

Finansieringsmodeller som styringsverktøy

En studie av somatisk spesialisthelsetjeneste

Hilde Svoren Alsaker

Veileder: Førsteamanuensis Kari Nyland

Masterutredning - Økonomisk Styring

NORGES HANDELSHØYSKOLE



Denne utredningen er gjennomført som et ledd i siviløkonomutdanningen ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjenningen innebærer ikke at høyskolen innestår for de metoder som er anvendt, de resultater som er fremkommet eller de konklusjoner som er trukket i arbeidet.

Forord

Denne utredningen er et resultat av det selvstendige skriftlige arbeidet som fullfører min mastergrad ved Norges Handelshøyskole. Oppgaven er skrevet innenfor masterprofilen økonomisk styring og er vektet til 30 studiepoeng. Arbeidets omfang strekker seg over ett semester og oppgaven er skrevet våren 2012.

Utredningen omhandler bruk av finansieringsmodeller som styringsverktøy på ulike nivå i somatisk spesialisthelsetjeneste. Her har jeg først undersøkt finansieringsmodellene til de fire regionale helseforetakene på et overordnet nivå, før jeg har gått mer i detalj på modellen til Helse Bergen HF. En del av arbeidet har bestått i å gjennomføre dybdeintervjuer av fem direktører i Helse Bergen HF. Jeg vil med dette rette en stor takk til alle direktørene som har stilt opp på intervju og til Lene Lunde som har stått for den praktiske organiseringen av intervjuprosessen. Jeg vil også takke de regionale helseforetakene som har vært behjelpelige med både skriftelige og muntlig informasjon. Denne utredningen ville ikke vært mulig å gjennomføre uten deres hjelp.

Videre vil jeg også spesielt takke min veileder Kari Nyland ved Institutt for regnskap, revisjon og rettsvitenskap for gode råd og konstruktiv kritikk underveis i mitt arbeid. Arbeidet med masteroppgaven har vært en svært lærerikt og spennende prosess, som har gitt meg innsikt i helsesektorens kompleksitet og mange utfordringer.

Bergen, 8. juni 2012

Hilde Svoren Alsaker

.....

Hilde Svoren Alsaker

Figurliste

Figur 1: Oversikt over finansieringsmodeller fra stat til sykehus, klinikker og avdelinger...	12
Figur 2: Prinspal- agent problemet på to nivåer i somatisk spesialisthelsetjeneste.	15
Figur 3: Den ideelle økonomiske styringsprosessen (Kilde: Anthony og Young 2003).	20
Figur 4: Økonomiprosess privat sektor.	30
Figur 5: Økonomiprosess offentlig sektor.....	30
Figur 6: Organisasjonsmodeller for offentlige sykehus (Kilde: NOU 1999:15).....	52
Figur 7: Organisering av spesialisthelsetjenesten i fire helseregioner.	54
Figur 8: Ulike roller i spesialisthelsetjenesten.	54
Figur 9: Organisasjonskart Helse Bergen HF.	55
Figur 10: ISF- satsene i perioden 1997 til 2012 (Kilde: Pettersen et al. (2008)).	57
Figur 11: Finansieringsmodell for RHF- nivået (Kilde: Helsedirektoratet 2011).....	58
Figur 12: Oversikt over finansieringsmodeller fra stat til sykehus, klinikker og avdelinger.	62

Tabelliste

Tabell 1: Årsaker til prinsipal- agent problemet (Kilde: Opstad 2003).....	16
Tabell 2: Styring av prinsipal- agent problemet (Kilde: Opstad 2003).....	18
Tabell 3: Kunnskap om mål- middelsammenhenger (Kilde: Ouchi 1977).	21
Tabell 4: Årsaker til institusjonell isomorfisme (Kilde: DiMaggio og Powell 1983).....	23
Tabell 5: Hovedtyper av finansieringsmodeller (Kilde: Hagen 2009).	25
Tabell 6: Fordeler og ulemper med finansieringsmodeller i helsesektoren.	27
Tabell 7: Malmi og Browns styringspakke (Kilde: Malmi og Brown 2008).	28
Tabell 8: Sammenheng mellom mål og middel (Kilde: Nyland og Pettersen 2010).	31
Tabell 9: Karakteristiske trekk ved NPM (Kilde: Hood 1995).	33
Tabell 10: Egenskaper ved helsesektoren (Kilde: Opstad 2003).	34
Tabell 11: Forskningsprosessen (Kilde: Kvale og Brinkmann 2009).	36
Tabell 12: Fire designstrategier for casestudier (Kilde: Johannessen et al. 2011).	39
Tabell 13: Kvantitativ og kvalitativ metode (Kilde: Gall et al. 1996).	40
Tabell 14: Oversikt over datainnsamlingen fra de regionale helseforetakene.	41
Tabell 15: Oversikt over gjennomførte intervjuer på Haukeland Universitetssykehus.	43
Tabell 16: Kvalitetsvurdering av undersøkelser (Kilde: Lincoln og Guba 1985 og 1989)....	46
Tabell 17: Finansieringsmodell somatisk spesialisthelsetjeneste i Helse Sør- Øst RHF.	63
Tabell 18: Finansieringsmodell somatisk spesialisthelsetjeneste i Helse Vest RHF.	64
Tabell 19: Finansieringsmodell somatisk spesialisthelsetjeneste i Helse Midt- Norge RHF.	65
Tabell 20: Finansieringsmodell somatisk spesialisthelsetjeneste i Helse Nord RHF.	66
Tabell 21: Sammenligning av RHF- enes finansieringsmodeller.	67
Tabell 22: Oversikt over intervju, karakteristika og finansieringsmodell.....	68
Tabell 23: Finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste i Helse Bergen HF.....	69
Tabell 24: Helse Bergen HF sine mål (Kilde: Helse Bergen HF 2012).	71
Tabell 25: Helse Bergen HF sine målsettinger i stikkordsform.	72
Tabell 26: ISF- andel av det totale budsjettet.....	93

Sammendrag

Hovedtemaet for denne utredningen er bruk av finansieringsmodeller som styringsverktøy på ulike nivå i somatisk spesialisthelsetjeneste. Oppgavens hovedfokus er bruk av innsatsstyrt finansiering og problemstillingen lyder som følger:

”I hvilken grad brukes innsatsstyrt finansiering som styringsverktøy på ulike nivå i somatisk spesialisthelsetjeneste, og hvilke erfaringer har et utvalg direktører i Helse Bergen HF med modellens bidrag til måloppnåelse?”

Det teoretiske utgangspunktet for analysen inkluderer prinsippal- agent teori og teori rundt økonomisk styring. Videre ser jeg på finansieringsmodeller som styringsverktøy og hvordan ulike styringsverktøy opererer sammen i en pakke. I tillegg diskuteres ulike utfordringer som ligger i å styre offentlige institusjoner. I konteksten gis det en presentasjon av organiseringen og finansieringen av somatisk spesialisthelsetjeneste i Norge i dag. Her gir det også en diskusjon av innsatsstyrt finansiering som baserer seg på tidligere forskning.

Casestudiet tar utgangspunkt i et eksplorativt design. Studieobjektene er alle de regionale helseforetakene og Helse Bergen HF. Studiet tar i bruk kvalitative metoder for datainnsamling gjennom dybdeintervjuer og kontakt per e-post og telefon. I tillegg til innsamling av primærdata har jeg foretatt dokumenteskanning av rapporter og andre offentlige dokument. Fordi datagrunnlaget er hentet fra relativt få informanter, kan funnene vanskelig generaliseres til Helse Bergen HF som helhet eller til andre helseforetaket.

Først ble det foretatt en sammenligning av finansieringsmodellene til de regionale helseforetakene. Når dette var gjort var neste steg å tolke de innhentede dataene fra Helse Bergen HF. Ut i fra mine hovedfunn kan jeg konkludere med at innsatsstyrt finansiering brukes av alle de regionale helseforetakene, samt av Helse Bergen HF. Det grovmaskete finansieringssystemet fører med seg mange problemstillinger når det brukes på klinikk- og avdelingsnivå. Til tross for disse svakhetene bruker Helse Bergen HF modellen med en intensjon om effektiv tjenesteproduksjon. Dette skaper problemer når helseforetaket har andre målsettinger enn maksimering av økonomisk profitt. For å sørge for måloppnåelse brukes det dermed andre verktøy i samspill med finansieringsmodellen. Disse styringsverktøyene bidrar til å demme opp for finansieringsmodellens problemstillinger og svakheter på klinikk- og avdelingsnivå.

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	10
1.1 BAKGRUNN FOR TEMA OG PROBLEMSTILLING	10
1.2 KONKRETISERING AV PROBLEMSTILLING	12
1.3 OPPGAVENS STRUKTUR	13
2. TEORETISK RAMMEVERK	14
2.1 PRINSIPAL- AGENT TEORI	14
2.1.1 <i>Beskrivelse av prinsipal- agent problemet</i>	14
2.1.2 <i>Årsaker til prinsipal agent- problemet</i>	16
2.1.3 <i>Styring av prinsipal- agent problemet</i>	18
2.2 ØKONOMISK STYRING	20
2.2.1 <i>Normativ tilnærming</i>	20
2.2.2 <i>Deskriptiv tilnærming</i>	22
2.3 FINANSIERINGSMODELLER SOM STYRINGSVERKTØY	24
2.3.1 <i>Finansiering og usikkerhet</i>	24
2.3.2 <i>Hovedmodeller for finansiering</i>	25
2.4 ØKONOMISKE STYRINGSVERKTØY SOM EN PAKKE	27
2.5 ØKONOMISK STYRING I OFFENTLIG SEKTOR	30
2.5.1 <i>Forskjell mellom privat og offentlig sektor</i>	30
2.5.2 <i>New Public Management</i>	32
2.5.3 <i>Utfordringer i å bruke økonomisk teori på helsesektoren</i>	34
3. METODE	36
3.1 TEMATISERING	37
3.2 PLANLEGGING	38

3.3	DATAINNSAMLING	39
3.4	TRANSKRIBERING.....	44
3.5	ANALYSE.....	44
3.6	KVALITETSVURDERING	46
3.6.1	<i>Pålitelighet</i>	47
3.6.2	<i>Troverdighet</i>	48
3.6.3	<i>Overførbarhet</i>	49
3.6.4	<i>Bekreftbarhet</i>	49
3.7	RAPPORT	50
3.8	OPPSUMMERING	50
4.	KONTEKST	51
4.1	ORGANISERING AV SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE	51
4.1.1	<i>Fra forvaltningsorgan til foretak</i>	52
4.1.2	<i>De regionale helseforetakene</i>	53
4.1.3	<i>Helse Bergen HF</i>	55
4.2	FINANSIERING AV SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE	56
4.2.1	<i>Kort historikk</i>	56
4.2.2	<i>Dagens finansieringsmodell for RHF- nivået</i>	57
4.2.3	<i>Diskusjonspunkter knyttet til dagens finansieringsmodell</i>	59
5.	EMPIRI	62
5.1	FINANSIERINGSMODELLER I DE REGIONALE HELSEFORETAKENE	62
5.1.1	<i>Helse Sør- Øst RHF</i>	63
5.1.2	<i>Helse Vest RHF</i>	64
5.1.3	<i>Helse Midt-Norge RHF</i>	65

5.1.4	<i>Helse Nord RHF</i>	66
5.1.5	<i>Oppsummering</i>	67
5.2	FINANSIERINGSMODELLEN I HELSE BERGEN HF	68
5.2.1	<i>Beskrivelse av finansieringsmodellen</i>	69
5.2.2	<i>Finansieringsmodellen som styringsverktøy</i>	71
6.	ANALYSE	92
6.1	HOVEDFUNN 1 – KOPIERING AV STATENS MODELL	92
6.2	HOVEDFUNN 2 – ÅRSAKER TIL KOPIERING	94
6.3	HOVEDFUNN 3 – PRIORITERING MELLOM PASIENTGRUPPER OG OPPGAVER	96
6.4	HOVEDFUNN 4 – SAMHANDLING OG SAMARBEID	97
6.5	HOVEDFUNN 5 – STYRINGSPAKKE	98
6.6	METODISK FUNN – INTERVJUFORMENS SVAKHETER	99
7.	KONKLUSJON OG AVSLUTTNING	100
8.	LITTERATUR	101
8.1	TRYKTE PUBLIKASJONER	101
8.2	OFFENTLIGE DOKUMENT	104
8.3	NETTPUBLIKASJONER	106

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for tema og problemstilling

I Norge har vi satt et høyt ambisjonsnivå for helsetjenestene. Vi vil at tjenestene skal ha høy kvalitet og være tilgjengelige innenfor akseptabel ventetid og avstand. I tillegg skal tilbudene nå ut til alle uavhengig av egen økonomi, sosial status, alder, kjønn og etnisk bakgrunn (St.prp. nr. 1 (2006-2007)). Valg av finansieringsmodell bestemmer hvordan penger skal tilføres de som utfører tjenestene, og er et viktig styringsverktøy for å realisere de helsepolitiske målsettingene. Med begrensede midler er det ønskelig å organisere produksjonen slik at befolkningen får mest mulig helse ut fra hver krone.¹

Finansieringsmodellen bør derfor sørge for at helsetjenestene blir produsert til lavest mulig kostnad, gitt den kvaliteten, likheten og tilgjengeligheten befolkningen ønsker (NOU 2003:1).

I første omgang må staten ha en modell for fordeling av midler mellom de regionale helseforetakene (RHF). Videre må de regionale helseforetakene ha modeller for finansiering av sine underliggende helseforetak (HF), før helseforetakene til slutt må fordele midlene ned på sykehus-, klinikk- og avdelingsnivå. I hvert av disse leddene for overføring av penger fra stat til sykehus oppstår det ulike konflikter og motstridende målsettinger. I somatisk spesialisthelsetjeneste vil man på ulike nivåer kunne ha mange forskjellige målsettinger, alt etter om man er eier, tilrettelegger eller utfører av helsetjenestene som tilbys. Fordi ulik utforming vil bidra til realisering av ulike mål, er valg og utforming av modell for finansiering en vanskelig oppgave. Det blir derfor viktig å foreta en avveining mellom hvilke elementer man skal bygge finansieringsmodellen på og hvor mye man skal vektlegge de enkelte elementene (Hagen 2009).

Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble fra 1. juli 1997 innført i Norge som finansiering fra stat til fylkeskommune, og fungerer i dag som finansiering fra stat til de regionale helseforetakene. ISF- refusjonens samlede størrelse avhenger av hvor mange pasienter som behandles og hvilken type behandling som utføres. Kategoriseringen gjøres gjennom et DRG- system (Diagnose Relaterte Grupper), basert på medisinsk og administrativ informasjon som

¹ Med begrepet "hvor mye helse man får for hver krone" menes det hvor stor forbedring i helsetilstanden til befolkningen man får for hver krone (helsegevinst), og ikke hvor mange man får behandlet for hver krone.

sykehusene rutinemessig registrer (Helsedirektoratet 2011). Disse beregningene er basert på gjennomsnittskostnader, hvor ISF- refusjonen utgjør 40 prosent av hva det i gjennomsnitt koster å behandle pasienter som plasseres i samme diagnosegruppe (Sosial- og helsedirektoratet 2007). På lokalt nivå vil kostnadsnivået derimot kunne variere betydelig. ISF er derfor en finansieringsmodell som er rettet mot de fire regionale helseforetakene, hvor foretakenes størrelse gjør at kostnadsforskjellene i stor grad jevnes ut. Systemet er ikke, og er heller ikke ment å være, et system for treffsikker finansiering av enkeltpasienter og enkeltavdelinger.² I regelverket for innsatsstyrt finansiering 2012 står følgende (Helsedirektoratet 2011):

”Regelverket skal ikke være styrende for de prioriteringer som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som tilbys helsehjelp eller hvilken type helsehjelp som ytes. Regelverket er ikke bestemmende for hvordan regionale helseforetak finansierer virksomheter, offentlige eller private, for å realisere sitt ”sørge for”- ansvar.”

Fleksibiliteten gir RHF- ene mulighet til å tilpasse godtgjørelsen av helseforetak til virksomhetens faktiske kostnadsnivå (Sosial- og helsedirektoratet 2007). I følge Pettersen et al. (2008) hadde likevel tre av fire regionale helseforetak i 2008 valgt å bruke samme prinsipp for inntektsfordeling til helseforetakene som staten benytter for finansiering av RHF- nivået. Det som i utgangspunktet var tenkt som en regional fordelingsnøkkel blir altså i virkeligheten brukt helt ned på sykehus-, klinikk- og avdelingsnivå. ISF er et grovmasket finansieringssystem som ikke vil kunne fange opp lokale variasjoner i behov og kostnadsforhold. Når ISF likevel brukes på sykehus-, klinikk- og avdelingsnivå, vil det derfor oppstå en oppfatning om at noen oppgaver og tjenester lønner seg mer enn andre. Dette kommer av at ISF- refusjonen i varierende grad vil dekke marginalkostnaden for ulike diagnosegrupper eller pasienter. Det advares derfor om at det kan oppstå en seleksjonsproblematikk, hvor avdelinger og klinikker søker å behandle de pasientene hvor de får størst dekning av de faktiske behandlingskostnadene. I tillegg kan ressurser vris bort fra oppgaver som ikke er finansieres ved ISF. Dette vil kunne stride mot helseforetakenes formål om å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester, samt å legge til rette og forskning og undervisning (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)).

² <http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/isf/om-isf-ordningen/formal/Sider/default.aspx>

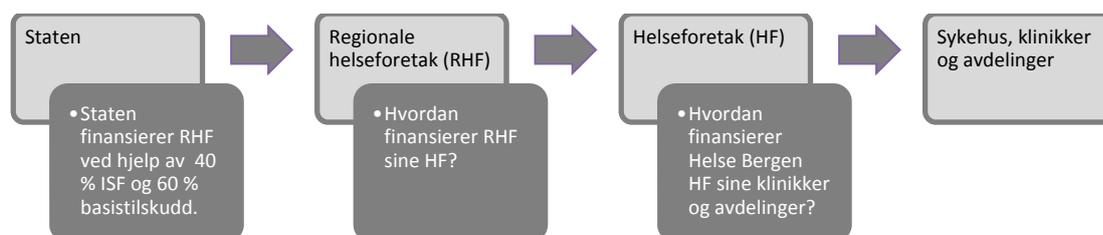
1.2 Konkretisering av problemstilling

Temaet i denne oppgaven er bruk av finansieringsmodeller som styringsverktøy på ulike nivå i somatisk spesialisthelsetjeneste. Problemstilling og forskningsspørsmål er som følger:

”I hvilken grad brukes innsatsstyrt finansiering som styringsverktøy på ulike nivå i somatisk spesialisthelsetjeneste, og hvilke erfaringer har et utvalg direktører i Helse Bergen HF med finansieringsmodellens bidrag til måloppnåelse?”

- 1. Hvordan er finansieringsmodellene til de regionale helseforetakene utformet?***
- 2. Hvordan er finansieringsmodellen til Helse Bergen HF utformet, hva er bakgrunnen for denne utformingen og hvilke erfaringer har et utvalg avdelings- og klinikkdirektører med modellens insentiver?***

Figur 1 viser en oversikt over statens finansiering av norske sykehus. Det første forskningsspørsmålet omhandler de regionale helseforetakene. Her skal jeg gå bredt ut og se på hvordan finansieringsmodellene til alle de fire regionale helseforetakene er utformet. Fokuset vil her være på i hvilken grad statens modell for finansiering av RHF- nivået blir videreført av de regionale helseforetakene. Dette vil kunne gi en oversikt over de økonomiske rammebetingelsene alle norske helseforetakene står ovenfor. Når jeg vet hvordan helseforetakene blir finansiert, vil jeg videre kunne gi meg opp en mening om hvorvidt jeg vil forvente å finne innsatsstyrt finansiering av sykehus, klinikker og avdelinger. Det andre forskningsspørsmålet omhandler Helse Bergen HF. Her skal jeg gå detaljert inn i hvordan finansieringsmodellen er utformet og se på hvilke argumenter og intensjoner som ligger bak valg og utforming av denne modellen. I tillegg skal jeg på det operative nivået se på hvilke erfaringer et utvalg avdelings- og klinikkdirektører har med modellens insentiver. Fokuset vil her være på i hvilken grad en eventuell aktivitetsbasert finansiering fører med seg insentiver som slutter opp mot eller eventuelt bryter med helseforetakets målsettinger.



Figur 1: Oversikt over finansieringsmodeller fra stat til sykehus, klinikker og avdelinger.

1.3 Oppgavens struktur

Oppgavens innhold er strukturert i åtte kapitler. For å gi en oversikt over oppgaves struktur vil jeg her gi en kort presentasjon av innholdet og rekkefølgen på disse kapitlene:

Kapittel 2 presenterer det teoretiske rammeverket som ligger til grunn for denne oppgaven. Her gjennomgås temaet økonomisk styring og hvordan finansieringsmodeller kan brukes som styringsverktøy for å kontrollere prinsipal- agent problemet i offentlige institusjoner som helsevesenet. I tillegg gis det en innføring i hvordan ulike styringsverktøy opererer i en styringspakke, før det til slutt drøftes spesielle utfordringer ved økonomisk styring i offentlig sektor.

Kapittel 3 omhandler metoden som er benyttet for å tilnærme seg empirien. Her presenteres forskningsprosessen steg for steg fra tematisering til rapportskrivning.

Kapittel 4 beskriver konteksten som omkranser oppgaven. Her gis det en beskrivelse av organiseringen og finansieringen av somatisk spesialisthelsetjeneste på regionalt nivå i Norge i dag.

Kapittel 5 gjengir den innsamlede empirien. Først presenteres finansieringsmodellene til de fire regionale helseforetakene. Det gis så en sammenligning av de fire modellene for å se i hvilken grad de inneholder de samme elementene eller ikke. Videre presenteres den innsamlede empirien fra Helse Bergen HF. For å gjøre fremstillingen mest mulig oversiktlig er det valgt en struktur hvor dataene samles under fire hovedtema. Dette er de samme temaene som intervjuguiden er delt inn i, og som er koblingen mellom de fire stegene i den ideelle økonomiske styringsprosessen.

Kapittel 6 løfter opp de viktigste funnene fra empirien. Disse funnene diskuteres opp mot det teoretiske rammeverket og konteksten for å gi svar på oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål.

Kapittel 7 oppsummerer og konkluderer funnene i analysen. Det gis her en drøfting av hvilken betydning funnene kan ha i praksis, før jeg til slutt kommer med forslag til videre studier.

Kapittel 8 gir til slutt en oversikt over kildene som er benyttet i oppgaven. Denne kildeoversikten er delt inn i trykte publikasjoner, offentlige dokumenter og nettpublikasjoner.

2. Teoretisk rammeverk

Det gis i dette kapittelet en presentasjon av det teoretiske rammeverket for denne oppgaven. Kapittelet innledes med prinsipal- agent teori. Her drøftes bakenforliggende årsaker til prinsipal- agent problemet og hvordan prinsipalen kan kontrollere og styre agentens handlinger. Økonomisk styring drøftes så ut fra et normativt og et deskriptivt perspektiv. Her gir den ideelle økonomiske styringsprosessen og institusjonell teori ulike forklaringer på hvorfor virksomheter utformer sine styringsverktøy slik de gjør. Videre ser jeg på finansieringsmodeller som styringsverktøy og ulike måter disse modellene kan utformes på. Det gjennomgås så hvordan ulike styringsverktøy må ses i sammenheng med hverandre i en styringspakke, før jeg avslutningsvis gir en beskrivelse økonomisk styring i offentlig sektor. Her ser jeg på spesielle utfordringer ved å styre helsevesenet som en offentlig institusjon.

2.1 Prinsipal- agent teori

2.1.1 Beskrivelse av prinsipal- agent problemet

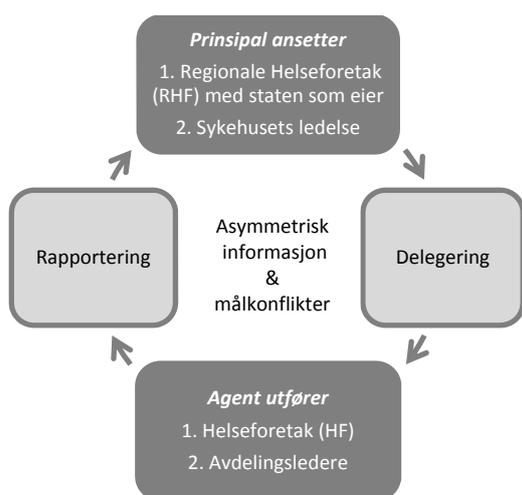
Prinsipal- agent teorien er utarbeidet for å skape økt forståelse for problemer som kan oppstå mellom to eller flere parter som står i et avhengighetsforhold til hverandre. Selv om teorien inneholder sterke forenklinger av virkeligheten, kaster den likevel lys på mange aktuelle og interessante problemstillinger. Prinsipal- agent problemet ble tidlig studert av Jensen og Meckling (1976) og Fama og Jensen (1983), som har spilt sentrale roller utviklingen av agentteorien. Jensen og Meckling (1976:308) beskriver agentrelasjonen som følger:

“... a contract under which one or more persons (the principal(s)) engage another person (the agent) to perform some service on their behalf which involves delegating some decision making authority to the agent.”

Prinsipal- agent teori beskriver altså forholdet mellom oppdragsgiver (prinsipal) og den som utfører oppgaver på vegne av oppdragsgiveren (agent). En organisasjon eller et selskap, hvor eiere og ledere er adskilte grupper, kan fra et styringsmessig synspunkt betraktes som et slikt problem (St.meld. nr. 61 (1996-1997)). Somatisk spesialisthelsetjeneste er et område som kan analyseres ved hjelp av prinsipal agent- teorien. En slik analyse vil kunne belyse de store styringsutfordringene vi står ovenfor ved styring av våre helseforetak og sykehus i Norge i dag (Opstad 2003).

Prinsipalen er den som har ansvar for at målsettingene blir oppfylt, og sitter som regel på en eier- eller lederstilling. Det er prinsipales oppgave å lage rammer og retningslinjer for belønning, oppmuntring, kontroll og sanksjoner, slik at han får best mulig utnyttelse av ressurser og størst mulig grad av måloppnåelse. For å oppnå målsettingene, ansetter prinsipalen en agent. Denne agenten skal utføre arbeid på vegne av prinsipalen etter gitte rammer og retningslinjer, og på denne måten sørge for at prinsipalens målsettinger blir realisert (Opstad 2003). Asymmetrisk informasjon står derfor sentralt i prinsipal- agent problemet. Det vil normalt være slik at agenten har mer og bedre informasjon om organisasjonen eller selskapet enn prinsipalen. I tillegg er det slik at prinsipalen og agenten ikke alltid har sammenfallende mål, og det oppstår målkonflikter. Dette kan føre til at agenten bruker denne informasjonen til å ivareta sine egne interesser. Det vil derfor være viktig for prinsipalen å utforme insentivsystem som tjener hans egne interesser, samtidig som det gir størst mulig egen nytte for agenten (St.meld. nr. 61 (1996-1997)).

En prinsipal- agenttilnærming gir innsikt i og forståelse for hvordan offentlig sektor fungerer (Opstad 2003). I organiseringen av helsesektoren i Norge kan man finne prinsipal- agent problemet på mange nivåer, og det er mange som er prinsipaler og agenter på samme tid. Aktuelle prinsipal agent- relasjoner vil være stat/regionale helseforetak, regionale helseforetak/helseforetak, sykehusledelse/avdelingsledere og avdelingsledere/avdeling. Sentralt står forholdet mellom regionale helseforetak og helseforetak og forholdet mellom sykehusets ledelse og avdelingsledere. Dette kan illustreres av figur 2, som gir en oversikt over prinsipal- agent problemet på disse to nivåene i somatisk spesialisthelsetjeneste:



Figur 2: Prinsipal- agent problemet på to nivåer i somatisk spesialisthelsetjeneste.

For det første oppstår prinsipal- agent problem mellom RHF og HF. De statlig eide regionale helseforetakene vil som prinsipaler og bestillere av spesialisthelsetjenester ha et mål om best mulig fordeling av midler, effektiv bruk av ressurser, tilfredsstillende kvalitet på tjenestene og kostnadskontroll. Når det gjelder helseforetakene og sykehusene som agenter og utførere vil ikke deres målsettinger sammenfalle helt med de regionale helseforetakenes målsettinger. Generelt vil det være slik at sykehusene har mål om økt aktivitet, mer forskning og utdanning og høyere kvalitet. Når det gjelder effektivitet, er dette noe man antar sykehusene ikke ønsker å øke. Økt effektivitet vil nemlig innebære økte anstrengelser for de ansatte, og sykehusene vil derfor ønske å minimere effektivitetsfremmende tiltak (Pettersen et al. 2008). Videre oppstår det også prinsipal- agent problemet internt i helseforetakene. Her kan man se på sykehusledelsen som prinsipal og de ulike klinikk- og avdelingsdirektørene som agenter. Ofte vil det være slik at jo mer ansvar og jo flere oppgaver som blir delegert til avdelingslederne (desentralisering), jo større blir prinsipal- agent problemet.

Prinsipal- agent teori benyttes i denne oppgaven for å beskrive forholdet mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene og forholdet mellom sykehusledelsen og avdelingsledere. Finansieringsmodeller er viktige styringsverktøy for å kontrollere prinsipal- agent problemet, og fungerer som et insentivsystem for oppnåelse av helsepolitiske målsettinger.

2.1.2 Årsaker til prinsipal agent- problemet

Det kan være flere årsaker til at prinsipal og agent har forskjellige målsettinger og interesser, og at agenten derfor ikke nødvendigvis handler ut fra prinsipales ønske. Siden prinsipalen er avhengig av handlingene til agenten for å oppnå egne mål, er det viktig for prinsipalen å avdekke årsakene til denne interessekonflikten. En slik forståelse vil være viktig for å kunne styre prinsipal- agent problemet. Opstad (2003) beskriver seks forhold som kan forklare hvorfor agenten kan opptre illojalt ovenfor prinsipalen. Tabell 1 gir en oversikt over disse:

Tabell 1: Årsaker til prinsipal- agent problemet (Kilde: Opstad 2003).

Årsaker til prinsipal- agent problemet	
1	Helhetsvurdering
2	Nærhet til brukerne
3	Egeninteresse
4	Forskjellig virkelighetsoppfatning
5	Ulik holdning til risiko
6	Målforskyving

For det første har prinsipalen et mer overordnet ansvar og fokuserer på en helhetlig vurdering og på de overordnede målene. Et eksempel på dette kan være at sykehusledelsen er opptatt av det totale tjenestetilbudet, mens avdelingsledere har egne målsettinger innenfor sitt felt. Videre vil det være slik at agenten, som følge av den nære kontakten med brukerne, vil ha et sterkt fokus på brukernes behov. Agentens egeninteresse er også en viktig årsak til prinsipal- agent problemet, og gjør at agenten er opptatt av å realisere egne personlig interesser. I tillegg vil forskjellig virkelighetsoppfatning gjøre at prinsipal og agent har ulik oppfatning om hvilke ressurser og tiltak som trengs i en gitt situasjon.

Agenten kan videre være villig til å bryte regler for brukerne og dermed ta en risiko som prinsipalen er imot. En leges fokus på å gjøre de beste beslutningene for sin pasient, selv om det kanskje ikke er optimal ressursutnyttelse, er et eksempel på dette. Til slutt vil det være slik at det vil være nødvendig å justere oppgaver og målsettinger på grunn av endringer som skjer over tid. I slike situasjoner vil det være noen som er mer lojale enn andre ovenfor disse justeringene, og det vil ofte oppstå situasjoner hvor agenter ikke retter seg etter de nye retningslinjene.

I følge Jensen og Meckling (1976) vil det ikke være mulig for en prinsipal å sikre seg at agenten handler ut fra prinsipalens ønsker uten at det oppstår en kostnad. Når agenten ikke lojalt følger opp de føringene som prinsipalen har lagt, oppstår det en kostnad i form av resttap. Dette resttapet kommer til uttrykk ved lavere måloppnåelse, og oppstår fordi agenten gjør en dårligere jobb enn hva prinsipalen selv ville ha gjort. I tillegg vil det oppstå økt ressursbruk som følge av prinsipalens styring av desentraliserte agenter. Denne kostnaden kalles for styringskostnader, og utgjør sammen med resttapet det som kalles agentkostnader (Opstad 2003).

Fordi en reduksjon i resttap medfører økt ressursbruk, må prinsipalen foreta en avveining mellom ønsket om å redusere resttapet og de kostnader som et slikt tiltak krever. Optimal styring er det nivået som gir lavest agentkostnader. Generelt vil det være slik at så lenge styringskostnadene er lavere enn reduksjonen i resttapet, så vil det være rasjonelt og lønnsomt for prinsipalen å øke omfanget av styring og kontroll. Dersom prinsipalen øker omfanget av styringen slik at styringskostnadene overstiger reduksjonen i resttapet, vil agentkostnaden stige (Opstad 2003).

I spesialisthelsetjenestens foretaksorganisering med desentraliserte agenter, er styring og kontroll av prinsipal- agent problemet et sentralt tema. Også her vil det oppstå agentkostnader, og man må veie resttapet opp mot de styringskostnadene som følger for å kontrollere dette tapet. Et eksempel på resttap kan være lite effektiv produksjon av spesialisthelsetjenester ved sykehusene. For å holde kontroll på og styre dette problemet, må prinsipalen innføre styringsmekanismer som sørger for at agenten handler etter hans ønske. Valg av finansieringsmodell vil være et eksempel på en styringsmekanisme som kan kontrollere dette resttapet. Et av de enkleste alternativene vil være at sykehuset får et fast rammetilskudd uavhengig av aktivitet. En slik finansieringsmodell vil på den ene siden ikke være kostnadsdrivende, men kan føre til lite effektiv produksjon av spesialisthelsetjenester. Et annet alternativ er aktivitetsbasert finansiering. Denne finansieringsmodellen vil kunne stimulere til mer effektiv tjenesteproduksjon, men er ofte kostnadsdrivende og dyr. I tillegg kan en slik modell føre til redusert kvalitet, likhet og tilgjengelighet av tjenestene for befolkningen. Dette gjør valg av finansieringsmodell til en vanskelig, men viktig oppgave for å styre resttap og andre aspekter ved prinsipal- agent problemet.

2.1.3 Styring av prinsipal- agent problemet

I følge Jensen og Meckling (1976) kan prinsipalen begrense agentens avvik fra hans interesse og målsettinger ved å styre prinsipal- agent problemet. Denne styringen handler i hovedsak om å etablere kontrollrutiner og belønningssystemer for å hindre uønsket adferd. Det finnes flere måter prinsipalen kan utøve denne styring på, og dermed sikre seg at agenten jobber ut fra hans ønske. Opstad (2003) nevner ti ulike metoder for styring av prinsipal- agent problemet, og tabell 2 gir en oversikt over disse:

Tabell 2: Styring av prinsipal- agent problemet (Kilde: Opstad 2003).

Styring av prinsipal- agent problemet	
1	Spesifisering av målene
2	Grad av delegering av beslutninger
3	Omfang av pålagte oppgaver
4	Instruks om måten oppgavene skal gjennomføres på
5	Grad av rapportering og tilbakemelding
6	Etablering av felles kultur
7	Belønnings- og sanksjonsordninger
8	Innføring av kontraktsstyring
9	Omorganisering av virksomheten
10	Utskiftning

For det første kan prinsipalen gi en detaljert beskrivelse av målsettingen med krav til for eksempel hvor mange pasienter som skal behandles og hvordan. Dette vil kunne hindre agenten i å tolke innholdet i målsettingen på egen hånd, og dermed redusere sjansen for at agenten bruker tid og ressurser på andre ting. Prinsipalen kan videre velge hvor stor beslutningsmyndighet agenten skal ha, og hvilke beslutninger det må innhentes tillatelse fra prinsipalen om. Eksempler på dette kan være i hvilken grad ledelsen må gi tillatelse til avdelingsledere når det gjelder bruk av overtid og innkjøp av utstyr.

Ved å pålegge agenten konkrete oppgaver, reduseres også handlefriheten og risikoen for at agenten bruker tid på oppgaver som ikke er etter prinsipalens ønske. Dersom prinsipalen i tillegg gir instruksjoner om når og hvordan agenten skal utføre oppgavene, sørger han for at valgmulighetene for hvordan oppgavene skal gjøres blir små. Ved å gi krav om rapportering og tilbakemelding holdes prinsipalen løpende oppdatert om hva som er gjort, hvordan det er gjort og hva som er oppnådd. Dersom målsettinger ikke er oppnådd, kan prinsipalen be om videre begrunnelse for dette.

Videre kan etablering av en felles kultur kunne redusere motsetningene mellom prinsipal og agent og sørge for mer sammenfallende interesser og målsettinger. Prinsipalen kan også innføre belønning for oppgaver som er i samsvar med målsettingene og sanksjoner når det oppstår avvik. Det vil da koste mye for agenten dersom han ikke handler etter prinsipalens ønske.

Agentens informasjonsfortrinn kan reduseres ved at de enkelte agentene må konkurrere om spesifikke kontrakter. For å beholde og sikre seg kontrakter må agenten som utfører tjenestene sørge for at produksjon og leveranser er i tråd med prinsipalens bestilling. I bestillingen setter prinsipalen klare definisjoner og krav for både innhold og kvalitet på tjenestene (St.meld. nr. 5 (2003-2004)). De regionale helseforetakenes kontrakter med egne helseforetak eller private aktører er eksempel på slik kontraktsstyring.

Prinsipalen kan videre endre ledelsens sammensetning og beslutningsposedyrene og dermed endre strukturen på organisasjonen. Et eksempel på dette kan være avdelingsledere som blir fratatt en del arbeidsoppgaver som følge av at resultater ikke er sammenfallende med målsettinger og prinsipalens ønske. Dersom agenten ikke klarer å oppfylle kravene som ledelsen setter, kan prinsipalen til slutt forlange at agenten slutter.

2.2 Økonomisk styring

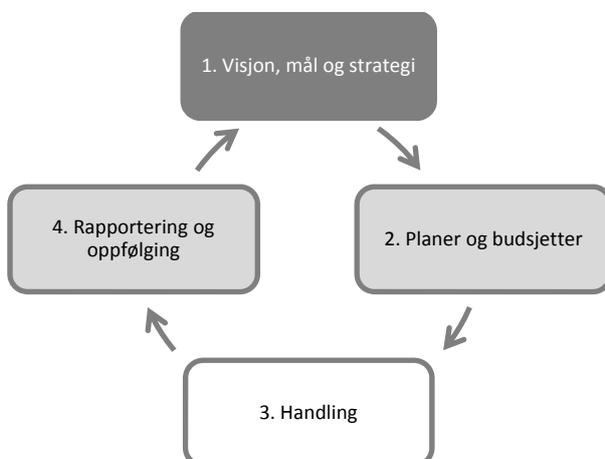
Økonomi går ut på å finne metoder for å forvalte ressursene på en best mulig måte (Opstad 2003). På grunn av prinsipal- agent problemet mellom prinsipal som bestiller og agent som utfører, er effektive økonomiske styringsverktøy viktig for prinsipalens måloppnåelse. I økonomisk teori legges det vekt på skillet med normativ og deskriptiv tilnærming. Mens normativ teori forteller hvordan ting skal eller bør være, prøver deskriptiv teori å beskrive hvordan virkeligheten er (Opstad 2003). Det gis her drøfting av de to ulike tilnærmingene, med fokus på den ideelle økonomiske styringsprosessen og institusjonell teori.

2.2.1 Normativ tilnærming

En normativ tilnærming sier altså noe om hvordan den økonomiske styringen skal eller bør være. Det finnes mange definisjoner av økonomisk styring, og en klassisk definisjon gis av Anthony (1965:17):

”Management control is the process by which managers assure that resources are obtained and used effectively and efficient in the accomplishment of the organization`s objectives.”

Økonomisk styring handler om prioriteringer og evne til å påvirke aktiviteter. I tillegg handler det om å ha oversikt og kontroll og om å holde seg innenfor gitte rammer (Opstad 2003). Økonomisk styring blir ofte fremstilt som en kontinuerlig prosess bestående av fire tett koblede elementer. Dette kan illustreres av figur 3, som viser den ideelle økonomiske styringsprosessen:



Figur 3: Den ideelle økonomiske styringsprosessen (Kilde: Anthony og Young 2003).

Den ideelle økonomiske styringsprosessen starter på det overordnede strategiske nivået, hvor strategisk planlegging og utforming av strategisk plan finner sted. Her bestemmes det hvilke tjenester sykehusene skal produsere og hva disse tjenestene kommer til å koste. Sykehusenes toppledelse har ansvaret for dette nivået, og det har ofte et langsiktig perspektiv. Videre er det administrative nivåets ansvar å binde sammen det strategiske og det operative nivået. Her utarbeides budsjett og planer i økonomiske termer med utgangspunkt i den strategiske planen. Til slutt har avdelingsledelsen det operative ansvaret for å følge opp de strategiske målene gjennom oppfølging av budsjettets forutsetninger. Økonomisk styring er en kontinuerlig prosess som gjentas i repeterende syklus. Regnskapsrapportering fra det operasjonelle nivået gir dokumentasjon for handlinger og grunnlag for evaluering ved sammenligning med budsjett og planer. På bakgrunn av denne evalueringen legges nye strategiske planer som på nytt blir utgangspunkt for nye budsjett og planer (Pettersen et al. 2008).

Det finnes flere alternative prinsipper for å styre en virksomhet. Hvilket prinsipp som velges vil avhenge av hvilke rammebetingelser som eksisterer for virksomheten, hvor godt målene er definert og hvor godt man kjenner forholdet mellom mål og virkemidler (Pettersen et al. 2008). Ouchis modell (1977), som vi kan se av tabell 3, viser fire styringsfilosofier som blir beskrevet langs to dimensjoner. Den første dimensjonen handler om hvorvidt resultatmålene er klare eller uklare. Med uklare resultatmål menes det at det kan være flere mål, at mål er tvetydige eller at ulike parter legger forskjellig innhold i et og samme mål. Den andre dimensjonen handler hvorvidt kausalkunnskapen er god eller dårlig. Med kausalkunnskap mener vi kunnskap om sammenhengen mellom resursinnsats og resultat, også kallet årsak-virkning sammenheng (Opstad 2003).

Tabell 3: Kunnskap om mål- middelsammenhenger (Kilde: Ouchi 1977).

		Kausalkunnskap	
		Gode	Dårlige
Resultatmål	Klare	(1) Mål- og regelstyring	(2) Målstyring
	Uklare	(3) Regelstyring	(4) Profesjonsstyring

Fra tabell 3 finner vi i rute 1 situasjonen med klare resultatmål og god kausalkunnskap. Denne styringsfilosofien har klare mål og styrer adferden til aktørene for å kunne utnytte ressursene best mulig. Et eksempel på en slik form for styring kan være styring av privat industriproduksjon (Opstad 2003). Videre finner vi i rute 2 situasjon med klare resultatmål

og dårlig kausalkunnskap. Her er det en klar oppfatning om hva målet med virksomheten er, men det er derimot ikke en entydig sammenheng mellom tiltak og virking på resultatet. Utvikling av vaksine mot aids er et eksempel en slik situasjon. Målet er her entydig, men det kreves mye prøving og feiling for å finne en vaksine som viker (Opstad 2003). I rute 3 finner vi uklare resultatmålene, men god kausalkunnskap. Her er det god kunnskap om hva man får igjen for innsatsen, men det er vanskelig å vurdere det opp mot målet (Opstad 2003). Til slutt finner vi i rute 4 profesjonsstyring. I denne situasjonen finner vi en kombinasjon av uklar sammenheng mellom innsats og resultat og uklare resultatmål, og det er profesjonenes normer og verdier som er avgjørende for de valg som tas (Opstad 2003).

Mye av spesialisthelsetjenesten kan plasseres under profesjonsstyring i rute 4. Sykehus mangler kunnskap om hvordan behandlinger faktisk virker inn på helsetilstanden til befolkningen og det er vanskelig å evaluere om resultatet er i henhold til målsettingene. Dette gjør økonomistyring og prioritering av de knappe ressursene til en vanskelig oppgave, og valg og utforming av finansieringsmodell vil spille viktig rolle for måloppnåelse.

2.2.2 Deskriptiv tilnærming

Vi har nå sett på den ideelle økonomiske styringsprosessen og ulike styringsfilosofier ut fra en normativ tilnærming. Den normative teorien fokuserer på hvordan styringen kan og bør være, og det antas at beslutninger tas med en høy grad av målrettethet og rasjonalitet. En deskriptiv tilnærming legger på den andre siden vekt på faktiske forhold (Opstad 2003), og man tar her hensyn til vikarierende motiver og irrasjonelle faktorer. I virkeligheten viser det seg at de reelle styringsprosessene best kan bli forstått med utgangspunkt i en slik beskrivende tilnærming (Pettersen et al. 2008).

Innenfor deskriptiv tilnærming for økonomisk styring finner vi begrepet institusjonell teori. I følge institusjonell teori kan utforming av styringssystem og styringsverktøy forklares med behovet for å fremstå som legitime ovenfor sine omgivelser (Meyer og Rowan 1977). I følge DiMaggio og Powell (1983) er det ikke bare innen sosiologi at irrasjonalitet og ineffektivitet oppstår. Også innen økonomi foretar bedrifter beslutninger og handlinger som strider mot rasjonalitet og effektivitet. I 1950-årene ble ideen om at organisasjoner ikke kan overleve bare ved å tenke effektivitet, lansert (Ditlev-Simonsen 2011). Tanken er at virksomheter også må etablere og vedlikeholde aksept og støtte for sin aktivitet i samfunnet for å kunne overleve på lang sikt (Nyland og Pettersen 2010).

Som konsekvens av institusjonaliseringen blir det ofte løse koblinger mellom formell struktur og de operasjonelle aktivitetene (DiMaggio og Powell 1983). Det kan med andre ord bli et gap mellom de økonomiske styringssystemene som eksisterer og den økonomiske styringen som reelt sett utøves. For å oppnå legitimitet vil organisasjoner inkorporere institusjonaliserte regler og mønster i egen virksomhet. En virksomhet vil med andre ord velge organisasjonsform, styringssystem, konsept eller tankemodeller ut fra det som ansees som riktig eller moderne i sine omgivelser (Busch 2000). Som resultat av dette presset om institusjonalisering, blir organisasjoner innen samme bransje stadig mer like. Dette kalles isomorfisme, og DiMaggio og Powell (1983) viser til tre årsaker som kan forklare institusjonell isomorfisme. Disse årsakene kan vi se i tabell 4:

Tabell 4: Årsaker til institusjonell isomorfisme (Kilde: DiMaggio og Powell 1983).

Årsaker til institusjonell isomorfisme	
1	Tvangsmessig isomorfisme
2	Imiteringsmessig isomorfisme
3	Normativ isomorfisme

For det første kan institusjonell isomorfisme være tvangsgenerert. Dette kan både komme som følge av press fra organisasjoner man står i et avhengighetsforhold til, og som følge av kulturelle forventinger i samfunnet. Den andre årsaken bak institusjonell isomorfisme kan være imitering, eller plagiering. Usikkerhet kan føre til at organisasjoner faller for fristelsen til å kopiere andre, gjerne organisasjoner med suksess innenfor samme bransje. Videre kan institusjonell isomorfisme være et resultat av et normativt press. Dette normative presset oppstår i forbindelse med dannelsen av profesjonsgrupper. Når organisasjoner tenderer mot å ligne hverandre, dannes det kollektive oppfatninger om hva som utgjør den gjeldende profesjonens idealer (DiMaggio og Powell 1983).

Legitimering vil spesielt være viktig for organisasjoner som i begrenset grad kan vise til måloppnåelse ved hjelp av objektive kriterier, og da spesielt innenfor helsevesenet. Valg og utforming av finansieringsmodell kan derfor handle om legitimering. Finansieringsmodellen kan ha som formål å signalisere sykehusenes effektivitet i produksjon av spesialisthelsetjenester. På denne måten får befolkningen en legitimering på at deres skattepenger brukes på en hensiktsmessig og effektiv måte.

2.3 Finansieringsmodeller som styringsverktøy

Når vi snakker om finansieringsmodeller i somatisk spesialisthelsetjeneste mener vi modeller for hvordan penger skal tilføres sykehusene som utfører tjenestene (Hagen 2009). Midler til å drive sykehus fordeles og tildeles i mange ledd. I hvert av disse leddene for overføring av penger fra stat til sykehusene oppstår det ulike konflikter og motstridende målsettinger.

Utfordringen med valg og design av finansieringsmodell er at ulike utforminger bidrar til å realisere ulike mål. Det blir derfor viktig å foreta en avveining mellom hvilke elementer man skal bygge finansieringssystemet på og hvor mye man skal vektlegge de enkelte elementene (Hagen 2009). Det finnes ikke noe fasitsvar på hva som er den beste måten å finansiere et sykehus på, men valg av modell vil kunne påvirke produktiviteten og antall behandlede pasienter (Hagen & Iversen 1996). Med begrensede midler vil derfor utforming av finansieringsmodell være avgjørende for hvor mye helse man får for hver krone.

I dette kapittelet drøftes det først hvilken rolle usikkerhet i somatisk spesialisthelsetjeneste spiller når det gjelder valg og utforming av finansieringsmodell. Videre gjennomgås ulike hovedmodeller for finansiering og hvordan disse bestemmer hvem som må bære den underliggende usikkerheten. Til slutt skal jeg se på finansieringsmodellen den norske stat i dag bruker for fordeling av penger mellom de regionale helseforetakene. Det gis også en diskusjon problemer denne modellen fører med seg.

2.3.1 Finansiering og usikkerhet

Innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste oppstår det usikkerhet med hensyn til flere faktorer. Denne usikkerheten må det tas hensyn til ved utforming av finansieringsmodeller. For det første vil det oppstå grunnleggende usikkerhet forbundet med virksomhetens art som følge av aktivitetsvariasjoner. Eksempler på grunnleggende usikkerhet kan være usikkerhet omkring hvor mange av befolkningen som vil få behov for behandling, omfanget av behandlingsbehovet til den enkelte pasient og i hvilken grad behandlingen vil bli vellykket. Videre vil det oppstå usikkerhet med tanke på å forutsi hendelser som følge av organiseringen og finansieringen av helsetjenestene. Et eksempel på dette kan være usikkerhet omkring hvor behandling vil finne sted som følge av fritt sykehusvalg. Behandlingskostnadene vil også være usikre fordi de påvirkes av hva ledelsen og ansatte gjør for å påvirke behandlingens form og omfang, samt grad av egen arbeidsinnsats (Hagen 2009).

Usikkerhet er altså en sentral egenskap ved somatisk spesialisthelsetjeneste. Valg av finansieringsmodell vil dermed være med på å bestemme hvem som skal bære denne usikkerheten. Statens sterke ressursgrunnlag gjør at de vil være best egnet til å takle økonomisk usikkerhet, samtidig som denne usikkerheten vil kunne jevne seg ut for hele landet sett under ett. Isolert sett vil dette peke i retningen av en finansieringsmodell med full kostnadsrefusjon til helseforetakene. I virkeligheten er det slik at staten ikke er i stand til å observere helseforetakenes ansatte og deres bruk av ressurser. Dette kan føre til at de ansatte tilpasser seg for å oppnå egne målsettinger. Staten står da ovenfor asymmetrisk informasjon, og full kostnadsrefusjon til helseforetakene kan føre til lite effektivt ressursbruk (Hagen 2009). Dette gjør valg av finansieringsmodell til en krevende og utfordrende oppgave.

2.3.2 Hovedmodeller for finansiering

Finansieringsmodeller kan, som vi kan se av tabell 5, i hovedsak klassifiseres langs to dimensjoner (Hagen 2009). Den første dimensjonen (loddrett i tabell 5) forteller i hvilken grad det er et forhold mellom aktivitet og inntekt. I modeller for aktivitetsbasert finansiering er det et direkte forhold mellom aktivitet og inntekt. Dette fører til at inntekten øker jo mer aktivitet som utføres, og motsatt med redusert aktivitet. Rammefinansieringsmodeller har på den andre siden en indirekte sammenheng mellom aktivitet og inntekt. En økning eller reduksjon i aktivitet vil her ikke kunne påvirke inntekten. Den andre dimensjonen (vannrett i tabell 5) forteller i hvilken grad inntektene er basert på historiske eller forventede kostnader. Finansieringsmodeller hvor inntekter er basert på historiske kostnader gjengis ofte som retrospektive, mens modeller basert på forventede kostnader ofte kalles prospektive.

Tabell 5: Hovedtyper av finansieringsmodeller (Kilde: Hagen 2009).

	Retrospektiv finansiering	Prospektiv finansiering (Fast pris)
Aktivitetsbasert finansiering	(1) Kostnadsrefusjon	(2) Stykkprisfinansiering
Rammebasert finansiering	(3)	(4) Rammebudsjettering

Kombinasjon av de to dimensjonene gir fire alternative modeller for finansiering av spesialisthelsetjenesten. Det som skiller disse modellene fra hverandre er måten de håndterer risikoen for effektivitets- og aktivitetsvariasjoner på (Hagen 2009). Tre modeller har tradisjonelt vært brukt for finansiering av spesialisthelsetjenesten i Norge. Disse er kostnadsrefusjon, rammebudsjettering og stykkprisfinansiering (Pettersen et al. 2008). Disse vil i det følgende drøftes opp mot fordeling av risiko mellom stat og helseforetak.

Rute 1 gir alternativet med kombinasjon av aktivitetsbasert og retrospektiv finansiering. Dette er en enkel modell for finansiering av sykehus, og er i praksis en refusjon av alle påløpte kostnader. En refusjon av påløpte kostnader fører til at sykehuset vil behandle alle som trenger det, og det vil ikke oppstå seleksjonsproblematikk. Dette kan enten skje ved at sykehuset løpende sender regninger basert på faktiske kostnader, eller ved at budsjettene reguleres i etterkant i forhold til historiske kostnader (Pettersen et al. 2008). Siden helseforetakene her får full kostnadskompensasjon for alle aktiviteter, vil både risikoen for effektivitets- og aktivitetsvariasjoner ligge på staten som finansierer. Et stort problem med slike modeller for finansiering er at de ikke gir noe insentiv for helseforetakene til å holde kostnadene nede. Samtidig er det et viktig poeng at en slik modell ikke gir insentiver til å redusere kvaliteten på helsetjenestene. På grunn av den kostnadsdrivende tendensen og det lite kontrollerende totalforbruket, ønsker staten likevel å unngå bruk av rene modeller for full kostnadskompensasjon (Hagen 2009).

Mens kostnadsrefusjon i rute 1 overlater risikoen for effektivitets- og aktivitetsvariasjoner til staten som finansierer, blir den i rute 4 i sin helhet overlatt til helseforetakene og sykehusene som tilbydere av spesialisthelsetjenestene. Her kombineres rammebasert og prospektiv finansiering, hvor staten fordeler en fast ramme til helseforetakene som er uavhengig av aktiviteten. Når denne rammen er oppbrukt får ikke helseforetakene ytterligere finansiering, og de er ikke lenger interessert å opprettholde aktiviteten. Dette kan da føre til redusert kvalitet på tjenestene og lange ventelister (Hagen 2009).

Finansieringsmodellen i rute 2 vil fungere som en mellomting mellom kostnadsrefusjon og rammefinansiering i rute 1 og 4. Her fordeles risikoen mellom staten som finansierer og helseforetakene som tilbydere av spesialisthelsetjenester. Denne finansieringsmodellen benevnes ofte som stykkprisfinansiering og er avhengig av den aktiviteten som utføres. I motsetning til kostnadsrefusjon som baserer seg på en refusjon av faktiske kostnader, vil denne modellen basere seg på refusjon av faste priser for ulike behandlingstyper. Disse faste beløpene vil som regel gjenspeile de forventede kostnadene tilbyder har (Pettersen et al. 2008). Her bærer staten risikoen for aktivitetsvariasjonen, og må derfor dekke endringer i mengde og type aktivitet som oppstår i helseforetakene. Når det gjelder det gjelder den systemgenererte usikkerheten, er det helseforetakene selv som må bære denne (Hagen 2009).

Det finnes altså ikke en perfekt modell for finansiering av sykehus. Alle modeller har både fordeler og ulemper. Det er derfor vanlig at finansieringsmodeller i praksis kombinerer elementer fra de tre hovedmodellene beskrevet ovenfor. Tabell 6 gir en oppsummerende

oversikt over fordeler og ulemper med de tre hovedmodellene for finansiering i helsesektoren. Utfordringer knyttet til stykkprisfinansiering diskuteres nærmere i kapittel 4.2.3. Dette kapittelet tar for seg problematikk rundt statens modell med innsatsstyrt finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Spesielt diskuteres problematikk rundt ISF som kan oppstå dersom modellen brukes utover dens egnede virkeområde, altså lenger ned enn RHF- nivået.

Tabell 6: Fordeler og ulemper med finansieringsmodeller i helsesektoren.

Finansieringsmodell	Fordeler	Ulemper
Kostnadsrefusjon	<ul style="list-style-type: none"> • Incentiv til å øke aktiviteten. • Kostnadsnøytralt. • Ikke incentiv til å redusere kvaliteten på behandlingen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kostnadsdrivende. • Ikke incentiv til kostnadseffektiv drift. • Ikke incentiv til å begrense bruken av helsetjenester.
Rammebudsjettering	<ul style="list-style-type: none"> • Sikrer kontroll over den samlede ressursbruken. • Incentiv til kostnadseffektiv drift. • Incentiv til å begrense bruken av helsetjenester. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ikke incentiv til å øke aktiviteten utover det som er planlagt. • Ikke kostnadsnøytralt. • Kan gi incentiv til å redusere kvaliteten på behandlingen.
Stykkprisfinansiering	<ul style="list-style-type: none"> • Incentiv til å øke aktiviteten forutsatt at inntektene dekker kostnadene. • Incentiv til kostnadseffektiv drift. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kostnadsdrivende. • Ikke kostnadsnøytralt. • Kan gi incentiv til å redusere kvaliteten på behandlingen. • Ikke incentiv til å begrense bruken av helsetjenester.

2.4 Økonomiske styringsverktøy som en pakke

Valg og utforming av finansieringsmodell kan sies å være et av mange styringsverktøy virksomheter bruker for å styre de ansattes handlinger. For å sikre tette koblinger mellom styringssirkelens elementer og dermed total måloppnåelse, brukes det mange ulike styringsverktøy, eller styringssystemer. Malmi og Brown (2008:290) gir følgende definisjon på styringsverktøy:

“Management controls include all the devices and systems managers use to ensure that the behaviours and decisions of their employees are consistent with the organization’s objectives and strategies, but exclude pure decision-support systems. Any system, such as budgeting or a strategy scorecard can be categorised as a management control system.”

I de senere årene har det vært et økende fokus på at styringsverktøy bør vurderes sammen, og ikke hver for seg, for å bedre forstå verktøyenes effektivitet (Fisher 1998, Langfield-Smith 2007, Malmi og Brown 2008). Malmi og Brown (2008:287) presiserer at styringsverktøy ikke opererer i isolasjon, men i en pakke sammen med andre systemer og verktøy. Virksomheter benytter ulike styringsverktøy som gjensidig er linket til hverandre. De ulike styringsverktøyene påvirker derfor hverandre, og kan sies å operere i en pakke av verktøy eller systemer. Ved å studere alle elementene i pakken og forholdet mellom dem, vil man kunne få en bedre forståelse for hvert enkelt styringsverktøy. I følge Malmi og Brown (2008:287) kan styringspakker defineres som følger:

“As a general conception, a management control systems (MCS) package is a collection or set of controls and control systems. The individual control systems may be more traditional accounting controls such as budgets and financial measures, or administrative controls, for example organization structure and governance systems, along with more socially based controls such as values and culture.”

Malmi og Brown (2008) har utviklet en konseptuell typologi av denne styringspakken, som består av fem ulike styringsdimensjoner. Disse dimensjonene er kulturell styring, styring gjennom planlegging, kybernetisk styring, styring gjennom belønning og kompensasjon og administrativ styring. Tabell 7 viser en fremstilling av denne modellen, som skal vise hvordan organisasjoner bruker ulike styringsverktøy, eller styringsdimensjoner, for styring av sine ansatte:

Tabell 7: Malmi og Browns styringspakke (Kilde: Malmi og Brown 2008).

Kulturell styring						
Klaner		Verdier			Symbol	
Styring gjennom planlegging		Kybernetisk styring				Styring gjennom belønning og kompensasjon
Langsiktig planlegging	Handlingsplaner	Budsjett	Finansielle måltall	Ikke-finansielle måltall	Hybride måltall	
Administrativ styring						
Styringsstruktur		Organisatorisk struktur			Retningslinjer og prosedyrer	

Øverst i modellen finner vi styringsdimensjonen *kulturell styring*. Kulturell styring kan utøves gjennom organisasjonens klaner, verdier eller symboler. Fordi organisasjonskulturen er vanskelig å endre, legger den rammen for modellens andre styringsdimensjoner. Vi finner så videre i modellen *styring gjennom planlegging*. Denne planleggingen består av to

tidshorisonter. Mens den langsiktige planleggingen har et strategisk perspektiv, er handlingsplanene taktiske og kortsiktige. Styring gjennom planlegging påvirker de ansattes motivasjon, innsats og atferd ved at organisasjonen planer blir deres mål (Malmi og Brown 2008).

Videre finner vi i Malmi og Browns styringspakke *kybernetiske kontroll*. Kybernetisk styring blir ofte ansett som den viktigste styringsmekanismen, og er styring direkte rettet mot måloppnåelse. Den kybernetiske styringsfunksjonen består av alle styringsverktøy som kvantifiserer organisasjonens aktiviteter. Dette gjelder både finansielle- og ikke- finansielle måltall, hvor det angis standarder for ønsket ytelse. For å måle de ansatte etableres det målesystemer for å registrere ytelsesnivået. Videre blir det foretatt sammenligninger mellom standard og aktuell ytelse, før det gis tilbakemelding om eventuelle avvik (Malmi og Brown 2008).

Styring gjennom belønning og kompensasjon har videre som hensikt å motivere og øke ytelsen til enkeltpersoner og grupper innenfor organisasjoner. Det dannes her en kobling mellom organisasjonens mål og de ansattes prestasjoner, og det er derfor en tett kobling opp mot den kybernetiske styringsdimensjonen. Til slutt finner vi nederst i modellen *administrativ styring*. Denne styringsdimensjonen styrer de ansattes adferd gjennom hvordan virksomheten styrer, hvordan virksomheten er organisert og til slutt gjennom retningslinjer og prosedyrer (Malmi og Brown 2008).

I henhold til Malmi og Browns modell for styringspakker, vil det i denne oppgaven være viktig å studere Helse Bergen HF sin totale styringspakke når vi ser på helseforetakets finansieringsmodell. Ulike verktøy vil kunne bidra til oppnåelse av ulike målsettinger. I tillegg kan det oppstå situasjoner hvor styringsverktøy isolert sett kan bidra til svekkelse av enkelte målsettinger. Det vil derfor være viktig å se på finansieringsmodellen sammen med andre styringsverktøy for å kunne si noe om helseforetakets koblinger mellom styringssirkelens fire elementer. På de områder hvor finansieringsmodellen eventuelt bryter koblingen i styringssirkelen, vil det dermed være viktig å se på hvilke andre verktøy foretaket bruker for å sikre seg total måloppnåelse.

2.5 Økonomisk styring i offentlig sektor

2.5.1 Forskjell mellom privat og offentlig sektor

I kapittel 2.2.1 ble det gitt følgende definisjon på økonomisk styring (Anthony 1965:17):

”Management control is the process by which managers assure that resources are obtained and used effectively and efficient in the accomplishment of the organization`s objectives.”

En slik definisjon møter mange utfordringer når det kommer til økonomisk styring i offentlig sektor. Offentlig sektor har ikke en målsetting om maksimering av økonomisk overskudd, men om å realisere velferdspolitiske og samfunnsmessige mål innenfor en gitt inntektsramme (Mauland og Mellemvik 2004). Dette er en målsetting som i liten grad er målbar, og økonomisk styring i offentlig sektor er derfor en vanskelig og kompleks oppgave (Nyland og Pettersen 2010).

Forskjellen i økonomiprosess mellom privat og offentlig sektor fører til at de har ulike målsettinger. Dette vil kunne påvirke valg og utforming av finansieringsmodell. For å overleve må alle organisasjoner finansiere sine utgifter med inntekter. Ulike organisasjoner skaffer seg imidlertid inntekter på forskjellige måter (Monsen 2011), og det er dette som er hovedskillet mellom privat og offentlig sektor. Denne forskjellen i økonomiprosess mellom privat og offentlig sektor kan illustreres av figur 4 og 5:



Figur 4: Økonomiprosess privat sektor.



Figur 5: Økonomiprosess offentlig sektor.

Privat sektor kan ses på som markedskoplete organisasjoner som skaffer seg inntekter gjennom byttetransaksjoner, hvor varer og tjenester byttes mot penger. Aksjonærer skyter inn finansielle midler med det formål å oppnå lønnsom avkastning på kapitalinnskuddet. Bedriften har derfor et lønnsomhetsmål, og dette kommer til uttrykk i form av et

lønnsomhetskrav fra toppledelsen. Fokuset er her altså på lønnsomhetsvirkningen av inntektene og utgiftene (Monsen 2011).

Offentlig sektor kan på den andre siden ses på som budsjettkoplete organisasjoner som primært skaffer seg inntekter gjennom enveis pengetransaksjoner. De mottar skatteinntekter fra innbyggerne uten å gi noe direkte motytelse. Befolkningen velger politikere til å representere seg i styringen av offentlige organisasjoner (Monsen 2011). Politikerne skal disponere skatteinntektene for å dekke befolkningens fellesbehov, og resultat i form av økonomisk overskudd er derfor irrelevant.

Tabell 8 viser sammenhengen mellom mål og middel i budsjett- og markedskoblede virksomheter. I markedskoblede virksomheter, som oftest innen privat sektor, er den grunnleggende målsettingen å skaffe penger. Aktivitetene som utføres kan ses på som virkemiddelet for å skaffe disse pengene. I budsjettkoblede virksomheter antar man på den andre siden at det grunnleggende formålet med virksomheten er aktivitetene som utføres. Pengene som stilles til disposisjon, er virkemiddelet (Nyland og Pettersen 2010).

Tabell 8: Sammenheng mellom mål og middel (Kilde: Nyland og Pettersen 2010).

	Budsjettkoblede virksomheter (Offentlig sektor)	Markedskoblede virksomheter (Privat sektor)
Mål	Aktivitet	Penger
Middel	Penger	Aktivitet

Denne forskjellen i sammenheng mellom mål og middel utgjør en stor utfordring for offentlig sektor. Med aktivitet som målsetting, blir det vanskelig å operasjonalisere og uttrykke målsettingen i målbare størrelser. Innsatsfaktorene, eller midlene, kan på den andre siden lett uttrykkes i målbare størrelser gjennom budsjett. Dette er årsaken til at det i offentlig sektor som regel er lettere med innsatsstyring enn resultat- og målstyring (Nyland og Pettersen 2010).

I de senere årene har vi likevel sett en tendens til at offentlig sektor forsøker å måle aktivitetene som utføres. Dette kan illustreres ved at spesialisthelsetjenesten har utviklet en finansieringsmodell som deler opp tjenestene i diagnosegrupper med fastsatte priser. Denne modellen for inntektsfordeling vil dermed kunne uttrykke det gjennomsnittlige ressursforbruket i hver enkelt diagnosegruppe (Nyland og Pettersen 2010), og man får på den måten et mål på de aktivitetene som utføres.

2.5.2 New Public Management

Til tross for forskjellen i økonomiprosess mellom privat og offentlig sektor, har vi i den senere tid kunne observere forsøk på å styre offentlige budsjettkoblede organisasjoner på samme måte som private markedskoblede bedrifter. New Public Management (NPM) er betegnelsen på en bred reformbølge i offentlig sektor som tar utgangspunkt i å overføre styringsmekanismer fra det private næringsliv til offentlig sektor.³ Offentlig sektor mangler ofte incentiver og pressmekanismer for effektiv ressursbruk som gjelder i et konkurranseutsatt marked. NPM kan derfor ses på som det offentliges svar og løsning på dette problemet. Tanken er at man ved å drive offentlig sektor som om de var private bedrifter i et konkurransemarked vil forsterke markedsutviklingen av offentlig sektor. Dette vil gjøre forskjellen mellom offentlig og privat sektor minst mulig (Eilertsen og Bjerke 2004). Videre vil dette føre til et kostnadseffektivt tilbud av offentlige tjenester, slik at offentlig sektor blir konkurransedyktig sammenlignet med privat næringsliv.

Frem til 2002 ble norske sykehus drevet som offentlige forvaltningsorganisasjoner. Her deltok politiske aktører aktivt på styringsarenaen sammen med sykehusets ledelse (Pettersen et al. 2008), og sikret seg dermed god innflytelse og kontroll for å nå helsepolitiske målsettinger. Et sentralt problem med denne typen organisasjonsmodell var at sykehusene fikk begrenset frihet og mulighet for styring. En rekke forhold pekte derfor på at forvaltningsorganiseringen av sykehusene var i ferd med å bli utdatert. Bakgrunnen for dette synet var blant annet en stadig økende grad av konkurranse om pasienter og økte pasientrettigheter, ny kapitalkrevende teknologi, medisinske innovasjoner, nye kommunikasjonsformer og økte krav til omstilling. Disse utviklingstrekkene medførte et press om å reformere sykehusorganisasjonene (Pettersen et al. 2008).

I prosessen mot å gå mot en mer markedsorientert tilnærming er anbud, konkurranseutsetting, privatisering, internprissetting og stykkprisfinansiering sentrale virkemidler. Selv om NPM ikke kan beskrives som en enkel sammenhengende styringsidé, finnes det finnes en rekke karakteristiske trekk som skiller styringsfilosofien fra tradisjonell offentlig økonomistyring (TPM). Hood (1995) har sammenfattet omstillingene og styringsreformene som karakteriseres NPM i syv punkter. Dette kan vi se av tabell 9:

³ <http://www.velferdsstaten.no/tema/offentlig-styring/npm/>

Tabell 9: Karakteristiske trekk ved NPM (Kilde: Hood 1995).

New Public Management (NPM)	
1	Økt desentralisering og separate organisasjonsenheter
2	Økt konkurranse
3	Private økonomistyringsideer
4	Fokus på billigere offentlig tjenesteproduksjon
5	Toppledelse mer involvert
6	Fokus på målbare standarder for offentlig tjenesteproduksjon
7	Mer enhetlig styring basert på forhåndsbestemte resultat

For det første er økt desentralisert et sentralt kjennetegn ved NPM (Hood 1995). Offentlige organisasjoner deles inn i separate enheter med ansvar, mens en sentralisert makt setter de økonomiske og regulatoriske rammebetingelsene. Dette kan vi se i helsesektoren etter helsereformen i 2002. Her er ansvaret for spesialisthelsetjenesten overført til regionale helseforetak, som fungerer som separate organisasjonsenheter og ansvarlige foretak. De skal sørge for at befolkningen får tilbud om de spesialisthelsetjenestene de trenger, innenfor et rammeverk som settes av staten som eier.

For det andre kan vi observere økt konkurranse mellom ulike offentlige organisasjoner og mellom offentlige og private organisasjoner (Hood 1995). Fritt sykehusvalg og økt konkurranse fra stadig flere private klinikker er eksempler som understøtter dette. Dette har ført man i offentlig sektor har økt sin bruk av styringsideer som har sin opprinnelse i privat sektor. I tillegg har det vært økende interesse for å finne billigere måter å produsere offentlige tjenester på (Hood 1995). Eksempler på dette kan være innføringen av innsatsstyrt finansiering i helsesektoren. Stykkprisfinansiering kan ses på som et effektivitetsfremmende tiltak som søker å bidra til et en mer kostnadseffektiv behandling av pasienter.

Videre er det et kjennetegn ved NPM at toppledelsen har blitt mer aktivt involvert i kontrollen av offentlige organisasjoner. Som et resultat av dette har det blitt økt fokus på målbare standarder. Man forsøker å styre på en mer enhetlig måte med utgangspunkt i forhåndsbestemte resultatmål (Hood 1995). Et eksempel på dette er innføringen av diagnose relaterte grupper (DRG) i helsesektoren. Dette har ført til en oversiktlig beskrivelse av aktiviteten ved sykehusene. Systemet gjør det også mulig å sammenligne sykehus, selv om disse skulle behandle helt ulike pasienter.⁴

⁴ <http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/drg/Sider/default.aspx>

Mye av kritikken rundt NPM går ut på at man glemmer de helt grunnleggende prinsipper om at helsetjenester er til for befolkningens skyld. Sterkt fokus på kalkyler og lønnsomhetskrav kommer i veien for det grunnleggende prinsippet om gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det. I det følgende gis det en drøfting av en rekke andre utfordringer som ligger i det å bruke økonomisk teori på helsesektoren. Til sammen skaper egenskapene ved helsesektoren mange problemstillinger når styringsmekanismer overføres fra privat sektor.

2.5.3 Utfordringer i å bruke økonomisk teori på helsesektoren

Som følge av forskjellen mellom privat og offentlig sektor, finnes det altså en rekke utfordringer i å bruke økonomisk teori på helsesektoren. Dette er med på å gjøre styring av somatisk spesialisthelsetjeneste til en vanskelig oppgave. Opstad (2003) beskriver seks utfordringer som gjør det vanskelig å finne løsninger som bidrar til bedre ressursutnyttelse. Tabell 10 gir en oversikt over disse utfordringene:

Tabell 10: Egenskaper ved helsesektoren (Kilde: Opstad 2003).

Egenskaper ved helsesektoren	
1	Helsebegrepet er sammensatt og vanskelig å måle
2	Mangel på veivisere
3	Uklare ansvarsforhold
4	Mangel på fasitløsning
5	Profesjonsdominans

For det første er helsebegrepet sammensatt og vanskelig å måle. Det finnes dermed ikke enkle og gode måter å måle befolkningens helsetilstand på. Med uklare resultatmål blir det vanskelig å se sammenhengen mellom helsevesenets innsats og forbedring i helsetilstand. Det blir derfor vanskelig å si noe om virkningen av og kvaliteten på tjenestene. Dette skaper en utfordring med hensyn til vurdering av ressursfordeling (Opstad 2003).

Videre vil mangelen på veivisere for hvordan helsesektoren skal organiseres og finansieres gjøre det vanskelig å løse utfordringer. Helsesektoren preges også av uklare ansvarsforhold. Selv om staten med de regionale helseforetakene i spissen har det overordnede ansvaret for tilbudet av spesialisthelsetjenester, kan det oppstå uklarhet om hvem som har ansvar i forskjellige situasjoner. På grunn av delegering av beslutningsansvar er det ikke alltid like enkelt å si hvem som har ansvaret (Opstad 2003).

Mangel på fasitløsning er en annen egenskap ved helsesektoren. Selv om en pasient får stilt en diagnose, finnes det sjelden noen fasitløsning på hvilke tiltak som er de beste. Det vil heller ikke være enkelt å si noe om i hvilken grad behandlingen faktisk påvirker helsen, eller om det er andre elementer som har spilt en rolle. Til slutt er det en sterk profesjonsdominans i helsesektoren. Her er det helsepersonellet som sitter på kunnskap og ferdigheter om hva som bør gjøres, hvordan det bør gjøres, hvilke ressurser som kreves og virkningen av tiltakene. Dette gjør at helsepersonellet innehar en sterk posisjon (Opstad 2003).

3. Metode

Samfunnsvitenskapelig metode dreier seg om hvilken fremgangsmåte man skal benytte når man skal innhente informasjon om virkeligheten, og hvordan man skal analysere betydningen av denne informasjonen slik at den gir ny innsikt i samfunnsmessige forhold og prosesser (Johannessen et al. 2011). Det handler altså om å samle inn, analysere og tolke data for å få bedre kunnskap om hvordan virkeligheten ser ut. Metodelæren hjelper oss i denne sammenheng med å ta hensiktsmessige valg av fremgangsmåte.

Tabell 11 gir en fremstilling av forskningsprosessen med kvalitative intervjuer som datainnsamlingsmetode. Denne forskningsmetoden ble valgt for å få en dypere innsikt i og forståelse for bruk av finansieringsmodeller som styringsverktøy i somatisk spesialisthelsetjeneste. For å komme seg gjennom de syv stadiene fra tematisering til rapport, må det innhentes informasjon og data som gir svar på problemstillingen. Det finnes ikke en fremgangsmåte eller metode som passer for alle problemstillinger eller forskningsspørsmål, og utforming av strategi og design for datainnsamling må derfor tilpasses den enkelte situasjon.

Tabell 11: Forskningsprosessen (Kilde: Kvale og Brinkmann 2009).

Forskningsprosessen med kvalitative intervjuer som datainnsamlingsmetode	
1	Tematisering
2	Planlegging
3	Datainnsamling
4	Transkribering
5	Analyse
6	Kvalitetsvurdering
7	Rapport

Med utgangspunkt i forskningsprosessen illustrert i tabell 11, gis det i dette kapittelet en beskrivelse av oppgavens metode. Først drøftes oppgavens tema og valg av problemstilling og studieobjekt. Videre gjennomgås oppgavens planleggingsfase med valg av strategi og forskningsdesign, før jeg gir en beskrivelse av oppgavens metode for datainnsamling. Det gis så en gjennomgang av prosessen med å transkribere intervjuene. Transkriberingen legger grunnlag for det videre arbeidet med datareduksjon, analyse og fortolkning av de kvalitative dataene. Til slutt foretas det en vurdering av kvaliteten på dataene som ligger til grunn for oppgavens analyse, og det gis en beskrivelse av hvordan funnene og metoden formidles i denne skriftlige rapporten.

3.1 Tematisering

Det første steget i forskningsprosessen går ut på å formulere formålet med undersøkelsen og gi en beskrivelse av hvordan emnet som skal undersøkes oppfattes før arbeidet med datainnsamlingen starter (Kvale og Brinkman 2009). Bakgrunnen for mitt valg av studieobjekt var innføringen av innsatsstyrt finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste i 1997. Jeg var nysgjerrig på temaet og ønsket å få en bedre forståelse for bruk av finansieringsmodeller som styringsverktøy på ulike nivå i somatisk spesialisthelsetjeneste. På denne måten ville jeg kunne få innsikt i hvordan og hvorfor penger fordeles slik de gjør mellom regionale helseforetak, helseforetak, sykehus, klinikker og avdelinger.

For å få et mest mulig helhetlig bilde av finansieringen fra stat til avdelinger og klinikker, ønsket jeg å undersøke finansieringsmodeller på to nivå. Jeg ville derfor først undersøke hvordan de regionale helseforetakene finansierte sine helseforetak, for så å finne ut av hvordan de lokale helseforetakene videreførte inntektene. På grunn av begrenset tidsramme bestemte jeg meg for å foreta en overflatisk beskrivelse av finansieringsmodellene til alle de fire regionale helseforetakene. Dette ville gi meg en oversikt over rammebetingelser de lokale helseforetakene stod ovenfor. Jeg ville dermed kunne foreta en vurdering av hvorvidt jeg kunne forvente å finne innsatsstyrt finansiering av sykehus, klinikker og avdelinger. Jeg valgte så å gå i dybden på det lokale helseforetaket Helse Bergen HF. Valget falt på Helse Bergen HF fordi en lokalisering i Bergen ville kunne gjøre det lettere med tanke på gjennomføring av eventuelle dybdeintervjuer eller andre metoder for innhenting av data. Oppgavens problemstilling ble derfor som følger:

”I hvilken grad brukes innsatsstyrt finansiering som styringsverktøy på ulike nivå i somatisk spesialisthelsetjeneste, og hvilke erfaringer har et utvalg direktører i Helse Bergen HF med modellens bidrag til måloppnåelse?”

I tillegg ble det laget to forskningsspørsmål for å gi en konkretisering av hvilke ting jeg ønsket å finne ut av:

- 1. Hvordan er finansieringsmodellene til de regionale helseforetakene utformet?***
- 2. Hvordan er finansieringsmodellen til Helse Bergen HF utformet, hva er bakgrunnen for denne utformingen og hvilke erfaringer har et utvalg avdelings- og klinikkdirektører med modellens insentiver?***

3.2 Planlegging

Når man har kommet frem til en god og presis problemstilling er neste steg i forskningsprosessen å planlegge studien. Studien må planlegges med henblikk på å innhente den kunnskapen man ønsker, samtidig som man må fokusere på studiets moralske implikasjoner (Kvale og Brinkmann 2009). Det må tas stilling til hva og hvem som skal undersøkes og hvordan undersøkelsen skal gjennomføres. I forskning betegnes dette som forskningsdesign (Johannessen et al. 2010). Forskningsdesignet er en mer eller mindre detaljert plan for hvordan man skal gå frem for å nå de forskningsmessige målene (Grenness 1997). Det er vanlig å skille mellom tre hovedtyper forskningsdesign; eksplorativt, deskriptivt og kausalt design (Churchill og Iacobucci 2010):

- *Eksplorativt (utforskende) design:* Brukes når problemstillingen er uklar, forkunnskapene begrensede og hvor vi ikke er i stand til å stille opp klare hypoteser.
- *Deskriptivt (beskrivende) design:* Brukes først og fremst når oppgaven er å beskrive variabler og sammenhenger mellom disse. Baseres ofte på relativt klare hypoteser om hvordan slike sammenhenger ser ut.
- *Kausalt (årsak- virkning) design:* Benyttes når vi ønsker å måle effekter av ulike stimuli, det vil si forhold mellom årsak og virkning.

Hovedformålet med denne studien var å få bedre kunnskap om bruk av finansieringsmodeller som styringsverktøy på ulike nivå i somatisk spesialisthelsetjeneste. Forkunnskapene var begrensede og jeg var ikke i stand til å stille opp klare hypoteser. Studien kan derfor sies å ha et eksplorativt design og baserer seg på casestudie av de fire regionale helseforetakene og Helse Bergen HF. I følge Yin (2007:31) kan casestudier defineres som følger:

”En casestudie er en empirisk undersøkelse som studerer et aktuelt fenomen i dets virkelige kontekst fordi grensene mellom fenomenet og konteksten er uklare”.

Som vi kan se av tabell 12, er det vanlig å bruke to dimensjoner i casestudiedesign. Den ene dimensjonen handler om man jobber med en enkeltcase eller flere caser. Videre forteller den andre dimensjonen hvorvidt man bruker en eller flere analyseenheter (Johannessen et al. 2011). Oppgavens første forskningsspørsmål omhandler finansieringsmodellene til de fire regionale helseforetakene. Denne delen av oppgaven kan klassifiseres som en flercasestudie med en analyseenhet. Casene er her finansieringsmodellene til de regionale helseforetakene

og analyseenheten er informanter ansatt i de respektive foretakene. Med en slik flercasestudie med en analyseenhet fikk jeg et helhetlig og overordnet perspektiv på foretakenes finansieringsmodeller. Samtidig gav det meg mulighet til å foreta sammenligninger fra region til region.

Oppgavens andre forskningsspørsmål omhandler finansieringsmodellen til Helse Bergen HF. Denne delen av oppgaven kan klassifiseres som en enkeltcasestudie med flere analyseenheter, hvor jeg har fått informasjon fra flere enheter innenfor studiet av et avgrenset system. Casen er her finansieringsmodellen til Helse Bergen HF og analyseenhetene informanter ansatt ved Haukeland Universitetssykehus. En casestudie med flere analyseenheter ser ikke bare på organisasjonen som helhet, men benytter også divisjoner, avdelinger, grupper og individer som analyseenheter (Johannessen et al. 2011). Her har jeg altså ikke bare sett på Helse Bergen HF som helhet, men også brukt avdelinger, klinikker og individer som analyseenheter. Hovedformålet med denne delen av undersøkelsen var å utforske finansieringsmodellen til Helse Bergen HF nærmere, og ikke nødvendigvis å kunne komme med endelige konklusjoner.

Tabell 12: Fire designstrategier for casestudier (Kilde: Johannessen et al. 2011).

	Antall case som studeres	
Forskerens avgrensning	Enkeltcasedesign	Flercasedesign
En analyseenhet	Forskeren får informasjon fra en enkelt enhet innenfor studiet av et avgrenset system .	Forskeren får informasjon fra en enkelt enhet innenfor studiet av flere systemer .
Flere analyseenheter	Forskeren får informasjon fra flere enheter innenfor studiet av et avgrenset system .	Forskeren får informasjon fra flere enheter innenfor studiet av flere systemer .

3.3 Datainnsamling

Forskning handler om å samle inn dokumentasjon, eller data, som gjenspeiler den virkeligheten som undersøkes (Johannessen et al. 2011). Det er vanlig å skille mellom primær- og sekundærdata. Mens primærdata kan defineres som data som er innsamlet av forskeren selv eller planlegges av forskeren for prosjektets formål (Ringdal 2007), er sekundærdata data som er samlet inn av andre. Denne undersøkelsen bygger i stor grad på bruk av primærdata, og det gis i dette kapittelet en drøfting de valgte datainnsamlingsmetodene.

Data kan innhentes på mange forskjellige måter, og valg av datainnsamlingsmetode skal styres av problemstillingen som skal undersøkes (Grenness 1997). Som vi kan se av tabell 13, skilles det mellom to hovedmetoder for datainnsamling. Mens man i kvantitativ metode er opptatt av å kartlegge utbredelse ved å telle opp fenomener, fokuserer kvalitativ metode på kvaliteten eller spesielle kjennetegn og egenskaper ved det fenomenet som studeres (Johannessen et al. 2011). Siden finansieringsmodellene i somatisk spesialisthelsetjeneste var noe jeg ønsket å forstå mer grundig, falt valget mitt på en kvalitativ tilnærming. Dette er en tilnærming som er hensiktsmessig når vi undersøker fenomener vi ønsker å forstå på et mer dyptgående plan. En kvalitativ strategi har som mål å søke mening og forklaring ved de fenomenene som studeres gjennom nærhet til objektet (Kvale 1997).

Tabell 13: Kvantitativ og kvalitativ metode (Kilde: Gall et al. 1996).

Kvalitativ metode	Kvantitativ metode
En sosialt konstruert verden	En objektiv sosial verden
Oppdage begrep, lage teori (induktiv)	Teoristyrte, starter med begrep (deduktiv)
Formålsforklaringer	Årsaksforklaringer
Små utvalg av case	Store representative utvalg
Nærhet til de(t) som studeres	Avstand til de(t) som studeres
Naturlige omgivelser	Kunstige omgivelser
Fleksibel	Strukturert
Tekstdata	Talldata
Uformelle analyseteknikker	Statistiske analyseteknikker

Datainnsamling knyttet til oppgavens første forskningsspørsmål har dreiet seg om en kombinasjon av primær- og sekundærdata. De benyttede metodene har her vært skriftlig kontakt på e-post og telefonsamtaler, samt skanning av diverse dokumenter fra de regionale helseforetakene. Dette er billige og lett tilgjengelige datainnsamlingsmetoder som passet fint i denne delen av oppgaven hvor hovedformålet var å gi en kort og overordnet beskrivelse av finansieringsmodellene til de regionale helseforetakene. Alle de regionale helseforetakene ble innledningsvis kontaktet på e-post med en forespørsel om å gi en kort beskrivelse av deres finansieringsmodell. E-posten ble sendt til økonomidirektørene i foretakene. Direktørene besvarte så enten forespørselen selv, eller videresendte den til personer med rett kompetanse og anledning til å svare. To av de regionale helseforetakene besvarte forespørselen på e-post med bekreftende dokumenter som vedlegg. Et foretak besvarte forespørselen per telefon, og det siste foretaket refererte til diverse dokumenter som kunne gi en beskrivelse av deres finansieringsmodell. Tabell 14 gir en oversikt over de gjennomførte datainnsamlingsmetodene mot de regionale helseforetakene:

Tabell 14: Oversikt over datainnsamlingen fra de regionale helseforetakene.

Dato	RHF	Datainnsamlingsmetode	Sted
13. januar 2012	Helse Vest RHF	E-post Dokumentskanning	Bergen
23. januar 2012	Helse Midt- Norge RHF	E-post Dokumentskanning	Bergen
3. februar 2012	Helse Nord RHF	E-post Telefonsamtale	Bergen
15. februar 2012	Helse Sør- Øst RHF	Dokumentskanning	Bergen

Datainnsamling knyttet oppgavens andre forskningsspørsmål har dreiet seg om kvalitative intervjuer foretatt på Haukeland Universitetssykehus. Observasjon, intervjuer og gruppesamtaler er vanlige måter å samle inn kvalitative data på, og intervjuer er den mest brukte metoden (Johannessen et al. 2011). Dette er en datainnsamlingsmetode som kan brukes nesten over alt, og den gjør det mulig å få detaljerte beskrivelser av fenomenet som studeres. Det finnes det en rekke grunner til å samle inn data ved hjelp av kvalitative intervjuer (Johannessen et al. 2011), og disse var avgjørende for mitt valg av datainnsamlingsmetode. For det første gir kvalitative intervjuer informanten stor frihet til å uttrykke seg, og han kan derfor være med på å bestemme hva som skal tas opp. Dette vil være med på å få frem informantens erfaringer og oppfatninger på en god måte. Videre er det slik at informanten i et kvalitativt intervju kan rekonstruere hendelser. Det vil også være mulig for forskeren å tilpasse hvert intervju til informantens situasjon, og man kan på denne måten frem kompleksiteten og ulike nyanser til det fenomenet man forsker på.

Det kvalitative intervjuet kan være mer eller mindre strukturert, det vil si planlagt og tilrettelagt på forhånd (Johannessen et al. 2011). På den ene ytterkant finner vi *ustrukturerte intervjuer*. Et ustrukturert intervju er uformelt intervju med åpne spørsmål om et gitt tema, hvor forskeren tilpasser spørsmål til hver enkelt intervjusituasjon. På den andre ytterkant finner vi *strukturerte intervjuer*. I et strukturert intervju er både tema og spørsmål fastlagt på forhånd, og forskeren krysser av for faste svaralternativer. Som en mellomting mellom ustrukturerte og strukturerte intervjuer har vi *semistrukturerte intervjuer*. Et semistrukturert intervju har en overordnet intervjuguide som utgangspunkt for intervjuet, hvor spørsmål, tema og rekkefølge kan variere. Dette er den mest brukte intervjuformen, og gir fordeler med tanke på en viss grad av standardisering.

Jeg valgte derfor å bruke semistrukturerte intervjuer som datainnsamlingsmetode, slik at jeg til en viss grad ville kunne sammenligne svarene fra de ulike informantene. Dette gjorde jeg ved å lage en standardisert intervjuguide som ble benyttet som retningslinje for alle intervjuene. Denne intervjuguiden ble laget med overordede temaer som inneholdt flere spørsmål. Rekkefølgen på temaene og spørsmålene ble tilpasset den enkelte intervjusituasjon. Denne fleksibiliteten så jeg på som viktig fordi jeg følte at jeg ikke hadde nok kunnskap om temaet til å kunne ha fastlåste spørsmål. I noen tilfeller kuttet jeg også ut spørsmål underveis som jeg følte ikke passet å spørre informanten om eller som informanten ikke hadde kunnskap til å svare på. På denne måten fikk jeg en viss struktur på intervjuene, samtidig som det ble lettere å foreta sammenligninger av informantenes svar innenfor hvert tema.

Ved utvelgelse av informanter i kvalitative undersøkelser står valg av *utvalgsstørrelse*, *utvalgsstrategi* og *rekruttering* sentralt (Johannessen et al. 2010). For å kartlegge hvordan finansieringsmodellen til Helse Bergen HF var utformet og i hvilken grad den gav insentiv til oppnåelse av gitte målsettinger, ønsket jeg å få synspunkter fra relevante personer på ulike nivå i helseforetaket. Målgruppen var her økonomi- og finansdirektøren og alle avdelings- og klinikkdirektører på Haukeland Universitetssykehus. Av alle avdelings- og klinikkdirektørene måtte jeg derfor foreta en vurdering og et valg om hvor mange jeg skulle intervjuer, hvordan jeg skulle velge de ut og hvordan rekrutteringen skulle foregå.

I kvalitative intervjuer handler utvalgsstørrelse om hvor mange man skal intervjuer. Kvalitative metoder kjennetegnes ved at vi forsøker å få mye informasjon fra et begrenset antall informanter (Johannessen et al. 2011). Det finnes ikke noe fasitsvar på hvor mange intervjuer som er tilfredsstillende, og ideelt sett burde det gjennomføres intervjuer helt til forskeren ikke lenger får ny informasjon. I mindre prosjekter er det vanlig med et utvalg på 10-15 informanter (Johannessen et al. 2011). Likevel vil det være slik at begrensinger i tid og økonomi setter rammer for hvor mange intervjuer det praktisk vil være mulig å gjennomføre. I denne undersøkelsen foretok jeg fem intervjuer på Haukeland Universitetssykehus, en utvalgsstørrelse som i hovedsak begrenset seg på grunn av tidsmessige forhold hos meg selv og hos de ansatte på sykehuset. Det er likevel vanlig å måtte begrense seg til færre enn 10 intervjuer når det kommer til studentprosjekter eller andre prosjekter med begrenset tid og økonomi til rådighet (Johannessen et al. 2011).

Når man har bestemt hvor mange informanter man skal intervju, er neste steg å velge hvilken strategi man skal bruke for å velge ut hvem disse informantene skal være. I kvantitative undersøkelser er det vanlig at utvalget trekkes tilfeldig, slik at det kan gjøres statistiske generaliseringer. Kvalitative undersøkelser har på den andre siden et mål om å få mest mulig kunnskap om det som studeres, og det er vanlig med en strategisk utvelgelse av informanter. Strategisk utvelgelse går ut på at forskeren først velger ut en målgruppe hvor han kan få samlet nødvendige data fra, for så å velge ut personer fra denne gruppen som kan stille som informanter (Johannessen et al. 2011).

Som representant for sykehusledelsen og for å gi en beskrivelse av finansieringsmodellen og ledelsens intensjoner med denne, intervjuet jeg først økonomi- og finansdirektøren i Helse Bergen HF. I dette første intervjuet gjorde vi også en strategisk utvelgelse og rekruttering av fem avdelings- og klinikkdirektører. Denne utvelgelsen sørget for at informantene kom fra avdelinger og klinikker som ble utsatt for forskjellige rammebetingelser og forskjellig produksjon. Dette ble gjort for å få frem bredden på sykehuset. Jeg laget så en kort intervjuoversikt og samtykkeerklæring som ble sendte til de fem utvalgte informantene for samtykke. Mens fire aksepterte forespørselen, var det en som ikke svarte på henvendelsen. Jeg endte dermed opp med å intervju fire avdelings- og klinikkdirektører i tillegg til økonomi- og finansdirektøren. Tabell 15 gir en oversikt over gjennomførte intervjuer på Haukeland Universitetssykehus:

Tabell 15: Oversikt over gjennomførte intervjuer på Haukeland Universitetssykehus.

Dato og klokkeslett	Varighet (ca.)	Tittel	Sted
6. mars 2012 Kl. 09:30-11:00	90 min.	Økonomi- og finansdirektør i Helse Bergen HF	Haukeland Universitetssykehus, Bergen
19. mars 2012 Kl. 13:00-14:00	60 min.	Avdelingsdirektør i Helse Bergen HF	Haukeland Universitetssykehus, Bergen
20. mars 2012 Kl. 09:00-09:30	30 min.	Avdelingsdirektør i Helse Bergen HF	Haukeland Universitetssykehus, Bergen
21. mars 2012 Kl. 09:30-10:30	60 min.	Avdelingsdirektør i Helse Bergen HF	Haukeland Universitetssykehus, Bergen
11. april 2012 Kl.13:00-14:30	75 min.	Klinikkdirektør i Helse Bergen HF	Haukeland Universitetssykehus, Bergen

3.4 Transkribering

Data innsamlet til oppgavens første forskningsspørsmål var i hovedsak skriftlig materiale. Dette skriftelige materialet ble brukt til å lage en sammenfattet oppsummering og oversikt over finansieringsmodellene til hvert av de fire regionale helseforetakene. Under telefonsamtalen med det ene foretaket noterte jeg i stikkorsform underveis. I etterkant laget jeg en oppsummering og oversikt også for dette foretaket.

Datainnsamlingen knyttet til oppgavens andre forskningsspørsmål var på den andre siden i stor grad muntlig materiale. Etter å ha gjennomført innsamling av data gjennom kvalitative intervjuer, må intervjumateriale, som dokumenterer datainnsamlingen, klargjøres for analyse. Lyd- og/eller bildeopptak skrives vanligvis ut som tekst, og denne prosessen kalles transkribering (Johannessen et al. 2011). I denne delen av undersøkelsen ble alle intervju dokumentert ved hjelp av lydopptak. Etter hvert intervju ble disse lydopptakene skrevet ut som tekst og sendt til den enkelte informant innen to uker for gjennomlesing og endelig godkjenning. Transkriberingen av intervjumateriale var en langtekkelig og anstrengende oppgave, men viktig som grunnlag for analyse av dataene. Når dette var gjort, ble de transkriberte dataene brukt til å gi en beskrivelse av den innhentede empirien.

3.5 Analyse

Når transkriberingen av intervjuene var ferdig og datamaterialet klargjort i den empiriske fremleggingen, var neste steg i forskningsprosessen dataanalyse. Analysen kan sies å ha to hensikter (Johannessen et al. 2011). For det første organiserer man data etter tema ved å redusere, systematisere og ordne datamaterialet. Videre analyserer og tolker man informasjonen som ligger i datamaterialet for å identifisere temaer og mønstre i datamaterialet som kan kommuniseres gjennom en form for rapportering.

For å kunne identifisere spesielle mønstre og se en sammenheng i datamaterielle, var det nødvendig for meg å organisere dataene for å få en oversikt. I følge Mason (2002) er det i hovedsak tre måter å organisere de kvalitative dataene på:

1. Tverrsnittsbasert og kategoribasert inndeling av data.
2. Kontekstuell dataorganisering.
3. Bruk av diagrammer og tabeller.

Den første måten å organisere de kvalitative dataene på er tverrsnittsbasert og kategoribasert inndeling av data. Denne metoden går ut på at man lager en system for å indeksere datamengden. Ved en slik indeksering setter man merkelapper på setninger eller avsnitt som gjør det mulig å identifiserer og finne temaer i datamaterialet (Johannessen et al. 2010). Videre kan man foreta en kontekstuell dataorganisering. I motsetning til tverrsnittsbasert og kategoribasert inndeling av data, hvor formålet er å finne det som er felles for flere kontekster, søker denne metoden å finne det som er spesifikt i en spesiell kontekst (Johannessen et al. 2010). Den siste metoden for organisering av de kvalitative dataene er bruk av diagrammer og tabeller.

For å organisere datamaterialet som ble innsamlet til oppgavens første forskningsspørsmål, valgte jeg å foreta en organisering ved hjelp av tabeller. Jeg presentere da de innhentede dataene i en tabell for å gjøre de mer oversiktlige. På denne måten laget jeg et bedre grunnlag for sammenligning av finansieringsmodellenes utforming. Videre foretok jeg en tverrsnittsbasert og kategoribasert inndeling av dataene knyttet til oppgavens andre forskningsspørsmål. Jeg startet arbeidet med dataanalysen ved å systematisere og ordne datamaterialet. Ved å bruke en intervjuguide med temaer jeg ønsket å berøre, hadde jeg gjort litt forarbeid ved at jeg brukte denne som utgangspunkt for en fortløpende kategoribasert inndeling av datamaterialet. Dette gjorde jeg ved å sortere og kategorisere all data fra alle informantene under hvert hovedtema.

Etter å ha redusert, systematisert og ordne datamaterialet, startet jeg å analysere og tolke informasjonen i datamaterialet basert på mine teoretiske antagelser. Formålet var her å identifisere mønster eller interessante temaer for å kunne svare på problemstillingene, for så å knytte dette opp mot de teoretiske antagelsene presentert i forkant av datainnsamlingen. I følge Yin (2007) har man høy grad av mønstermatching dersom et mønster i datamaterialet passer sammen med et mønster forskeren har forutsatt på forhånd. Intervjuguiden jeg laget var basert på mine teoretiske antagelser. Mye av dataanalysen gikk derfor ut på å se om de teoretiske antagelsene som intervjuguiden bygget hadde forankring hos informantene. I de tilfeller hvor teorien ikke så ut til å stemme med empirien, søkte jeg begrunnelser for dette. I tillegg var det også av interesse å avdekke spørsmål og problemstillinger som kunne være av interesse for videre studier.

3.6 Kvalitetsvurdering

I en undersøkelse eller et forskningsopplegg er det viktig å kunne si noe om kvaliteten på dataene som brukes. Innenfor kvantitativ forskning brukes reliabilitet, ulike validitetsformer og objektivitet som kriterier for kvalitet (Johannessen et al. 2011). Data som samles inn må være pålitelige, relevante og objektive i forhold oppgavens problemstilling. I denne sammenheng går reliabilitet, eller pålitelighet, på om gjentatte målinger med samme måleinstrument gir samme resultat. Validitet, eller gyldighet, handler om en faktisk måler det en vil måle (Ringdal 2007). Noen bruker også begrepene reliabilitet og validitet for vurdering av pålitelighet og gyldighet av kvalitative data.⁵ Lincoln og Guba (1985 og 1989) mener derimot at man ikke kan vurdere kvalitative undersøkelser på samme måte som kvantitative. Som mål på kvalitet i kvalitative undersøkelser bruker de derfor begrepene *pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og bekreftbarhet*.

Med utgangspunkt i disse fire begrepene gis det i dette kapittelet en drøfting av undersøkelsens kvalitet. Tabell 16 gir en oversikt over kriterier for vurdering av kvalitet i kvalitative undersøkelser, samtidig som den viser hvilke kriterier dette svarer til i kvantitative undersøkelser. I følge Johannessen et al. (2011) vil det være slik at reliabilitet og validitet, slik det er forstått i kvantitative undersøkelser, noen ganger også vil være relevant i kvalitative studier. Andre ganger vil man måtte vurdere kvalitet ut fra andre kriterier, og dette er noe som må vurderes ut fra hver enkelt studie. I denne undersøkelsen finner jeg en vurdering av pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og bekreftbarhet relevant for å vurdere studiets kvalitet. Jeg velger derfor å ta utgangspunkt i disse begrepene.

Tabell 16: Kvalitetsvurdering av undersøkelser (Kilde: Lincoln og Guba 1985 og 1989).

Kvalitetsvurdering av kvalitative og kvantitative undersøkelser	
Kvalitativ	Kvantitativ
1. Pålitelighet	1. Reliabilitet
2. Troverdighet	3. Begrepsvaliditet
4. Overførbarhet	2. Ekstern validitet
5. Bekreftbarhet	3. Objektivitet

⁵ Se for eksempel Yin 2008.

3.6.1 Pålitelighet

Pålitelighet handler om i hvilken grad man kan stole på resultatene som presenteres. Resultatets pålitelighet avhenger av hvilke data som brukes, hvordan de samles inn og hvordan de bearbeides (Johannessen et al. 2011). Denne undersøkelsen bygger i hovedsak på primærdata som er skaffet til veie ved hjelp av skriftlige henvendelser på e-post, telefonsamtaler og intervjuer. Fordelen med primærdata er at dataene er samlet inn spesielt for undersøkelsen man jobber med. Det faktum at forskeren selv samler inn dataene gjør det til en pålitelig kilde. På den andre siden er innsamling av data selv både er tids- og arbeidskrevende, og det kan medføre store kostnader.

I tillegg til primærdata, bygger også undersøkelsen på bruk av sekundærdata. Ulempen med sekundærdata er at det er vanskelig å finne data som sammenfatter helt med undersøkelsens tema og problemstilling. Siden forskeren selv ikke samler inn dataene, kan man stille spørsmålsteget ved kildens pålitelighet. Eksempler på sekundærkilder som denne undersøkelsen bygger på er offentlige dokumenter og rapporter, lover og stortingsproposisjoner. Dette er kilder jeg føler jeg kan stole på, og de vil dermed ikke være med på å svekke undersøkelsens pålitelighet

For å samle inn data ble det gjennomført semistrukturerte intervjuer. Et semistrukturert intervju har en overordnet intervjuguide som utgangspunkt for intervjuet, mens spørsmål, temaer og rekkefølgen på disse kan variere (Johannessen et al. 2011). Ved å utarbeide en intervjuguide med sentrale temaer fra den overordnede problemstillingen sikret jeg i denne undersøkelsen større grad av pålitelighet enn ved et ustrukturert intervju. I tillegg ble det enklere å sammenligne data fra de ulike informantene. Denne sammenligningen er en del av analysen, og var sentral for å finne svar på problemstillingene.

Bruk av dybdeintervju som datainnsamlingsteknikk har både fordeler og ulemper når det kommer til pålitelighet. Siden intervjuet foregår ansikt til ansikt, vil forskeren kunne oppklare misforståelser og stille oppfølgingsspørsmål underveis. Dette vil kunne være med å øke påliteligheten til dataene. På den andre siden vil intervjusituasjonens tette forhold mellom forsker og informant kunne føre til at informanten føler seg reservert med tanke på å dele sine egne meninger og oppfatninger. I min undersøkelse er alle avdelings- og klinikkdirektører sikret anonymitet. Dette har bidratt til å sikre større grad av trygghet og åpenhet under intervjuene, og følgelig mer pålitelige data.

3.6.2 Troverdighet

Troverdighet sier noe om undersøkelsen er utført på en tillitsvekkende måte. I kvalitative undersøkelser dreier troverdighet seg om i hvilken grad forskerens fremgangsmåte og funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten (Johannessen et al. 2011). For å kunne si noe om kvalitative studiers troverdighet, må man se på metodene som er brukt for datainnsamling, intervjumetode og analyse av transkripsjoner (Postholm 2010). Det finnes en rekke skjevheter og metodefeil som kan påvirke kvaliteten på en undersøkelse, og det er derfor viktig å være klar over disse når man foretar en kvalitetsvurdering på det arbeidet som er gjort (Johannessen et al. 2011).

Når det gjelder utvalget av informanter, kan det være en rekke faktorer som kan påvirke troverdigheten til dataene. For det første kan det oppstå utvalgsskjevhet ved at enkelte enheter kan være systematisk underrepresentert eller ikke tatt med i utvalget i det hele tatt. Videre kan det oppstå klassifiseringsskjevhet ved at informantene som velges ikke er egnet til å belyse problemstillingen (Johannessen et al. 2011). For kontrollere disse skjevhetene, foretok jeg en strategisk utvelgelse av avdelings- og klinikkdirektører i samarbeid med økonomi- og finansdirektøren. I denne utvelgelsen sørget vi for å få et mest mulig representativt utvalg av egnede informanter. På denne måten reduserte jeg utvalgsskjevheten og sikret at informantene var i stand til å gi nødvendig informasjon rundt oppgavens problemstilling.

Videre vil forskeren i kvalitative undersøkelser påvirke både informant og setting ved å være tilstede. Dette kalles intervju-effekten, og innebærer at den som intervjuer påvirker informantens svar. Dette skjer direkte eller indirekte gjennom kroppsspråk, antrekk, stemmeleie og holdninger (Johannessen et al. 2011). På denne måten kan informanten få et inntrykk av hvilket svar som forventes, og troverdigheten kan dermed svekkes. Under intervjuene forsøkte jeg derfor bevisst å møte informantene med en åpen holdning og unngå å stille ledende spørsmål. På denne måten unngikk jeg til en viss grad å la min egen forståelse av temaet påvirke de svarene som informantene kom med. Dette kan være med på å styrke troverdigheten til dataene. I tillegg fokuserte jeg på å la informantene snakkes mest mulig fritt, men med intervjuguiden som verktøy for å holde strukturen på intervjuet. På denne måten sikret jeg en enklere sammenligning av resultater i ettertid, samtidig som dataene ble mest mulig troverdige.

Til slutt er det slik at all informasjon siles gjennom forskeren, og dataene vil dermed i større eller mindre grad vil være subjektiv (Johannessen et al. 2011). For å sikre en mest mulig troverdig gjengiving av intervjuet, sørget jeg for å transkribere intervjuene rett etter at de ble gjennomført. På denne måten fikk jeg med mest mulig troverdige visuelle aspekter ved intervjuene mens de fortsatt var friskt i minne. I tillegg ble de transkriberte intervjuene sendt til informantene i etterkant for gjennomlesing og endelig godkjenning. Dette kan være med på å redusere risikoen for subjektive data, og dermed øke undersøkelsens troverdighet.

3.6.3 Overførbarhet

Overførbarhet handler om i hvilken grad resultater fra undersøkelser kan overføres til lignende fenomener eller situasjoner. Hvorvidt en undersøkelse er overførbar avhenger av hvorvidt man lykkes med å etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som er nyttige på andre områder enn det som studeres (Johannessen et al. 2011).

I denne undersøkelsen handler overførbarhet om hvorvidt den forskerkonstruerte kunnskapen om Helse Bergen HF sin inntektsfordeling kan overføres til andre avdelinger, klinikker, sykehus eller helseforetak med lignende finansieringsmodeller. Denne undersøkelsen ser kun på interne forhold på et utvalg avdelinger og klinikker på Haukeland Universitetssykehus. Resultatene kan derfor ikke uten videre generaliseres til å gjelde for verken Helse Bergen HF som helhet eller for andre sykehus eller helseforetak. Likevel vil finansieringsmodellene til de regionale helseforetakene kunne si noe om hvilke rammebetingelser alle helseforetakene står ovenfor, og kanskje derfor hvor sannsynlig det er at ulike finansieringsmodeller blir brukt.

3.6.4 Bekreftbarhet

Bekreftbarhet knyttes til kvaliteten i de tolkninger som gjøres i kvalitative undersøkelser, og at forståelsen prosjektet fører til støttes av annen forskning. En slik bekreftelse er med på å sikre at funnene er et resultat av selve forskningen, og ikke av forskerens subjektive holdninger (Johannessen et al. 2011). Jeg har derfor forsøkt å holde meg kritisk til egne tolkninger. I tillegg har jeg gjort undersøkelser for å sikre seg at mine resultater bekreftes av annen forskning. På denne måten sikret jeg at resultatene ikke i stor grad var påvirket av mine subjektive holdninger.

3.7 Rapport

Når analysen og tolkningen av datamaterialet var gjennomført, var neste steg i forskningsprosessen å rapportere funnene. I følge Kvale og Brinkmann (2009) er det viktig at funnene og metoden formidles i en form som overholder vitenskapelige kriterier, tar hensyn til etiske sider ved undersøkelsen og til slutt ender opp i et lesbart produkt. Jeg har derfor forsøkt å fokusere på dette for å få en best mulig formidling av min forskningsprosess og mine funn og resultater.

3.8 Oppsummering

Jeg har i dette kapittelet gitt en presentasjon av oppgavens metode. For innsamling av data fra Helse Bergen HF ble det benyttet kvalitative intervjuer. Denne datainnsamlingsmetoden inneholder en rekke svakheter som kan gå utover oppgavens kvalitet. Jeg har derfor gjennomført en rekke tiltak for å prøve å sikre best mulig kvalitet på de innsamlede dataene. Disse tiltakene har vært gjort for å styrke oppgavens troverdighet. Et eksempel på et slikt tiltak er at jeg har foretatt en strategisk utvelgelse av klinikk- og avdelingsdirektørene. Videre har jeg laget intervjuguide for å holde strukturen på intervjuene, for så å sende de transkriberte intervjuene tilbake til den enkelte informant for gjennomlesing og endelig godkjenning. Det er likevel viktig å presisere at det til syvende og siste vil være en fortolkning av utsagn fra et utvalg informanter. Generalisering av oppgavens funn vil derfor være vanskelig.

4. Kontekst

Et sentralt spørsmål i dagens samfunn er hvordan vi skal organisere og finansiere helsevesenet slik at vi får best mulig utnyttelse av ressursene. Valg av organisasjonsform og finansieringsmodell spiller begge en viktig rolle som verktøy i eiernes og ledelsens styringsprosess. Jeg skal i dette kapittelet gi et innblikk i dagens organisering og finansieringen av somatisk spesialisthelsetjeneste. Dette vil kunne gi et bedre grunnlag for å forstå konteksten som omringer oppgaven. Først gis det en innføring i organiseringen av somatisk spesialisthelsetjeneste, som de senere årene har gått fra å være forvaltningsorgan til å bli foretak. Deretter følger en kort beskrivelse av de regionale helseforetakene og Helse Bergen HF, som er denne oppgavens studieobjekt. Jeg går så over til temaet finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste, som starter med et historisk tilbakeblikk på finansieringsmodeller i Norge de siste 40 årene. Det gis så en beskrivelse av dagens modell for finansiering av RHF- nivået, før det til slutt drøftes spesielle utfordringer knyttet til denne modellen.

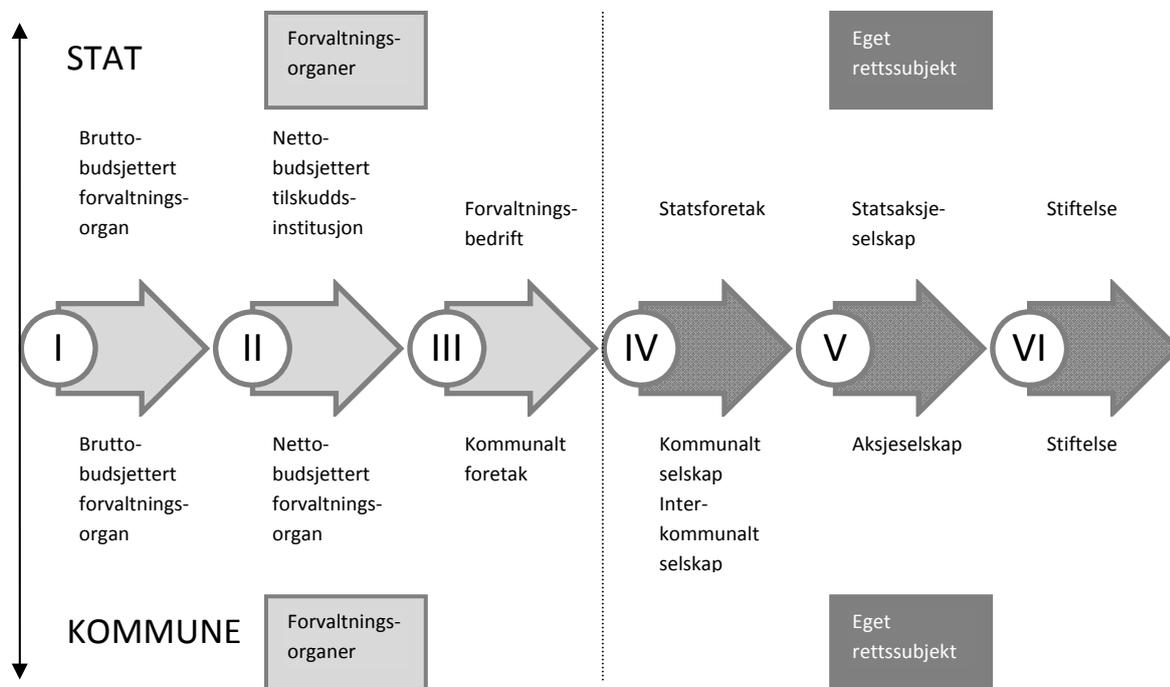
4.1 Organisering av somatisk spesialisthelsetjeneste

Spesialisthelsetjenesten i Norge omfatter sykehus og institusjoner innen somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk, ambulansetjeneste og privatpraktiserende spesialister med driftsavtale.⁶ Denne oppgaven fokuserer på den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten. Somatiske spesialisthelsetjenester omfatter i hovedsak sykehus som gir spesialisert behandling for fysisk sykdom og skade. Sykehusenes virksomhet og tjenester påvirkes av mange eksterne og interne faktorer. Valg av styringsmessige og organisatoriske relasjoner mellom stat som eier og helseforetakene er et eksempel på en slik faktor. Den tilknytningsformen som velges vil påvirke effekten av insentiver i som ligger i helselovene, i finansieringsmodellen og i rollefordelingen mellom sentrale og lokale politiske og administrative organer (Pettersen et al. 2008). Dette vil videre være med å påvirke sykehusenes virksomhet og tjenester, og kan derfor sies å være et sentralt styringsverktøy.

⁶ http://www.ssb.no/sykehus/om_speshelse.html

4.1.1 Fra forvaltningsorgan til foretak

Sykehusstruktur og tilknytningsform har vært og er et sentralt tema i den samfunnsmessige debatten (Pettersen et al. 2008). Det finnes mange ulike måter å organisere offentlige foretak og organisasjoner på. Det siste tiåret har vi sett en tendens hvor offentlig sektor går fra å være forvaltningsorgan til å bli foretak. Figur 6 viser en oppsummering av ulike kategorier av tilknytningsformer for offentlige sykehus. Denne modellen fungerer slik at graden av fristilling fra staten øker jo lenger mot høyre man kommer. Den stiplede linjen viser skillet mellom forvaltningsorganer og egne rettssubjekter. Mens organisasjonsformene til venstre for den stiplede linjen (forvaltningsorganer) er en del av staten eller fylkeskommunen som juridisk person, er organisasjonsformene til høyre for den stiplede linjen egne rettssubjekter (NOU 1999:15).



Figur 6: Organisasjonsmodeller for offentlige sykehus (Kilde: NOU 1999:15).

Frem til 2002 ble norske sykehus drevet som offentlige forvaltningsorganisasjoner, altså til venstre for den stiplede linjen i figur 6. Her deltok politiske aktører aktivt på styringsarenaen sammen med sykehusets ledelse (Pettersen et al. 2008), og sikret seg dermed god innflytelse og kontroll for å nå helsepolitiske målsettinger. Et sentralt problem med denne typen organisasjonsmodell var at sykehusene fikk begrenset frihet og mulighet for styring. En rekke forhold pekte derfor på at forvaltningsorganiseringen av sykehusene var i ferd med å bli utdatert. Bakgrunnen for dette synet var blant annet en stadig økende grad av konkurranse

om pasienter og økte pasientrettigheter, ny kapitalkrevende teknologi, medisinske innovasjoner, nye kommunikasjonsformer og økte krav til omstilling. Disse utviklingstrekkene medførte et press om å reformere sykehusorganisasjonene (Pettersen et al. 2008).

Som tiltak mot dette presset ble helseforetaksreformen innført fra 1. januar 2002. Målet med reformen var å sikre bedre helsetjenester til befolkningen gjennom en bedre og mer helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten. Dette skulle bidra til bedre utnyttelse av ressursene i sektoren, i tillegg til kortere ventetid og mer likeverdig helsetilbud i hele landet.⁷

Reformen ble i hovedsak basert på to elementer. For det første overtok staten eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene og øvrige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten. Dette innebar en overføring av hele ansvaret for spesialisthelsetjenesten til statlig sektor, og det offentlige eieransvaret ble dermed samlet på statens hånd. Videre ble virksomhetene organisert i foretak. De ble dermed egne rettssubjekter, og ikke en integrert del av den statlige forvaltningen. Statens overordede helsepolitiske mål og rammer ble lagt til grunn for styring av foretakene (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)).

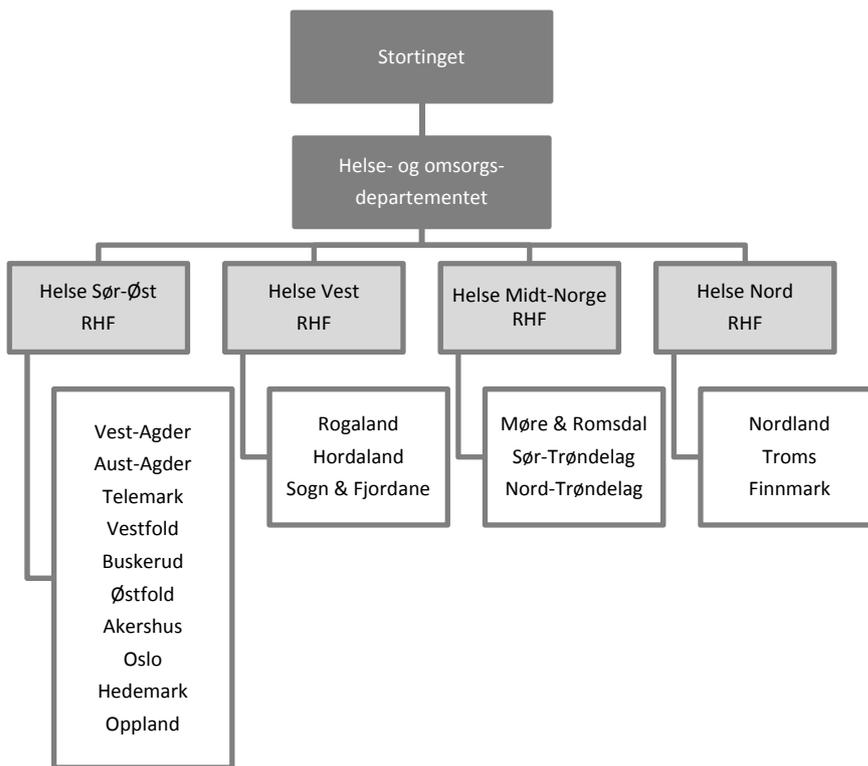
4.1.2 De regionale helseforetakene

Norge er i dag, som vi kan se av figur 7, delt i fire regionale helseforetak (RHF) som eies av Staten. Hvert av de regionale helseforetakene skal sørge for at innbyggerne i de respektive regionene får tilbud om spesialiserte helsetjenester. Dette kan de gjøre ved at de regionale helseforetakenes egne sykehus utfører oppgavene eller at tjenestene tilbys private aktører. I tillegg til et tilbud om spesialiserte helsetjenester, skal de regionale helseforetakene drive med forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende.⁸ Helseforetaksloven § 1.1 definerer helseforetakenes formål på følgende måte:

”Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialhelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt legge til rette for forskning og undervisning.”

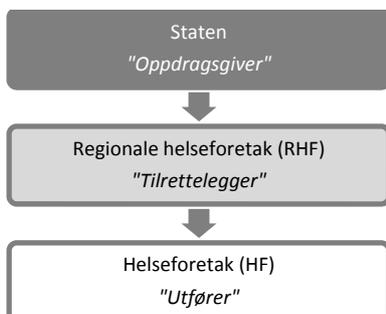
⁷ <http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2008-2009/dok8-200809-094/>

⁸ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/nokkeltall-og-fakta---ny/de-regionale-helseforetakene.html?id=528110>



Figur 7: Organisering av spesialisthelsetjenesten i fire helseregioner.

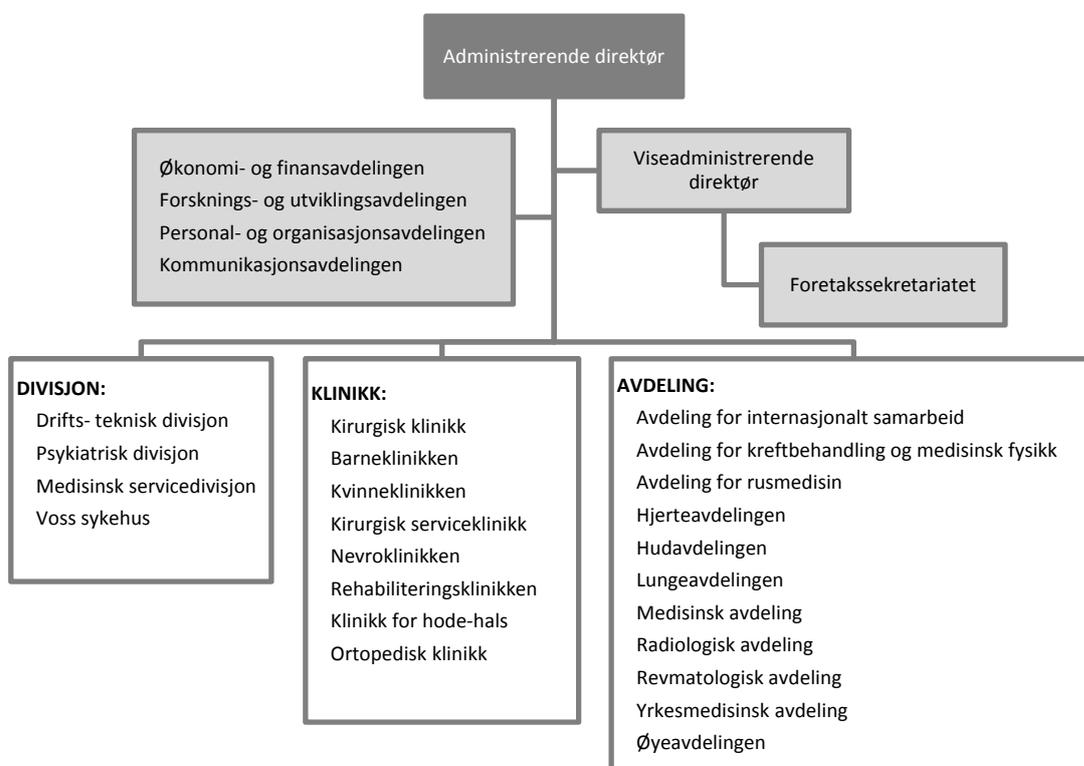
Statens primære rolle som eier av de regionale helseforetakene er å sette de økonomiske rammebetingelsene og retningslinjene som de regionale helseforetakene må forholde seg til. Staten fungerer derfor som en *oppdragsgiver* i forhold til de regionale helseforetakene. Videre er det de regionale helseforetakenes oppgave å *tilrettelegge* for gode og likeverdige spesialhelsetjenester til befolkningen i sine regioner. På denne måten skal det enkelte RHF sørge for at befolkningen får de spesialisthelsetjenestene de har krav på. Dette gjør de ved å bestille og kjøpe spesialisthelsetjenester, enten fra egne helseforetak eller fra private tjenesteleverandører. Hvert enkelt HF tar dermed rollen som *utfører*. Dette forholdet mellom staten, de regionale helseforetakene og helseforetakene kan illustreres av figur 8:



Figur 8: Ulike roller i spesialisthelsetjenesten.

4.1.3 Helse Bergen HF

Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus, er et av fem lokale helseforetak på Vestlandet som er eid av det regionale helseforetaket Helse Vest RHF. Haukeland Universitetssykehus har om lag 11.000 ansatte og behandler hvert år nesten 600 000 pasienter, i tillegg til å utdanne et par tusen helsearbeidere. Sykehuset er Norges nest største medisinske forskningsmiljø og har en rekke kompetansesenter og spesialfunksjoner både på nasjonalt og regionalt plan. Som vi kan se av figur 9 består Haukeland Universitetssykehus av en rekke divisjoner, klinikker og avdelinger, og er et av Nordens største og mest spesialiserte sykehus. Budsjettet til helseforetaket er på om lag 7,8 milliarder kroner.⁹



Figur 9: Organisasjonskart Helse Bergen HF¹⁰.

Som tilbyder av spesialisthelsetjenester har Helse Bergen HF i hovedsak fire ansvarsområder.¹¹ Det første ansvarsområdet er pasientbehandling. Her skal Helse Bergen HF yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det,

⁹ <http://www.helse-bergen.no/omoss/Sider/side.aspx>

¹⁰ <http://www.helse-bergen.no/omoss/organisering/Sider/side.aspx>

¹¹ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/nokkeltall-og-fakta---ny/sykehusenes-hovedoppgaver-.html?id=528111>

uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. Videre skal sykehuset drive utdanning av helsepersonell. Dette omfatter grunnutdanning, videre- og etterutdanning, turnustjeneste, spesialistutdanning og ulike typer kurs. Den tredje hovedoppgaven til helseforetaket er forskning og utvikling. Denne oppgaven er viktig for å gjøre helseforetaket i stand til å foreta kritiske vurderinger og riktig prioritering av etablerte og nye diagnostiske metoder, behandlingstilbud og teknologi. Det siste ansvarsområdet går på opplæring av pasienter og pårørende, som vil være viktig ved langvarig sykdom.

4.2 Finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste

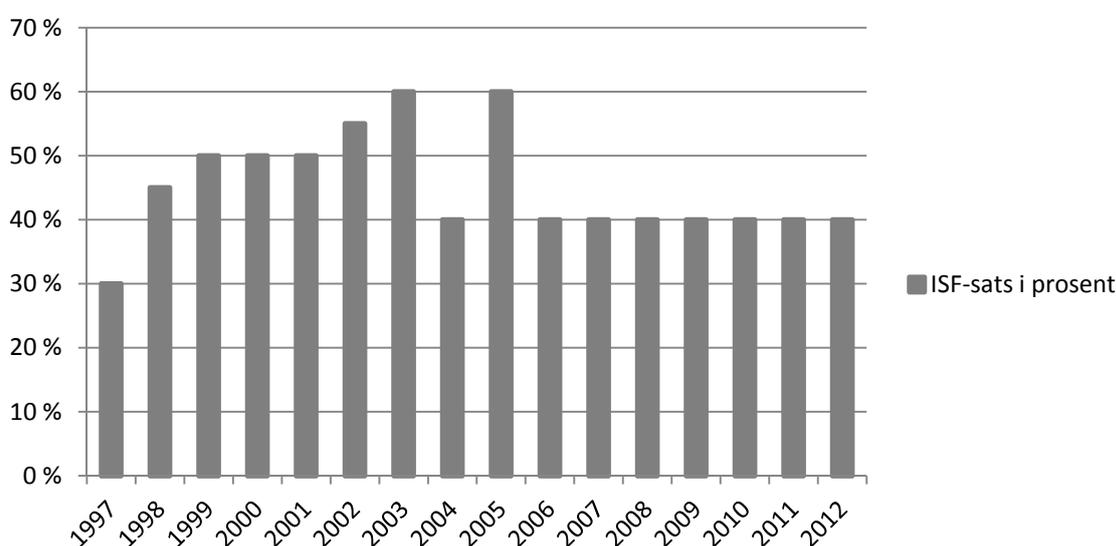
I likhet med valg av tilknytningsform, vil også valg av finansieringsmodell være med å påvirke sykehusenes virksomhet og tjenester. Det finnes i hovedsak tre typer modeller som har vært og er fremtredende i finansieringen av spesialisthelsetjenesten i Norge. Disse modellene er kostnadsrefusjon, rammefinansiering og stykkprisfinansiering (Pettersen et al. 2008). Modellene skiller seg fra hverandre ved at de gir sykehusene ulike insentiver når det kommer til fordeling, effektivitet, kvalitet og kostnadskontroll, som kan sies å være hovedmålsettingene til de regionale helseforetakene.

4.2.1 Kort historikk

I løpet av de siste 40 årene har den norske sykehusfinansieringen blitt endret flere ganger. Vi har gått fra kurdøgnfinansiering til rammefinansiering, og fra rammefinansiering til innsatsstyrt finansiering (Kjerstad og Kristiansen 2002). På 1970-tallet hadde vi i Norge kurdøgnfinansiering av sykehus. Denne modellen er det nærmeste vi har kommet formelle modeller basert på faktisk kostnadskompensasjon (Pettersen et al. 2008). Denne finansieringsmodellen gav sykehusene inntekt basert på satser per liggedøgn. Siden hvert liggedøgn økte inntektene, fikk sykehusene insentiv til å øke liggetiden. I tillegg ble flere pasienter behandlet, og kostnadene steg kraftig (Kjerstad og Kristiansen 2002).

Som følge av kurdøgnfinansierings problemer når det gjaldt kostnadskontroll, ble modellen avvirket i 1980. Man gikk da over til å finansiere sykehusene gjennom rammebudsjetter. Dette førte til at liggetiden først gikk ned, for så å flate seg ut. I denne perioden hadde man et stabilt antall behandlede og en moderat kostnadsøkning. Rammefinansieringen gav lite insentiv til å øke aktiviteten, noe som førte til at ventelistene økte kraftig (Kjerstad og Kristiansen 2002).

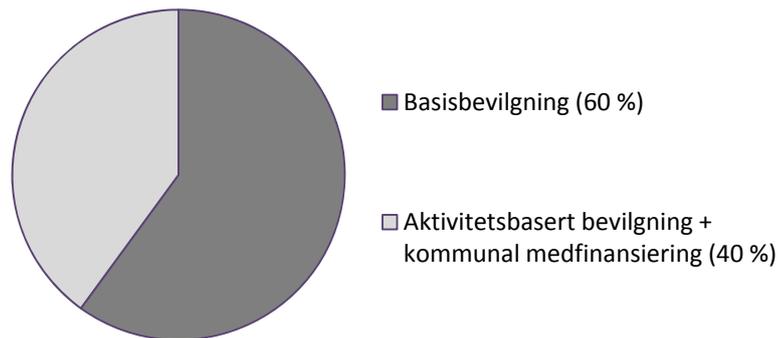
Fra 1. juli 1997 ble det innført innsatsstyrt finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste, som også er dagens finansieringsmodell (Kjerstad og Kristiansen 2002). Denne modellen skulle kombinere de sterke sidene ved rammefinansiering og aktivitetsbasert finansiering. Mens rammene skulle gi kostnadskontroll, skulle elementet med aktivitetsbasert finansiering motivere til å utnytte ledig kapasitet. Med en slik modell vil det være slik at jo lavere rammeandel og jo høyere aktivitetsbasert del man har, dess sterkere insentiv har man for vekst og dess større usikkerhet får man på kostnadssiden. Som følge av helsepolitisk uenighet har prosentandelen for den aktivitetsbaserte finansieringen variert mellom 30 og 60 prosent av totalfinansieringen siden innføringen i 1997. Figur 10 viser ISF- satsene i perioden 1997 til 2012. Her ser vi at satsen siden 2006 har stabilisert seg på 40 prosent.



Figur 10: ISF- satsene i perioden 1997 til 2012 (Kilde: Pettersen et al. (2008)).

4.2.2 Dagens finansieringsmodell for RHF- nivået

Innsatsstyrt finansiering (ISF) har altså siden 1. juli 1997 vært finansieringsmodell for RHF-nivået i somatisk spesialisthelsetjeneste i Norge. Finansieringen fra staten til de fire regionale helseforetakene er, som vi kan se av figur 11, i hovedsak todelt og består av en basisbevilgning og en aktivitetsbasert bevilgning. I 2012 står den aktivitetsbaserte bevilgningen, ISF, for om lag 40 prosent og basisbevilgningen for om lag 60 prosent av finansieringen av somatisk spesialisthelsetjeneste. For aktiviteter som i 2012 kommer under kommunal medfinansiering, vil summen av ISF og kommunal medfinansiering til sammen utgjøre 40 prosent, med en tilsvarende basisbevilgning på 60 prosent (Helsedirektoratet 2011).



Figur 11: Finansieringsmodell for RHF- nivået (Kilde: Helsedirektoratet 2011).

Hvor stor bevilgning de regionale helseforetakene får fra staten avhenger altså både av basisbevilgningen og den aktivitetsbaserte bevilgningen. Basisbevilgningen er det største tilskuddet og er en årlig grunnbevilgning som er uavhengig av aktivitet. Størrelsen på grunnbevilgningen fastsettes ut fra blant annet antall innbyggere og alderssammensetning i regionen. Denne delen av finansieringen skal sørge for ønsket fordeling av helsetjenester og samtidig holde kontroll med aktivitetsnivået (Hagen 2009).

Den aktivitetsbaserte bevilgningen er på den andre siden avhengig av produksjon av helsetjenester. Dens størrelse bestemmes av hvor mange som behandles og hvilken type behandling de får. Denne delen av finansieringen skal gi insentiver til effektiv drift og avlaste sykehusene for noe av risikoen forbundet med aktivitetsvariasjoner (Hagen 2009).

For å beregne størrelsen på den aktivitetsbaserte bevilgningen ligger DRG- systemet til grunn. DRG står for *Diagnose Relaterte Grupper* og er et pasientklassifiseringssystem for å klassifisere pasienter i medisinsk meningsfulle og ressursmessige homogene grupper (Pettersen et al. 2008). Basert på medisinske og administrative opplysninger om pasienten, blir hvert enkelt sykehusopphold plassert i en, og bare en, DRG. Systemet inneholder om lag 870 ulike grupper, og alle behandlere pasienter klassifiseres ved dette systemet (Helsedirektoratet 2011).

De norske kostnadsvektene beregnes hvert år med utgangspunkt i pasient- og regnskapsdata fra et utvalg sykehus i Norge. I 2012 inngår 11 helseforetak i dette datagrunnlaget, som sammen med rapporterte aktivitetstall benyttes for å fastsette refusjonen knyttet til de ulike DRG- ene. Kostnadsvektene, eller beregnet ressursbruk, fremkommer gjennom beregninger basert på gjennomsnittskostnader. Disse kostnadsvektene er en relativ størrelse som uttrykker hva alle opphold i en bestemt DRG i gjennomsnitt koster i forhold til gjennomsnittspasienten (Helsedirektoratet 2011).

4.2.3 Diskusjonspunkter knyttet til dagens finansieringsmodell

Det finnes en rekke diskusjonspunkter knyttet til dagens modell for finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Som følge av en kompleks og til dels konfliktfylt målstruktur og virkemiddelbruk, dukker det i helsetjenesten opp mange utfordrende og interessante problemstillinger når det kommer til bruk økonomiske insentiver som virkemiddel. Spesielt utfordrende blir det når ISF brukes på et lavere styringsnivå enn den er ment å brukes på. Selv om DRG- poengene beregnes på grunnlag av detaljert kostnads- og aktivitetsinformasjon fra mange sykehus, vil ikke beregningene være robuste nok til å bli videreført til den enkelte pasient eller den enkelte pasient (Helsedirektoratet 2011). Til tross for dette brukes finansieringsmodellen i mange tilfeller utenfor dens egnede virkeområde. Dette skaper en rekke problemstillinger, som primært kommer av at modellens beregningsgrunnlag ikke er egnet for bruk på lokale forhold.

Den aktivitetsbaserte delen av finansieringsmodellen for somatisk spesialisthelsetjeneste er i dag ment å dekke i gjennomsnitt 40 prosent av behandlingstkostnadene. Likevel vil det være slik at kostnadsnivået for samme type behandling vil variere betydelig fra sykehus til sykehus. DRG opererer på populasjonsnivå, og lokale variasjoner i kostnadsnivå er ikke tatt høyde for ved beregning av den aktivitetsbaserte bevilgningen (Helsedirektoratet 2011). Ulik ressursbruk blant sykehus fører til at DRG- refusjonen, som er beregnet som et gjennomsnitt, ikke gjenspeiler de reelle behandlingstkostnadene. Dette kan føre til sykehus foretar inntektsmotiverte tilpasninger for å øke den aktivitetsbaserte bevilgningen. Dette gjør ISF til et svært omstridt system.

For det første kan DRG- systemet bidra til at sykehusene prioriterer å behandle de pasientene som til enhver tid er mest økonomisk "lønnsomme" (SINTEF 2003). En slik seleksjon av pasienter handler om at sykehusene prioriterer de pasientgruppene hvor den faktiske behandlingstkostnaden er lavere enn gjennomsnittskostnaden. På samme måte handler det også om å velge bort å behandle pasienter hvor den faktiske behandlingstkostnaden ligger over gjennomsnittet. Ved å prioritere de pasientene som gir god inntjening og nedprioritere de pasientene som er en økonomisk belastning, vil sykehus kunne levere sterkere økonomiske resultater. Dette kan føre til at terskelen for å behandle de mest lønnsomme pasientene settes for lavt i forhold til faglige vurderinger (SINTEF 2003). Et slikt fokus på "lønnsomme" pasientgrupper kan føre til at spesialisthelsetjenestene ikke lenger er til for alle som trenger det, uavhengig av hvem de er og hvilken behandling de trenger.

For det andre er DRG- systemet også blitt kritisert for å ha gitt grunnlag for kreativ koding av pasienter. Kreativ koding handler om at sykehus utløser høyere DRG- refusjoner fra staten enn de har krav på. Dette kan skje på forskjellige måter. For det første kan det være slik at det kodes en hoveddiagnose med høyere DRG- refusjon enn den diagnosen som pasienten faktisk har. Videre er det en tendens til at leger i økende grad koder bidiagnoser og komplikasjoner (Hagen 2009). Ved å gi pasienter flere diagnoser og klassifisere behandlinger som kompliserte, vil DRG- refusjonen øke. Kreativt koding kan også fremkomme ved valg av rekkefølgen på hoved- og bidiagnoser (Hagen 2009). Et eksempel på dette kan være å føre opp bidiagnose som hoveddiagnose dersom dette medfører en høyere DRG- refusjon (SINTEF 2003). I tillegg kan det være slik at sykehus fører opp behandlinger som ikke har blitt utført. Dette vil føre til at sykehuset får høyere utbetaling enn andre sykehus med tilsvarende pasientsammensetning, og det skapes ulikhet i tilbudet for pasientene (Hagen 2009).

Videre kritiseres det at innsatsstyrt finansiering fører til prioriteringer mellom aktiviteter. Isolert sett gir ISF- ordningen et insitament til å vri ressursbruken bort fra aktiviteter og tjenester som ikke stykkprisfinansieres. Med begrensede ressurser må lederne prioritere mellom behandlingsaktiviteter som er lett målbare og andre aktiviteter som forskning, utdanning og opplæring som er vanskeligere å måle. Fordi ISF forutsetter at behandlingsaktiviteten er målbar, kan dette føre til en vridning mot aktiviteter som direkte finansieres gjennom ISF (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Finansieringsmodellen kan derfor i noen tilfeller føre til nedprioritering av forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende.

Regelverket for ISF- ordningen oppdateres årlig med utgangspunkt i et oppdatert DRG- system. Flere RHF har reist kritikk mot at nytt regelverk for ISF- ordningen og ny DRG- programvare for et gitt budsjettår, har vært klart for implementering først to måneder inn i budsjettåret. Dette kan skape problemer med tanke på å planlegge den innsatsstyrte delen av inntekten. Det skapes dermed usikkerhet knyttet til årets inntektsside. I verste fall kan dette føre til at inntektene blir mindre enn det man hadde beregnet med utgangspunkt i DRG- prislister man hadde til disposisjon under utarbeidelse av budsjettet (Sosial- og helsedirektoratet 2007).

Både DRG- systemet og ISF- ordningen har også blitt kritisert for sen implementering av nye behandlingsmetoder og nye medisinsk praksis. Her menes ikke bare inkludering av nye metoder som nye koder, men også justering av relative kostnadsforhold i tråd med de endringene som skjer i klinisk praksis. Ofte vil det ta opp til to år den nye medisinske praksisen implementeres i DRG- systemet (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Når nye og dyrere behandlingsmetoder tas i bruk på sykehusene, er det derfor ikke alltid ISF- refusjonen samsvarer med de faktiske behandlingskostnadene. I mange tilfeller er det slik at nye behandlingsmetoder går i en retning av å bli dyrere. De nye metodene skaper på den andre siden en tryggere og bedre behandling av pasienten. Når dette ikke viser igjen i DRG- refusjonen, kan det bli et dilemma mellom økonomi og behandlingskvalitet.

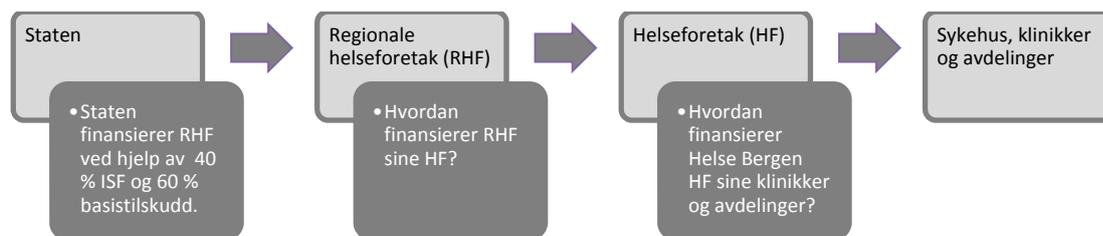
Innsatsstyrt finansiere kan videre være med å påvirke varigheten av pasientforløpet. Isolert sett gir ISF- ordningen et insentiv til å redusere liggetiden ved somatiske sengeavdelinger. Dette kommer av at ISF- refusjonen er fast per opphold. Refusjonen er dermed uavhengig av liggetid. Som følge av dette kan pasienter med lang liggetid bli betraktet som "ulønnsomme" (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Sykehusene kan derfor få et insentiv til å korte ned liggetiden, få inn nye pasienter og dermed øke ISF- refusjonen. I noen tilfeller kan dette gå på bekostning av hva som er forsvarlig ut fra medisinske vurderinger.

Til slutt er det i noen sammenhenger hevdet at finansieringsmodellen i norsk helsevesen ikke fungerer hensiktsmessig sett fra et samhandlings- og samarbeidsperspektiv. Dette kan skje dersom partnere utelukkende legger egne økonomiske interesser til grunn (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Dette gjelder både ekstern og internt samhandling. Internt vil god samhandling vil være viktig for å sikre pasienten et mest mulig pasientforløp.

Samhandlingen vil også være viktig med tanke på en mest mulig utnyttelse av ressurser.

5. Empiri

Det gis i dette kapittelet en beskrivelse av den innhentede empirien. Denne empirien er hentet inn for å gi svar på oppgavens problemstilling, og dreier seg om det andre og tredje nivået for inntektsfordeling i somatisk spesialisthelsetjeneste. Dette kan illustreres i figur 12, som gir en oversikt over finansieringsmodeller fra stat til sykehus, klinikker og avdelinger:



Figur 12: Oversikt over finansieringsmodeller fra stat til sykehus, klinikker og avdelinger.

Kapittelets første del presenterer den innhentede empirien til det første forskningsspørsmålet. Her gis det en kort presentasjon av hvordan de fire regionale helseforetakene fordeler sine inntekter ut til deres helseforetak. Denne empirien er skrevet på basis av kontakt med de regionale helseforetakene på e-post og telefon. Videre gis det i kapittelets andre del en presentasjon av den innhentede empirien til det andre forskningsspørsmålet. Her gis det en beskrivelse av hvordan Helse Bergen HF fordeler inntektene videre ned på sine klinikker og avdelinger. I tillegg presenteres erfaringer med finansieringsmodellen som styringsverktøy for å nå helseforetakets strategiske målsettinger. Empirien er skrevet på bakgrunn av intervju med direktører i Helse Bergen HF. Den benyttede intervjuguiden finnes under "Vedlegg A".

5.1 Finansieringsmodeller i de regionale helseforetakene

I dette kapittelet skal vi altså først se på hvordan de fire regionale helseforetakene finansierer somatisk spesialisthelsetjeneste i sine helseforetak. Dette vil gi en oversikt over de økonomiske rammebetingelsene norske helseforetakene står ovenfor. Beskrivelsene av finansieringsmodellene er korte og overflatiske, og diskuteres ikke i detalj. Fokuset i denne delen av oppgaven var å finne svar på i hvilken grad de regionale helseforetakene følger prinsippene til den nasjonale finansieringsmodellen, altså en kombinasjon av rammetilskudd og ISF. Innsatsstyrt finansiering gjennom DRG- systemet er i utgangspunktet statens modell for finansiering av RHF- nivået.

5.1.1 Helse Sør- Øst RHF

Helse Sør- Øst RHF har drevet med utvikling av sin modell for inntektsfordeling over en periode fra 2008 til 2011. For somatiske spesialisthelsetjenester ble finansieringsmodellen implementert i 2012. Modellen bygger på den nasjonale modellen for inntektsfordeling til RHF- ene (Magnussen- modellen), og består i grove trekk av fire hovedkomponenter (Helse Sør- Øst RHF 2012):

1. *Aktivitetskomponent:* Aktivitetskomponenten tilfører sykehusene ressurser på grunnlag av DRG- aktivitet. Produserende helseforetak får utbetalt ISF- refusjon på bakgrunn av registrerte DRG- poeng for pasienter som er bosatt regionen.
2. *Behovskomponent:* Behovskomponenten kompenserer helseforetakene og sykehusene for variasjoner i forhold som har med befolkningens behov for spesialisthelsetjenester, slik som alderssammensetningen og innslag av sosio- økonomiske kjennetegn i opptaksområdet.
3. *Kostnadskomponent:* Kostnadskomponenten kompenserer for ulike kostnadmessige forhold knyttet til forskning, undervisning, andel ikke-vestlige innvandrere i befolkningen og struktur og lange reiseavstander.
4. *Mobilitetskomponent:* Mobilitetskomponenten korrigerer helseforetakenes inntekter i forhold til hvor pasientene faktisk blir behandlet. Dette skjer dels gjennom gjestepasientoppgjør, og til dels gjennom fast omfordeling som blant annet abonnementet for lands- og regionsfunksjoner innen somatikk.

Tabell 17: Finansieringsmodell somatisk spesialisthelsetjeneste i Helse Sør- Øst RHF.

Kriterier for fastsettelse		
1	Aktivitetskomponent	<ul style="list-style-type: none"> • 40 % ISF
2	Behovskomponent	<ul style="list-style-type: none"> • Alder (58 %) • Helse- og sosial (38,8 %) • Klima og breddegrad (3,2 %)
3	Kostnadskomponent	<ul style="list-style-type: none"> • Forskning • Undervisning • Andel ikke- vestlige innvandrere • Struktur og lange reiseavstander
4	Mobilitetskomponent	<ul style="list-style-type: none"> • Gjestepasientoppgjør • Abonnement for lands- og regionfunksjoner (fast omfordeling)

5.1.2 Helse Vest RHF

Helse Vest RHF tok i 2010 i bruk en ny finansieringsmodell for fordeling av inntekt mellom helseforetakene. Modellen følger, med noen unntak, prinsippene i den nasjonale inntektsmodellen, og består av tre hovedkomponenter (Helse Vest RHF 2009):

1. *Aktivitetskomponent:* Når det gjelder den aktivitetsbaserte finansieringen, ISF, bruker Helse Vest RHF samme sats for DRG- refusjon ut mot deres HF som de får fra staten, altså 40 prosent. Aktivitetskomponenten tilfører sykehusene ressurser på grunnlag av DRG- aktivitet. Produserende helseforetak får utbetalt ISF- refusjon på bakgrunn av registrerte DRG- poeng for pasienter som er bosatt i regionen.
2. *Behovskomponent:* Rammene fordeles i henhold til HF- enes andel av behov. Behovskomponenten kompenserer helseforetakene og sykehusene for variasjoner i forhold som har med befolkningens behov for spesialisthelsetjenester, slik som alderssammensetningen og innslag av sosioøkonomiske kjennetegn i opptaksområdet.
3. *Kostnadskomponent:* I tillegg justeres rammene i henhold til en forventet kostnad uttrykt gjennom en kostnadsindeks. Dette skal kompensere for ufrivillige kostnadsforskjeller mellom helseforetakene i Helse Vest.

Det gjøres trekk for interne strømmer i regionen. I tillegg gjøres det korreksjoner for kjøp fra private og netto pasientoppgjør. Helseforetakene får betalt ISF for DRG- poeng relatert til behandling av Helse Vest sine pasienter i andre regioner. Her må de på den andre siden betale tilbake 80 prosent av DRG- prisen til det helseforetaket som har behandlet pasienten.

Tabell 18: Finansieringsmodell somatisk spesialisthelsetjeneste i Helse Vest RHF.

		Kriterier for fastsettelse
1	Aktivitetskomponent	<ul style="list-style-type: none"> • 40 % ISF
2	Behovskomponent	<ul style="list-style-type: none"> • Alder (58 %) • Helse- og sosial (38,8 %) • Klima og breddegrad (3,2 %)
3	Kostnadskomponent	<ul style="list-style-type: none"> • Reisetid • Forskning • Utdanning • Struktur • Poliklinikkandel • Andel langtidsliggedager

5.1.3 Helse Midt-Norge RHF

Fra og med budsjettet for 2012 tok Helse Midt- Norge RHF i bruk en ny finansieringsmodell for foretakene sine. Denne modellen er svært lik den nasjonale Magnussen- modellen, og fordeler inntekter etter følgende tre hovedkomponenter (Helse Midt- Norge RHF 2011):

1. *Aktivitetskomponent:* ISF- refusjonen fordeles til HF- ene slik den kommer fra staten. Det justeres imidlertid for kjøp fra private sykehus som RHF- et foretar. Aktivitetskomponenten tilfører sykehusene ressurser på grunnlag av DRG- aktivitet. Produserende helseforetak får utbetalt ISF- refusjon på bakgrunn av registrerte DRG- poeng for pasienter som er bosatt i regionen.
2. *Behovskomponent:* Rammene fordeles i henhold til HF- enes andel av behov. Behovskomponenten kompenserer helseforetakene og sykehusene for variasjoner i forhold som har med befolkningens behov for spesialisthelsetjenester, slik som alderssammensetningen og innslag av sosioøkonomiske kjennetegn i opptaksområdet.
3. *Kostnadskomponent:* I tillegg justeres rammene i henhold til en forventet kostnad uttrykt gjennom en kostnadsindeks. Dette skal kompensere for ufrivillige kostnadsforskjeller mellom helseforetakene i Helse Midt- Norge.

Da Helse Midt- Norge har ett universitetssykehus, St. Olavs Hospital, foretas en omfordeling av basisrammer tilsvarende netto pasientstrømmer til St. Olavs Hospital fra de to andre. I denne justeringen benyttes 100 prosent ISF- refusjon som enhetspris. Dette er en engangsjustering som gjøres i starten av budsjettåret. Gjestepasienter mellom RHF- ene er som for de andre RHF- ene; 80 prosent ISF- refusjon.

Tabell 19: Finansieringsmodell somatisk spesialisthelsetjeneste i Helse Midt- Norge RHF.

		Kriterier for fastsettelse
1	Aktivitetskomponent	<ul style="list-style-type: none"> • 40 % ISF
2	Behovskomponent	<ul style="list-style-type: none"> • Alder (58 %) • Helse- og sosial (38,8 %) • Klima og breddegrad (3,2 %)
3	Kostnadskomponent	<ul style="list-style-type: none"> • Reisetid • Forskning • Utdanning • Andel kapital • Andel langtidsliggedager

5.1.4 Helse Nord RHF

Helse Nord RHF innførte ny finansieringsmodell for somatisk spesialisthelsetjeneste i 2008. Det understrekes at det er nødvendig å benytte skjønn for å fastsette ulike parametre i modellen. Finansieringsmodellen består av følgende seks elementer (Helse Nord RHF 2009):

1. *Aktivitetskomponent:* Aktivitetskomponenten tilfører sykehusene ressurser på grunnlag av DRG- aktivitet. Produserende helseforetak får utbetalt ISF- refusjon på bakgrunn av registrerte DRG- poeng for pasienter som er bosatt i regionen.
2. *Behovskomponent:* Behovskomponenten kompenserer helseforetakene og sykehusene for variasjoner i forhold som har med befolkningens behov for spesialisthelsetjenester, slik som alderssammensetningen og innslag av sosio-økonomiske kjennetegn i opptaksområdet.
3. *Kostnadskomponent:* I tillegg justeres rammene i henhold til en forventet kostnad uttrykt gjennom en kostnadsindeks. Dette skal kompensere for ufrivillige kostnadsforskjeller mellom helseforetakene i Helse Nord.
4. *Mobilitetskomponent:* Mobilitetsfaktoren korrigerer sykehusenes inntekter i forhold til hvor pasientene faktisk blir behandlet. Her er det innført en abonnementsordning basert på 95 prosent ISF. Ut over abonnementet betales det 80 prosent ISF, som er vanlig for oppgjør mellom regioner.
5. *Strukturkomponent:* Strukturkomponenten kompenserer for ekstrakostnader knyttet til strukturulemper. Dette gjelder i hovedsak ”smådriftsulemper” i Helse Finnmark HF og Helgelandssykehuset HF.
6. *Særskilt funksjon:* Særskilt funksjon kompenserer for diverse regionale oppgaver som ikke er DRG- finansiert.

Tabell 20: Finansieringsmodell somatisk spesialisthelsetjeneste i Helse Nord RHF.

Kriterier for fastsettelse		
1	Aktivitetskomponent	<ul style="list-style-type: none"> • 40 % ISF
2	Behovskomponent	<ul style="list-style-type: none"> • Alder (71,9 %) • Uføre (13,5 %) • Sosialhjelp (3,3 %) • Dødelighet (7,1 %) • Vold (4,2 %)
3	Kostnadskomponent	<ul style="list-style-type: none"> • Forskning • Undervisning • Kostnadskrevende pasienter

4	Mobilitetskomponent	<ul style="list-style-type: none"> • Abonnement for netto kjøp/salg (interne strømmer)
5	Strukturkomponent	<ul style="list-style-type: none"> • Skjønnsmessig fastsettelse
6	Særskilt funksjon	<ul style="list-style-type: none"> • Særskilte forhold/funksjoner • Høyspesialiserte funksjoner • Overgangsordninger

5.1.5 Oppsummering

Etter å ha innhentet data om hvordan finansieringsmodellene til de regionale helseforetakene er utformet, ser jeg at de i stor grad bygger på den nasjonale modellen. Det viser seg altså at ISF blir direkte videreført til de lokale helseforetakene. Regelverket for innsatsstyrt finansiering sier at ISF ikke skal være styrende for hvordan de regionale helseforetakene velger å finansiere sine virksomheter. Det trenger altså ikke å være samsvar mellom de inntekter et foretak genererer gjennom ISF- ordningen og den godtgjørelsen de mottar for dette arbeidet (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Til tross for dette blir altså ISF direkte videreført av alle de fire regionale helseforetakene.

Tabell 21 gir en oppsummering av de fire regionale helseforetakenes finansieringsmodeller. Selv om det tilsynelatende kan se ut som modellen er litt ulike, er de i prinsippet ganske like. Til tross for at mobilitetskomponenten, strukturkomponenten og komponenten for særskilt funksjon ikke ses direkte i alle modellene, gjøres det i praksis likevel justeringer som tilsvarer disse komponentene.

Tabell 21: Sammenligning av RHF- enes finansieringsmodeller.

		Helse Sør- Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF
1	Aktivitetskomponent	X	X	X	X
2	Behovskomponent	X	X	X	X
3	Kostnadskomponent	X	X	X	X
4	Mobilitetskomponent	X			X
5	Strukturkomponent				X
6	Særskilt funksjon				X

Med dette som utgangspunkt vil jeg derfor kunne konkludere med at alle norske helseforetak står ovenfor omtrent samme økonomiske rammebetingelser når det gjelder finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Det legges likevel til at jeg ikke har noe informasjon om hvordan komponenter for fordeling av rammetilskuddet vektet i forhold til hverandre. Det kan tenkes at denne vektingen gjøres litt forskjellig fra region til region. ISF er på den andre siden lik i alle regionene, og står for om lag 40 prosent av kostnadsbasen.

5.2 Finansieringsmodellen i Helse Bergen HF

I det følgende vil jeg benytte de innsamlede dataene fra dybdeintervjuene på Haukeland Universitetssykehus til å si noe om finansieringsmodellen til Helse Bergen HF. Den innhentede empirien baserer seg på intervju av fem direktører ved sykehuset. Det første intervjuet ble gjort med økonomi- og finansdirektøren i foretaket. Videre har jeg intervjuet tre avdelingsdirektører, samt en klinikkdirektør. Under disse intervjuene har jeg hentet inn informasjon om finansieringsmodellens utforming, samt synspunkt og erfaringer med bruk av modellen som styringsverktøy i helseforetaket.

Tabell 22 gir en oversikt over de ulike intervjuene, hva som karakteriserer den enkelte avdeling eller klinikk og til slutt hvilken finansieringsmodell som brukes. Når jeg i dette kapitlet refererer til ting som de ulike informantene har sagt, vil jeg henviser til f. eks. "Avdelingsdirektør 2" eller "Klinikkdirektør 5". Under alle sitater vil man også kunne finne slike henvisninger. En slik innsikt i karakteristika ved avdelingen eller klinikken og hvordan de blir finansiering, vil kunne være med på å tolke informantenes svar på en bedre måte.

Tabell 22: Oversikt over intervju, karakteristika og finansieringsmodell.

	Tittel	Karakteristika	Finansieringsmodell
Intervju 1	Økonomi- og finansdirektør	Økonomi- og finansavdelingen	Rammefinansiert
Intervju 2	Avdelingsdirektør	Middels avdeling	40 % ISF + rammefinansiert
Intervju 3	Avdelingsdirektør	Serviceenhet	Rammefinansiert
Intervju 4	Avdelingsdirektør	Liten avdeling	40 % ISF + rammefinansiert
Intervju 5	Klinikkdirektør	Stor klinikk	40 % ISF + rammefinansiert

Først gis det en beskrivelse av Helse Bergen HF sin finansieringsmodell for somatisk spesialisthelsetjeneste. Denne beskrivelsen av finansieringsmodellen klargjør hvilke økonomiske rammebetingelser klinikker og avdelinger ved Haukeland Universitetssykehus står ovenfor. Videre vil den empiriske fremleggingen følge gangen i den ideelle økonomiske styringsprosessen, som vist i figur 3. Her drøftes det hvordan finansieringsmodellen som en del av styringssystemet har som hensikt å skape tette koblinger mellom styringssirkelens følgende fire elementer (Anthony og Young 2003):

1. Visjon, mål og strategi
2. Planer og budsjett
3. Handling
4. Rapportering og oppfølging

Under visjon, mål og strategi gis det en presentasjon av Helse Bergen HF sitt arbeid med å utarbeide strategier og mål for sin virksomhet. Her er hovedfokuset på helseforetakets ulike oppdrag og målsettinger. Videre drøftes koblingen mellom strategisk målsetting og planer. Her ser jeg på hvordan helseforetaket utformer sin finansieringsmodell for å kunne nå sine strategiske målsettinger. Modellens intensjoner står her sentralt. Det drøftes så videre koblingen mellom planer og handling. Her gis det en beskrivelse av insentiver modeller gir på det operative planet. Problematikken rundt ISF får her stor oppmerksomhet. Til slutt gjennomgår jeg hvordan Helse Bergen HF bruker finansieringsmodellen når det kommer til rapportering og oppfølging.

5.2.1 Beskrivelse av finansieringsmodellen

I Helse Bergen HF hevdes det at somatisk enheter, eller klinikker og avdelinger, finansieres ved 40 prosent ISF. I dette ligger det at somatiske enheter får 40 prosent av grunnlaget for de nasjonale DRG- prisene gjennom innsatsstyrt finansiering. Støttefunksjonene har derimot stort sett bare kostnad, og blir dermed rammefinansiert. Unntaket er de som har poliklinikk, som også får utbetalt polikliniske refusjoner. Tabell 23 gir en kort oversikt over finansieringsmodellen:

Tabell 23: Finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste i Helse Bergen HF.

	Inntekter	Kostnader	Finansieringsmodell
Somatiske enheter	Ja	Ja	40 % ISF + rammefinansiert
Støttefunksjoner (med poliklinikk)	Nei (Ja)	Ja	Rammefinansiert (+ polikliniske refusjoner)

I prinsippet er det slik at dersom f. eks. en klinikk får et resultatkrav som er negativt, fylles budsjettet opp med rammeinntekter til resultatkravet er nådd. Det betyr ikke nødvendigvis at klinikken får en ramme som utgjør 60 prosent av den nasjonale DRG- prisen. Rammen skal gå med til å finansiere alle støttefunksjonene, som f. eks. sentraloperasjonen eller driftstekniske støttetjenester, og er i stor grad historisk betinget. Økonomi- og finansdirektøren forklarer at klinikkene får den variable delen og inntil det helseforetaket mener de trenger for å løse oppgavene sine. Dette fører til at rammen utgjør en varierende andel av den enkelte klinikk eller avdelings totale budsjett. Dette kan man se av helseforetakets budsjetter. Mens noen klinikker og avdelinger har en forholdsvis stor ramme i bunn, er det slik at andre enheter i stor grad finansieres ved hjelp av den aktivitetsbaserte delen.

Helse Bergen HF har videre en del elementer hvor de har internprising. Et eksempel på dette er areal, hvor de har et arealkontor som leier ut areal. Dersom en avdeling skal ha et kontor til, så må de dekke det på eget budsjett:

”Vi har en utfordring ved at dersom vi bygger nytt, for eksempel en ny etasje til kreftavdeling, så sprennes alle ideer om kostnad. De gangene må vi bruke budsjettvirkemiddel, men gjennomgående er det sann at marginal økning/marginal reduksjon av areal må tas på eget budsjett.”

- ØKONOMI- OG FINANSDIREKTØR -

Økonomi- og finansdirektøren forklarer videre at det også er slik for en del av støttefunksjonene sine tjenester i Helse Bergen HF. Et eksempel på dette kan være mat. Disse kostnadene blir ført ut på avdelingene. På denne måten søker helseforetaket å ansvarliggjøre avdelingene for det de kostnadene de kan være med å påvirke.

Helse Bergen HF sine tjenester er organisert rundt ulike medisinske spesialiteter. I følge ”Klinikkdirektør 5” er det ikke alltid dette passer pasienten. Dette kommer av at pasienten kan ha sammensatte problemstillinger. Slike pasienter får da et såkalt fleravdelingsopphold, og helseforetaket måler og registrer de ulike avdelingsoppholdene. Til tross for at det er avdelingsoppholdene som rapporteres til Norsk Pasientregister (NPR), er det sykehusopphold og ikke avdelingsopphold som er grunnlag for ISF- refusjonen. Hvis pasienten har blitt overført til andre avdelinger i løpet av et og samme sykehusopphold, vil avdelingsoppholdene derfor bli slått sammen til ett sykehusopphold (Helsedirektoratet 2011). Helse Bergen HF må derfor foreta en fordeling av ISF- refusjonen mellom avdelingene som utgjør sykehusoppholdet. Da er det slik at den avdelingen som har den tyngste DRG- en får 30 prosent av refusjonen, mens de resterende 70 prosent fordeles ut i fra liggetid.

Helse Bergen HF kan altså sies å være ”siloorganisert”, hvor pasienten går igjennom mange ”siloer”, eller avdelinger og klinikker, i løpet av oppholdet. Samhandling mellom disse avdelingene og klinikkene blir derfor kompleks. Økonomi- og finansdirektøren forklarer at det er viktig å sikre god samhandling, men at helseforetaket nødvendigvis ikke trenger kompliserte internprissystemer:

”Jeg er talsmann for dialog, planlegging og forpliktende avtaler fremfor kompliserte internprissystemer. Når virkeligheten er så kompleks som den er kan selve økonomisystemet bli et luresystem.”

- ØKONOMI- OG FINANSDIREKTØR -

5.2.2 Finansieringsmodellen som styringsverktøy

1. Visjon, mål og strategi

Helse Bergen HF sin visjon er å fremme helse og livskvalitet. Helseforetaket ønsker kontinuerlig å bedre tjenestene sine til det beste for pasienter, pårørende og tilsette. Som helseforetak har Helse Bergen HF tatt på seg et oppdrag om å tilby spesialiserte helsetjenester. Dette oppdraget består av pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, opplæring av pasienter og pårørende og forskning (Helse Bergen HF 2012).

Når det gjelder mål, har Helse Bergen HF akkurat gjort ferdig en strategiplan. Denne strategiplanen tar utgangspunkt i Helse Vest RHF sin 2020 strategiplan, og strekker seg fra 2012 til 2016. Her har helseforetaket tatt utgangspunkt i Helse Vest RHF sine mål, laget mellommål av disse målene og spisset en strategi med strategiske satsingsområder. Tabell 24 gir en oversikt over overordnede hovedmål og delmål i den ferske strategiplanen:

Tabell 24: Helse Bergen HF sine mål (Kilde: Helse Bergen HF 2012).

	Hovedmål	Delmål
1	Trygge og nære helsetjenester	1.1. Pasientene skal bli møtt av medarbeidere med rett kompetanse, som har fokus på deres situasjon. 1.2. Pasientene skal ha tilgang til diagnostikk, behandling, rehabilitering og pleie av høy kvalitet, på rett omsorgsnivå. 1.3. Pasientene skal få god informasjon og opplæring, og være aktive deltakere i egen behandling.
2	Helhetlig behandling og effektiv ressursbruk	2.1. Vi skal gi sammenhengende og koordinert pasientbehandling i lag med kommunene. 2.2. Vi skal ha en ansvarlig ressursforvaltning som understøtter kjernevirksomheten. 2.3. Vi skal være åpne om våre prioriteringer og resultat.
3	En fremtidsrettet kompetanseorganisasjon	3.1. Vi skal være på et internasjonalt nivå innen forskning, innovasjon og utdanning. 3.2. Vi skal være et regionalt og nasjonalt tyngdepunkt innenfor utvikling av helsetjenester. 3.3. Vi skal ha en attraktiv, lærende og utviklende organisasjon med et godt arbeidsmiljø.

Det første målet handler om at Helse Bergen HF skal være en tilbyder av trygge og nære helsetjenester. I dette ligger det at pasientene skal bli møtt av medarbeidere med rett kompetanse, og som har fokus på deres situasjon. Pasientene skal videre ha tilgang til diagnostikk, behandling, rehabilitering og pleie av høy kvalitet, på rett omsorgsnivå. For å være aktive deltakere i egen behandling, skal pasientene også få god informasjon og opplæring.

Videre handler det andre hovedmålet om at Helse Bergen HF skal ha en helhetlig behandling og en effektiv ressursbruk. I dette ligger det at helseforetaket skal gi en sammenhengende og koordinert pasientbehandling i lag med kommunene. Helse Bergen HF skal videre ha en ansvarlig ressursforvaltning som understøtter kjernevirksomheten. De skal også være åpne om sine prioriteringer og resultat. En slik åpenhet vil være viktig for å vise at Helse Bergen HF utnytter de tildelte ressursene på en god måte.

Det tredje og siste målet til Helse Bergen HF handler om å være en fremtidsrettet kompetanseorganisasjon. Her søker de å være på et internasjonalt nivå innen forskning, innovasjon og utdanning. I tillegg har helseforetaket et mål om å være et regionalt og nasjonalt tyngdepunkt innen utvikling av helsetjenester. Til slutt sier Helse Bergen HF at de skal ha en attraktiv, lærende og utviklende organisasjon. Sist men ikke minst søker sykehuset å ha et godt arbeidsmiljø for sine ansatte.

For å få en enklere oversikt, har jeg forsøkt å komme med stikkord som beskriver de forskjellige delmålene. Dette vil gjøre det lettere når jeg senere skal se på i hvilken grad finansieringsmodellen bidrar til oppfyllelse av disse målene, og eventuelt hvilke andre verktøy helseforetaket bruker i samspill med modellen for å sikre seg måloppnåelse. Tabell 25 gir en oversikt over disse stikkordene:

Tabell 25: Helse Bergen HF sine målsettinger i stikkordsform.

	Trygge og nære helsetjenester	Helhetlig behandling og effektiv ressursbruk	En fremtidsrettet kompetanseorganisasjon
Relevante stikkord	<ul style="list-style-type: none"> • Rett kompetanse • Pasientfokus • Pasientbehandling • Høy kvalitet • Rett omsorgsnivå • Pasientopplæring 	<ul style="list-style-type: none"> • Samhandling • Ansvarlig ressursforvaltning • Åpenhet om prioriteringer og resultat 	<ul style="list-style-type: none"> • Forskning • Innovasjon • Utdanning • Attraktiv, lærende og utviklende organisasjon • Godt arbeidsmiljø

Selv om Helse Bergen HF sine mål er formulert litt annerledes, er de i prinsippet like Helse Vest RHF sine mål. For å forklare dette sier økonomi- og finansdirektøren følgende:

”Ellers ville ikke Helse Vest nå sine mål, for de har jo ingen egentlig operasjonell aktivitet annet enn sine fem helseforetak. Så sånn sett vil det bety at dersom vi ikke forankrer oss mot Helse 2020 og planene for Helse Vest, så vil Helse Vest få et stort problem.”

Helse Bergen HF er på den andre siden mer konkrete og går lenger ned når det kommer til deres målsettinger. Dette gjelder spesielt innen fagene. Her blir sykehuset tydeligere og mer konkret på den operasjonelle strategien. Et eksempel på dette kan f. eks. være regional strategi innen kirurgi. Her vil Helse Vest RHF i prinsippet være ansvarlig for å legge og vedta regional strategi. Når Helse Bergen HF tar tak i denne planen, må de sørge for å agere innenfor denne. Dersom de ikke gjør det, rakner i prinsippet regionen sin plan. Helse Bergen HF er derfor helt avhengig av å bidra til å løse oppgavene etter denne planen.

Den nye strategiplanen har sammen med langtidsbudsjettet den siste tiden vært under utvikling og utrulling i organisasjonen. Helse Bergen HF prøver her å gjøre mål og strategier mer operasjonalisert enn tidligere. I følge økonomi- og finansdirektøren handler det strategiske nivået ikke bare om å ha gode planer, men om å ha forankring. Helseforetaket holder derfor på med å få kommunisert og forankret strategiene og målene. Dette gjør de ved at de trykker strategiplanen nedover i organisasjonen, via kobling mellom plan og budsjett. I helseforetaket er det en sterk bevissthet om målstyring som virkemiddel både på overordnet nivå og nivå to mål.

Forankringen av den nye strategiplanen har foregått ved at direktørene har jobbet med å lage egne tiltak for sin avdeling eller klinikk. Her lager hver klinikk eller avdeling en plan for hvordan de skal realisere de ulike delmålene i forhold til sine pasientgrupper:

”Vi er jo forpliktet til å ha den samme målsettingen som sykehuset, og det har vi jo for så vidt alltid hatt under store overskrifter. Det nye med strategiplanen som vi lager nå er at vi faktisk skal lage en strategiplan for vår avdeling, som bygger på sykehuset strategiplan. Her skal vi svare med hvordan vi konkret vil gjøre det i forhold til de forskjellige målene.”

- AVDELINGS DIREKTØR 4 -

Avdelings- og klinikkdirektørene synes å være positive til den nye strategiplanen, som ”Avdelingsdirektør 4” mener forplikter klinikkene og avdelingene mye mer enn før:

”Det involverer oss mye mer og forplikter oss mye mer. Vi vil jo det samme. Det vil gjøre at målene for sykehuset blir etterlevd helt ned i de minste ”cellene”, fordi vi oversetter de til faktisk ting som vi skal gjøre for å nå disse målene. Jeg har gått fra å være litt redd for alle Excel- arkene til å tro at det faktisk hjelper. Nå kan vi endelig få satt ord på det og forplikte oss til det.”

- AVDELINGS DIREKTØR 4 -

2. Kobling mellom mål og planer (budsjett)

Finansieringsmodellens intensjoner

Helse Bergen HF har altså dels flyttet finansieringsmodellen ISF innover i sykehuset ved finansiering av somatiske klinikker og avdelinger. På denne måten gir helseforetaket en finansieringsramme hvor man både kan styre på inntekt og på kostnad. På spørsmålet om hvorfor de velger å gjøre dette, svarer økonomi- og finansdirektøren følgende:

”Det er sagt at de inntekter som klinikkene og avdelingene kan påvirke, de flytter vi ned. Vi kunne valgt å ikke bruke den aktivitetsbaserte delen, men jeg tror at ISF har et potensial for effektiv ressursbruk, altså et insitament i seg.”

- ØKONOMI- OG FINANSDIREKTØR -

Bakgrunnen for valg og utforming av finansieringsmodell i Helse Bergen HF er altså i følge økonomi- og finansdirektøren at det er motiverende for lederne. Ved innsatsstyrt finansiering kan lederne påvirke et element og se gevinsten eller effekten av det. Økonomi- og finansdirektøren uttrykker også at det som kan flyttes ut av ansvarliggjøring gjennom for eksempel internprismodeller, er sunt:

”Å maksimere ansvar og beslutningsmyndighet for lederne er gunstig. Flytter man fullmaktene ned, så får vi lojaliteten opp. Dersom man flytter fullmaktene opp, så synker lojaliteten ned.”

- ØKONOMI- OG FINANSDIREKTØR -

Blant klinikk- og avdelingsdirektørene er det enighet om at finansieringsmodellens intensjon i stor grad er å motivere til effektivitet. Grunntanken bak ISF er at du ved å være mer effektiv tjener mer penger. Mens ”Avdelingsdirektør 4” føler de får en ”drive” i produksjonen som følge av ISF, er ”Klinikkdirektør 5” skeptisk til modellens intensjoner. Klinikkdirektøren mener det er mange andre ting som styrer deres hverdag:

”Jeg tror jo, som du sikkert forstår, at det er litt overvurdert tro på det fordi det er så mange andre forhold som griper inn og regulerer vår hverdag. Jeg tror det er litt overdreven tro på det som bedriftsøkonomisk modell.”

- KLINIKKDIREKTØR 5 -

I tillegg til å motivere til effektivitet, mener ”Avdelingsdirektør 2” objektivitet er en av finansieringsmodellens intensjoner. Direktøren forteller videre at man kan måle og bruke konkrete data sammenlignet med rammefinansiering, og at dette er noe av bakgrunnen for valg av ISF som finansieringsmodell.

Finansieringsmodellens styrker og svakheter

Styrken med dagens modell for finansiering av somatiske spesialisthelsetjenester er i følge økonomi- og finansdirektøren at den gir en motivasjon for å være effektiv. Klinikkerne og avdelingene kan altså påvirke inntektene, ikke bare kutte kostnader. Dette gir et visst insitament, som økonomi- og finansdirektøren mener er sunt for å få en mer dynamisk tenking.

Blant klinikk- og avdelingsdirektørene var det delte meninger om finansieringsmodellens styrker og svakheter. "Avdelingsdirektør 3", som rammefinansieres for inneliggende pasienter, forklarer at den største fordelen med rammefinansiering er forutsigbarhet. Til tross for at finansieringen ikke gir noen insentiver, foretrekker avdelingsdirektøren derfor å bli å bli finansiert gjennom en ramme:

"Det er forutsigbart for meg, og jeg vet hvor mye jeg har. På denne måten kan jeg periodisere hele budsjettet og gi beskjed hvor mye jeg kan yte for den rammen jeg får. Men det ligger jo som sagt ingen insentiver i dette."

- AVDELINGS DIREKTØR 3 -

Blant klinikk- og avdelingsdirektørene som finansieres ved ISF kom det frem at finansieringsmodellen både har positive og negative sider. I følge "Avdelingsdirektør 2" og "Avdelingsdirektør 4" har alle finansieringsmodeller sine styrke og svakheter. Løsningen vil derfor ikke være å skifte finansieringsmodell, men å tilpasse modellen slik at man får frem de gode effektene:

"ISF har sine styrker og det har sine svakheter. Spørsmålet er hva man egentlig kan gjøre for å forbedre finansieringssystemet. Jeg tror ikke å skifte til et annet system vil være løsningen. Jeg har ikke tro på det. Alle systemer har sine styrker og svakheter."

- AVDELINGS DIREKTØR 2 -

Disse gode effektene mener "Avdelingsdirektør 4" er at de også blir opptatt av at de "tjener penger". På den måten forplikter finansieringsmodellen avdelingen mer enn hvis de bare skulle telle pasienter som var innom. "Klinikkdirektør 5" ser på den andre siden en rekke svakheter ved bruk av ISF på klinikker og avdelinger. Dette begrunner direktøren med at det kan bli fristende å vri aktiviteten for å tjene mest mulig penger:

"Hvis du ønsker å bruke innsatsstyrt finansiering som et insentiv til å øke aktiviteten, så må i hvert fall sykehuseierne være klar over at det kan vri aktiviteten i en retning som kan bryte med andre forelegg."

- KLINIKK DIREKTØR 5 -

”Avdelingsdirektør 2” og ”Klinikkdirektør 5” forteller videre at hele målsettingen med ISF og DRG er at det skal brukes på foretaksnivå, og at sykehuset dermed bruker systemet mot sin hensikt. Direktørene mener foretaket må vurdere finansieringen ut fra pasienttyngde, aktivitet, lokal kontekst og andre hensyn, og ikke bare det som er sentralt bestemt i forhold til sykdomskategori. Bruken av ISF tror de kommer som følge av mangel på noe bedre:

”Selv om anbefalingen er at ISF ikke skal tas ned på avdelings- eller klinikknivå, så har man gjort det fordi det er mye enklere når man har et system som allerede forvaltes på toppen. DRG- poengene kommer til helseforetaket, og så blir det kanskje lettest å fordele de ned på avdelings- og klinikknivå og styre på basis av det. ”

- AVDELINGS DIREKTØR 2 -

Det legges også til at en rammefinansiering med aktivitetskrav hadde vært en like god modell som dagens. ”Klinikkdirektør 5” mener de bruker mye tid og krefter på å beregne inntektskrav for alle avdelingene. Klinikkdirektøren tror derfor det kommer til å gå mot en fremtid hvor de ikke får inntektskrav. Som eksempel nevnes Danmark, hvor sykehusene styres ut fra et aktivitetskrav med en tilhørende rammefinansiering. Med en slik modell måles man på aktivitet kontra de ressursene man fikk tildelt. Klinikkdirektøren legger til at det noen ganger virker fristende å bli styrt på denne måten. Dette forklares ved at hvis de får en opphopning av en dyr pasientgruppe, så vil de gå mot et økonomisk underskudd:

”Du kan vise til at du bruker ressursene sine optimalt, men på grunn av finansieringsystemet så kommer du ut med røde tall. Det er ikke noe særlig motiverende.”

- KLINIKK DIREKTØR 5 -

3. Kobling mellom planer (budsjett) og handling

Finansieringsmodellens insentiver

I følge økonomi- og finansdirektøren gir finansieringsmodellen i de fleste tilfeller insentiver som er i overensstemmelse med ledelsens målsettinger og finansieringsmodellens intensjoner. Dette har med at modellen er litt ulik. Somatikken finansieres med ISF. Dette gir økt effektivitet, og det opplever folk. De opplever at de kan påvirke både inntekter og kostnader. Direktøren forteller videre at det oppstår noen problemstillinger hos de som er rammefinansiert:

”Der det er rammefinansiering og ingen inntektsside, skulle vi hatt økt effektivitet. Der fyller ikke modellen helt ut. Hvordan vi skal få til det er en diskusjon vi må avveie.”

- ØKONOMI- OG FINANSDIREKTØR -

I tillegg til økt effektivitet, sier økonomi- og finansdirektøren at de ved ISF oppnår redusert kostbruk. Dette er også noe folk opplever fordi de ser at når de bruker mer så bruker de opp budsjettet. Da må de velge andre handlingsalternativer, og de blir dermed ansvarliggjort for sine handlinger.

Helse Bergen HF bruker altså økonomiske insentiver for å øke aktiviteten. Økonomi- og finansdirektøren forklarer dette med at de for eksempel kan klare å operere tre hofteproteser på en dag i stedet for to, og at dette blir det penger av. Dette kan de få til ved å jobbe mer effektivt, forbedre prosessene og få bedre rutiner. Eksempler på dette kan være å sørge for at personell og utstyret er på plass der det skal være, ha gode planer og godt samspill mellom avdelinger og klinikker. Dette vil kunne korte ned forberedelsestiden, etterarbeidstiden og tiden mellom operasjonene:

”Dette er en type insentiv som er bra, men det å prioritere mellom pasienter er ikke bra. Dette er viktig å skille. Det er ikke alle som har greid å skille dette, og det har det jo vært mye debatt rundt.”

- ØKONOMI- OG FINANSDIREKTØR -

Blant klinikk- og avdelingsdirektørene var det delte meninger om finansieringsmodellens insentiver. ”Avdelingsdirektør 4” støtter økonomi- og finansdirektørens tanker om at finansieringsmodellens sterkeste insentiv er effektivitet. Avdelingsdirektøren forklarer videre at slingringsmonnet som ligger i ISF gir avdelingen en følelse av at de kan skape noe:

”Vi kan f. eks. få frigjort legetid til forskning ved at vi gjør ting mer effektivt. Det er det som er insitamentet. De pengene vi skaper får vi ikke noe annet igjen for enn en god arbeidsplass og en avdeling med god driv.”

- AVDELINGSDIREKTØR 4 -

”Klinikkdirektør 5” er derimot ikke enig og forklarer at det som hele tiden driver klinikken til å være mer effektiv er at de har begrenset kapasitet hos sine støtteenheter. I tillegg er sengeavdelingen full og de må sørge for å få pasientstrømmen til å gå:

”ISF tenker du på en gang i måneden, og det er kun når du skal se på månedsregnskapet.”

- KLINIKSDIREKTØR 5 -

Insentivenes styrke

Økonomi- og finansdirektøren forklarer at de økonomiske insentivene har en effekt og at Helse Bergen HF bruker det ned klinikkene og avdelingene. Det hevdes likevel at de ikke bruker det sterkere enn 40 prosent, som er det samme som helseforetaket får inn. Økonomi- og finansdirektøren legger til at økonomiske insentiver er veldig kraftige, og at det er mange effekter man kan få dersom man skrur ISF prosenten opp. Sykehuset prøver derfor å være veldig forsiktige med de økonomiske insentivene. Dette gjør de ved at de har flere mål enn kun de rent økonomiske. På denne måten prøver de å maksimere helse og livskvalitet fremfor profit:

”Men det er klart at dersom insitamentet blir for kraftig, ved at vi skrur ISF prosenten opp fra 40 prosent til 60 eller 70 prosent, så kan vi få utilsiktede effekter som overbehandling og utskriving og reinnleggelse, som vi tjener på. Dette er verken ønskelig i et samfunnsperspektiv eller for pasienten.”

- ØKONOMI- OG FINANSDIREKTØR -

Økonomi- og finansdirektøren mener det ser ut til å balansere med forholdet 40/60, og at de derfor har funnet et passende nivå. Et slikt forhold gir et visst insitament, samtidig som det ikke er for kraftig. Direktøren forteller videre at det i forbindelse med samhandlingsreformen har vært snakk om å skru forholdet til 30/70. Det presiseres at man ved en slik justering vil kunne miste effekten ved ISF, og at man da i prinsippet er tilbake til rammefinansiering. På samme måte mener økonomi- og finansdirektøren at en oppjustering av prosenten ikke er å anbefale, og at erfaringer tilsier at f. eks. 50/50 er litt mye.

Også blant klinikk- og avdelingsdirektørene kom det frem at en ISF- andel på 40 prosent av den nasjonale prisen er et passelig nivå. Direktørene tror det er et passende nivå fordi det til en viss grad er insentivstyrt, samtidig som man ikke klarer å vri det for mye.” *Klinikkdirektør 5*” ser en klar sammenheng mellom ISF- andelen og hva som lønner seg:

”Det er klart at hvis du øker ISF fra 40 til 60 prosent, som det var i 2006, så tror jeg det er flere ting som lønner seg for sykehuset. Da ville vi kunne ansette flere folk og øke aktiviteten. Men kostnaden for samfunnet vil jo gå opp.”

- KLINIKSDIREKTØR 5 -

Klinikkdirektøren forklarer videre at dette blir et spørsmål om hva samfunnet ønsker å oppnå. Hvis samfunnet ønsker å øke kostnadene, mener direktøren at ISF andelen bør økes. Da vil det lønne seg for sykehuset å gjøre mer. Samtidig forklares det at dersom samfunnet på den andre siden ønsker kostnadskontroll, bør de gå andre veien. I likhet med

”Klinikkdirektør 5” mener ”Avdelingsdirektør 2” at spørsmål omkring refusjonsandelens størrelse er politisk:

”Vil du skru opp produksjonen, så klart skrur du opp refusjonen, men da gjør du det fristende til å ta flere pasienter enn det de hadde fått rammetilskudd til.”

- AVDELINGS DIREKTØR 2 -

I følge Sosial- og helsedirektoratet (2007) har ikke ISF- refusjonen som siktemål å dekke marginalkostnadene ved økt behandlingsaktivitet. Til tross for dette kommer det under intervjuene frem at det noen ganger vil kunne være mulig å finansiere behandlinger på 40 prosent av den nasjonale prisen:

”En del vil jo hevde at det er umulig å finansiere noe på 40 prosent av det som skulle være kostnadsbasen for en aktivitet, men det er jo ikke alltid rett. Det kan fullt ut være mulig dersom man er på et visst intervall, og det er ikke nødvendigvis lineære sammenhenger, det kan være en kostnadstrapp.”

- ØKONOMI- OG FINANS DIREKTØR -

”Avdelingsdirektør 4” legger til at spørsmålet om hvorvidt det er mulig å finansiere behandlinger med 40 prosent ISF kommer en på hvilket fagområde det er. I noen fagområder mener avdelingsdirektøren at mer av utgiftene i sykehusstrukturen ligger i DRG-finansieringen. Dette vil kunne gjenspeile seg ved at man i budsjettene ser at noen nesten bare er finansiert ved 40 prosent ISF, og bare har en liten ramme i bunn.

Finansieringsmodellens bidrag til måloppnåelse

Økonomi- og finansdirektøren mener finansieringsmodellen er et effektivt verktøy for å nå helseforetakets målsettinger. Direktøren tror for eksempel at de reduserer arealbruken ved internprising, og at de øker effektiviteten ved å flytte ut inntektssiden. I tillegg reduseres forbruk av varer og tjenester generelt ved at det blir fordelt til de som genererer det:

”Jeg mener det er en effektiv modell, og så er det noen problemstillinger der vi må kompensere gjennom mål og strategi. Økonomiske modeller kan være oppskrytt i den forstand at noen andre profesjoner syner å tenkte at det kan løse alt. Det kan løse litt, og så må vi løse andre ting i kombinasjon.”

- ØKONOMI- OG FINANS DIREKTØR -

Helse Bergen HF har som tilbyder av spesialisthelsetjenester fire oppdrag. Disse oppdragene er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, opplæring av pasienter og pårørende og forskning. På spørsmålet om hvilke oppdrag og målsettinger finansieringsmodellen er med på å styrke, svarer direktøren følgende:

”Den er med på å styrke pasientbehandlingen, som er innsatsstyrt. Forskning er også til en viss grad innsatsstyrt, fordi vi får poeng. Utdanning av helsepersonell, som er vår tredje oppgave, den er jo basisfinansiert. Men de drar vi gjennom kull for kull. Når det gjelder opplæring av pasienter, som er vår fjerde oppgave, kan det godt hende vi skal bli mye flinkere.”

- ØKONOMI- OG FINANSDIREKTØR -

Blant klinikk- og avdelingsdirektørene kommer det frem at finansieringsmodellen ikke støtter opp under all oppdragene til helseforetaket. Som følge av at ISF- modellen er nært knyttet til pasientbehandlingen, mener ”Klinikkdirektør 5” at finansieringsmodellen er med å styrke dette ene hovedoppgavet. Dette kan da gå utover helseforetakets andre hovedoppgaver:

”Alt som er knyttet til pasientbehandling er lettere å finne igjen i dagens finansieringsmodell enn de andre tre hovedoppgavene.”

- KLINIKKDIREKTØR 5 -

Økonomi- og finansdirektøren nevner også samhandling mellom avdelinger som et mulig eksempel på målsettinger som ikke blir understøttet av finansieringsmodellen. I tillegg mener direktøren at de kan få en vridning mellom somatikk og psykiatri og rusbehandling, som begge er rammefinansiert. I teorien vil en større satsing på somatikk gi Helse Bergen HF mer penger. Økonomi- og finansdirektøren mener likevel at de er opptatt av å sette fokuset på nivået med strategi og målsettinger, og ikke bare ha et økonomisk fokus:

”Vi skal bli styrt av målene, uansett om økonomimodellen understøtter de eller ikke.”

- ØKONOMI- OG FINANSDIREKTØR -

Helse Bergen HF bruker derfor andre styringsverktøy i samspill med finansieringsmodellen for å sørge for at alle målsettingene oppnås. Disse styringsverktøyene skal demme opp for finansieringsmodellens svakheter:

”Vi har jo rapporteringsverktøyet vårt når det gjelder antall undersøkelser osv. Og så har vi hele styringsmodellen vår med ledermøter, kvalitetsutvalg, AMU, allmøter osv., som er mine styringsverktøy nedover i organisasjonen. ”

- AVDELINGSDIREKTØR 3 -

”Avdelingsdirektør 2” mener effektiviteten etter innføringen av ISF dersom ikke bare har med ISF å gjøre. Avdelingsdirektøren tror det også har med utviklingen i samfunnet og i helsesektoren. Man kan derfor ikke tilskrive alle effektene i forhold til effektivitet utelukkende til ISF.

Samhandling

Samhandling er et av de strategiske satsingsområdene til helseforetaket denne perioden. Satsingsområdet omhandler både den eksterne samhandlingen med kommuner og andre samarbeidsparter og ikke minst den interne samhandlingen i eget foretak og i regionen. I strategiplanen står det følgende (Helse Bergen HF 2012):

”Internt i foretaket er det avgjørende å ha samhandling på tvers av avdelings- og profesjonsgrenser for å nytte kompetansen og kapasiteten på en best mulig måte. Intern samhandling kan bli bedre dersom man tar bort tradisjonelle og kulturelle stengsler mellom avdelinger, poster og yrkesgrupper.”

Det at Helse Bergen HF har klinikker og avdelinger som er både er rammefinansiert og innsatsstyrt finansiert, kan i følge økonomi- og finansdirektøren være med å hemme samarbeid. Et eksempel på dette kan være samarbeid mellom kirurgisk klinikk, som er finansiert ved ISF, og kirurgisk serviceklinikk, som er rammefinansiert. Dersom kirurgisk klinikk vil øke aktiviteten, øker de også inntektene sine. Kirurgisk serviceklinikk øker på den andre siden kostnadene:

”Dette er et problem i seg selv. Men hvorfor vil kirurgisk klinikk øke aktiviteten? Er det for å tjene penger? Nei. Det er fordi det er lange køer, og ansvaret for denne køen hviler på begge to.”

- ØKONOMI- OG FINANS DIREKTØR -

Økonomi- og finansdirektøren mener samhandling kan være et problem dersom man fokuserer på det økonomiske, men ikke dersom man fokuserer på hva man skal få til. Sykehuset hadde for eksempel i fjor et trykk på kirurgisk for å få gjennom flere pasienter, hvor de sa til kirurgisk serviceklinikk at de skulle se litt stort på overskridelsen dette ville medføre. Spørsmålet mener direktøren er hvordan de kommuniserer. Direktøren forteller at de likevel ikke har greid å lage et skikkelig internprissystem, for eksempel for bruk av sentraloperasjonen. Her mener økonomi- og finansdirektøren de har en interessekonflikt som kan skape store problemer:

”Sentraloperasjonen kan bare kutte overtid og oppnå budsjett, mens dersom vi prøver å få gjennom flere pasienter, så får vi ikke det. Der har vi en interessekonflikt, og det oppstår økonomiske perverse insentiver. Dette er et reelt problem.”

- ØKONOMI- OG FINANS DIREKTØR -

Under intervjuene med klinikk- og avdelingsdirektørene kommer det frem at klinikkene og avdelingene i de aller fleste tilfeller har et godt samarbeid med sine hovedsamarbeidspartnere. Likevel oppstår det enkelte utfordringer. ”Klinikkdirektør 5” forklarer at det er en utfordring med tanke på at deres hovedsamarbeidspartner er rammefinansiert, mens de selv delvis er finansiert ved ISF. Klinikkdirektøren mener det er en utfordring å få dette til å matche, og at det har vært diskutert om også støtteenheter burde vært finansiert ved ISF. Det presiseres at det ikke er noe tvil om at forskjellige systemer internt i sykehuset er kilde til ganske mye frustrasjon:

”Når aktiviteten hos meg øker så øker inntjeningen min, i hvert fall til en viss grad. Så til en viss grad så lønner det seg for meg å gjøre mer. Men når aktiviteten min øker, så øker også aktiviteten deres. Og da øker kostnadene deres, men ikke inntektene.”

- KLINIKKDIREKTØR 5 -

Selv om finansieringsmodellen til tider kan skape litt konkurranse mellom avdelingene og klinikkene, mener ”Avdelingsdirektør 2” dette blir dempet i mange sammenhenger av det daglige samarbeidet rundt pasientkategoriene. Direktøren forklarer videre at økonomien i de aller fleste tilfeller blir underordnet, men at de ved hjelp av dialog kommer frem til gode løsninger dersom det dukker opp problemer. I noen sammenhenger mener avdelingsdirektøren finansieringsmodellen har bidratt til en bedre samhandling. Dette kommer av at pengene nå følger pasienten. Det blir dermed ikke så mye motstand i system, noe direktøren mener kanskje er en gevinst de har fått med finansieringsmodellen:

”Det har bidratt til bedre flyt mellom avdelingene og klinikkene fordi pengene følger med pasientene. Takker du nei til pasienten, så får ikke pengene heller.”

- AVDELINGSDIREKTØR 2 -

For ”Avdelingsdirektør 4”, som er direktør på en liten avdeling, gir finansieringsmodellen i tillegg insentiv til samarbeid med andre avdelinger i perioder de ikke har behov for så mange senger. Dette løser de ved at en annen avdeling tar over disse sengene, og så får de en bit av deres inntekt. Dette gjør at avdelingen får inntekt i sine senger, samtidig som den andre avdelingen slipper å ha folk på gangen eller avvise nye pasienter. I tillegg forklarer direktøren at de åtte uker hver sommer har et samarbeid hvor de slår seg sammen med en annen avdeling. På denne måten skaper finansieringsmodellen insentiv for avdelingsdirektøren til å utnytte ressursene på en mest mulig måte.

Pasientforløp

I Helse Bergen HF skjer det overflytninger av innelagte pasienter mellom avdelinger og klinikker med forskjellige funksjoner eller kompetanse. Under intervjuene fremkom det ikke som om direktørene ved Haukeland Universitetssykehus mener pasientforløpet blir oppstykket for å øke den totale ISF- refusjonen. ”Avdelingsdirektør 3” og ”Klinikkdirektør 5” og mener oppstykkingen av pasientforløpet kommer av praktiske hensyn og handler mer om faglige enn økonomiske vurderinger:

”Jeg opplever ikke at det er ISF som ligger til grunn for dette, det er mer av praktiske hensyn.”

- KLINIKKDIREKTØR 5 -

Klinikkdirektøren legger likevel til at ISF gjør at de får ekstra mye administrative oppgaver. Pasientene overflyttes nemlig også administrativt mellom klinikkene eller avdelingene:

”Hvis du velger å se på det som en beskrivelse ut fra et kvalitets- og pasientsikkerhetssystem, så tror jeg at det er riktig at det skal være slik det er i dag. Men selvfølgelig kan man vri på det og si at vi må gjøre det for å få pengene.”

- KLINIKKDIREKTØR 5 -

Innsatsstyrt finansiering kan videre ha virkning på varigheten av de ulike behandlingene i pasientforløpet. Når kompensasjonen er fastsatt i forkant vil kostnadene kunne reduseres med kortere polikliniske konsultasjoner og innleggelser (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Helse Bergen HF har i følge økonomi- og finansdirektøren en liggetid på 4,3 dager på over 1000 senger, noe som fører til stor gjennomstrømming. På spørsmålet om hvorvidt sykehuset noen ganger skriver pasienter ut for tidlig, svarer økonomi- og finansdirektøren følgende:

”Det vil selvsagt være situasjoner der man skriver ut pasienter for tidlig. Det tror jeg. I situasjoner der huset er fullt og man begynner på korridoren, som jo skjer, så vil det oppstå situasjoner hvor man skriver ut for tidlig.”

- ØKONOMI- OG FINANSDIREKTØR -

Økonomi- og finansdirektøren legger til at denne utskrivningen ikke foregår bevisst, men som en del av en skjønnsvurdering om hvor pasienten har det best. Direktøren presiserer at pasienten som regel har det best hjemme hvis pasienten er i stand til det, og at dette drar ned liggetiden. Holdningen i sykehuset har i følge direktøren tidligere vært at pasienten har det best på sykehuset. Liggetiden har dermed hatt et stort potensial til å reduseres.

Klinikk- og avdelingsdirektørene er enige i økonomi- og finansdirektørens påstander om at pasienter stort sett foretrekker å reise hjem fremfor å ligge på sykehuset. "Avdelingsdirektør 4" forklarer at liggetiden skal ned så langt det er forsvarlig å ha den. Det presiseres likevel at ferdigbehandlede pasienter alltid vil være et medisinsk skjønn. Direktørene er også enige om at det ikke er bra for mennesker når de er ferdige med den medisinske behandlingen å ligge lenger på sykehus:

"Ingen forskning meg bekjent har vist at kortere liggetid bidrar til høyere mortalitet."

- AVDELINGSDIREKTØR 2 -

Klinikk- og avdelingsdirektørene synes derimot det ikke det er dekning for å hevde at reduksjonen i liggetid utelukkende skyldes ISF- ordningen. En alternativ forklaring kan være en generell effektiviseringstrend i spesialisthelsetjenesten. "Klinikkdirektør 5" forklarer at medisinsk utvikling definitivt har gjort det helt unødvendig å ligge så lenge som tidligere. Direktørene tror derfor den reduserte liggetiden delvis kan forklares med at veldig mange behandlingsformer har blitt mye mer effektive.

"Før når du fikk magesår så skulle du ligge å spise fiskeboller på sykehuset i tre uker. Nå tar man gastroskopi og så får man en tablett og så blir man frisk."

- AVDELINGSDIREKTØR 4 -

En annen forklaring på reduksjonen i liggetid i somatiske sengeavdelinger er i følge direktørene kapasitetsproblemer. Klinikken og avdelingene har også fått sterkere garantier som har satt press på de til å bli effektive. "Avdelingsdirektør 4" forklarer at det som påvirker liggetiden mest er at de må ha plass til de nye pasientene. Det vil dermed alltid være et press på senger. For å få plass til nye pasienter som kommer, må avdelingen derfor ha færrest mulig i de sengene de har. "Avdelingsdirektør 4" mener veien dit ikke er å redusere liggetiden, men å få flere av de som er oppe å gå til å få dagbehandling eller behandling på poliklinikk. Dette kan på den andre siden skape problemer med henhold til legenes arbeidskapasitet:

"Før så tok vi de inn på sengeposten i to dager og fikk mye penger for dem. Nå kan vi prøve å gjøre det på poliklinikken, men da må ett mindre døgnopphold erstattes med 40 poliklinikkonsultasjoner. Det krever mye mer legearbeid enn den kanskje ene vurderingen på sengeposten."

- AVDELINGSDIREKTØR 4 -

Prioritering mellom pasientgrupper og oppgaver

Som følge av at ISF brukes til finansiering av klinikker og avdelinger, kan det forekomme vridningseffekter både mellom ulike pasientgrupper og mellom ulike oppgaver. Jo lenger ned ISF- ordningen brukes, desto større er sannsynligheten for at helsepersonellet vil oppleve at rent økonomiske forhold påvirker deres handlingsmønstre (Sosial- og helsedirektoratet 2007).

På spørsmål om hva som skjer når man bruker det grovmaskede og upresise prisingsystemet på klinikk- og avdelingsnivå, svarer økonomi- og finansdirektøren at det er skummelt og at det foregår mange diskusjoner omkring emnet. Videre kommer direktøren med eksempler på uttalelser som *”Nå er behandling X lønnsom, mens behandling Y er veldig ulønnsom”*. Dette vil kunne være en opplevelse og uttalesene er helt fakta, men det legges til at dette ikke er noe Helse Bergen HF kan forholde seg til. Selv om sykehuset vet at det er sånn, så kan de ikke styre etter det. Økonomi- og finansdirektøren presiserer at det er slik man må tenke, og at det er her prioriteringsforeskriften kommer inn:

”Dersom pasienten som trenger ”behandling X” kommer først ut fra en medisinsk vurdering, er det han som skal behandles først. Likedan vil det være slik at dersom det er pasienten som trenger ”behandling Y” som kommer først, så tar vi han først.”

- ØKONOMI- OG FINANS DIREKTØR -

Økonomi- og finansdirektøren hevder de i prinsippet ikke styrer ut fra insentivsystemet, men ut fra prioriteringsforeskriften, som direktøren mener er nådeløs med hensyn til hvem som kommer først. Prioriteringsforeskriften er vedtatt i Stortinget og sier hvordan man skal prioritere mellom pasienter, altså hvem som skal komme først og sist. Denne prioriteringsforeskriften er igjen brutt ned på fagområder, og det gis frister for behandling av ulike typer pasienter:

”Det er slik at dersom en pasient til, dersom man tenker i økonomisk sammenheng, skulle være lønnsom innenfor 40 prosent, men han ikke står fremst i køen, så skal man ta den som står fremst i køen. Man prioriterer ikke mellom pasienter ut fra økonomi, det skal man aldri gjøre. Man skal kun prioritere ut fra alvorlighet og ut fra prioriteringsforeskriften.”

- ØKONOMI- OG FINANS DIREKTØR -

Økonomi- og finansdirektøren legger også til at systemet med fristbrudd gjør Helse Bergen HF pliktig til å gi pasienten behandling innenfor den fastsatte fristen, uansett hvordan deres køer og kapasitet ser ut. Denne fristen er juridisk forpliktende, og hvis sykehuset ikke gir pasienten behandling innen fristen, kan han gå til et annet sykehus. Dette må Haukeland Universitetssykehus betale for. Direktøren presiserer likevel at fristbrudd heller ikke gir sykehuset rett til å omprioritere mellom pasienter. Dersom en pasient med fristbrudd konkurrerer med andre typer behandlinger som er mer alvorlige, så kan ikke sykehuset prioritere fristbruddet fremfor det som er mest alvorlig:

”Det er masse juridiske og systemmessige juridiske forpliktelser som vi må forholde oss til, og som nødvendigvis ikke er forenelig med insitamenttenking i den økonomiske modellen. Det er viktig å presisere at vi styrer ut fra pasientenes rettigheter og alvorlighetsgrad, mer enn vi styrer ut fra økonomiske insentiv.”

- ØKONOMI- OG FINANSDIREKTØR -

Klinikk- og avdelingsdirektørene som finansieres ved ISF oppfatter ikke at ISF- ordningen medfører vridningseffekter mellom ulike pasientgrupper i Helse Bergen HF. Direktørene begrunner dette med at det er prioriteringsforeskriften som ligger til grunn for alt som skjer. ”Avdelingsdirektør 4” presiserer at prioriteringsforeskriften er juridisk og at de er bunden av denne:

”Jeg må sørge for å få penger, eller DRG- finansiering for det vi faktisk gjør, men så må vi gjøre det som er riktig i den riktige rekkefølgen. Det ligger øverst. Og den dagen vi begynner å dreie det, så er vi ute å kjøre.”

- AVDELINGSDIREKTØR 4 -

”Avdelingsdirektør 3”, som finansieres utelukkende med en ramme, mener klinikkene og avdelingene heller burde vært rammefinansiert. Dette begrunnes blant annet med at ISF ikke avspeiler det reelle kostnadsbildet på sykehuset:

”For det første så kan det få uønskede vridningseffekter, ved at man kan falle for fristelsen til å prioritere det som er mest økonomisk lønnsom. Og så er det slik at ISF på en måte er en gjennomsnittsberegning for hele sykehuset. Det er ikke sikkert at det nødvendigvis avspeiler det reelle kostnadsbildet.”

- AVDELINGSDIREKTØR 3 -

”Klinikkdirektør 5” forklarer at de har en historisk betinget plan som ligger til grunn for det de skal gjøre. Direktøren føler derfor ikke at ulike inntjening mellom pasientgrupper er

styrende for aktiviteten i det daglige. Likevel sier klinikkdirektøren at de i februar hadde en opphopning av fristbrudd på en behandlingstype. Klinikken leide da inn ekstra folk, og dette balanserte økonomisk. Klinikkdirektøren forklarer at dersom det hadde vært snakk om en ”mindre lønnsom” pasientgruppe, så kunne ikke han ha gjort det samme:

”Det påvirker prioriteringene, og det tror jeg ikke er intensjonen at det skal gjøre. Intensjonen er at de som trenger oss først skal få hjelp først. Så det er en stor utfordring.”

- KLINIKKDIREKTØR 5 -

Isolert sett gir ISF- ordningen et insitamant til å vri ressursbruken bort fra aktiviteter og tjenester som ikke stykkprisfinansieres (Sosial- og helsedirektoratet 2007). På spørsmålet om ressurser vris bort fra aktiviteter og tjenester som ikke stykkprisfinansieres, nevner økonomi- og finansdirektøren at forskning kan være et eksempel. Forskning har det i seg at det tar litt tid før man kommer opp på et nivå der den i seg selv generer inntekter for å finansiere seg selv. Økonomi- og finansdirektøren forklarer videre at ISF kan vri oppmerksomheten mot ISF finansierte pasienter, men at denne vridningseffekten over tid er av mindre omfang som følge av helseforetakets balanserte styringsmodell:

”Vi måler både på økonomi og budsjettoppfølging, men vi måler også på ventetider, fristbrudd og epikrisetid, som er indikatorer for helt andre ting enn økonomi. Månedlig og like jevnt som økonomi.”

- ØKONOMI- OG FINANSIDIREKTØR -

”Avdelingsdirektør 4” presiserer likevel er det en del ting avdelingen helst ikke vil gjøre. Et eksempel på dette er en medisin på blå resept som må settes intravenøst. Da kan ikke pasienten ta med seg sin egen medisin som han har fått på blå resept og komme inn på sykehuset. Sykehuset må da betale for medisinen, mens de bare får en refusjon på 250 kroner for å gi infusjonen. Som følge av dette har avdelingsdirektøren satt i gang med opplæring av fastleger i hvordan de skal sette infusjonen. Dette har ført til at det i dag nesten utelukkende gjøres ute. Når slike feil blir oppdaget har sykehuset en dialog med og gir tilbakemelding til de som har med DRG- systemet å gjøre:

”Jeg kan ikke avvise de, men jeg kan si at det er litt ventetid på dette hos oss akkurat nå, og jeg vet at fastlegen din gjør det. Men jeg tenker at ellers så må noen gjøre noe med systemet sånn at sykehuset ikke går på dunken av å gjøre en god jobb.”

- AVDELINGSDIREKTØR 4 -

4. Kobling mellom handling og oppfølging (regnskap)

Kodepraksis

DRG skal gi en oversiktlig beskrivelse av sykehusets aktivitet og pasientsammensetning (Helsedirektoratet 2011). Kodepraksis forteller oss derfor hvorvidt vi kan stole på tallene som kommer ut. I følge "Avdelingsdirektør 2" er det derfor viktig for Helse Bergen HF at det foregår en fullstendig og korrekt koding ut fra pasientens journal og epikrise:

"Når vi blir finansiert ved ISF, må vi sørge for at epikrisen i sin helhet, det produktet vi leverer, er kodet."

- AVDELINGSDIREKTØR 2 -

Økonomi- og finansdirektøren forklarer at koding er en medisinsk øvelse som ikke omhandler økonomi. Kodingen skal beskrive et opphold på sykehuset, og dermed gi deg et bilde av hva som har skjedd med pasienten. Økonomien vil på den andre siden komme som et resultat av kodingen:

"Det som ville være veldig uheldig er jo dersom kodingen er byttet om i forhold til det som står i journalen. Da vil vi fremstå som mer enn useriøse. Uansvarlige. Vi ødelegger jo da medisinsk statistikk også."

- ØKONOMI- OG FINANSDIREKTØR -

Økonomi- og finansdirektøren sier videre at dersom man tar det utgangspunktet, så skal alltid koding være en type rett øvelse. I kodingen skal det altså ikke utøves skjønn ut i fra å legge seg mot det mest økonomiske. Medisinsk diagnosesetting er likevel ikke en entydig prosedyre. Under intervjuet med "Avdelingsdirektør 4" forklares det at det ikke er selvsagt når gamle fru Hansen kommer inn med hjerteflimmer og lungebetennelse hva som gjør at hun kommer inn. I en slik vurdering må det derfor brukes skjønn, og direktører presiserer at det ikke er matematikk de driver med. Avdelingsdirektøren forklarer likevel at det ikke frister å vri kodingen mot sin egen fordel:

"Men det er viktig å vite at dersom man vrir det til sin egen fordel, så er det akkurat som å tisse i buksen. Det er veldig deilig akkurat der og da, og så får du det så jævlig feigt igjen etterpå. En slik vridning vil skru takstprisene ned, og så må vi gjøre en billigere jobb."

- AVDELINGSDIREKTØR 4 -

For å sørge for mest mulig korrekt koding driver Helse Bergen HF med opplæring kodepraksis. Dette skjer ved at erfarne leger veileder og følger opp nye leger. I tillegg har de et miljø som driver med kvalitetssikring av koding. ”Avdelingsdirektør 2” sier at det er lite fristende ”å jukse” fordi det gjennomføres et systematisk arbeid som gjør at kreativ koding blir avslørt. Mens noen direktører utfører kontrollen av kodingen selv, er det på andre avdelinger eller klinikker egne ansatte som tar seg av denne kontrollen. Her gjennomgås epikrisen for å se at kodingen er fullstendig og korrekt. På denne måten sikrer Helse Bergen HF seg at det er samsvar mellom journal, epikrise og koding. Dersom det gjøres endringer får legene tilbakemelding på de endringene som har vært gjort. Noen ganger fører endringene til at inntekten går opp, mens den andre ganger går ned. ”Klinikkdirektør 5” stiller spørsmålstegn om hvor produktivt det er å sitte slik dersom man ene og alene er ute etter å hente inn penger. Det presiseres at det som gjør denne jobben viktig er for å få riktig beskrivelse av et opphold og riktig tilbakemelding til de som skal overta pasienten. I tillegg vil denne jobben også være viktig i forhold til medisinsk statistikk.

Budsjettevaluering

En del av styringssystemet til Helse Bergen HF fokuserer på sammenhengen mellom budsjett og regnskap. I følge økonomi- og finansdirektøren er Helse Bergen HF veldig stramme på budsjettet og kjører beinhardt på budsjettstyring. Klinikker og avdelinger må derfor greie å løse utfordringer i budsjettet dersom det ikke er helt ekstreme endringer. Dersom ekstreme endringer oppstår, kan det foretas en budsjettjustering. Økonomi- og finansdirektøren forklarer videre at det er viktig at budsjettet er realistisk, samtidig som det skal være stramt.

Til tross for at budsjettet skal være realistisk, oppstår det situasjoner med budsjettavvik. I følge ”Avdelingsdirektør 4” rapporterer avdelings- og klinikkdirektørene hver måned inn hvorfor de eventuelt avviker fra budsjettet. Denne rapporten inneholder en god forklaring på avviket, i tillegg til en beskrivelse av hvordan de skal klare å holde balansen fremover. For ledelsen er det derfor minst like viktig å se på aktiviteten i forhold til budsjett og tidligere år. ”Klinikkdirektør 5” bekrefter dette og forklarer at man kan komme langt med å vise at man driver fornuftig. Dette handler blant annet om å vise at man bruker ressursene sine og kapasiteten sin på en god måte. I tillegg handler det om å kunne vise at man bruker avtaler som sikrer seg best mulig varer og tjenester billigst mulig, samt at man har en fornuftig bemanning:

”Vi har en ledelse som er veldig oppegående. Og vi har en ledelse som skjønner dynamikken. Det er nok ikke alle sykehusledelser til enhver tid som har vært like gode til å se denne dynamikken. De må kunne se bak tallene hva som egentlig skjer.”

- KLINIKKDIREKTØR 5 -

Når det gjelder oppdatering av ISF- ordningen, bekrefter økonomi- og finansdirektøren bekrefter mine antagelser om at nytt regelverk for ISF- ordningen og ny DRG- programvare først kommer en stund inn i det nye budsjettåret. For å demme opp for denne svakheten planlegger Helse Bergen ut i fra foregående års prissett:

”Det vi gjør er at vi i 2012 planlegger ut fra 2011 prissettet. Og så kom 2012 prissettet nå, to måneder ut i året, og så flytter vi ingen konsekvenser inn, vi fullkompenserer.”

- ØKONOMI- OG FINANSDIREKTØR -

Inntektskravet blir derfor justert for, uansett om det slår positivt eller negativt ut. Det virker derfor å være enighet i at oppdateringen av DRG- prislisten ikke skaper store problemer når det kommer til planlegging av inntekter:

”Og hvis det er sånn da at vi har aktivitet som er grønn, at vi ligger over på aktivitet, og ligger under på inntekt, da er det jo DRG- systemet som har spilt oss et puss i den sammenheng. Og det må vi finne ut av og så eventuelt justere vårt inntektskrav.”

- AVDELINGSDIREKTØR 4 -

Samtidig forklarer ”Avdelingsdirektør 2” at det er en forutsetning om at pasientsammensetningen fra i fjor er den samme som i år. Til tross for at pasientsammensetningen normalt ikke endrer seg mye fra år til år, kan det oppstå variasjoner som følge av interne prosesser, ombygging eller normalvariasjon i øyeblikkelig hjelp. Dette vil i følge ”Klinikkdirektør 5” spesielt gjelde Barneklubben, hvor de har sesongforkjølelser og alvorlige luftveisinfeksjoner. Her vil det være slik at noen år så kommer det, mens andre år ikke. Dette mener direktøren ikke er lett å håndtere:

”Hvis de har en enorm økning i pasienter som er godt betalt, så er det flott. Men hvis de har en økning i pasientgrupper som er dårlig betalt, så har det motsatt effekt.”

- KLINIKKDIREKTØR 5 -

”Avdelingsdirektør 4” forklarer at selv om det er et system som gjør at inntektskravet skal endre seg dersom DRG- inntektene, så er jevner det seg ikke alltid helt ut. Direktøren forklarer at det da først og fremst er aktiviteten som teller:

”Noen ganger tjener vi mer og det blir liggende hos oss, og andre ganger tjener vi mindre og det blir en minus. Men da har vi jo heldigvis i ledelsen over oss personer som har noe her på siden av hodet som heter ører. Det går an å ha en dialog på det, og det blir på en måte aktiviteten som først og fremst styrer. At DRG- en endrer seg underveis fra år til år, det skal ikke få konsekvenser for budsjettet vårt.”

- AVDELINGS DIREKTØR 4 -

Når det gjelder implementering av ny medisinsk praksis, er dette et problem for Helse Bergen HF i den forstand at det alltid er i ettertid. Det tar gjerne flere år før man får endret DRG- prisene. Dette skaper problemer når ISF brukes helt ned på klinikk- og avdelingsnivå:

”Så dersom man har en operasjonsmetode som er dyr og dermed har en høy pris, og så kommer ny teknologi eller ny medisin som gjør at denne behandlingen blir 10 ganger så billig, så vil det ta 2 år før prisen går ned. Eller motsatt. Så sånn sett er dette systemet for prising grovmasket og upresist, og det er lettest å bruke på store enheter, for da nulles dette ut.”

- ØKONOMI- OG FINANS DIREKTØR -

Avdelinger og klinikker må derfor gå i dialog med ledelsen, og klinikk- og avdelingsdirektørene mener det er skapt et miljø for dialog som de tror er rett.

”Klinikkdirektør 5” legger også til at han synes det er synd at det er ”vanntette skott” mellom forskjellige samfunnsområder. Direktøren forklarer videre at de i mange tilfeller ikke bare må se på en enkelt behandling, men på et langt behandlingsforløp. Sykehuset tar derfor en del økte kostnader som igjen samfunnet sparer på, og at dette ikke alltid kompenseres for. Dette kan skape problemer når det gjelder å ta i bruk ny og dyrere medisinsk praksis:

”Det er klart at noen ganger så vil det være sånn at hvis vi behandler en pasient med en litt dyrere behandlingsmetode på et sykehus, så kan det gi en effekt med lavere kostnader for NAV fordi pasienten er raskere tilbake igjen i arbeid. På den måten tar vi kostnadene, og så sparer NAV penger. Akkurat det der er en ganske vanskelig sak.”

- KLINIKK DIREKTØR 5 -

6. Analyse

I dette kapittelet foretas det en kvalitativ analyse ved at den innsamlede empirien brukes til å diskutere hvordan problemstillingen og forskningsspørsmålene kan besvares. Analysen har bestått i å fortolke intervjuobjektens utsagn og beskrivelser på e-post og i dokumenter. Denne fortolkningen har resultert i en rekke interessante observasjoner og funn. Det gis her en presentasjon av utredningens seks viktigste funn, som drøftes opp mot oppgavens teoretiske rammeverk og kontekst.

6.1 Hovedfunn 1 – Kopiering av statens modell

Innledningsvis i arbeidet med denne oppgaven ble finansieringsmodellene til de fire regionale helseforetakene studert. Her kom det frem at samtlige regionale helseforetak har egne finansieringsmodeller for fordeling av midler til deres utførende virksomheter. Et viktig fellestrekk ved disse modellene er at den satsen som staten benytter som ISF- refusjon (40 prosent av den nasjonale prisen) i hovedsak videreføres til egne helseforetak (Sosial- og helsedirektoratet 2007). I tillegg får helseforetakene en ramme på 60 prosent av den nasjonale prisen som fordeles etter gitte komponenter. Selv om det er noen variasjoner i beregninger av dette basistilskuddet, gjøres det i stor grad etter samme prinsipp og med samme komponenter som statens modell for finansiering av RHF- nivået. All de regionale helseforetalene viderefører derfor i dag i stor grad den nasjonale modellen for finansiering av sine underliggende helseforetak. I 2008 var det i følge Pettersen et al. (2008) tre av fire regionale helseforetak som fordelte inntekter til helseforetakene etter samme prinsipp som staten. De regionale helseforetakenes videreføring skjer til tross for at det enkelte RHF har stor frihet i utformingen av modell for finansiering (Helsedirektoratet 2011). I praksis vil dette si at alle norske helseforetak i grove strekk står ovenfor de samme økonomiske rammebetingelsene.

Videre viste det seg at også Helse Bergen HF hevder at de viderefører den innsatsstyrte finansieringen ned på sine underliggende klinikker og avdelinger, akkurat som den kommer fra Helse Vest RHF. Klinikkerne og avdelingene får derimot ikke 60 prosent ramme, men så mye som ledelsen mener de trenger for å gjennomføre sine oppgaver. Rammen justeres også for kostnader knyttet til bruk av tjenester fra støtteavdelinger og for felleskostnader. Selv om DRG- poengene beregnes på detaljert kostnads- og aktivitetsinformasjon fra mange sykehus,

advares det mot at beregningene ikke er robuste nok til å bli videreført til den enkelte pasient eller den enkelte avdeling (Helsedirektoratet 2011).

Helse Bergen HF bruker altså tilsynelatende samme sats for ISF- refusjon som staten bruker. Men når helseforetaket direkte fører 40 prosent ISF ut på sine klinikker og avdelinger, i tillegg til en ramme som er under 60 prosent av kostnadsbasen, er den aktivitetsbaserte finansieringen i praksis mer enn 40 prosent. Jo mindre rammetilskudd en klinikk eller avdeling får, jo større prosent vil den aktivitetsbasert inntekten være av det totale budsjettet.

Tabell 26 viser en oversikt over ISF- andelen av det totale budsjettet ved forskjellig videreføring av rammetilskuddet. Eksempelvis vil ISF- andelen av det totale budsjettet være 50 prosent dersom Helse Bergen HF viderefører 40 prosent av den nasjonale prisen som rammetilskudd til klinikkene og avdelingene. På samme måte vil en videreføring av 10 prosent av den nasjonale prisen som rammetilskudd føre til at ISF- andelen av det totale budsjettet blir 80 prosent. Som følge av dette kan Helse Bergen HF på klinikk- og avdelingsnivå få et sterkere økonomisk insentiv enn det modellen gir på regionalt nivå. Styrken på dette økonomiske insentivet avhenger av hvor stor ramme den enkelte enhet får i tillegg til ISF- inntekten. Når Helse Bergen HF da tilsynelatende synes at 40 prosent er et passende nivå, kan det også virke som de ikke helt skjønner modellen. Det kan virke som om helseforetaket tror de kopierer den innsatsstyrt finansieringen fra staten, mens de i praksis ikke gjør det. Hvorfor de velger å gjøre dette diskuteres under hovedfunn 2.

Tabell 26: ISF- andel av det totale budsjettet.

	ISF- andel av budsjettet	Rammeandel av budsjettet
Videreføring av 60 % ramme av den nasjonale prisen	40,0 %	60,0 %
Videreføring av 50 % ramme av den nasjonale prisen	44,4 %	55,6 %
Videreføring av 40 % ramme av den nasjonale prisen	50,0 %	50,0 %
Videreføring av 30 % ramme av den nasjonale prisen	57,1 %	42,9 %
Videreføring av 20 % ramme av den nasjonale prisen	66,7 %	33,3 %
Videreføring av 10 % ramme av den nasjonale prisen	80,0 %	20,0 %

6.2 Hovedfunn 2 – Årsaker til kopiering

Helse Bergen HF bruker altså tilsynelatende samme sats for ISF- refusjon i sin finansieringsmodell som staten bruker for finansiering av RHF- nivået. Under intervjuene på Haukeland Universitetssykehus kom det frem forskjellige synspunkter på hvorfor helseforetaket velger å videreføre ISF slik den kommer fra Helse Vest RHF.

For det første hevdes det at bruken av ISF er et rasjonelt valg for å skape insentiver blant de ansatte. Her kan teorien rundt prinsipal- agent problemet trekkes inn. I Helse Bergen HF vil ledelsen som prinsipal og klinikkene og avdelingene som agenter ha forskjellige målsettinger og ulike interesser. Dette kan føre til at klinikkene og avdelingene legger egne interesser til grunn i produksjonen av spesialisthelsetjenester. I følge Jensen og Meckling (1976) kan prinsipalen begrense agentens avvik fra hans interesse og målsettinger ved å styre prinsipal- agent problemet. Bruken av ISF kan her ses på som et belønningssystem, som i følge Opstad (2003) er en av mange verktøy for å styre prinsipal- agent problemet. Som diskutert i kapittel 2.3.2 bidrar ulike finansieringsmodeller til oppfyllelse av ulike mål. En aktivitetsbasert finansiering vil gi klinikkene og avdelingene belønning i form av mer inntekt for mer aktivitet. Dette vil kunne gi insentiv til økt aktivitet og kostnadseffektiv drift. I Helse Bergen HF virker det som at argumentet for en tilsynelatende bruk 40 prosent ISF er at det gir økt stimulans til aktivitetsnivået, samtidig som de økonomiske insentivene ikke blir for sterke. På denne måter ønsker Helse Bergen HF å unngå at de økonomiske insentivene går utover kvalitet og prioritering, og dermed sikre tette koblinger mellom styringssirkelens fire elementer (Anthony og Young 2003). Som diskutert under hovedfunn 1 er ISF- andelen i realiteten mer enn 40 prosent av det totale budsjettet. De økonomiske insentivene kan derfor bli sterkere på klinikk- og avdelingsnivå enn det Helse Bergen HF gir uttrykk for.

For det andre hevdes det at bruken av ISF kommer i mangel på noe bedre. Siden DRG- poengene kommer til helseforetaket blir det lett for ledelsen å fordele de ned på klinikk- og avdelingsnivå og styre på basis av det. Det kan derfor sies å være praktisk for helseforetaket å bruke en finansieringsmodell som allerede forvaltes helt fra toppen. På denne måten slipper Helse Bergen HF å lage en ny modell for finansiering av sine underliggende klinikker og avdelinger. De fleste informantene gav også uttrykk for at ingen finansieringsmodeller vil være perfekte, og at det derfor vil være viktig å tilpasse modellen på en best mulig måte.

Det hevdes altså at Helse Bergen HF bruker statens modell for finansiering av RHF- nivået i mangel på noe bedre. I tillegg hevder helseforetaket at de bruker 40 prosent ISF for å oppnå

insentiv til effektivitet, samtidig som insentivene ikke blir for sterke. Som diskutert under hovedfunn 1 er de økonomiske insentivene i realiteten likevel mye sterkere på den enkelte klinikk eller avdeling. Dette kommer som følge av at ISF på den enkelte klinikk eller avdeling vil være mer enn 40 prosent av det totale budsjettet. Dersom man ser disse argumentene under ett kan det virke som om Helse Bergen HF bruker modellen til å legitimere sin produksjon av spesialisthelsetjenester.

I følge institusjonell teori kan utforming av styringssystem og styringsverktøy forklares med behovet for å fremstå som legitime ovenfor sine omgivelser (Meyer og Rowan 1977). Legitimering handler om å vise omgivelsene at ressursene blir brukt på en god måte. Men produksjon av helsetjenester er ikke lett å måle. Med aktivitet som målsetting, blir det vanskelig å operasjonalisere og uttrykke helseforetakets målsettinger i målbare størrelser (Nyland og Pettersen 2010). Det blir derfor vanskelig for sykehusene som offentlig institusjoner å bevis at de faktisk genererer helsegevinst for midlene de er satt til å bruke. Årsaken til at både de regionale helseforetakene og Helse Bergen HF viderefører den nasjonale modellen kan derfor ha sammenheng med at de ønsker en legitimering for sine tjenester. Ved å bruke ISF til å måle hva de gjør, kommunisere sykehuset sin produksjon av helsetjenester på en objektiv måte. Denne modellen for inntektsfordeling vil dermed kunne uttrykke det gjennomsnittlige ressursforbruket i hver enkelte diagnosegruppe (Nyland og Pettersen 2010), og man får på den måten et mål på de aktivitetene som utføres. Det kan også tenkes at finansieringsmodellen har aksept i samfunnet og i sykehuset fordi staten selv bruker modellen. Bruk av en akseptert finansieringsmodell vil kunne være med å legitimere sykehusets aktivitet som offentlig tjenesteproducent.

Som resultat av dette presset om institusjonalisering, blir organisasjoner stadig mer like. Dette kalles isomorfisme, og DiMaggio og Powell (1983) viser til tre årsaker til fenomenet. Disse årsakene kan være med å forklare hvorfor de regionale helseforetakene i stor grad bruker samme finansieringsmodell. For det første kan modellenes likhet komme som følge av press og kulturelle forventninger fra samfunnet. Både de regionale helseforetakene og Helse Berge HF kan derfor føle seg tvungen til å bruke innsatsstyrt finansiering som en del av deres finansieringsmodell. Videre kan det også være usikkerhet bland de regionale helseforetakene som fører til at de kopierer hverandre. Denne usikkerheten kan komme av helsesektorens kompleksitet og mange utfordringer. Til slutt kan modellenes likhet også være et resultat av et normativt press fra helsesektorens profesjonsgrupper.

6.3 Hovedfunn 3 – Prioritering mellom pasientgrupper og oppgaver

Som følge av at ISF brukes til finansiering av klinikker og avdelinger i Helse Bergen HF, kan det forekomme vridningseffekter både mellom ulike pasientgrupper og mellom ulike oppgaver. I oppgavens kontekst ble dette diskutert i kapittel 4.2.3. Jo lenger ned ISF-ordningen brukes, desto større er sannsynligheten for at helsepersonellet vil oppleve at rent økonomiske forhold påvirker deres handlingsmønstre (Sosial- og helsedirektoratet 2007).

Prioritering mellom ulike pasientgrupper kan forekomme som følge av at de faktiske behandlingstkostnadene på sykehuset ikke er i overensstemmelse med gjennomsnittskostnadene som ligger til grunn for ISF- refusjonen. Under intervjuene kom det gjennomgående frem at det er prioriteringsforeskriften som er styrende for prioritering mellom pasienter. Til tross for dette kom det frem et eksempel som indikerer at klinikkene og avdelingene noen ganger prioriterer mellom pasienter ut i fra økonomi. I dette tilfellet var det snakk om å ta unna en kø med fristbrudd. Klinikken kunne i dette tilfelle ta unna køen fordi marginalkostnadene for den aktuelle behandlingstypen ble dekket av ISF- inntekten. Det ble derfor leid inn ekstra personale for å ta unna køen. Hadde det derimot vært en annen form for behandling hvor ISF- refusjonen ikke dekket marginalkostnaden, kom det frem at klinikken ikke kunne ha gjort det samme. ISF kan derfor sies å være med å påvirke prioritering av pasienter ved at klinikker og avdelinger noen ganger prioritere ut i fra økonomi. Dette er ikke finansieringsmodellens intensjon, og kommer som følge av at den grovmaskete finansieringsmodell blir brukt ned på klinikk- og avdelingsnivå.

Isolert sett gir ISF- ordningen et insitamant til å vri ressursbruken bort fra aktiviteter og tjenester som ikke stykkprisfinansieres (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Under intervjuene kom det frem at oppgaver som ikke direkte finnes igjen i ISF- refusjonen i noen tilfeller kan bli nedprioritert. Utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende er eksempler på slike oppgaver. Når det gjelder prioritering mellom ulike oppgaver kom det også frem at enkelte oppgaver ikke er lønnsomme for klinikkene eller avdelingene å gjøre, som følge av lav ISF- refusjon. Under et av intervjuene kom det frem et eksempel dette. Det var her snakk om medisin på blå resept som må settes intravenøst. Siden medisinen må settes intravenøst, er det sykehuset som må betale for den. For å sette infusjonen får sykehuset 250 kroner. Medisinen koster på den andre siden mye mer. Det blir derfor lite interessant for avdelingen å drive med slike infusjoner fordi de ikke får dekket de faktiske kostnadene.

6.4 Hovedfunn 4 – Samhandling og samarbeid

Som diskutert i kapittel 4.2.3 er det i noen sammenhenger hevdet at finansieringsordningene i norsk helsevesen ikke fungerer hensiktsmessig sett fra et samhandlings- og samarbeidsperspektiv (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Dette kan skje dersom partene utelukkende legger egne økonomiske interesser til grunn. Dette gjelder både samhandling med andre eksterne samarbeidspartnere og offentlige instanser, i tillegg til den interne samhandlingen i eget foretak og i regionen. Samhandling og samarbeid vil være viktig for å nytte kompetanse og kapasitet på en mest mulig måte.

Når det gjelder samhandling med eksterne samarbeidspartnere og andre offentlige instanser, synes det å være et problem at det ikke kompenseres for at økte kostnader for en instans kan gi lavere kostnad for en annen. Når Helse Bergen HF eksempelvis tar i bruk nye og dyre behandlingsmetoder som gir kortere sykemeldingstid i etterkant, er det andre offentlige instanser som vinner på dette. Det er derfor en utfordring at tiltak sykehuset gjør som samfunnet sparer penger på totalt sett, ikke kommer sykehuset selv til gode.

I forhold til den interne samhandlingen i Helse Bergen HF, var det spesielt to forhold som vakte interesse under intervjuene. For det første kom det frem at samhandling mellom avdelinger hvor den ene avdelingen er finansiert ved ISF og den andre ved hjelp av et rammetilskudd, kan være problematisk. Dette kommer av at rammefinansierte avdelinger ikke vil ha økonomiske insentiv til økt aktivitet ut over det som er planlagt og fastlagt i budsjettet. Finansieringsmodellen til Helse Bergen HF kan derfor i noen tilfeller virke hemmende for samarbeid mellom enheter som finansieres på forskjellige måter.

På den andre siden kom det frem synspunkter på at samhandling mellom to avdelinger eller klinikker som begge var finansiert ved ISF, kan virke på en positiv måte. Dette kan tyde på dersom avdelingene og klinikkene som samarbeider begge er finansiert med ISF, kan det være med på å styrke samarbeidet. Bakgrunnen for dette synspunktet er at dersom man sier nei til en pasient, så får man heller ikke pengene. Dette gir klinikkene og avdelingene et økonomisk insentiv til å øke aktiviteten. Dette kan være med å styrke samhandlingen mellom avdelingene og klinikkene. En styrket samhandling vil kunne sikre bedre pasientforløp og bedre flyt mellom avdelinger og klinikker. Finansieringsmodellen i Helse Bergen HF er derfor et verktøy som både kan styrke og svekke målsettingen om samhandling. Dette skaper uforutsigbare effekter som henger sammen med at ulike deler av sykehuset finansieres på ulike måter. Dette kan i seg selv skape problemer for helseforetaket.

6.5 Hovedfunn 5 – Styringspakke

Malmi og Brown (2008:287) presiserer at styringsverktøy ikke opererer i isolasjon, men i en pakke sammen med andre systemer og verktøy. Vi kan derfor ikke studere finansieringsmodellen i Helse Bergen HF som styringsverktøy isolert. Selv om økonomiske insentiver er effektive virkemidler, må gode faglige løsninger fremmes ved hjelp av andre styringsverktøy. Eksempler på slike verktøy kan være ledelse og organisering, klare ansvarslinjer og riktige faglige prioriteringer (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Helse Bergen HF kompenserer derfor finansieringsmodellen med andre verktøy som er med på å sikre tette koblinger mellom styringssirkelens fire elementer (Anthony og Young 2003). En slik styringspakke vil også være nødvendig for å sikre at økonomiske insentiver ikke får for stor oppmerksomhet. Sykehuset har dermed en styringspakke som til sammen skal styrke sammenhengen mellom målsetting og adferd. Ved å studere alle elementene i pakken og forholdet mellom dem, vil man kunne få en bedre forståelse for hvert enkelt styringsverktøy.

ISF- systemet er et gjennomsnittssystem som er relativt grovmasket. Dette innebærer at enkelte behandlingsformer vil være dyrere enn 100 prosent ISF- refusjon, mens andre vil være billigere.¹² Dette skaper problemer når ISF blir brukt til finansiering på klinikk- og avdelingsnivå. For å demme opp for disse problemene bruker Helse Bergen HF andre styringsverktøy i samspill med finansieringsmodellen.

For det første er det opprettet et miljø for dialog med ledelsen. Dette styringsverktøyet er en del av helseforetakets styringspakke, og finansieringsmodellen virker dermed ikke i vakuum. Det at direktørene kan ha løpende dialog med ledelsen er med å demme opp de negative sidene med finansieringsmodellen. Eksempler på dette kan være dialog om budsjettunderskudd som følge av endrede DRG- priser. Gjennomgående fikk jeg under intervjuene inntrykk av at direktørene oppfatter det som legitimt å ha budsjettoverskridelser så lenge avviket kan forklares. Dette kan tyde på at avdelings- og klinikkdirektørene oppfatter sitt økonomiansvar som å være et rapporteringsansvar mer enn et konsekvensansvar (Pettersen et al. 2008). Når det gjelder budsjettavvik som følge av endrede DRG- priser, virker ikke dette å skape store problemer i Helse Bergen HF. Årsaken til dette er at det stort sett gjøres justeringer av inntektskravet, uansett om endringen i prisene slår positivt eller negativt ut. Det kan derfor avkreftes at endringer i DRG- priser skaper store

¹² <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/innsatsstyrt-finansiering.html?id=227811>

problemer med tanke på å planlegge inntekten for den enkelte klinikk eller avdeling. Det vil likevel være noen tilfeller hvor klinikker eller avdelinger kan komme dårlig ut.

Med bruk av ISF på klinikk- og avdelingsnivå kommer også faren for at det kan oppstå vridningseffekter mellom ulike pasientgrupper. For å demme opp for denne svakheten med modellen, er prioriteringsforeskriften og oppdragsdokument viktig styringsverktøy. Disse juridisk bindende dokumentene er med på å sikre et riktig produksjonsnivå, samtidig som helseforetakene hele tiden må foreta vurderinger av hvilke pasienter som bør prioriteres først. Når det gjelder vridning bort fra oppgaver som ikke blir finansiert med ISF, virker det derimot ikke som sykehuset har spesielle mekanismer som hindrer dette. Det kan derfor i noen tilfeller gå utover oppgaver som forskning, utdanning og opplæring av pasienter, som ikke direkte inngår i ISF- refusjonen.

I kapittel 4.2.3 ble det i tillegg drøftet faren for kreativ koding ved bruk av ISF ned på klinikk- og avdelingsnivå. I Helse Bergen HF sørger de for å styre dette ved at kodingen kontrolleres opp mot pasientens journal og epikrise. Systematisk kreativ koding vil derfor bli avslørt, noe som gjør det lite fristende for klinikkene og avdelingene å gjøre dette.

6.6 Metodisk funn – Intervjuformens svakheter

Ved gjennomføring av kvalitative dybdeintervjuer vil forsker påvirke både informant og setting ved å være tilstede. Dette kalles intervjueffekten, og innebærer at den som intervjuer påvirker informantens svar. Dette skjer direkte eller indirekte gjennom kroppsspråk, antrekk, stemmeleie og holdninger (Johannessen et al. 2011). På denne måten kan informanten få et inntrykk av hvilket svar som forventes, og troverdigheten kan dermed svekkes. Det er derfor viktig og nødvendig å være kritisk til intervjuer som informasjonskilde.

Under intervjuene på Haukeland Universitetssykehus fikk jeg inntrykk av at informantene i enkelte tilfeller tilpasset svarene sine i forhold til hvilket tema vi var inne på. Dette kommer frem ved at enkelte informanter i to forskjellige kontekster kommer med utsagt som kan virke motstridende. Et eksempel på dette er når "*Klinikkdirektør 5*" først forklarer at de ikke prioriterer mellom pasient ut i fra økonomi, for så senere fortelle om en episode hvor det nettopp er dette de gjør. Et annet eksempel er da økonomi- og finansdirektøren forklarer at de ikke styrer ut fra insentiv, men ut fra prioriteringsforeskriften. Senere i intervjuet forklarer han likevel om insentiver de mener er bra og som Helse Bergen HF bruker. Disse insentivene handler om økonomi.

7. Konklusjon og avslutning

Min vurdering er at bruken av ISF har delte intensjoner. For det første brukes modellen rasjonelt for å gi insentiv til økt aktivitet. Til tross for at Helse Bergen HF hevder de bruker 40 prosent ISF ned mot sine klinikker og avdelinger, er ISF- andelen etter min betraktning i praksis mye større. Det kan derfor virke som om videreføringen av ISF også handler om legitimering. Ved at finansieringsmodellen oppdateres jevnlig og er kjent blant folk, kan dette gi Helse Bergen HF legitimitet for sin pengebruk.

Videreføringen av innsatsstyrt finansiering skjer til tross for gjentatte advarsler fra myndighetene om sterke økonomiske insentiver på klinikk- og avdelingsnivå. Selv om det ikke virker som om de økonomiske insentivene har tatt overhånd i Helse Bergen HF, gir finansieringsmodellen til en viss grad bivirkninger som det er viktig å møte med gode tiltak. Min vurdering er derfor at finansiering som virkemiddel ikke er egnet til å nå alle mål. Innsatsstyrt finansiering kan sies å være best egnet som virkemiddel for å understøtte mål om effektiv pasientbehandling. På den andre siden kan man i praksis ikke se på sykehusets finansieringsmodell isolert. Helse Bergen HF har en rekke andre mekanismer som gjør at de økonomiske insentivene ikke tar overhånd. Det vil derfor være nødvendig å se på styringsverktøyene til Helse Bergen HF som en pakke. Først når man ser alle verktøyene eller virkemidlene i sammenheng med hverandre, vil man kunne forstå det enkelte verktøys bidrag til måloppnåelse. I tillegg vil profesjonenes faglige skjønn og etiske føringer hindre at systemet tar helt av. Sammen stabiliserer disse mekanismene forholdet mellom de økonomiske insentivene og helseforetakets målsettinger.

Min vurdering er derfor at Helse Bergen HF sin finansieringsmodell sammen med helseforetakets andre styringsverktøy har gode egenskaper. Det er likevel aspekter ved finansieringsmodellen helseforetaket bør se nærmere på. Her mener jeg spesielt klinikkene og avdelingenes insentiv til samhandling og samarbeid bør vurderes. Spørsmålet er om finansieringsmodellen er bedre enn andre relevante alternativ. Det vil være naturlig å spørre seg om rammefinansiering med tilhørende aktivitetskrav ville kunne gjort samme nytten som den aktivitetsbaserte finansieringen. Det er likevel rimelig å anta en slik finansieringsmodell ville kunne reise kritikk mot rammens størrelse.

8. Litteratur

8.1 Trykte publikasjoner

- Anthony, R.N. (1965). *Planning and Control Systems: Framework for Analysis*. 1. utgave. Graduate School of Business Administration Harvard University, Boston.
- Anthony, R.N. og Young, D.W. (2003). *Management Control in Nonprofit Organizations*. 7. utgave. McGraw-Hill/Irwin Inc., Boston.
- Busch, T. (2000). *Økonomistyring i offentlig sektor: Noen teoretiske og konseptuelle Problemstillinger*. Avdeling for økonomisk- administrativ utdanning, Høyskolen i Sør Trøndelag.
- Churchill, G.A. og Iacobucci, D. (2010). *Marketing Research: Metodological Foundations*. 10. utgave. South Western Publishing, Mason.
- DiMaggio, P.J. og Powell, W.W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*. Vol. 48, No. 2: 147-160.
- Ditlev-Simonsen, C.D. (2011). ISO 26000 som et virkemiddel for institusjonalisering av samfunnsansvar (CSR). *Magma*. Nr. 7: 79-87.
- Eilertsen, R. og Bjerke, P. (2004). *Privatisering - En kritikk*. 1. utgave. De Facto, Oslo.
- Fama, E.F. og Jensen, M.C. (1983). Separation of Ownership and Control. *Journal of Law and Economics*. Vol. 26, No. 2: 301-325.
- Fisher, J.G. (1998). Contingency Theory, Management Control Systems and Firm Outcomes: Past Results and Future Directions. *Behaviour Research in Accounting*. Vol. 10: 47-64.
- Gall, M.D., Gall, J.P. og Borg, W.R. (1996). *Educational research. An introduction*. 6. utgave. Longman, New York. I: Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold*. 2. utgave Fagbokforlaget, Bergen. Kapittel 5: 92.

- Grenness, T. (1997). *Innføring i vitenskapsteori og metode*. 1. utgave. Tano Aschehoug, Oslo.
- Hagen, T.P. (2009). *Finansieringsordninger som styringsredskap i helsetjenesten*. I: Wilmar, B., Bruusgaard, P., Frich, J.C. og Fugelli, P. (2009). *Penger og verdier i helsetjenesten*. 1. utgave. Gyldendal Akademiske, Oslo. Kapittel 2: 21-30.
- Hagen, T.P. og Iversen T. (1996). Modeller for finansiering av sykehustjenester. *Siviløkonomen*. Nr. 10: 32-39.
- Hood, C. (1995). The New Public Management in the 1980's Variation on a Theme. *Accounting, Organization and Society*. Vol. 20, No. 2/3: 93-109.
- Jensen, M. og Meckling, W. (1976). Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure. *Journal of Financial Economics*. Vol. 3, No. 4: 305-360.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. og Tufte, P.A. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. 3. utgave. Abstrakt forlag, Oslo.
- Kjerstad, E. og Kristiansen, F. (2002). *Innsatsstyrt finansiering og pasientsammensetning ved norske sykehus*. SNF, Bergen (SNF- rapport 52/02).
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. 1. utgave. Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utgave. Gyldendal Akademiske, Oslo. I: Johannessen, A., Christoffersen, L. og Tufte, P.A. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. 3. utgave. Abstrakt forlag, Oslo. Kapittel 8: 164.
- Langfield-Smith, K. (2007). A Review of Quantitative Research in Management Control Systems and Strategy, in Chapman, C. S., Hopwood, A. G. and Shields, M. D. *Handbooks of Management Accounting Research*. Vol. 2: 753-783.
- Lincoln, Y.S. og Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. 1. utgave. Sage Publications, Beverly Hills. I: Johannessen, A., Christoffersen, L. og Tufte, P.A. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. 3. utgave. Abstrakt forlag, Oslo. Kapittel 16: 243.

-
- Lincoln, Y.S. og Guba, E.G. (1989). *Fourth generation evaluation*. 1. utgave. Sage Publications, Newbury Park.
- Malmi, T. og Brown, D.A. (2008). Management Control Systems as a Package – Opportunities, Challenges and Research Directions. *Management Accounting Research*. Vol. 19, No. 4: 287-300.
- Mason, J. (2002). *Qualitative researching*. 2. utgave. Sage, London. I: Johannessen, A., Christoffersen, L. og Tufte, P.A. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. Abstrakt forlag, Oslo. Kapittel 9: 187.
- Mauland, H. og Mellemvik, F. (2004). *Regnskap og økonomistyring i staten*. 1. utgave. Cappelen Akademisk Forlag, Oslo.
- Meyer, J. og Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*. Vol. 83, No. 2: 340-363.
- Monsen, N. (2011). *Forretningsregnskap og kameralregnskap: En sammenligning med henblikk på bruk i offentlig sektor*. Institutt for regnskap, revisjon og rettsvitenskap, Norges Handelshøyskole.
- Nyland, K. og Pettersen, I.J. (2010). Økonomistyring i staten – likhet eller mangfold. *Magma*. Nr. 4: 27-35.
- Opstad, L. (2003). *Økonomisk styring i helse- og sosialsektoren*. 2. utgave. Gyldendal Akademiske, Oslo.
- Ouchi, W.G. (1977). The relationship between Organizational Structure and Organizational Control Mechanisms. *Administrative Science Quarterly*. Vol. 22: 95-113.
- Pettersen, I.J., Magnussen, J., Nyland, K. og Bjørnenak, T. (2008). *Økonomi og helse – Perspektiver på styring*. 2. utgave. Cappelen Akademiske Forlag, Oslo.
- Postholm, M.B. (2010). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasesstudier*. 2. utgave. Universitetsforlaget, Oslo. I: Johannessen, A., Christoffersen, L. og Tufte, P.A. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. Abstrakt forlag, Oslo. Kapittel 16: 244.

Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold*. 2. utgave. Fagbokforlaget, Bergen.

Yin, R.K. (2007). *Fallstudier: Design och genomförande*. 1. utgave. Liber, Malmö. I: Johannessen, A., Christoffersen, L. og Tufte, P.A. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. Abstrakt forlag, Oslo. Kapittel 13: 221.

Yin, R.K. (2008). *Case study research: Design ad methods*. 4. utgave. Sage, Thousand Oaks. I: Johannessen, A., Christoffersen, L. og Tufte, P.A. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. Abstrakt forlag, Oslo. Kapittel 16: 243.

8.2 Offentlige dokument

Norske offentlige utredninger:

1999 *Hvor nært skal det være? Om tilknytningsformer for offentlige sykehus*. NOU 1999:15.

2003 *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*. NOU 2003:1.

Stortingsmeldinger og – proposisjoner:

Stortingsmelding nr. 61 (1996-1997): Om eierskap i næringslivet.

Stortingsmelding nr. 5 (2003-2004): Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten.

St.prp. nr. 1 (2006-2007). For budsjettåret 2007. Helse- og omsorgsdepartementet.

Lover:

Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).

Rapporter:

Helsedirektoratet (2011). *Regelverk for innsatsstyrt finansiering 2012*. URL:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/innsatsstyrt-finansiering-i-helsetjenesten-en-vurdering-og-aktuelle-tiltak/Publikasjoner/innsatsstyrt-finansiering-i-helsetjenesten-en-vurdering-og-aktuelle-tiltak.pdf> (Sett 15.01.12).

Helse Bergen HF (2012). *Strategiplan for Helse Bergen HF 2012-2016*. URL:

<http://www.helse-bergen.no/omoss/strategier/Documents/Strategiplan%20Helse%20Bergen%202012-2016.pdf> (Sett 14.03.12).

Helse Midt- Norge RHF (2011). *Implementering av ny finansieringsmodell (Magnussen-modellen) for helseforetak i Helse Midt- Norge*. Styresak nr. 70/11. URL:

[https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2070-11%20Implementering%20av%20ny%20finansieringsmodell%20\(Magnussen-modellen\)%20for%20helseforetak%20i%20Helse%20Midt-Norge.pdf](https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2070-11%20Implementering%20av%20ny%20finansieringsmodell%20(Magnussen-modellen)%20for%20helseforetak%20i%20Helse%20Midt-Norge.pdf) (Sett 28.05.12).

Helse Nord RHF (2009). *Regional inntektsfordelingsmodell Helse Nord – Oppdatering*.

Styresak nr. 53-2009. URL: http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Styret/Styredokumenter/2009/Styresak_53_2009.pdf (Sett 28.05.12).

Helse Sør- Øst RHF (2012). *Oppdatering og videreutvikling av inntektsmodellen til Helse Sør- Øst*. Styresak nr. 024 2012. URL: <http://www.helse-sorost.no/omoss/styret/Documents/Styrem%C3%B8ter/2012/19.%20april/024-2012%20Saksframlegg%20-%20Oppdat%20og%20videreutv%20av%20inntektsmodellen.pdf> (Sett 28.05.12).

<http://www.helse-sorost.no/omoss/styret/Documents/Styrem%C3%B8ter/2012/19.%20april/024-2012%20Saksframlegg%20-%20Oppdat%20og%20videreutv%20av%20inntektsmodellen.pdf> (Sett 28.05.12).

Helse Vest RHF (2009). *Ny inntektsmodell for Helse Vest*. Rapport fra prosjektgruppen.

URL: <http://helsevest.no/aktuelt/rapporter/Documents/Regionale%20rapportar/Regional%20Orapport%20-%202009-05%20Ny%20inntektsmodell%20for%20Helse%20Vest.pdf> (Sett 28.05.12).

SINTEF (2003). *Er det sammenfall mellom journalopplysninger og innrapporterte data? En studie av 500 pasientopphold ved norske somatiske sykehus i 2001*. URL:

http://www.sintef.no/upload/Helse/%D8KT/Pdf-filer/STF78_A035504.pdf (01.05.12).

Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten. En vurdering og aktuelle tiltak*. URL: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/innsatsstyrt-finansiering-i-helsetjenesten-en-vurdering-og-aktuelle-tiltak/Publikasjoner/innsatsstyrt-finansiering-i-helsetjenesten-en-vurdering-og-aktuelle-tiltak.pdf> (Sett 28.05.12).

8.3 Nettpublikasjoner

For velferds staten n.d. *New Public Management*. URL:

<http://www.velferdsstaten.no/tema/offentlig-styring/npm/> (Sett 12.01.12).

Helse Bergen, Haukeland Universitetssjukehus n.d. *Om oss*. URL:

<http://www.helse-bergen.no/omoss/Sider/side.aspx> (Sett 17.01.12).

Helse Bergen, Haukeland Universitetssykehus n.d. *Organisering*. URL:

<http://www.helse-bergen.no/omoss/organisering/Sider/side.aspx> (Sett 06.06.12).

Helse- og omsorgsdepartementet n.d. *Innsatsstyrt finansiering*. URL:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/innsatsstyrt-finansiering.html?id=227811> (Sett 16.05.12).

Helse- og omsorgsdepartementet n.d. *Sykehusenes hovedoppgaver*. URL:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/nokkeltall-og-fakta---ny/sykehusenes-hovedoppgaver-.html?id=528111> (Sett 18.04.12).

Helsedirektoratet 27.11.11. *DRG- systemet*. URL:

<http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/drg/Sider/default.aspx> (Sett 12.01.12).

Helsedirektoratet 01.12.11. *Formål med innsatsstyrt finansiering (ISF)*. URL:

<http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/isf/om-isf-ordningen/formal/Sider/default.aspx> (Sett 11.01.12).

Regjeringen n.d. *De regionale helseforetakene*. URL:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/nokkeltall-og-fakta---ny/de-regionale-helseforetakene.html?id=528110> (Sett 10.01.12).

Statistisk Sentralbyrå n.d. *Ordforklaring: Spesialisthelsetjenesten*. URL:

http://www.ssb.no/sykehus/om_speshelse.html (Sett 24.01.12).

Stortinget 29.04.09. *Representantforslag fra stortingsrepresentantene Sonja Irene Sjøli og*

Inge Lønning om en ny nasjonal helseplan. URL: <http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2008-2009/dok8-200809-094/>

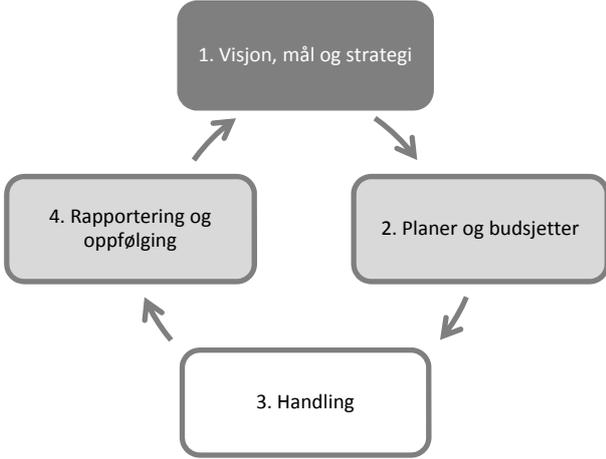
(Sett 18.01.12).

Vedlegg A:

Intervjuguide

Bakgrunn:	
Tema	Finansieringsmodell som styringsverktøy i somatisk spesialisthelsetjeneste.
Intervjuobjekt	
Sted	Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus.
Dato og klokkeslett	
Varighet	Ca. 60-90 minutter.

Om intervjuet:	
Presentasjon av meg	Jeg er masterstudent i økonomi og administrasjon ved Norges Handelshøyskole og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven.
Presentasjon av min undersøkelse	<p>Temaet for oppgaven er sykehusfinansiering og jeg skal i den forbindelse undersøke hvilken finansieringsmodell Helse Bergen HF bruker for finansiering av sine avdelinger innen somatisk spesialisthelsetjeneste.</p> <p>I den forbindelse er jeg interessert i å vite bakgrunnen for valg og utforming av denne modellen, hvilke intensjoner ledelsen har med den og hvilke insentiver den gir på det operative nivået. På denne måten vil jeg kunne få frem i hvilken grad finansieringsmodellen er et egnet styringsverktøy for å nå Helse Bergen HF sine målsettinger, og eventuelt hvilke utilsiktede bivirkninger som kan oppstå som følge av modellens utforming.</p>
Forespørsel om lydopptak	For å sikre mest mulig riktig gjengivelse av samtalen vil jeg bruke lydopptak. Intervjuet vil skrives ut på bakgrunn av notater og dette lydopptaket. Kopi vil sendes til deg senest 2 uker etter intervjuet for gjennomlesning og redigering. Etter dette vil opptaket slettes.
Intervjuets form	Intervjuet vil være samtalepreget og vare i ca. 60-90 minutter.

<p>Intervjuet vil følge gangen i den ideelle økonomiske styringsprosessen (Kilde: Anthony og Young 2003)</p>	 <pre> graph TD 1[1. Visjon, mål og strategi] --> 2[2. Planer og budsjetter] 2 --> 3[3. Handling] 3 --> 4[4. Rapportering og oppfølging] 4 --> 1 </pre>
<p>I løpet av samtalen vil jeg stille spørsmål rundt følgende tema</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visjon, mål og strategi: <ul style="list-style-type: none"> • Helse Bergen HF sine målsettinger. 2. Planer og budsjetter: <ul style="list-style-type: none"> • Finansieringsmodellen til Helse Bergen HF. • Finansieringsmodellens intensjoner. • Finansieringsmodellen som styringsverktøy. • Spesielle styringsutfordringer i offentlig sektor. 3. Handling: <ul style="list-style-type: none"> • Finansieringsmodellens insentiver. • Problematikk rundt innsatsstyrt finansiering (ISF). 4. Rapportering og oppfølging: <ul style="list-style-type: none"> • Finansieringsmodellens kontrollmekanisme.

Intervjuspørsmål:	
<p>Fase 1: Visjon, mål og strategi</p>	<p>Helse Bergen HF sine målsettinger:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Hva er Helse Bergen HF sine målsettinger? 1.2. Hvordan er Helse Bergen HF sine målsettinger som utfører av spesialisthelsetjenester forskjellige i forhold til Helse Vest RHF sine målsettinger som bestiller av spesialisthelsetjenester? 1.3. Gjør denne forskjellen i målsettinger det nødvendig for Helse Bergen HF å bruke andre elementer i sin finansieringsmodell enn de Helse Vest RHF bruker?

<p>Fase 2: Planer og budsjetter</p>	<p>Finansieringsmodellen til Helse Bergen HF:</p> <p>2.1. Fortell om dagens finansieringsmodell for somatisk spesialisthelsetjeneste i Helse Bergen HF.</p> <p>2.2. Hvilke elementer (ramme, kostnadsrefusjon eller stykkpris) består modellen av?</p> <p>2.3. Hvilke styrker og svakheter har denne modellen?</p> <p>Finansieringsmodellens intensjoner:</p> <p>2.4. Fortell om bakgrunn for valg og utforming av dagens finansieringsmodell.</p> <p>2.5. Hvilke intensjoner har ledelsen med denne modellen (f.eks. samhandling og kvalitet)?</p> <p>Finansieringsmodellen som styringsverktøy:</p> <p>2.6. Hvordan bruker Helse Bergen HF finansieringsmodellen som verktøy i økonomistyringsprosessen?</p> <p>2.7. Hvilke målsettinger er finansieringsmodellen med på å styrke?</p> <p>2.8. Hvilke målsettinger blir ikke understøttet/motarbeidet av finansieringsmodellen?</p> <p>2.9. Hvilke andre verktøy bruker dere i samspill (<i>management control package</i>) med finansieringsmodellen for å sørge for at alle målsettinger oppnås (f.eks. internprising)?</p> <p>2.10. Er finansieringsmodellen et effektivt verktøy for å nå helseforetakets målsettinger?</p> <p>Spesielle styringsutfordringer i offentlig sektor:</p> <p>2.11. Hvilke spesielle styringsutfordringer har Helse Bergen HF som offentlig institusjon?</p> <p>2.12. Har disse styringsutfordringene noe å si for valg og utforming av finansieringsmodell?</p>
<p>Fase 3: Handling</p>	<p>Finansieringsmodellens insentiver:</p> <p>3.1. Hvilke insentiver gir finansieringsmodellen på det operative nivået?</p> <p>3.2. Er disse insentivene i overensstemmelse med ledelsens målsettinger og finansieringsmodellens intensjoner?</p>

Problematikk rundt ISF:

Tydeliggjøring av mål og anvendelsesområde:

3.3. Hva er målet med ISF- ordningen, og hvilket område er den ment å anvendes på?

3.4. Brukes ordningen med større rekkevidde?

Utgiftskontroll:

3.5. Fører ISF- ordningen til manglende utgiftskontroll?

3.6. Bør refusjonsandelen økes, reduseres eller holdes slik den er i dag (40 %)?

Kodepraksis:

3.7. Er det mangelfull standardisering av kodepraksis på tvers av sykehus og regioner?

3.8. Hvordan foregår opplæring i kodepraksis?

3.9. Kjenner du til at det kan forekomme endringer i kodepraksis som gir økte utbetalinger?

Oppdatering av ISF- ordningen:

3.10. Hender det at nytt regelverk for ISF- ordningen og ny DRG- programvare for et gitt budsjettår kommer først en stund inn i det nye budsjettåret (usikkerhet knyttet til årets inntektsside)?

3.11. I hvilken grad mener du at ISF og DRG- systemet oppdateres for sent med hensyn til implementering av ny medisinsk praksis?

Vridningseffekter:

3.12. Medfører ISF- ordningen vridningseffekter mellom ulike oppgaven og ulike pasientgrupper?

3.13. Vris ressursbruken bort fra aktiviteter og tjenester som ikke stykkprisfinansieres, som f.eks. utdanning og forskning (Isolert sett gir ISF- ordningen et insentiv til dette)?

3.14. Vris ressursbruken mot pasienter og behandlinger hvor ISF- refusjonen i størst grad dekker marginalkostnadene?

3.15. Hvordan påvirker dette kvaliteten på tjeneste?

	<p>Pasientforløp:</p> <p>3.16. Stimulerer finansieringsordningen til spesifikk organisering av pasientforløpet/behandlingsforløpet?</p> <p>3.17. Påvirker finansieringsmodellen utviklingstrekk i liggetid (reduksjon i liggetid de senere år)?</p> <p>3.18. Hender det at det foregår uønsket oppstyking av pasientforløp for å øke totalrefusjonen (øke antall sykehusopphold)?</p> <p>Samhandling:</p> <p>3.19. Hvordan påvirker finansieringsmodellen samhandling og samarbeid mellom tjenestenivå i Helse Bergen HF?</p> <p>3.20. Gir dagens finansieringsmodell insentiv til samhandling og samarbeid?</p>
<p>Fase 4: Rapportering og oppfølging</p>	<p>Finansieringsmodellens kontrollmekanisme:</p> <p>4.1. Er ISF og DRG en viktig del av kontrollen med klinikkene og avdelingene?</p> <p>4.2. I hvilken grad brukes ISF og DRG som et prestasjonsmålingssystem?</p> <p>4.3. Gir dette en god indikasjon på om man har gjort en god jobb?</p> <p>4.4. Hva er konsekvensene dersom man overskrider budsjettet?</p>