

Sensorveiledning til eksamensoppgaver HLED1102 høst 2018

Eksamensoppgavene ligger i kjernen av pensum. Alle temaer er dessuten tatt opp på forelesninger og/eller i seminar. Læringsmålene for HLED1102 sier at studentene skal lære å gjengi hovedtrekkene i velferdsstatens oppbygning, beskrive ulike forståelser av demokratiet, gjøre rede for oppbygningen av forvaltningssystemet og styringen av offentlig sektor, anvende sentrale begreper for å forklare styringsutfordringer i helsetjenesten, og anvende sentrale teoretiske tilnærminger for å forklare reformene i helsetjenesten. I tråd med dette har forelesningene vært delt opp i tre hovedbolker: 1) Organisering og styring av velferdsstaten, der utforming av helsepolitikk og organisering av helsetjenester og helseforvaltning har stått sentralt; 2) Reformen i helsesektoren, der utviklingen siden 1980-tallet har vært spesielt viktig, med helseforetaksreformen, innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF) samhandlingsreformen, fastlegeordningen og vektlegging av pasientrettigheter har vært viktige elementer; 3) Styringsutfordringer i helsesektoren, som har omfattet prinsipal-agent tilnærmingen, en instrumentell organisasjonsteoretisk tilnærming, NPM, privatisering, internasjonalisering, og finansiering og regulering av helsesektoren, herunder forholdet mellom stat og kommune. Med dette som utgangspunkt forventes studentene å kunne drøfte hvordan samfunnet fordeler makt og ressurser til helsetjenesten og hvordan helsetjenesten styres. De forventes videre å kunne forstå hvordan studiet av politikk generelt, og av helsepolitikk og helsetjenester spesielt, kan bidra med kunnskap som kan anvendes til å beskrive og forklare ulike styringsutfordringer og til å utrede mulige tiltak innenfor helsetjenesten.

Kombinasjonen av pensum, forelesninger og seminar bør ha gitt studentene et solid grunnlag for å besvare eksamensoppgavene, både mht. å redegjøre for faktakunnskaper og for å kunne drøfte problemstillinger ved å kombinere kunnskap fra de ulike bolkene i emnet.

Den skriftlige prøven bestod av to oppgaver: **Oppgave 1:** Et lengre essay – valg mellom to oppgaver. **Oppgave 2:** Fem spørsmål hvorav tre valgfrie oppgaver skulle besvares. Spørsmålene teller likt. Oppgave 1 og 2 teller 50% hver. Det er ingen standard for hvor lange de ulike svarene skal være, men det ligger i kortene at oppgave 1 - essayet – forventes å være atskillig mer omfattende enn svarene under hvert av spørsmålene i oppgave 2. Kandidater som kun besvarer oppgavene med kulepunkter og/eller stikkord må trekkes betydelig. Det gis ikke ekstra uttelling for å trekke inn momenter som ikke er relevante for oppgaven, men selvstendighet i vurderingene og det å se koplinger og sammenhenger mellom ulike deler av pensum, bør belønnes godt. Ved vurdering av eksamensoppgavene bør man i tillegg til å gi uttelling for *omfang* og *presisjon* i faktakunnskaper, legge særlig vekt på evnen til å *drøfte* problemstillingene.

Oppgave 1

A: Gi en kort beskrivelse av kjerneelementene i den norske velferdsstaten. Vis også kort til hva som menes med begrepet «velferdskommunen». Redegjør deretter for hovedtrekk ved det norske helsesystemet, og vis hvordan det norske helsesystemet skiller seg fra andre helsesystemer. Bruk eksempler. Diskuter til slutt hvilke hensyn som kan ligge til grunn for at man velger å tillegge hhv. stat eller kommune ansvar for levering av helsetjenester. Bruk som overskrift: Velferdsstat og helsetjenester

Store deler av pensum er relevant her, og alle elementene i oppgaveteksten har vært godt dekket opp, både på forelesninger og i seminarene. Når det gjelder velferdsstaten, er spesielt pensumbidragene i Hatland et al. (red.) (2011): *Den norske velferdsstaten*, så vel som kapittel 9 i Halvorsen et al. (2013): *Innføring i helse- og sosialpolitikk* og Befring (2015): *Helsepolitikk og ledelse* relevante. Disse bidragene, i tillegg til bidragene i Fiva et al. (2014): *Kommunal organisering*, er også relevante for hovedtrekk ved det norske helsesystemet og diskusjonen om statlig og kommunalt ansvar for levering av helsetjenester. Andre deler av pensum kan også trekkes inn. Studentene har med andre ord et bredt grunnlag for å kunne besvare denne oppgaven. Når det gjelder kjerneelementene i den norske velferdsstaten, er det et minstekrav at studentene kan trekke fram universalismeprinsippet, dvs. det at Norge har et system der hele befolkningen har rett til velferdstjenester (herunder helsetjenester), at staten garanterer denne rettigheten, og at systemet er basert på innbetaling via skatteseddelen som så utløser rett til velferdsgodene. Et viktig poeng er at alle skal kunne nyte godt av godene. Noen studenter vil kunne trekke inn at velferdsstaten kjennetegnes ved et omfattende offentlig ansvar for levering av velferdstjenestene, herunder gjennom et offentlig helsesystem. De vil også kunne trekke fram Folketrygden som en viktig del av velferdsstatens historie. Noen vil kontrastere universalmodellen med sosialforsikringsmodellen. Alt dette er relevant og bør belønnes. Når det gjelder «velferdskommunen», forventes det at studentene kan vise til at det har vært en utvikling i retning av at stadig større deler av velferdstjenestene leveres på kommunalt nivå (jf. desentralisering). Samtidig kan noen påpeke at statliggjøring av sykehus har gått den motsatte veien, dvs. sentralisering. LEON og BEON prinsippene er relevant å trekke inn i dette. Det samme er samhandlingsreformen. Poenget er at kommunene framstår som viktige produsenter og leverandører av velferdstjenester. Når det gjelder hovedtrekk ved det norske helsesystemet, vil det sentrale her være å vise til at Norge har et offentlig helsevesen, der det offentlige står sentralt både som regulator, finansør, bestiller og leverandør av helsetjenester. De gode besvarelsene vil redegjøre grundig for skillet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, organisering av regionale helseforetak, helseforetak, for holdet mellom HOD og regionale helseforetak osv. Studentene bør videre kontrastere offentlig helsesystem (eks. Norge, Danmark, Sverige, England) med private systemer (eks. USA) og blandende systemer (eks. Nederland, Tyskland). Studentene bør kunne gjengi kort hva som skiller disse systemene. Pensum er her forelesninger og Askildsen og Brekke (2001) i kompendiet. Når det gjelder hensyn til grunn for å tillegge hhv. stat vs. kommune ansvar for levering av helsetjenester, forventes som et minimum at studentene kan komme inn på diskusjonen om likeverdige tilbud på den ene siden og behov for nærhet til pasientene og lokal tilpasning på den andre. Flere vil trekke inn LEON-prinsippet (lavest effektive omsorgsnivå) som er relevant. Demokratihensyn (lokaldemokrati) vil også være relevant å nevne. Det er ellers naturlig at man her kommer inn på sentrale mål i den norske helsepolitikken, ikke minst knyttet til likhetstankegangen som ligger til grunn for norsk helsepolitikk (likeverdige helsetilbud av god kvalitet til alle). Noen vil kunne trekke samhandlingsreformen inn i diskusjonen, noe som bør belønnes. Det samme bør de som trekker fram spørsmålet om kostnadseffektivitet og allokerings-effektivitet.

Oppgave 1:

B. Redegjør for hovedelementene i prinsipal-agent tilnærmingen, herunder ulike måter å redusere delegasjonsproblemet på. Redegjør for hvordan sykehusene styres i Norge, herunder en beskrivelse av politisk styring, eierstyring og finansieringssystemet ISF/DRG. Vis kort hvordan prinsipal-agent tilnærmingen kan ha relevans for styringen av sykehus. Diskuter til slutt hvorvidt ivaretagelse av sentrale mål i norsk helsepolitikk kan påvirkes av bruken av konkurranse og markedsmekanismer som virkemidler. Bruk som overskrift: Delegering og styring i helsesektoren

Relevant pensum er særlig Rasch (2000) og Hagen og Kjerstad (2001), Befring (2015), Opedal (2005), Askildsen og Brekke (2001) og forelesninger. Studentene har fått en grundig gjennomgang av prinsipal-agent tilnærmingen og hvordan denne kan relateres til styring av helsesektoren. Det er et minimumskrav at studentene kan redegjøre for at prinsipal-agent forhold handler om en relasjon med overordnet (prinsipal) og underordnet (agent) aktør, der prinsipalen overlater («delegerer») oppgaver til agenten, og der agenten er den som utfører oppgavene på vegne av prinsipalen. De må også kunne vise til at delegasjonsproblematikken særlig oppstår i situasjoner der det er interessekonflikter/informasjonsasymmetri. Sentrale elementer er informasjonsproblemet, skjult kunnskap (hvordan få informasjon om hva agentene gjør?), seleksjonsproblem (hvordan velge de som best kan utføre oppgavene?), skjulte handlinger (vanskelig for prinsipalen å observere agentens handlinger), interessekonflikter/moralsk risiko (risiko for at agenten bevisst handler i strid med prinsipalens interesser), og agentkostnader (kostnadene forbundet med at agenten handler i strid med prinsipalens interesser). Spørsmålet er da hvordan utforme systemer som minimerer slike kostnader, dvs. hvordan redusere delegasjonsproblemet? Her bør studentene kunne vise til skillet mellom *ex-ante kontroll* («kontroll i forkant»), der seleksjon gjennom rekruttering av agenter og kontroll over spilleregler gjennom f.eks. vedtekter og kontraktsutforming står sentralt, og *ex-post kontroll* («kontroll i etterkant»), der ettersyn/etterprøving/sanksjoner står sentralt. Pluss for de som kan vise til at kontrollmekanismer innebærer transaksjonskostnader. Når det gjelder styring av sykehus i Norge, forventes det at studentene kan beskrive systemet med Helse- og omsorgsdepartementet, som eier Regionale Helseforetak (som har et «sørge-for-ansvar» mht. levering av helsetjenester) som igjen eier en rekke Helseforetak (som har ansvar for utøvelse av helsetjenester), der sykehusene inngår. De gode studentene vil vise til at sykehusene er statlige, noe som åpner for Stortingets innflytelse gjennom det parlamentariske system (regjeringen/Helse- og omsorgsdepartementet må utøve sin virksomhet basert på Stortingets signaler). Videre vil de kunne vise til at Helse- og omsorgsministeren (og regjeringen) står ansvarlig overfor Stortinget, og at Stortinget kan velge å stille mistillit til ministeren for ting som har skjedd innenfor Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde. Vi er her inne på den politiske styringen. Studentene bør kunne vise til at eierstyring handler om departementets styring gjennom foretaksmøter (regulert gjennom lov, jf. § 16 i Helseforetaksloven: «Eiere utøver den øverste myndighet i foretak i foretaksmøte. Eier kan ikke utøve eierstyring i foretak utenom foretaksmøte (...) Departementet skal avholde foretaksmøte i løpet av årets to første måneder for å fastsette økonomiske og organisatoriske krav og rammer for regionale helseforetak»). Studentene bør kunne gjengi hovedelementet i dette – at styrene i de regionale helseforetakene har ansvar for den løpende styringen, mens departementets styringsmulighet er begrenset av eierstyringen som skjer gjennom oppdragsdokumenter og foretaksmøter. Videre bør studentene kunne gi en kort redegjørelse for ISF/DRG systemet, som kan betraktes som ett av statens viktige styringsverktøy. ISF (Innsatsstyrt finansiering) er en aktivitetsbasert finansieringsordning for somatisk spesialisthelsetjeneste og polikliniske tjenester innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige. DRG (Diagnoserelaterte grupper)

er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene. DRG er ment å gi en beskrivelse av aktiviteten ved sykehusene. Det viktige er her at studentene kan vise til at dette finansieringssystemet er basert på en stykkprisbetaling for hver pasientbehandling og at overføringene dermed vil kunne variere avhengig av aktiviteten (dvs. hvor mange og hvilke type behandlinger som gjøres). Aktivitet og pasientsammensetning bestemmer dermed utbetalingene. Prinsipal-agent tilnærmingen kan relateres til forholdet mellom HOD (prinsipal) og Regionale Helseforetak (agenter), der spørsmålet blir hvorvidt Regionale Helseforetak utøver sitt «sørge-for-ansvar» i tråd med departementets ønsker (jf. delegasjonsproblematikken). Pluss for de som her trekker fram problemer knyttet til feilrapportering, problemet med å «skumme fløten», og problemene med å måle kvaliteten på behandlingen. Når det gjelder måter å redusere delegasjonsproblematikken på, kan studentene vise til departementets mulighet til å utnevne representantene i styrer, utforming av oppdragsdokumenter, krav om resultatrapportering og ISF/DRG-systemet som del av dette. Pluss for de som knytter dette opp mot ex-ante og ex-post kontroll. Oppgaven inneholder mange elementer, og det forventes derfor ikke at den avsluttende diskusjonen om hvorvidt ivaretagelse av sentrale mål i norsk helsepolitikk kan påvirkes av bruken av konkurranse og markedsmekanismer, skal være veldig omfattende. Det viktige er her at studentene skal kunne redegjøre for noen sentrale helsepolitiske mål (som å sikre at hele befolkningen mottar helse- og omsorgstjenester av god kvalitet i en offentlig styrt helse- og omsorgssektor). Videre kan følgende mål nevnes: øke behandlingsskapasitet, prioritere pasienter i tråd med garantiordning/pasientrettighetene, geografisk spredt sykehusvesen, ivareta sykehusenes forsknings- og utdanningsoppgaver, sikre effektivt sykehusvesen. Helsepolitiske mål legger sentrale premisser for organisering, finansiering, regulering og styring av helsetjenestene. Et viktig poeng i denne sammenheng er målet om at alle skal dekkes, at det skal være tilbud om mest mulig likeverdige tjenester uansett hvem man er og hvor man bor, og at det offentlige har ansvar for den overordnede styringen. Videre er det viktig å vise til målet om et effektivt helsevesen, dvs. at man skal få mest mulig ut av pengene og bruke de på de rette tingene, dvs. der pasientenes behov er størst. Pensumbidraget til Askildsen og Brekke (2001) stiller spørsmålet om konkurranse i helsesektoren er en god ide? De viser til at konkurranse kan være et virkemiddel for å sikre effektiv produksjon og fordeling av helsetjenester (jf. kostnadseffektivitet og allokeringseffektivitet). Videre er et underliggende spørsmål her hvorvidt økt konkurranse i helsesektoren vil være hensiktsmessig for å oppnå rettferdig fordeling, lik tilgang og effektivitet? Askildsen og Brekke (2001) viser til at dette er usikkert ettersom det er noen kritiske faktorer/forutsetninger for å oppnå dette. Ett av problemene de tar opp er at helsemarkedet skiller seg fra andre markeder og at det kan være vanskelig å bruke konkurranse/markedsmekanismer til å produsere enkelte (helsepolitiske) goder. De viser blant annet til faren for svak allokeringseffektivitet, skjevfordelinger, manglende dekning, ikke-intenderte effekter og kvalitetsulikheter. Flere av disse problemene vil undergrave muligheten for å oppnå sentrale helsepolitiske målsettinger. Studenter som problematiserer trekk ved helsemarkedene, viser problemer med å oppnå enkelte goder gjennom konkurranse/markedsmekanismer, og samtidig knytter dette opp mot helsepolitiske målsettinger i Norge, skal belønnes. Stort pluss for de som relaterer diskusjonen til bruken av konkurranse/markedsmekanismer i Norge, som fritt behandlingsvalg, fastlegeordningen (herunder konkurranse om pasienter på listene og muligheten for å bytte fastlege), ISF/DRG-systemet og anbudsordninger.

Oppgave 2:

a) Diskuter kort forskjellen på «pliktetikk» og «konsekvensetikk». Illustrer gjennom eksempler fra helsesektoren.

Pensum er primært bidragene i Befring (2007): «Lovgivning, jus og etikk» og forelesninger. Det er i tillegg forelest om dette, også med henvisning til eksempler. *Konsekvensetikk* kan relateres til nyttebasert og resultatorientert helsehjelp. I tråd med dette vil Lover kunne tillate uetiske handlinger så lenge konsekvensen er god. Dette innebærer en avveining mellom grad av uetisk handling og grad av nytte. Poenget er at man vurderer om en handling er rett eller ikke basert på konsekvensene av handlingen = hvis konsekvensene er gode, så er handlingen rett. Eks.: ulempene ved bruk av tvang på pasienten er mindre enn den samlede nytten for pasienten og andre = konsekvens styrer. *Pliktetikk* kan relateres til normbasert helsehjelp. Denne er prinsipporientert, dvs. at det tas hensyn til konsekvenser utover kortsiktig resultat/nytte. Handlingers riktighet bestemmes dermed ikke alene av handlingens resultat. Handling skal heller være i overensstemmelse med korrekte etiske prinsipper/normer om hva som er riktig handling. Pliktetikk innebærer ikke at konsekvensene ikke er viktige, men at riktig handling ikke alltid er den handling som ut fra en snever nyttebetragtning har best konsekvenser = noen handlinger er riktige eller gale uavhengig av konsekvensene. Her kan det for eksempel vises til situasjoner der man kan respektere pasientens ønske om å unngå bruk av medisiner, selv om konsekvensen for helsen er negativ. Poenget er da at man respekterer samtykkekravet/selvbestemmelsesretten/pasientens etiske normer.

b) Diskuter kort hvordan staten kan legge føringer på kommunenes levering av helsetjenester.

Relevant pensum er primært bidragene i Fiva et al. (2014): *Kommunal organisering* og forelesninger, men også andre deler av pensum kommer inn på dette, som kapittel 9 i Halvorsen et al. (2013): *Innføring i helse- og sosialpolitikk*, Befring (2015): *Helsepolitikk og ledelse* og bidragene i Hatland et al. (red.) (2011): *Den norske velferdsstaten*. Her forventes det primært at studentene kommer inn på diskusjonen omkring lovreguleringer (herunder både lovpålagte plikter for kommunene og lovbaserte rettigheter for pasientene) og økonomiske virkemidler (herunder øremerkede virkemidler). De gode studentene vil kunne redegjøre for kommunes inntektssystem og det statlige overføringssystemet, og de vil kunne gi eksempler på lovbaserte rettigheter. Videre vil noen komme inn på pedagogiske virkemidler og organisatoriske reformer (som for eksempel kommunesammenslåing) som begge deler er relevant og bør belønnes. Diskusjonen omkring kommunesammenslåinger er nevnt på forelesning og er i denne sammenheng spesielt relevant ettersom deler av begrunnelsen her har vært behovet for å påvirke kommunens evne og kapasitet til å levere helsetjenester.

c) Hva er «forsvarlighetsprinsippet»? Gi eksempler på hvordan prinsippet har relevans i norsk helsesektor.

Relevant pensum er bidragene i Befring (2007): «Lovgivning, jus og etikk» og forelesninger. Forsvarlighetskravet er et grunnleggende prinsipp i norsk helserett, både som grunnlag for helsepersonellens faglige vurderinger i daglig praksis og for organisering og styring av tjenestene. De riktig gode besvarelsene vil kunne påpeke at forsvarlighet er en faglig, etisk og rettslig norm for hvordan både den enkelte og helsesektoren generelt bør utøve arbeidet. Hovedhensynet som ligger til grunn for forsvarlighetskravet er å beskytte pasienten mot handlinger som ikke er i tråd med en norm for faglig forsvarlighet. Eksempel på kriterier for å vurdere om det er gitt «forsvarlig behandling» kan være: Følges gjeldende faglige standarder? Utøves tjenesten i tråd med helsepersonellens faglige kvalifikasjoner? Er det forsvarlig

rekvirering av legemidler? Er det hensiktsmessig samhandling med pasienten? Er det respektfull behandling av pasienten? Poenget er at det som utgangspunkt er slik at alle helsetjenester som tilbys og ytes skal være forsvarlige. Dette er en minstestandard på alle nivåer, både privat og offentlig. De aller beste besvarelsene vil kunne påpeke at forsvarlighet er utgangspunktet for vurdering av hvilke oppgaver helsepersonellet kan og skal utføre, hvilke metoder som kan brukes, instruksjoner som følges, hvordan tjenestene skal organiseres, hva som kan delegeres etc. De vil også kunne vise til at forsvarlighet kan gjenfinnes i lovgivningen.

d) *Hva er forskjellen på «kostnadseffektivitet» og «allokeringseffektivitet»? Vis relevansen av de to effektivitetsmålene gjennom eksempler fra organiseringen av helsetjenestene.*

Relevant pensum er særlig bidragene i Fiva et al. (2014): *Kommunal organisering*, bidraget til Askildsen og Brekke (2001) i kompendiet og forelesninger. Kostnadseffektivitet viser til effektivitet som er relatert til å «gjøre ting på rett måte». Konkret handler det om at kostnader ved å produsere et gitt produksjonsnivå minimeres. Dette er bestemt både av produksjonsforhold og pris på innsatsfaktorer. Det sentrale er her at studentene får fram at det her handler om å få mest mulig ut av hver krone! Allokeringseffektivitet handler om å «gjøre de rette tingene», der riktig prioritering vil stå sentralt. Denne formen for effektivitet handler om at ressurser skal produseres/fordeles optimalt ut fra konsumenters verdisetting. I en helsepolitisk kontekst betyr det at man ved allokering av ressurser bør prioritere riktig og bruke pengene der de har størst effekt! De beste besvarelsene vil kunne stille spørsmålsteget ved effektivitetsmål når disse blir «subjektive», dvs. hvordan måle hva som er «optimalt»? Hva skal ha «verdi»? Stort pluss for de som knytter de to effektivitetsmålene til konkrete eksempler fra helsesektoren, som f.eks. ISF/DRG-systemet.

e) *Hva går EUs prinsipper om de fire friheter ut på? Redegjør for hvordan disse prinsippene (som inngår i EØS-avtalen) har betydning for norsk helsepolitikk.*

Relevant pensum er Veggeland (2017), NOU 2012: 2 Utenfor og innenfor, kapittel 17: «Velferd og helse» og forelesninger. Her bør studentene kunne vise konkret til hva EUs fire friheter går ut på, dvs. fri bevegelse av varer, tjenester, mennesker og kapital, og at disse prinsippene ligger til grunn for EUs regulering av det indre marked. Det forventes at studentene gjennom besvarelsen kan demonstrere at de forstår både hva EU og EØS-avtalen er for noe. Ettersom oppgaven spør om at studentene skal redegjøre for hvordan EU/EØS har betydning for norsk helsepolitikk, forutsettes det at de kan si kort noe om at EØS-avtalen er en avtale mellom EU og EFTA-landene Norge, Island og Liechtenstein, som knytter Norge opp mot det indre marked og i praksis betyr at Norge innfører en rekke av EUs lover og regler (på områder som er dekket av avtalen). De beste besvarelsene bør kunne gi følgende eksempler: EØS-avtalen har felles regler for a) gjensidig godkjenning av kvalifikasjoner for helsepersonell (fri flyt av mennesker); b) autorisasjon av legemidler som tillates solgt i Europa (fri flyt av varer); c) produktstandarter knyttet til mattrygghet, hygiene, medisinsk utstyr etc. (fri flyt av varer); og d) rett til behandling i andre EU/EØS-land (fri flyt av tjenester og mennesker). De beste besvarelsene vil kunne gå mer detaljert inn på hvert av disse punktene.