

# **Avdeling for helseledelse og helseøkonomi**

## **Universitetet i Oslo**

Sensorveiledning

Skriftlig eksamen onsdag 8. desember 2021

HLED1102 – Helsetjenesten i samfunnet – innføring i helsepolitikk

Tid: 09.00-13.00 (4 timer)

Ingen hjelpemidler er tillatt under eksamen.

Sensur faller tre uker etter eksamen og vil bli kunngjort i Studentweb.

Oppgavesettet består av 2 sider inkludert denne.

Lykke til!

# HLED 1102 Helsetjenesten i samfunnet – innføring i helsepolitikk – Eksamen høst 2021

Både oppgave 1 og oppgave 2 skal besvares. Oppgave 1 teller 50 prosent og oppgave 2 teller 50 prosent når besvarelsen vurderes i sin helhet.

Under oppgave 1: Svar ENTEN på oppgave A ELLER på oppgave B.

Under oppgave 2: svar på TRE av fem spørsmål. Spørsmålene under oppgave 2 teller likt ved karaktersetting.

## Oppgave 1.

A: Redegjør først for sentrale elementer i New Public Management (NPM) som styringsform. Drøft deretter, ved hjelp av eksempler, hvordan sentrale elementer fra New Public Management har preget nyere reformer innenfor norsk helseforvaltning. Relater diskusjonen til helsepolitiske mål og hvorvidt markeds- og konkurransemekanismer kan komme i konflikt med disse.

Bruk som overskrift: NPM som ramme for reformer

### Sensorveiledning:

*Til sentrale elementer i New Public Management (NPM) som styringsform forventes det at kandidatene viser god forståelse både for hva som var målet med de ulike elementene i NPM som styringsform, og de mest sentrale virkemidlene. Målet var å styrke effektiviteten i de offentlige tjenestene, både med hensyn til kvalitet og kvantitet, ved å bruke virkemidler inspirert av markedet og privat sektor. Sentrale virkemidler vil være blant annet mål- og resultatstyring, fristilling, konkurranseutsetting og profesjonell ledelse. Pluss til de studentene som viser at NPM ikke var en helhetlig teori, men en fellesbetegnelse for ulike prinsipper og metoder for organisering og styring av offentlig virksomhet, der markedet representerte et forbilde.*

*Deretter skal det drøftes hvordan disse sentrale elementene fra NPM har preget reformer innenfor norsk helseforvaltning. Her er det mange muligheter i det elementer fra NPM har preget mange av de reformer vi har sett innenfor norsk helseforvaltning. Eksempelvis kan helseforetaksreformen drøftes opp virkemidler som fristilling og mål- og resultatstyring, fritt sykehusvalg og fastlegeordningen kan drøftes opp mot konkurranseutsetting.*

*Det er et pluss om studentene også kan trekke inn mulighetene for styring, ved bruk av virkemidlene som klassifiseres under NPM. Ytre fristilling for eksempel innenfor sykehussektoren vil kunne redusere den direkte statlige styringen, samtidig som staten har et styringsvirkemiddel gjennom mål- og resultatstyring. Pluss også for studenter som viser at reformer og virkemiddelbruk både kan ha fordeler og ulemper eller kostnader, alt avhengig av hvilket perspektiv en ser reformer og virkemiddelbruk ut fra. Bruk av virkemidlene forventes diskutert opp mot ulike helsepolitiske målsettinger, som gode og likeverdige helsetjenester for alle, uavhengig av geografi med videre. Eksempelvis kan innsatsstyrt finansiering innenfor helseforetakene utfordre de helsepolitiske målene knyttet til tilgjengelige helsetjenester for alle. Kostnadseffektivitet og allokeringseffektivitet kan med fordel trekkes inn i denne drøftelsen.*

## ELLER

B: Redegjør for sykehusreformen som ble innført fra januar 2002. Hva var målet med reformen? Drøft deretter hovedtrekk ved reformen i lys av prinsippal agent teorien og New Public Management. Redegjør kort for sykehusenes mest sentrale finansieringskilder. Hvordan kan sykehusreformen og eventuelt sider ved finansieringssystemet, komme i konflikt med sentrale helsepolitiske målsettinger?

Bruk som overskrift: Sykehusreformen

### Sensorveiledning:

*I redegjørelsen av sykehusreformen forventes det at studentene på en ryddig måte gjør rede for endringen av ansvarsfordeling og organisering av sykehusene i 2002, fra fylkeskommunalt ansvar til statlig eierskap av spesialisthelsetjenesten og opprettelsen av regionale helseforetak. Til redegjørelsen er det naturlig å si litt om bakgrunnen for reformen og de utfordringer fylkeskommunalt ansvar innebar når det kom til blant annet styring, fordeling og kompetanseoppbygging. Dette er det naturlig å knytte til målene med reformen, som var ment å imøtekomme mange av disse utfordringene, ved blant annet å sikre mer likeverdige helsetjenester uavhengig av geografi, kompetanseoppbygging, bedre vilkårene for spesialisering og kvalitetsutvikling.*

*Sykehusreformen har elementer både av prinsippal agent teorien og New Public Management. Her er det naturlig at kandidatene kort gjengir relevante elementer fra disse perspektivene og viser hvordan sykehusreformen har tatt dette opp i seg. Her kan man blant annet trekke inn mål- og resultatstyring, fristilling og konkurranse fra NPM. Prinsippal agent teorien vil være egnet til å belyse blant annet statens mulighet for å styre de prioriteringer som foretas innenfor helseforetakene. Informasjonsasymmetri og ulikheter i kompetanseprofil vil her være relevant å trekke inn, mellom eksempelvis Helsedepartementet som prinsippal og helseforetakene som agenter. Prinsippal agent teorien vil likeledes være illustrerende på forholdet mellom for eksempel nasjonale helsemyndigheter som ansvarlig for spesialisthelsetjenester og de regionale helseforetakene som utfører av tjenestene.*

*Deretter skal det kort gjøres rede for sykehusenes finansieringskilder. Her er det naturlig å nevne basistilskuddet, øremerkede tilskudd og den innsattsstyrte finansieringen. Særlig den innsattsstyrte finansieringen er relevant å drøfte når det etterspørres en drøfting av konflikter mellom sykehusreformen og sider ved finansieringssystemet på den ene siden og sentrale helsepolitiske målsettinger på den annen. Her kan for eksempel innsattsstyrt finansiering øke fokuset på kostnadseffektivitet, på bekostning av fordelingseffektivitet og likeverdige tjenester for alle. Sider ved sykehusreformen som kan gå på bekostning av helsepolitiske målsettinger kan blant annet være hensynet til geografisk tilgjengelighet av helsetjenester, som vil øke ved en sentralisering av sykehustjenester, nedleggelse av lokalsykehus, akutt tjenester med videre.*

## Oppgave 2:

Besvar tre av følgende spørsmål:

- a) Gjør kort rede for universalismeprinsippet. Hvordan praktiseres prinsippet innenfor helsesektoren?

**Sensorveiledning:**

*Her er forventes det at kandidatene viser til at universalismeprinsippet, slik det forstås innenfor den norske velferdsmodellen. Dette innebærer at alle innbyggerne i landet har like rettigheter til de velferdsgoder og velferdstjenester det offentlige yter. Eksempler er barnehager, skoler, eldreomsorg og helsetjenester. Universelle velferdsordninger er behovsprøvd, men kun i forhold til det konkrete problem eller tilstand som ordningen retter seg mot. Økonomisk evne er ikke relevant i denne sammenheng. Innenfor helsesektoren impliserer dette at alle har rett for helsetjenester i forhold til det som er den enkeltes behov for helsehjelp.*

- b) Gjør kort rede for myndighets- og ansvarsfordelingen mellom Storting, regjering, departement, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet når det kommer til krisehåndtering. Bruk Covid-19 som eksempel.

**Sensorveiledning:**

*Her er det viktig å skille mellom besluttende organer og rådgivende faglige organer. Covid -19 krisen illustrerer hvordan Storting og regjering er de besluttende organer, mens Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har mer kartleggende og faglige roller. Det bør presiseres at regjeringen og Stortinget har det overordnede politiske ansvaret. De vurderer, i samarbeid med Helsedepartementet, de råd Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet gir og de analyser og kartlegginger de foretar.*

*Stortinget har den lovgivende myndighet, mens regjeringen har det løpende politiske ansvaret, med blant annet utarbeidelse av konkrete smitteforebyggende tiltak. Folkehelseinstituttet har ansvaret for å overvåke smittesituasjonen og smittesporing og har en sentral rolle som kunnskapsprodusent. Folkehelseinstituttet produserer, oppsummerer og formidler kunnskap i tillegg til å sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap.*

*Helsedirektoratet på sin side gjør analyser og kommer med råd ut fra de den informasjon de blant annet samlet inn fra helseforetakene og kommunene.*

*Helsedepartementet har ansvar for de regionale helseforetakene og underliggende etater. I dette ligger et ansvar for at beredskapen i helseforetakene er tilstrekkelig til å møte behovene. Departementet kommer med informasjon fra blant annet helseforetakene samt gir råd og anbefalinger til regjeringen.*

*Det forventes at kandidatene forklarer forskjellen på besluttende og rådgivende og kunnskapsproduserende organer, samt gjengir hovedtrekkene i fordelingen av ansvar de ulike instansene imellom. Helsedepartementet som ansvarlig for de regionale helseforetakene bør fremkomme.*

- c) Beskriv kort forholdet mellom stat og kommuner når det kommer til kommunenes ansvar for å levere helsetjenester som er regulert av staten. Hvilke utfordringer kan henholdsvis stat og kommunene stå overfor når det gjelder styring og finansiering?

**Sensorveiledning:**

***Her forventes en beskrivelse av hvordan staten delegert ansvaret for stadig flere helsetjenester til kommunene, uten en tilsvarende økning i ressurser nødvendig for å skaffe til veie tjenestene. Dette kan både gå på økonomi, men også kompetanse, personell og andre innsatsfaktorer. Samtidig mister også staten noe av mulighetene for styring, når tjenester legges til det kommunale nivået. Et statlig mål om å prioritere eksempelvis folkehelsearbeid styres i økende grad av kommunale prioriteringer. Øremerkede tilskudd kan i noen situasjoner være en forutsetning for at statlige helsemål realiseres på kommunalt nivå.***

- d) Med utgangspunkt i de mange reformene innenfor helsesektoren de senere årene, redegjør kort for tendenser til sentralisering og desentralisering?

**Sensorveiledning:**

***Her forventes det at studentene ved hjelp av eksempler, viser at reformene innenfor helsesektoren har basert seg på sentralisering innenfor visse tjenester, som for eksempel å flytte ansvaret for sykehusene fra fylkeskommunene til helseforetak, samtidig som andre reformer av helsesektoren har basert seg på en desentralisering. Samhandlingsreformen kan være et godt eksempel her.***

***Det er tilstrekkelig for å få god uttelling på spørsmålet at studentene ved et par eksempler viser at reformene i helsesektoren både har hatt elementer av sentralisering og desentralisering. Formålet med sentraliseringen og desentraliseringen i det enkelte tilfellet bør fremgå.***

- e) Hva går «forsvarlighetsprinsippet» ut på i norsk helsesektor og hvorfor er dette viktig? Vis til eksempler hvor dette prinsippet kommer til anvendelse i helsesektoren.

**Sensorveiledning:**

***Forsvarlighetsprinsippet er sentralt innenfor norsk helsesektor ved å stille krav til helsepersonell om å gi faglig forsvarlig hjelp. Dette er nedfelt i Helsepersonelloven §4. Dette impliserer at helsepersonell ikke skal handle utenfor rammene av egne kvalifikasjoner. Helsepersonell har et faglig ansvar, gitt sin profesjonelle rolle og sitt profesjonelle ansvar.***

***Helsetjenestene må holde en viss kvalitet samtidig som lovpålagte plikter må overholdes. Dette er viktig for å sikre at alle får kvalitetsmessige gode tjenester og den oppfølging de har rett på etter loven.***

***Eksempler på anvendelse i helsesektoren kan være mange, men det er tilstrekkelig at kandidatene ved et eller to eksempler illustrerer situasjoner der dette er relevant. Dette kan knytte seg til medisinbehandling, med utdeling foretatt av kvalifisert personell, eller andre behandlingstrategier.***

***Pluss til de studentene som sier at dette er en standard som vil kunne endres over tid og at det ikke er entydige og evigvarende kriterier for hva som er forsvarlige helsetjenester.***