge være store forskjeller mellom hovedstadssykehusene og mindre sykehus ellers i regionen. De «små» sykehusene kan oppleve å bli nedprioritert i form av lavere ressurstilgang. Med et tilstrekkelig og variert tilbud kan regionene i større grad behandle «egne» pasienter.

Organiseringen av helsesektoren i Norge har, som beskrevet over, i dag flere likhetstrekk med den danske organiseringen. Før reformen i 2002 hadde Norge derimot flere likheter med det svenske systemet. Styringen var desentralisert som en følge av at fylkeskommunene eide og driftet sykehusene i sitt fylke. Slik er Sverige organisert også i dag. Når fylkeskommunene i Norge fra 1980-tallet ble finansiert gjennom rammebevilgning, kan dette sammenlignes med den rammefinansieringen fylkene i Sverige mottar i dag. Det som skiller de to systemene fra hverandre er måten fylkene blir tilført sine ressurser. I Norge ble fylkeskommunene tildelt alle sine midler fra staten, mens fylkene i Sverige kun får dekket 30 % gjennom bevilgning fra staten. De resterende 70 % dekkes gjennom lokale skatter. Tilbudet av helsetjenester avhenger da av fylkenes skatteinntekter, og dette kan gi utslag i store forskjeller mellom de ulike fylkenes ressurstilgang. Samtidig kan prioriteringen av ressursbruk i de ulike fylkene variere, noe som også var tilfellet i Norge etter 1994, da øremerkingen av midler fra staten ble opphevet. Dette kan stride mot det overordnede helsepolitiske målet både i Norge og Sverige, om at alle skal ha lik tilgang på helsetjenester.

Fordelen med å benytte en ren rammefinansiering i Norge var kostnadskontrollen denne finansieringen førte med seg. Problemet var imidlertid at systemet ikke oppfordret til økt aktivitet og produktivitet på sykehusene. Staten forsøkte gjennom ulike ekstrabevilgninger, som ulike refusjonsordninger og øremerkede driftstilskudd, å stimulere til aktivitetsøkning i sykehusene, samtidig som det var fylkeskommunens oppgave å drifte dem (Pettersen og Bjørnenak, 2003, s. 201). Staten hadde på den annen side ikke full kunnskap om kostnaden ved aktivitetene de stimulerte til. Dersom aktivitetene staten fremprovoserte med de ekstra ressursene førte til en kostnadsoverskridelse, måtte fylkeskommunen dekke dette gjennom den ordinære rammebevilgningen. Statens ønske om aktivitetsøkning medførte at innsatsstyrt finansiering ble innført i 1997.

I Sverige har også staten gjennom ulike styringsgrep forsøkt å styre helsetjenesten i større grad, noe som har ført til utydelig rollefordeling mellom staten og fylkene (Anthun, et al.,

2010, s.49). Dette kan sammenlignes med ekstrabevilgningene staten innførte i Norge på 1980- og 1990-tallet. Sverige har imidlertid beholdt et desentralisert system, til tross for at det har vært diskusjoner i landet hvorvidt man skal innføre regioner og i hvilken grad staten skal ha større ansvar for helsetjenestene.

I Sverige og Danmark eies sykehusene direkte av fylkene og regionene, mens det i Norge er et ekstra ledd mellom de regionale helseforetakene og sykehusene. Dette ekstra leddet, som eies av RHFene, er helseforetakene som igjen eier sykehusene, se figur 2.1.2. I Danmark eier for eksempel region Hovedstaden 12 sykehus. Innad i regionen er det inndelt i fire planleggingsområder som hver har ett områdesykehus med ansvar for akutt behandling innen kirurgi og medisin (Danske Regioner, 2008). Dette ser vi kan sammenlignes med de norske HFene i forhold til ansvarsområder. Forskjellen er imidlertid at områdesykehusene i Danmark ikke står som eier av de øvrige sykehusene i regionen. I Sverige blir det naturlig færre sykehus tilknyttet hvert fylke. Gjennom de seks administrative regionene løser Sverige problemet med spesialisering som oppstår på grunn av desentraliseringen. Innenfor disse regionene skal fylkene samarbeide om å tilby tjenester som vanskelig kan tilbys av et enkelt sykehus eller landsting.

6.1.2 Finansiering

Finansieringen av «sørge for»-ansvaret fra staten er svært forskjellig i de tre landene. Måten helsevesenet er organisert vil være utslagsgivende for finansieringen av denne sektoren. I Norge finansieres «sørge for»-ansvaret med en blanding av rammefinansiering og innsatsstyrt finansiering, med en fordeling på henholdsvis 60/40. Norge skiller seg fra de to andre landene ved å ha en større andel aktivitetsbasert finansiering fra staten til de regionale helseforetakene, altså finansiering av «sørge for»-nivået. Som det andre ytterpunktet har Sverige kun rammefinansiering fra staten. Det er fylkene selv som står for mye av finansieringen av «sørge for»-ansvaret gjennom lokale skatter. Rundt 30 % av finansieringen kommer fra staten i form av et rammetilskudd, også kalt befolkningsbasert utjevning. I Sverige ligger dermed finansieringsansvaret mer på det enkelte fylket, i motsetning til Norge hvor staten styrer pengesekken. Et slikt system kan gi større lokale variasjoner når det er mange enheter med ulike systemer. Noen vil kunne oppnå et bedre økonomisk resultat enn andre, og dermed også ha større mulighet til å tilby et bedre helsetilbud.

Danmark har en finansiering av «sørge for»-ansvaret som tilsvarer en «mellomting» mellom det norske og svenske systemet. Finansieringen fordeler seg mellom stat og kommune, med andeler på henholdsvis 80 % og 20 %. Bevilgningen fra staten er i hovedsak rammefinansiering, men en liten andel på rundt 3 % er aktivitetsbasert finansiering. Fra kommunen utgjør den aktivitetsbaserte finansieringen 12 %. Som tallene viser har Norge en høyere andel finansiering som baserer seg på aktiviteten ved sykehusene. Den danske fordelingen er interessant i forhold til uttalelsene om systemet i Norge. Ut fra rapporter og våre intervjuer har vi fått inntrykk av at en for lav andel aktivitetsbasert refusjon vil miste sin hensikt. I Norge er det i dag valgt en andel på 40 %, med formål om å øke produktiviteten i sykehusene. Økt produktivitet er også målet i Danmark, men her er den aktivitetsbaserte andelen vesentlig mindre. Det er interessant at to land benytter en så ulik andel aktivitetsbasert finansiering for å oppnå det samme målet. Det kan derfor være en indikasjon på at andelen må ses i sammenheng med andre virkemidler. Vi vil ikke gå nærmere inn på denne problemstillingen, da dette som nevnt er en overordnet sammenligning.

Sykehusene i Sverige og Danmark blir finansiert på en litt annen måte enn «sørge for»-nivået. I Norge viderefører RHFene det samme finansieringssystemet som kommer fra staten. Felles for alle landene er at «sørge for»-nivået står fritt til å velge finansiering innad i sitt område. I Danmark og Sverige er finansieringen politisk avhengig og varierer mellom regionene og fylkene. Regionene i Danmark finansierer sine sykehus med en aktivitetsbasert andel på mellom 50 % og 70 %. Dette strider også i mot den nevnte oppfattelsen i avsnittet over. I det norske systemet opplevde man at en andel på 50 % aktivitetsbasert inntekt ga for sterke insentiver til økt aktivitet på økonomisk lønnsomme behandlinger.

Bruken av aktivitetsmål er tilnærmet likt for systemene, ved at aktivitet som overskrider den planlagte aktiviteten ikke øker rammetilskuddet. Det er allikevel varierende hvor stor andel av aktivitetens kostnader de danske regionene finansierer ved overskridelse av aktivitetsmål. I Region Nordjylland opereres det med to satser for aktivitet utover aktivitetsmålet. Vanligvis gis det 20 % DRG-refusjon, men ved spesielt prioriterte aktiviteter vil satsen være 70 %. Dette kan indikere en sterk insentivbruk for å oppnå høy aktivitet på de områdene regionen ønsker å satse på. Erfaringen fra Norge er at en høy aktivitetsbasert andel førte til høy vekst i de best refunderte aktivitetene. Det kan være mulig å utnytte dette for å få økt fokus på de prioriterte aktivitetene, samtidig som faren er at andre aktiviteter nedprioriteres i for stor grad.

Generelt for alle regionene i Danmark er at aktivitet over det planlagte nivået refunderes med en lavere DRG-andel. I noen regioner reduseres refusjonen ytterligere når aktiviteten når et visst punkt, mens det i andre ikke gis noen refusjon over dette punktet. En slik reduksjon i refusjonen gir isolert sett ikke insentiver til aktivitetsøkning eller kostnadseffektivisering. Det at refusjonsandelen er høy opp til det planlagte aktivitetsnivået, gir imidlertid insentiver til å produsere opp mot dette nivået. Sammen med krav om økt produktivitet gir dette allikevel sykehusene insentiver til kostnadseffektivitet. Når det ikke lønner seg for sykehusene å behandle et større antall pasienter, er den eneste muligheten til å oppnå økt produktivitet å redusere kostnadene. I Norge er det derimot en jevn aktivitetsbasert refusjonsandel uavhengig aktivitetsnivået. DRG-refusjonen på 40 % skal ikke alene dekke marginalkostnaden for aktivitet over aktivitetsmålet. Dette er ment som et insentiv for sykehusene til og nå en aktivitet nær målet, fordi en høyere aktivitet ikke vil være lønnsomt. Samtidig reduseres faren for vridningseffekter mot de aktivitetene som er mest lønnsomme ut fra DRG-vektene. Det planlagte aktivitetsnivået i disse to landene bygger på fjorårets aktivitet, justert for en prosentvis produktivitetsøkning. Dersom aktiviteten ett år overstiger aktivitetskravet, vil det påfølgende års krav øke som en følge av dette. De ansatte kan derfor oppleve å bli straffet for å ha en høy aktivitet. Denne virkningen gir et insentiv til ikke å overstige den planlagte aktiviteten, fordi det vil føre til at aktivitetsmålet neste år økes. Denne effekten kalles i teorien mothakeeffekten, og beskrives nærmere i kapittel 3.5.1.9.

I Sverige har hvert fylke sitt eget system. Noen fylker benytter en kombinasjon av aktivitetsbasert- og rammefinansiering, mens andre kun har rammefinansiering av sykehusene. Den mest utbredte modellen blant fylkene er en anslagsmodell, hvor budsjettet settes ut fra tidligere forbruk. Dette er en rammefinansiering, og gjør at Sveriges system er mer rettet mot kostnadskontroll enn de to andre landenes systemer. Med rammefinansiering unngår Sverige faren for økte kostnader som følge av økt aktivitetsnivå. En finansiering med stor andel fast bevilgning, vil gi staten et mer forutsigbart kostnadsbilde. Konsekvensen er at insentivene til aktivitets- og produktivitetsøkning ved sykehusene er mindre.

6.1.3 Diagnoserelaterte grupper

De tre landene bygger på det samme DRG-systemet, men har utviklet hver sin tilpassede versjon. Det overordnede systemet kalles NordDRG. DRG ble i alle landene benyttet som informasjonssystem til blant annet statistiske formål før det ble tatt i bruk i forbindelse med

finansiering. Norge var det første landet som implementerte DRG i tilknytning til finansieringen i 1997, Danmark fulgte i 2000, tre år etter. I Sverige benyttes fremdeles ikke DRG til finansiering i alle fylker. Alle tre landene bruker derimot DRG ved oppgjør for gjestepasienter.

Norge og Sverige representerer to ytterpunkter i tilknytning til styring og finansiering av helsesektoren. Det danske systemet har elementer av begge systemene. Den største forskjellen er at Sverige er mer desentralisert i sitt styring- og finansieringssystem enn Danmark og Norge. I Danmark og Norge er det lagt inn insentiver som legger størst vekt på aktiviteter og kostnader. Sverige fokuserer i mindre grad på aktiviteter, men styrer i større grad mot resultater. På tross av ulike finansieringssystem, er noe av utviklingen innen behandling lik for de tre landene. Deler av utviklingen må derfor være uavhengig av finansieringssystemet.

6.2 Drøfting av hypoteser

I den videre fremstillingen vil vi problematisere og drøfte de fire hypotesene i lys av teori fra kapittel 2 og 3 sammen med svar fra våre respondenter, meninger uttrykt i aviser og offentlige rapporter beskrevet i kapittel 5. Det er her viktig å påpeke at drøftingen *kun* består av *våre* meninger og oppfattelser, men med henvisninger til de nevnte kapitlene for begrunnelse av påstandene. Denne drøftingen vil hjelpe oss med diskusjonen av hovedproblemstillingen i kapittel 6.3.

6.2.1 Mål

Hypotese 1: Økt kjennskap til og aksept av Stortingets mål for helsesektoren, fører til økt motivasjon blant legene til å gjennomføre og prioritere oppgaver i tråd med målene.

Mål er et styringsredskap og en motivasjonsfaktor. For at et mål skal kunne benyttes slik det er tiltenkt, må det stilles krav både til utarbeidelsen av målet og hvordan det kommuniseres ut til de berørte partene. Kaufmann og Kaufmann (2009) hevder i målsettingsteorien, kapittel 3.2.2.2, at jo mer presise målene er, jo lettere er det for de ansatte å motiveres av dem. Dette fordi konkrete mål tydeligere vil kunne indikere i hvilken grad målene blir nådd i motsetning til mer «svevende» mål. På mange måter kan konkrete mål fra Stortinget være en fordel med bakgrunn i denne teorien. Det at Stortinget setter omtrent 200 svært konkrete mål for det enkelte sykehus blir allikevel påpekt som negativt fra flere av våre respondenter. Som økonomidirektøren ved Sørlandet Sykehus HF uttrykker er noen av målene så spesifisert at til og med krav om gratis parkeringsplasser er tatt med som et mål. Ved å sette så spesifiserte mål mener vi at Stortinget kan legge for sterke føringer på sykehusene og dermed begrense handlingsrommet de har til å foreta de prioriteringene de mener er viktige. Når det er så mange som 200 mål vil det også kunne være vanskelig å avgjøre hvilke som burde få høyest prioritet. Dersom det er uklart hvilke mål man skal fokusere på, mener vi det kan føre til frustrasjon og forvirring blant de ansatte. Dette kan føre til redusert motivasjon til å jobbe mot målene, samtidig som de mister sin funksjon som styringsverktøy.

Et annet negativt aspekt ved at det settes spesifikke mål fra Stortinget er at de ikke blir tilpasset situasjonen på det enkelte sykehus, som diskutert i kapittel 5.3.1. Vi anser det som uheldig at sykehusene for eksempel stilles overfor det samme kravet til prosentvis vekst innen en aktivitet, slik vår respondent fra Riksrevisjonen beskriver. Dersom noen av sykehusene har valgt å fokusere på denne aktiviteten tidligere, vil de ikke ha den samme muligheten til å

oppnå en lik vekst i aktiviteten som sykehus der fokus har vært på andre områder. Poenget er at sykehusene starter med ulike utgangspunkt for måloppnåelse, slik at en lik prosentvis vekst vil være urealistisk å oppnå for alle. Vi ser det som negativt at sykehus som er proaktive i sine prioriteringer av den grunn blir slått ned på fremfor å honoreres. Når et sykehus allerede ligger godt an i forhold til omfanget av aktiviteten, men allikevel blir «straffet» for dette, vil det kunne legge en demper på motivasjonen til de ansatte. En generell oppfatning er at motivasjon påvirkes av positive tilbakemeldinger. Det vil være ødeleggende for motivasjonen dersom ansatte ikke opplever å kunne oppnå et mål, spesielt når årsaken er at man i utgangspunktet ligger godt an på området. Det er et paradoks at «å se bra ut på papiret» blir vektlagt mer enn det faktisk utførte arbeidet.

Blant annet lederen i en stabsavdeling ved Sørlandet Sykehus HF har inntrykk av at det er stor avstand mellom nivåene i helsesektoren. Fra vårt synspunkt vil det som en følge av dette være vanskelig for personer i administrative stillinger å kjenne ressursbruken på det operasjonelle nivået. Det vil derfor være enklere for RHFet å ha et større fokus på de målene som kommer fra departementet, fremfor den faktiske aktiviteten som foregår på sykehuset. Som den nevnte respondenten sier vil personer i departementet ikke ha tilstrekkelig innsikt i hva som skjer på «gulvet» på sykehuset til å forstå tallene som rapporteres derfra. God kommunikasjon for å oppnå en gjensidig forståelse vil kunne redusere faren for feiltolkning av denne type dokumentasjon. I den sammenheng vil det være en fordel at de som sender fra seg informasjonen presiserer tallenes betydning, for på den måten å forbedre departementets beslutningsgrunnlag for senere år.

Overlegen ved Ullevål sykehus og en representant fra Yngre Legers Forening bidro, som nevnt i kapittel 5.3.1, spesielt til vår oppfattelse av at det er en noe mangelfull kommunikasjon fra departementsnivå og nedover styringslinjen til legene. Samtidig har vi fått inntrykk av at kommunikasjonen fra legene og opp mot departementsnivå heller ikke er tilstrekkelig. Forutsatt at legene kjenner til målene, anser vi det som viktig at de har hatt en viss påvirkning på utformingen av dem. Dette fordi det gir en følelse av tilhørighet til målene og samtidig motivasjon til måloppnåelse. Det vil alltid være de som skal utføre oppgavene på sykehuset som har best oversikt over hva som skal gjøres. Når målene Stortinget setter, bestemmes av personer uten denne oversikten, vil det være vanskelig for legene å identifisere seg med dem. Inntrykket vi har fått fra flere intervjupersoner er at de som setter målene har liten forståelse av hva som faktisk er mulig å gjennomføre med de gitte ressursene. Dette kan

være noe av grunnen til at målene er uoverkommelige, slik økonomidirektøren ved SSHF hevdet.

Sverige har i dag en annen organisering av helsesektoren enn hva som praktiseres i Norge. Den svenske modellen innebærer at staten har en mindre grad av påvirkning både når det gjelder helsemål og finansiering, se kapittel 5.2.2. En større del av beslutningene tas derfor i landets 21 fylker som hver utformer sine egne styringssystemer og i tillegg sørger for finansiering av sykehusene i eget fylke. Dette innebærer at styringslinjen består av færre nivåer mellom de som utformer målene og sykehusene enn hva tilfellet er i den norske helsesektoren, se figur 2.1.2 for instansene i den norske styringslinjen. En kortere styringslinje antar vi kan bidra til at legene har økt innflytelse på fylkenes helsepolitiske mål. Som nevnt vil økt medvirkning til målfastsettelsen føre til en større følelse av tilhørighet og motivasjon til å oppfylle de målene som settes. Samtidig vil det være mulighet for mer lokal tilpasning enn hva det er i Norge. Dette mener vi å kunne hevde fordi eieransvaret for sykehusene i Sverige er fordelt mellom 21 fylker av ulik størrelse, mens det i Norge er inndelt i fire helseregioner. Når Helse Sør-Øst til sammen dekker over 50 % av befolkningen vil det være mindre rom for lokal tilpasning. På den annen side er det et tankekors at Norge tidligere hadde en tilnærmet lik inndeling av eierskapet som den Sverige praktiserer i dag, se kapittel 5.2.1. En grunn til at Norge valgte å gå bort fra denne ordningen i 2002 var for å samle eierskap og finansieringsansvar hos én instans. Med dagens fire regionale helseforetak er det også større mulighet for spesialisering innen ulike medisinske behandlinger. Det at Sverige og Norge har en svært ulik organisering av helsesektoren tyder på at begge strukturene har både fordeler og ulemper. Det blir da en vurdering hvilke faktorer man vektlegger tyngst i valget mellom de ulike organiseringsalternativene.

Noe av det vi har erfart gjennom en rekke intervjuer av både leger og økonomer i helsesektoren, er at faggruppene ofte har ulike tilnærminger til problemstillinger i sektoren. Ulike tilnærminger kan gjøre kommunikasjonen mellom partene problematisk. Dette kan også bidra til den store avstanden mellom de ulike instansene i styringslinjen (figur 2.1.2) som påpekes av blant annet lederen av en stabsavdeling på SSHF, kapittel 5.3.1. Leger er i direkte kontakt med sine pasienter og fokuset ligger derfor i hovedsak på dem og medisinske muligheter. Direktører og ledere, ofte økonomer, i høyere stillinger har derimot et mer helhetlig ansvar. Deres oppgave er å fordele ressurser mellom forskjellige grupper av pasienter, inkludert dem som står på ventelistene, samt å bidra til at budsjetter blir holdt. Dette fører til at partene ofte verken snakker samme «språk» eller har det samme fokuset. Vi

vurderer det slik at leger ikke alltid har forståelse for at ressursene blir fordelt slik det gjøres. Samtidig virker det ikke alltid som ledere har den fulle forståelse av hvor mye ressurser som faktisk er nødvendig for god behandling av en pasient. Mangelen på en felles forståelse kan resultere i sprikende mål og dermed målkonflikter mellom partene.

Helsesektoren er svært påvirket av politikk. Det er politikere som setter de overnevnte helsemålene. Disse målene blir derfor en del av det politiske spillet både for å tiltrekke seg og beholde velgere. Overlegen ved UUS sitt eksempel om brystrekonstruksjon i kapittel 5.3.1, viser hvordan politikerne kan gå inn å detaljstyre i enkelte tilfeller. Generelt ser vi at pasientgrupper som får saken sin tatt opp i media og på den måten fanger folks interesse, kan få gjennomslag på det politiske nivået. Sykehusene kan dermed påføres krav fra Stortinget som gjør at de må prioritere andre pasienter enn det de ville gjort ut fra en medisinskfaglig vurdering. Sykehusenes prioriteringer baserer seg da på nye mål ovenfra og ikke medisinske årsaker slik de burde. Konsekvensen av en slik prioritering er at de som blir behandlet ikke nødvendigvis er de som får størst helsegevinst, men de som har fått «sakene» sin opp i media. Sett i lys av denne diskusjonen vil politikernes detaljstyring enkelte ganger «ødelegge» deres egne retningslinjer om at pasienter skal prioriteres på et medisinskfaglig grunnlag.

Sykehusene kan ut fra vårt synspunkt ikke stilles til ansvar for den feilprioriteringen som skjer i slike situasjoner. På den annen side gjenspeiler ofte de sakene som blir tatt opp i media hva som er viktig for befolkningen. Fordi sykehusene ofte foretar prioriteringer av pasienter med hensyn på fysisk helse, kan Stortinget styre prioriteringen slik at det også tas hensyn til det psykiske aspektet, slik som i eksempelet med brystrekonstruksjon nevnt over. På denne måten kan man også benytte somatikken til å forebygge psykiske lidelser. Dette blir mer og mer viktig i dagens samfunn da stadig flere pasienter overlever sitt sykdomsforløp. Av den grunn vil man i dag få flere ettervirkninger av sykdommer som ofte kan relateres til psykisk helse. Grunnen til at dette ikke vektlegges på somatiske sykehus i dag kan være at mye av dagens aktivitet bygger på det som tidligere har blitt gjort. Når ressursene er knappe, ser vi for oss at behandling av psykiske lidelser da kan bli nedprioritert til fordel for det fysiske. Så lenge pasienten blir fysisk frisk, «glemmes» ofte den psykiske lidelsen ved sykdommen, som kan kureres ved hjelp av somatikken. Det kan derfor være viktig at Stortinget får innført et tilstrekkelig oppfølgingssystem for pasienter som etter sitt sykdomsforløp har behov for somatisk hjelp for å kunne få en bedre psykisk helse.

Vårt inntrykk er at jo lenger ned i styringslinjen man kommer, jo mindre kjennskap har ansatte til Stortingets mål. Dette kom tydeligst frem i svarene fra vår informant fra Yngre

Legers Forening. Vedkommende beskriver seg selv som en «liten lege på gulvet» som ikke har så mye kjennskap til økonomiske faguttrykk. «Det er pasienten som er mitt hovedfokus», uttrykte informanten. Dette kan indikere det vi allerede har diskutert i tilknytning til legenes fokus og vektlegging av aktiviteter. Fokus ligger på pasienten og daglige avgjørelser tilknyttet vedkommende. Overordnede helsemål og finansieringssystem blir derfor nedprioritert til fordel for fullt pasientfokus. Leger som ikke kjenner til finansieringssystemet eller andre helsepolitiske mål fra Stortinget, vil av den grunn kunne oppfatte enkelte mål og krav som kommer fra klinikk- eller avdelingsledere på sykehuset som lite relevante.

For å oppsummere, er det avgjørende for motivasjonen at legene kan identifisere seg med helsemålene som blir vedtatt på Stortinget. Med bakgrunn i våre observasjoner vil vi anta at dagens kommunikasjon i styringslinjen ikke er tilstrekkelig. Det fremkommer i informantintervjuene at helsemålene blir «tredd nedover ørene» på legene, samt at noen av målene føles uoppnåelige og irrelevante. Mye av grunnen til dette er at legene ikke føler de blir tatt med i målutforming. Det er lettere å akseptere mål man selv har vært med på å utforme, enn de man bare blir pålagt. Av den grunn vil det kunne være vanskelig for legene å føle tilknytning til Stortingets helsemål. Denne situasjonen beskriver de som frustrerende. Ut fra diskusjonen over kan vi si at leger kan bli mer motivert til å oppnå Stortingets mål for helsesektoren dersom de får økt kjennskap til og kan akseptere målene. På den annen side er det ikke disse målene som er styrende for legenes prioritering i hverdagen, da deres fokus primært ligger på pasienten og medisinske muligheter.

6.2.2 Rapportering og koding

Hypotese 2: Den innsatsstyrte finansieringen motiverer legene til feilkoding for å øke refusjonen.

Inndelingen av de diagnoserelaterte gruppene er ikke et reelt bilde av den kliniske virkeligheten, men snarere svært forenklet og skjematisk. Fra vårt synspunkt er dette en begrunnelse både for at systemet er mulig å benytte, men samtidig en bekreftelse på at det ikke er perfekt. Alle pasientforløp er ulike og de vil derfor kreve ulike mengder ressurser. En kan da spørre seg hvorfor så mange pasienter blir likt klassifisert i DRG-systemet. Med dette tatt i betraktning, tenker vi derfor at systemet har en del mangler, når til og med et bilverksted har en mer spesifisert inndeling, som nevnt i kapittel 5.3.2. På den annen side vil det kunne være svært ressurskrevende å ha et refusjonssystem som tar hensyn til hvert enkelt

pasientforløp. Kompleksiteten i helsesektoren kommer tydelig frem i sammenligningen økonomidirektøren ved Sørlandet sykehus HF gjør med industrisektoren i kapittel 5.3.2. Han mener det blir feil å sammenligne helsesektoren med industrien der målet er å produsere et høyest mulig kvantum til en lavest mulig pris. I helsesektoren er alle pasienter unike og vil derfor ikke kunne sammenlignes med produkter som produseres på et samleband. Vi mener det er viktig å se nyansene de ulike pasientforløpene representerer og at pasienter med liknende diagnoser derfor vil kreve ulik mengde ressurser ved behandling.

Det hevdes fra flere respondenter i kapittel 5.3.2 at DRG-systemet er svært grovmasket. Fordi hvert enkelt pasientforløp er ulikt, blir problemet med det grovmaskede systemet at alle pasientforløpene, som hører inn under den samme diagnosegruppen, utløser en identisk ISF-refusjon. Det må derfor gjøres en vurdering av når inndelingen av de relaterte diagnosene er «god nok». Innenfor en gruppe vil det være store forskjeller på hvor ressurskrevende de ulike pasientforløpene er. For eksempel vil pasienter innen samme gruppe kunne ha behov for et ulikt antall liggedøgn tilknyttet behandlingen. Et svært ressurskrevende pasientforløp vil derfor få den samme refusjonen som et pasientforløp i samme diagnosegruppe, hvor ressursforbruket er betydelig mindre. I dette ligger det et økonomisk insentiv om å prioritere de minst ressurskrevende pasientene i hver gruppe, når refusjonssatsen allikevel er den samme. Vi ser at en løsning på dette problemet kan være å gjøre systemet mer «finmasket», altså dele pasientforløpene inn i flere relaterte grupper slik at ressursbruken innenfor den enkelte gruppen kan bli mer lik. Ved å gjøre dette vil systemet fremstå som mer nyansert, noe som vil kunne gjøre systemet mer treffsikkert. Et eksempel på et mer «finmasket» system er KPP-modellen som er utarbeidet på Sykehuset i Vestfold, beskrevet i kapittel 5.4. Som tidligere nevnt vil denne modellen være et hjelpemiddel til å få et mer nyansert og nøyaktig kostnadsbilde. Med en slik kostnadsmodell som grunnlag for beregnet inntekt, vil dermed refusjonen bedre kunne gjenspeile det faktisk medgåtte ressursforbruket i hvert enkelt tilfelle. Et system med flere diagnosegrupper vil imidlertid kunne fremstå som mer komplekst. Dette fører blant annet med seg et stort administrativt arbeid med å etablere nye diagnosegrupper og senere kontrollere at pasientforløpene blir korrekt kodet. Det forekommer allerede i dag feilkoding fordi legene ikke har tilstrekkelig kjennskap til alle kodene. Vi ser på denne formen for feilkoding som en indikasjon på at det vil være svært ressurskrevende å innføre flere diagnosegrupper innenfor helsesystemet. Innføringen av et enda mer nyansert system kan derfor føre til ytterligere feilkoding. Et mulig resultat av dette kan være at det nye systemet vil fremstå som like urettferdig med tanke på refusjonen som det gamle. Vi ser det derfor som

nødvendig å foreta en nøye avveining av hva som er «godt nok» og hva som krever for mye ressurser i tilknytning til etablering av et ytterligere antall diagnoserelaterte grupper.

En av årsakene til feilkoding som respondentene trekker frem i kapittel 5.3.2 er gråsoner i systemet. En *gråson* oppstår når nye og mindre ressurskrevende behandlingsmetoder enda ikke er registrert i kodeverket. Dette kan utnyttes dersom den koden som allerede finnes i systemet utløser en høyere refusjon enn kostnaden ved den metoden som faktisk benyttes i pasientbehandlingen. Vi har fått et inntrykk av at gråsoner enkelte ganger blir utnyttet dersom legene generelt oppfatter at avdelingens finansiering ikke er tilstrekkelig i forhold til den faktiske ressursbruken tilknyttet pasientforløpet. Dette belyses også i Riksrevisjonens rapport om kodekvalitet referert til i kapittel 5.3.2. Det uttales fra flere informanter at det er vanskelig å kontrollere hvilke aktiviteter som til en hver tid utføres innenfor de ulike avdelingene. Myndighetene er derfor helt avhengig av å kunne stole på de som utfører behandlingene og den etterfølgende kodingen. Så lenge leger oppfatter kodesystemet som urettferdig, er myndighetene derfor helt avhengig av et system uten gråsoner. Leger vil kunne kjenne til de eventuelle «smutthullene» som finnes i systemet bedre enn noen andre. Det blir da opp til den enkelte lege om han ønsker å utnytte eventuelle gråsoner i kodesystemet for å øke avdelingens inntekt.

Koding, slik vi oppfatter det, handler mye om kommunikasjon og informasjonsstrømmene mellom aktørene i styringslinjen. Kvaliteten i kommunikasjonskanalene er, som beskrevet i kapittel 3.3 avgjørende for hvordan man bør delegere bestemmelsesansvaret til de ulike nivåene. Det kan være fare for at legene ikke kommuniserer riktig og tilstrekkelig informasjon oppover i systemet i form av mangelfull koding. Kontrollen som blir utført i samarbeid mellom Helsedirektoratet og Norsk Pasient Register, kommentert i kapittel 5.3.2, vil kunne virke forebyggende på feilkoding. Dersom legene vet de blir kontrollert, vil dette kunne være et insentiv til å foreta en mer korrekt koding av pasientbehandlingene. Samtidig, som nevnt i teorikapittel 3.5.1.8.3 som omhandler intensiteten av overvåkning, vil størrelsen på den innsatsstyrte finansieringen være avgjørende for hvor mye overvåkning som er nødvendig. Slik vi ser det kan graden av overvåkning være avgjørende for hvor stor «feilmargin» den enkelte lege vil tillate seg i kodingen. På den annen side er det legene som sitter med førstehåndsinformasjon om den enkelte pasient og derfor har best grunnlag for å ta riktige avgjørelser for pasienten. Det vil av den grunn være nødvendig at beslutningsmyndigheten desentraliseres slik at legene tar de avgjørende beslutningene i de ulike behandlingsforløpene. En negativ virkning av dette kan være at relevant informasjon forsvinner i

kommunikasjonskanalene. Det vil i en slik situasjon være nødvendig å foreta en avveining mellom å sentralisere eller desentralisere beslutningsmyndigheten. En ren sentralisering ser vi på som relativt umulig å gjennomføre på et sykehus grunnet praktiske årsaker. Dette fordi det ofte kreves raske avgjørelser for å ivareta pasientenes interesser. Under en operasjon kan ikke legen konferere ledelsen med akutte spørsmål. Det er legene selv som står i «felten når blodet spruter» og derfor kan ta de beste avgjørelsene. Samtidig har ledelsen ofte ikke tilstrekkelig kunnskap til å ta gode medisinske beslutninger. Dette taler dermed for en desentralisert styring.

Som en konklusjon på hypotesen anser vi det å være spesielt tre mulige måter legene kan feilkode på. Det ser ut til at den mest utbredte årsaken til feilkoding er for dårlig kunnskap om kodene blant legene. Et så komplekst system krever tilstrekkelig med opplæring og kursing av legene for å kunne fungere tilstrekkelig. Vi forstår det derfor slik at denne formen for feilkoding ikke nødvendigvis bare beror på legene, men også ledelsen, slik lederen for en stabsavdeling på SSHF uttaler i kapittel 5.3.2. Dersom ikke ledelsen finner det interessant at legene koder «riktig», vil opplæring derfor bli nedprioritert og kodekvaliteten bli deretter. Dette bekreftes også av legenes svar i Riksrevisjonens rapport om kodekvalitet henvist til i kapittel 5.3.2. Dersom kodingen tidligere har vært mangelfull, kan innsatsstyrt finansiering være et insentiv til en mer nøyaktig koding. Dette fordi størrelsen på ISF- inntekten avhenger av kodingen som blir utført. Vi mener det av den grunn er i legenes interesse å legge ned en større innsats i å foreta en mer korrekt koding. Den innsatsstyrte finansieringen vil også være et insentiv for ledelsen til å legge større vekt på opplæring av legene innenfor medisinsk koding.

Den andre muligheten for feilkoding er utnyttelsen av gråsonene som befinner seg i systemet. Vi har fått inntrykk av at utnyttelsen av gråsonene begrunnes i den skjevfordelte ISF-refusjonen. Inndelingen av diagnosegruppene gjør at avdelinger på enkelte områder kan gå i underskudd fordi refusjonen er feil. For å gjøre opp for denne feilen kan det være fristende «å tjene inn» underskuddet ved å benytte gråsonene fremfor å rapportere inn underskuddet. De regionale helseforetakene måles ofte på det økonomiske aspektet og er derfor svært opptatt av å holde budsjett. Denne tankegangen blir kommunisert ned på sykehusene og avdelingene hvor det da blir svært viktig ikke å gå med underskudd. Det er naturlig å ønske å prestere på de områdene man måles på. Det vil derfor ikke være så unaturlig å tenke seg at legene benytter de mulighetene som systemet enda ikke har fanget opp, for å tjene inn sine kostnader.

Det siste alternativet vi ser for oss er den systematiske feilkodingen. Dette er en direkte utnyttelse av systemet og den makten legene har over myndighetene. De vi har vært i kontakt med hevder at dette er en metode som ikke er spesielt utbredt, mye fordi det vil bli slått svært hardt ned på av ledelsen, men også fordi det finnes et eksternt kontrollorgan, Norsk Pasient Register, som kan fange opp eventuell feilkoding, som beskrevet om i kapittel 2. Like viktig er det at denne formen for «juks» ikke er godtatt i legemiljøet. Det er vanskelig å konkludere med at den innsatsstyrte finansieringen direkte fører til feilkoding. Det fremgår imidlertid av diskusjonen over at det forekommer enkelte insentiver i systemet som vil kunne være en motivator til nettopp feilkoding.

6.2.3 Vridningseffekter

Hypotese 3: Det er negativ samvariasjon mellom pasientenes ventetid og pasientenes økonomiske lønnsomhet på grunnlag av refusjonssatsene i den innsatsstyrte finansieringen.

Inntrykket vi har fått gjennom informantintervjuene er at legene ønsker å ha fokus på den enkelte pasient, men at økonomien i noen tilfeller kan virke ødeleggende på deres ønskede medisinskfaglige prioriteringer. Dette kan forklares med at økonomiske beslutninger flyttes nedover i styringslinjen, når ISF-refusjonen fordeles på de laveste nivåene på sykehuset. Vi ser da at leger kommer i «skvis» mellom ledelsens krav om økonomiske prioriteringer og pasientens beste, se Bruun Wyllers uttalelse i kapittel 5.3.3.

Ut fra våre erfaringer er det ikke bare den aktivitetsbaserte finansieringen som skaper diskusjoner i den norske helsesektoren. Fordelingen av rammefinansieringen til de regionale helseforetakene kan også oppleves som urettferdig. Generelt har vi fått inntrykk av at midlene innad i Helse Sør-Øst blir skjevfordelt til fordel for sykehusene i Oslo-området. Dette kan være en mulig forklaring på de ulike oppfatningene Bugge og økonomidirektøren ved Sørlandet sykehus HF har av bevilgningene som gis fra Stortinget til de regionale helseforetakene, se kapittel 5.3.3. I kamp med Oslo-sykehusene ser vi at det for eksempel kan være vanskelig for Sørlandet sykehus HF å få tilstrekkelig med midler til investering i blant annet maskiner som brukes i pasientbehandlingene. Dette sier også økonomidirektøren ved Sørlandet sykehus HF selv. Grunnen til Bugges optimisme kan i den sammenheng være at Universitetssykehuset i Nord-Norge, hvor han er overlege, opplever en jevnere fordeling av midlene til sin region. En årsak kan også være at Bugge arbeider ved et av prioriteringssykehusene i Helse Nord, og av den grunn ikke vil merke stramme budsjetter på

lik linje med ansatte ved sykehus som ikke er prioritert. En annen mulig forklaring er at hele denne problematikken stammer allerede fra før den innsatsstyrte finansieringen ble innført i 1997, kapittel 5.2.1. Før innføringen var alle sykehusene i landet eid av fylkene og ble da også finansiert gjennom det respektive fylkes budsjett. Noen av sykehusene i Oslo var her i en særstilling. De var direkte underlagt staten med flere nasjonale oppgaver og hadde derfor større mulighet til å få en høyere finansiering enn de andre sykehusene. Da rammebevilgningen ble videreført også etter sykehusreformen i 2002, kan dette ha gjort at tidligere skjevfordeling også gir utslag i dagens rammefinansiering. Gjennom Magnussen-utvalgets arbeid forsøkes det imidlertid å fordele ressursene etter mer objektive kriterier, se kapittel 2.4.

Vi mener at sykehusene kan ha en utfordring i forhold til utnyttelsen av moderne teknologi. Bakgrunnen for dette er uttalelsen til økonomidirektør ved Sørlandet sykehus HF, kapittel 5.3.3, om at mer moderne utstyr påfører sykehuset store kostnader tilknyttet drift, hovedsakelig på grunn av muligheten til mer omfattende analyser. De nye maskinene har ofte flere funksjoner og gir derfor mer informasjon enn de gamle. Vi mener derfor at sykehusene må veie kostnaden ved å hente ut og bearbeide den ekstra informasjonen opp mot den enkelte pasients nytte av de ulike resultatene. På den måten kan de utnytte moderne teknologi uten at det går på bekostning av økonomiske hensyn som må tas på sykehuset.

Moderne teknologi vil også være viktig for å tiltrekke seg kompetent arbeidskraft, mener økonomidirektøren. En lege vil ønske å arbeide der det er ny teknologi for på den måten å kunne utvikle sine ferdigheter. For at et sykehus skal kunne investere i ny teknologi må de økonomiske ressursene være til stede. I følge prinsippet om lik kompensasjon, kapittel 3.5.1.8.4 i prinsippal-agent-teorien, vil en agent prioritere aktiviteter som øker hans belønning, fremfor de aktivitetene som ikke har noen påvirkningskraft på belønningen. Vi mener dette kan belyse de vridningseffektene som kan oppstå i forbindelse med finansieringssystemet. Legenes lønn avhenger ikke direkte av sykehusets eller avdelingens inntjening, men baserer seg på ansettelsesforhold og lønnsavtaler som vi har valgt å se bort fra i denne oppgaven. Det som i teorien omtales som agentens belønning vil i denne diskusjonen tilsvare sykehusets ISF-refusjon. Stortinget, som prinsippal, er avhengig av at sykehusets og Stortingets interesser er sammenfallende. Dette er ikke alltid tilfellet. Se figur 6.1 for beskrivelse av prinsippal-agent-forholdene i styringslinjen. En mulighet for prinsippalen er å innføre økonomiske insentiver slik at partene har et sammenfallende fokus. Stortinget har derfor utarbeidet ISF-ordningen for å gi insentiver til å oppnå de årlige aktivitetsmålene i sykehusene. I realiteten

gjør gjennomsnittsrefusjonene at enkelte aktiviteter blir mer lønnsomme enn andre. Faren er da at fokus vris mot de aktivitetene som er mest lønnsomme og som øker sykehusets faktiske refusjon per utgiftskrone.

Prosentandelen knyttet til størrelsen på rammebevilgningen og den aktivitetsbaserte finansieringen til de regionale helseforetakene vil kunne avgjøre om noen pasienter oppfattes som mer økonomisk fordelaktige enn andre. Innhentet informasjon, fra blant annet ulike rapporter skrevet av Helsedirektoratet og informanter fra helsesektoren, kapittel 5.3.3, tyder på at dagens 60/40 fordeling er den mest realistiske for gjennomsnittssykehuset. Samtidig er det ulik kostnadsstruktur på avdelingene innad på sykehuset, noe som fører til ulike insentiver når avdelingene står overfor samme inntektsstruktur. Økonomidirektør på SSHF trekker frem intensivavdelingen og ortopediavdelingen som to ytterpunkter når det gjelder fordelingen mellom faste og variable kostnader. En intensivavdeling, mener han, har en mye større andel av faste kostnader enn variable. Dette kan eksemplifiseres med en kostnadsfordeling med 90 % faste og 10 % variable som vist i figur 3.4.3. Dersom dette er tilfelle vil dagens ISF-andel på 40 % skape et insentiv for intensivavdelingen til en aktivitet høyere enn aktivitetsmålet. Som forklart i figurteksten vil avdelingen da få et positivt resultat. Det motsatte vil være tilfellet i en ortopediavdeling der eksempelvis 10 % av kostnadene er faste og 90 % er variable kostnader. Dette gir avdelingen et insentiv til å produsere opp mot aktivitetsmålet, men ikke overstige det. Insentivvirkningen inntektsfordelingen har på ulike kostnadsstrukturer kan benyttes til å vurdere dagens fordeling mellom rammebevilgning og ISF-refusjon til sykehusene. Dersom Stortinget ønsker en aktivitet opp mot aktivitetsmålet, uten at aktiviteten overstiger det, må de variable inntektene være lavere enn de variable kostnadene på avdelingene. Økonomidirektørens uttalelser om de store forskjellene i kostnadsstruktur mellom ulike avdelinger, kan tyde på at én felles inntektsstruktur gjør at den enkelte avdeling ikke går i balanse, noe som imidlertid er målet for virksomheter i offentlig sektor, forklart i kapittel 3.4.6. Internt på sykehusene kan avdelinger som med dagens inntektssystem går med overskudd, veie opp for de avdelingene som går med underskudd. Dermed vil finansieringssystemet bidra til å oppnå målet om at sykehusene skal gå i balanse. Dette kan etter vår oppfattelse tyde på at ISF-systemet bør stoppes på sykehusnivå og ikke fordeles på de ulike avdelingene eller seksjonene.

Dagens norske finansieringssystem kan altså gi enkelte økonomiske insentiver som går mot de politisk bestemte retningslinjene for aktivitet på sykehusene, og på den måten oppfordre til en uønsket vridning i aktivitetsprioriteringen. Generelt vil en høy refusjon gjøre flere

behandlinger lønnsomme i forhold til tilfellet med en lav refusjon. Da den variable inntekten i 2003 utgjorde 60 % av finansieringen, St.meld. nr. 5 (2003-2004) henvist til i kapittel 5.3.3, så Helsedirektoratet en tydelig aktivitetsøkning. Dette kan indikere at den variable inntekten dekket mer enn marginalkostnaden for mange behandlinger, slik at det ble lønnsomt å øke aktiviteten også utover det gitte aktivitetsmålet. Dette kan tyde på at det vil lønne seg å holde ISF-andelen under 60 %.

Som beskrevet i kapittel 5.2.3 om de tre nordiske landene, har Region Nordjylland i Danmark en inntektsfordeling når aktivitetsmålet er nådd, som skiller seg fra den norske. Denne danske regionen benytter i større grad inntektsstrukturen til å påvirke ønsket aktivitet på sykehusene. Når aktivitetsmålet er nådd, vil den variable inntekten være ulik for aktiviteter som ønskes prioritert og ordinære aktiviteter. Inntektsstrukturen er utformet på en slik måte at aktiviteter som ønskes prioritert er tildelt en refusjonssats på 70 %, mens de resterende aktivitetene har en sats på 20 % utover aktivitetsmålet. Denne fordelingen er skissert i figur 3.4.4. Dersom variable kostnader er under 70 %, vil det gi et insentiv til å øke de prioriterte aktivitetene utover det gitte aktivitetsmålet. Det vil derimot ikke lønne seg å øke de andre aktivitetene dersom den variable kostnaden er over 20 %. På denne måten vil det være gunstig for sykehusene å øke de aktivitetene Regionen ønsker å prioritere. Nordjylland bruker på den måten inntektsstrukturen som et økonomisk virkemiddel for å vri fokus mot de aktivitetene som ønskes prioritert. På bakgrunn av dette mener vi at Danmark utnytter de potensielle vridningseffekter som kan oppstå som en følge av ulik kostnads- og inntektsstruktur. Region Midtjylland i Danmark praktiserer et enda tydeligere insentiv til ikke å overstige aktivitetsmålet. Det er her innført et «tak», noe som innebærer at all aktivitetsbasert refusjon faller bort ved oppfylt aktivitetsmål. Sett i lys av disse fordelingsmetodene mener vi Norge kan ha noe å lære av denne tankegangen for bedre å kunne utnytte de potensielle økonomiske insentivene som ISF-systemet skaper.

Det er en pågående diskusjon om hvor langt ned i styringslinjen ISF-refusjonen skal benyttes. Stortingets mening med systemet er å stoppe refusjonen på RHF-nivå, se kapittel 2.4, men i realiteten blir den benyttet ned på sykehusene og videre på de enkelte avdelingene og seksjonene. Dersom den innsatsstyrte finansieringen stoppes på RHF-nivået, kan dette føre til at legene ikke har inngående kunnskap om refusjonssatsene til den innsatsstyrte finansieringen. En positiv følge av dette kan være at legenes avgjørelser i større grad kan bygge på gode faglige vurderinger, fremfor økonomiske hensyn. Ut fra de svar våre respondenter har gitt ser vi at de legene som er nærmest tilknyttet de økonomiske

avgjørelsene som tas, har mer kjennskap til systemet. Dette kan tyde på at jo lenger ned i systemet ISF-refusjonen videreføres, jo bedre kunnskap får legene om inntektssystemet. Denne kunnskapen hos legene kan være positiv da vi ser det som viktig at de er kostnadsbevisste i sitt arbeid, i tillegg til at de har et faglig fokus. For eksempel mener vi dette gjelder i valget mellom to behandlingsmetoder som med hensyn på kvalitet er likeverdige, men derimot skiller seg fra hverandre med hensyn på kostnad. Med dette utgangspunktet bør det billigste alternativet være et naturlig valg for legene. Det overnevnte taler for at ISF-refusjonene burde føres helt ned på seksjonsnivå på sykehusene.

Sett fra en annen synsvinkel vil det kunne være fordelaktig å stoppe refusjonen på nivåer lenger opp i styringslinjen. Kostnadene varierer som tidligere nevnt fra sykehus til sykehus. Helsedirektoratet hevder at inndelingen av diagnoserelaterte grupper, som diskutert i kapittel 5.3.2, er grovmasket. Det vil derfor ikke være fordelaktig å føre systemet helt ned på de nederste nivåene i sykehusene. Her vil en inntekt basert på gjennomsnittskostnader kunne føre til store sprik mellom faktiske kostnader og inntekter. Dette underbygges av økonomidirektør ved SSHF sin beskrivelse av svært ulike kostnadsstrukturer på avdelingene i kapittel 5.3.3. Dersom inntektsstrukturen skal bygge på et gjennomsnitt av de ulike kostnadsstrukturene, vil det bli feil å la fordelingen gå helt ned på avdeling- og seksjonsnivå på sykehusene. Dette vil igjen være et argument for å stoppe ISF-refusjonene på HF-nivå. Informantene ved Sykehuset i Vestfold mener derimot at en fordeling av ISF-refusjonene ned på de ulike seksjonene, se figur 5.1, vil være det mest fordelaktige. Denne oppfattelsen begrunner de med at legene motiveres av å se deres aktiviteter generere inntekter. Hvor langt ned det enkelte sykehus velger å fordele ISF-refusjonen mener vi avhenger av hvilke av de overnevnte virkningene som vektlegges sterkest.

Sykehuset i Vestfold HF har gjennom de siste årene implementert Kostnad Per Pasient, KPP, som kostnadsfordelingssystem. Ytterligere beskrivelse av dette systemet finnes i kapittel 5.4. Til tross for at det har kostet mye ressurser og tatt lang tid, har de i dag utarbeidet kostnadstall og fordelingsnøkler som er gode nok til å benyttes. Grøtting og Nauff hevder, i det nevnte kapitlet, at deres KPP-system vil kunne gi en økt kostnadsbevissthet blant legene på sykehuset fordi de med dette systemet kan identifisere hvilke aktiviteter som krever unødvendig mye ressurser. Etter vår oppfattelse er arbeidet med en KPP-modell ett steg nærmere en mer korrekt kostnadsfordeling, og dermed en mer reell ISF-refusjon. Dette kan bidra til at ISF-systemet kan nærme seg et mer nøytralt system i forhold til pasientprioritering, slik Helsedirektoratet ønsker, kapittel 2.5. Vi ser allikevel at det er et ressurskrevende arbeid som

gjenstår dersom alle sykehusene skal implementere et slikt system, samtidig som det krever samarbeid mellom ulike instanser i helsesektoren for å kunne utarbeide og implementere et system som fungerer godt.

Etter å ha fått en innføring i bruken av KPP-systemet i Vestfold sitter vi igjen med en forståelse av at systemet vil kunne være fordelaktig for flere forhold. For det første vil et slikt system kunne føre til en bevisstgjøring om realiteten i egen organisasjon. Ved en slik forståelse av helheten på sykehuset vil lederne kunne legge frem gangen i et behandlingsforløp for legene. Når en lege kan se gangen i et behandlingsforløp, mener vi det vil være lettere å se konsekvensen av deres enkeltavgjørelser. Målet med å gi legene en slik kunnskap er å få den enkelte lege til å ta økonomisk gode avgjørelser som ikke går på bekostning av kvaliteten i pasientbehandlingen. For at pasientoppholdet skal kunne gjennomføres effektivt vil kommunikasjon, se kapittel 3.3, mellom de ulike enhetene være en viktig faktor. Samtidig må ressursbruken til dette KPP-arbeidet veies opp mot nytten av systemet. For eksempel er det avgjørende at leger deltar i arbeidet med modellen, men det er et tankekors at deres tid til pasientbehandling også kan bli redusert på grunn av dette. Et godt system vil kunne komme pasientene til gode ved at de får et mer helhetlig helsetilbud ved hjelp av bedre kommunikasjon og samarbeid på sykehuset. Det er imidlertid viktig at et slikt system ikke går på bekostning av kvaliteten i pasientbehandlingen, men bidrar til en effektiv utnyttelse av de tilgjengelige ressursene.

Gjennom denne diskusjonen har vi forsøkt å belyse de ulike aspektene ved den innsatsstyrte finansieringen. Vi ser at det er mye positivt med ordningen, men at det også ligger forbedringspotensial i systemet. Noe av problemet med ISF-ordningen er at den fører til økt fokus på økonomi nedover i styringslinjen. Vi mener det vil være uheldig når sykehus måles tydeligst på økonomiske resultater fremfor kvalitet i pasientbehandlingen. Samtidig har vi inntrykk av at dagens fordeling mellom ramme- og aktivitetsbasert finansiering vil være den mest fordelaktige. Det er fortsatt eksempler på «feilprioriteringer» av pasienter med bakgrunn i finansieringssystemet. Det virker allikevel som dette forekommer sjeldnere enn hva tilfellet kunne vært med en annen finansieringsfordeling. En viktig presisering er at budsjettene i helsesektoren er i milliardklassen. Det vil derfor være helt nødvendig å være kostnadsbevisst samtidig som pasienter må prioriteres på et faglig grunnlag. Vi mener at det økonomiske og medisinske perspektivet ikke må settes opp mot hverandre, men må ses i sammenheng for å få best mulig utnyttelse av de gitte ressursene i helsesektoren.

6.2.4 Motivasjon

Hypotese 4: Den aktivitetsbaserte økonomiske belønningen i helsesektoren er ødeleggende for den indre motivasjonen til legene.

Indre og ytre motivasjon er to motpoler og vil i følge motivasjonsteorien i kapittel 3.2, virke mot hverandre. Dersom legen opplever å måtte prioritere annerledes enn det hans indre ønske tilsier, vil det kunne være ødeleggende for hans indre motivasjon. En lege som føler han må prioritere å oppfylle overordnede økonomiske krav på bekostning av pasientenes beste, kan miste motivasjonen som i utgangspunktet driver han. I en slik situasjon kan han da, i følge uttalelser i kapittel 5.3.4, komme i skvis mellom sin lojalitet til pasienten og lojaliteten til ledelsen. Vi anser dette som en målkonflikt mellom individets indre drivkraft og utenforliggende faktorer. Samtidig har helsetjenesten svært mange interessenter i form av blant annet pårørende, pasienter og skattebetalere. Nettopp derfor kan legenes arbeid bli utsatt for kritikk fra mange hold, noe som kan være en faktor til økt fokus på kvalitet i behandlingene. Følelsen av at arbeidet man utfører har betydning for mange mennesker vurderer vi som en faktor til økt indre motivasjon. Samtidig kan mange interessenter til helsesektoren også være en årsak til at den indre motivasjonen blir redusert. Dersom media og det politiske spill blir styrende for legenes prioriteringer, slik at de blir pålagt prioriteringer de selv føler strider mot medisinskfaglige vurderinger, vil det kunne redusere den indre motivasjonen. I tillegg vil kritikk legene føler er urettmessig også kunne være en demper for deres indre motivasjon.

Penger er i utgangspunktet en viktig motivasjonsfaktor i alle arbeidsforhold. Å benytte økonomiske insentiver vil derfor kunne oppleves som så sterkt at det vil kunne overskygge trangten til å hjelpe pasienten. Den ytre motivasjonen vil da være ødeleggende for den indre. Vår representant fra Yngre Legers Forening poengterte imidlertid i kapittel 5.3.2 at det her er snakk om en avdelings inntjening og ikke arbeidsgodtgjørelsen til den enkelte lege. En avdelings økonomi er allikevel svært viktig for en leges muligheter både når det gjelder pasientbehandling og medisinsk forskning. Et annet poeng vi mener er viktig i denne sammenheng er at det for legene kan være vanskelig «å glemme» økonomien i sine daglige avgjørelser. Dette fordi ledelsen til stadighet utsetter dem for sine økonomiske målsetninger. Disse målene kan enkelte ganger stride mot legenes medisinske intensjoner. Overlegen ved UUS uttrykker som nevnt i kapittel 5.3.1 at legenes indre motivasjon i hovedsak er å ta avgjørelser til beste for pasienten. Legges det inn økonomiske insentiver fra ledelsen, utgjør dette en ytre motivasjonsfaktor. Disse vil sjelden ha innvirkning på de ansattes indre driv. I

sitt arbeid er leger ofte i kontakt med pasienter og pårørende og kan dermed «føle resultatet av behandlingen på kroppen». Dette er en sterk faktor som stimulerer legenes indre motivasjon.

I kapittel 5.3.4 fremkommer det fra våre informanter at leger i stor grad drives av faglige utfordringer. Det vil derfor være avgjørende hvilken teknologi det enkelte sykehus har til rådighet for å kunne tiltrekke seg medisinskfaglig kompetente ansatte slik som økonomidirektør ved Sørlandet sykehus HF uttrykker i kapittel 5.3.3. I tillegg til teknologi vil muligheten for forskning ved sykehuset være en avgjørende faktor. I Norge vil leger som arbeider i det private som regel ha bedre lønnsbetingelser enn de som er ansatt på de offentlige sykehusene, noe vi som nevnt ikke har tatt hensyn til i oppgaven. Sykehusene har ofte de mest kompliserte diagnosetilfellene og det er her legene har muligheten til å drive forskning. Det at mange leger ønsker å jobbe ved et sykehus anser vi derfor som et uttrykk for at de drives av spennende arbeidsoppgaver og ikke nødvendigvis kun av økonomisk belønning. Den indre motivasjonen kan derfor anses som sterk hos legene.

Det er myndighetene som bevilger ressurser til det enkelte helseforetak med krav om hvordan de skal benyttes. Politikken er derfor svært viktig for driften av sykehuset. Bevilges det ikke midler til forskning på sykehusene kan politikerne dermed ødelegge muligheten legene har til å utvikle seg faglig. Det samme vil være tilfellet dersom muligheten for forskning er tilstede, men at ressursene fra Stortinget er for knappe til at forskningsresultatene kan settes ut i livet. Vi ser dette som et eksempel på at Stortinget til en viss grad kan ødelegge legenes indre motivasjon, ikke bare ved å legge inn økonomiske insentiver, men også ved å unnlate å tilrettelegge for deres ønsker. I følge teorien i kapittel 3.2, er indre motivasjon sterkere og mer stabil enn ytre motivasjon. Ved å legge til rette for forskning og utvikling har imidlertid Stortinget muligheten til å utnytte legenes indre motivasjon. Å gjøre dette, kan kanskje derfor være en mer virkningsfull måte å påvirke legene til å jobbe for Stortingets mål.

I den grad de økonomiske insentivene motvirker den rent faglige vurderingen, er de etter vår oppfatning svært ødeleggende for den indre motivasjonen hos hver enkelt lege. For oss virker det som dette til en viss grad er hensyntatt av myndighetene selv. Dette mener vi å kunne hevde da Stortingets mål med finansieringssystemet er å gi økonomiske insentiver til den administrative delen av helsesektoren, ved å stoppe den innsatsstyrte finansieringen på de regionale helseforetakene. På den måten skal ikke finansieringssystemet påvirke legene direkte. Etter våre intervjuer har vi imidlertid erfart at den innsatsstyrte finansieringen ofte blir benyttet ned på de operasjonelle nivåene på sykehusene. Mål og insentiver som

strider mot ens indre motivasjon vil generelt være en demotiverende faktor. Vi mener derfor at dersom legene utsettes for de økonomiske insentivene som ligger i finansieringssystemet, kan det være en medvirkende faktor til å svekke legenes indre motivasjon.

6.3 Drøfting av hovedproblemstilling

Innsatsstyrt finansiering – kun et finansieringssystem eller også et insentivsystem?

I 2011 utgjør Norges helseutgifter som tidligere nevnt 10 % av statsbudsjettet. Dette tilsvarer ca. 250 milliarder kroner, hvor igjen 100 milliarder kroner utgjør utgiften til spesialisthelsetjenesten som omfatter sykehusene. Gjennom arbeidet med denne masteroppgaven har vi fått en forståelse av hvor komplekst sammensatt helsesektoren i Norge er. Dersom man sammenligner helsesektoren med industrien i Norge slik vi har gjort i kapittel 6.2.2, er det mange flere interessenter og sterkere følelser knyttet til driften av helsesektoren. Det er ikke bare pasienter og deres pårørende som har et forhold til sektoren. Vi er alle skattebetalere og blir derfor indirekte berørt av avgjørelser som blir tatt, samtidig er vi potensielle pasienter som ønsker et godt helsetilbud. En av våre respondenter fra Sørlandet Sykehus HF uttrykte dette på en god måte. «Som leder, potensiell kunde og skattebetaler tenker jeg det er kjempeviktig at vi har systemer som kan dokumentere alt av ressurser gjennom penger og folk. Vi bruker mye penger på helse i Norge, så klart må man også kunne stille krav til hva man får ut av dette.»

Den interne driften på sykehuset er i seg selv svært kompleks, samtidig må sykehusledelsen hele tiden stå til ansvar for sine valg overfor omgivelsene. Omgivelsene krever dokumentasjon på hva skattepengene benyttes til og hvilke tilbud de og deres nærmeste får dersom behovet for helsetjenester melder seg. Det er da viktig å vurdere hvor mye ressurser som skal legges i kodingen i forhold til nytten man får av den type dokumentasjon. Dette er et aspekt vi har forsøkt å ta opp i vår oppgave. Vi kan ikke si hvor grensen her går, men kan bekrefte at det er ulike oppfatninger blant respondenter med ulike posisjoner i helsesektoren. Nettopp fordi helsesektoren har så mange interessenter, vil politikerne benytte dette i sitt politiske spill for å kapre og beholde velgere. Vi ser at dette ikke alltid fører til optimale beslutninger, og målsetninger vil kunne oppleves som motstridene av de ansatte på operasjonelt nivå. Det er legene som må utføre aktivitetene for å oppfylle målene og som må kjenne «følgene av deres avgjørelser på kroppen» gjennom pasientkontakt. Vi mener derfor at god kjennskap til målene, og bakgrunnen for disse, vil være med på å motivere legene til gode avgjørelser for å nå helsemålene. Kommunikasjon vil her være en viktig faktor for samspillet mellom de ulike instansene i styringslinjen. Det må også være rom for at legene skal kunne kommunisere informasjon tilbake i styringslinjen for at målene som settes skal bygge på deres faglige vurderinger. Dette vil også være med på å gi legene muligheten til å kunne identifisere seg med og føle en tilhørighet til målene.

En generell oppfattelse er at leger drives av å kunne gjøre det beste for pasienten. Samtidig ser vi at et økonomisk perspektiv vil være nødvendig. En kostnadsbevisst holdning vil være fordelaktig dersom den ikke går på bekostning av kvaliteten i pasientbehandlingen. Et klart forbedringspotensial, slik vi ser det, er et tydeligere mål på kvalitet. Slik systemet er i dag vil det være lettere å måle økonomiske resultater, noe som *kan* gå på bekostning av medisinske vurderinger. Dersom leger gjør sine prioriteringer ut fra et økonomisk perspektiv i stedet for et medisinskfaglig, tyder dette på at finansieringssystemet kan ha fått for stor betydning. Det vil da være nærliggende å tenke at finansieringssystemet gir andre insentiver enn å oppnå aktivitetsmålet.

Den innsatsstyrte finansieringen har tydelig bidratt positivt til en aktivitetsøkning i norske sykehus (Riksrevisjonen, 2002). Den første intensjonen med innføringen av den innsatsstyrte finansieringen, økt aktivitet for å redusere ventelistene, er dermed på mange måter oppnådd. Dette viser at en andel innsatsstyrt finansiering vil gi insentiver til en høyere aktivitet enn hva en ren rammefinansiering ville gjort, noe som tyder på at en variable inntekt derfor i flere tilfeller vil være mer fordelaktig. Det Stortinget imidlertid må være oppmerksom på, er hvilke insentiver som kommuniseres gjennom retningslinjer og oppbygging av finansieringssystemet. Den innsatsstyrte finansieringen er avhengig av at DRG-vektene er korrekte for ikke å gi feil insentiver. En mulig løsning på dette er innføring av Kostnad Per Pasient. Dette økonomiske hjelpemiddelet vil kunne være medvirkende til en mer reell kostnadsfordeling slik vi oppfatter systemet etter intervjuet ved Sykehuset i Vestfold HF. Fortsatt gjenstår det mye for å kunne etablere et velfungerende KPP-system på nasjonalt plan. Det er enighet blant våre respondenter om at dagens inntektsfordeling (60/40) er den mest fordelaktige gitt finansieringssystemets forutsetninger. De mener ikke at den er ideell, men at det er det nærmeste myndighetene har kommet en reell fordeling basert på den gjennomsnittlige kostnadsstrukturen i de norske sykehusene.

Dersom et medisinsk område blir mer økonomisk lønnsomt enn andre, vil det skape et insentiv til å prioritere dette for å oppnå en økt inntjening for sykehuset. Stortinget ønsker å oppmuntre sykehusene til å produsere opp mot aktivitetsmålet, som tidligere diskutert må da den aktivitetsbaserte inntekten akkurat ikke dekke marginalkostnaden. Dekker inntekten mer enn marginalkostnaden vil det føre til at sykehuset ønsker å produsere mer enn aktivitetsmålet, fordi de da går i overskudd. En slik vridningseffekt vil være en negativ følge av systemet. Er den variable inntekten derimot lavere enn variable kostnader vil sykehuset ønske å produsere opp mot aktivitetsmålet, men ikke over da dette fører til et underskudd.

Stortinget legger stor vekt på at finansieringssystemet ikke skal påvirke legenes prioritering av pasienter. Et etisk perspektiv blir derfor lagt vekt på når de argumenterer for at leger og ledelse på sykehusene ikke skal ta hensyn til de økonomiske insentivene finansieringssystemet fører med seg. På de ulike avdelingene er de ansatte imidlertid avhengige av økonomien for å kunne opprettholde aktiviteten, og det kan derfor være nødvendig å ta enkelte økonomiske hensyn. Det danske finansieringssystemet skiller seg for eksempel fra det norske når det gjelder insentivbruken ved hjelp av fordelingen mellom faste og variable inntekter. Dersom man sammenligner disse systemene med hensyn på insentivbruk, ser det ut til at Stortinget prøver å begrense virkningene av de økonomiske insentivene i Norge. Noen av regionene i Danmark forsøker derimot i større grad å utnytte de insentivene finansieringssystemet skaper gjennom å differensiere refusjonssatsene ved grensen for oppfylt aktivitetsmål.

Insentiver kan understøtte eller undergrave målsetningen avhengig av hva som er fokus. Det vil være viktig å sette det norske helsesystemet i et internasjonalt perspektiv for å kunne vurdere hvor stor andel ressurser vi benytter i forhold til andre sammenlignbare land, slik vi har beskrevet i kapittel 5.1. Mye av kritikken mot den norske helsesektoren dreier seg om den høye ressursbruken. Det er derfor lett å forvente et «perfekt» helsetilbud og henge seg opp i mangler i sektoren. Av den grunn vil det være fordelaktig å få en forståelse av kompleksiteten og antall milliarder kroner som blir brukt til helsetjenester. Artikkelen skrevet av Møinichen-Berstad, som vi viser til i kapittel 5.1, hevder at Norge er et av de landene som har lavest realressursbruk i helsesektoren dersom Eurostats paritet for helsetjenester benyttes. En slik sammenligning mener vi gir et videre perspektiv på det norske systemets ressursbruk og hva som vil være mulig å oppnå med de tilgjengelige ressursene.

Vi har gjennom arbeidet med oppgaven kommet frem til at det ikke finnes noe klart svar på om det innsatsstyrte finansieringssystemet er et rent finansieringssystem eller også et insentivsystem. Det er ingen tvil om at dette er et finansieringssystem, men det har allikevel elementer av insentiver i seg. Vi mener det er tre «typer» insentiver som gjør seg gjeldene i finansieringssystemet. Den første varianten er insentiver som motiverer til feilprioritering av pasienter. Den andre varianten av insentiver er de som motiverer til en aktivitetsøkning, men som vi har valgt å se bort fra i denne oppgaven. Den tredje typen insentiver motiverer til en mer kostnadseffektiv drift. Det er den siste varianten vi mener er ønskelig, da en kostnadseffektiv tankegang vil være nødvendig på grunn av ressursknapphet i helsesektoren. En av våre respondenter uttrykker at innsatsstyrt finansiering er et insentivsystem til

kostnadseffektivitetstenkning. Dette oppsummerer det inntrykket vi også sitter igjen med. På den annen side vil ikke de negative effektene ved ISF-systemet kunne elimineres helt før refusjonene gjenspeiler den faktiske ressursbruken, noe som imidlertid vil være vanskelig å oppnå. Når refusjonen er feil, vil man ønske å prioritere de pasientene man «tjener på» fremfor de pasientbehandlingene som krever mer ressurser enn det som blir refundert. Den innsatsstyrte finansieringsordningen vil derfor, ut fra vår mening, alltid inneholde enkelte insentiver som kan oppmuntre til en uønsket vridning. Primært mener vi allikevel at det er et finansieringssystem som oppfordrer til en kostnadseffektiv pasientbehandling.

6.4 Forslag til videre forskning

Vi har i denne oppgaven undersøkt om finansieringssystemet påvirker pasientprioriteringen på sykehusene. Det vil imidlertid være flere andre faktorer enn finansieringssystemet som vil kunne ha en innvirkning på denne prioriteringen. Som nevnt i kapittel 1.4 har vi gjort en rekke avgrensinger. Lønnssystemet til legene er en av de faktorene vi har sett bort fra og som derfor vil være et alternativ til videre forskning. For den enkelte lege vil den personlige avlønningen kunne ha betydning for motivasjonen til utførelsen av aktiviteter på sykehuset. Vi har i denne oppgaven ikke undersøkt betydningen av lønnsstrukturen til legene og heller ikke hvordan dagens lønnsystem påvirker pasientprioriteringen. Det ville derfor vært interessant for videre forskning å se om dette kan være en medvirkende faktor til prioriteringen. I denne sammenheng vil det også være interessant å undersøke om legenes arbeidsmengde er en følge av denne lønnsstrukturen, da det er kjent at leger ofte har lange arbeidsdager.

Et annet aspekt ved dagens finansieringsordning det ville være interessant å belyse er betydningen av feilkoding. Vi har i denne oppgaven kun fokusert på at feilkoding kan forekomme, men det kunne også vært interessant å undersøke hvilke utslag feilkodingen har på ISF-inntekten til det enkelte sykehus. Dette fordi vi gjennom vårt arbeid har fått innblikk i at feilkoding kan føre til store avvik mellom den budsjetterte og den utbetalte ISF- inntekten, som er basert på legenes koding.

Vi har i denne oppgaven også nevnt at påvirkning av ulike interessenter, som for eksempel eksisterende og potensielle pasienter, kan ha betydning for den aktiviteten som utføres på sykehusene. Av den grunn vil det derfor være interessant å undersøke i hvor stor grad interessentene påvirker denne aktiviteten og spesielt hvordan enkeltsaker som kommer frem i media kan påvirke prioriteringen av pasientgrupper.

De forslagene til videre forskning vi her har antydnet vil kunne være noen av faktorene, i tillegg til finansieringssystemet, som kan påvirke pasientprioriteringen. Årsaken til dette er den nevnte kompleksiteten i helsesektoren og at det derfor er nødvendig å ta hensyn til flere faktorer for å vurdere finansieringssystemets faktiske påvirkning på pasientprioriteringen.

Kilder

1 Kilder

- Anthun, K., Kalseth, J., Magnussen, J., Petersen, S. (2010). *Finansiering av spesialisthelsetjenesten i ulike land* (SINTEF A16819). Oslo: SINTEF.
- Babin, B. J., Carr, J. C., Griffin, M. & Zikmund, W. G. (2011). *Business Research Methods*. Mason, Ohio: South Western CENGAGE Learning.
- Bjørnenak, T. & Pettersen, I. J. (2003). *Helse i hver krone*. Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Bjørnenak, T., Magnussen, J., Nyland, K. & Pettersen, I. J. (2008). *Økonomi og helse – perspektiver på styring*. Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Boye, K., Heskestad, T. & Holm, E. (2006). *Kostnads- og inntektsanalyse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brathaug, A. L. & Hernæs, K. H. (2012). Helseregnskapet – et internasjonalt system. *Økonomiske analyser*, 2/2012, 18-23.
- Bugge, E. (2012, 20. mars). Bomskudd om sykehus. [Innlegg]. *Dagens Næringsliv*, s. 32-33.
- Busch, T. & Vanebo, J. O. (2003). *Organisasjon og ledelse – et integrert perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Busch, T. & Vanebo, J. O. (2000). *Organisasjon og ledelse – et integrert perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Busund, B., Lieng, M., & Ræder, J. (2012, 27. januar). Fra “vinn-vinn” til “tap-tap”. [Innlegg]. *Dagens Næringsliv*, s. 30-31.
- Busund, B., Lieng, M., & Ræder, J. (2012, 9. februar). Dialog, ikke trusler. [Innlegg]. *Dagens Næringsliv*, s. 45
- Fallan, L. & Pettersen, I. J. (2010). Mål og mening? – om styringsdilemmaer i offentlig sektor. *Praktisk økonomi og finans*. (01/2010), 99-113.
- Forskningsrådet. (2007). *Resultatvurdering av sykehusreformen – Tilgjengelighet, prioritering, brukervedvirkning og medbestemmelse*. Oslo: Norsk forskningsråd.
- Gjønnnes, S. H. & Tangenes, T. (2012). *Økonomi- og virksomhetsstyring – Strategistøtte ved prestasjonsstyring, ressursstyring og beslutningsstøtte*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hagen, U., Jensen, B. & Østre, S. (2010). *Helsesektorens økonomiske og organisatoriske utfordringer – Samhandling, lokalsykehus og offentlig økonomi*. Rjukan: Kommunenes interesseforening for lokalsykehus.
- Hegnar, T. (2012, 5. mars). Juks og triksing?. *Finansavisen*, s. 2.
- Helsedirektoratet. (2011, a). *Innsatsstyrt finansiering 2012*. (IS-1945). Oslo: Helsedirektoratet.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Styrearbeid i regionale helseforetak – god rolleforståelse og god rolleutøvelse*. [Veiledning]. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hendrikse, G. (2003). *Economics and Management of Organizations: Co-ordination, Motivation and Strategy*. London: McGraw-Hill Education.
- Hoff, K. G. (2005). *Driftsregnskap og budsjettering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hoff, K. G. (2009). *Strategisk økonomistyring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hyvang, J. (2012, 30. januar). Innlegges for å tjene mer. *Finansavisen*, s. 6.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? – Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2002). *Hvordan organisasjoner fungerer – Innføring i organisasjon og ledelse*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Johansen, A. M. & Skjeggestad, H. (2012, 4. mars). *Fikk vite at pasienter klaget seg frem i køen*. Aftenposten. Hentet fra <http://www.aftenposten.no>.
- Kaufmann, A. & Kaufmann, G. (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Kuvås, J. (2012, 6. mars). Fjern sykehusenes fristelser. [Innlegg]. *VG*, s. 30-31.
- Melberg, H. O. (2011). *Some problems with international comparisons of health spending – and a suggestion about how to quantify the size of the problems*. (Working paper 2011:4). Oslo: Health Economics Research programme at University of Oslo.
- Larsen, B.-I. (2012, 2. februar) Pasientens beste avgjør. [Innlegg]. *Dagens Næringsliv*, s. 52.
- Midttun, L., Sverrbo, E., Thorsen, G. & Steinum, O. (2003). *Er det sammenfall mellom journalopplysninger og innrapporterte data? En studie av 500 pasientopphold ved norske somatiske sykehus i 2001*. (STF78 A035504). Trondheim: SINTEF.
- Milgrom, P. & Roberts, J. (2002) *Economics organization and management*. New Jersey: Prentice Hall.
- Møinichen-Berstad, T. L. (2012). Helseutgiftene i Norge sammenliknet med andre land. *Samfunnsøkonomen*, 126(3), 12-21.
- Region Hovedstaden (2009). *Fakta om region hovedstaden*. Hillerød: Region Hovedstaden
- Riksrevisjonen. (2002). *Riksrevisjonens undersøkelse av innsatsstyrt finansiering i somatiske sykehus* (Dokument nr. 3:6). Oslo: Riksrevisjonen.
- Riksrevisjonen. (2006). *Riksrevisjonens undersøkelse av kodekvaliteten*. (Dokument nr. 3:7). Oslo: Riksrevisjonen.
- Schultz, J. (2012, 12. januar). Frykter todelt helsevesen. *Dagens Næringsliv*, s. 16-17.
- Sending, A., (2009, a). *Økonomistyring 1*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sending, A., (2009, b). *Økonomistyring 2*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten. En vurdering og aktuelle tiltak.* (IS-1479). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Steigum, E. (2007). *Moderne makroøkonomi.* Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Wyller, T. B. & Wyller, V. B. (2012, 12. mars) Ideologisk kollaps – menneskelig svikt. [Innlegg] *Dagens Næringsliv*, s. 26-27
- Wyller, T. B. & Wyller, V. B. (2012, 26. mars) Trenger gode sykehussjefer. [Innlegg]. *Dagens Næringsliv*, s. 26-27

2 Nettbaserte kilder

- Arbeiderpartiet. (2009, 28. oktober). *Soria Moria-erklæringen.* Hentet 14. mars 2012 fra <http://arbeiderpartiet.no/Politikken/Api/S/Soria-Moria-erklæringen>
- Danske Regioner. (2008). *Styr på regionerne – regionernes økonomi i 2008.* København: Danske Regioner. Hentet 23. april 2012 fra <http://www.regioner.dk/%C3%98konomi/~media/Filer/%C3%98konomi/Analyser/Styr%20p%C3%A5%20regionerne%20%20Kapitel%205.ashx>
- Helsedirektoratet. (2011, b). *Kostnadsvektarbeidet 2011-2012.* [notat]. Hentet 26. mai 2012 fra <http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/drg/kostnadsvekt/Document/beregning-av-kostnadsvekt-for-isf-2011-datagrunnlag-og-framgangsmate.pdf>
- Helsedirektoratet. (2011, c, 28. november). *Norsk pasientregister – et sentralt helseregister.* Hentet 9. mars 2012 fra <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/om-npr/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. (2011, d, 29. november). *Finansiering og DRG.* Hentet 30. mai 2012 fra <http://www.helsedirektoratet.no/Om/organisasjon/avdelingar/Sider/finansiering-og-drg.aspx>
- Helsedirektoratet. (2011, e, 30. november). *Helsedirektoratet - Kva gjer vi?.* Hentet 7. februar 2012 fra <http://www.helsedirektoratet.no/Om/organisasjon/roller-og-oppgaver/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. (2011, f, 2. desember). *Norsk Pasientklassifisering (NPK) til bruk i 2012.* Hentet 9. mars 2012 fra <http://helsedirektoratet.no/finansiering/isf/norsk-pasientklassifisering/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. (2011, g, 6. desember). *Diagnose kodeverk ICD-10.* Hentet 9. mars 2012 fra <http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/medisinsk-koding-og-kodeverk/icd-10/Sider/default.aspx>

- Helsedirektoratet. (2011, h, 6. desember). *Somatikk – aktivitetstall 2011*. Hentet 22. mai 2012 fra <http://www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/ventetider-aktivitetsdata-spesialisthelsetjenesten/somatikk/Sider/aktivitetsdata-for-somatikk-per-tertial-2011.aspx>
- Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak m.m av 15. juni 2001 nr. 93*. Hentet 25. mai 2012 fra <http://www.lovdatabasen.no/all/tl-20010615-093-001.html#2>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (u.å., a). *De regionale helseforetakene*. Hentet 7. februar 2012 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/nokkeltall-og-fakta---ny/de-regionale-helseforetakene.html?id=528110>
- Helse- og omsorgsdepartementet.(u.å., b). *Om departementet*. Hentet 9.mars 2012 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dep.html?id=426>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (u.å., c). *Meldinger til Stortinget*. Hentet 14. mars 2012 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld.html?id=454>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (u.å., d). *Oppdragsdokumentet*. Hentet 20. mars 2012 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/oppdragsdok.html?id=115231>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (u.å., e). *OECD og helse*. Hentet 18. mai 2012 fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/internasjonalt_helsearbeid/oecd-og-helse.html?id=439292
- Helse Sør-Øst, (u.å.) *Årlig melding*. Hentet 6. mars 2012 fra <http://www.helse-sorost.no/omoss/rapporter/Sider/arlig-melding.aspx>
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2010). *Sundhedsvæsenet i nationalt perspektiv*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet. http://www.sum.dk/Tal-og-analyser/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2010/Tal%20og%20analyser/Det%20danske%20sundhedsvaesen%20i%20nationalt%20perspektiv/Sundhedsv%C3%A6senet%20i%20nationalt%20perspektiv%20juni2010.ashx
- Meld. St. 16 (2010-21011). (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011-2012*. Hentet 14. mars 2012 fra <http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDDPDFS.pdf>
- NOU 1996:5. (1996). *Hvem skal eie sykehusene?*. Oslo. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1996/nou-1996-5/5.html?id=140508>
- NOU 2008:2. (2008). *Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2008/nou-2008-2.html?id=497898>
- Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). (2001). *Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20002001/otprp-nr-66-2000-2001-/4.html?id=165119>

- Prop. 1 S (2011-2012). (2011). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/pages/35168389/PDFS/PRP201120120001HODDDDPDFS.pdf>
- Socialstyrelsen. (u.å). *Resursfordelning och prioriteringar*. Hentet 23. april 2012 fra <http://www.socialstyrelsen.se/ekonomiskaanalyser/resursfordelningochprioriteringar>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61*. Hentet 8. februar 2012 fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-061.html#3-8>
- Statistisk sentralbyrå. (2012). *Begreper i nasjonalregnskapet*. Hentet 27. mars 2012 fra <http://www.ssb.no/09/01/begreper/>
- Statistisk sentralbyrå. (2012). *Flere kvinner enn menn på sykehus – Pasientstatistikk 2011*. Hentet 22. mai 2012 fra <http://www.ssb.no/pasient/>
- Statistisk sentralbyrå. (2011). *Spesialisthelsetjenesten – Somatiske sykehus, psykisk helsevern og rusbehandling*. Hentet 21. mai 2012 fra <http://www.ssb.no/sykehus/main.shtml>
- St. meld. nr. 5 (2003-2004). (2003). *Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20032004/005/PDFS/STM200320040005000DDDPDFS.pdf>
- St. prop. nr. 1 (2001-2002). (2001). *For budsjetterminen 2002*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/Rpub/STP/20012002/001SHD/PDFA/STP200120020001SHDDDDPDFA.pdf>
- Sykehuset i Vestfold. (2012, 19. april). *Om oss*. Hentet 13. mai 2012 fra <http://www.sykehuset-vestfold.no/omoss/Sider/side.aspx>

3 Forelesningsnotater

BE-404 Økonomisk organisasjonsteori. Karl Robertsen. (2010)

4 Figurer og tabeller

4.1 Figurer

- Figur 2.1.1 Helse- og omsorgsdepartementet. (2011) Hentet 26. mars 2012 fra <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/EIA/SRH.pdf>
- Figur 2.5.1 Nirvaco. Hentet 27. februar 2012 fra <http://www.nirvaco.no/NPK>
- Figur 3.2.1 Maslows behovspyramide, 2012. Tegnet fritt med begreper fra Jacobsen og Thorsvik, 2002, s.232-233.
- Figur 3.2.2 Kognitiv motivasjonsteori. Tegnet etter Kaufmann & Kaufmann, 2009, s. 98.

Figur 5.1 Eksempel på intern sykehusorganisering, 2012, tegnet med utgangspunkt i:
<http://www.sykehusetvestfold.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Administrasjon/SiVOrganisasjonskart.pdf>

Figur 5.1.1 Totale helseutgifter eksklusiv langtidspleie beregnet med forskjellig paritet (EUR PPP Health og EUR PPP BNP) for 2009.

Hentet fra Siviløkonomen 2012: <http://jansblogg.terra.no/wp-content/uploads/2012/04/Euro-landenes-skjebne-og-hva-det-betyr-for-Norge.pdf>

4.2 Tabeller

Tabell 5.2.1 Tabellen er fritt tegnet etter Tabell 1 og 2 i Rapport A16819 (2010), s. 9, 10, 27. SINTEF

5 Intervjuer – informanter fra:

Den Norske Legeforening, ved:

Én informant

Helsedirektoratet, ved:

Én informant

Helse Bergen, ved:

Én informant

Riksrevisjonen, ved:

Børre Fylling

Underdirektør

Sørlandet Sykehus HF, ved:

Leder stabsavdeling

Sørlandet Sykehus HF, ved:

Per Qvarnstrøm

Økonomidirektør

Sykehuset i Vestfold HF, ved:

Åge Nauff

Administrasjonssjef

Sykehuset i Vestfold HF, ved:

Torgeir Grøtting

Analysesjef

Ullevål Universitetssykehus, ved:

Johan Ræder

Overlege ved anesthesiavdelingen

Yngre Legers Forening, ved:

Én informant

Vedlegg

1 Ordliste

Engelsk

Moral hazard

Adverse selection

Ratchet Effect

Signalling

Screening

Self-selection

Incentiv constraint

Influence costs

Norsk

Adferdsrisiko

Skjevt utvalg

Mothakeeffekt

Signalisering

Sortering

Selvselektering

Insentivbetingelsen

Påvirkningskostnader

2 Intervjuguide

Dette er en mal som er blitt benyttet som et utgangspunkt under de fleste av våre informantintervjuer. Denne guiden er ikke fulgt slavisk, men ment som et hjelpemiddel til oss selv for ikke å glemme vesentlige spørsmål og temaer.

Mål

Er legene kjent med statens mål for helsesektoren og grunnlaget de har for finansieringen?

Hvem er med å påvirke utforming av målene satt for helsesektoren?

Tas leger med på utformingen av helsemålene slik at de kan identifisere seg med disse?

Opplever legene at det pålegges krav fra statlig hold som ikke vil være mulig å oppfylle?

Hvordan kommuniseres målene fra staten til det enkelte RHF og HF?

ISF

På hvilken måte bidrar ISF til å oppnå målene satt for helsesektoren?

Er ISF-ordningen hensiktsmessig slik den fremkommer i dag? (Burde det for eksempel være en annen prosentfordeling enn 40/60, evt ren rammefinansiering?)

Hvor langt ned i systemet er det fordelaktig å benytte ISF-ordningen ved fordeling av midler? (RHF, HF, klinikknivå, avdelingsnivå ol.)

På hvilken måte påvirkes leger av ISF?

Opplever du at leger har god kunnskap om målet ved ISF-ordningen og at ordningen benyttes slik den er tiltenkt fra Staten?

Tar ISF for mye plass i styringssystemet? Blir legers/avdelingslederens fokus for mye rettet mot «lønnsomheten» fremfor pasienten?

Ser du på ISF som et finansiering- eller insentivsystem?

Hva er styrker og svakheter ved KPP? Hvordan ser du på KPP, og hvordan kan denne metoden benyttes i finansieringssystemet?

Motivasjon

Hva er den viktigste motivasjonen for leger? Kan økonomiske insentiver ødelegge for indre motivasjon / grunnleggende ønske om å hjelpe pasientene?

Hvor føler leger størst tilhørighet, «jobber de for staten eller sykehuset»?

Hvem er mest egnet til å sette belønningssystemer som fungerer? (staten, sykehus, avdelingsleder)

Er det observert endringer i legers motivasjon før og etter innføringen av ISF?

Rapportering

Hvordan settes aktivitetsmålene for sykehuset? Deltar leger og ledelse på dette, eller settes de på høyere nivå?

Hvilke mål finnes det på kvalitet? Legges det nok vekt på dette?

Hvordan fungerer rapporteringen oppover i systemet?

Hvem foretar kodingen som rapporteres?

Har legene god nok kunnskap til å kode riktig?

Hvordan ser du på inndelingen av DRG-gruppene, er systemet for «grovmasket»?

Burde leger kjenne til beløpet de enkelte diagnosekodene utløser i refusjonen?

Hva mener du kan være årsaken til at noen sykehus har en høyere/lavere kostnad per DRG enn andre?

Hva er fordeler og ulemper ved å benytte *kostnad per DRG* eller *kostnad per innbygger* som mål på produktivitet?

Vridningseffekter

Hvilke vridningseffekter som følge av ISF ser du som mest sannsynlig og hvilke frykter du mest?

Hvilke fordeler ligger i ISF som gjør at man tar inn systemet på tross av fare for vridningseffekter?

Avslutning

Hvilke utfordringer står sykehuset overfor ift oppfyllelse av statens mål med de gitte ressursene? (både ift sørge-for-ansvaret og økonomiske mål)

Hvilket nivå på sykehuset er det som er mest aktive i pasientprioriteringen?

Takk for hjelpen!

3 Nærmere om DRG-systemet og kostnadsvekker

Vedlegget er hentet fra Helsedirektoratets regelverk «Innsatsstyrt finansiering 2012»

C.1 DRG-systemet

DiagnoseRelaterte Grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene. Basert på medisinske og administrative opplysninger om pasienten, blir hvert enkelt sykehusopphold plassert i en, og bare en, DRG.

DRG gir en oversiktlig beskrivelse av sykehusets aktivitet og pasientsammensetning. DRG bærer både medisinsk og økonomisk informasjon, og gjør det mulig å sammenligne sykehus selv om disse skulle behandle helt ulike pasienter. DRG brukes blant annet for å vurdere effektivitet og i aktivitetsbaserte finansieringsordninger som ISF.

DRG skal håndtere en kompleks virkelighet hvor pasienter har tusenvis av ulike diagnoser og like mange ulike behandlinger. Alle behandlede pasienter klassifiseres ved dette systemet i om lag 870 ulike grupper. Hver enkelt DRG er videre plassert i en av 24 hoveddiagnosegrupper (HDG). Hensikten er gruppering innenfor et organsystem.

DRG opererer på populasjonsnivå. Det kan derfor være stor spennvidde innenfor en og samme DRG. Dette gjelder både ressursbruk og aktivitet. For enkeltpasienter eller undergrupper er det derfor vanlig at ressursbruk er forskjellig fra gjennomsnittet. DRG opererer med alle sykehusets kostnader, herunder medisinsk service og administrasjon med mer. Det er dermed flere som har «aksjer» i DRG-poeng som sykehuset genererer, ikke bare den avdelingen som skriver ut pasienten.

Grupperingen til DRG gjøres ut i fra de data som uansett registreres om pasientene i sykehusenes pasientadministrative datasystem. Dette skjer ved hjelp av et dataprogram og man kan derfor ikke selv «velge» en DRG. Den norske versjonen av DRG-systemet er utviklet basert på et nordisk system kalt NordDRG. Norge deltar aktivt i utviklingsarbeid rundt NordDRG, og endringer i NordDRG blir som regel også innført i Norge.

C.2. Prinsippene for DRG-grupperingen

DRG-plassering av et sykehusopphold er et resultat av to trinn:

- DRG-gruppering av avdelingsopphold/ dagopphold/ konsultasjoner
- Aggregering fra avdelingsopphold til sykehusopphold med ny DRG-gruppering

C.2.1. DRG-gruppering av avdelingsopphold

I de aller fleste tilfeller blir oppholdet først plassert i en av hoveddiagnosegruppene (HDG) etter den registrerte hovedtilstanden. Unntak er noen særdeles ressurskrevende prosedyrer (f.eks. transplantasjoner) hvor hoveddiagnose ikke påvirker DRG-plasseringen. Innenfor HDGene baseres videre grupperingen på prosedyrekoder, bidiagnosekoder, alder og utskrivningsstatus. Manualen for NordDRG, som viser grupperingslogikken i detalj, finnes på nettsiden www.nordcase.org/

C.2.2. Aggregering fra avdelingsopphold til sykehusopphold og ny

DRG-gruppering – hovedprinsipper

Det er sykehusopphold og ikke avdelingsopphold som er grunnlag for ISFrefusjon, selv om avdelingsoppholdene rapporteres til NPR. Etter at avdelingsoppholdene er DRG-gruppert, skjer det derfor en videre aggregering av avdelingsopphold til sykehusopphold.

Dersom pasienten har oppholdt seg ved kun én avdeling i løpet av sykehusoppholdet, blir sykehusoppholdet lik avdelingsoppholdet. Hvis pasienten har blitt overført til andre avdelinger i løpet av et og samme sykehusopphold, vil avdelingsoppholdene bli slått sammen til ett sykehusopphold.

Regler for valg av data fra tilhørende avdelingsopphold, og aggregeringsregler er følgende:

- Som hovedregel velges det avdelingsoppholdet med høyest DRG-vekt som sykehusopphold (=«bærende opphold»).
- Dersom to avdelingsopphold har samme DRG-vekt, velges det avdelingsoppholdet som har lengst liggetid som sykehusopphold.
- Hovedtilstanden fra avdelingsoppholdet med høyest DRG-vekt settes som hovedtilstand i sykehusoppholdet.
- Tilstander (både hoved- og bitilstander) fra øvrige opphold overføres til sykehusoppholdet.

- Prosedyrekoder fra bærende opphold overføres alltid til sykehusoppholdet. Prosedyrekoder fra andre avdelingsopphold vil som hovedregel ikke bli overført.
- Administrative data om innleggelsen tas fra første episode (avdelingsopphold/kontakt), mens administrative data om utskrivningen tas fra siste episode (avdelingsopphold/kontakt).
- Dersom det ved aggregering inngår avdelingsopphold med 0 liggedager, vil disse oppholdene inngå i aggregeringen som døgnopphold.
- Liggetiden for sykehusoppholdet blir summen av liggetiden for avdelings- og postoppholdene, og beregnes som differansen mellom utskrivningsdato og innskrivingsdato.
- Enkelte diagnosekoder blir gitt prioritet ved overføring til sykehusopphold. Dette gjelder koder for hjerteinfarkt, fødselsvekt, rehabilitering og palliativ behandling. Når sykehusoppholdet omfatter sekundær rehabilitering velges avdelingskoden for avdelingsoppholdet med høyest korrigert DRGvekt som avdelingskode for sykehusoppholdet. ICD-10 koden for akutttoppholdet velges som hoveddiagnosekode og rehabiliteringskoden som bidiagnosekode, slik at DRG for sykehusoppholdet blir akutttilidelsen.
- For aggregering innenfor hoveddiagnosegruppene 15 og 24 (nyfødte og multitraume), samt opphold med hjertekateterisering, gjelder egne aggregeringsregler. Disse er beskrevet i egne kulepunkt under.
- For hoveddiagnosegruppe 15 (Nyfødte med tilstander som har oppstått i perinatalperioden) er en rekke dataelementer essensielle i forhold til riktig DRG-plassering. Dette gjelder diagnosekoder som beskriver fødselsvekt, intensivprosedyrer («NICU») og operasjoner. Aggregeringsreglene for HDG15 vil derfor skille seg noe ut fra det som er vanlig i NPK. Som hovedtilstand velges hovedtilstand fra bærende opphold (dvs. hovedtilstanden fra avdelingsoppholdet med høyest kostnadsvekt). Dette er likt med hvordan også andre opphold behandles. Bitilstander velges først fra bidiagnoser i bærende opphold, og deretter fra diagnoser i andre opphold. Prosedyrekoder fra alle avdelingsopphold som inngår i sykehusoppholdet vil bli overført.
- For hoveddiagnosegruppe 24 (Signifikant multitraume) overføres alle prosedyrer som er registrert til sykehusoppholdet ved aggregeringen.

• For hoveddiagnosegruppe 5 (sykdommer i sirkulasjonsorganene) er det noen hjerteprosedyrer (som hjertekateterisering) som er utført i løpet av samme sykehusopphold som etterfølgende hjerteoperasjon. Disse skal også ivaretas ved aggregeringen. Aggregeringsreglene for DRG 107A, B og C er slik at disse prosedyrekodene alltid overføres ved aggregering. Etter at fleravdelingsoppholdene er blitt aggregert til sykehusopphold, skjer det en ny DRG-gruppering av disse oppholdene.

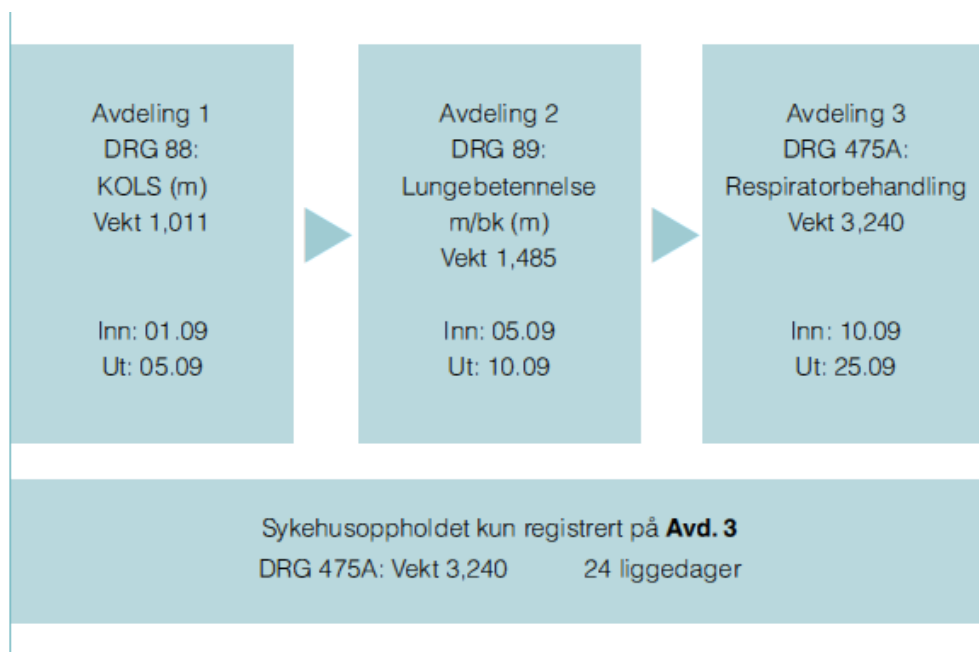
Overlappende avdelingsopphold, dvs. der utskrivningsdato fra avdeling A er senere enn innskrivningsdato ved avdeling B, tolkes som samme sykehusopphold.

Liggetiden for sykehusoppholdet blir lik differansen mellom utskrivningsdato fra sykehuset og dato for når pasienten ble skrevet inn på sykehuset.

Dersom det ved aggregering inngår avdelingsopphold med liggedager = 0 skal slike avdelingsopphold grupperes med grupperingsoppholdstid = 2 og dette grupperingsresultatet benyttes ved aggregering.

Eksempel på aggregering av sykehusopphold:

C.2.3. Aggregering av polikliniske kontakter



For polikliniske kontakter er det et krav at minst ett utførende helsepersonell rapporteres. Den polikliniske kontaktens DRG plassering kontrolleres mot

krav om utførende helsepersonell for de DRGer hvor dette er aktuelt (se liste i kapittel 6.8).

Dersom det rapporteres flere polikliniske kontakter for samme pasient på samme dag og ved samme institusjon (HF), gjøres et utvalg av hvilke polikliniske kontakter som skal inngå i beregningsgrunnlaget. Aggregering av polikliniske kontakter som skal inngå i beregningsgrunnlaget skiller seg fra aggregering av avdelingsopphold for innlagte pasienter ved at det i dette tilfelle ikke er snakk om å konstruere nytt opphold ved hjelp av opplysninger fra de aktuelle polikliniske konsultasjonene.

Aggregering av polikliniske kontakter – hovedprinsipper:

- For polikliniske kontakter med lege eller tannlege som utførende helsepersonell foretas ikke en aggregering. Disse inngår i beregningsgrunnlaget som selvstendige kontakter.
- Dersom minst én poliklinisk kontakt er med annet helsepersonell enn lege/tannlege, kontrolleres denne mot en eventuelt forutgående lege/tannlege konsultasjon (subsidiært mot den første etterfølgende legekontakten). Dersom denne konsultasjonen har høyere DRG vekt enn lege/tannlegekonsultasjonen vil denne konsultasjonen velges og inngå i refusjonsgrunnlaget.
- Når ingen av kontaktene har lege som utførende helsepersonell, vil den kontakten som har den høyeste vekten inngå i beregningsgrunnlaget.

C.3. Kostnadsvekter

C.3.1. Hva er kostnadsvekter?

En kostnadsvekt er en relativ størrelse som uttrykker hva alle opphold i en bestemt DRG i gjennomsnitt koster i forhold til gjennomsnittspasienten. Kostnadsvektene brukes til å beregne antall DRG poeng og danner basis for den aktivitetsbaserte finansieringen. Jo høyere vekt, jo flere DRG-poeng og høyere inntekt for behandling av pasientopphold i DRGen. De norske kostnadsvektene beregnes årlig med utgangspunkt i tilrettelagte pasient- og regnskapsdata fra et utvalg sykehus i Norge. For 2012 inngår 11 Helseforetak i datagrunnlaget.

Kostnadsvektene beregnes ved hjelp av en «top-down»-beregningsmodell hvor sykehusets driftskostnader fordeles til ulike DRGer ved hjelp av nasjonale

«fordelingsnøkler». Ved top-down metoden beregnes en gjennomsnittlig kostnad per sykehusopphold per DRG. Det er mediankostnad per opphold eller per konsultasjon for hver DRG som danner grunnlag for de nasjonale kostnadsvektene. Når mediankostnaden per opphold per DRG sammenstilles med gjennomsnittskostnaden for alle DRGer får man et mål på hvor ressurskrevende de enkelte DRGene er i forhold til hverandre.

C.3.2. Endring i vektorer fra 2011 til 2012

For 2012 er det beregnet nye kostnadsvektorer basert på kostnads- og aktivitetsdata fra 2010. Tilrettelagte regnskapsdata fra sykehusene er koblet med aktivitetsdata fra sykehusene ved hjelp av en beregningsmodell hvor sykehusets kostnader fordeles ned til det enkelte sykehusopphold og polikliniske konsultasjon. Det beregnes en gjennomsnittlig kostnad per opphold og per konsultasjon i aktuelle DRGer for hvert sykehus i utvalget.

Siden det er kostnadsvariasjoner mellom sykehusene, innhentes det informasjon fra flere sykehus for å sikre at flest mulig DRGer kan kostnadsberegnes og for å få et mest mulig robust grunnlag for kostnadsvektene.

Innføring av nytt vektsett skal ikke påvirke budsjettammenningen nasjonalt, men kan gi omfordelingseffekter regionalt, lokalt og på pasientgruppenivå. Når nytt vektsett fastsettes sikres det at nytt vektsett gir samme antall DRG-poeng som gammelt vektsett på det samme aktivitetsgrunnlaget.

Beregningene av vektorer blir gjort ut fra historisk informasjon om kostnader og pasientbehandling. Vektene er derfor korrigert for å ta høyde for endret grupperingslogikk.

Det er i 2011 gjennomført en kostnadsberegning av hjemmeadministrert peritonealdialyse og poliklinisk stråleterapi. Videre er kostnadsgrunnlaget for transplantatkirurgien oppdatert med ny kostnadsinformasjon fra Oslo universitetssykehus.

Hjemmeadministrert peritonealdialyse er i løpet av 2011 kostnadsberegnet med basis i kostnadsinformasjon og rapportert aktivitet fra våre samarbeidssykehus.

Rapporteringen har skjedd ut fra en definert mal over hvilke ressurser som er medgått i behandlingen av disse pasientene.

For 2012-løsningen er stråleterapiaktiviteten kostnadsberegnet på linje med annen poliklinisk aktivitet. Fram til 2010 har alle disse oppholdene blitt gruppert til samme DRG, DRG 4090 og refusjonen har vært takstbasert avhengig av

antall felt som har mottatt stråling. For 2011 ble det utviklet en ny DRG løsning for poliklinisk strålebehandling. Vektene for 2011 ble imidlertid beregnet med utgangspunkt i gjennomsnittlig refusjonsutbetaling i 2010 og var å anse som midlertidige.

I kostnadsberegningen for vektene i 2012 har vi fordelt rapporterte kostnader fra stråleterapienhetene på rapportert aktivitet for de samme enhetene. I arbeidet med å revidere DRG-logikken for poliklinisk stråleterapi er det et behov for å opprette planleggings-DRGer. Tilbakemeldingen fra referansegruppen er at om lag halvparten av ressursinnsatsen i stråleterapien er knyttet til individuell planlegging av behandlingen. Det er også i planleggingsfasen det er størst forskjell i ressursinnsats mellom ulike pasienter og behandlingsformer. På grunn av pågående systemutskiftinger vil dette først tre i kraft fra 2013. I tråd med tilbakemeldingen fra referansegruppen har vi antatt at ressursinnsatsen er lik for de DRGene som gjelder oppmøte for ekstern stråleterapi. Kostnadsvekten er derfor den samme for oppmøte til ekstern stråleterapi. For Brakyterapi er det imidlertid tatt hensyn til ekstrakostnader for ekstern strålekilde og at disse oppmøtene er mer krevende både med hensyn til tidsbruk og personell.

I DRG-logikken skilles det mellom DRGer for sykehusopphold med overnatting, DRGer for dagopphold og DRGer for polikliniske konsultasjoner. Vektene gir uttrykk for kostnadsforskjell mellom disse DRGer. Når vi sammenligner vektene i 2012 med vektene for 2011 har vektene for både dag/døgn og de polikliniske DRGene gått opp med unntak av DRGer for poliklinisk strålebehandling og tilleggsrefusjon for hjemmeadministrert peritonealdialyse. Denne endringen i kostnadsvekter er basert på kostnadsberegninger utført i 2011.