

**Norges miljø- og biovitenskapelige universitet**

**Samfunnsvitenskapelig fakultet**

**Handelshøyskolen**

**Masteroppgave 2014**

30 studiepoeng

## **Aktivitetsbasert finansiering**

**En studie av hvordan innsatsstyrt finansiering har påvirket  
spesialisthelsetjenesten i Norge**

## **Activity-Based Financing**

**A Study of How Activity-Based Financing has Influenced the  
Specialized Health Services in Norway**

**Helene Hovbøl Greeny og Nancy-Ann Karlsen**

## Forord

Denne masteroppgaven er skrevet som en avsluttende del av masterstudiet i økonomi og administrasjon ved Handelshøyskolen, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, våren 2014. Oppgaven er skrevet innenfor hovedprofilen økonomistyring og utgjør 30 studiepoeng.

Ettersom vi begge har arbeidet innenfor helsesektoren, falt det seg naturlig å belyse mulige problemstillinger og utfordringer som helsevesenet står overfor. Som skattebetalere blir vi alle direkte eller indirekte berørte av politiske avgjørelser som tas vedrørende helsesektoren. Hvordan sykehusene bør finansieres er hyppig diskutert i politiske debatter og er til stadighet i medias søkelys. Det er av allmenn interesse at fellesskapets ressurser blir brukt på en mest mulig hensiktsmessig måte. Å kaste lys over dagens finansieringsordning anså vi derfor å være både interessant og samfunnsøkonomisk viktig.

Denne studien ville ikke ha vært mulig for oss å gjennomføre uten god hjelp både i forkant av og underveis i prosessen. Vi ønsker å rette en stor takk til vår veileder, Glenn Roger Kristiansen, for gode tilbakemeldinger og oppfølging. Vi vil også benytte anledningen til å takke våre informanter fra helsesektoren som i en stressende hverdag tok seg tid til å la seg intervju. Informantenes smittende engasjement medførte at vår nysgjerrighet og interesse for temaet ble ytterligere forsterket underveis i prosessen. Sist, men ikke minst, vil vi rette stor takk til vår gode venn og masterkollega, Per Magne Dalen. Du har beriket denne arbeidsprosessen med latter, glede og motiverende samtaler. Spesielt hyggelig var det da du møtte opp på skolen med kvikklunsj, appelsiner og pølser på termos da påsketuren på fjellet ble byttet ut til fordel for masterskriving.

Oslo, 15. mai 2014

---

Helene Hovbøl Greeny

---

Nancy-Ann Karlsen

## Sammendrag

Helsetjenester er en grunnpilar i den norske velferdsstaten. Helserelaterte problemstillinger har en fremtredende plass i offentlige debatter, både i forbindelse med helsesektoren generelt og helseforetakene spesielt. Media har i stor grad fokusert på helseforetakenes underskudd, uklare finansierings- og ansvarsforhold og ventelisteproblematikk. I 1997 ble innsatsstyrt finansiering (ISF) implementert i norsk spesialisthelsetjeneste. Finansieringssystemet innebærer at deler av sykehusenes inntekter gjøres direkte avhengig av aktiviteten i de ulike helseforetakene. Innsatsstyrt finansiering ble innført med det formål å gi helseforetakene insentiver til økt produktivitet og reduserte ventelister. Oppgaven tar sikte på å undersøke hvordan finansieringssystemet har påvirket organiserings- og styringssystemene i spesialisthelsetjenesten, med hovedvekt på mål, kontroll av den medisinske kodingen og utilsiktede konsekvenser.

For å undersøke hypotesene og besvare forskningsspørsmålet har vi benyttet oss av kvalitativ forskningsmetode. Datainnsamlingen har fortrinnsvis blitt gjort gjennom 16 dybdeintervjuer av ansatte i ulike posisjoner i helsesektoren, samt noe skriftlig materiale i form av offentlige dokumenter, rapporter og ulike mediasaker. På den kvalitative innholdsanalysen har vi valgt å bruke analytisk induksjon og koding.

Oppgavens funn tyder på at helsesektoren har en utfordring i forhold til å kommunisere og utarbeide gode mål rettet mot kvaliteten i pasientbehandlingen, ettersom produktivitet og økonomiske mål per i dag får mye oppmerksomhet. Våre funn tyder videre på at kvaliteten på den medisinske kodingen ikke er tilstrekkelig. Hovedårsakene ser ut til å være at legene ikke prioriterer å vektlegge dette i sin arbeidshverdag, samtidig som kvaliteten på interkontrollen varierer mellom helseforetakene. Oppgavens funn indikerer også at finansieringssystemet kan få utilsiktede konsekvenser for spesialisthelsetjenesten, ettersom det ligger økonomiske insentiver i systemet som kan bidra til å vri oppmerksomheten bort fra sykehusenes hovedmål. Det har imidlertid vist seg vanskelig å fastslå hvor omfattende vridningseffektene er.

## **Abstract**

Health services are a foundation for the Norwegian society. Health related issues are prominent in the public domain, related both to the health system overall and the regional hospitals. Media has to a large extent focused on hospitals' deficit, undefined finances and responsibilities, as well as problems connected to patients' waiting time. Activity-based financing (ISF) was implemented for specialized health services in 1997. This financial allocation system means that a part of the hospitals' income becomes based on the types of medical issues treated. Activity-based financing (ISF) was implemented to create incentives for hospitals to achieve greater productivity and reduce waiting time. Our thesis aims to assess how this financial allocation system has affected the organization- and control systems for specialized health services, with main focus on goals, control over medical coding, and accidental consequences.

To assess the hypotheses and ultimately to respond to the research question, we have used a qualitative research methodology. The collection of material has mostly been based on employees at various levels in the health care sector, as well as public documents, reports and media. We performed analytical induction and coding.

The findings indicate the challenging nature of how the health care sector should communicate and develop suitable goals to achieve better patient treatment. As of today, there is a lot of attention towards productivity and economic criteria. Our findings also indicate that the medical coding is not appropriate. Reasons for this could be that medical doctors do not prioritize such duties, together with the fact that the quality of control internally varies among the regional hospitals. Further, our findings indicate that the activity-based system could yield accidental consequences for specialized health services, for instance due to economic incentives that focus the hospitals' away from their main goals. However, it is challenging to determine how comprehensive this effect is.

## Innholdsfortegnelse

<b>KAPITTEL 1</b> .....	<b>1</b>
1.1 Innledning .....	1
1.2 Forskningsspørsmål .....	2
1.3 Oppgavens avgrensninger og oppbygning.....	2
<b>KAPITTEL 2 - Helsesektoren i Norge</b> .....	<b>4</b>
2.1 Velferdsstaten Norge .....	4
2.2 Spesialisthelsetjenesten i Norge.....	5
2.2.1 Spesialisthelsetjenesten i et historisk perspektiv .....	5
2.2.2 Styring og organisering av dagens spesialisthelsetjeneste.....	7
2.3 Dagens finansieringsordning .....	10
2.3.1 Aktivitetsuavhengig bevilgning.....	10
2.3.2 Aktivitetsavhengig bevilgning.....	11
2.4 DRG-systemet.....	13
2.4.1 Diagnoserelaterte grupper (DRG).....	14
2.4.2 Kostnadsvekter.....	15
2.5 Øvrige organer .....	16
2.5.1 Helsedirektoratet.....	16
2.5.2 Avregningsutvalget.....	17
2.5.3 Norsk pasientregister .....	17
2.5.4 Riksrevisjonen.....	17
2.5.5 Direktoratet for økonomistyring.....	18
<b>KAPITTEL 3 – Teoretisk forankring</b> .....	<b>19</b>
3.1 New Public Management.....	19
3.1.1 To søyler i New Public Management.....	21
3.1.2 Post New Public Management.....	22
3.2 Interne markeder .....	22
3.2.1 Bestillerfunksjonen .....	23
3.2.2 Utførerfunksjonen.....	24
3.3 Mål- og resultatstyring i statlige virksomheter .....	25
3.4 Mål som styringsverktøy.....	28
3.4.1 Subjektive og objektive resultatmål.....	29
3.4.2 Målkonflikter .....	30

3.4.3 Målforskyvning .....	30
3.4.4 Produktivitet og effektivitet .....	32
3.5 Prinsipal-agentteori .....	34
3.5.1 Agentkostnader .....	36
3.6 Insentiver .....	36
3.6.1 Insentivkontrakter .....	39
3.7 Oppfølging og kontroll .....	41
3.7.1 Internkontroll .....	41
3.7.2 Internrevisjon .....	44
3.7.3 Eksternrevisjon .....	45
3.8 Hypoteser .....	46
3.8.1 Økonomifokus .....	46
3.8.2 Oppfølging og kontroll .....	46
3.8.3 Utilsiktede konsekvenser .....	47
<b>KAPITTEL 4 – Forskningsmetode .....</b>	<b>49</b>
4.1 Valg av metode .....	49
4.2 Innsamling av informasjonsmateriale .....	49
4.3 Intervjuobjekter .....	50
4.4 Intervjusituasjon .....	51
4.5 Innholdsanalyse .....	52
4.6 Validitet og reliabilitet .....	53
<b>KAPITTEL 5 – Analyse av informasjonsinnsamling .....</b>	<b>55</b>
5.1 Økonomifokus .....	55
5.2 Oppfølging og kontroll .....	60
5.3 Utilsiktede konsekvenser .....	66
<b>KAPITTEL 6 - Diskusjon .....</b>	<b>74</b>
6.1 Diskusjon av hypoteser .....	74
6.1.1 Økonomifokus .....	74
6.1.2 Oppfølging og kontroll .....	79
6.1.3 Utilsiktede konsekvenser .....	83
6.2 Konklusjon og drøfting av forskningsspørsmål .....	88
6.3 Oppgavens implikasjoner .....	91
6.4 Oppgavens begrensninger .....	92

6.5 Forslag til videre forskning.....	92
<b>Referanseliste.....</b>	<b>94</b>
<b>Vedlegg.....</b>	<b>99</b>
1. Intervjuguide .....	99
2. Informantoversikt.....	102
3. Organisasjonskart - Oslo Universitetssykehus HF .....	103
4. Organisasjonskart – Klinikk for kirurgi og nevrofag, OUS HF.....	104

## Figurliste

Figur 2.1 Styrings- og rapporteringsflyten i spesialisthelsetjenesten .....	9
Figur 2.2 Pengestrømmen i spesialisthelsetjenesten.....	11
Figur 2.3 Prosess for koding og DRG-gruppering.....	15
Figur 2.4 Riksrevisjonens styrings- og kontrolloppgaver.....	19
Figur 3.1 Effektmodellen .....	33
Figur 3.2 COSOs rammeverk for internkontroll.....	44
Figur 4.1 Oppgavens informanter og deres tilknytning til spesialisthelsetjenesten.....	51

## Ordliste

ISF	Innsatsstyrt finansiering
DRG	Diagnoserelaterte grupper
HF	Helseforetak
RHF	Regionalt helseforetak
HSØ	Helse Sør-Øst
Epikrise	Standardrapport til henvisende lege etter et sykehusopphold eller undersøkelse ved poliklinikk
Journal	Opplysninger om pasientens kontakt med helsevesenet
ICD-10	Internasjonal statistisk klassifisering av sykdommer og helserelaterte problemer. Utgis av WHO

# KAPITTEL 1

## 1.1 Innledning

Dokumentarfilmen ”Helsefabrikken”, sist vist på NRK2 20.07.2013, kritiserer og diskuterer bruken av stykkprisfinansiering i helsevesenet. Filmen skildrer et helsevesen som i økende grad tar i bruk prinsipper fra industrien for å løse samfunnsoppgaver og finne løsninger, og stiller samtidig spørsmålstegn ved hvorvidt offentlig helse og omsorg blir bedre av å etterligne industribedrifter. I dokumentaren fremstilles pasientbehandlingen som ”produksjon”, ventelister som ”ordrerereserver” og sykehusavdelinger som ”resultatenheter”. Det kommer frem sterke meninger omkring behandlingskvalitet, uheldige vridningseffekter og fokus på økonomiske mål. Filmen inspirerte oss til å undersøke hvilke konsekvenser markedsløsningene har fått for spesialisthelsetjenesten i Norge.

Innsatsstyrt finansiering (ISF), populært kalt stykkprisfinansiering, ble innført i spesialisthelsetjenesten i 1997. Finansieringssystemet innebærer at 50 % av de regionale helseforetakenes inntekter blir bestemt ut fra aktivitetsnivået på de ulike helseforetakene. I tillegg mottas et rammetilskudd, som sammen med inntektene fra ISF-systemet utgjør total finansiering. ISF-systemet bygger på DRG-systemet (system av diagnoserelaterte grupper). Hver DRG har en kostnadsvekt som bestemmer hvor mye sykehusene får i refusjon for hver enkelt pasientbehandling.

Finansieringssystemet skal i utgangspunktet gi insentiver til økt produktivitet og kostnadseffektiv drift. Til tross for dette, ligger det økonomiske insentiver i systemet som blant annet kan bidra til at enkelte pasientbehandlinger kan bli oppfattet som lønnsomme og andre ulønnsomme.

Hvert år bevilges en gitt sum penger over statsbudsjettet som er øremerket spesialisthelsetjenesten. Ressursene skal sikre at befolkningen tilbys gode og likeverdige spesialisthelsetjenester uavhengig av personlig økonomi og bosted. Vi anser det derfor som viktig at ressursene som er stilt til disposisjon blir fordelt og forvaltet på en korrekt og mest mulig rettferdig måte. Dette forutsetter et finansieringssystemet som fungerer i tråd med målene.



## 1.2 Forskningsspørsmål

Vi ønsker i denne oppgaven å undersøke hvordan dagens finansieringsordning, med hovedvekt på innsatsstyrt finansiering, har påvirket og skapt utfordringer for de ulike instansene i spesialisthelsetjenesten. Vi har formulert følgende forskningsspørsmål:

*Hvilke utfordringer har innsatsstyrt finansiering medført for spesialisthelsetjenesten?*

Forskningsspørsmålet tar sikte på å belyse hvordan de ansatte på ulike nivåer i helsesektoren blir påvirket av innsatsstyrt finansiering. Vi har anvendt kvalitativ forskningsmetode og analytisk induksjon for å kunne besvare forskningsspørsmålet. For å belyse de ulike ansattes synspunkter har vi gjennomført dybdeintervjuer på et strategisk utvalg av 16 informanter fra helsesektoren.

For å avgrense oppgaven har vi formulert tre hypoteser som tar sikte på å underbygge forskningsspørsmålet. Hypotesene er rettet mot tre temaer. For det første ønsker vi å undersøke hvordan de ansatte i helsesektoren oppfatter målene som blir kommunisert gjennom styringslinjen. Deretter ønsker vi å belyse hvordan finansieringssystemet blir fulgt opp og kontrollert. Til slutt setter vi fokus på hvorvidt finansieringssystemet kan føre til utilsiktede konsekvenser.

Funnene i denne studien vil kunne være av interesse for myndigheter som utformer politikken og bestemmer hvordan helsevesenet skal organiseres og finansieres. Videre vil forskningen kunne være nyttig for de virksomhetene som er omfattet av ISF-systemet, fortrinnsvis de regionale helseforetakene med sine underliggende helseforetak og sykehus.

## 1.3 Oppgavens avgrensninger og oppbygning

Når vi i denne oppgaven snakker om helsevesenet og helsesektoren sikter vi til Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene med sine helseforetak og sykehus. Et helseforetak kan i utgangspunktet bestå av flere sykehus, institusjoner og andre virksomheter. I tillegg har vi en del private sykehus i Norge.

For å variere språket, vil helseforetak og sykehus i denne oppgaven være å forstå som synonyme begreper.

Underveis i oppgaven vil vi ta for oss en del økonomiske incentiver som ligger i dagens finansieringssystem. Det er viktig å påpeke at det i denne sammenheng er snakk om økonomiske incentiver i form av økte inntekter til helseforetakene eller de enkelte sykehusavdelingene. De helsefaglig ansattes lønn blir derfor ikke tatt i betraktning. Ettersom sykehussektoren er svært kompleks har vi lagt ved to vedlegg som illustrerer dette, henholdsvis organisasjonskartet til Oslo Universitetssykehus HF og en underliggende klinikk. Disse vil også kunne være til hjelp for å forstå begreper benyttet i oppgaven. For illustrasjon, se vedlegg 3 og 4.

Oppgaven er delt opp i seks kapitler. I kapittel 2 vil vi gi gjøre rede for organiseringen og finansieringen av helsesektoren i Norge. På bakgrunn av oppgavens tema og forskningsspørsmål, vil vi i dette kapitlet legge spesielt vekt på innsatsstyrt finansiering (ISF). I kapittel 3 vil vi presentere oppgavens teoretiske rammeverk, samt hypoteser. Kapittel 4 vil ta for seg valg av og begrunnelse for forskningsmetoden anvendt i oppgaven. Deretter vil resultatene fra informasjonsinnsamlingen presenteres i kapittel 5. Resultatene vil bli drøftet i lys av relevant teori i kapittel 6, før vi avslutningsvis vil diskutere oppgavens forskningsspørsmål. Helt til slutt vil vi trekke inn implikasjoner og begrensninger ved oppgaven og samtidig fremme forslag til fremtidig forskning.

## KAPITTEL 2 - Helsesektoren i Norge

Den offentlige sektor, stat, fylke og kommune har en svært dominerende plass i Norge. Hver dag har vi kontakt med flere av de offentlige tjenestene som tilbys. Det har vært en sterk økning i den offentlige sektors virksomhet. Totale helseutgifter i 2013 var 288 milliarder kroner, hvilket utgjorde 9,6 % av BNP (SSB 2014). I likhet med de andre nordiske landene er en forholdsmessig stor andel av helsesektoren i offentlig regi (Opstad 2003).

### 2.1 Velferdsstaten Norge

Ikke alle varer og tjenester kan eller bør skapes og fordeles i et marked, og dette er grunnlaget til velferdsstaten. Velferdspolitikken skal kompensere for markedets produksjon av ulikhet og bidra til en mer rettferdig fordeling av goder og byrder. Den offentlige helsetjenesten er et av velferdsstatens kjerneområder. Statens engasjement er hovedsakelig begrunnet med at vi ikke aksepterer markedets fordelingsvirkninger i forhold til helsegoder. Befolkningens helse er et sosialt, og ikke bare et individuelt, ansvar. Pasientrettighetsloven fastslår at helsetjenester skal fordeles ut fra hensynet til likhet og behov. Dette er to grunnprinsipper som alltid skal tas i betraktning.

Likhetshensynet kan deles i to prinsipper; tilbudslighet og resultatlikhet (Wilmar et al. 2009). Tilbudslighet tar utgangspunkt i at alle skal ha lik tilgang på helsetjenester uavhengig av alder, kjønn, økonomi og lignende. Resultatlikhet vil si at alle i størst mulig grad skal tilnærme seg samme helsetilstand, slik at helseulikhetene i befolkningen utjevnes. Prinsippet om behovsbasert fordeling av godene indikerer at ressursfordelingen skal være basert på sykdommens alvorlighetsgrad. Dette medfører at de som har dårligst helse skal få hovedprioritet.

Norge og de andre nordiske landene har klart å kombinere økonomisk vekst og stabilitet med et velfungerende arbeidsmarked med mål om høy arbeidsdeltakelse, jevn inntektsfordeling, høy levestandard og stor grad av sosial likhet. Et av hovedtrekkene ved den norske velferdsmodellen er blant annet at den skal gi et skattefinansiert offentlig velferdstilbud av høy kvalitet. Velferdsmodellen skal være forankret i en rettferdig fordeling av godene. Kollektiv finansiering av individuelle rettigheter er det bærende prinsipp. Å benytte seg av velferdsstatens tjenestetilbud er

en individuell rettighet som ikke er begrenset til hvor mye vedkommende har bidratt i form av skatt (BLD 2011 kap. 3).

Velferdsstaten blir stadig satt under lupen. Det blir blant annet stilt spørsmålsteget ved størrelsen på offentlig sektor og hvordan fellesskapets ressurser blir distribuert. Ikke alle er overbevist om at det offentlige kan forvalte ressursene bedre enn aktørene i privat sektor. Samtidig har grensen mellom stat og marked endret seg mye de siste årene. En av årsakene er at offentlig sektor har forsøkt å adoptere styrings- og organiseringsprinsippet fra det private markedet (Wilmar et al. 2009).

En offentlig forvaltningsvirksomhet får tildelt midler gjennom skattepenger og får beskjed om å overholde budsjetter. Vi må imidlertid vite mer om hvordan de tildelte ressursene blir utnyttet for å kunne uttale oss om kvaliteten og kostnadseffektiviteten på de offentlige tjenestene. Det er ikke en enkel jobb å rangere sykehus etter hvor effektive de er eller skoler etter hvor man tilegner seg mest kunnskap. Offentlig sektor er avhengig av støtte fra befolkningen. Det innebærer å yte i form av skatt og å se nytteverdien av hva det offentlige tilbyr (Opstad 2003).

## **2.2 Spesialisthelsetjenesten i Norge**

Ansvar for offentlige helse- og omsorgstjenester er per i dag delt mellom kommunene og de regionale helseforetakene. Begrepet spesialisthelsetjeneste er et samlebegrep for de helsetjenestene som staten ikke finner hensiktsmessig å pålegge kommunene ansvar for (Helsedirektoratet 2013). Spesialisthelsetjenesten er den delen av helsetjenesten som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven. Dette inkluderer somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling, så vel som spesialiserte medisinske tjenester som består av laboratorievirksomhet, radiologi og ambulansetjenester (Johnsen 2006). Vi vil i denne oppgaven rette hovedfokus mot somatiske spesialisthelsetjenester.

### **2.2.1 Spesialisthelsetjenesten i et historisk perspektiv**

Levestandarden og den økonomiske utviklingen i Norge har hatt stor betydning for utviklingen av helsesystemet. Det var ikke før på slutten av nittenhundretallet at forholdet mellom befolkningen og legetilgangen oversteg 5000:1. Fra begynnelsen av

tjuehundretallet tok både staten og kommunene mer ansvar for folkehelsen. Det ble bygd flere og flere sykehus. Disse var eid enten av staten, kommunene eller av frivillige organisasjoner. Folketrygden ble etablert i 1967 som et ledd i å oppnå universell dekning av velferdstjenester og tilhørende kostnader. Fra og med 1970 ble fylkeskommunene ansvarlige for finansieringen, planleggingen og driften av spesialisthelsetjenesten innenfor sitt geografiske område. Dette ansvaret beholdt fylkeskommunene frem til staten overtok hovedansvaret og eierskapet for spesialisthelsetjenesten i 2002. Dette var i tråd med helseforetaksreformen (Johnsen 2006). Målet med reformen var å legge til rette for en helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten, og samtidig lovfeste et tydelig statlig ansvar for både finansiering og organisering. Det statlige ansvaret skal legge til rette for bedre utnyttelse av ressursene som bevilges til spesialisthelsetjenesten og dermed skape et bedre samlet helsetilbud for befolkningen (Helsedirektoratet 2013).

I tråd med målene for helseforetaksreformen ble det i 2002 opprettet fem regionale helseforetak (RHF) med staten som overordnet eier. I 2007 fusjonerte Helse Sør RHF og Helse Øst RHF og dannet Helse Sør-Øst RHF. Per i dag eier derfor staten fire regionale helseforetak, henholdsvis Helse Nord, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst. De regionale helseforetakene eier helseforetakene og sykehusene innenfor sitt geografiske område. RHF-ene har hovedansvaret for å tilby spesialisthelsetjenester innenfor sitt geografiske område. Helsetjenestene skal tilbys av de helseforetakene de regionale helseforetakene selv eier eller de private virksomhetene de har inngått leveringsavtale med. De regionale helseforetakenes ansvar og plikter er regulert av helseforetaksloven (Helsedirektoratet 2013).

Finansieringen av spesialisthelsetjenesten har også vært gjennom store endringer. Fra 1970 til 1980 fikk fylkeskommunene refundert kostnader basert på antall liggedøgn, også kalt kurdøgnfinansiering. Denne finansieringsordningen ga sterke insentiver til lange liggetider, økt aktivitet og til å investere i bygninger og utstyr. Dette medførte en sterk økning i sykehuskostnadene ettersom kostnadssiden av regnskapet kom ut av kontroll (Hagen & Kaarbøe 2004).

I 1980 ble kurdøgnfinansieringen avskaffet og rammefinansiering ble implementert. Fylkeskommunene ble tildelt et fast årlig beløp, en ramme, som skulle dekke alle

kostnader tilknyttet spesialisthelsetjenesten, i tillegg til andre kostnadsbærende aktiviteter som videregående opplæring og transport. Størrelsen på rammen ble bestemt ut fra kriterier som alderssammensetning, befolkningstetthet og skatteinntekter, samt historiske kostnader (Johnsen 2006). Implementeringen av rammefinansiering endret insentivene til å fokusere på kostnadskontroll. Liggetidene gikk først kraftig ned, for deretter å holde seg stabil. Perioden var preget av at ventelistene for å få behandling økte kraftig, samtidig som staten opplevde problemer knyttet til at avdelinger måtte stenge hver høst som en konsekvens av at rammetilskuddet var brukt opp (Hagen & Kaarbøe 2004).

Det skulle derimot vise seg at de to foregående finansieringssystemene ikke realiserte statens mål for spesialisthelsetjenesten. I 1997 ble en del av rammebevilgningen erstattet av et aktivitetsbasert tilskudd, kalt innsatsstyrt finansiering (ISF). ISF innebærer at sykehusenes inntekter blir gjort direkte avhengig av aktiviteten på sykehusene. Motivet for innføringen av ISF var et ønske om å redusere problemet med lange ventelister og samtidig hindre at rammetilskuddet ble brukt på andre kostnadsbærende formål som fylkeskommunene sto ansvarlige for. Rammefinansieringen skulle bidra til å balansere fylkeskommunens spesialhelsetjenestekostnader, samtidig som det aktivitetsbaserte tilskuddet skulle gi insentivene til økt produktivitet og effektivitet (Johnsen 2006). Implementeringen av aktivitetsbasert finansiering medførte en betydelig økning i antall behandlinger og ventelistene ble derfor også redusert (Hagen & Kaarbøe 2004).

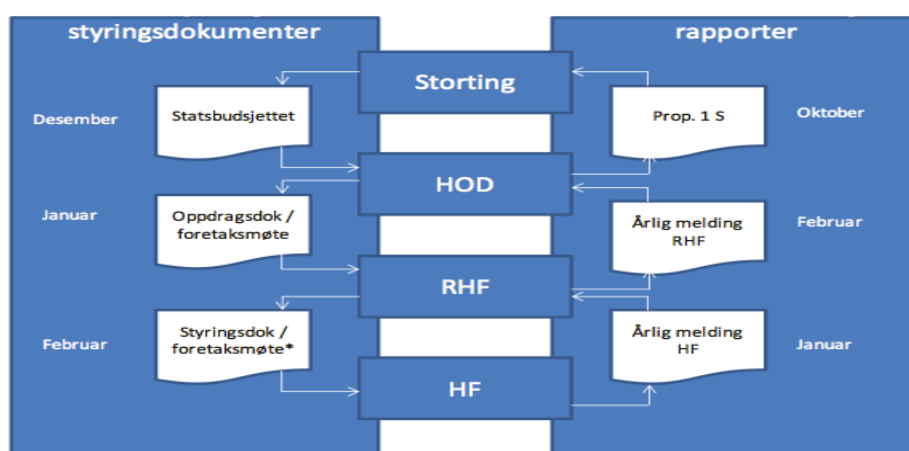
### **2.2.2 Styring og organisering av dagens spesialisthelsetjeneste**

I følge spesialisthelsetjenesteloven er det staten som har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendige spesialisthelsetjenester (2013). Det er Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) som forvalter dette ansvaret på vegne av staten. Ansvaret utøver de gjennom eierrollen. De fastsetter de overordnede helsepolitiske målsetningene og gir de regionale helseforetakene rammebetingelser som muliggjør iverksettelsen av helsepolitikken. Staten skal føre kontroll med at pliktene oppfylles i tilstrekkelig grad. Helse- og omsorgsdepartementet forvalter styringsansvaret gjennom foretaksmøter med de regionale helseforetakene. Likeledes styrer de regionale helseforetakene hvert enkelt underliggende helseforetak på samme måte.

Hvordan tildelte ressurser skal benyttes og forvaltes styres gjennom oppdragsdokumenter fra HOD til de fire regionale helseforetakene. Staten utarbeider hvert år et forslag til budsjett for det kommende året, som i desember måned skal godkjennes av Stortinget. Etter at statsbudsjettet er godkjent, sendes oppdragsdokumentene ut til de regionale helseforetakene. Oppdragsdokumentene har to hovedformål. De formidler styringskrav til de regionale helseforetakene, samtidig som midlene i statsbudsjettet formelt blir stilt til disposisjon for de regionale helseforetakenes (Helse- og omsorgsdepartementet 2012).

De regionale helseforetakene har fire hovedoppgaver. Dette omfatter pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende (Helsedirektoratet 2013). I oppdragsdokumentene er det hvert år utarbeidet både langsiktige mål og hovedmål på bakgrunn av hovedoppgavene. De regionale helseforetakene utarbeider årlige styringsdokumenter til sine underliggende helseforetak på bakgrunn av oppdragsdokumentet fra staten. Styringsdokumentene operasjonaliserer departementets krav som fremstilt i oppdragsdokumentene.

De regionale helseforetakene og de helseforetakene de eier må rapportere på måloppnåelse i henhold til kravene stilt i oppdragsdokumentene/styringsdokumentene og foretaksmøtene. Det rapporteres gjennom en årlig melding, som skal forelegges HOD (Helse- og omsorgsdepartementet u.å).



Figur 2.1 Styrings- og rapporteringsflyten i spesialisthelsetjenesten

Kilde: (BDO 2012)

I tråd med helseforetaksloven skal hvert RHF og HF ha et styre og en administrerende direktør. Styret og daglig leder i de regionale helseforetakene er utpekt av Helse- og omsorgsdepartementet gjennom eierrollen. Likeledes utnevnes styret i hvert enkelt helseforetak av de regionale helseforetakene. Styret har ansvar for at foretaket er organisert på en tilfredsstillende måte. De skal blant annet fastsette foretakets endelige budsjett og virksomhetsplan. Videre er styret tillagt et resultatansvar overfor eier og må derfor kontrollere at foretakene driver i henhold til målene for den nasjonale helsepolitikken (Helse- og omsorgsdepartementet 2012).

Både de regionale helseforetakene og underliggende helseforetak er organisert som selvstendige rettssubjekter. Det innebærer blant annet at de kan inngå bindende avtaler og har videre en partposisjon overfor domstolene og i forvaltningssaker. Både de regionale helseforetakene og helseforetakene har et selvstendig ansvar for egen drift, økonomi og de tilhørende økonomiske resultatene. Ettersom foretakene har hovedansvaret for befolkningens velferd, er det slått fast i helseforetaksloven §6 at helseforetakene ikke kan slås konkurs (Helse- og omsorgsdepartementet 2012).

Denne lovregelen er fastlagt ut fra et ønske om at omgivelsene ikke skal miste tillitten til foretakets økonomiske solidaritet. Det er derfor fastslått i helseforetaksloven §7 at eier, altså staten, har et ubegrenset ansvar for foretakets økonomiske forpliktelser.

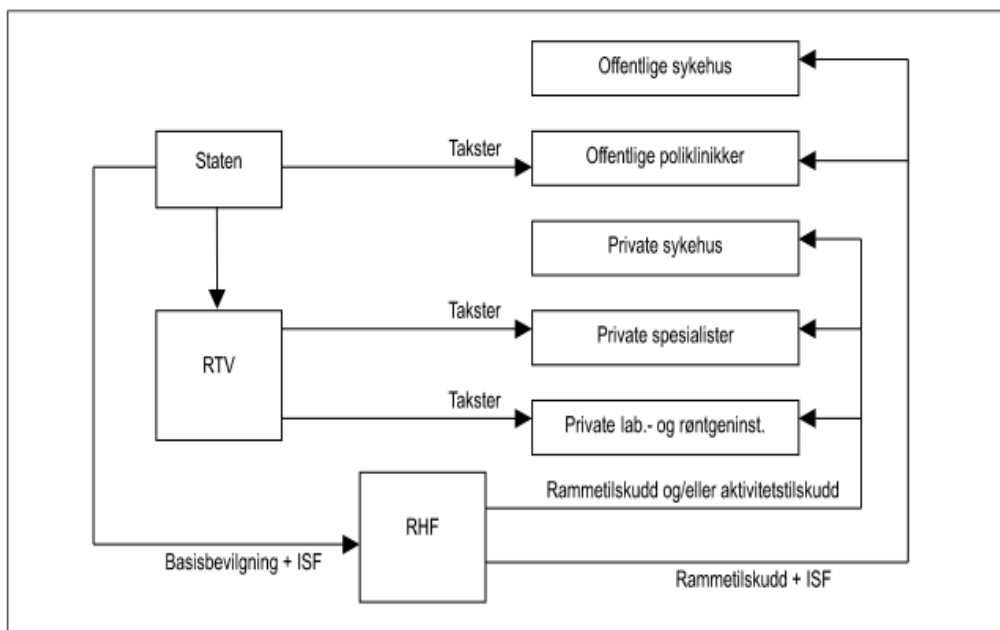
De regionale helseforetakene har et selvstendig ansvar for å fordele inntektene fra staten til helseforetakene de eier eller andre private og offentlig virksomheter de har inngått avtale med. Den nasjonale inntektsmodellen er utarbeidet av Magnussen-utvalget og er uttrykt i Norsk Offentlig Utredning 2008:2. Utgangspunktet for inntektsfordelingen er de regionale helseforetakenes "sørge for"-ansvar. Ansvar skal sikre at de regionale helseforetakene er i stand til å tilby befolkningen likeverdig tilgang til spesialisthelsetjenester. Utvalget viser til mandatet hvor det fremkommer:

*«Regjeringens mål er at alle skal ha god tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted. Brukerne av helsetjenester skal bli tilbudt gode tjenester til lavest mulig kostnad» (Helse- og omsorgsdepartementet 2008, s.9).*



### 2.3 Dagens finansieringsordning

Som tidligere nevnt finansieres de regionale helseforetakene gjennom en prosentvis fordeling mellom en fast rammebevilgning (aktivitetsuavhengig) og en aktivitetsbasert bevilgning (ISF). I tillegg avtales kjøp og salg av tjenester mellom de regionale helseforetakene. Den prosentvise fordelingen er politisk bestemt og blir vedtatt av staten hvert år. ISF-andelen har variert på bakgrunn av sentrale ønsker om å styre aktiviteten. ISF-andelen var på 30 % ved innføringen i 1997, for så å øke jevnlig frem til den i 2006 var på hele 60 %. Fra og med 2007 har andelen vært 40 %. Etter at Solberg-regjeringen ble dannet etter stortingsvalget høsten 2013, ble den prosentvise fordelingen endret. Dette var i tråd med målene i den politiske plattformen utgått av Høyre og Fremskrittspartiet (Regjeringen 2013). Per 2014 fordeles ressursene basert på en 50 % aktivitetsbasert bevilgning (ISF) og 50 % rammebevilgning.



Figur 2.2 Pengestrømmen i spesialisthelsetjenesten

Kilde: (Helse- og omsorgsdepartementet 2003)

#### 2.3.1 Aktivitetsuavhengig bevilgning

Den faste rammebevilgningen fordeles på de fire regionale helseforetakene på bakgrunn av ulike kriterier som fremgår av inntektsmodellen utarbeidet av Magnussen-utvalget. Bevilgningen er uavhengig av aktivitetsnivået i de ulike helseforetakene. Det er ikke spesifisert i oppdragsdokumentene hvilke formål og

tjenesteområder rammetilskuddet skal finansiere. Rammetilskuddene er derfor ikke øremerket (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Inntektsmodellen regulerer den relative fordelingen av basisrammen mellom de regionale helseforetakene. Fordelingen skal sikre at de fire regionale helseforetakene er i stand til å tilby innbyggerne likeverdig tilgang til spesialisthelsetjenester uavhengig av eksempelvis sosioøkonomiske forhold, demografi og regionens kostnadsnivå (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). Basisrammen blir derfor fordelt ved hjelp av en objektive kostnads- og behovsindekser som samles i en ressursbehovsindeks. Indeksen skal reflektere det samlede ressursbehovet til hvert av de regionale helseforetakene i forhold til landsgjennomsnittet (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Eksempler på kriterier som indeksen bygger på er alderssammensetning, andel sykemeldte, andel uføretrygdete, levekårindeks, utdanningsnivå og klima/breddegrad i de ulike regionene. Ressursbehovsindeksen endres hvert år på grunnlag av eksempelvis endringer i befolkningskriterier, sosiale kriterier og kostnadsandeler (Helse- og omsorgsdepartementet 2008).

### **2.3.2 Aktivitetsavhengig bevilgning**

Det aktivitetsbaserte tilskuddet fra staten til de regionale helseforetakene er, som tidligere nevnt, omtalt som innsatsstyrt finansiering (ISF). Innsatsstyrt finansiering beskrives også som stykkprisfinansiering. Dette tilskuddet blir bevilget over statsbudsjett til landets fire regionale helseforetak på bakgrunn av deres planlagte og utførte aktiviteter. Ved introduksjonen i 1997 var målet med den aktivitetsbaserte bevilgningen tydelig uttrykt som økt aktivitet, reduserte ventelister og økt effektivitet. Innsatsstyrt finansiering omfatter somatisk spesialisthelsetjeneste, herunder døgntil behandling, poliklinisk aktivitet og dagbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet 2008).

Innsatsstyrt finansiering gjør deler av de regionale helseforetakenes inntekter avhengig av hvor mange pasienter som får behandling, pasientenes diagnose og hva slags type behandling pasientene får. Aktivitetene utløser en ISF-refusjon fra Helse- og omsorgsdepartementet. ISF-refusjonen er ikke ment å være en refusjon av kostnader, men er snarere en inntekt til de regionale helseforetakene. ISF medfører at

ressurskrevende behandlingsaktiviteter utløse en høyere refusjon enn mindre ressurskrevende behandlinger. Hvert år fastsetter staten et aktivitetsmål som reflekterer ønsket aktivitet innenfor de ulike fagområdene på hvert sykehus og sykehusavdeling. Formålet er å gi helseforetakene insentiver til å produsere opp mot statens aktivitetsmål på en mest mulig kostnadseffektiv måte. ISF-refusjonen er kun ment å dekke marginalkostnadene ved økt behandlingsskapitet. De resterende kostnadene skal dekkes av rammebevilgningen (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Finansieringsordningen skal stimulere til å identifisere kostnadsområder og dermed eliminere flaskehalsen som hindrer kostnadseffektiv pasientbehandling.

Inntektene som genereres gjennom ISF-systemet påvirkes i all hovedsak av fire faktorer:

- Antall behandlinger
- Gjennomsnittlig kostnadsvekt (DRG-indeks)
- Enhetspris
- ISF-sats (50 % av enhetspris)

Prisen de regionale helseforetakene betaler til private tjenesteytere skal ikke kobles direkte til ISF-refusjonen, men forutsetter forhandlinger eller anbud. Innsatsstyrt finansiering bygger i all hovedsak på DRG-systemet (system av diagnoserelaterte grupper) og den tilhørende medisinske kodingen.

Innsatsstyrt finansiering skal ikke brukes som et prioriteringssystem, hvor pasientbehandlinger som utløser høy ISF-refusjon prioriteres. Å prioritere pasienter basert på forventet ISF-refusjon er i strid med lovverket. Rammebevilgningen skal hjelpe til med å sørge for at prioriteringene blir riktig. Det er derfor et mål at utbetalingene fra innsatsstyrt finansiering skal reflektere reell behandlingsaktivitet (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Finansieringsordningen innebærer frihet for de regionale helseforetakene til selv å bestemme hvordan de ønsker å fordele de aktivitetsuavhengige og aktivitetsavhengige bevilgningene til hvert enkelt helseforetak. Et mål er at bevilgningene ikke skal ligge til hinder for god pasientbehandling på den enkelte sykehusavdeling.

## 2.4 DRG-systemet

All pasientkontakt med spesialisthelsetjenesten skal registreres og rapporteres med koder i henhold til gjeldene medisinske og administrative kodeverk. Dette kodeverket er omtalt som DRG-systemet (system av diagnoserelaterte grupper). Systemet stammer i utgangspunktet fra industrien (Midttun et al. 2003). Professor Robert B. Fetter ved Yale University fikk i 1967 i oppdrag å tilpasse et prissystemet fra industrien til å ta i betraktning behovet for problemløsning relatert til kvalitet, effektivitet og kostnader innenfor helsesektoren. Fetter kom frem til en liste med krav som systemet måtte inneholde for å kunne benyttes i helsesektoren. Hver gruppe i systemet skulle gjenspeile et ensartet ressursbehov. Inndelingene skulle medisinsk sett være meningsfulle, slik at hver gruppe inneholdt ensartede pasientgrupper. Grupperingene skulle være gjensidig utlukkende, slik at hver pasient bare kunne plasseres i én gruppe. Videre skulle grupperingene ivareta behovet for å kunne sammenlignes innbyrdes (Midttun et al. 2003). Kravene resulterte i systemet vi i dag kjenner som DRG-systemet.

Informasjonen som er registrert i DRG-systemet formidles videre til sentrale myndigheter og Norsk pasientregister. Informasjonen er ment å gi oversikt over forekomsten av ulike sykdommer i befolkningen. Innhentede data brukes til blant annet helseovervåking, forskning, dødsårsaksstatistikk, til bruk innenfor styring og planlegging, samt som grunnlag for innsatsstyrt finansiering. Kodingen skal gi informasjon om hva som har funnet sted under pasientbehandlingen og hva som er årsaken til kontakten med helsevesenet. Til tross for at den medisinske kodingen direkte er knyttet sykehusenes inntjening, så er ikke økonomi og finansiering hovedformålet med den medisinske kodingen (Helsedirektoratet 2014).

*”Hovedprinsippet ved koding er at det skal gi så presis informasjon som mulig, og så mye informasjon som nødvendig for formålet, men ikke mer (Helsedirektoratet 2014, s.16)”.*

Den ansvarlige lege skal legge vekt på å bruke den koden som gir den mest presise beskrivelsen av pasientens tilstand (sykdommer/symptomer) og prosedyrene som er brukt under undersøkelsen/behandlingen. Hovedregelen er at det er kun det som er

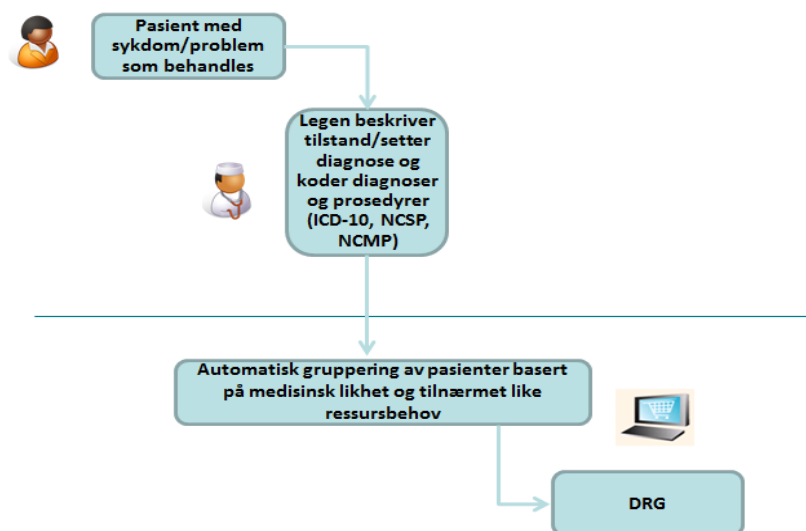
relevant for den aktuelle pasientbehandlingen som skal kodes, verken mer eller mindre.

#### **2.4.1 Diagnoserelaterte grupper (DRG)**

Diagnoserelaterte grupper (DRG) er pasientklassifiseringssystem. Basert på medisinske og administrative opplysninger om pasienten, blir hvert enkelt sykehusopphold plassert i en diagnoserelatert gruppe (DRG). Hver DRG inneholder både medisinsk og økonomisk informasjon. Pasienter i samme DRG-gruppe skal være tilnærmet medisinsk og kostnadmessig homogene. Dette muliggjør at sykehusene kan sammenlignes uavhengig om de behandler helt ulike pasienter.

DRG forsøker å håndtere en svært kompleks verden, med tusenvis av ulike diagnoser og behandlinger. Det finnes i dag omlag 870 diagnoserelaterte grupper. Inndelingen bygger på 20 000 diagnosekoder og 8000 prosedyrekoder. Grupperingen gjøres ut i fra de data som blir registrert om pasientene i helseforetakenes pasientadministrative systemer. Hvert pasientopphold blir først plassert i en hoveddiagnosegruppe. Innenfor hver hoveddiagnosegruppe baseres grupperingen videre på bidiagnoser, prosedyrer, alder og utskrivningsstatus, som til sammen utgjør et sykehusopphold og en bestemt DRG.

DRG-systemet vi bruker i Norge tar utgangspunkt i NordDRG. Helt siden tidlig på 1990-tallet har de nordiske landene eksperimentert med pasientklassifiseringssystemer, hvilket på midten av 1990-tallet resulterte i et felles nordisk system (Busse et al. 2011). NordDRG er basert på verdens helseorganisasjons klassifisering av sykdommer, omtalt i diagnosekodeverket ICD-10. ICD-10 blir benyttet sammen med prosedyrekodeverkene NCSP og NCMP på vanlige kliniske avdelinger. Helsedirektoratets retningslinjer for medisinsk koding utgis hvert år og har til hensikt å fremme en mest mulig korrekt og enhetlig kodepraksis. Den er i hovedsak utarbeidet i tråd med de internasjonale retningslinjene i ICD-10 og nasjonale kodefaglige anbefalinger (Helsedirektoratet 2014).



Figur 2.3 Prosess for koding og DRG-gruppering

Kilde: (Helse Sør-Øst RHF 2013)

#### 2.4.2 Kostnadsvekter

Til hver diagnoserelaterte gruppe (DRG) tilordnes en kostnadsvekt som reflekterer antall DRG-poeng. En kostnadsvekt er en relativ størrelse som uttrykker hva et opphold i hver DRG-gruppe i gjennomsnitt koster i forhold til gjennomsnittspasienten (Helsedirektoratet u.å). Gjennomsnittspasienten har kostnadsvekt 1,0 og enhetsprisen per DRG-poeng er på 40 772 kroner per 2014. Ettersom ISF-andelen av total finansiering er 50 %, så vil hvert DRG-poeng generere en inntekt som er 50 % av prisen per DRG-poeng.

I Norge beregnes kostnadsvektene ved hjelp av en "top-down"-modell. De ulike sykehusenes driftskostnader blir fordelt til ulike DRG-er på bakgrunn av nasjonale "fordelingsnøkler" og liggetid. Beregningsmodellen er todelt ved at gjennomsnittlig kostnad per DRG beregnes både for hvert sykehusopphold og for hver poliklinisk konsultasjon. Det er disse kostnadene som danner grunnlag for de nasjonale kostnadsvektene. Gjennomsnittskostnaden per opphold per DRG kombineres med gjennomsnittskostnaden for alle DRG-er for å få frem et mål på hvor ressurskrevende de enkelte DRG-ene er i forhold til hverandre. Kostnadsvektene oppdateres årlig for å fange opp endringer i medisinsk praksis eller i driftskostnadene til de ulike sykehusene.

Logikken bygger på at jo høyere kostnadsvektene er, jo høyere blir DRG-poengene, og jo høyere blir inntektene for behandling av pasientoppholdene i DRG-en. I stedet for antall opphold, antall liggedøgn og antall prosedyrer, kan antall DRG-poeng benyttes som grunnlag for aktivitetsmål. For hvert sykehus og sykehusavdeling fastsettes det hvert år et krav til antall produserte DRG-poeng.

DRG-systemet tar hensyn til alle helseforetakets kostnader, herunder beredskapskostnader, medisinsk service og administrasjonskostnader. Det er derfor flere som har "aksjer" i DRG-poengene som genereres, ikke bare den avdelingen som skrev ut pasienten. På bakgrunn av at de ulike kostnadsvektene er beregnet på gruppenivå, er det vanlig at ressursbruken kan være av et annet omfang enn gjennomsnittet for enkeltpasienter eller undergrupper. Systemet er derfor ikke treffsikkert med tanke på finansieringen av enkeltpasienter og enkeltavdelinger, og er ment å fungere på store populasjoner.

## 2.5 Øvrige organer

Det er mange organer som samarbeider og forvalter ulike oppgaver i helsesektoren. Vi vil nedenfor beskrive de viktigste organene som innehar ulike organiserings- eller styringsoppgaver i helsesektoren.

### 2.5.1 Helsedirektoratet

Helsedirektoratet er et fagdirektorat og myndighetsorgan. Direktoratet er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratets overordnede mål er å styrke helsen til hele befolkningen gjennom helhetlig og målrettet arbeid på tvers av sektorer og forvaltningsnivå. Direktoratet har i all hovedsak tre roller. De skal være faglige rådgivere, iverksettere av vedtatt politikk og forvaltere av lover og regelverk. Som faglige rådgivere skal de følge med på forhold som kan påvirke utviklingen og tilbudet som gis innenfor helse- og omsorgssektoren. De iverksetter videre politikk på vegne av Stortinget og regjeringen. Dette innebærer blant annet å sette i verk handlingsplaner og kampanjer. Som forvaltere av lover og regler skal de sørge for å anvende og fortolke lover og regelverk fra helse- og omsorgsdepartementet på riktig måte. Helsedirektoratet forvalter og oppdaterer DRG-systemet, og har ansvar for arbeidet med klassifisering og kodeverk.

### 2.5.2 Avregningsutvalget

Avregningsutvalget er et rådgivende organ som bistår Helsedirektoratet i spørsmål knyttet til medisinsk kodepraksis og kvalitetskontroll av innrapporterte data fra spesialisthelsetjenesten. Utvalget vurderer medisinsk kodepraksis og gir Helsedirektoratet råd knyttet til utbetalingsgrunnlaget for den aktivitetsbaserte finansieringsordningen. Deres viktigste oppgave er å sørge for at utbetalingene skjer i tråd med intensjonene bak finansieringsordningen. Utvalget er uavhengige og foretar sine vurderinger på faglig grunnlag. Anbefalinger som gis er av prinsipiell art og legger føringer for utvalgets og direktoratets behandling av lignende saker (Helsedirektoratet 2011).

### 2.5.3 Norsk pasientregister

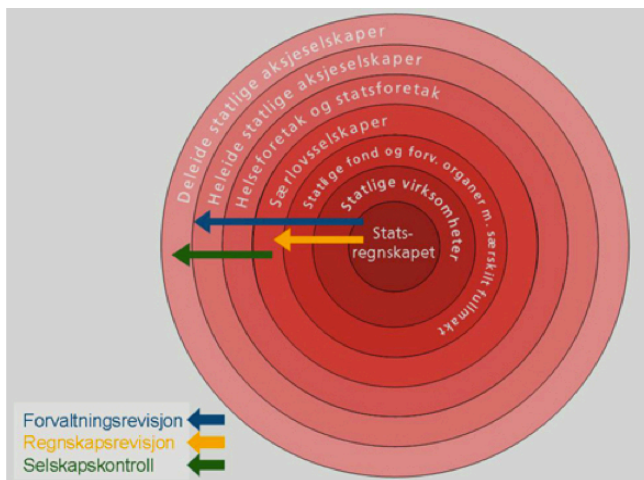
Norsk Pasientregister (NPR) er et av Norges sentrale helseregistre, og blir drevet av Helsedirektoratet. NPR forvalter informasjon vedrørende pasienter som venter på behandling eller har fått behandling av spesialisthelsetjenesten. Informasjonen danner grunnlaget for blant annet administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenesten, herunder den aktivitetsbaserte finansieringen. Registeret skal videre bidra til medisinsk og helsefaglig forskning, deriblant forskning som skal gi informasjon om helsetjenester, behandlingseffekter, diagnoser og sykdomsårsaker. NPR brukes i en rekke sammenhenger for å belyse økonomiske, administrative og kliniske sider ved spesialisthelsetjenesten i Norge (Helsedirektoratet 2009).

### 2.5.4 Riksrevisjonen

Riksrevisjonen er Stortingets viktigste eksterne revisjons- og kontrollorgan. De skal kontrollerer at regjeringen styrer slik Stortinget har bestemt. Videre bidrar de til å forebygge misligheter og feil i forvaltningen og skal samtidig undersøke om Stortingets krav og mål for forvaltningen etterleves. Riksrevisjonen skal sørge for at fellesskapets midler og verdier blir brukt og forvaltet i henhold til Stortingets mål. Dette gjøres gjennom revisjon, kontroll og veiledning. Riksrevisjonen har en uavhengig stilling overfor forvaltningen og rapporterer resultatene fra revisjoner og kontroller til Stortinget. Stortinget kan i enkeltsaker anmode Riksrevisjonen om å gjennomføre granskingsaker. Riksrevisjonen gjennomfører både forvaltningsrevisjoner, regnskapsrevisjoner og selskapskontroll. Hovedmålet er å gi



Stortinget informasjon om hvorvidt iverksettelsen av offentlige tiltak fungerer etter intensjonene (Riksrevisjonen 2014).



Figur 2.4 Riksrevisjonens styrings- og kontrolloppgaver

Kilde: (Riksrevisjonen 2013)

### 2.5.5 Direktoratet for økonomistyring

Direktoratet for økonomistyring (DFØ) er statens ekspertorgan innenfor økonomi- og virksomhetsstyring. De er underlagt Finansdepartementet som et forvaltningsorgan. Statens mål er at organet skal legge til rette for hensiktsmessige fellesløsninger i staten og god styring av de enkelte statlige virksomheter. Deres hovedsatsningsområde er å fremme effektiv ressursbruk i staten.

Regelverket for økonomistyring i staten går under navnet økonomiregelverket.

Finansdepartementet har gitt DFØ i oppgave å forvalte dette regelverket.

Utgangspunktet for økonomiregelverket er at statlige virksomheter skal kunne ivareta sitt ansvar for god styring på en best mulig måte. Reglementet inneholder blant annet regler og forskrifter for hvordan departementene skal styre virksomhetene, den interne virksomhetsstyringen, regnskapsføring og rapportering. Videre skal økonomiregelverket sikre at fastsatte mål og resultatkrav nås og at statlige midler anvendes så effektivt som mulig (DFØ 2014).

## KAPITTEL 3 – Teoretisk forankring

I dette kapitlet vil vi presentere det teoretiske rammeverket som danner grunnlaget for å diskutere oppgavens hypoteser og forskningsspørsmål. Vi vil komme inn på emner som er knyttet til styringsideologien New Public Management. Dette omfatter emner som bestiller-utførermodellen, mål- og resultatstyring, prinsipal-agentteori, insentiver, samt produktivitet/effektivitet. Deretter vil vi presentere teori knyttet til internkontroll og revisjon. Til slutt i kapitlet vil vi gjøre rede for oppgavens hypoteser som er formulert på bakgrunn av den relevante teorien.

### 3.1 New Public Management

Vi opplever en økende tendens til at den økonomiske utviklingen stagnerer og at befolkningen lever lengre enn før. Dette får konsekvenser for helsetilbudet samfunnet klarer å gi befolkningen. Samtidig får vi en svekket oppslutning om velferdsstaten og økt tillitt til at markedet kan styre fordelingen av fellesgodene i samfunnet. Dette har resultert i at den offentlige helsetjenesten er utsatt for et ønske om en reformprosess, hvor privat sektor og markedsmodeller holdes opp som retningsgivende for hvordan offentlige institusjoner bør driver og styres (Lian 2007). Økende bruk av prinsipper fra det private markedet kan medføre at velferdsgodene går over til å få en vareaktig karakter, hvor prinsippene om tilbud, etterspørsel, kjøp og salg står sentralt. En slik tendens blir ofte beskrevet med begrepet ”New Public Management”.

Christopher Hood (1991) introduserte dette begrepet for å navngi endringene som har funnet sted innenfor offentlig administrasjon og ledelse. New Public Management (NPM) medførte et skifte i hvordan offentlig sektor er styrt og kontrollert. Ideologien fikk først rotfeste i Storbritannia, før den spredte seg til USA, Australia og New Zealand, deretter videre til Skandinavia tidlig på 1990-tallet (Lane 2002). NPM er influert av elementer fra blant annet spillteori, bedriftsøkonomi, samfunnsøkonomi og juss, og har et sterkt fokus på kostnadseffektiviteten i offentlig sektor. Denne teorien erstatter ikke gamle rammeverk for hvordan offentlig sektor skal styres, men tillegger nye ideer og tilnærminger.

NPM kan først og fremst forstås som en kritikk eller reaksjon (Lian 2007). Offentlig sektor har blitt beskrevet som for stor, lite effektiv, for regelbundet og lite fleksibel.

Intensjonen er at offentlige institusjoner bør bli styrt som om de skulle vært private, profilerte bedrifter, hvor offentlig sektor ”låner” teknikker fra privat sektor. Konkurranseskraft, økonomiske intensiver, effektivitet og mål- og resultatstyring står sentralt innenfor denne ideologien .

NPM blir ofte fremstilt som en handlekurv (shopping basket) av ulike reformelementer, og er derfor svært kompleks (Christensen 2010). Hovedpoengene i NPM er blant annet at det skal være resultatene som skal styre handlingene (Hood 1991). Resultater skal få forrang for byråkratiske regler og prosedyrer, ettersom hovedmålet til offentlig sektor er å tilby varer og tjenester som det offentlige har behov for. Det skal derfor legges vekt på å utarbeide klare målsetninger og resultatkrav. Målene bør helst være i kvantitative termer for å gjøre de etterprøvbare.

Hood (1991) beskriver videre at makten i store og offentlige organisasjoner i størst mulig grad bør desentraliseres. Organisasjonene bør deles opp i mindre og mer styrbare enheter, som skal sikre bedre åpenhet og sterkere kontroll. Enhetene skal stå ansvarlige for sine egne områder, som i sin tur skal skape sterk autonomi, klarere kontrollinjer og ansvarsfølelse. Enhetene bør holde en ”armlengdes” avstand fra hverandre og skilles fra den politiske og strategiske ledelsen (Eliassen & Sitter 2008). Dette skal gjøres ut fra et ønske om å skape en bedre ledelse. Ved å isolere inntekter og utgifter til de enkelte enhetene, skal enhetene oppnå bedre effektivitet. Dette blir ensbetydende med en splittelse mellom kjøper, tilbyder og kontroll, som sammen utgjør det ikke-politiske elementet i offentlig byråkrati.

Privat virksomhet er ofte kjennetegnet av høy grad av konkurranse, som bidrar til utvikling av bedre tjenester/produksjon til en lavere kostnad. Rivalisering er nøkkelen til mer effektiv offentlig tjenesteyting. Derfor kjennetegnes også NPM av et ønske om å bryte opp eller minimere det monopolistiske trekket ved offentlig sektor, og skape elementer av konkurranse mellom offentlige tilbydere av tjenester. Privat sektor bør også få konkurrere på lik linje med det offentlige når det gjelder tilbudet av noen tjenester, mens andre oppgaver kan overlates til det private i sin helhet. Et ønske om økt bruk av anbud og kontrakter står også sentralt. I de delene av offentlig tjenesteyting hvor bruk av åpen konkurranse ikke er gjennomførbart eller hensiktsmessig, er det foreslått å bruke benchmarking (Eliassen & Sitter 2008). Dette

vil si at enheter eller organisasjoner som driver med samme aktivitet eller tjenestetilbud, skal sammenligne prestasjoner og ressursallokering for å kunne lære av de beste i klassen. Informasjonen som genereres gjennom mål- og resultatstyring kan eksempelvis i utstrakt grad benyttes som grunnlag for benchmarking (Opstad 2003). Å sammenligne seg med likeartede virksomheter kan gi nyttig informasjon og en pekepinn på hvordan man selv kan styre virksomheten for å skape bedre måloppnåelse. Dersom benchmarkingen skal være verdifull, er man avhengig av at resultatmålingen er god og nøyaktig.

New Public Management skal også bidra til at offentlige organisasjoner får bedre ressurskontroll. Kostnadskutt, unngåelse av sløsing og effektiv drift står sentralt, hvor hovedmålet er å gjøre ”mer med mindre”. God ressurskontroll forutsetter at ledelsen har reell innflytelse over hvordan organisasjonen drives, og samtidig står personlig ansvarlig for resultatene. For å sikre måloppnåelse har det blitt svært utbredt at ledelsen tar i bruk insentivsystemer som belønner gode resultater (Christensen 2010).

### 3.1.1 To søyler i New Public Management

To sterke søyler beskriver NPM. Den ene grenen består av impulser fra ulike typer nyere institusjonell økonomisk teori, nærmere beskrevet som public choice, transaksjonskostnadsanalyse og prinsippal/agentteorier, på engelsk kalt *New institutional economics*. Den andre grenen springer ut fra organisasjon- og ledelsesteori. Teorien omhandler intern organisering, internkontroll, organisasjon og ledelse, og er kalt *Business type managerialism*. Ønsket er å styre gjennom insentiver, basert på slagordet ”make the manager manage”. *New institutional economics* er markedsorientert. Sentralt står aktørene i markedets sin rett til å velge. Tanken bak er at aktørene i et marked har full informasjon, og at de derfor tar rasjonelle beslutninger. Det er markedskreftene som skal styre valgene som tas. *Business type managerialism* retter seg mer mot intern organisering og ledelse. Denne retningen ønsker å legge til rette for å skille mellom ledelsesoppgaver og den praktiske utførelsen av virksomhetens oppgaver. Målet er å skape større legitimitet og oppslutning blant de ansatte for organisasjonens mål gjennom økt fokus på organisasjonskultur og systemer for rekruttering, belønning, kvalitetssikring og mål-

og resultatstyring. Hierarkisk styringslogikk er bærebjelken, hvor ledelsen skal klare å styre organisasjonen i ønsket retning (Barzelay 2001)

I Norge kommer New Public Management til syne gjennom en beslutningsstil som er mer kjennetegnet av samarbeid enn konfrontasjon. Hensynet til kostnadseffektivitet skal ikke komme på bekostning av respekten for lojalitet, nøytralitet og faglig uavhengighet, men istedenfor være et supplement. I Norge har ledelselementene fått et sterkere rotfeste enn markedselementene fra NPM (Christensen 2010). Det er særlig to elementer fra NPM som har fått mye oppmerksomhet i Norge, nemlig mål- og resultatstyring og organisasjonsstrukturell fristilling. I tillegg har konkurranseutsetning fått økt aksept i det norske samfunnet.

### **3.1.2 Post New Public Management**

NPM ble modernisert på slutten av 1990-tallet. Denne reformen ble først introdusert i Storbritannia da Blair kom til makten i 1997. I Storbritannia fikk reformen navnet ”Joined-up-Government” (Christensen 2010). Den nye reformbølgen la større vekt på sentral styring og samordning, da politikere i ulike land hadde ytret at de hadde mistet politisk styring og kontroll. Det ble også hevdet at NPM ikke hadde klart å leve opp til lovdene om økt kostnadseffektivitet. Det ble blant annet uttrykt bekymring for hvorvidt fokuset på kostnadseffektivitet gikk ut over kvaliteten på offentlige tjenester. Post NPM skiller seg ut fra NPM blant annet gjennom et ønske om å sentralisere og koordinere det offentlige apparatet, blant annet gjennom strukturelle reorganiseringer, økt kontroll og sammenslåing av offentlige organisasjoner. Dette viste seg blant annet i Norge da staten overtok eierskapet over sykehusene. Opprettelsen av regionale helseforetak med tilhørende delegering av beslutningsmyndighet fra staten til regionale og lokale helseforetak, er sterke post NPM trekk (Vanebo & Busch 2001).

### **3.2 Interne markeder**

Interne markeder står sterkt innenfor New Public Management og bygger på begge søylene som NPM deles opp i. Ved å etablere interne markeder forsøkes det å etableres en markedsituasjon, med det formål å gi de samme fordelene som et ordinært marked. Bestiller-utførermodellen (BU-modellen) er sentral i etableringen av interne markeder. Modellen representerer en overgang fra hierarkisk styring til

kontraktstyring. Styringen skal ivaretas gjennom forhandlinger mellom en bestiller og en utfører, slik at målene og resultatene for tjenesteproduksjonen synliggjøres. Dette er også en form for mål-og resultatstyring.

De interne markedene karakteriseres som kvasimarkeder og er et forsøk på å etterligne reelle markeder. Kvasimarkeder er en mellomting mellom det frie markedet og offentlige regulerte markeder. Walsh, (sitert i Vanebo og Busch, 2001, s. 15), hevder at interne markeder er kjennetegnet av tre prinsipper:

- Det skal være et klart og separert skille mellom bestiller og utfører
- Interne kontrakter regulerer forholdet mellom rollene
- Det etableres et prissettingsystem som støttes av tilpassede regnskapssystemer

Prinsippene bygger på at utføreren starter hvert regnskapsår uten finansiering. For å kunne finansiere sine kostnader, må utføreren selge tjenester for å dekke opp kostnadene. Hovedmotivet for dette er å skape klarere ansvarsforhold, sikre bedre serviceledelse og bedre produktivitet. Markedene skal implementeres med det formål å redusere problemene knyttet til opportuniste, budsjettmaksimering og slakkmaksimering. Da staten overtok eierskap og styringen over landets sykehus i 2002, gikk politikerne ut av den direkte styrende posisjonen av sykehusdriften. Parallelt skjedde det en overgang til kontraktstyring av helseforetakene, delvis basert på bestiller-utførerlogikk (Busch et al. 2011).

### **3.2.1 Bestillerfunksjonen**

Bestillerenhetens kompetanse er avgjørende for dens evne til å realisere intensjonene med modellen. Det er fire kompetanseområder som peker seg ut som grunnleggende for å inneha en bestillerfunksjon. Kompetanse knyttet til; behovskartlegging, kontraktforhandlinger, styring og tjenesteproduksjon. Manglende kunnskap på ett av disse områdene vil kunne medføre at bestilleren får problemer med å ivareta sine oppgaver på en god måte.

Det bør etableres et informasjons- og styringssystem som omfatter behovsanalyse, kvalitetssikring og økonomistyring av utførerenheten. Et slikt arbeid vil by på

utfordringer da det blant annet er vanskelig å måle resultatene og samtidig implementere hensiktsmessige kvalitetssikringssystemer. En av årsakene er at tjenestene som ytes i offentlig sektor er svært komplekse av natur. BU-modellen skaper også et større informasjonsbehov. Dette på grunn av at kontraktstyring krever sterkere kontroll for å fungere, ettersom bestilleren må kunne ha mulighet til å avdekke grad av kontraktoppfyllelse. Et annen utfordring er at bestilleren kan få problemer med å måle effektivitetsendringer og samtidig isolere årsaken til endringene. Det kan eksempelvis være vanskelig å skille mellom endringer som har sitt utspring i bedre produktivitet i organisasjonen versus endringer som skyldes en bedre sammensetning av tjenestene. Organiseringen av bestillerfunksjonen kan også by på utfordringer. Hvorvidt den skal være sentralisert eller desentralisert, og hvor stor avstand det skal være mellom bestiller og utfører, er sentrale dilemmaer (Busch et al. 2011).

### 3.2.2 Utførerfunksjonen

Kontraktstyringen vil sette klare rammer for utførerens handlingsrom. I prinsippet skal kontraktstyringen fungere som en form for mål- og resultatstyring. Utfører gjøres ansvarlig for å dokumentere resultatene. Av den grunn bør friheten til å velge hvordan egen drift skal organiseres stå sterkt. I den forbindelse vil produksjonsvolumet være et kritisk punkt. Et sentralt spørsmål er om utføreren skal styres gjennom kontraktene slik at økt volum automatisk finansieres, eller om budsjettbeskrankninger bør legges inn i kontrakten. Ved førstnevnte er det en reell risiko for at det offentlige mister kontrollen over det totale kostnadsnivået dersom etterspørselen i utgangspunktet er høy.

Den hierarkiske styringen vil fortsatt være til stede, ettersom det i mange offentlige virksomheter vil være vanskelig å måle resultatene. Et resultat av kontraktstyringen kan da bli at det blir lagt stor vekt på kvalitetssikring og kontroll av oppgaveutførelsen. Dette kan skape et dilemma, ettersom mange offentlige virksomheter er svært profesjonsorienterte. Hvem har best kompetanse vedrørende jobben utfører gjør? Utfører eller bestiller? I forhold til fleksibilitet blir det også et spørsmål i forhold til hvor stort handlingsrom utføreren skal ha. Dette skaper et spenningsforhold mellom utfører og bestiller.

Som et generelt utgangspunkt skal bestilleren avklare behovet for tjenester med utføreren. Ofte vil utføreren ha et sterkere forhold til brukerne av de offentlige tjenestene enn de har med bestilleren. Resultatet kan bli uklarhet i rollene, når flere instanser skal være med på å avdekke hva som er det reelle behovet. Spørsmålet blir hvem som har best innsikt i behovet og etterspørselen i markedet. Utføreren får innsikt gjennom sitt daglige arbeid. Bestilleren får innsikt gjennom systematiske analyser, og den politiske ledelsen gjennom en ombudsrolle. Bestilleren vil legge føringene for valg av ønsket aktivitetsnivå gjennom sin omgang med den politiske ledelsen. Ettersom utføreren tar beslutningene i sitt daglige virke, vil han kunne påvirke den interne fordelingen mellom ulike aktivitetsområder.

### 3.3 Mål- og resultatstyring i statlige virksomheter

*"Mål- og resultatstyring er å sette mål for hva virksomheten skal oppnå, å måle resultater og sammenligne dem med målene, og bruke denne informasjonen til styring, kontroll og læring for å utvikle og forbedre virksomheten" (Senter for statlig økonomistyring 2010, s. 9)*

Styring ved hjelp av mål og resultater har vært en sentral forvaltningspolitisk teknikk fra og med Brundtland-regjeringens fornyelsesprogram på 1980-tallet. I 1987 ble det slått fast at alle statlige virksomheter skulle ha en årlig virksomhetsplan basert på mål- og resultatstyring (Christensen 2010). Denne teknikken bygger på fire hovedkomponenter:

- Fastsette mål og resultatkrav
- Resultatoppfølging og rapportering
- Sikre tilstrekkelig styringsinformasjon
- Tilpasse styringen til virksomhetens egenart

At staten ønsker bedre resultatmålinger av offentlige virksomheter har flere årsaker. For det første skal det hjelpe til med å fordele budsjettmidlene mest mulig hensiktsmessig, ettersom kampen om knappe ressurser stadig tilspisser seg. Ulike resultatindikatorer gir staten et kriterium for å fordele pengesekken med det formål å oppnå god ressursutnyttelse. Ut fra markedstankegangen har man fått erfare at dersom



markedet fungerer i tråd med intensjonene, vil lønnsomheten og resultatene være avhengig av hvor dyktige bedriftene er til å nå sine målsettinger og realisere sine strategier (Opstad 2003).

Mål- og resultatstyring i offentlige virksomheter står i et motsetningsforhold mellom økt autonomi og økte kontrollmekanismer. På den ene siden skal mål- og resultatstyring stimulere til økt autonomi og frihet for virksomhetene til å disponere egne midler slik de finner mest hensiktsmessig. Samtidig skal de settes under et mer rigid og detaljert resultatrapporteringssystem. Dette medfører at både insentiv- og kontraktstankegangen får en sterkere forankring i offentlig virksomhetsstyring (Christensen 2010).

Statlige virksomheter er kjennetegnet av å være svært komplekse, og det er mange utfordringer knyttet til å måle resultatene som oppnås. Ettersom resultatene ofte ikke kan måles i økonomiske termer, er resultatmåling spesielt viktig i statlige virksomheter. Mål- og resultatstyring skal være forankret i ledelsen. Senter for statlig økonomistyring (2010) anbefaler at mål- og resultatstyring skal foregå gjennom fire steg. *I steg en* skal virksomhetene definere og utarbeide de overordnede mål og strategier. Målene skal handle om hva virksomheten skal resultere i for brukerne, eierne eller samfunnet (eksterne mål), eventuelt også for organisasjonen selv og dens medarbeidere (interne mål). Hovedmålene skal begrunne oppgavene som skal gjennomføres og være en rettesnor for hvordan ressursene fordeles. Det skal videre formuleres en klar strategi. Strategien skal vise hvilke endringer som skal prioriteres de nærmeste årene for at virksomheten skal nå sine overordnede mål. Ved fastsettelse av strategi anbefales det at virksomheten stiller seg følgende spørsmål: Hvor er vi nå? Hvor skal vi? Hvordan kommer vi dit? Med hvilke ressurser skal vi komme dit?

*I fase to* skal styringsparametere utarbeides. En styringsparameter beskriver direkte eller indirekte i hvilken grad virksomheten når sine mål, og for hver styringsparameter må det velges en målemetode. Ettersom overordnede mål er generelt formulert og dekker et bredt spekter, vil hver enkelt styringsparameter kun dekke en brøkdel av det overordnede målet. Det anbefales derfor at det utarbeides kritiske suksessfaktorer, som betegner forhold som er avgjørende for at måles nås. Hver enkelt kritisk suksessfaktor bør følges opp av et eller flere styringsparametere. Det er fem

hovedgrupper av styringsparametere; kroner/volum, produktivitet, kvalitet, effekter og effektivitet. Volum gir informasjon om arbeidsbelastning og aktivitetsnivå. Målt alene gir det dog lite informasjon om hva virksomheten faktisk har utrettet, og må derfor sees i sammenheng med de øvrige parameterne. Det trekkes frem at fokuset på kvalitet og produktivitet må sees i sammenheng. Dette for å forhindre at et overdrevet fokus på produktivitet får uønskede konsekvenser for kvaliteten. Kvaliteten uttrykker nytteeffekten ved produksjonen, mens produktiviteten viser produsert mengde per innsatsfaktor. Effekter uttrykker endringer hos brukere eller i samfunnet som følge av virksomhetens aktiviteter og tjenester som er gitt. Effektiviteten viser forholdet mellom de oppnådde effektene per krone brukt. Det legges spesielt vekt på at valg av styringsparametere skal tilpasses virksomhetens egenart og risiko. I bakhodet bør man ha en nytte-kostnadstankegang, hvor nytten alltid bør vurderes i lys av kostnadene de genererer (Senter for statlig økonomistyring 2010).

*I fase tre* skal de fem styringsparameterne vurderes og måles. Senter for økonomistyring retter spesielt fokus mot måling av kvalitet. Årsaken er at det for offentlige tjenester ikke eksisterer et marked der kundene gjennom sin etterspørsel kan fortelle bedriften hvorvidt tjenestene eller produktene tilfredsstillir deres krav. Kvaliteten retter seg mot nyttesiden i virksomheten. Begrepet kvalitet har både en "produksjonsorientert" og et "opplevd" innhold (Senter for statlig økonomistyring 2010). Produksjonsorientert kvalitet omhandler egenskaper som kan registreres, telles og måles, uten å ta brukernes vurdering i betraktning. På den annen side vil opplevd kvalitet rettes mot brukernes subjektive vurdering av kvaliteten på tjenestene som mottas .

I den siste fasen, *fase fire*, står læring og forbedring i fokus. For at virksomheten skal kunne synliggjøre og kontrollere resultatene, og samtidig kunne iverksette forbedringstiltak, må resultatene drøftes og formidles internt i virksomheten. Prosesser som sikrer bred deltagelse fra ansatte, øker muligheten for at dette arbeidet bidrar til at virksomheten kan etablere tiltak for endring.

### 3.4 Mål som styringsverktøy

*"Mål er en beskrivelse av en ønsket fremtidig tilstand"* (Jacobsen & Thorsvik 2013, s. 37)

Det utarbeides ofte et målhierarki. På toppen troner det vi forstår som bedriftens formål eller eksistensgrunnlag. Motivet for eksistensgrunnlaget er å definere årsaken til at organisasjonen faktisk er til. Målet antyder ofte den samfunnsmessige funksjonen organisasjonen er satt til å oppfylle. Et sykehus er eksempelvis til for å gi befolkningen nødvendige og gode helsetjenester. Ut av eksistensgrunnlaget springer organisasjonens visjon. Visjonen skal gi et bilde av organisasjonens fremtidige ønsketilstand og er relativt uspesifisert (Jacobsen & Thorsvik 2013). Oslo Universitetssykehus HF sin visjon er eksempelvis: "Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling". For at visjonene ikke bare skal bli ønsketenkning, utledes videre konkrete mål som bedriften streber etter å realisere. Denne konkretiseringen deles opp to nivåer; hovedmål og delmål. Til sammen utgjør målhierarkiet en kjede av sammenhenger mellom mål og midler. Et mål på et lavt nivå blir et middel til å realisere et mål på et høyere mål i hierarkiet.

Hvilke mål som skal utarbeides er ofte kritisk for hvorvidt de skal kunne fungere som styringsverktøy i bedriften. Målene som utarbeides skal presisere og konkretisere bedriftens visjon. De skal være så konkrete at de kan brukes som utgangspunkt som reell evaluering av ulike strategiske beslutningsalternativer. Hovedmålene og delmålene bør derfor være essensielle, kontrollerbare, forståelige, etterprøvbare, operasjonelle, dekomponerbare, ikke-overlappende, konsise og fullstendige (Opstad 2003). Locke (1981) legger vekt på at målene bør være utfordrende, men oppnåelige. Dette vil medføre at de ansatte opplever målene som realiserbare, samtidig som de har noe å strekke seg etter. Målene bør videre aksepteres av de ansatte, og noen ganger bør de få være med å utforme målene selv. Dersom målene ikke aksepteres, vil de ansatte ikke kunne kjenne seg igjen i målene og akseptere at de er viktige for organisasjonens verdiskapning. Det trekkes også frem at tilbakemelding på måloppnåelsen er viktig for at de ansatte skal kunne motiveres til å jobbe videre mot målene.

I følge Locke og Latham (1990) er det i all hovedsak fire mekanismer ved målene som kan bidra til å påvirke prestasjonene på en arbeidsplass. De gir *retning* for både oppmerksomheten og handlingene. De forteller de ansatte hva de skal gjøre. De mobiliserer videre *innsatsen* i riktig retning. Individenes *utholdenhet* vil også styrkes ved at de vil være villige til å strekke seg langt for å realisere resultatene. Til slutt motiverer målene den enkelte ansatt til å utvikle hensiktsmessige *handlingsplaner eller ytelsesstrategier*. Den sistnevnte mekanismen vil være spesielt viktig ved komplekse oppgaver, slik som vi finner i helsevesenet.

### 3.4.1 Subjektive og objektive resultatmål

Ved fastsettelsen av mål bør man i henhold til Colbjørnsen, Bragelien et. al (2000) ta både subjektive og objektive resultatmål i betraktning. Begge resultatmålene har klare positive og negative effekter ved seg, hvilket i mange tilfeller kan tale for å kombinere dem. Objektive resultatmål vil som oftest være kvantifiserbare og oppgitt i tallfestede størrelser, hvilket gir klare kriterier om hvorvidt målene holdes. På denne måten vil de objektive målene være enkle å forstå og gi de ansatte klare signaler rundt deres handlinger og beslutninger i arbeidet. Faren ved å måle resultatene objektivt vil være at det kan oppstå vridningseffekter på grunnlag av at det kan være vanskelig å kvantifisere alle relevante målelementer. Disse vridningseffektene kan eksempelvis oppstå dersom de ansatte blir mest opptatt av å skape gode resultater innenfor de aktivitetene hvor de blir målt, og som en konsekvens av dette nedprioriterer eller ignorerer andre aktiviteter.

Subjektive resultatmål vil rette seg mot overordnede skjønnsmessige vurderinger av hvorvidt resultatmålene er oppnådd. De subjektive kriteriene kan videre bidra til å forebygge vridningseffekter fra de objektive resultatmålene ved at de tar hensyn til ikke-kvantifiserbare forhold. Ved fare for vridningseffekter kan det derfor være hensiktsmessig å supplere de objektive resultatmålene med subjektive kriterier. Ulempen ved subjektive resultatmål er at de kan fremstå som utydelige og uforutsigbare, og derfor kan være vanskelige å forholde seg til for de ansatte. Dette kan igjen føre til at de motiveres til å innynne seg hos ledere eller opptre uproduktivt (Colbjørnsen et al. 2000).

### 3.4.2 Målkonflikter

En målkonflikt er ensbetydende med at det er konflikt mellom ulike målsetninger. Det er ulike årsaker til at dette kan skje. Ulike mennesker eller grupper kan ha ulike oppfatninger av hvilke mål som er de viktigste, eller hvordan man skal arbeide for å oppnå målene. I noen virksomheter kan det være mektige og avgjørende personer eller grupper som vil klare å tvinge gjennom sine egne målsetninger. I motsatt tilfelle, hvor maktforholdet er likt fordelt, må organisasjonen være i stand til å håndtere målkonfliktene. Å takle målkonflikter kan gjøres på to ulike måter. Ledelsen kan ta hensyn til flere gruppers mål samtidig, og gjøre kompromisser. Den andre muligheten er å holde seg sekvensielt til mål. På et tidspunkt tilfredsstille den ene gruppens målsetninger, og i neste periode vil den andre gruppen få gjennomslag. I følge Jacobsen og Thorsvik (2013) vil offentlige organisasjoner i høyere grad enn private måtte forholde seg til ulike og motstridende hensyn ved utforming av mål. De skal eksempelvis både drive kostnadseffektivt, og samtidig leve opp til demokratiske idealer slik som lik rett til behandling ved sykdom.

### 3.4.3 Målforskyvning

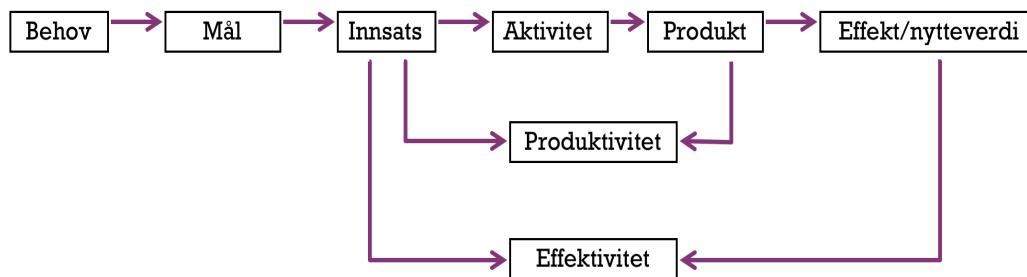
Forskning viser at det ikke er uvanlig at ansatte jobber mot mål som helt eller delvis ikke er i overensstemmelse med organisasjonens virkelige mål. Resultatet av en slik atferd er at organisasjonens egentlige mål blir skjøvet til side, til fordel for andre mål og fokusområder. Dette betegnes som målforskyvning (Jacobsen & Thorsvik 2013).

En av årsakene til at målforskyvning kan forekomme er suboptimalisering internt i bedriften. De ansatte jobber mot hva de anser som sitt eget beste, istedenfor mot hva som er det beste for hele organisasjonen. De ansatte vil utnytte sin posisjon i organisasjonen for å maksimere sin egen vinning, eksempelvis bedre arbeidsforhold eller høyere lønn. Faktorer som kan stimulere til suboptimalisering er sterke spesialiseringer eller klare arbeidsdelinger blant de ansatte, hvor personene fokuserer sterkt på delmål med tilhørende målforskyvning. De ansatte, eller gruppen av ansatte, vil fokusere så sterkt på sitt eget avgrensede fagfelt eller spesialisering, at de vil glemme eller miste motivasjonen til å jobbe mot organisasjonens overordnede mål.

For klare retningslinjer og regler for arbeidsoppgavene kan også bidra til målforskyvning, ved at det utvikler seg en overdreven regelfokusering på arbeidsplassen (Jacobsen & Thorsvik 2013). Overdreven regelfokus betyr at de ansatte blir nærmest besatt av å følge regler og retningslinjer korrekt, at det for den enkelte kan bli et mål i seg selv å tolke regler og retningslinjer så nøyaktig som mulig. Det kan bli viktigere å tolke reglene riktig enn å benytte dem slik intensjonen i utgangspunktet var. Problemet oppstår når reglene ikke er egnet til å løse problemet personene står overfor. I enkelte tilfeller vil det oppstå situasjoner hvor en beslutning er verken riktig eller gal, ettersom det er vanskelig å definere den riktige løsningen på problemet. Å benytte reglene rigid bidrar til at de ansatte opparbeider seg en sikkerhetsventil. Dersom en upopulær beslutning tas som får konsekvenser i fremtiden, kan personen dekke seg bak - "jeg fulgte i alle fall reglene".

Mye av det organisasjoner driver med kan være uklart og derfor vanskelige å måle objektivt. I disse tilfellene kan det være fristende å måle kun de indikatorene som lett lar seg måle, til tross for at disse målene i realiteten ikke er de viktigste. Da kan problemet med overmåling oppstå (Jacobsen & Thorsvik 2013). "Du får det du måler" er et kjent ordtak, og beskriver fenomenet med overmåling. Dersom et menneske vet hvordan arbeidet deres vil bli evaluert og målt, vil fokuset rette seg mot disse områdene ettersom mennesker har en trang til å vise til gode resultater. Kvantitative mål er ofte lettere å evaluere og kontrollere, ettersom de er konkrete og begrensede. Man måles eksempelvis på hvor mange produkter man har solgt eller hvor mange som har fullført eksamen. Kvantitative mål har stor gjennomslagskraft ettersom de er lette å forstå og formidle. I tillegg har det, i følge Jacobsen og Thorsvik (2013), vært et press i enkelte organisasjoner for å prioritere de kvantitative indikatorene på måloppnåelse. I en slik situasjon kan verst tenkelig utfall bli at fokuset på de kvantitative indikatorene kan motarbeide hovedmålet til organisasjonen. Hvis eksempelvis en organisasjon blir målt utelukkende ut fra hvor mange produkter de produserer, så er det en fare for at organisasjonen vil rette oppmerksomheten kun mot dette, og sette andre mål i skyggen. Resultatet kan bli overproduksjon av godet.

### 3.4.4 Produktivitet og effektivitet



Figur 3.1 Effektmodellen

Kilde: (Opstad 2003, s. 137)

Når resultatene skal måles, er det viktig å ha i bakhodet at det ikke bare er den enkeltes innsats som virker inn på resultatet. Det kan være mange andre faktorer som vi ikke har direkte kontroll over, men som kan være med å påvirke. Dersom man ikke kan måle de underliggende faktorene, blir det utfordrende å stadfeste hva effekten ble av de tiltakene som ble implementert. Til tross for gode resultatmål, kan ikke disse settes direkte i sammenheng med at bedriften valgte de rette løsningene. Målene er en konkretisering av de målsettingene man ønsker å oppnå. Innsatsen viser derimot ressursbruken. Dette kan være hvor mye arbeidskraft som trengs for en gitt pasientbehandling, og hvordan dette fordeles mellom ulike yrkesgrupper. Ser vi videre på aktiviteten, er dette handlingen eller prosessen. Hva er det virkelig virksomheten gjør? I sykehussektoren vil dette være sosial kontakt med pasienten, pleie, operasjoner og lignende. Produktet er selve resultatene av de handlingene som er utført. I markedsøkonomien er dette relativt entydig bestemt, men innenfor offentlig tjenesteyting vil det ikke være fullt så klart. Innenfor helsesektoren kan et produkt eksempelvis være en pasient, et liggedøgn eller et DRG-poeng.

Til slutt har vi effektene. Ettersom produktet ikke er et mål i seg selv, ønsker vi å se på den måloppnåelsen eller nytten vi har skapt. Dette kan eksempelvis være hvor mye friskere pasienten ble etter en behandling.

$$\text{Produktivitet} = \frac{\text{Produksjon}}{\text{Ressursinnsats}}$$

$$\text{Effektivitet} = \frac{\text{Verdien av produksjon}}{\text{Ressursinnsats}}$$

Til tross for at vi ofte har et mål om å måle effektiviteten, så er det vanlig at det faktisk er produktiviteten som blir målt. Opstad (2003) hevder det ikke er en entydig sammenheng mellom produktivitet og effektivitet. Effektivitet vil si graden av måloppnåelse. Det vi ønsker å måle er om riktig tjeneste er gitt til riktig bruker, i riktig mengde, til riktig tidspunkt, og til lavest mulig kostnad (Opstad 2003). Dersom en sykehusavdeling har mange prioriterte pasienter som krever mye ressurser, vil høy effektivitet medføre behandling av få pasienter. Produktiviteten derimot, blir lav, på grunn av at produksjonsmengden blir målt i antall pasienter. I motsatt tilfelle vil sykehuset generere høy produktivitet hvis man bruker mesteparten av ressursene på å behandle de mindre ressurskrevende pasientene. Ettersom det ikke er disse pasientene som trenger det mest, og som dermed vil oppnå størst helsegevinst, vil effektiviteten være lav. Høy produktivitet og høy effektivitet er ensbetydende med at de riktige pasientene blir prioritert, og at man samtidig har god ressursutnyttelse (Opstad 2003).

Produktivitet kan måles på ulike måter, og det er mange faktorer som spiller inn på produktiviteten. Produktivitet er som oftest avhengig av produksjonsmengde og kapasitet. Enkelte ganger kan gjennomsnittskostnadene gå ned med størrelsen. I andre tilfeller kan mindre enheter komme bedre ut. Produktivitet sier ingenting om nytteverdien av det som måles (Opstad 2003). Det skilles ikke mellom nyttige og unyttige tjenester, eller nødvendige og unødvendige konsultasjoner på et sykehus. Produktivitetsmål har sine klare svakheter, noe som hovedsakelig skyldes mangel på gode og kvantifiserbare resultatmål for enkeltenheter. Allikevel har produktivitetsmålene i dag kommet lenger enn utviklingen av gode effektivitetsmål.

Det skilles mellom to ulike former for effektivitet, effektivitet som refererer til mål (effectiveness) og effektivitet (efficiency) som knytter seg til midler. Den førstnevnte er knyttet til grad av måloppnåelse. Politisk sett kan dette være et spørsmål om det er samsvar mellom preferanser og behov på en side, og vedtak og tjenesteproduksjon på den andre siden. Det dreier seg om hvorvidt foretakene oppnår de målene de har satt seg. Effektivitet knyttet til midler er av virksomhetsøkonomisk karakter. Dette knytter seg til måten de ulike målene nås på, og om ønskede tjenester produseres på en mest mulig kostnadseffektiv måte (Christensen 2010).



### 3.5 Prinsipal-agentteori

*“A contract under which one or more persons (the principals) engage another person (the agent) to perform some service on their behalf which involves delegating some decision making authority to the agent” (Jensen & Meckling 1976, s. 308).*

Denne teorien kan gi innsikt og forståelse for styringsproblemer innenfor offentlig sektor. Vi kaller eieren for prinsipal og de ansatte for agent, og prinsipalen har engasjert agenten for å få en jobb gjort (Hoff & Bragelien 2009). Hovedlinjene i teorien er at det inngås en kontrakt mellom prinsipal og agent, eksempelvis mellom et regionalt helseforetak og et helseforetak. Arbeidsoppgavene blir delegert fra prinsipalen til agenten. Agenten utfører oppgavene og handler på vegne av prinsipalen og skal ivareta prinsipalens interesser. Prinsipalen innehar som oftest en lederposisjon og har ansvar for at forutbestemte mål blir nådd. Lederen utformer kjøreregler for sine underordnede, som skal sikre god ressursutnyttelse og høy grad av måloppnåelse. Uten agentens hjelp vil imidlertid ikke prinsipalens mål bli realisert, og agenten blir derfor prinsipalens redskap (Hoff & Bragelien 2009). Problemer kan oppstå når agenten nødvendigvis ikke handler i henhold til prinsipalens ønsker, noe som er rimelig å anta hvis begge partene handler nyttemaksimerende i sin atferd (Jensen 2008).

I følge Busch et al (2011) er det tre hovedårsaker til at prinsipal-agentrelasjoner kan skape problemer, henholdsvis *ulike mål*, *asymmetrisk informasjon* og *ulik risikoaversjon*. *Ulike mål* kan oppstå fordi prinsipalen har et mer overordnet ansvar, og fokuserer derfor på de overordnede målene og på en helhetlig vurdering. Agenten, på sin side, har mer kontakt med brukergruppene og vil i mange tilfeller fokusere mer på deres behov og mål. Prinsipalen og agenten vil ofte ha ulik oppfatning om hva behovene er, hvordan situasjonen er, og hva som trengs av tiltak for å dekke behovene. Begge parter har egeninteresse (Opstad 2003). Agenten er opptatt av å realisere sine egne personlige interesser. Et eksempel på dette er en lege som ønsker å ha fokus på kvalitet i pasientbehandlingen, mens det regionale helseforetaket har hovedfokus på det økonomiske aspektet. Innenfor agentteori tas det en forutsetning om at individene er nyttemaksimerende i sin atferd (Busch et al. 2011). Dette kan medføre at agenten velger å opptre opportunistisk, hvor egne mål får forrang for virksomhetens mål. Slik atferd kan videre medføre suboptimalisering internt i

organisasjonen. De ansatte tenker mer på hva som gagnar dem selv og egen avdeling, på bekostning av virksomhetens totale verdiskapning (Hoff & Bragelien 2009).

*Asymmetrisk informasjon* betyr at agenten besitter informasjon som ikke deles med prinsipalen, og dette skaper problemer for prinsipal-agentforholdet. Asymmetrisk informasjon oppstår fordi prinsipalen og agenten har ansvar for forskjellige oppgaver. Gjennom ulik kontakt med interessegruppene som mottar tjenestene, vil de derfor tilegne seg forskjellig informasjon. Årsaken til at informasjonen ikke deles kan være at agenten ikke ønsker å vise overfor prinsipalen at beslutningene og valgene som tas ikke er i tråd med prinsipalens interesser (Hoff & Bragelien 2009). Eksempler på asymmetrisk informasjon kan være at en sykehusavdeling senker kvaliteten på tilbud uten å informere staten, eller at det rapporteres feilaktig om tyngre pasienter for å få økt tilskudd av ressurser til avdelingen.

Asymmetrisk informasjon kan bli et problem for prinsipalen ettersom skjulte handlinger, skjult informasjon og moralsk hasard medfører at prinsipalens mål ikke nås. Moralsk hasard er et problem som kan oppstå når en eller flere parter, en prinsipal og en agent, inngår en avtale eller kontrakt. Problemet oppstår når agenten velger å opptre i strid med kontrakten og til fordel for egen vinning, på bekostning av prinsipalens mål og ønsker. Dette problemet kan oppstå fordi prinsipalen kun observerer resultatet, men ikke kjenner til innsatsen fra agentens side. Det er ikke alltid slik at resultatene som prinsipalen kan observere er en god indikator på agentens innsats for å skape resultatene. Agenten har sine egne interesser å ivareta, og han vil sette disse foran prinsipalens. Kontraktens utforming er av betydning. Agenten vil utnytte betingelsene som ligger i kontrakten til egen fordel. For å redusere faren for moralsk hasard må prinsipalen ta dette til etterretning når kontrakten utarbeides (Opstad 2003).

Den tredje årsaken til problemer knyttet til agentrelasjoner er at partene har *ulik risikoaversjon*. Til tross for fraværende målkonflikter, kan agenten velge å ta en mye høyere risiko enn hva prinsipalen ønsker (Opstad 2003). Et eksempel på dette er at en avdeling ved et sykehus kan velge å bryte reglene for å gi pasientene en behandling de mener er nødvendig, til tross for at det er i strid med statens mål.

### 3.5.1 Agentkostnader

Ettersom prinsipalen mangler informasjon om hva agenten foretar seg, vil det oppstå agentkostnader. Dersom agenten utfører en jobb i strid med prinsipalens ønsker oppstår avvikskostnader, residual loss, fordi agenten handler på en annen måte enn hva prinsipalen ville gjort i samme situasjon og med samme informasjonsgrunnlag. Kostnadene kommer til uttrykk gjennom en lavere form for måloppnåelse (Jensen & Meckling 1976). Dersom avvikskostnadene blir store, vil det oppstå et behov for å redusere kostnadene til et akseptabelt nivå. Slike kostnader kalles systemkostnader, og er kostnader prinsipalen pådrar seg for å redusere avvikskostnadene. Ved styring av et foretak blir det en avveining mellom et ønske om å senke avvikskostnadene og kostnadene et slikt tiltak medfører. En tommelfingerregel er at styringen og kontrollen bør økes inntil marginale systemkostnader er lik marginale avvikskostnader. Summen av prinsipalens avvikskostnader og systemkostnader er prinsipalens total kostnader, og målet er at total kostnadene skal være så lave som mulig (Opstad 2003).

Det oppstår også kostnader for agenten fordi agenten blir pålagt å bruke både tid og ressurser på å bevise for prinsipal at han handler i tråd med prinsipalens ønsker. De totale agentkostnadene er derfor en sum av avvikskostnader, systemkostnader og agentens egne kostnader (Jensen 2008). For å kunne redusere agentkostnadene blir ofte insentivkontrakter tatt i bruk. I praksis er det veldig vanskelig å estimere og beregne total kostnadene. Økt kontroll og styring har sin pris, men prisen bør alltid måles opp mot effekten den har på den totale måloppnåelsen. Full kontroll kan bare oppnås til en tilsvarende skyhøy pris.

### 3.6 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 atferden påvirkes av belønningen” (Hoff & Bragelien 2009, s. 428).*

Insentiver er et middel for å motivere til måloppnåelse, og baseres på en forståelse av hvordan individer tar rasjonelle beslutninger. Det er vanlig å anta at dersom en handling gir høyere nytte enn en annen handling, vil handlingen som gir høyest nytte

velges. Basert på en slik tankegang kan derfor intensiver brukes til å påvirke individers handlinger slik bedriften finner mest hensiktsmessig. Resultatavhengig belønning betyr at hele eller deler av den økonomiske belønningen gjøres avhengig av hvilke resultater de ansatte og/eller bedriften frembringer (Colbjørnsen et al. 2000). I denne oppgaven er ikke den økonomiske belønningen knyttet direkte til den enkelte ansattes lønn, men som en økonomisk belønning til det enkelte regionale helseforetak, sykehus eller sykehusavdeling.

Det benyttes både økonomiske og ikke-økonomiske insentivordninger. Økonomiske insentiver er resultatavhengige belønninger hvor verdien kan måles i penger. Ros for godt arbeid eller tildeling av lederansvar er eksempler på ikke-økonomiske insentiver og er ikke direkte knyttet til en pengeutbetaling. I denne oppgaven vil vi konsentrere oss hovedsakelig om de økonomiske insentivene. Bruken av begge insentivordningene vil virke sammen og påvirke hva som faktisk blir gjort i virksomheten og hvilke resultater som oppnås (Hoff & Bragelien 2009). For at insentivene skal fungere som tiltenkt, må de være i tråd med de øvrige styringssystemene i virksomheten. Hvis ikke er det en fare for at de kan være med på å ødelegge gode bedriftskulturer som baserer seg ansvarsfølelse og tillitt. Dersom insentivene brukes korrekt, kan de stimulere til utvikling av gode normer og verdier på arbeidsplassen. Insentivene kan brukes til å skape endringsprosesser. De ansatte motiveres til å skape forandring og forbedring, og fremstår med en nyskapende holdning. Insentivene påvirker de ansatte til å identifisere seg med bedriftens mål og jobbe mot hva som vil gagne bedriften best mulig (Lazear & Gibbs 2009).

Vi kan skille mellom indre og ytre motivasjon i forbindelse med bruk av insentivordninger. Dersom en person er drevet av ytre motivasjon er det ikke selve jobbutførelsen som motiverer personen, men kun et ønske om en ytre belønning. Dette er ofte direkte knyttet til en pengebelønning. En person som er indre motivert derimot, jobber systematisk med sine arbeidsoppgaver basert på egne verdier og selvtilfredsstillelse (Hoff & Bragelien 2009). Tradisjonelt ser vi disse to i sammenheng med hverandre. Tidligere antok man at dersom den indre eller ytre motivasjonen styrkes, vil samlet motivasjon øke. I den senere tid har man derimot beveget seg mot enn annen konklusjon. Dersom den ytre motivasjonen blir for sterk,

vil den undergrave den indre motivasjonen, og total motivasjon kan bli lavere (Hoff & Bragelien 2009).

*"Incentives are the heart of effective economics, as well as effective organizations"*  
(Lazear & Gibbs 2009, s.262).

Insentiver medfører, slik Lazear og Gibbs initierer, at virksomhetene blir med effektive. Belønningssystemet motiverer de ansatte, noe som resulterer i økt produktivitet. Videre påvirker insentivene beslutningene, og oppmuntrer de ansatte til å jobbe riktigere og med de riktige tingene (Colbjørnsen et al. 2000). Lazear (2000) viser i en artikkel til en undersøkelse hvor resultatene indikerte en positiv sammenheng mellom produktivitet og bruken av insentiver. Etter innføring av akkordlønn i en industribedrift, økte produktiviteten med 44 %, hvorav 22 % av økningen kunne knyttes direkte til bruken av insentiver.

Insentivordninger bør innføres med forsiktighet. I noen tilfeller vil også bruk av insentiver føre til at de ansatte handler i strid med arbeidsgiverens mål. En stor risiko knyttet til bruk av insentiver er det vi forstår som dysfunksjonell atferd. En slik atferd kan oppstå fordi en insentivkontrakt ikke har mulighet til å ta i betraktning alle arbeidsoppgavene og aktivitetene de ansatte er satt til å gjøre. Dysfunksjonell atferd betyr at de ansatte bare gjennomfører de arbeidsoppgavene som belønnes og ser bort fra aktiviteter som ikke belønnes (Prendergast 1999). At de ansatte velger å handle på denne måten kan sees i sammenheng med at det antas at mennesker er nyttemaksimerende, hvor aktiviteten som genererer høyest nytte velges. Slik atferd kan være med på å skape en dårlig arbeidskultur, hvor suboptimalisering kan bli et problem. En person, gruppe eller avdelings samlede vinning får forrang for hva som gagnar bedriften som helhet (Lazear & Gibbs 2009).

*"Rewards do not create a lasting commitment. They merely, and temporarily change what we do"* (Kohn 1993, s. 3) Insentiver kan derfor medføre kun en kortsiktig effekt på de ansattes atferd, ettersom insentivene er rettet mot et spesifikt resultat. I følge Kohn viser forskning at belønning i det store og hele stort sett vil medføre én ting, nemlig midlertidig forpliktelse fra de ansatte. Når målet er nådd, og belønningen oppnådd, vil de ansatte gå tilbake til sine gamle vaner og atferd. Årsaken til dette

mener han er at insentivene ikke vil påvirke de ansattes indre motivasjon for å utføre jobben. Disse insentivene vil kun midlertidig endre hva de ansatte gjør, og skaper ingen varig forpliktelse overfor en handling ettersom de ikke påvirker den indre motivasjonen. Når belønningen først er introdusert, vil de ansatte forvente å få samme belønning hver gang en tilsvarende aktivitet utføres. Dersom insentivordningen trekkes tilbake, eller ikke blir gitt, kan dette oppfattes som straff blant de ansatte. Dette kan medføre en motvilje mot å gjennomføre tilsvarende oppgaver med samme intensitet i fremtiden (Kohn 1993).

### 3.6.1 Insentivkontrakter

Det finnes to hovedformer for insentivkontrakter som kan benyttes til å regulere prinsipal-agentforholdet. De to hovedformene er "first best" og "second best". Skillet mellom de to bestemmes ut i fra prinsipalens informasjon om agenten, samt agentens grad av risiko. "First best" kontrakter benyttes når prinsipalen har full informasjon om agentens egenskaper og hvilke handlinger han foretar. Både prinsipalen og agenten vet hvilke handlinger som skal til for å nå målet, slik at det er et klart samsvar mellom mål og middel. Agenten har derfor ingen risiko, ettersom han vet hva som skal til for å nå målet. "Second best" kontrakter benyttes dersom prinsipalen ikke har full innsikt i agentens virke. Dersom det foreligger asymmetrisk informasjon mellom partene vil "second best" kontrakter være mer hensiktsmessig. Ved bruk av slike kontrakter er det ikke en klar sammenheng mellom mål og middel. Dette vil si at agenten ikke direkte vet hva handlingene har å si for resultatet (Svendsen 2004).

Insentivkontrakter kan videre inneholde flere elementer. Det viktige er hvordan avlønningen skal reguleres. Kontraktene bør stimulere agenten til å synliggjøre sine handlinger for prinsipalen, samt å motivere agenten til å handle i tråd med prinsipalens ønsker. Agentens belønning kan, i følge Svendsen (2004), defineres på følgende måte:

$$W = A + BX$$

hvorav **W** = agentens lønn, **A**= agentens fastlønn, **B** = insentivintensiteten, **X**= resultat

Insentivintensiteten, styrken på insentivene, er den variable resultatlønnens andel av den totale belønningen. Dette vil tilsvare størrelse på ISF-andelen ved finansiering av de regionale helseforetakene. insentivintensiteten må vurderes i lys av hvilke påvirkningsmuligheter agenten har på resultatet. Jo mer presist resultatet kan måles, jo høyere kan insentivintensiteten være. Støy har betydning for dette forholdet. Støy er andre forhold som kan påvirke resultatet, eksempelvis svingende konjunkturer. Dersom støynivået er høyt, vil agenten ha redusert mulighet til å påvirke resultatet og insentivintensiteten bør da være lavere.

Hvor enkelt insentivsystemet er utarbeidet har også betydning for styrken. Ved bruk av enkle systemer kan agenten lettere se konsekvensene av sine handlinger, og samtidig er det lettere for prinsipalen å kontrollere om agenten handler i tråd med hans ønsker. Hvor sterk insentivstyrken bør være, påvirkes også av motivasjonen til de ansatte. Dersom de ansatte er umotiverte, bør styrken være lav. Årsaken er at dersom de ansatte er umotiverte, må styrken være svært høy for at de ansatte skal la seg påvirke av insentivene og endre atferd. Insentivstyrken bør også være stabil over tid for å skape forutsigbarhet.

Hva slags resultater som skal belønnes er også av betydning. Alle resultatmålene må være i samsvar med bedriftens strategi. Dersom insentivstyrken overdrives på områder som ikke bidrar til å realisere strategien, kan vridningseffekter oppstå ettersom man får en overdreven fokus på enkeltområder og forsømmer andre. Jo viktigere resultatmålet er for den overordnede strategien, jo sterkere kan insentivstyrken være. Resultatlønner bør videre være basert på objektive, målbare kriterier. Det er viktig at man skaper tydelige resultatforventninger. Dersom de objektive kriteriene er unøyaktige, kan det være en fare for at vridningseffekter oppstår. I disse tilfellene kan det være hensiktsmessig å kombinere de objektive kriteriene med enkelte subjektive evalueringer.

Dersom insentivintensiteten øker fra periode til periode, kan dette resultere i en mothakeeffekt. Begrepet betyr at gode resultater i en periode blir referanse og utgangspunkt for å stille økte og mer utfordrende resultatkrav i neste periode. De ansatte kan oppleve disse økte kravene som å bli straffet for gode resultater, og det kan motivere til å redusere innsatsen. Mothakeeffekten kan medføre at de ansatte

reduserer sin innsats i de første periodene, slik at de unngår å havne i en situasjon hvor det stilles høyere krav i de neste periodene (Colbjørnsen et al. 2000).

### 3.7 Oppfølging og kontroll

Offentlige organisasjoner står ansvarlige overfor befolkningen av tre årsaker. De står ansvarlige for at skattepengene blir brukt i samsvar med avtalte prosedyrer, at ressursene blir brukt så effektivt som mulig og at ressursene har blitt brukt for å oppnå de tiltenkte målene. På samme tid står landets politikere ansvarlige for de politiske beslutningene de tar, mens de holder ledelsen i de offentlige organisasjonene ansvarlige for å gjennomføre beslutningene (Flynn 2007). Økonomisk kontroll omfatter internkontroll og internrevisjon, samt eksterntrevisjon. Det mest sentrale i denne sammenheng er kontroll av foretakets drift og regnskap, og kontroll av hvorvidt lover, forskrifter og retningslinjer etterleves.

#### 3.7.1 Internkontroll

Internkontroll er pålagt gjennom Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, §3:

*”Enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter (Helse- og omsorgsdepartementet 1984).*

Denne definisjonen kan relateres til COSO sin definisjon av internkontroll;

*”Internkontroll som en prosess gjennomført av et foretaks styre, ledelse og ansatte som er utformet for å gi rimelig sikkerhet vedrørende måloppnåelse innenfor målrettet og effektiv drift, pålitelig rapportering og overholdelse av lover og regler” (COSO 2013, s. 2).*

Som definisjonen initierer så er internkontroll en prosess som skal gi rimelig sikkerhet for målrettet og effektiv drift. Prosessen skal videre gi sikkerhet for at organisasjonen har en pålitelig rapportering internt og eksternt, og at lover og regler overholdes.

Internkontroll er en del av ledelsesprosessen og styringen i virksomheter ved at den



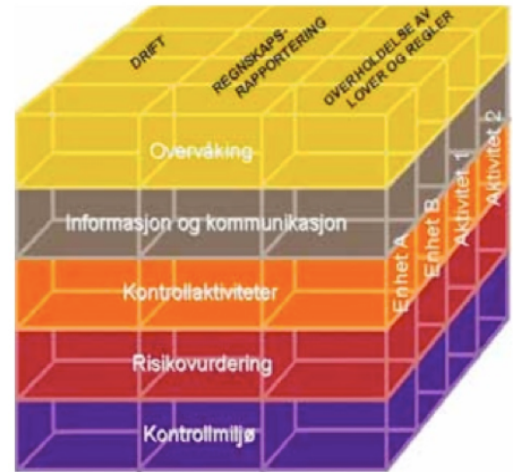
bidrar til at ledelsen har kontroll. Definisjonen utdyper videre at internkontrollen skal gjennomføres både av virksomhetens styre, ledelse og ansatte. Å etablere en internkontroll skal sikre at virksomheten etablerer systemer som gir trygghet for at oppgavene de utfører har ønsket kvalitet og effektivitet. Produkter og tjenester levert av statlige virksomheter er viktig både for den enkelte samfunnsborger og for samfunnet som helhet. God kvalitet vil kunne gi sikkerhet omkring riktig fattede vedtak, korrekte diagnoser og utbetalinger, og at behandlingen som tilbys gir ønsket effekt. Dette er viktig for at oppgavene utført av statlige virksomheter skal bidra til legitimitet i befolkningen, effektiv ressursbruk og oppfyllelse av fastsatte mål. Med andre ord at samfunnsoppdraget oppfylles på en god måte (DFØ 2013).

I følge veiledningen for internkontroll, utarbeidet av Direktoratet for økonomistyring, vil målrettet og effektiv drift i statlige virksomheter reflektere det ansvaret ledelsen har for å gjennomføre aktiviteter i tråd med Stortingets vedtak. Ledelsens egen atferd, etikk og holdninger, ofte omtalt som «tonen på toppen», har stor betydning for at alle ansatte forstår og etterlever etablert internkontroll. Virksomhetens kjerne- og styringsprosesser må utformes og gjennomføres på en måte som sikrer at fastsatte mål og krav oppfylles. For å oppnå dette må virksomhetene ha fokus både på selve forholdene som kan påvirke prosessene, eksempelvis hvordan ansvar er definert og tydeliggjort i organisasjonen. Pålitelig rapportering går ut på at den informasjonen som formidles internt og eksternt skal være korrekt, rettidig og i samsvar med krav som er stilt. I statlige virksomheter benyttes denne rapporteringen både som beslutningsgrunnlag for interne prioriteringer, og som en del av kunnskapsgrunnlaget som departement og overordnede myndigheter baserer politikkutforming, beslutninger og prioriteringer på. Virksomhetene må ha rutiner som sikrer at informasjon som rapporteres er korrekt og pålitelig, og grunnlaget for informasjon må være definert og etterprøvbart (DFØ 2013).

Alle foretak er underlagt rammebetingelser gjennom lovgivningen. Kjennskap til, og overholdelse av, sentrale bestemmelser på det enkelte foretaksområde er helt nødvendig for at den interne kontrollen skal kunne sies å være god. Overholdelse av lover og regler forutsetter at ledere og medarbeidere har oversikt over hvilke lover, forskrifter, rundskriv og instruksjoner som gjelder for virksomheten, og hvilke interne retningslinjer og prosedyrer som er etablert. Effektiv internkontroll forutsetter at det

er etablert tiltak som sørger for at kravene i lover og regelverk ivaretas i virksomheten. Dersom en virksomhet ikke har forsvarlig internkontroll, vil de utsette seg selv for stor risiko (Andbo 1995).

Internkontrollen skal bistå ledelsen med å styre og kontrollere ressursene i et foretak, og sørge for at ressursene blir utnyttet effektivt, betryggende og lønnsomt. COSO (2013) legger til grunn at målsettingene med internkontroll kan sikres ved samspill mellom fem innbyrdes avhengige komponenter, henholdsvis kontrollmiljø, risikovurdering, kontrollaktiviteter, informasjon og kommunikasjon, og overvåking.



Figur 3.2 COSOs rammeverk for internkontroll

kilde: (COSO 2013)

*Kontrollmiljøet* er grunnlaget for de resterende elementene i internkontrollen, og gir disiplin og struktur. Dette omfatter faktorer som integritet, etiske verdier og de ansattes kompetanse. Som nevnt er det ledelsen som har ansvaret for å innføre og legge til rette for internkontroll i virksomheten. For at ledelsen senere skal få tilfredsstillende sikkerhet for måloppnåelse i virksomheten, må ledere på alle nivåer ha effektive internkontrollsystemer. Virksomheten må da ha etablert et godt styrings- og kontrollmiljø og hensiktsmessig informasjons- og kommunikasjonssystemer. Et godt intern- og kontrollmiljø omfatter mange elementer. Når det gjelder ledelsen vil blant annet deres fordeling av ansvar og myndighet og organisering av arbeidet være vesentlig. Både ledelsen og de ansatte har et ansvar for internkontrollen, og de skal sammen bidra til at virksomheten når de fastsatte mål ved å utføre arbeidsoppgaver effektivt og hensiktsmessig. For at internkontrollsystemet skal fungere effektivt, må det integreres i driften og oppgaveutførelsen for å oppnå systematikk og kvalitet, selv når systemer og rutiner blir utsatt for negativ påvirkning. Svikt kan inntreffe i en eller flere av de nevnte elementene, og dette vil medføre svakheter i internkontrollsystemet. Alle i et foretak har en eller annen form for ansvar med hensyn til internkontrollen.

Ethvert foretak står overfor risiko fra interne og eksterne aktører, og denne risikoen må vurderes. Ved *risikovurderinger* identifiseres og analyseres de relevante risikoer i forhold til oppnåelsen av fastsatte mål. Dette brukes som grunnlag for hvordan risikoene skal håndteres. *Kontrolltiltak* er politikken og prosedyrene som bidrar til å sikre at ledelsens føringer blir fulgt. Kontrolltiltakene bidrar til at det som er nødvendig blir gjennomført for å håndtere risikoen som rettes mot oppnåelsen av mål. *Informasjon og kommunikasjon* innebærer at relevant informasjon må identifiseres og kommuniseres innad i hele foretaket. Informasjonssystemer inneholder operasjonell, finansiell og ytelsesrelatert informasjon som gjør det mulig å drive og å kontrollere foretaket. Det er også nødvendig med målrettet kommunikasjon til eksterne interessenter som kunder, leverandører og myndigheter.

Internkontrollsystemet må *overvåkes*. Dette er en prosess som innebærer å vurdere systemets kvalitet over tid. Overvåkingen skjer ved hjelp av kontinuerlig oppfølging, separate vurderinger eller en kombinasjon. Kontinuerlig oppfølging skjer underveis i driften, og inkluderer tiltak som de ansatte gjennomfører under utførelsen av arbeidsoppgavene sine. Omfanget og frekvensen av separate vurderinger vil avhenge av en risikovurdering og av effektiviteten i de kontinuerlige oppfølgingsprosedyrene. Svakheter som eventuelt avdekkes i internkontrollen skal rapporteres oppover i systemet, og i alvorlige tilfeller helt opp til toppledelse og styre. Når ledelsen følger opp effektiviteten til internkontrollsystemet, er det viktig at de har fokus på tiltakene. Det er viktig at det fokuseres på kontroll av virksomhetens største risikoer og de kontrolltiltakene som vil ha størst konsekvenser dersom de svikter.

### 3.7.2 Internrevisjon

I følge IIA-standarder (The institute of internal auditors) er internrevisjon en uavhengig og objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon som har til hensikt å tilføre merverdi og forbedre organisasjonens drift. Dette skal bidra til at organisasjonen oppnår sine målsettinger ved å benytte en systematisk og strukturert metode for å evaluere og forbedre effektiviteten og hensiktsmessigheten av organisasjonens prosesser for risikostyring, kontroll og governance. Internrevisor er som oftest underlagt foretakets administrative leder og utfører de revisjonsoppdragene som ledelsen prioriterer. Internrevisor er følgelig ”styrets verktøy” og rapporterer

direkte dit. Behovet for internrevisjon springer blant annet ut fra et agent-prinsipal forhold som nevnt i kapittel 3.5. Dette forholdet går ut på at ledelsen (agenten) skal ivareta styrets (prinsipalens) interesser. Forholdet vil være preget av en vedvarende interessekonflikt, samt betydningen av asymmetrisk informasjon.

Internrevisor skal være en selvstendig del av organisasjonen og uavhengig av den daglige ledelse og underliggende organer. Internrevisor skal gi et helhetlig bilde av hvordan internkontrollen fungerer innenfor de ulike avdelinger og samlet sett i virksomheten. Dette gjøres ved en systematisk gjennomgang og vurdering av sentrale dokumenter, systemer og praksis. Ved at internrevisor har en uavhengig rolle, god kompetanse og et fugleperspektiv på virksomheten, kan han fungere som rådgiver og støtte for ledelse- og linjeorganisasjonen, og med dette være en viktig pådriver for forbedringer i virksomheten.

### **3.7.3 Eksternrevisjon**

Ekstern revisor er allmenhetens tillitsperson, og har i henhold til revisorloven et tillitsansvar. Revisor skal bekrefte hvorvidt foretakenes årsoppgjør og regnskaper er ført i henhold til lov og god regnskapsskikk, og at det er betryggende sikkerhet for fravær av vesentlige feil i foretakets regnskap (Revisorforeningen 2014). Revisor skal utøve sin rolle med integritet, objektivitet og aktsomhet. Formålet med revisjon er å øke de tiltenkte brukernes tillit til regnskapet. Viktigheten av riktig regnskapsinformasjon er en av hovedgrunnene for revisjon. Samfunnet har en interesse av revisjon for å få vite at foretakene betaler skatter og avgifter og overholder lover og reguleringer.

### 3.8 Hypoteser

På bakgrunn av tidligere gjennomgått litteratur, har vi utarbeidet tre hypoteser som vi ønsker å undersøke nærmere. Hypotesene er videre tiltenkt å skulle understøtte oppgavens forskningsspørsmål.

#### 3.8.1 Økonomifokus

Offentlig virksomheter har, etter inntoget av New Public Management, begynt å ligne mer og mer på private bedrifter. Blant annet har mål- og resultatstyring blitt tatt inn i varmen som et styringsverktøy. De regionale helseforetakene står, som selvstendige rettssubjekter, ansvarlige for egne inntekter, kostnader og resultat. Hver virksomhet er pålagt å holde budsjettene innenfor den økonomiske rammen de har fått tildelt.

Statlige virksomheter er svært komplekse, og det oppstår derfor utfordringer i forhold til å måle resultatene som oppnås. Det er anbefalt at mål skal være essensielle, kontrollerbare, forståelige, etterprøvbare, operasjonelle, dekomponerbare, ikke-overlappende, konsise og fullstendige. Økonomiske mål lar seg ganske enkelt tilfredsstillende disse kravene. Økonomiske mål kan kvantifiseres og er ofte lettere å evaluere og kontrollere, på bakgrunn av at de er konkrete og begrensede. Det er derimot vanskelig å etablere tilsvarende mål knyttet til kvaliteten på den behandlingen som gis, ettersom kvalitet i mange tilfeller er svært subjektivt og derfor kan være vanskelig å måle. Samtidig eksisterer det ikke et eksternt marked der kundene, altså pasientene, gjennom sin etterspørsel kan fortelle bedriften hvorvidt tjenesten som er mottatt tilfredsstillende tjenestemottakerens behov.

På bakgrunn av overnevnte argumenter har vi utarbeidet følgende hypotese:

***H1: Det er et større fokus på økonomiske mål fremfor mål knyttet til behandlingskvalitet i spesialisthelsetjenesten.***

#### 3.8.2 Oppfølging og kontroll

Innsatsstyrt finansiering er et nullsumspill, hvor den ene partens vinn er den andre partens tap. Det er en gitt sum som bevilges spesialisthelsetjenesten over statsbudsjettet hvert år. Innsatsstyrt finansiering benyttes derfor kun til å fordele

bevilgede ressurser på en mest mulig rettferdig og hensiktsmessig måte. At det skapes en enhetlig kodepraksis er derfor svært avgjørende for at fellesskapets ressurser blir riktig fordelt.

For å sikre korrekt regnskapsrapportering, samt overholdelse av gjeldende lover og regelverk, kreves godt utviklede systemer for internkontroll, internrevisjon og eksternrevisjon, se kapittel 3.7. I følge prinsippal-agentteorien kan interessekonflikter mellom prinsippalen og agenten medføre at agenten ikke alltid handler i tråd med prinsippalens ønsker. Staten har et overordnet ansvar overfor befolkningen for at fellesskapets ressurser blir fordelt i tråd med intensjonene, og ønsker derfor en enhetlig kodepraksis. Legene, på sin side, har ikke det samme ansvaret. Når de tar på seg legefrakken har de stor makt når det kommer til den medisinske kodingen, ettersom de sitter på førstehåndsinformasjon om den behandlede pasienten. Hvorvidt de koder for mye, for lite, eller i direkte strid med regelverket, lar seg vanskelig kontrollere da denne informasjonen ikke deles direkte med staten. Tre undersøkelser gjennomført av Riksrevisjonen har konkludert med at opp til 40 % av den medisinske kodingen er feil. Undersøkelsene ble gjennomført på innrapporterte data fra 2000, 2004 og 2008, og resultatene hadde ikke signifikant forbedret seg i løpet av disse årene (Riksrevisjonen 2009). Det er derfor rimelig å forvente at de samme resultatene er gjeldende også i dag.

Vi har derfor utledet følgende hypotese:

***H2: Det er mangel på tilstrekkelig oppfølging og kontroll den medisinske kodingen.***

### **3.8.3 Utilsiktete konsekvenser**

Helse- og omsorgsdepartementet understreker tydelig at innsatsstyrt finansiering ikke skal brukes som et prioriteringssystem. Det vil si at pasienter som utløser høy ISF-refusjon, såkalte lønnsomme pasienter, ikke skal prioriteres på bekostning av ulønnsomme pasienter. Til tross for dette ligger det økonomiske insentiver i finansieringssystemet. ISF-refusjonen er kun beregnet til å dekke marginalkostnadene ved økt behandlingsskapasitet for hver pasientgruppe, og prisene er beregnet ut fra et landsgjennomsnitt. Innenfor hver enkelt pasientgruppe kan det derfor oppstå avvik

mellom faktiske kostnader og refusjonen. Dersom marginalinntekten for en pasient overstiger marginkostnaden for pasientbehandlingen, vil det være lønnsomt å øke produksjonen. Ved motsatt tilfelle vil sykehusene få et insentiv til å la være å behandle pasienten, senke kostnadene eller finne alternative behandlingsformer.

Ettersom sykehussektoren er organisert som en resultatenheter kan dette også medføre at virksomhetene tar upopulære valg for å sikre høyest mulig inntekter. En av de mest kjente sakene var da et sykehus i Arendal kodet om mandeloperasjoner på barn om til snorkediagnoser (Hafstad & Gedde-Dahl 2003). Ved å bruke disse "lukrative" kodene tjente øre-nese-halsavdelingen 4 millioner ekstra. Ettersom det ligger økonomiske insentiver i finansieringssystemet, vil det være en reell fare for at lignende saker fortsatt forekommer.

Overnevnte har resultert i følgende hypotese:

***H3: Innsatsstyrt finansiering kan forårsake utilsiktede konsekvenser for spesialisthelsetjenesten.***

## **KAPITTEL 4 – Forskningsmetode**

I dette kapitlet gjøres det rede for hvordan oppgaven er bygget opp gjennom valg av metode, innsamling av datamateriale og analysemetode. Først beskrives valg av metode for innsamlingen. Deretter kommer vi inn på gjennomføringen av informasjonsinnsamlingen. Til slutt beskrives analysen av materialet, sammen med oppgavens reliabilitet og validitet.

### **4.1 Valg av metode**

I denne masteroppgaven har vi valgt å bruke kvalitativ forskningsmetode. Kvalitativ forskning har fokus på de meninger ulike mennesker har i forhold til opplevelser og erfaringer. Produksjon av beskrivende data er gjerne et resultat av denne forskningsmetoden. Dette kan være ulike menneskers egne uttalte eller nedskrevne ord, eller observasjon av menneskelig adferd (Askheim & Grenness 2008). En kvalitativ tilnærming går i dybden. Den har til formål å få frem sammenheng og helhet, samtidig som den tar sikte på å formidle forståelse. Vi har valgt å utføre den kvalitative analysen ved hjelp av analytisk induksjon. Analytisk induksjon er en tilnærming til analyse av informasjonsmaterialet hvor forskeren søker forklaringer på fenomener ved å arbeide med datainnsamlingen inntil det ikke er noen tilfeller som ikke er forenlig med en hypotetisk forklaring. Tilnærmingen er ofte beskrevet som en gjentakende prosess ved at det er repeterende veksling mellom datainnsamling og analyse (Bryman & Bell 2003).

### **4.2 Innsamling av informasjonsmateriale**

Vi har valgt å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse som fortrinnsvis er basert på dybdeintervjuer. Hensikten med dybdeintervjuer kan blant annet være å avdekke motiver og holdninger knyttet til ulike forhold, eller for å gi innsikt i konsekvenser av gjennomførte tiltak (Askheim & Grenness 2008). Vi har valgt å benytte oss av halvstrukturerte dybdeintervjuer for å bevare struktur, felles referanseramme, og for å sørge for at aktuelle problemstillinger rundt temaet blir belyst. I følge Kvale et al. (1997) vil halvstrukturerte dybdeintervjuer være det mest relevante når fokuset er på et bestemt tema, som i vårt tilfelle, samtidig som det vil gi de mest valide svarene på forskningsspørsmålet. I tillegg har vi basert oss på sekundærdata i form av skrevet

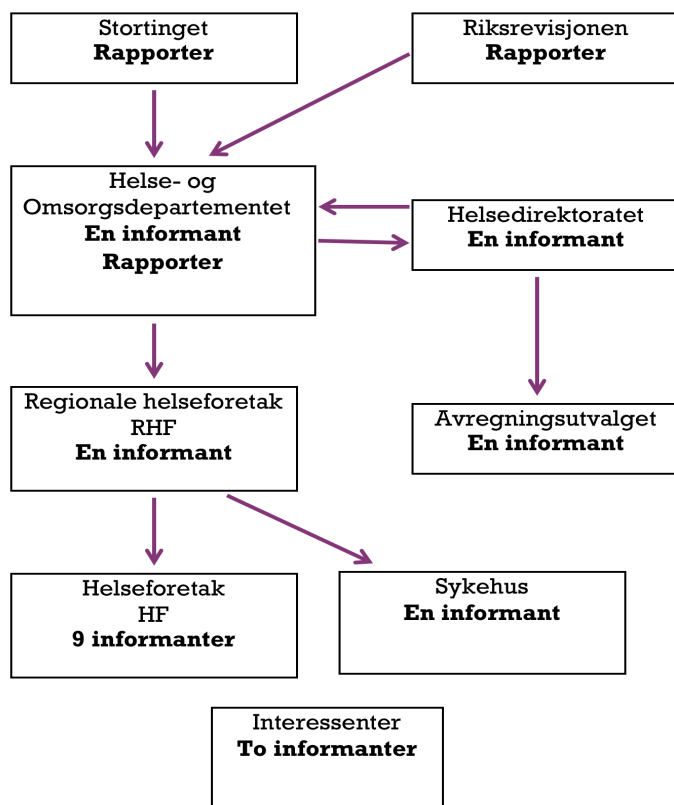


materiale som offentlige dokumenter, rapporter og mediesaker. Sekundærdataen kan si mye om de ulike holdninger og verdier som finnes i forbindelse med ulike forhold i samfunnet (Askheim & Grenness 2008).

### 4.3 Intervjuobjekter

I kvalitative dybdeintervjuer er det optimalt med et riktig utvalg av deltagere i stedet for å oppnå et visst antall deltagere. Vi ønsket å få synspunkter fra ansatte i ulike stillinger og på ulike nivåer i sykehussektoren med kunnskaper og meninger rundt temaet vårt. Vi har gjort et strategisk utvalg av informanter. Intervjuobjektene ble valgt ut fra en vurdering av hvem som kunne representere de ulike instansene i helsesektoren og hvorvidt de hadde forutsetninger for å kunne uttale seg. Ved hjelp av dette kunne vi identifisere holdninger og meninger de ulike instansene i helsesektoren har til ISF-systemet.

Intervjuprosessen er tidkrevende. Dette begrenset antallet informanter vi hadde mulighet til å intervjuer. Vi fikk overraskende mye positiv respons på henvendelsene vi sendte ut til potensielle intervjuobjekter. De fleste sa seg villig til å la seg intervjuer. Den positive responsen kan tyde på at temaet vi har valgt appellerer til de ansatte i helsesektoren. Vi endte til slutt opp med 16 dybdeintervjuer. Figuren nedenfor viser en oversikt over informantene. Her kan man se de ulike nivåene i helsesektoren, og hvilken rolle i systemet de ulike informantene har. Pilene nedover fra Stortinget til helseforetak viser styringslinjen i helsesektoren. Tekstboksene på høyre side viser organer som har betydning for avgjørelsene som blir tatt i styringslinjen.



Figur 4.1 Oppgavens informanter og deres tilknytning til spesialisthelsetjenesten.

Ettersom vi selv er bosatt i Oslo, har de fleste av informantene av praktiske årsaker tilhørighet innenfor Helse Sør-Øst RHF. I oppgaven vil vi skifte mellom betegnelsene intervjuobjekt og informant. Dette er kun for å skape variasjon.

#### 4.4 Intervjusituasjon

Vi utviklet en intervjuguide for å sørge for at de viktigste emnene og detaljene relatert til hypotesene ble diskutert. Vi ønsket imidlertid at informantene skulle snakke mest mulig fritt og derfor ville vi legge minst mulig føringer. Intervjuguiden fungerte derfor mest som en oversikt og rettesnor fremfor en liste med spørsmål. For intervjuguiden, se vedlegg 1.

Alle intervjuene, med unntak av ett, ble gjennomført personlig. Vi lot informantene få bestemme hvor intervjuene skulle finne sted. Dette resulterte i at de fleste intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplasser. Vi opplevde at dette bidro til å skape en trygg og uanstrengt atmosfære. Det siste intervjuet ble av praktiske årsaker gjennomført ved hjelp av Skype. Intervjuene var av varierende lengde, men de fleste

varte mellom en og to timer. Å la intervjuene pågå lenger enn dette anså vi ikke som fordelaktig, da det da kan være fare for at både informant og intervjuer mister konsentrasjon og fokus.

Vi benyttet lydbåndopptaker under alle intervjuene, slik at vi kunne konsentrere oss om å være til stede i samtalene og komme med oppfølgingsspørsmål. I følge Askheim og Grennes (2008) skal intervjuer skrives ned enten de er tapet eller basert på notater. Det er de utskrevne intervjuene som danner grunnlag for dataanalyse. Vi transkriberte derfor intervjuene forløpende etter hvert intervju.

#### 4.5 Innholdsanalyse

Analyse av kvalitative data kan foregå på mange måter. Analysen skal i alle tilfeller hjelpe oss til å identifisere meningsinnholdet i teksten. Dette krever en systematisk gjennomgang av materialet på jakt etter strukturer og mønstre. Det som fremkommer av analysene må først tolkes, for så å settes inn i en større sammenheng (Askheim & Grennes 2008). Askheim og Grennes (2008) hevder videre at det ofte kan være vanskelig å sammenstille, analysere og tolke datamateriale fra dybdeintervjuer. Intervjuene kan være veldig ulike og datamaterialet har derfor en mindre enhetlig struktur. Som nevnt innledningsvis i kapittelet, har vi valgt å bruke analytisk induksjon i den kvalitative analysen av informasjonsmaterialet. På bakgrunn av dette har vi formulert hypoteser som skal forklare informasjonsmaterialet. Disse er rendyrket til at det ikke er saker innenfor informasjonsmaterialet som ikke kan forklares av hypotesene. Analytisk induksjon er en veldig streng metode for analyse. Dette på bakgrunn av at dersom man møter en enkelt sak som er uforenlig med en hypotese, er det nødvendig med ytterligere datainnsamling eller en reformulering av hypotesen (Bryman & Bell 2003).

Drøfting er en helhetlig prosess som er sammensatt av flere deler. Utfordringen er å få disse til å virke sammen på en helhetlig og logisk måte. De ulike delene i en drøftingsprosess er, i følge Dalland (2012), systematisering, analyse, vurdering og tolkning. Vi valgte å analysere informasjonsmaterialet ved bruk av koding. Etter at samtlige intervjuer var gjennomført og transkribert, gikk vi grundig gjennom dem på nytt. Underveis noterte vi oss viktige og meningsbærende ytringer og observasjoner

som representerte meningsinnholdet i teksten. Deretter gikk vi gjennom kodene. Dersom to eller flere koder beskrev de samme fenomenene, ble en av dem fjernet. Der kodene var relatert til begreper i relevant teori, ble disse begrepene anvendt. Vi forsøkte underveis å se sammenhenger mellom kodene. Videre vurderte vi mer generell teori i forhold til kodene og informasjonsmaterialet, og forsøkte å utarbeide sammenhenger mellom begreper og kategoriene av koder. Underveis utviklet vi hypoteser om sammenhenger vi gjorde og gikk tilbake til materialet for å se om de kunne bekreftes. Når det gjelder kvalitativ analyse og tolkning, er det i følge Askheim og Grennes (2008) viktig at man er åpen til materialet. Vi hadde derfor fokus på å være nøytrale til ulike meninger og årsakssammenhenger i løpet av innholdsanalysen, og unngikk å la oss bli styrt av forutinntatte antagelser så langt dette var mulig. Kodingen er kun en del av analysen, og en mekanisme for å tenke på meningen i informasjonsmaterialet man besitter (Bryman & Bell 2003). Etter kodingen tolket vi derfor funnene våre, vurderte sammenhenger mellom kodene og den generelle betydningen av funnene for forskningsspørsmålet.

#### **4.6 Validitet og reliabilitet**

Validitet og reliabilitet sier noe om hvorvidt resultatene man kommer frem til er gyldige og til å stole på. Reliabiliteten til undersøkelsen dreier seg om i hvilken grad vi kan stole på resultatene fra forskningen og hvordan tilfeldige forhold får innvirkning på resultatene (Askheim & Grenness 2008). Slike tilfeldige forhold kan gjøre resultatene mindre pålitelige, og kan eksempelvis være forhold ved omgivelsene i intervju situasjonen, ved forskeren under selve datainnsamlingen eller ved informasjonsanalysen.

Det er viktig å ikke påvirke informantene slik at de gir en ufullstendig eller uriktig versjon av sannheten (Askheim & Grenness 2008). For å sikre høyest mulig reliabilitet og ærlige svar og synspunkter, unngikk vi bevisst å stille ledende spørsmål under dybdeintervjuene. Sekundærlitteraturen i form av offentlige dokumenter, vedtak og rapporter har sterk reliabilitet. De ulike mediesaker kan imidlertid ha noe svakere reliabilitet. Mediesaker kan ofte representere ytterpunkter, og forfatterens/journalistens holdninger til temaet kan påvirke sakens vinkling. Vi har likevel valgt å inkludere litteraturen i oppgaven, da vi mener det er med på å belyse aktualiteten i temaet og omfanget av interessen for sykehussektoren. Et mulig

problem som kan svekke reliabiliteten i oppgaven er at vi, som tidligere nevnt, kun hadde kapasitet til å intervjuet et strategisk utvalg på 16 informanter. Om informantenes meninger er representative for den generelle oppfatningen av ISF-systemet kan derfor være vanskelig å si med sikkerhet.

Validitet handler om hvorvidt undersøkelsen gir svar på det den er ment å skulle svare på. Vi må vurdere data kritisk slik at vi kan se relevansen opp mot hypotesene og i hvilken grad det er knyttet feilkilder til materialet. Analyse og tolkning av kvalitativ informasjon er krevende. Det vil derfor være en risiko for at man overser viktige forhold eller trekker feilaktige slutninger i prosessen (Askheim & Grenness 2008). I dybdeintervjuene ligger det derfor en mulig feilkilde i selve kommunikasjonen. Det vil være en viss fare for misforståelser. Spørsmål kan oppfattes ulikt av ulike informanter, vi som intervjuere kan forstå svarene på en annen måte enn det som er ment, eller man kan notere svarene feil. Menneskelige relasjoner kan være av avgjørende betydning for informasjonsinnhenting. Vi opplevde eksempelvis at enkelte av informantene var lettere å kommunisere med og ”åpnet seg” lettere enn andre. Hvorvidt informantene har forberedt seg til intervjuet og er oppriktig interessert i temaet, kan også være av betydning. Slike kommunikasjonsproblemer gjør at oppgaven kan ha et potensielt problem knyttet til validitet.

## KAPITTEL 5 – Analyse av informasjonsinnsamling

I denne delen av oppgaven vil vi presentere analysene av informasjonen vi tilegnet oss gjennom dybdeintervjuene i lys av de tre hypotesene. Videre vil vi underbygge hypotesene med relevante rapporter utarbeidet av organer tilknyttet helsesektoren, samt ulike medieoppslag. De tre hypotesene utgjør grunnlaget for å kunne drøfte oppgavens forskningsspørsmål.

### 5.1 Økonomifokus

*H1: Det er et større fokus på økonomiske mål fremfor mål knyttet til behandlingskvalitet i spesialisthelsetjenesten.*

Til tross for at den medisinske kodingen er direkte knyttet sykehusenes inntjening, så er ikke økonomi og finansiering hovedformålet med den medisinske kodingen, se kapittel 2.6. Informanten fra Helse Sør-Øst (HSØ) hevder likevel at han tror den generelle holdningen blant de ansatte i helsevesenet er at målet med registrering av diagnoser, bidiagnoser og prosedyrer kun er for økonomiske formål. Helsepersonellet opplever at det kodes utelukkende for å skaffe sykehusene inntekter. At informasjonen også brukes til andre formål som kvalitetssikring og korrekt statistikk, blir ikke kommunisert som like betydningsfullt som de økonomiske formålene. Under intervjuer gjennomført av Helsedirektoratet, fremkom det at en del av legene de siste fem årene hadde blitt mer bevisst på kodingens funksjon for medisinsk statistikk og kvalitetssikring. Til tross for dette, uttalte noen leger at de likevel oppfattet kodingen som ”å skrive faktura” (Internrevisjonene i de regionale helseforetakene 2011).

En av overlegene ved Ahus forteller at den primære interessen for kodingen dessverre er de økonomiske målene. Det som legene oppfatter som medisinsk riktig koding er ikke alltid ensbetydende med hva som er riktig og hensiktsmessig økonomisk. Du skal kode ut fra hva som beslagla mest ressurser, men dette er ofte ikke direkte korrelert med hva som er medisinsk rett. Å oversette et sykehusopphold til en kode mener han har to formål; det medisinske og det økonomiske. Det medisinske burde ha førsteprioritet, men økonomien får ofte hovedfokus. Intervjuobjektet tror ikke at

manipulasjon av systemet er utbredt, men at ”optimering” er mer vanlig. Kun ved å gjøre jobben sin, kan man lett ”toppe” DRG-lista:

*”Vi topper DRG-listen kun ved å skrive ned hva vi faktisk gjorde og dokumentere dette. Man trenger ikke fuske på noe vis, det holder å jobbe systematisk og dokumentere jobben. Men dette korrelerer ikke alltid med kvalitet medisinsk sett!”*

En annen overlege beskriver det samme problemet. Når du har sittet og jobbet med en del journaler, ser du ganske lett med et øyekast hvis kombinasjonen ikke er optimal. Han forteller at dette spesielt gjelder på medisinske avdelinger hvor man har mange valgmuligheter, ettersom det er mange kompliserte sykdomstilfeller. Legene på bakken er mest opptatt av å tenke på det som er mest medisinsk interessant å kode, mens ISF-refusjonen skal jo vektas ut i fra hva som har medført mest ressursbruk. Informanten fra avregningsutvalget hevder det hersker motstand i legegruppen mot å kode for å tjene mer penger. Legene er primært opptatt av det medisinske og profesjonen. Kodingen brukes også til forskning og statistikk, og derfor er det veldig viktig at det er det medisinske ved kodingen som bør ha fokus.

De fleste av våre informanter uttrykket at legene er lei av det økonomiske fokuset på den medisinske kodingens mål i finansieringssammenheng. To av våre informanter fremhever at de tror at det store økonomifokuset i sykehussektoren gir legene en ”avsmaksfølelse”. To av informantene har også tatt tilbakemeldingene til seg, og forsøkt å legge vekt på kodingens kvalitetsmessige formål. Analysesjefen ved SiV forteller at han ikke ønsker at legene skal være opptatt av kodingen for pengene sin del. Han legger vekt på at det er viktig å skape bevissthet i organisasjonen for at dataene blir brukt til kvalitetsregistrering, i helseregistre, rapportering til OECD, planlegging og statistikk:

*”Jeg vil ikke at de skal være opptatt av kodingen for kronenes skyld. De skal være opptatt av kodingen for at det er et statistisk uttrykk for hva som egentlig feiler pasienten”.*

Denne bevisstgjøringen har vist seg å være en øyenåpner i visse miljøer på sykehuset, mener han. Aktivitetsdata og analyse ved OUS forteller den samme historien. Å

finansiere sykehuset er ikke primærinteressen til en lege. Å nevne betydningen for statistikk, og eventuell fremtidig forskning, har i følge informantene vist seg å være en gulrot for å få legenes oppmerksomhet.

Det er stor enighet blant våre informanter at det er stort fokus på økonomi fra Helse- og omsorgsdepartementet ned til den enkelte sykehusavdeling. Helse- og omsorgsdepartementet kan fortelle at de har gjort forsøk på å fokusere mer på kvalitet og derfor lagt inn flere kvalitetsmål i oppdragsdokumentene. Det er krav til ventelister, deltidsbruk, sykehusinfeksjoner og lignende. Hun stiller seg dog bekymrende til at det har blitt for mange mål, og at det derfor kan blir vanskelig å følge opp alle målene. Samtidig er de ikke tilpasset situasjonen på hvert enkelt sykehus. En del av våre informanter har kommentert kvalitetsmålene i oppdragsdokumentene og fremhever at en del av dem faktisk ikke måler behandlingskvalitet. Informanten fra avregningsutvalget mener en del av kvalitetsindikatorene vi har i dag måler helt absurde ting. Eksempelvis forteller målet om at ventetiden skal være under 65 dager, ingenting om kvaliteten på tjenesten, hvor lang tid det tar å bli frisk eller hvilken livskvalitet pasienten får etter behandlingen. Dette går mer på produktivitet, og at vi klarer å få flere pasienter gjennom systemet. En annen informant påpeker at det i oppdragsdokumentene til Helse Sør Øst er et mål om at trombolyse skal brukes på 10 % av pasientene. Informanten påpeker at dette er en god behandling for disse pasientene, men kvalitetsmålet sier ikke noe om de resterende 90 %. Det såkalte kvalitetsmålet sier ingen ting om hvor god slagavdelingen på sykehuset er. En av våre informanter tilknyttet helsesektoren hevder følgende:

*” Vi vet veldig lite om kvaliteten på norske helsetjenester. Det hadde vi trengt å vite mye mer om. Vi vet noe om sykehusinfeksjoner, ventetid osv, men lite om det som virkelig betyr noe. Blir folk friskere eller sykere? Det finnes ikke slike kvalitetsindikatorer i det hele tatt. Man er opptatt av å telle hvor mange som kommer inn, og hvor mange som kommer ut, hvor lenge hadde de ventet, hvor lenge lå de. Alle er opptatt av effektivitet. Men glemmer å se på om effektiviteten faktisk hjelper folk til bedre helse”.*



Det synes samtidig å være en felles oppfatning blant våre intervjuobjekter om at behandlingskvalitet vanskelig lar seg kvantifisere, og at det derfor er lettere å måle økonomiske parametere. Analysesjefen ved SiV påpeker at de ikke har klart å få spesifikke kvalitetsmål inn i lederavtalene med overlegene. De har dog mål på blant annet liggetid, ventetid og feilmeldinger. Han sier at det er vanskelig å operasjonalisere hva kvalitet er. Han forstår ikke hvordan de skulle klart å få fulgt opp kvalitetsmål i lederavtalene. En av økonomilederne ved OUS hevder at leger er veldig lette å målstyre. De har alltid vært flinkest i klassen. Først på videregående, og de som jobber for OUS har også vært flinkest på medisinstudiet. De er vant til å være best. Dersom de får vite at noe måles kan de bli svært interessert i å oppfylle målet. Han mener det derfor er viktig at de måles på de rette tingene. En av overlegene ved Ahus fremhever:

*”Vi er i stor grad målt på økonomi. Kvalitet er mye vanskeligere å måle. Alle typer behandlinger kan måles med økonomi, mens kvalitetsmålene blir individuelle for hver enkelt behandlingstype. Får verken skryt eller skjenn på grunn av kvaliteten på slutten av året. Hvis vi overskrider budsjettet, da får vi kjeft. Kvaliteten tror jeg egentlig ligger i ryggmargen hos både sykepleiere, leger og alle, at det skal være en viss standard. Man vil jo gjøre det beste for pasienten. Alle ønsker jo i tillegg å vite hvordan kvaliteten er hos oss i forhold til andre steder. Det har vært vanskelig. Det arbeides med det, og det kommer flere og flere kvalitetsparametere, men der har vi fortsatt en lang vei å gå. Vi har ikke mål på hvert enkelt type inngrep”.*

De ulike sykehusenes inntektsbudsjetter baseres i stor grad på forventede, opparbeidede DRG-poeng. Hvert år har hver sykehusavdeling et aktivitetsmål de skal nå. Økonomilederen på OUS forteller at de rapporterer i all hovedsak på DRG og den tilhørende aktiviteten. Aktivitetsmålene blir derfor et hovedtema i alle lederforum. Flere av informantene nevner at resultat og inntjening får større oppmerksomhet enn hva som blir gjort for hver enkelt pasient. Wyller og Wyller (2012) skriver i debattinnlegget *Ideologisk kollaps - Menneskelig Svikt*, publisert i Dagens Næringsliv, at dagens styringsideologi fortrenger helsevesenets tradisjonelle verdigrunnlag og gjør økonomisk inntjening til hovedprinsipp. En av overlegene ved Ahus hevder at problemet ligger i at sykehuset genererer DRG-poeng uavhengig av hva de har gjort for pasienten:

*” Det er for lite resultatstyring og for mye økonomifisering. Ventelister teller, men det blir ikke målt om man har gjort noe bra for pasienten. Man kan i utgangspunktet ta imot pasienten, ta han i hånda, og videresende han til fastlegen. Da har man fylt alle krav, selv om man egentlig ikke har gjort noen verdens ting for pasienten. Man trenger ikke engang å behandle pasienten for å få DRG-poeng, noe som er veldig absurd”.*

Representanten fra avregningsutvalget mener det er stort fokus på økonomi og lønnsomhet ned til den enkelte avdeling. Som avdelingslege får man hele tiden høre hvordan man ligger an i forhold til hva som er budsjetterte aktivitetsmål. Informanten påpeker videre at klinikerne kjenner veldig på at man jobber mer enn før og behandler flere pasienter, men at hovedfokus likevel ligger på at man får for lite inntekter. Det er ikke pasientbehandlingene og det faglige som står i fokus lenger, hvilket informanten mener er feil. Hun skulle heller ønske at faget fikk mer oppmerksomhet. En av overlegene ved Ahus forteller at han hver uke mottar mail hvor budsjettoverskridelser og aktivitetsmålene er en gjenganger. Svært få av mailene er preget av annet enn økonomi. Dokumentarartikkelen *Bivirkningen* (Butenscjon 2012), publisert i Dagens Næringsliv, argumenterer likedan for at helsevesenet, de siste 15 årene, har satt legeånden under press ved å bringe økonomi helt ned i møtet mellom pasient og lege. Samtidig fremhever overlegen ved SiV at det er viktig at både leger og de overordnede setter fokus på de økonomiske målene. Dersom de hadde fått frie tøyler, mener han at SiV alene skulle klart å bruke hele statsbudsjettet. Enhver lege har alltid et driv og et sterkt ønske om å prøve ut nye behandlingsmetoder, utstyr og teknikker hvor prislappen ikke alltid står i stil med behandlingseffektene. ”Vi må ha økonomiske rammer og mål, ellers vil kostnadene kommet ut av kontroll”.

En av økonomilederne ved OUS kan fortelle at de har mange feedbacksystemer når det gjelder kvalitet, blant annet avvikssystemer og registrering av pasientklager. Han mener at kvaliteten i utgangspunktet blir løpende overvåket, men påpeker samtidig at det er en fare for at legene føler de blir målt mer på økonomi. Det er lettere å vise til forbedring i økonomiske resultater enn i forbedring i behandlingskvaliteten, avslutter han.

En av overlegene ved Ahus trekker også frem at kvalitet og økonomiske mål kan komme i konflikt med hverandre. For eksempel presses de stadig på liggetider for å skape plass til nye pasienter siden dette er et mål fra staten. Samtidig er det også et mål at pasientene skal oppleve god kvalitet og service. I denne situasjonen kan noen ganger oppfyllelse av det ene målet medføre at det andre målet ikke nås. En av de andre overlegene trekker frem et annet eksempel. Du ønsker å være produktiv og holde aktivitetsmålene, men noen ganger kommer dette i konflikt med hva som er mest hensiktsmessig for pasienten. Noen ganger trenger man å bruke mer tid med pasienten i forhold til hva som er satt av i tidsplanen.

*”Selv om man kanskje ikke trenger mer enn 5 min for å stille diagnose osv, så trenger man mye mer tid for at både pasient og pårørende skal forstå, men da taper man i økonomi. Og man får en rundgang hvor pasienten er misfornøyd, kommer tilbake osv”.*

Staten legger heller ikke alltid til rette for at kvalitetsmålene skal kunne nås. En av økonomilederne fra OUS fremhever at et av kvalitetsmålene i oppdragsdokumentet er at jordmor skal være til stede under hver fødsel. Dette blir dog ikke finansiert gjennom DRG-systemet. Informanten mener at det derfor kan virke som at kvalitetsmålet egentlig ikke blir ansett som spesielt viktig. Han fremhever at de ikke har klart å nå dette målet ennå, og den dagen de når målet vil det medføre økte kostnader for avdelingen uten at de behandler flere pasienter, og uten at de har fått finansiering for det.

## **5.2 Oppfølging og kontroll**

*H2: Det er mangel på tilstrekkelig oppfølging og kontroll av den medisinske kodingen.*

En enhetlig kodepraksis er en forutsetning for at systemet skal kunne fungere etter intensjonene. For å sikre at sykehusenes inntekter er korrekt, er det nødvendig med gode kontroll- og overvåkningssystemer. Dette fremhever samtlige informanter. I denne sammenheng påpeker de fleste av informantene at det essensielle spørsmålet er

hvordan god kodekvalitet skal defineres. Det gjennomgående spørsmålet fra våre informanter har vært: ”Hva menes egentlig med god kodekvalitet?” Informanten fra HSØ mener det bør utarbeides et mål for hvor god kodekvaliteten bør være. Det eneste som er kommunisert fra Helsedirektoratet er at kodingen skal være korrekt. Det betyr i realiteten 100 %, noe han mener er helt urealistisk. Informanten fra HSØ forteller videre at dersom man skal kontrollere og følge opp kodekvaliteten, må det utarbeides kvalitetsindikatorer. Han mener det har vært utfordrende å få gjennomslag for dette på de ulike sykehusene og helseforetakene.

Vår informant fra Helsedirektoratet uttrykker at korrekt koding betyr: ”Dersom man koder alt som er gjort, verken mer eller mindre, og bruker koder som beskriver de faktiske forholdene, vil kodingen være riktig”. Flere av våre intervjuobjekter påpeker derimot at den medisinske kodingen ikke kan oppfattes som en objektiv enhet. Det er mye skjønn i forhold til den medisinske kodingen, og at det derfor vil oppstå uenigheter i forhold til hva som er rett eller galt. En av informantene, som er tilknyttet helsesektoren, forteller at ettersom DRG-systemet bygger på objektivitet, som etter hans mening ikke er tilstede, medfører dette at systemet er manipulerbart. For at systemet skal kunne fungere etter intensjonene, er vi derfor ekstremt avhengig av god kontroll og oppfølging. En av våre intervjuede overleger gir følgende svar på spørsmål om kodemanipulasjon: ”Det blir mer optimering enn manipulasjon. Man får betalt for de fem første diagnosene og kan flytte om på disse, men jeg tror ikke noen finner på diagnoser for å få mer betalt”. Informanten fra HSØ bekrefter også at systemet i utgangspunktet kan manipuleres. Han trekker frem at systemet i stor grad er bygget på tillit mellom staten og helseforetakene. Kontrollen blir nedprioritert da staten setter sin lit til at det blir gjort korrekt.

At feilkoding og under/overkoding er et gjennomgående problem, bekreftes av nesten samtlige informanter. Underkoding understrekes også i en artikkel i Bergens Tidende (Hov & Kvalheim 2008), hvor informasjonsdirektør i Helse Bergen bekreftet at millionbeløp går tapt fordi mange leger koder for lite eller glemmer å påføre behandlinger som er gitt. Økonomilederen ved OUS hevder at han er hundre prosent sikker på at kvaliteten på den medisinske kodingen ikke er tilstrekkelig. Han trekker frem at dette i all hovedsak skyldes manglende kunnskap, dårlig oppmerksomhet og at

sykehuspersonalet ikke er tilstrekkelig opptatt av å prioritere dette arbeidet.

Analysesjefen ved SiV tegner dette bildet:

*” Det er 1: Ubevissthet knyttet til hva de blir brukt til. 2: Dette interesserer dem ikke. Vi har ytterpunktene; De som gir fullstendig blaffen i disse greiene; Dette gidder jeg ikke å holde på med, det får en helsefaglig sekretær gjøre. Så har du dem i midten som er litt redde for å gjøre feil og derfor koder litt ”forsiktig”. Vil ikke ta i. Dette er kamuflasje for å egentlig ikke være interessert, spør du meg. Til de skumleste av alle. De som har gått fra å være ignorant, men som har sett lyset og skjønner at; Jøss, det er jo mye penger knyttet til dette her. Det er den største faren i dette spillet. Da må vi løpe rundt, hente dem inn og avlære slik at de bruker systemet riktig. Så de ikke misbruker systemet”.*

I tillegg hevder økonomilederen ved OUS at tid spiller en vesentlig rolle. Det er tidspress i alle ledd, og misforståelser kan ofte oppstå. Vår informant fra HSØ kan fortelle at de har dokumentert at legene bruker maksimalt fem minutter på å kode. Han hevder legene tar de kodene de finner på et papir, eller fra en kortliste. Legene har rett og slett ikke satt seg godt nok inn i kodeveiledningen. De tenker først og fremst at de skal kode de sykdommene pasienten har, og deretter setter de på mest mulig bidiagnoser slik at sykehuset får inntektene sine. Han påpeker at en slik tankegang medfører at kodingen ofte blir feil, da retningslinjene for den medisinske kodingen ikke følges.

En av overlegene ved Ahus sier han stiller seg tvilende til om legene kjenner til Helsedirektoratets retningslinjer for medisinsk koding og det tilhørende regelverket. Han forteller videre at det ikke finnes formell opplæring på hans avdeling. Den kunnskapen vi har, har vi tilegnet oss selv. I tillegg bruker vi en kortliste som alle har tilgang til. Overlegen ved SiV forteller at de fleste som er involvert i kodearbeidet er selvlærte, og at de ikke sender legene på eksterne kurs. De gjennomfører dog et introduksjonskurs på avdelingen for turnuslegene. Han har også inntrykk av at det ikke undervises i kodeverket på medisinstudiet. Aktivitetsdata og analyse ved OUS forteller at de har hatt problemer med lav oppslutningen når de har gitt legene tilbud om å dra på kurs. Et av kursene ble avlyst da for få tok seg tid til å prioritere kurset. I en spørreundersøkelsen, gjennomført av Helsedirektoratet, viste resultatene at i 14 av

de til sammen 21 undersøkte helseforetakene, oppgir minst 40 % av respondentene at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring i det medisinske kodeverket (Internrevisjonene i de regionale helseforetakene 2011). For å spare tid og ressurser forteller informanten fra HSØ at de har utviklet et nasjonalt elektronisk læringsverktøy. Per i dag er det bare 71 av over 600 somatiske leger i HSØ som har funnet tid til å gjennomføre læringsprogrammet. Dette mener han gir et godt bilde av hvordan sykehusene prioriterer.

Andre årsaker til at feil kan forekomme er at DRG-systemet er komplisert. Dette har mange av våre informanter trukket frem. En av informantene tilknyttet helsesektoren forteller at ICD-10 ikke er intuitivt lett å bruke og inneholder mange merkelige regler. Han påpeker videre at regelverket er så komplisert at selv et grunnkurs i diagnosesetting strekker seg over hele 10 dager. Kompleksiteten i regelverket bekreftes også i en spørreundersøkelse gjennomført av Helsedirektoratet. Undersøkelsens resultater viste at 66 % av respondentene ikke opplevde regelverket for medisinsk koding som enkelt og oversiktlig å forholde seg til. Mange klinikere ga uttrykk for at regelverket er komplisert, og at det ofte kan oppleves som ulogisk og uten sammenheng med medisinske vurderinger (Internrevisjonene i de regionale helseforetakene 2011). Overlegen ved SiV trekker frem et eksempel:

*”Noen ganger er systemet direkte feil, fordi logikken i systemet er slik at ventilasjonsstøtte skal være for pasienter med respirasjonsproblemer. Så glemmer du at hjertetilstander også kan gi litt pusteproblemer. Det er jo en helt medisinsk vedtatt behandling. Har du glemt å kode om noen av de hjertediagnosene, så får du ikke fem øre for at pasienten har ligget på overvåkingen en uke”.*

Som et ledd i å sikre korrekt koding og finansiering, har alle sykehusene egne ansatte som arbeider med kvalitetssikring av den medisinske kodingen. Informanten fra HSØ trekker i denne sammenheng frem Ahus som et prakt eksempel. Ved dette helseforetaket har de en egne kodekonsulenter som arbeider med å kvalitetssikre at informasjonen i journaler og epikriser stemmer overens med kodene som legene har satt. Dette har blitt et eget fagmiljø hvor de ansatte besitter spisskompetanse på området. Han forteller videre at på andre sykehus opplever han kvalitetssikringen av kodingen som litt mer spredt og dårlig systematisert. En av overlegene ved Ahus

snakker også positivt om dette fagmiljøet. De går gjennom alle innleggelsene og mye av dagkirurgien og kontrollerer at kodingen er korrekt i forhold til hva som er dokumentert i journaler og epikriser. På slutten av hver måned får han en bunke på pulten sin som han må gå gjennom. I 90 % av tilfellene er han helt enig med kodeekspertens konklusjoner. Nasjonal internrevisjon av medisinsk praksis konkluderte med at Ahus etter all sannsynlighet har en tilfredsstillende kontroll med kvaliteten på kodingen (Helse Sør-Øst RHF 2013).

Det har dog vist seg at endel av våre informanter stiller seg kritiske til bruk av kodekonsulenter med ansvar for selve kodekontrollen. Informantene fra Aktivitetsdata og analyse mener det vil være vanskelig for eksterne å revidere kodingen, da det kun er den behandlende lege som har det medisinske grunnlaget til å kunne sette en diagnose og oversette dette til en medisinsk kode. Uttalelsen fra overlegen ved Diakonhjemmet stemmer også overens med dette:

*”Profesjonelle kodere mener jeg vil være helt galt. Det er et ansvar jeg mener ikke kan delegeres til andre. Skal du velge mellom den ene eller den andre tilstandskoden, så er det til syvende og sist et medisinsk problem som ligger til grunn. Du skal forstå hva det dreier seg om, hvorfor pasienten kom inn og hva som er mest ressurskrevende. For å kunne gjøre dette må du på en måte være lege.”*

I tillegg forteller kodeveilederen ved OUS at hver avdeling skal ha minst en person som har hovedansvaret for kodingen. Dette er som oftest avdelingsoverlegene. Overlegen ved SiV har selv dette ansvaret. Hver morgen går han gjennom alle epikriser og journaler. Hovedfokuset er å sørge for at det er samsvar mellom diagnoser og prosedyrer, og at alt er dokumentert i journalen. Deretter gir han tilbakemelding til legene som har skrevet epikrisene. Overlegen fremhever videre at han mener kvaliteten på kontrollen er veldig personavhengig rundt omkring. Han poengterer at dersom avdelingene har noen dedikerte mennesker som driver med kodekontrollen, så blir resultatet garantert bedre. Dette fremheves også i en rapport fra Riksrevisjonen. Rapporten konkluderte med at avdelingsleders kompetanse, interesse, motivasjon og evne til å delegerer ansvar for kodingen, har stor innflytelse på kodekvaliteten på den enkelte avdeling (Riksrevisjonen 2009). Kodeveilederen ved OUS forteller at det varierer veldig fra avdeling til avdeling hvor systematisk

kodekontrollen er og hvor flinke avdelingene er til å følge opp. Noen avdelinger har kodeansvarlige som er svært interesserte og flinke, mens på andre avdelinger er ikke dette tilfelle. Dette har stor betydning for kvaliteten. En av økonomilederne ved OUS påpeker at han skulle ønske at de hadde brukt mer ressurser på å gi individuelle tilbakemeldinger til legene for å styrke opplæringen. For at dette skal kunne fungere, fremhever han at de er avhengig av at de kodeansvarlige har god kompetanse og egeninteresse av å bidra til dette arbeidet.

På spørsmål om kodekontrollen nevner de fleste informantene at Avregningsutvalget bidrar til å kontrollere at kodingen gjøres korrekt. Vår informant fra Avregningsutvalget avviser at helseforetakene kan basere seg på at de vil fange opp alle feil. De feilene de avdekker er bare ”toppen av isfjellet”. Kodefeilen må være så betydelig at den skiller seg klart ut fra landsgjennomsnittet. De sakene som ikke skiller seg ut, eller ikke har blitt meldt inn av sykehuset selv, vil derfor ikke bli oppdaget. Tross dette anser flere av våre informanter Avregningsutvalget som en del av kontrollen av kodekvaliteten. Overlegen fra SiV poengterer at dersom noen sykehus har en egen praksis og har overforbruk av enkelte koder, vil varsellampene blinke hos Helsedirektoratet og de vil senere blir tatt. Informanten fra Diakonhjemmet sykehuset mener at dette organet har bidratt til at sykehusene i mindre grad tør å bevisst jukse med kodene:

*”...i tillegg foretas det stadig noen sammenligninger mellom kodepraksis, slik at man vil se hvis det plutselig er veldig mange av en kode, eller om man ”finner på” en komplikasjon som utløser høyere refusjon. Da vil dette fanges opp. Dette er i hvert fall det jeg tror, og jeg oppfører meg deretter. Jeg regner med at jeg blir tittet i kortene”.*

En del av informantene er også skeptiske til det mandatet Avregningsutvalget har fått. Analysesjefen fra SiV fortalte oss at Avregningsutvalget utelukkende behandler saker hvor sektoren har fått for mye betalt, og ser bort fra saker hvor sykehusene har fått for lite i refusjon. Informanten fra SiV mener dette har medført at sektoren er tilbakeholden med å melde inn saker, og at de ikke ser på Avregningsutvalget som sitt uavhengige organ. Informanten kunne spøkefullt fortelle oss at de kaller utvalget for avkortingsutvalget. En av økonomilederne fra OUS påpeker det samme. Han mener



underkoding er et større og mer alvorlig problem, og at utvalget hadde fått sterkere legitimitet i miljøet dersom de også tok seg av saker av betydning for underkoding.

En del av informantene har også trukket frem at det gjennomføres enkelte internrevisjoner hvor journaler og epikriser plukkes ut. Alle informantene poengterer imidlertid at det ikke er pålagt fra eier, staten, å gjennomføre revisjoner av kodingen. Dette gjøres på eget initiativ. Informantene fra Aktivitetsdata og analyse ved OUS forteller at det på OUS gjennomføres kun én internrevisjon i året. Revisjon gjennomføres ved at analyseavdelingen plukker ut en avdeling hvor de føler det er et ekstra behov for kvalitetssikring og revisjon. Informantene mener at revisjonene har bidratt til å skjerpe fokuset på de klinikkene og avdelingene som har blitt revidert. I tillegg kan de enkelte klinikkene på sykehuset, i følge informantene, be om internrevisjoner selv. Kodeveilederen fra OUS bekrefter dette, men sier at de frem til nå ikke har benyttet seg av dette tilbudet. Analysesjefen ved SiV kan fortelle at de per i dag har styrket internrevisjonen med noen årsverk, da arbeidet på dette området frem til nå har vært for dårlig. Han uttrykker også et ønske om at staten hadde mobilisert Riksrevisjonen til å gjennomføre flere eksterne revisjoner enn hva som er tilfelle i dag. Dette bidrar til å skjerpe oppmerksomheten og sette større fokus på kodekvaliteten.

### 5.3 Utsiktede konsekvenser

*H3: Innsatsstyrt finansiering kan forårsake utilsiktede konsekvenser for spesialisthelsetjenesten.*

Dagens finansieringssystem skal i all hovedsak bidra til at de regionale helseforetakene ivaretar sitt ”sørge-for” ansvar, jmfør kapittel 2.2.1. Overlegen ved SiV poengterer at dersom sykehusene ikke koder tilstrekkelig, vil inntektene fordeles feil. Dette kan få konsekvenser for sykehusenes drift og hvilket tilbud de kan gi pasientene. Han viser til et konkret eksempel. Etter å ha endret hoveddiagnose på en spesifikk pasientgruppe, i tråd med regelverket, gikk refusjonen opp 12 millioner fra det ene året til det andre. Den økte inntekten medførte blant annet at avdelingen kunne ansette tre nye overleger, og de fikk økonomisk armslag til å kjøpe inn nytt og bedre utstyr. Hadde de ikke oppdaget feilen, hadde ikke tiltakene vært mulig å gjennomføre.

Overlegen ved Diakonhjemmet sykehus påpeker at en sykehusavdeling som går med underskudd på grunn av dårlig kodekvalitet/underkoding, sannsynligvis ikke vil forstå hvorfor de til stadighet ikke får endene til å møtes. Dette vil ramme hele avdelingens drift. Når rammetilskuddet er brukt opp vil det ikke være lønnsomt å produsere mer aktivitet. Dersom man fortsetter å produsere, vil man jobbe på billigsalg/rabatt, ettersom bidraget fra ISF-refusjonen ikke vil dekke de variable kostnadene. Resultatet vil bli at avdelingen vil se seg nødt til å redusere tilbudet. Ved motsatt tilfelle vil en avdeling som overkoder ”stjele” ressurser som egentlig skulle vært brukt på andre pasienter. I et slikt tilfelle vil en annen pasient ikke få et tilbud fordi pengene er feilfordelt. Dette mener han er resultatet av at staten har gjort sykehusenes inntekter avhengig av de ”tastetrykkene” legene gjør. Riksrevisjonen påpekte blant annet at svak kodekvalitet kan gi utilsiktet ressursfordeling mellom avdelingene internt i helseforetakene, og dette vil kunne påvirke prioriteringen av pasientgrupper (Riksrevisjonen 2009). En av informantene tilknyttet sykehussektoren påpeker også at feilkoding kan gå ekstremt utover hvilke tilbud som kan gis til pasientene:

*”Jeg er ikke så opptatt av at noen får for mye, men heller konsekvensene av at andre får for lite. Dette går ekstremt utover behandlingen av pasientene. Man presser liggetider, skjærer ned på personal og renhold og kutter ned på antall sekretærer.”*

Et av målene ved innsatsstyrt finansiering var økt produktivitet, se kapittel 2.3.2. Dette målet mener blant annet analysesjefen ved SiV er nådd. Han forteller at dersom de ser på antall pasienter som går gjennom systemet og antall pasienter som får behandling, så har det økt. Samtidig poengterer han at dette kan ha skjedd fordi de samtidig har pøst på med ressurser. Det har vært en formidabel kostnadsøkning i samme periode. Han mener det er vanskelig å si hva som har medført hva. Dette bekreftes også av informanten fra Helse- og omsorgsdepartementet. Hun mener vi derfor ikke kan sammenligne produktiviteten og effektiviteten i sykehusene under rammefinansieringsperioden og nå. Hun mener at dersom vi hadde økt rammebevilgningen, uten å innføre ISF, så ville vi nok fått samme resultat. Hun mener at sykehussektoren vil være vel så produktiv bare de får tilstrekkelig økonomisk armslag. Den ene overlegen ved Ahus hevder at ISF har medført at de har

fått kontroll over inntektene. Kostnadene har de hatt større problemer med, og dette er årsaken til at de hvert år går med underskudd.

Enkelte trekker frem at innsatsstyrt finansiering ikke fungerer like godt på alle sykehusavdelinger. En av overlegene på Ahus jobber på en avdeling med mye dagkirurgi. Han mener at denne avdelingen egner seg ypperlig for stykkprisfinansiering. De kan legge opp rutiner for pasientforløp, strukturere det og lage effektive systemer. Han trekker frem at det er det ISF skal stimulere til. De kan nå behandle mange flere pasienter, ettersom de får betalt for det. ”Det ble en veldig stimulans til raske behandlinger og korte liggetider. Samtidig er det en fare for at pasienten sendes hjem for tidlig og kommer til nye innleggelser”. Han nevner at reinnleggelser har vært en utfordring med ISF-systemet. Den andre overlegen ved Ahus mener sykehusavdelingen han er leder for ikke egner seg for stykkpris. På denne avdelingen behandler de mange eldre pasienter hvor behovene ofte retter seg vel så mye mot omsorgsbiten. ”Ved bruk av ISF stimuleres man til å gjøre så lite som mulig for å maksimere profitten”. Han hevder systemet direkte legger opp til aldersdiskriminering. Dersom avdelingen hadde vært rammefinansiert hadde man ikke vært avhengig av å få pasientene fort gjennom systemet, og kan derfor bruke tid på å gi den enkelte pasient den tiden hver enkelt trenger. Samtidig legger han til:

*”Eldre pasienter burde hatt høyere vektning fordi de ikke klarer å forstå ting like raskt, trenger mer tid, og blir derfor ulønnsomme. Min avdeling blir på bakgrunn av dette ulønnsom i forhold til andre avdelinger hvor ISF egner seg bedre... Økonomisk katastrofe. Samme DRG-kode, men ulike økonomiske utfall avhengig av om det er unge eller eldre pasienter”.*

Informanten fra Avregningsutvalget viser til at en avdeling som har mye øyeblikkelig hjelp egner seg dårlig til stykkprisfinansiering. Hvis avdelingene baserer budsjettene på den øyeblikkelige hjelpen vil de bli svært sårbare i perioder hvor aktiviteten er lav. Slike avdelinger kan ikke selv styre aktiviteten, og det er derfor vanskelig å budsjettere på bakgrunn av inntekter fra ISF-systemet. Jo høyere ISF-andelen blir, jo verre blir også disse utslagene.

Det skal i utgangspunktet være de regionale helseforetakene som mottar refusjonen fra staten, men de står fritt til å bestemme hvordan de velger å fordele inntektene, se kapittel 2.3.2. De fleste av våre informanter forteller at de regionale helseforetakene fører refusjonen helt tilbake til avdelingen som produserte aktiviteten og den tilhørende DRG-inntekten. Informanten fra Helsedirektoratet kan fortelle at de i alle sammenhenger kommuniserer at ISF-ordningen ikke egner seg som et finansieringssystem på et lavt nivå, eksempelvis avdelingsnivå, fordi kostnadsberegningene ikke reflekterer kostnadene knyttet til hver enkelt pasientbehandling. Jo lenger ned i systemet refusjonen tilbakeføres, jo større blir skjevfordelingen av fellesskapets ressurser internt i helseforetakene.

At refusjonen kanaliseres tilbake til behandlende avdeling medfører at kostnadsvektene får alt for mye oppmerksomhet, hevder vår informant fra Avregningsutvalget. Dette har vist seg å stemme godt overens med meningene til våre øvrige informanter. Informantene har trukket frem at kostnadsvektene ikke alltid oppleves som rettferdige og i mange tilfeller ikke reflekterer det reelle kostnadsbildet. Begge økonomilederne ved OUS skulle ønske at systemet hadde vært mer finmasket. De kan fortelle at ved OUS har de mange kostnadskrevede pasienter, som legger beslag på mye mer ressurser enn refusjonen de mottar. Begge skulle sett at inntektene hadde reflektert kostnadene i større grad enn hva som er tilfelle i dag. Analysesjefen ved SiV mener det har oppstått manglende aksept i helsesektoren for å tenke gjennomsnitt, og han tror vi nærmer oss en grense hvor transaksjonskostnadene for å tilpasse systemet er høyere enn nytteeffekten det vil gi. Han la spesielt vekt på:

*”Det har slått meg at det er de samme folkene som sier at ISF er for vanskelig, blir mer og mer komplekst, og at vi ikke kan regnes med å holde oversikten, som presser på for å få en løsning for sin egen pasientgruppe. Det er en egen motor i sektoren for å raffinere og nyansere ordningen. Antallet prisregler har økt, vi har fått flere DRG-er og flere regler å ta hensyn til. Det er en manglende aksept i sektoren for å tenke gjennomsnitt. Sektoren tenker kostnad per pasient, takst og refusjon for egne pasientgrupper”.*

Denne problematikken er også belyst i en artikkel i Dagens Medisin, 08.05.13 (Hanger 2013). Torgeir Wyller hevder at mange sykehusleger mener at DRG-

refusjonen for akkurat deres pasienter er for lav i forhold til pasienter innenfor andre fagområder. Derfor gjør man det til en kampsak om å få løftet DRG-satsen for akkurat de diagnosene man selv arbeider med. Resultatet blir en intern kamp legene imellom i forhold til prisen man får per pasient.

Vår informant fra Avregningsutvalget hevder at kostnadsvektene kan bidra til å skape uheldige konsekvenser for kodepraksisen på de ulike sykehusene og for pasienttilbudet. Informanten viser til enkeltsaker Avregningsutvalget har behandlet, hvor helseforetak bevisst har brukt feil kode fra DRG-systemet for sikre seg betaling for gjennomførte pasientbehandlinger. Dette mener hun er direkte juks. Hun forteller videre at sykehusene argumenterer med at dersom de ikke kan få bruke de respektive kodene, vil den økonomiske situasjonen medføre at behandlingstilbudet for disse pasientgruppene vil bortfalle. Hun påpeker videre at det er umulig å si hvor utbredt kodemanipulasjon er da de, som nevnt i 5.2, kun tar seg av ”toppen av isfjellet”.

Til tross for at kostnadsvektene oppdateres årlig, se kapittel 2.4.2, er det en generell enighet blant våre informanter om at kostnadsvektene oppdaterer seg for sent og ligger på etterslep. En av overlegene ved Ahus fremhever blant annet at det på kirurgisk avdeling kommer stadig nytt engangsutstyr som skal gi bedre og sikrere behandling. Han sier følgende:

*”Engangsutstyr som ofte gir bedre behandling eller sikrere behandling, bedre kvalitet eller mindre plager for pasienten, kan være forholdsvis dyrt. DRG- satsen er den samme enten man benytter engangsutstyret eller ikke. ISF kan derfor være hemmende for å ta i bruk nye og bedre behandlingsmetoder. Metoder som vi mener kan være med på å løfte kvaliteten på forskjellige områder enten det gjelder pasientfornøydhet, sluttresultat eller smerter underveis og lignende”.*

Kostnadsvektene kan også medføre en fare for at lønnsomme pasienter prioriteres på bekostning av de ulønnsomme pasientene, hvilket alle våre informanter kommer inn på. Alle påpeker samtidig at dette ikke er utbredt. Det er dog enighet om at sykehuset i enkelte situasjoner kan bli fristet til å ta beslutninger ut fra økonomiske hensyn. Økonomilederen ved OUS påpeker at det kan være en fare for at pasienter som betaler

seg godt blir prioritert med det formål å redde budsjettet. Den ene overlegen ved Ahus kunne fortelle at for de planlagte elektive behandlingene, er det veldig lett å se hva slags behandlinger som er lønnsomme. Dersom man ser at en type behandling er økonomisk lønnsom, er dette uten tvil stimulerende for å få gjennomført disse behandlingene. ”Jeg kan redde hele budsjettet bare ved å ta inn en haug av pasienter med skjeve neser”. Til tross for dette trekker overlegen ved Diakonhjemmet frem at sykehuset ikke kan ”trikse” for mye med DRG-ene. Dette vil medføre at ventelistene for de ”ulønnsomme” pasientene blir for lange, og dette vil da bli sett på som mistenksomt. Sykehuset er veldig tydelige på at man ikke skal ”shoppe” i DRG, avslutter han.

Dokumentarartikkelen *Bivirkningen* (Butenscjon 2012) kritiserer dagens helsevesen for å belønne komplikasjoner fremfor omsorg, og for å se på pasienter som lønnsomme eller ulønnsomme. En av overlegene ved Ahus påpeker at de alvorligst syke pasientene vil få behandlingen de trenger uansett hvor lønnsomme eller ulønnsomme de er. Han hevder at som lege tenker du aldri pris og refusjon i møte med pasienten:

*”Det er ingen som avslutter operasjonen før de er fornøyde. Det er ingen som tenker på pengene når de opererer. Eller på en sengepost. Økonomien har betydning for de store tallene, men ikke for den enkelte pasient”.*

Han sier videre at prislister kan gi et stimuli til å fylle på med flere lønnsomme pasienter for å dekke opp underskuddet fra de ”ulønnsomme” pasientene. Han påpeker derimot at dette ikke alltid lar seg gjøre på grunn av kapasitetsproblemer. John Ræder, professor og overlege, uttalte i dokumentarartikkelen *Bivirkningen* at desto mer lønnsom prislappen rundt pasientens hals er, jo mer tvilsomt oppfører helsevesenet seg (Butenscjon 2012). Vår informant fra Helse- og omsorgsdepartementet beskriver følgende bilde:

*”Helsevesenet trenger å gå bort fra tankegangen som ISF medbringer. Dette med at man hele tiden skal tenke på hva slags tjenester og hva slags inngrep man tjener mest på. Man tenker på helsetjenester som varer i et marked. Det er ødeleggende for helsevesenet. Så lenge man har ISF vil man hele tiden ha et innslag av dette”.*

De fleste av intervjuobjektene påpeker at innsatsstyrt finansiering har medført en større risiko for overbehandling. De stiller seg spørrende til hvorvidt ISF har stimulert til økt aktivitet på de riktige områdene. Informanten fra Diakonhjemmet påpeker at dersom samfunnet tar bort tilbudsbegrensningene, så vil etterspørselen bare øke. I dagens samfunn er det stilt store krav til en klagefri tilværelse, hvor det ikke engang er godtatt med tidsklemme. Dette mener han også gjenspeiler seg i behandlingene helsevesenet tilbyr. Analysesjefen ved SiV mener vi ser dette tydeligst blant de pasientene som ikke har noen kø å stå i. I dag behandler vi ”plager” og ”skavanker” som tidligere ikke ble ansett som sykdom. Dersom sykehuset har ledig kapasitet, så fylles det på med stadig friskere mennesker. Allmennlege Jørgen Skavlan hevder at stykkprisene premierer sykkelighet fremfor friskhet. I sin arbeidshverdag stiller han seg ofte spørsmålet om hvorvidt han like ofte er med på å sykeliggjøre pasienter som å bidra til et godt liv (Butenscjon 2012). Den ene overlegen ved Ahus kommenterte følgende:

*”Dersom det stimulerer til å behandle flere og flere pasienter med inngrodd tånegler og skjeve neser, så er dette helt klart gal stimulering. På de områdene hvor satsene er for gode, er dette helt klart et problem. Ett år hadde pustestopp under søvn og snorking en takst som var helt borti skodden. Den var fem ganger så høy som den burde være. Når det var så godt betalt så var det jo en risiko for at man overbehandlet”.*

Informanten fra Diakonhjemmet sykehus trekker frem at ISF-systemet kan bidra til at avdelingene skifter fokusområde fra år til år. Dette kan være en utilsiktet konsekvens ettersom kostnadsvektene endrer seg hvert år, sier han. Et område man tjener mye på ett år, kan man risikere å ikke tjene så mye på året etter. Det er viktig at en sykehusavdeling er lojal mot den spesialiseringen som er valgt og ikke bytter strategi på grunn av at refusjonen endres. Økonomilederen ved OUS nevner det samme problemet og argumenterer videre med at dette er en av grunnene til at ISF ikke kan anses som et insentivsystem. De skulle gjerne ha tenkt seg at prisene hadde vært faste, slik at eventuelle effektivitetsgevinster kan bli igjen på sykehuset. Han viser til et konkret eksempel hvor en av avdelingene hadde klart å redusere liggetiden fra 12 til fem dager. Resultatet ble at prisen gikk ned året etter. I ettertid opplever han det som

vanskelig å skulle forklare en avdelingsleder at resultatet av god innsats er at finansieringen har gått ned.

Informanten fra Avregningsutvalget fremhever at de økonomiske insentivene og risikoen for vridningseffekter blir sterkere dersom ISF-andelen øker. En av våre informanter tilknyttet helsevesenet hevder at allerede når ISF-andelen overstiger 20 %, blir utslagene betydningsfulle. Dette mener hun har en sammenheng med at hvert sykehus og sykehusavdeling blir driftet som små butikker med krav om å gå i budsjettbalanse. Informanten fra Avregningsutvalget mener også at dette har sammenheng med at sykehusene styres etter inntekter. Konsekvensene kan bli enda verre ettersom ISF-en tilbakeføres til behandlende enhet. Jo høyere ISF-andelen blir, jo mer sårbare blir avdelingene dersom aktivitetsplanen ikke følges, og fristelsene desto sterkere. Faren for kodemanipulasjon og vridningseffekter blir ikke akkurat redusert av å øke ISF-andelen, avslutter hun.



## KAPITTEL 6 - Diskusjon

I dette kapitlet vil vi drøfte hver av de tre hypotesene i lys av kunnskap vi har tilegnet oss gjennom dybdeintervjuene og relevant teori i kapittel 2 og 3. Drøftingen vil forsøke å gripe meningsinnholdet som fremkom under intervjuene, og deretter se de identifiserte mønstrene i lys av det teoretiske rammeverket. Drøftingen vil kun bestå av våre meninger og oppfatninger, men med henvisninger til de nevnte kapitlene for begrunnelse av påstandene. På bakgrunn av dette vil vi forsøke å komme frem til en konklusjon på oppgavens hovedproblemstilling. Avslutningsvis vil vi komme inn på implikasjoner og begrensninger ved oppgaven, samt forslag til fremtidig forskning.

### 6.1 Diskusjon av hypoteser

På bakgrunn av meningene til våre informanter, relevant teori og ulike medieoppslag, vil det være sannsynlig at de tre hypotesene holdes.

#### 6.1.1 Økonomifokus

*H1: Det er et større fokus på økonomiske mål fremfor mål knyttet til behandlingskvalitet i spesialisthelsetjenesten.*

Studien vår indikerer at de ansatte i helsesektoren i stor grad opplever at de blir målt på bakgrunn av kvantifiserbare størrelser, hvilket kan skape en dreining av fokuset i retning av de økonomiske målene. Det kan virke som at mål knyttet til behandlingskvalitet er vanskeligere å måle og deretter følge opp. At ledelsen retter mye oppmerksomhet på den økonomiske situasjonen på sykehuset og kodingens betydning i finansieringssammenheng, kan også ha medvirket til at informantene mener de i størst grad måles på bakgrunn av økonomiske mål. Samtidig har vi fått inntrykk av at de kvalitetsmålene legene styres etter, verken aksepteres eller oppleves som gode mål på behandlingskvaliteten. Informasjonen vi har tilegnet oss gjennom våre intervjuer indikerer derfor støtte for hypotese 1.

Hovedmålet til styringsideologien New Public Management var at offentlige virksomheter skulle opparbeide seg bedre kostnadseffektivitet. Kostnadskutt, effektiv

drift og unngåelse av sløsing sto sentralt (Christensen 2010). Vi er av den oppfatningen at ressurstilgangen alltid vil være en flaskehals i offentlige virksomheter, noe som innebærer at vi aldri vil komme i en situasjon hvor fokuset på de økonomiske målene vil være fraværende. Dette ble spesielt påpekt av vår informant fra SiV, som la vekt på at dersom du gir helsesektoren frie tøyler, vil ressursbruken komme ut av kontroll og det er heller ikke en ønsket situasjon. Mål skal bidra til å skape retning for både oppmerksomheten og handlingene de ansatte foretar seg (Locke & Latham 1990). Dette kan indikere at det er nødvendig å ha et visst fokus på de økonomiske målene for å kunne kontrollere ressursbruken og hindre at vi havner i en situasjon hvor helsepersonellet tillater seg å sløse med allerede begrensede ressurser. Det kan også hevdes at god økonomi er god kvalitet. Gjennom god økonomistyring kan ledelsen legge til rette for et helsevesen hvor det skapes mest mulig helse i hver krone. Vi anser derfor økonomisk rettede mål som en forutsetning for god kostnadseffektivitet.

Vi har fått inntrykk av at de enkelte sykehusavdelingene står ansvarlige for sine egne resultater. Inntektsbudsjettene baserer seg blant annet på aktivitetsmålene og den tilhørende ISF-refusjonen. Dette kan medføre at ledelsen på de ulike sykehusavdelingene fokuserer mye på å nå aktivitetsmålene. Den ene økonomilederen på OUS påpekte blant annet at aktivitetsmålene får mye oppmerksomhet i ledermøtene. Dette er i tråd med intensjonene bak New Public Management, hvor inntekter og kostnader skal isoleres til hver enkelt enhet, slik at enhetene står ansvarlige for sine egne resultater med det formål å oppnå bedre effektivitet (Eliassen & Sitter 2008). At våre informanter føler at det blir fokusert mye på de økonomiske målene, kan derfor komme som en naturlig konsekvens av at sykehusavdelingene blir styrt som resultatenheter. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2013) ønsker ethvert menneske i utgangspunktet å vise til gode resultater. Etersom avdelingsledelsen har som hovedoppgave å sørge for at driften går i balanse, har vi fått inntrykk av at dette fokuset også forplanter seg nedover i styringslinjen og ned til den enkelte lege. Etersom inntektene i tillegg er knyttet til DRG-systemet, vil den enkelte lege i tillegg komme i direkte kontakt med økonomien i sitt daglige virke. Våre informanter gir også uttrykk for at den medisinske kodingens formål for finansieringen av sykehusene har fått mye oppmerksomhet. Denne antagelsen får støtte av Kastberg og Siverbo (2007) som i sin artikkel viser til at aktivitetsbasert finansiering øker den økonomiske

bevisstheten i helsevesenet og trenger inn i den enkeltes profesjonelle autonomi og innflytelse.

Våre informanter tegner et bilde av at legene er negativt innstilt til det økende økonomiske fokuset i sykehuset, og at de skulle ønske at faget hadde fått mer oppmerksomhet. Dette gir blant annet en indikasjon på at legene på gulvet ikke aksepterer målene. Dersom målene ikke aksepteres vil det være vanskelig å motivere de ansatte til å jobbe mot målene (Locke et al. 1981). Vi sitter igjen med et inntrykk av at leger i alle tilfeller vil prioritere pasientene, uavhengig av om de økonomiske målene nås eller ei. Dette kan indikere at legene ikke har en sterk indre motivasjon for å jobbe mot de økonomiske målene. En person som er indre motivert jobber ut fra egne verdier og selvtilfredsstillelse (Hoff & Bragelien 2009). Vår oppfatning er at leger i all hovedsak ønsker å bruke all sin tid og energi på pasientene. Antagelsen er blant annet basert på at våre informanter uttrykker at leger i utgangspunktet ikke interesserer seg for økonomi, og at økonomiske mål ikke fanger legenes oppmerksomhet.

Med inntoget av NPM ble det, i følge Christensen (2010), lagt stor vekt på å utarbeide klare målsetninger og resultatkrav. Målene skulle helst utarbeides i kvantitative termer for å gjøre dem etterprøvbare. Våre informanter trekker frem at mål knyttet til behandlingskvalitet er vanskelig å utforme i en kvantitativ form. Analysesjefen ved SiV trekker blant annet frem at de ikke har klart å få mål knyttet til behandlingskvalitet inn i overlegenes lederavtaler. Våre funn tyder på at utfordringene knyttet til å kvantifisere gode kvalitetsmål er en av hovedårsakene til at informantene mener at de først og fremst blir målt på bakgrunn av økonomisk rettede mål. Denne påstanden støttes også opp av Jacobsen og Thorsvik (2013) som skriver at kvantitative mål har stor gjennomslagskraft på bakgrunn av at de er lette å forstå og formidle. I tillegg hevder Colbjørnsen et al (2000) at objektive resultatmål gir klarere kriterier for hvorvidt målene holdes. Etersom objektive mål gir de ansatte klare signaler rundt deres handlinger og beslutninger i arbeidet, anser vi at dette kan være blant årsakene til at de kvalitative målene ser ut til å komme i skyggen av de kvantitative målene i helsesektoren.

Samtidig gir flere av informantene uttrykk for at de ansatte ønsker at det blir lagt større vekt på kvalitetsmålene. Enhver sykehusavdeling ønsker å få tilbakemelding på hvordan kvaliteten og standarden på behandlingen er i forhold til andre sykehus. Dette kan indikere et behov for å operasjonalisere gode kvalitetsmål. Ved å utarbeide operasjonelle mål knyttet til behandlingskvalitet, vil man i større grad kunne få tydeligere tilbakemeldinger på hvorvidt målene nås eller ei. Målene kan videre brukes som styringsinformasjon i helsesektoren på samme måte som de økonomiske målene og påvirke fagmiljøene positivt. Senter for statlig økonomistyring (2010) legger spesielt vekt på at offentlige virksomheter bør fokusere på kvalitetsmålingen. Hovedårsaken er at det ikke eksisterer et eksternt marked hvor etterspørselen direkte kan indikere kvaliteten. For at helsesektoren skal få bekreftet eller avkreftet hvorvidt en behandling er god eller ei, anser vi det som viktig at det utformes mål som fanger opp disse forholdene.

Under intervjuene fikk vi imidlertid et inntrykk av at det hersker ulike syn mellom de ulike yrkesgruppene i forhold til hva de mener kan defineres som mål på kvalitet. Informantene i administrative stillinger oppgir at de har gode feedbacksystemer på kvalitet, og at kvaliteten løpende overvåkes ved hjelp av indikatorer som ventetid, liggetid og sykehusinfeksjoner. Informantene som arbeider som leger eller annet helsepersonell, uttrykker på sin side at slike indikatorer ikke er gode mål på kvaliteten på sykehusavdelingene. En av våre informanter uttalte blant annet: ”Man er opptatt av å telle hvor mange som kommer inn, og hvor mange som kommer ut, hvor lenge de hadde ventet, hvor lenge de lå”. Dette kan tolkes som et tegn på det Jacobsen og Thorsvik (2013) omtaler som overmåling. Ettersom mye av det organisasjoner driver med kan være uklart og derfor vanskelige å måle objektivt, kan det være fristende å måle kun de indikatorene som lett lar seg måle, til tross for at disse målene i realiteten ikke er de viktigste. Våre informanter mener at disse tellbare størrelsene ikke reflekterer effekten av de behandlingene som blir gitt, og at målene derfor ikke aksepteres som kvalitetsmål i fagmiljøene.

Den manglende aksepten for kvalitetsmålene kan tolkes som et tegn på at helsepersonellet savner tydelige mål knyttet til behandlingseffektene. Det er rimelig å anta at legene ønsker å få tilbakemelding på hvor mye friskere pasienten ble eller hvilken forbedret livskvalitet behandlingen ga. Dette er også noe Senter for statlig

økonomistyring (2010) legger spesielt vekt på ved utformingen av institusjonenes hovedmål. Målene skal rettes mot hva virksomheten skal resultere i for brukerne, eierne eller samfunnet. En av våre informanter uttrykker blant annet frustrasjon over at de genererer DRG-poeng uavhengig av hva behandlingen har resultert i for pasienten. Informantens utsagn kan relateres til effektmodellen, som vist i figur 3.1. I følge modellen er produktet selve resultatet av de handlingene som er utført. Et eksempel på dette kan være et DRG-poeng. Effektene derimot, er den måloppnåelsen eller nytten som er skapt. Produktet er ikke et mål i seg selv, men skal bidra til å skape effektene (Opstad 2003). Våre funn kan indikere at legene er negative til fokuset på aktivitetsmålene og DRG-poengene, fordi DRG-systemet ikke tar hensyn til behandlingseffektene. DRG-systemet fanger ikke opp hvilke effekter behandlingen har gitt, kun hva som har blitt gjort. Vi anser derfor våre informanter opplever det som frustrerende å få en klapp på skulderen for å ha gjennomført en behandling, til tross for at behandlingen ikke ga de effektene man hadde ønsket.

Flere av våre informanter gir uttrykk for at målene i oppdragsdokumentene fra staten ikke lar seg oppnå samtidig. En av overlegene på Ahus påpeker blant annet at korte liggetider og et mål om at pasientene skal oppleve god kvalitet og service, ikke alltid er forenlig. Dette kan tale for at målkonflikt er et problem. Jacobsen og Thorsvik (2013) hevder at målkonflikt er ensbetydende med at det er konflikt mellom ulike målsetninger, samt at offentlige organisasjoner er spesielt utsatt for slike problemer. I dette tilfellet er det konflikt mellom målene knyttet til kostnadseffektivitet versus målene knyttet til behandlingskvalitet. Dette kan også tyde på at legene på gulvet og ledere, ofte økonomer, har forskjellig forståelse av hvordan målene kan oppnås. Ledere vil ofte ha et mål om korte liggetider for å skape rom for nye pasienter og nye DRG-poeng. Legene på sin side, har direkte kontakt med pasientene og vil vite best hva slags behandling som er optimal, og hvor mye tid og ressurser hver behandling legger beslag på.

## 6.1.2 Oppfølging og kontroll

*H2: Det er mangel på tilstrekkelig oppfølging og kontroll av den medisinske kodingen.*

Oppgavens funn tyder på at det er noe ulik praksis på de ulike sykehusene, men at helseforetakene og sykehusene generelt sett har en utfordring i forhold til å implementere en effektiv og tilstrekkelig internkontroll for å sikre at retningslinjene for ISF etterleves. På bakgrunn av et komplekst system, dårlig kunnskap om DRG-systemet og manglende interesse blant legene, ser det ut som at den kodekvaliteten som foreligger i dag ikke er tilstrekkelig god. Dette indikerer et behov for ytterligere oppfølging og kontroll av den medisinske kodingen. På bakgrunn av argumentasjonen er det sannsynlig at hypotese 2 støttes.

Prinsipal-agentteorien kan gi innsikt og forståelse for styringsproblemer innenfor offentlig sektor. Teorien går ut på at det inngås kontrakter mellom en eier, prinsipal, og de ansatte, agenter. Arbeidsoppgaver blir delegert til agentene som handler på vegne av prinsipalen, og skal ivareta prinsipalens interesser (Hoff & Bragelien 2009). Denne teorien kan forklare enkelte av utfordringene knyttet til kontroll og oppfølging av DRG-systemet. Staten kommuniserer retningslinjer og regelverk for den medisinske kodingen som sykehusene er bedt om å følge. Informasjonen vi har tilegnet oss indikerer at sykehusene og de enkelte legene i enkelte tilfeller ikke handler direkte i tråd med statens mål. Våre informanter trekker frem manglende interesse blant legene som en av hovedårsakene til at kodearbeidet ikke prioriteres og at feil oppstår.

Manglende interesse for å kode kan være å betegne som interessemotsetninger mellom staten og legene. Busch et al (2011) fremhever blant annet at ulike mål er en av hovedårsakene til at prinsipal-agentrelasjoner kan skape problemer. Ulike mål kan oppstå fordi prinsipalen har et mer overordnet ansvar og derfor fokuserer på de overordnede målene og på en helhetlig vurdering. Agenten på sin side, har mer kontakt med brukergruppene og vil i mange tilfeller fokusere mer på deres behov og mål. Staten fokuserer på at korrekte data blir kommunisert til Norsk pasientregister og Helsedirektoratet, slik at pengene blir riktig fordelt. Det kan imidlertid virke som om

legene, til tross for at de har hovedansvar for den medisinske kodingen, ikke anser dette som sin hovedoppgave. Innenfor agentteori forutsettes det at individene er nyttemaksimerende i sin atferd (Busch et al. 2011). Legene synes å være mer opptatt av å realisere sine egne interesser. Vi har fått inntrykk av at de heller vil prioritere pasienter og andre oppgaver som er direkte knyttet til utøvelse av yrket. Å sette seg inn i et komplisert regelverk, samt sette av tid og ressurser til å kode korrekt, er ikke handlinger som etter vår mening vil maksimere en leges nytte. Dette taler for at kodearbeidet ikke blir tilstrekkelig prioritert.

Videre fremheves det i prinsippal-agentteorien at omfanget av asymmetrisk informasjon kan bidra til å komplisere agent-prinsipalforholdet (Busch et al. 2011). Asymmetrisk informasjon innebærer at agenten besitter informasjon som ikke deles med prinsipalen, og dette skaper problemer for prinsippal-agentforholdet (Hoff & Bragelien 2009). Omfanget av asymmetrisk informasjon kan antas å forsterke kontrollbehovene i helsesektoren. Legene har full informasjon om pasientene, sykdomsbildet, diagnoser og eventuelt hvilke muligheter som finnes i kodesystemet. Ut fra informantenes uttalelser anser vi direkte kodemanipulasjon, altså bevisst juks, som lite utbredt. Det kan virke som at det er en generell motstand i legegruppen mot å kode for å tjene penger, se kapittel 5.1. Det er dog vanskelig å trekke fullstendige konklusjoner på bakgrunn av at kodemanipulasjon i utgangspunktet kan være vanskelig å oppdage. Informantene har imidlertid gitt et inntrykk av at systemet i enkelte tilfeller baserer seg på subjektive vurderinger, hvor retningslinjene ikke alltid gir tydelig uttrykk for hvilken kode som skal brukes, se kapittel 5.2. Dette kan tolkes som ”gråsoner” i systemet. Gråsonene kan blant annet bidra til at sykehusene utnytter systemet til fordel for avdelingens vinning i de tilfellene hvor regelverket ikke har klare retningslinjer.

Lov om statlig tilsyn med helsetjenester, §3, fastslår at alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal ha et internkontrollsystem (Helse- og omsorgsdepartementet 1984). En effektiv internkontroll kjennetegnes blant annet av at ledelsen viser et tydelig engasjement og ansvar for styring og kontroll (DFØ 2013). Vi oppfatter at sykehusavdelingene etterlever disse retningslinjene i varierende grad. De intervjuede avdelingslederne hevder at ikke alle utfører kontrollen like nøyaktig, og at det er veldig personavhengig hvor god kontrollen er. På de sykehusavdelingene

hvor avdelingsoverlegene selv er personlig interessert i å kode korrekt, indikerer funnene at internkontrollen er god. Vi har imidlertid fått inntrykk av at dette ikke er tilfelle på alle sykehusavdelingene. Denne antagelsen bekreftes av Direktoratet for økonomistyring (2013), som fremhever at ledelsens egen atferd, etikk og holdninger, ofte omtalt som «tonen på toppen», har stor betydning for at alle ansatte forstår og etterlever etablert internkontroll.

En effektiv internkontroll skal videre bidra til å sikre korrekt og pålitelig rapportering. Korrekt og pålitelig rapportering forutsetter at de ansatte kjenner til hvilke lover og regler som gjelder for virksomheten, og at disse etterleves (COSO 2013). Basert på oppgavens funn, tolker vi det dithen at helseforetakene har en utfordring i forhold til å sikre pålitelig rapportering. Våre informanter legger tydelig vekt på at manglende kunnskap om medisinsk koding, samt et komplisert regelverk, er blant hovedårsakene til at kvaliteten på den medisinske kodingen ikke er tilstrekkelig. Den manglende kunnskapen indikerer at de ansatte ikke kjenner til gjeldende retningslinjer for den medisinske kodingen. Funnene i Riksrevisjonens rapport, se kapittel 5.2, bekrefter det samme. Informasjonen fra DRG-systemet benyttes også som grunnlag for forskning og statistikk. Dette fordrer korrekt datagrunnlag, hvilket igjen understreker behovet for en effektiv internkontroll.

Funnene indikerer variasjon i kontrollmiljøet på de ulike sykehusavdelingene. Målsetningene ved internkontrollen kan blant annet sikres gjennom et godt kontrollmiljø. Dette omfatter faktorer som integritet, etiske verdier og de ansattes kompetanse (COSO 2013). Dersom ledelsen klarer å fremme et kontrollmiljø og en arbeidskultur hvor de ansatte opparbeider seg integritet og holder fast ved verdier som verner om ærlighet og lojalitet til systemet, kan dette tenkes å styrke mulighetene for at systemet brukes og håndteres korrekt. Videre kan det bidra til mer pålitelig rapportering. Dersom ledelsen verken er interessert i eller legger vekt på å kommunisere viktigheten av god og rettmessig rapportering, mener vi dette vil kunne farge miljøet på arbeidsplassen og hvilke holdninger og praksiser som gjør seg gjeldende.

Helsedirektoratet, gjennom Avregningsutvalget, utøver selv også en del kontroll av kodingen. Dette anser vi at bidrar til å styrke kontrollen. Et eksternt kontrollorgan kan



bidra til at sykehusene ”skremmes” fra bevisst feilkoding. Dette ble spesielt poengtert av overlegen ved Diakonhjemmet, som sier han regner med at det blir ”tippet i kortene” og oppfører seg derfor deretter. Dette får støtte fra Roar Eilertsen (2003) i artikkelen ”Når sykehus blir butikk”, som mener at flere kontroller og mer offentlig oppmerksomhet vil avskrekke de ansvarlige fra bevisst feilkoding. Vi ser det derimot som negativt at Avregningsutvalget ikke tar i betraktning tilfeller hvor helseforetakene har fått for lite betalt. Rapportene fra Avregningsutvalget er offentlige, slik at alle kan se hvilke sykehus som har blitt tatt i å jukse. Basert på informasjonen fra våre informanter, er det grunn til å tro at underkoding også er et mye større problem enn bevisst feilkoding med sikte på økonomisk vinning. Ettersom Avregningsutvalgets arbeid sannsynligvis har bidratt til at helseforetakene ikke våger å jukse med kodene, kan det antas at denne effekten også ville gitt et tilsvarende resultat med hensyn til underkoding.

Gjennom dybdeintervjuene har vi fått inntrykk av at staten legger få føringer for hvordan helseforetakene skal sikre at legene koder i henhold til regelverket. Informanten fra HSØ hevder at staten i det store og hele baserer på tillitt. Den samme informanten savner også kvalitetsindikatorer for den medisinske kodingen, se kapittel 5.2. DRG-systemet er komplekst med hundrevis av ulike diagnoser og prosedyrekoder å velge mellom, hvilket kan tilsi at det kan være vanskelig for legene å vite hva som er korrekt å gjøre i ethvert tilfelle. COSO (2013) fremhever at ethvert foretak som står overfor risikoer bør gjennomføre risikovurderinger og iverksette kontrolltiltak. Kodekvaliteten vil være å anse som en risikofaktor, ettersom inntjeningen er nødvendig for å kunne tilby tilstrekkelig kvalitet på helsetjenestene. Ut fra våre funn kan det tyde på at helseforetakene ikke har iverksatt tilstrekkelige kontrolltiltak. En del av informantene nevner blant annet at de ikke sender legene på kurs, til tross for at manglende kunnskap blir oppgitt som en av hovedårsakene til at det forekommer feilkoding. På den annen side må det vurderes hvor mye tid og ressurser som skal ”stjeles” fra legene for å sikre at de koder korrekt. I utgangspunktet synes ikke legene å være interessert i dette. Det er rimelig å anta at jo mer legene blir pålagt, jo større vil også motstanden i legegruppen bli. Økte krav til rapportering og papirarbeid har blant annet farget mediebildet de siste årene og tegner et bilde av leger som føler verdifull pasienttid faller bort til fordel for papirarbeid.

Vi ser det også som en utfordring for helseforetakene å være åpne for å kunne sammenligne seg med andre sykehus. Ahus bruker kodekonsulenter for å kontrollere kodingen, noe som har vist seg å gi gode resultater, se kapittel 5.2. Samtidig stiller en del av de andre informantene seg kritiske til denne løsningen. Benchmarking kan gi nyttig informasjon og en pekepinn på hvordan man selv kan styre virksomheten for å skape bedre måloppnåelse (Opstad 2003). Motviljen mot å ta i bruk konsulenter anser vi at har sammenheng med at leger er svært profesjonsorienterte. Legene ser ut til å stille seg skeptiske til at utenforstående skal uttale seg om det arbeidet de har utført. Ettersom flertallet av legene ikke ønsker å ta i bruk kodekonsulenter, anser vi det som desto viktigere at legene har tilstrekkelig kunnskap for å kunne kode korrekt.

All kontroll og styring har sin pris. Ettersom prinsipalen mangler informasjon om hva agenten foretar seg, vil det oppstå agentkostnader. Kostnadene forbundet med at agenten utfører en jobb i strid med prinsipalens ønsker kalles avvikskostnader. Kostnadene for å redusere avvikskostnadene kalles systemkostnader (Opstad 2003). Styringen og kontrollen bør økes inntil marginale systemkostnader er lik marginale avvikskostnader. Prisen bør videre måles opp mot effekten den har på den totale måloppnåelsen. Vi anser det som viktig å vurdere hvor mye tid og ressurser man skal bruke for å sikre pålitelig og korrekt rapportering og dermed korrekt økonomisk oppgjør. På dette spørsmålet er det imidlertid vanskelig å komme frem til et konkret svar. Et avgjørende spørsmål bør være hvorvidt ytterligere kontroll er en fornuftig bruk av ressurser, og en slik tankegang bør veie tungt når en beslutning om ytterligere kontroll skal tas. Samtidig kan man stille seg spørrende til hvorvidt det i det hele tatt er korrekt å bruke et finansieringssystem hvor forskning indikerer at hele 40 % er kodet feil.

### 6.1.3 Utilsiktete konsekvenser

*H3: Innsatsstyrt finansiering kan forårsake utilsiktede konsekvenser for spesialisthelsetjenesten.*

Gjennom våre dybdeintervjuer har vi fått inntrykk av at det ligger insentiver i finansieringsordningen som kan forårsake utilsiktede konsekvenser for

spesialisthelsetjenesten. For det første har staten gjort 50 % av sykehusenes inntekter avhengig av den medisinske kodingen, hvilket kan bety at sykehus vil bli underfinansiert dersom kodekvaliteten er lav. Vi anser det dersom som en utfordring for underfinansierte sykehus å kunne leve opp til ”sørge-for” ansvaret. I tillegg vil ikke alle sykehusavdelinger egne seg for stykkprisfinansiering på grunn av problemer knyttet til mye uforutsigbar aktivitet. Måten kostnadsvektene er beregnet på vil også kunne bidra til å skape vridningseffekter. Enkelte behandlinger vil være underfinansiert og andre vil være overfinansiert, hvilket kan påvirke både valg av pasientgrupper, kvaliteten på tjeneste som kan tilbys, samt suboptimalisering internt i sykehusene. På bakgrunn av dette mener vi at det er belegg for å si at hypotese 3 støttes.

Dagens finansieringssystem skal legge til rette for at de regionale helseforetakene skal kunne ivareta sitt ”sørge-for”-ansvar. Dette ansvaret innebærer at befolkningen skal ha tilgang på gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av blant annet bosted (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). Det kan derfor stilles spørsmålstegn ved hvorvidt dette ansvaret kan etterleves, hvis samfunnets felles ressurser blir feilfordelt på grunn av mangel på en enhetlig kodepraksis. En av våre informanter legger spesielt vekt på konsekvensene av at et helseforetak får for lite ressurser. Disse sykehusene presses ytterligere på liggetider, blir nødt til å skjære ned på bruken av sykehuspersonale og lignende. En konsekvens av dette kan være at man risikerer at pasientene ikke mottar den samme behandlingskvaliteten og servicen på alle sykehus. Et sykehus med gode økonomiske armslag vil naturlig nok kunne tilby pasientene et bedre tilbud enn sykehus med dårlig økonomi. Riksrevisjonens undersøkelser har vist at opp til 40 % av kodingen er feil (Riksrevisjonen 2009). Man kan derfor stille seg spørrende til hvorvidt det er riktig å bruke et finansieringssystem hvor midlene stilt til disposisjon blir feil fordelt mellom partene, og hvor pasientene, som selv har betalt skatt for å få behandling, kan ende opp som de skadelidende.

Prinsippene bak å etablere interne markeder er at utføreren starter hvert regnskapsår uten finansiering. Utføreren må selge tjenester for å dekke opp for sine kostnader. Bak en slik tankegang er et av hovedmålene å øke produktiviteten (Busch et al. 2011). Dagens finansieringsordning tilfredsstillter denne tankegangen. For å tjene penger tar sykehusene inn pasienter og skal etter intensjonene få refundert marginalkostnadene

ved økt behandlingsskapasitet. Å øke produktiviteten var også et av formålene med å implementere ISF (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). Våre informanter påpeker at dette målet er innfridd. Analysesjefen ved SiV kunne fortelle at dersom du ser på antall pasienter som går gjennom systemet, har antallet økt og ventelistene gått ned. Informantene trekker frem at dette har vært det mest positive med dagens finansieringsordning. Det ligger økonomiske insentiver i ISF-systemet, som bidrar til at økt aktivitet også vil medføre at man får betalt for det. Den ene overlegen ved Ahus trekker også frem at det er jo faktisk dette ISF skal stimulere til. Den variable inntektsordningens påvirkning på produktiviteten ble også bekreftet av Lazear (2000). I hans artikkel blir sammenhengen mellom produktivitet og akkordlønn belyst. Etter innføring av akkordlønn i en virksomhet, kunne 22 % av produktivitetsendringen direkte knyttes til insentivbruken. Til tross for at disse to situasjonene ikke direkte kan sammenlignes, mener vi det gir et godt bilde av hvilke effekter økonomiske insentiver kan få for produktiviteten.

Samtidig påpeker noen av våre informanter at innsatsstyrt finansiering ikke egner seg på alle sykehusavdelinger. Per i dag finansieres all aktivitet med den samme fordelingen mellom den aktivitetsavhengige og aktivitetsuavhengige bevilgningen. Svendsen (2004) trekker frem at intensivintensiteten må vurderes i lys av hvilke påvirkningsmuligheter agenten, i dette tilfellet sykehusene, har på resultatet. Jo mer presist resultatet kan måles, jo høyere kan insentivintensiteten være. Gjennom dybdeintervjuene har vi fått inntrykk av at sykehusavdelinger som driver med mye planlagt og forutsigbar aktivitet, kan bruke ISF til å planlegge aktiviteten og lage effektive pasientforløp. Dette taler også for at insentivintensiteten kan være høy, ettersom sykehuspersonalet vet hva de har å forholde seg til, og hvordan fremtidig aktivitet vil påvirke både inntekter og kostnader.

På den annen side kan det virke som at ISF ikke egner seg like godt til å finansiere blant annet avdelinger med mye øyeblikkelig hjelp eller avdelinger hvor de i all hovedsak behandler eldre pasienter med et komplisert sykdomsbilde. Dette kan trekkes som en parallell til det Svendsen (2004) omtaler som støy i forbindelse med insentivintensiteten. Støy er andre forhold som kan påvirke resultatet, eksempelvis mye øyeblikkelig hjelp. Dersom støynivået er høyt, vil agenten ha redusert mulighet til å påvirke resultatet og insentivstyrken bør da være lavere. Dette kan også være en

av årsakene til at vår informant fra avdelingen med mange eldre pasienter mener at avdelingen bør rammefinansieres.

Svendsen (2004) påpeker også at man må ta hensyn til hva slags resultater man vil belønne ved valg av insentivintensitet. Alle resultatmålene må være i tråd med bedriftens mål og strategi. Dersom styrken er overdreven på områder som ikke bidrar til å realisere strategien, kan vridningseffekter oppstå og styrken bør være lav. Hovedmålet til et sykehus er å leve opp til ”sørge-for” ansvaret, og derfor tilby befolkningen gode og likeverdige helsetjenester. Tatt i betraktning uttalelsen fra den ene overlegen fra Ahus; ”ved bruk av ISF stimuleres man til å gjøre så lite som mulig for å maksimere profitten - systemet legger direkte opp til aldersdiskriminering”, så taler uttalelsen for at man bør bruke insentiver med forsiktighet på områder hvor insentivene stimulerer til handlinger som ikke er i tråd med strategi og hovedmål. I verste fall kan det tenkes at kvaliteten på behandlingen disse pasientgruppene mottar blir dårligere, ettersom insentivene i utgangspunktet stimulerer til det.

I følge Prendergast (1999) kan dysfunksjonell atferd oppstå fordi en intensivkontrakt ikke har mulighet til å ta i betraktning alle arbeidsoppgavene og aktivitetene de ansatte skal gjøre. Dysfunksjonell atferd oppstår når de ansatte bare gjennomfører de arbeidsoppgavene som belønnes og ser bort fra aktiviteter som ikke belønnes. Vi har fått inntrykk av at kostnadsvektene som ligger til grunn for ISF-refusjonen ikke vil gjenspeile kostnadene for hver enkelt pasientbehandling. Av den grunn vil enkelte behandlinger være direkte tapsbringende for sykehusavdelingene, mens de vil gå i overskudd på andre. Dersom de ansatte handler dysfunksjonelt, vil dette kunne medføre at sykehusene kun velger å gjennomføre de behandlingene som gir overskudd. Informasjonen vi har tilegnet oss gjennom våre intervjuer indikerer at dette problemet ikke utgjør noen stor risiko i spesialisthelsetjenesten, spesielt ikke for pasienter som er alvorlig syke. I tråd med uttalelsen til vår informant fra Ahus, se kapittel 5.3, har vi fått inntrykk av at de alvorlig syke pasientene vil få den beste behandlingen sykehuset har tilgjengelig uansett hvor økonomisk ulønnsomme eller lønnsomme de måtte være. Leger tenker ikke økonomi under en operasjon eller på en sengepost. Ut fra dybdeintervjuene sitter vi igjen med et inntrykk av at leger er drevet av en sterkt indre motivasjon, hvor omsorg, medmenneskelige relasjoner og et ønske

om å hjelpe pasientene er hva som er styrende for de valgene og handlingene legene foretar seg.

Informantene gir likevel uttrykk for at ISF stimulerer til å fylle på med lønnsomme pasienter ved ledig kapasitet, for å dekke opp underskuddet de har pådratt seg ved å behandle pasientene de ikke har fått tilstrekkelig finansiering for. Samtidig påpeker informantene faren for at ISF har medført overbehandling av pasienter. Analysesjefen ved SiV uttalte blant annet; ”dersom sykehuset har ledig kapasitet, så fylles det på med stadig friskere mennesker”. Denne utfordringen mener vi kan sees i sammenheng med hvordan dagens finansieringssystem er utformet. Det er ikke innført et ”tak” for finansieringen, hvilket innebærer at den aktivitetsbaserte refusjonen også vil bli utbetalt dersom helseforetakene produserer mer enn det forutbestemte aktivitetsmålet fastsatt av staten. Det foreligger derfor ikke noen begrensninger i systemet for hvor høy produksjonen kan bli. Dette får støtte i artikkelen til Kastberg og Siverbo (2007), som skriver at aktivitetsbasert finansiering ikke tilbyr noen faktiske insentiver for sykehusene til å holde produksjonen innenfor noen grenser, ettersom de får betalt per mottatte og diagnostiserte pasient.

Det vil av den grunn være lønnsomt for sykehusene å produsere opp mot det punktet hvor marginalkostnadene ved økt aktivitet er lik marginalinntektene de får fra ISF-refusjonen. Det ligger insentiver i systemet for å behandle pasienter så lenge de er inntektsbringende for avdelingene. Denne problemstillingen kan sees i sammenheng med at de regionale helseforetakene delvis er kontraktstyrt gjennom en bestiller-utførermodell. Gjennom oppdragsdokumentene stiller staten et krav til et visst antall DRG-poeng hvert år. Busch et al. (2011) påpeker at produksjonsvolumet er et kritisk punkt i forhold til kontraktstankegangen som bestiller-utførermodellen bygger på. Dersom økt volum automatisk finansieres, uten bruk av budsjettbeskrankninger, er det en reell fare for at det offentlige mister kontrollen over det totale produksjonsvolumet dersom etterspørselen i utgangspunktet er høy.

Suboptimalisering er ensbetydende med at de ansatte jobber mot hva de anser som sitt eget beste, fremfor hva som er til beste for hele organisasjonen. De ansatte vil utnytte sin posisjon i organisasjonen for å maksimere egen vinning (Jacobsen & Thorsvik 2013). Dette problemet påpekes blant annet av analysesjefen ved SiV. Han mener det

har oppstått en manglende aksept i helsesektoren for å tenkte gjennomsnitt. Han hevder videre at klinikerne i stor grad presser på for at systemet skal bli enda mer avansert, slik at kostnadsvektene bedre skal kunne reflektere kostnadene knyttet til behandling av egne pasientgrupper. Dette til tross for at sektoren har uttrykt bekymring for at systemet allerede er for komplekst, for vanskelig og at det ikke er mulig å holde oversikt. Vi anser det som sannsynlig at problemet kan oppstå ettersom informantene gir uttrykk for at ISF-refusjonen kanaliseres direkte tilbake til den avdelingen som skapte inntekten. Dette til tross for at Helsedirektoratet påpeker at ISF kun er ment å skulle finansiere de regionale helseforetakene. Ved at avdelingene både har en inntektsside og en kostnadsside, vil det etter all sannsynlighet være lett å se hva slags aktivitet man taper eller tjener penger på. Dersom en sykehusavdeling har mange pasientgrupper som det vil være direkte tapsbringende å behandle, anser vi at dette kan være et stimuli for å få gjennomslag for bedre finansiering av egne pasientgrupper.

## **6.2 Konklusjon og drøfting av forskningsspørsmål**

Det inntrykket vi sitter igjen med etter å ha skrevet denne oppgaven, er at helsesektoren kjennetegnes av å være svært stor og kompleks. Det er mange ansatte og systemer som skal spille på lag for at ting skal fungere optimalt. I 2013 utgjorde Norges totale helseutgifter i overkant av 288 milliarder kroner, hvilket tilsvarer 9,6 % av BNP. Av dette utgjorde 116 milliarder utgifter til spesialisthelsetjenesten (SSB 2014). Informasjonen tegner et godt bilde av hvor mange helsekroner som er i omløp i løpet av et år. Som skattebetalere, pasienter, pårørende eller fremtidige pasienter, blir vi alle direkte berørt av politiske beslutninger som tas vedrørende helsesektoren. Av den grunn har alle og enhver ulike oppfatninger om hvordan spesialisthelsetjenesten bør finansiere, styres og organiseres. utfordringen for politikerne er å finne en balansegang som vi alle kan leve med.

Tilgang på gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester kan sies å utgjøre selve bærebjelken i den norske velferdsstaten. Velferdsstaten bygger i stor grad på tankegangen; ”å yte etter evne, og nytte etter behov”. Pasientrettighetsloven fastslår videre at helsetjenester skal fordeles ut fra hensynet til likhet og behov. Dette er to grunnprinsipper som alltid bør tas i betraktning, men som også kan by på utfordringer.

I 2013 var om lag 1,8 millioner mennesker i kontakt med spesialisthelsetjenesten, noe som tilsvarer 35% av hele Norges befolkning (SSB 2014). Dette er svært mange mennesker å betjene på en gang. Alle mennesker er suverene individer med forskjellige behov og ønsker. Det kan derfor være vanskelig å fastslå hvem som er sykest eller mest behandlingstrengende og som derfor bør få prioritet i en allerede kompleks sammensatt helsesektor.

Etter å ha skrevet denne masteroppgaven sitter vi igjen med et inntrykk av at innsatsstyrt finansiering uten tvil påvirker og farger det livet som utspiller seg innenfor norske helseforetak og sykehus. Ved hjelp av våre hypoteser, har vi satt fokus på tre ulike problemområder; henholdsvis mål, kontroll og oppfølging, og utilsiktede konsekvenser. Vi skal nå forsøke å trekke ut essensene av den informasjonen vi har tilegnet oss gjennom arbeidet med denne masteroppgaven i lys av forskningsspørsmålet;

*Hvilke utfordringer har innsatsstyrt finansiering medført for spesialisthelsetjenesten?*

Spesialisthelsetjenesten har mange oppgaver. Helsepersonellet skal behandle, stille diagnoser, vise omsorg og fremskaffe løsninger. Studien har vist at det er vanskelig å formulere gode mål som tar alle disse forholdene i betraktning. Det er spesielt behandlingseffektene som har vist seg utfordrende å måle. Av den grunn hevder informantene at behandlingseffektene får for lite oppmerksomhet. Blir pasienten friskere av den behandlingen som ble gitt? Hvordan ble livskvaliteten etter sykehusbesøket? Vi har fått inntrykk av at en av årsakene til denne oppfatningen er at innsatsstyrt finansiering ikke fanger opp behandlingseffektene. DRG-poengene baseres kun på hva som ble gjort under sykehusbesøket, men ikke hvilke effekter behandlingen ga. De administrativt ansatte, hovedsakelig økonomer, har et press på seg til å overholde budsjetter. Av den grunn får aktivitetsmålene og den medisinske kodingen mye oppmerksomhet. Slik systemet er utformet, er det lettere å fokusere på økonomiske resultater, noe som kan gå på bekostning av fokuset av kvalitetsmålene. Jo mer fokus som legges på aktivitetsmålene, jo mindre fokus opplever vi at behandlingseffektene får. På bakgrunn av dette ser vi derfor at innsatsstyrt finansiering har medført utfordringer knyttet til hvilke mål som kommuniseres gjennom styringslinjen og dermed blir satt fokus på.



Sykehusenes inntekter og den medisinske koding står i et direkte avhengighetsforhold. Studien viser imidlertid at pålitelig rapportering gjennom DRG-systemet er en utfordring for helseforetakene. Vi har et inntrykk av at leger i utgangspunktet ikke interesserer seg for verken økonomi eller den medisinske kodingen. Deres hovedfokus ligger på pasientene og deres behov. Av den grunn kan det virke som at de vier minimalt av sin tid til å sette seg inn i et komplisert regelverk og dermed kode korrekt. Det virker heller ikke som at ledelsen har satt av tilstrekkelig med ressurser til lære opp legene i regelverket. Innsatsstyrt finansiering har derfor medført en utfordring i forhold til å sikre korrekt medisinsk rapportering og økonomisk oppgjør. Fellesskapets ressurser skal fordeles på en mest mulig hensiktsmessig måte, slik at helseforetakene kan ivareta sitt ”sørge-for” ansvar. En utfordring blir derfor å ivareta dette ansvaret dersom pengene blir feilfordelt. Samtidig må nytten av korrekt medisinsk koding vurderes opp mot kostnadene forbundet med økt kontroll. ISF har derfor medført en utfordring knyttet til hvilke valg som er mest hensiktsmessige i et kostnad-nytteperspektiv.

Den største faren ved å benytte innsatsstyrt finansiering som finansieringssystem, er spørsmålet rundt lønnsomme og ulønnsomme pasienter. Dersom enkelte pasientgrupper betaler seg godt i forhold ressursbruken ligger det insentiver i dette systemet for å prioritere disse pasientene på bekostning av de ulønnsomme pasientene. Vi sitter derimot igjen med oppfatning om at dette ikke utgjør en overveldende fare i spesialisthelsetjenesten. Både leger og de administrative ansatte jobber hovedsakelig ut fra et ønske om å tilby ethvert menneske en best mulig behandling, uavhengig av hva som er økonomisk lønnsomt. På den annen side har vi fått inntrykk av at sykehusavdelingene under enkelte omstendigheter kan velge å prioritere lønnsomme pasienter. Dette kan eksempelvis oppstå ved ledig kapasitet eller ved tilfeller der sykehusavdelingene har behandlet mange kostnadskrevende pasienter som ikke har gitt tilstrekkelig finansiering.

Roten til dette er at innsatsstyrt finansiering har medført en utfordring i forhold til kostnadsvektberegningene. Det har vist seg at for enkelte pasientgrupper og behandlingsmetoder så reflekterer ikke vektene den virkelige ressursbruken. Av den grunn får vektene mye oppmerksomhet både i de medisinske miljøene og blant

administrativt ansatte. Enkelte ønsker et mer finmasket system hvor alle behandlinger og pasientgrupper tas i betraktning og får prioritet. Et slikt system vil kunne medføre mindre fokus på vektene, samtidig som spørsmålet rundt lønnsomme og ulønnsomme pasienter ville blitt redusert. Samtidig er regelverket allerede komplisert og skaper hodebry for legene som sitter med selve kodejobben. En utfordring ved bruk av innsatsstyrt finansiering er derfor å bestemme hvor komplisert dette regelverket skal være i forhold til nytten det vil gi.

Utfordringer eller ikke, systemet har også gitt sine fordeler. Hovedmålet med å innføre innsatsstyrt finansiering var å få bukt med lange ventelister, gjennom å gi insentiver til økt produktivitet og kostnadseffektivitet. Dette mener våre informanter er innfridd. Under rammefinanseringsperioden var det ikke økonomisk lønnsomt å øke produksjonen etter at tilskuddet var brukt opp. Etter at ISF ble innført, fikk vi en positiv aktivitetsutvikling på norske sykehus, og ventelistene ble som en naturlig årsak redusert (Riksrevisjonen 2002). Utfordringen er å bruke systemet på en slik måte at de positive effektene blir styrket, samtidig som man er oppmerksom på og setter inn tiltak mot de eventuelle uheldige vridningseffektene og utfordringene som måtte oppstå.

### **6.3 Oppgavens implikasjoner**

Ved gjennomgang av litteratur i forkant av denne oppgaven, fant vi få studier som omtaler hvordan innsatsstyrt finansiering har påvirket den norske spesialisthelsetjenesten. Det finnes imidlertid relativt mye litteratur som tar for seg New Public Management i helsesektoren, og en del artikler som omtaler finansingssystemene generelt. Media har imidlertid de siste årene viet mye oppmerksomhet til de uønskede konsekvensene av systemet, spesielt prioritering av lønnsomme pasienter og kodemanipulasjon. Vi mener derfor at denne oppgaven representerer ytterligere kunnskap i forhold til hvordan mål optimalt bør formuleres i spesialisthelsetjenesten, hvilke utilsiktede konsekvenser som kan oppstå, samt kunnskap relatert til oppfølging og kontroll av den medisinske kodingen.

Vi ser det som sannsynlig at denne studien kan være til nytte for norske myndigheter som tar beslutninger og bevilger penger til spesialisthelsetjenesten, Helsedirektoratet

som utformer retningslinjene for systemet, samt for de fire regionale helseforetakene. Oppgavens funn kan gi de ulike instansene indikasjoner på hva de bør fokusere på med hensyn til utformingen av mål, og oppfølging og kontroll av den medisinske kodingen. Videre kan funnene i forhold til utilsiktede konsekvenser gi indikasjoner på både nåværende og fremtidige problemstillinger som kan oppstå. Funnene kan bidra til at helsesektoren handler proaktivt i fremtiden.

#### **6.4 Oppgavens begrensninger**

Mange elementer i forhold til mål, medisinsk koding og spesielt utilsiktede konsekvenser, kan sees i sammenheng med innsatsstyrt finansiering og den tilhørende markedstenkningen. Helsesektoren er imidlertid svært stor og kompleks, og det vil derfor være vanskelig å kunne isolere alle effektene. På grunnlag av dette bør man være oppmerksom på at effekter og konsekvenser også kan ha sin rot i andre ukjente årsaker.

Informasjonsinnsamlingen i denne studien er gjort ved hjelp av halvstrukturerte dybdeintervjuer. Som nevnt i metodekapittelet, gjorde vi da et strategisk utvalg av informanter. Det vil imidlertid være vanskelig å si hvorvidt de meningene som fremkom vil være representativt for hele helsesektoren sett under ett. I tillegg intervjuet vi kun overleger med god kunnskap og oversikt over systemet.

Informasjonen vi har tilegnet oss vil derfor ikke kunne fange opp hvordan systemet påvirker eksempelvis den enkelte sykepleier. Det bør videre poengteres at det vil være vanskelig å få helsepersonell til å innrømme at det gjøres bevisste feil, eksempelvis med hensyn til prioritering av lønnsomme pasienter og feilkoding. Alle informantene er ansatt i helseforetak eller innenfor helsesektoren generelt. Derfor kan det blant annet herske en frykt for at slike innrømmelser kan koste dem jobben, ettersom slik atferd vil være i strid med lovverket.

#### **6.5 Forslag til videre forskning**

I denne oppgaven har vi sett nærmere på aktivitetsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten. Vi har sett på ISF-systemet i forhold til målfokus, kontroll av korrekt koding og utilsiktede konsekvenser av systemet. Det vil imidlertid være flere

andre aspekter ved finansieringssystemet som det kunne vært interessant å undersøke nærmere.

Vi har i denne avhandlingen tatt for oss ISF-systemets betydning for somatisk spesialisthelsetjeneste sett under ett. Det ville vært interessant å belyse ISF-systemets innvirkning på spesifikke behandlingsområder, eksempelvis rehabilitering.

Regjeringen har over flere år hatt et ønske om å styrke innsatsen på rehabiliteringsområdet. Flere av våre informanter poengterte at dette område er spesielt problematisk med hensyn til den medisinske kodingen og ISF-refusjonen. Det er en del omstridte diagnoser tilknyttet rehabilitering, og kodene innenfor dette området er svært godt betalte. Dette har blant annet ført til at Avregningsutvalget de siste årene har behandlet en rekke saker der de har hatt mistanke om kodemanipulasjon med sikte på økonomisk vinning.

## Referanseliste

- Andbo, K. J. (1995). *Økonomisk kontroll: intern kontroll og informasjonssystemer*. Oslo: Bedriftsøkonomens forl. 497 s. : ill. s.
- Askheim, O. G. A. & Grenness, T. (2008). *Kvalitative metoder for markedsføring og organisasjonsfag*. Oslo: Universitetsforl. 189 s. : ill. s.
- Barzelay, M. (2001). *The New Public Management: Improving Research and Policy Dialogue*. University of California Press.
- BDO. (2012). Kartlegging av de regionale helseforetakenes oppgaver og ressursbruk. <http://www.tmforsk.no/publikasjoner/filer/2356.pdf>.
- BLD. (2011). *NOU 2011: 7 Velferd og migrasjon. Den norske modellens framtid*. Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet,.
- Bryman, A. & Bell, E. (2003). *Business Research Methods*: Oxford University Press, Incorporated.
- Busch, T., Klausen, K. K. & Vanebo, J. O. (2011). *Modernisering av offentlig sektor: trender, ideer og praksiser*. Oslo: Universitetsforl. 368 s. : ill. s.
- Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. & Wiley, M. (2011). *Diagnosis-Related Groups In Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency And Quality In Hospitals*: McGraw-Hill Education.
- Butenscjen, D. G. R. (2012, 29.12.2012). Bivirkningen. *Dagens Næringsliv*.
- Christensen, T. (2010). *Forvaltning og politikk*. Oslo: Universitetsforl. 269 s. : ill. s.
- Colbjørnsen, T., Bragelien, I., Gjesdal, F., Hagen, K. P., Heum, P. & Salvanes, K. G. (2000). Resultatavhengig belønning. En utredning skrevet for Kreditkassen. SNF-rapport 2000 (25).
- COSO. (2013). Internal Control - Integrated Framework. Executive Summary. [coso.org](http://coso.org): coso.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk. 257 s. s.
- DFØ. (2013). *Veileder i internkontroll*. 1st utg. <http://www.dfo.no>: Direktoratet for økonomistyring. Tilgjengelig fra: <http://www.dfo.no/no/Styring/Publikasjoner-og-rapporter/Veiledere/> (lest 22.03.2014).

- DFØ. (2014). *Økonomiregelverket i staten*. <http://www.df.no>: Direktoratet for økonomistyring. Tilgjengelig fra: <http://www.dfo.no/Forvaltning/Okonomiregelverket/> (lest 22.03.2014).
- Direktoratet for økonomistyring. (2013). Veileder. Kort om internkontroll- for deg som leder.
- Eilertsen, R. (2003). Når sykehus blir butikk. *Om etablering av et sykehusmarked i Norge. Defacto, Kunnskapssenter for fagorganiserte: Oslo*.
- Eliassen, K. A. & Sitter, N. (2008). *Understanding Public Management*: SAGE Publications.
- Flynn, N. (2007). *Public Sector Management*: SAGE.
- Hafstad, A. & Gedde-Dahl, S. (2003). *Tok mandlene, la til snorking og tjente 4 millioner* [avisartikkel]. <http://www.aftenposten.no>. Tilgjengelig fra: <http://www.aftenposten.no/helse/article506873.ece-.U2y3hMfV79J> (lest 05.05.2014).
- Hagen, T. P. & Kaarbøe, O. M. (2004). The Norwegian Hospital Reform of 2002: Central Government takes over ownership of public hospitals: Health organization research Norway- HORN.
- Hanger, M. R. (2013). Advarer mot intern DRG-kamp. *Dagens Medisin* (09/2013).
- Helse Sør-Øst RHF. (2013). Medisinsk koding. Tiltak som kan sikre at medisinsk koding utføres av godt kvalifiserte kodere. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1984). *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m (helsetilsynsloven)*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *St.meld nr.5 (2003-2004). Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten*: Helse-og omsorgsdepartementet,.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *NOU 2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Prop. 120 L (2011-2012) Endringer i helseforetaksloven mv*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet,.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Prop 1 S (2013-2014). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet,.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (u.å). *Årlig melding fra de regionale helseforetakene*: regjeringen. Tilgjengelig fra:

- <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/styringsdokumenter/arlig-melding-fra-regionforetakene.html?id=535570> (lest 01.05.2013).
- Helsedirektoratet. (2009). Norsk pasientregister-Informasjonsbrosjyre. 16 s.
- Helsedirektoratet. (2011). *Avregningsutvalgets mandat*. helsedirektoratet.no.
- Tilgjengelig fra:  
<http://helsedirektoratet.no/finansiering/isf/avregningsutvalget/Sider/default.aspx> (lest 30.03.2014).
- Helsedirektoratet. (2013). *Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Kodeveiledning 2014*: Helsedirektoratet. 160 s.
- Helsedirektoratet. (u.å). *Hva er DRG systemet*. <http://www.helsedirektoratet.no>: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:  
<http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/drg/drg-struktur/Sider/hva-er-drg-systemet.aspx> (lest 01.05.2013).
- Hoff, K. G. & Bragelien, I. (2009). *Strategisk økonomistyring*. Oslo: Universitetsforl. 496 s. : ill. s.
- Hood, C. (1991). A PUBLIC MANAGEMENT FOR ALL SEASONS? *Public Administration* (1): 3-19.
- Hov, R. & Kvalheim, B. (2008, 25.09.2008). Taper millioner på feilkoding. *Bergens Tidende*.
- Internrevisjonene i de regionale helseforetakene. ( 2011). Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis. Hovedrapport.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforl. 558 s. : ill. s.
- Jensen, M. C. & Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of financial economics*, 3 (4): 305-360.
- Jensen, M. C. (2008). *Theory of the firm : managerial behavior, agency costs and ownership structure*.
- Johnsen, J. R. (2006). *Health systems in transition*, Vol. 8 No.1. Copenhagen: WHO Regional Office of Europe; European Observatory on Health Care Systems. 187 s.

- Kastberg, G. & Siverbo, S. (2007). Activity-based financing of health care—experiences from Sweden. *The International journal of health planning and management*, 22 (1): 25-44.
- Kohn, A. (1993). *Why incentive plans cannot work*: SUBSCRIBER SERVICE, PO BOX 52623, BOULDER, CO 80322-2623.
- Kvale, S., Anderssen, T. & Rygge, J. f. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal. 236 s. : ill. s.
- Lane, J. E. (2002). *New Public Management: An Introduction*: Taylor & Francis.
- Lazear, E. P. (2000). Performance Pay and Productivity. *American Economic Review*, 90 (5): 1346-1361.
- Lazear, E. P. & Gibbs, M. (2009). *Personnel economics in practice*. Hoboken, N.J.: Wiley. XXVI, 453 s. : ill. s.
- Lian, O. S. (2007). *Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Kristiansand: Høyskoleforl. 263 s. ill. s.
- Locke, E. A., Shaw, K. N., Saari, L. M. & Latham, G. P. (1981). Goal setting and task performance: 1969–1980. *Psychological bulletin*, 90 (1): 125.
- Locke, E. A. & Latham, G. P. (1990). *A theory of goal setting & task performance*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall. XVIII, 413 s. : ill. s.
- Midttun, L., Sverrbo, E., Thorsen, G. & Steinum, O. (2003). SINTEF rapport. Er det sammenfall mellom journalopplysninger og innrapporterte data? En studie av 500 pasientopphold ved norske somatiske sykehus i 2001, STF78 A035504. Trondheim.
- Opstad, L. (2003). *Økonomisk styring i helse- og sosialsektoren*. Oslo: Gyldendal akademisk. 352 s. : ill. s.
- Prendergast, C. (1999). The provision of incentives in firms. *Journal of economic literature*: 7-63.
- Regjeringen. (2013). Politisk plattform for regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet.
- Revisorforeningen. (2014). *Hva er revisjon?* revisorforeningen.no: Revisorforeningen. Tilgjengelig fra: <http://www.revisorforeningen.no/a9355905/hva-er-revisjon> (lest 01.04.2014).
- Riksrevisjonen. (2002). Dokument nr. 3:6 (2001-2002) Riksrevisjonens undersøkelse av innsatsstyrt finansiering i somatiske sykehus.



- Riksrevisjonen. (2009). Dokument 3:2 (2009-2010) Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper 2008. *Dokument 3-serien*.
- Riksrevisjonen. (2013). *Rolle og oppgaver*. <http://www.riksrevisjonen.no>. Tilgjengelig fra: <http://www.riksrevisjonen.no/OmRiksrevisjonen/RolleOgOppgaver/Sider/RolleOgOppgaver.aspx> (lest 17.04.2014).
- Riksrevisjonen. (2014). *Om riksrevisjonen*: Riksrevisjonen. Tilgjengelig fra: <http://www.riksrevisjonen.no/OmRiksrevisjonen/Sider/OmRiksrevisjonen.aspx> (lest 27.03.2014).
- Senter for statlig økonomistyring. (2010). Resultatmåling. Mål- og resultatstyring i staten. Oslo: SSØ.
- SSB. (2014). *Helseregnskap, 2013*. ssb.no. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat> (lest 02.04.2014).
- Svendsen, E. (2004). Bruk av insentiver (belønninger) i bedrifter. Gjennomgang av noen teorier og prinsippene
- Vanebo, J. O. & Busch, T. (2001). *Modernisering av offentlig sektor: new public management i praksis*. Oslo: Universitetsforl. 338 s. : ill. s.
- Wilmar, B., Bruusgaard, P., Frich, J. C. & Fugelli, P. (2009). *Penger og verdier i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk. 260 s. : ill. s.
- Wyller, V. B. & Torbjørn B Wyller. (2012, 12.03.2012). Ideologisk kollaps - menneskelig svik. *Dagens Næringsliv*.

# Vedlegg

## 1. Intervjuguide

### Intervjuguide

På hvilken måte kommer du i kontakt med innsatsfinansiering og DRG-systemet i din arbeidshverdag?

Er du klar over helsedirektoratets retningslinjer mht registrering og koding?

### Økonomiske mål versus kvalitetsmål

På hvilken måte tror du leger påvirkes av innsatsstyrt finansiering?

Hvordan påvirker økonomi og DRG-refusjonen din arbeidshverdag?

Hvordan føler du/dere at legene fordeler sin arbeidstid mellom administrativt arbeid og pasientbehandling?

Hvor mye tid brukes på å registrere pasientbehandling i DRG-systemet?

Opptar DRG-kodingen verdifull pasienttid?

Er det for stort fokus på økonomi og lønnsomhet i sykehussektoren?

Har de kodeansvarlige legene god nok kjennskap til DRG-vektene og derfor refusjonsbeløpet for hver behandling?

Påvirker refusjonen fra staten hvilke pasienter som behandles ved sykehuset?

Velger sykehusene ved enkelte tilfeller å behandle pasienter de vet utløser høyere refusjon på grunn av økonomiske insentiver?

Bør leger i det hele tatt ha hovedansvaret for diagnosekodingen, eller ville det vært mer hensiktsmessig om det var egne ansatte til dette arbeidet?

### **Oppfølging og kontroll**

Hvilke utfordringer møter de som er ansvarlige for å registrere DRG-koder?

Er kvaliteten på kodingen ved norske helseforetak tilstrekkelig god?

Er det noen form for kontroll av kvaliteten på kodingen ved helseforetakene?

Har legene tilstrekkelig kompetanse og kjennskap til DRG-systemet til å være ansvarlig for dette arbeidet?

Hvordan kontrolleres det at DRG-koden som velges er riktig?

Blir det oppdaget dersom det eventuelt settes en feil kode?

Er dagens kodepraksis objektiv eller er det elementer av skjønn til stede?

Opplever du at det er klare retningslinjer for hva som skal registreres som hoved- og eventuelle bidiagnoser?

Hva er hovedutfordringen når hoved-og bidiagnose skal bestemmes?

Muliggjør systemet manipulasjon av DRG-koder?

Frister dagens finansieringssystem med ISF til kodemanipulasjon?

Opplever du de ulike diagnosene som objektive, altså om det er lett å vite hvilken DRG-kode de skal plasseres under?

Hvordan bør en kontroll av kodekvalitet ved norske sykehus optimalt legges opp?

## Utsiktede konsekvenser

Refusjon basert på DRG-systemet har eksistert siden 1997. Har det vært noen positive konsekvenser i forhold til effektiviteten og tilbudet?

Kan du se for deg eventuelle utsiktede konsekvenser av dagens refusjonssystem?

Hvilke konsekvenser får en eventuell kodemanipulasjon for hhv pasienter, statistikk, avdelinger, refusjoner?

Er ISF-systemet et rettferdig system i forhold til likt tilbud til alle innbyggere?

Hvor langt ned i systemet er det fordelaktig å benytte ISF-ordningen?

Er finansieringen av sykehussektoren med en 50/50 fordeling av rammetilskudd og aktivitetsbasert tilskudd hensiktsmessig?

Hvilke konsekvenser har endringen i ISF fra 40% til 50% hatt?

Tror du det forekommer press fra øvre hold (ledelse) om å bevisst manipulere kodingen for å oppnå høyere refusjon?

Dersom manipulasjon av kodingen forekommer, hvilke konsekvenser kan dette få?

Er det for stort fokus på økonomi og lønnsomhet i sykehussektoren?

## 2. Informantoversikt

Intervjuobjekter

Totalt 16 stykker.

### **Helse- og omsorgsdepartementet**

En informant

### **Helsedirektoratet**

En informant - Avdelingsdirektør

### **Helse Sør-Øst RHF**

En informant - Fagsjef klinisk IKT

### **Avregningsutvalget**

En informant

### **Diakonhjemmet sykehus**

En informant - Overlege

### **Akershus Universitetssykehus HF**

To informanter - Overleger/Avdelingsledere

### **Oslo Universitetssykehus HF**

To informanter – Økonomiledere

En informant - Kodeveiler

To informanter- Aktivitetsdata og analyse

### **Sykehuset i Vestfold HF**

En informant - Analysesjef

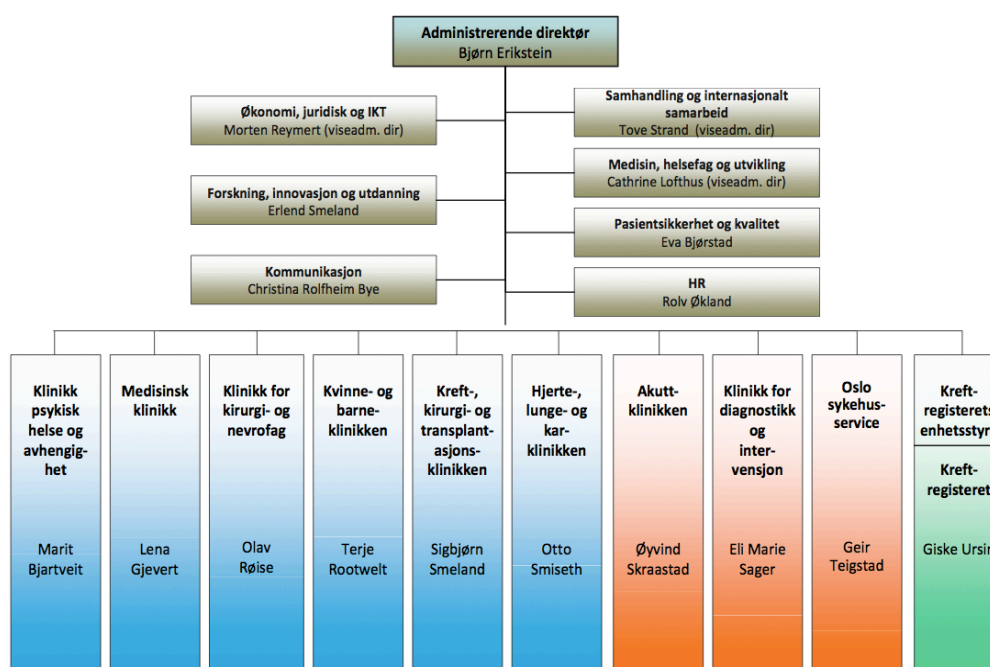
En informant - Avdelingslege/Medisinskfaglig ansvarlig

### **Interessenter**

En informant - Professor i samfunnsmedisin

En informant - Spesialist i infeksjonssykdommer og allmenn internmedisin, samt kursleder i koding og ICD-10

### 3. Organisasjonskart - Oslo Universitetssykehus HF



Med utgangspunkt i Oslo Universitetssykehus HF viser figuren deler av organisasjonskartet og hvordan klinikkene 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.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Organisering/Orgkart-norske-og-engelske-navn-jan2013.pdf>

#### 4. Organisasjonskart – Klinik for kirurgi og nevrofag, OUS HF



Med utgangspunkt i Oslo Universitetssykehus HF viser figuren organisasjonskartet til klinikk for kirurgi og nevrofag, og de ulike avdelingene underlagt denne klinikken.

Kilde: <http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Kirurgi%20og%20nevrofag/Organisasjonskart-KKN080313.pdf>



Norges miljø- og  
biovitenskapelige  
universitet

Postboks 5003  
NO-1432 Ås  
67 23 00 00  
[www.nmbu.no](http://www.nmbu.no)