

Sensorveiledning HLED 3003 Våren 2024

Oppgave 1: Arbeidet i organisasjoner kan koordineres på forskjellige måter.

- a. List opp og gi en kortfattet beskrivelse av seks sentrale koordineringsmekanismer

Det forventes at kandidatene nevner seks av de syv koordineringsmekanismene som omtales i tekstboka (Jacobsen og Thorsvik, kapittel 3.5): Gjensidig tilpasning, Direkte tilsyn, Standardisering av arbeidsoppgaver, Standardisering av resultater, Standardisering av kunnskap, Standardisering av normer, Horisontal ordning for samarbeid.

- b. Hvilke mekanisme(r) er mest dominerende i sykehus?

Ut fra det vi har snakket om i undervisningen vil mange antagelig svare «Standardisering av kunnskap», men det er ikke ett fasitsvar på denne oppgaven. For eksempel kan det argumenteres for at alle de ovenfornevnte koordineringsmekanismene (hver på sin måte) er sentrale på sykehus. Alle gode begrunnelser og resonnementer premieres.

Oppgave 2: Henry Mintzberg har betegnet sykehus som *profesjonelle byråkratier*.

- a. Hva mener han med det?

Her forventes det at kandidatene beskriver de strukturelle særtrekkene for *profesjonelle byråkratier* og forklarer at sykehusene har en liknende organisasjonsstruktur. *Det vil si:*

Arbeidsdeling – funksjonell (fag)

Beslutningsmyndighet - desentralisert

Koordinering – standardisering av kunnskap

Styring – rekruttering

Mer generelt forventes det at kandidaten viser kjennskap til Mintzberg sin typologi for organisasjonsstrukturer. Se nærmere beskrivelse i Jacobsen og Thorsvik, kapittel 3.7.

- b. I hvilken grad vil du si at denne betegnelsen passer for norske sykehus i dag?

I undervisningen har vi snakket om at innføringen av pakkeforløp, som blant annet innebærer mer standardisering og overgang fra ren funksjon til matriseliknende struktur, har bidratt til å endre organisasjonsstrukturen i norske sykehus. Det har ført til at sykehusene i noe mindre grad likner på *profesjonelle byråkratier* og i noe større grad likner på *maskinbyråkratier*, særlig med tanke på at standardisering av prosedyrer er et sentralt element i pakkeforløpene. Det er i det minste mulig å argumentere for at det har skjedd en bevegelse i den retningen. Det er et stort pluss om kandidatene viser forståelse for at sykehus (i likhet med de fleste andre organisasjoner) i virkeligheten er hybrider med trekk fra flere av Mintzberg sine idealtipeorganisasjoner. Det er ingen fasitsvar her. Alle gode resonnementer premieres.

Oppgave 3: I organisasjoner kan oppgaver grupperes på forskjellige måter.

a. Hva er forskjellen mellom funksjonsbasert og markedsbasert inndeling?

Funksjonsbasert inndeling innebærer at likeartede oppgaver og kunnskapen som trengs for oppgaveløsning samles i samme organisatoriske enhet. Markedsbasert inndeling innebærer at oppgaver blir spredt på flere organisatoriske enheter hvor de knyttes til ulike produkter eller virksomhetsområder – altså motsatt av funksjonsbasert gruppering. Se nærmere beskrivelse i tekstboka Jacobsen og Thorsvik kapittel 3.3.

b. Hva er de viktigste fordelene og ulempene ved *funksjonsbasert gruppering*?

Fordeler: Spesialisering (om likeartede oppgaver), Unngår dobbeltarbeid, Mulige stordriftsfordeler

Ulemper: Silotekning / Avdelingsegoisme, Samordningsproblemer

Fordelene og ulempene ved marked- og funksjonsbasert inndeling av oppgaver spiller hverandre.

Oppgave 4: Sykehusutvalget, ledet av Jon Magnussen, har foreslått å endre finansieringsmodellen for de regionale helseforetakene (RHF-ene) og de anbefaler at RHF-ene endrer finansieringsmodellen for helseforetakene på en liknende måte. Det omtales nærmere i NOU 2023: 8 fellesskapets sykehus – styring, finansiering, samhandling og ledelse, kapittel 8.

a) Gi en kortfattet beskrivelse av den nåværende finansieringsmodellen for RHF-ene

«Statens finansiering av RHF-ene er i hovedsak todelt og består av basisbevilgning og aktivitetsbasert bevilgning. Størrelsen på basisbevilgningen bestemmes blant annet av antall innbyggere i en region og alderssammensetning, og er uavhengig av aktivitet. ISF er derimot avhengig av hvor mange som får behandling og hvilke type pasienter/behandlinger. For 2024 er aktivitetsbasert bevilgning for somatisk spesialisthelsetjeneste om lag 40 prosent og basisbevilgning om lag 60 prosent.» ([ISF-regelverk 2024.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)) De regionale helseforetakene finansierer helseforetakene på en liknende måte.

b) Redegjør for Sykehusutvalgets forslag til ny finansieringsmodell

«Utvalget foreslår [inspirert av Danmark] en modell hvor dagens ordning med 40 pst. ISF «fra første pasient» blir avvirket og erstattet med rammefinansiering som hovedmodell. For å ivareta et element av risikodeling mellom stat og regionale helseforetak, beholdes et innslag av toppfinansiering for aktivitet utover aktivitetsnivået som er forutsatt finansiert av rammen.» ([NOU 2023: 8 \(regjeringen.no\)](#))

«Utvalget mener at endringene [...] i finansieringsmodellen fra staten til de regionale helseforetakene, bør føre til at de regionale helseforetakene utvikler lignende finansieringsmodeller rettet mot helseforetakene.» ([NOU 2023: 8 \(regjeringen.no\)](#))

For oppgave a og b er det et pluss om kandidatene viser at de har mer inngående/detaljert kunnskap om dagens finansieringsmodell og utvalgets forslag til ny finansieringsmodell. Men det klart viktigste, er at

de har kjennskap til at dagens finansieringsmodell innebærer en blanding av ramme (prospektiv-fast) og ISF (prospektiv-variabel), og at Sykehusutvalget foreslår ren *rammefinansiering som hovedmodell*.

c) Drøft mulige fordeler og ulemper ved å innføre denne nye finansieringsmodellen

Det forventes at kandidatene diskuterer hvordan de foreslåtte endringene (overgang fra kombinert ramme og ISF til ren rammefinansiering som hovedmodell) vil kunne virke inn på *produktivitet (kostnadseffektivitet), aktivitet/tilgjengelighet, kvalitet og kostander* med utgangspunkt i teori og empiri.

Teorien predikerer for eksempel at kostnadseffektiviteten (kostnad per behandlet pasient) og aktiviteten/tilgjengeligheten trolig vil reduseres ved en overgang fra dagens betalingsmodell (kombinert ramme og ISF) til ren *rammefinansiering som hovedmodell*. Med bakgrunn i dette har mange uttrykt bekymring for at de foreslåtte endringene vil resultere i lengre ventetid på sykehusene. Til gjengjeld predikerer teorien at overgangen til ren rammefinansiering som hovedmodell trolig vil gi bedre kvalitet på pasientbehandlingen og eliminere mulige problemer med seleksjon av lønnsomme pasientgrupper («fløteskumming»). Se oppsummering av insentiveffekter i tabellen nedenfor.

Tabell 4 Oppsummering av insentiveffekter*.

	Prospektiv		Retrospektiv
	Fast	Variabel	
Aktivitet/tilgjengelighet	-	+	+
Produktivitet (kostnadseffektivitet)	-/+**	+***	-
Kostnadskontroll	+	-	-
Prioriteringseffektivitet	0/-**	-	0
Kvalitet	0/-**	-****	+

* 0/+/- indikerer henholdsvis ingen, positiv eller negativt forventet effekt/insentiv.

** Effekter avhenger av motivasjon/formål (profitt eller slakk, aktivitet, kvalitet), men det ligger ikke finansielle insitamenter i noen spesiell retning i faste systemer.

***Per diem finansiering gir insentiv til å øke liggetiden, er ikke produktivetsfremmende

**** Resultatbasert finansiering stimulerer til økt kvalitet på områdene som måles, men kan ha negative effekter på områder som ikke måles.

(Kalseth m. fl. 2010)

Som omtalt i kapittel 8 i NOUen (med referanse til rapport fra Helseøkonomisk analyse) støtter empirisk forskning at innføringen av ISF i Norge har *resultert i effektiviseringsgevinster i form av mindre kostnader per behandlet pasient og flere behandlede pasienter*. Det er derimot ikke mulig å trekke noen klar konklusjon om konsekvensene for kvalitet og tilgjengelighet.

I undervisningen har vi brukt mye tid på å gå gjennom kapittel 8 i NOU 2023: 8. Det er et stort pluss om kandidatene viser at de har kjennskap til hvordan Sykehusutvalget har vurdert dagens

finansieringsmodell og begrunnet sin anbefaling om å endre finansieringsmodellen. Alle gode resonnerer der kandidaten viser forståelse og kritisk vurderingsevne premieres.

Eksempler på noen relevante utdrag fra NOUen:

«Etter utvalgets mening vil alle finansieringssystemer kunne gi innbyrdes konflikter mellom målene om effektiv ressursutnyttelse, kvalitet i pasientbehandlingen, likeverdig tilgang på tjenester og statens behov for kontroll over de samlede kostnadene til helsetjenester. Vektleggingen av de ulike målsettingene vil kunne variere over tid og avhenge av endringer i helsepolitiske mål.

Innspillene utvalget har fått, viser at ordningen med innsatsstyrt finansiering er omstridt. Samtidig finner ikke utvalget støtte i verken empirisk forskning eller i teori for at en modell som kombinerer ramme- og aktivitetsbasert finansiering gir dårligere måloppnåelse enn andre finansieringsmodeller.

«Utvalget mener at den foreslåtte modellen vil svare ut mye av kritikken mot ISF-ordningen. Som påpekt tidligere, mener utvalget at det er nødvendig å ha kontinuerlig oppmerksomhet på ressursbruk og ressursforvaltning i helseforetakene. Med hovedsakelig rammefinansiering vil det etter utvalgets mening, bli mindre oppmerksomhet om hvilke aktiviteter som særlig gir inntekter. Målet er at dette skal gi økt oppmerksomhet om fag, kvalitet og kostnadseffektiv bruk av ressurser. Utvalget viser til Helsepersonellkommisjonens omtale av prioritering og reduksjon av overbehandling, og vil peke på at en omlegging til rammefinansiering som hovedmodell, vil redusere økonomiske insentiver til behandling med lav eller ingen dokumentert effekt»

Oppgave 5: En kommune vurderer å sette ut *driften* av renholdstjenester og sykehjem til private aktører.

- a. Bruk Oliver Williamson sin teori om transaksjonskostnadsanalyse for å drøfte om disse tjenestene (renholdstjenester og sykehjem) egner seg for konkurranseutsetting.

Det forventes at kandidatene redegjøre for det grunnleggende innholdet i teorien som vi har brukt mye tid på å gjennom i undervisningen. (*To sentrale antagelser* - begrenset rasjonalitet og opportunisme og *tre kritiske dimensjoner* - usikkerhet/kompleksitet, transaksjonsspesifisitet og frekvens. *Generelt* vil det være slik at økt grad av usikkerhet/kompleksitet, transaksjonsspesifisitet og frekvens trekker i retning av det blir mer lønnsomt å produsere varer/tjenester selv (organisasjon) framfor å kjøpe fra andre (marked)). I en god besvarelse forventes det at teorien anvendes analytisk for å svare direkte på oppgaven. I praksis innebærer det at kandidatene må vurdere hvordan de ulike tjenestene (renhold og sykehjem) kan karakteriseres i henhold til de kritiske dimensjonene i Williamson sin teori - usikkerhet/kompleksitet, transaksjonsspesifisitet og frekvens - og utfra det drøfte om tjenestene er egnet for konkurranseutsetting. I en god besvarelse forventes det at kandidaten drøfter om det er noen vesentlige forskjeller mellom de to tjenestene. For eksempel er det nærliggende å anta at *renholdstjenester* scorer lavere på «kompleksitet» enn *sykehjem*. Det finnes ingen fasit for nøyaktig hvordan de ulike tjenestene scorer på de ulike dimensjonene. I vurderingen av besvarelsene må det legges mest vekt på at kandidaten viser forståelse av logikken i teorien og at de klarer å anvende teorien til å svare på oppgaven. En ren gjengivelse av teorien, slik den står beskrevet i tekstboka, vil i liten grad premieres.

Det er et pluss om kandidatene påpeker at konkurransesituasjonen, som oppgaveteksten ikke sier noe som helst om, vil kunne ha betydning for om tjenestene egner seg for konkurranseutsetting. Generelt vil det være slik at konkurranseutsetting fungerer bedre når det finnes mange tilbydere i et marked og Williamson framhever at «large-number-competition» muliggjør markedstransaksjoner selv i situasjoner med høy grad av usikkerhet. Sånn sett er det nærliggende å tenke seg at konkurranseutsetting vil fungere bedre i sentrale bykommuner enn i perifere distriktskommuner. (Med høy grad av transaksjonsspesifisitet hjelper det likevel ikke at konkurransesituasjonen er god før kontrakten inngås, for da vil parten låses til hverandre *etter* kontraktinngåelse og det vil ikke lengre være «large-number-competition».)

I en særlig god besvarelse forventes det at antagelsene som ligger til grunn for teorien drøftes. For eksempel: Er det rimelig å anta opportunistisk adferd? Teorien til Williamson er (i sin opprinnelige form) primært utviklet med tanke på private firmaer som opererer innenfor et konkurransemarked. Dette har vi snakket om i undervisningen, blant annet med referanse til Brown og Potoski (2003), og det er et stort pluss om kandidatene diskuterer i hvilken grad teorien er overførbar/relevant for å diskutere spørsmål om konkurranseutsetting av offentlig finansierte velferdstjenester i Norge.

Merk: Helt generell syning om fordeler og ulemper ved konkurranseutsetting, uten forankring til teorien på pensum, vil ikke bli premiert her.

b. Hva vet vi om virkningen av å konkurranseutsette offentlig finansierte tjenester fra empirisk forskning?

I undervisningen har vi snakket om at kunnskapsgrunnlaget er mangelfullt og at det ikke er mulig å trekke noen klar konklusjon. Se nærmere beskrivelse i Bjørn m.fl., kap 3 (2019).

Direkte kostnader:

- Ingen entydig sammenheng mellom private velferdsløsninger og direkte kostnader knyttet til driften av tjenestene.
- *Konkurranseutsetting* av velferdstjenester gir 0,2 prosent reduksjon i snitt for studier i perioden 2000-2014 (Petersen et al., 2018)
- *Konkurranseutsetting* av tekniske tjenester gir større kostnadsbesparelser - ca 5 prosent i perioden 2000-2014

Transaksjonskostnader:

- Blir sjeldent målt i empiriske studier

Kvalitet:

- Ingen entydig sammenheng mellom private velferdsløsninger og kvaliteten på tjenestetilbudet i henhold til de indikatorene som er hyppigst brukt for å måle kvalitet
- Varierende effekt for ulike kvalitetsmål (Brukertilfredshet, Strukturell (eks antall ansatte per bruker, kompetanse), Prosessuell (eks brukerinvolvering, pedagogisk innhold), Resultat (eks liggesår, død)

- Kvalitet måles sjeldent på en dekkende måte i empiriske studier

Kvalitet og kostnader:

- Nesten ingen studier har målt kvalitet og kostnader samtidig.
- Derfor er evidensgrunnlaget for å konkludere i spørsmålet om hvorvidt konkurranseutsetting gir økt eller redusert kostnadseffektivitet (som avhenger av forhold mellom kvalitet og pris), svært begrenset.

- c. Er det på grunnlag av teori og/eller empiri mulig å gi en tydelig anbefaling om hva kommunen burde gjøre?

Her er det ingen fasitsvar, men det forventes at kandidatene framhever at det er både finnes mulige fordeler og ulemper ved å konkurranseutsette disse tjenestene, og at de ikke uten videre trekker en bastant konklusjon i den ene eller andre retningen. Alle gode resonneringer der kandidaten viser forståelse og kritisk vurderingsevne premieres.