

Prioritering, styring og likebehandling

Utfordringer i norsk helsetjeneste



Henriette Sinding Aasen, Berit Bringedal,
Kristine Bærøe og Anne-Mette Magnussen (red.)

KAPITTEL 7

Sykehuslegers holdninger til økonomiske styringsinstrumenter i spesialisthelsetjenesten

Afsaneh Bjorvatn, postdoktor ved Institutt for velferd og deltaking, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

Abstract

This study investigates hospital physicians' view regarding two regulations in the specialist healthcare services in Norway. More specifically, the regulations in focus are: a) prioritization of patients for specialized healthcare services with regard to cost-effectiveness of the treatment and b) activity-based financing of hospitals. Using a survey among physicians in 2014, and by the means of descriptive statistics and regression analyses, the findings indicate that the cost-effectiveness criteria regarding prioritization is considered as an important factor for making decisions on prioritization of patients. However, the effect of activity-based financing on quality and equality of treatment is considered more negative than positive.

Introduksjon

Denne studien setter fokus på to styringsinstrumenter (reguleringer) i spesialisthelsetjenesten som har økonomisk betydning, nemlig

prioriteringsforskriften med nedfelte vilkår om kostnadseffektivitet (rettslig regulering) og ordningen med innsattsstyrt finansiering for sykehusene (organisatorisk regulering). Disse reguleringene har betydning for hvordan leger i spesialisthelsetjenesten organiserer aktivitetene sine, og kan dermed påvirke beslutningene deres. Formålet med studien er å se nærmere på finansielle aspekter av forholdet mellom disse reguleringene og medisinsk-faglige beslutninger i spesialisthelsetjenesten samt effekten på kvalitet og likebehandling. Studien tar utgangspunkt i data fra en spørreundersøkelse som var gjennomført i regi av Legeforskningsinstituttet (LEFO) i 2014.

Forskningsspørsmålene i studien er som følger:

- 1 Hvor viktig er avveiningen mellom nytte og kostnad i prioriteringsbeslutninger?
- 2 Hvordan har økonomiske ordninger, slik som innsattsstyrt finansiering, påvirket kvalitet og likebehandling i legenes arbeid med pasienter sett fra legenes perspektiv?
- 3 Hvilke faktorer kan ha betydning for underliggende variasjoner i spesialistenes synspunkter om kostnadsnytteavveininger og effekten av økonomiske ordninger?

Litteraturen innenfor helseøkonomi inneholder flere empiriske studier av ulike konsekvenser av ordningen med innsattsstyrt finansiering, slik som ventetider, kostnadseffektivitet, kvalitet, pasienttilfredshet basert på sykehus- og/eller pasientadministrative data eller data fra spørreundersøkelser blant pasienter (for norske studier, se for eksempel Guldvog, Hofoss, Pettersen, Ebbesen & Rønning, 1998; Bjorvatn, 2012; Bjorvatn, 2013). Denne studien bruker data fra en spørreundersøkelse blant sykehusspesialister og reflekterer deres synspunkter på hvordan de nevnte reguleringene har påvirket den medisinsk-faglige praksisen på en rekke områder. Studien bidrar derfor til ny kunnskap som også kan ha betydning

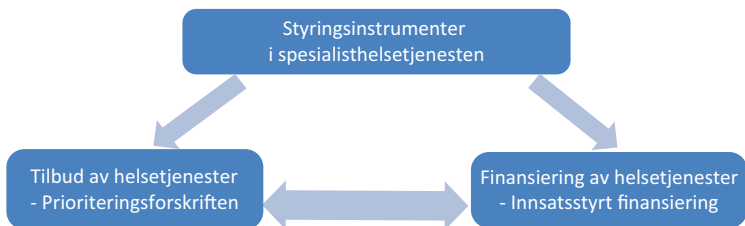
for debatten om prioriteringer i spesialisthelsetjenesten eller utformingen av fremtidige reguleringer.

I det som følger gis en nærmere beskrivelse av de reguleringene som er relevante for studien. Deretter presenteres data, metode og analyseresultater. Avslutningsvis følger en diskusjon av empiriske funn og en oppsummering.

Reguleringer med økonomisk betydning

Nye behandlingsmetoder som følge av medisinsk fremgang innen spesialisthelsetjenesten har bidratt til en økning i etterspørselen etter disse tjenestene. Økende etterspørsel, lange ventetider samt myndighetenes krav om kostnadseffektivitet, kvalitet og likt tilbud av helsetjenester har vært noen av drivkreftene bak reguleringene som har blitt introdusert i spesialisthelsetjenesten i Norge. Myndighetenes rettslige og organisatoriske reguleringer i spesialisthelsetjenesten omfatter ikke bare tilbud om disse tjenestene, men også finansiering av dem (se figur 7.1).

Figuren illustrerer to typer reguleringer som har betydning for tilgangen til spesialisthelsetjenester og for den medisinsk-faglige praksisen blant sykehusspesialister. I utgangspunktet er den ene reguleringen rettet mot tilbudet av spesialisthelsetjenester og den andre mot finansieringen av dem. På den ene siden har



Figur 7.1: Reguleringer med økonomisk betydning

formålet vært å styrke og klargjøre pasientenes rettigheter overfor spesialisthelsetjenesten, slik det kommer til uttrykk i pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften (se Riska og Aasen, kapittel 3 i denne boken). På den andre siden har reguleringer rettet mot finansieringen av spesialisthelsetjenester hatt som formål å stimulere til kostnadseffektiv pasientbehandling (Helsedirektoratet, 2017).

Reguleringene som er nevnt foran, legger føringer på hvordan tilbyderne av spesialisthelsetjenestene (sykehusleger) administrerer aktivitetene sine. Her gis det en nærmere beskrivelse av disse.

Reguleringer rettet mot tilbud av spesialisthelsetjenester

Norge har flere lovfestede rettigheter for pasienter sammenlignet med andre land. Pasientrettigheter er rettslige reguleringer av forholdet mellom pasientene og helsevesenet, det vil si mellom mottakere og tilbydere av tjenestene. Hensikten med lovfesting av pasientrettigheter i Norge har vært å gi pasientene større kunnskap om egne rettigheter. Lovfesting av rettighetene skal styrke pasienters stilling i møte med helsevesenet. Lovfestingen skal også gi større trygghet for pasienter og mulighet til å få gjennomslag for rettighetene sine. Pasienten har mulighet til å klage over beslutninger dersom han eller hun mener at rettigheter ikke er oppfylt av helsetjenesten (se Riska og Aasen, kapittel 3 i denne boken).

*Pasient- og brukerrettighetsloven*¹ samler en del bestemmelser om pasientrettigheter som tidligere var spredt i ulike lover. Loven bygger på prinsippet om at pasienten er utgangspunktet og kjernen

1 Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).

for all helsehjelp som tilbys. Pasient- og brukerrettighetslovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang til helsetjenester av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsevesenet. Videre skal loven bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasienten og helsetjenesten og sørge for at pasienter som trenger det mest, skal få raskest mulig tilgang til helsehjelp.

*Prioriteringsforskriften*² ble introdusert i år 2000, og den har hatt som formål å regulere tilgangen til spesialisthelsetjenester og å klargjøre pasienters rettigheter i møte med den. Alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten, skal vurderes i samsvar med vilkårene som er spesifisert i prioriteringsforskriften. Dette innebærer at retten til helsehjelp gjelder dersom a) pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, det vil si at spesialisert eller medisinsk helsehjelp kan forlenge pasientens liv eller forbedre livskvaliteten, og b) dersom behandlingkostnadene står i rimelig forhold til effekten av behandlingen (kostnadseffektivitet). For en mer detaljert beskrivelse av pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften, se Riska og Aasen, kapittel 3 i denne boken.

Prioriteringsveiledere ble introdusert i perioden 2008–2010 og skal fungere som et praktisk hjelpemiddel for spesialisthelsetjenesten i vurderinger av om henviste pasienter har rett til nødvendig spesialisthelsehjelp eller ikke. Veilederne skal bidra til at rettighetsvurderingen av «like» pasienter er uavhengig av klinisk fagområde, pasientens bosted og hvilket sykehus de henvises til (Meld. St. 34 (2015–2016)). Veiledere er utarbeidet for 33 fagområder i spesialisthelsetjenesten og omfatter rettighetstildeling og fristfastsettelse innenfor de enkelte fagområdene.

2 Forskrift 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften).

I en fersk studie ble forholdet mellom rettslig regulering og medisinsk-faglig skjønnsutøvelse i den norske spesialisthelsetjenesten analysert (Bjørvatn & Nilssen, 2018). Studien var basert på data fra LEFOs spørreundersøkelse i 2014 og så nærmere på det potensielle spenningsforholdet mellom to sentrale styringsmodeller, nemlig en legal-byråkratisk modell og en profesjonsmodell. Den *legal-byråkratiske modellen* fokuserer på politisk styring gjennom rettslig regulering, noe som i utgangspunktet kan påvirke den medisinsk-faglige skjønnsutøvelsen. *Profesjonsmodellen* innebærer at fagpersonell har nødvendig kunnskap for å foreta faglige skjønnsvurderinger som fører til mer behovsorienterte eller brukerorienterte beslutninger. Studien tilbakeviste at disse modellene sto i et spenningsforhold til hverandre når det gjelder prioriteringer innenfor spesialisthelsetjenesten.

Reguleringer rettet mot finansiering av spesialisthelsetjenester

Spesialisthelsetjenesten i Norge har vært gjenstand for flere rettslige reguleringer som har hatt stor betydning for drift og finansiering av sykehusene (Bjørvatn, Kjerstad, Sannarnes & Sunnevåg, 2002). Fra 1980 og frem til 1997 fikk sykehusene rammefinansiering. Størrelsen på rammen var avhengig av folketall og alderssammensetning i de respektive sykehusområdene. I tillegg fikk sykehusene inntekter gjennom refusjoner fra folketrygden for polikliniske konsultasjoner, gjestepasientordninger og pasientenes egenandeler. Rammefinansieringen var uavhengig av aktivitetsnivået i sykehusene, og sykehusene hadde ingen insentiver til å øke aktiviteten.

For å knytte sykehusenes inntekter direkte til deres aktivitetsnivå, og for å skape insentiver til mer effektiv drift, innførte

myndighetene i juli 1997 et system basert på stykkprisfinansiering, kalt *innsatsstyrt finansiering* (ISF). ISF er en aktivitetsbasert ordning som innebærer at sykehusene får refundert deler av utgiftene til behandling av innlagte pasienter basert på systemet med diagnoserelaterte grupper (DRG). Hver DRG har sin pris, som er basert på gjennomsnittsberegninger av hva det normalt koster å behandle pasienter. Sykehusenes inntekter er dermed basert på en kombinasjon av stykkprisfinansiering og rammefinansiering. Ved innføring av ordningen var ISF-refusjonen på 35 prosent av DRG-priser, mens i 2017 er refusjonsandelen 50 prosent (Helsedirektoratet, 2017).

I litteraturen finnes det utallige studier av innsatsstyrt finansiering basert på DRG-priser. Flere studier viser blant annet at innsatsstyrt finansiering oppmuntrer til reduserte kostnader og behandling av flest mulig pasienter på kortest mulig tid, siden sykehusenes inntekter er koblet opp mot deres aktivitetsnivå (se f.eks. Anderson & Steinberg, 1984; Hennen, Krumholz, Radford & Meehan, 1995; Jencks, Williams & Coleman, 2009; Kahn, Keeler, Sherwood & Rogers, 1990; McClellan, 1997). Ordningen er også kritisert for å ha ført til lavere behandlingskvalitet, slik som for tidlig utskriving og nedprioritering av kronikere og eldre pasienter (Jencks mfl., 2009).

I Norge ble innsatsstyrt finansiering gradvis implementert i perioden 1997–2000. Kjerstad (2003) finner at sykehus som hadde innført ISF, hadde større aktivitetsnivå enn sykehus uten ISF-ordning. En nyere studie (Bjorvatn, 2012) viser at innføringen av ISF på avdelingsnivå har ført til økt produktivitet, uten at det har ført til økte kostnader. Videre viser en annen studie av over en million eldre pasienter i Norge en gradvis forkorting av liggetiden i løpet av en åtteårsperiode (Bjorvatn, 2013). Studien viste også at pasienter som var skrevet ut for tidlig, hadde større sannsynlighet for å bli innlagt på nytt.

De rettslige reguleringene som ble studert av Bjorvatn og Nilssen (2018), omfattet pasient- og brukerrettighetsloven, prioriteringsforskriften og prioriteringsveiledere. Studien i dette kapitlet ser nærmere på det økonomiske aspektet av prioriteringsforskriften, som stiller krav om kostnadseffektivitet i prioriteringsvurderinger av helsehjelp til henviste pasienter (se spørsmål 1). I tillegg ser studien nærmere på regulering av sykehusfinansieringen gjennom ordningen med innsatsstyrt finansiering og profesjonsutøvernes syn på dette med hensyn til kvalitet og likebehandling i deres arbeid (se spørsmål 2). Eksisterende studier av finansieringsordningen har tatt utgangspunkt i aggregerte data på sykehusnivå, pasientadministrative data eller spørreundersøkelser blant pasienter. Studien fyller et tomrom i eksisterende nasjonal og internasjonal litteratur ved å fokusere på hvordan utøverne i spesialisthelsetjenesten selv vurderer effekten av ISF på arbeidet de utfører.

Data og metode

Data

Studien bygger på data fra en spørreundersøkelse gjennomført i regi av Legeforskningsinstituttet (LEFO) i 2014. Det gjøres oppmerksom på at LEFO ikke er ansvarlig for resultatene av denne studien.

Respondenter i spørreundersøkelsen er representanter fra LEFOs referansepanel, som består av leger og spesialister i både primær- og spesialisthelsetjenesten (for nærmere beskrivelse av spørreundersøkelsen, se Bringedal og Carlsen, kapittel 6 i denne boken). Ettersom studien er opptatt av reguleringer som omfatter spesialisthelsetjenesten, ble fastleger, kommuneleger, leger i ikke-kliniske stillinger, privatpraktiserende spesialister og pensjonister

ekskludert fra datamaterialet. Utvalget i studien består derfor av leger med hovedstilling på sykehus, og det utgjør 637 leger i spesialisthelsetjenesten, hvorav 47 prosent er kvinner og 53 prosent er menn. Gjennomsnittsalderen blant kvinnelige leger er 44 år, og 50 år for mannlige leger. Legene ble også identifisert etter deres stillingskategori på sykehuset. Fordelingen viser at litt over 16 prosent er overleger i lederstilling, rundt 57 prosent er overleger, og 27 prosent er leger i spesialisering.

Metode

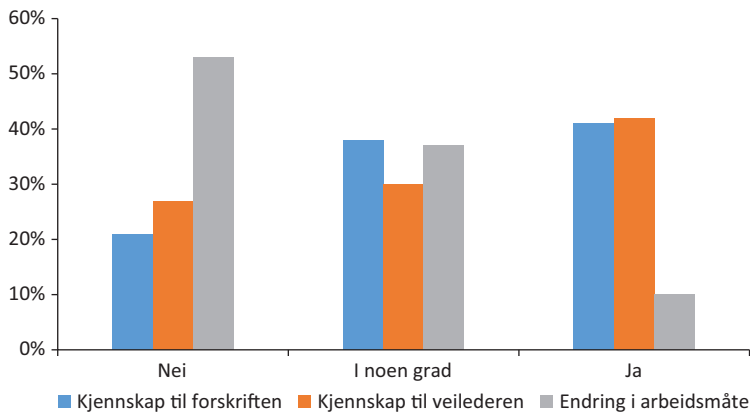
Formulering av svaralternativer i spørreundersøkelsen består av ulike rangeringer (se vedlegg for spørsmål). En «ordered probit»-modell brukes derfor som regresjonsmodell i analysene. Modellen brukes for å finne sammenhengen mellom ulike legekarakteristika og legenes avveining mellom kostnad og nytte, eller deres holdning til innsattsstyrt finansiering med hensyn til kvalitet eller likebehandling. Legekarakteristika er her definert som kjønn, alder, stillingskategori (overleger i lederstilling, overleger og leger i spesialisering), kjennskap til prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederen.

Resultater

I det følgende presenteres resultatene fra deskriptive statistiske analyser etterfulgt av regresjonsanalyser. De som har svart «vet ikke/ikke aktuelt» eller «eksisterer ikke på mitt fagområde», er ekskludert.

Avveining mellom nytte og kostnad i prioriteringsbeslutninger

Ifølge prioriteringsforskriften skal to vilkår være tilfredsstillt for at pasienter har rett til spesialisthelsehjelp: Pasienten skal ha forventet



Figur 7.2: Kjennskap til prioriteringsforskrift og prioriteringsveileder

nytte av helsehjelpen, og behandlingstkostnadene skal stå i et rimelig forhold til effekten av behandlingen som tilbys. Før vi undersøker legenes syn på avveininger mellom nytte og kostnad i sine prioriteringsbeslutninger, ser vi nærmere på hvorvidt leger i spesialisthelsetjenesten kjenner til prioriteringsforskriften og veilederne, og om legene mener at kjennskap til prioriteringsforskriften har ført til endringer i arbeidet med pasientbehandlingen.

Figuren viser at en relativt stor andel av legene ikke kjenner til prioriteringsforskriften (21 prosent), mens 38 prosent gir uttrykk for at de kjenner til prioriteringsforskriften i noen grad. Videre oppgir 27 prosent av legene at de ikke har kjennskap til prioriteringsveilederen på sitt område, mens 30 prosent oppgir at de kjenner til prioriteringsveilederen i noen grad, og 42 prosent kjenner til veilederen. På spørsmål om prioriteringsforskriften har påvirket måten legene arbeider på, svarer litt over halvparten at det ikke har ført til noen endringer i deres arbeidsmåte. Vi ser også at hele 37 prosent mener at prioriteringsforskriften i noen grad har påvirket deres arbeidsmåte, mens bare 10 prosent gir uttrykk for en slik påvirkning.

Tabell 7.1 er relatert til legenes beslutninger om prioritering av pasienter for helsehjelp med utgangspunkt i kostnadseffektivitetskriteriet som er innlemmet i prioriteringsforskriften. En klar majoritet, 85 prosent, er delvis eller helt enige i at avveiningen mellom kostnad og nytte er viktig å ta hensyn til i prioriteringsbeslutninger for behandling av pasienter.

Tabell 7.1: I hvilken grad er du enig eller uenig i at avveining mellom nytte og kostnad er et viktig hensyn å ta når behandling av pasienter skal prioriteres?

Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Antall
4 %	11 %	52 %	33 %	622

I det som følger, ser vi nærmere på om det er noen underliggende faktorer som kan forklare variasjoner i legenes syn på avveininger mellom kostnad og nytte ved prioriteringsbeslutninger. Dette gjøres ved hjelp av en regresjonsanalyse (se tabell 7.2). Modellen analyserer

Tabell 7.2: Sannsynligheten for at avveining mellom kostnad og nytte er viktig i prioriteringsbeslutninger

	Kostnadseffektivitetskriteriet
Kvinne	-0.2513** (0.1009)
Alder	-0.0161*** (0.0060)
Overlege i lederstilling	0.1035 (0.1936)
Overlege	0.0980 (0.1434)
Kjenner prioriteringsforskriften	-0.0983 (0.1686)
Kjenner prioriteringsveilederen	0.1395 (0.1575)
N	538

Standardavvik i parenteser; * p < 0.10, ** p < 0.05, *** p < 0.01

Baselines: Mann; lege i spesialisering; kjenner ikke til prioriteringsforskriften; kjenner ikke til prioriteringsveilederen

sammenhengen mellom ulike legekarakteristika og deres syn på avveining mellom nytte og kostnader i prioriteringsbeslutninger. Kjennetegn ved legen som inngår i analysen, er kjønn, alder, stillingskategori og kjennskap til prioriteringsforskriften og veilederen. Legene ble bedt om å svare på hvorvidt de var uenige eller enige i at avveiningen mellom kostnader og nytte var viktig for prioriteringer. Regresjonsanalysen er basert på en sannsynlighetsmodell som tar hensyn til rangeringer i legenes besvarelser. Tabell 7.2 viser koeffisientens verdi relatert til hver enkelt variabel i regresjonen og kan ikke tolkes direkte, men den viser om koeffisienten er statistisk signifikant eller ikke. Variablene kjønn og alder er statistisk signifikante. Tolkningen av dette resultatet er at det er mer sannsynlig at kvinnelige og eldre leger er uenig i at kostnadseffektivitet er et viktig hensyn, sammenliknet med andre leger.

De andre variablene i regresjonsanalysen er ulike stillingskategorier, kjennskap til prioriteringsforskriften og veilederen. Det er rimelig å forvente at overleger i en lederstilling har mer ansvar for budsjettbeslutninger og kontroll over klinikkens/avdelingens aktiviteter enn overleger, eller leger i spesialisering, som er mindre erfarne leger. Likeså kan overleger og leger i lederstilling ha andre synspunkter enn leger i spesialisering. Tilsvarende kunne kjennskap til forskriften og veilederen tilsi at legene i større grad tok hensyn til disse i avveininger mellom kostnader og nytte i prioriteringsbeslutninger. Det er imidlertid ingen signifikante effekter for disse variablene.

Betydningen av innsatsstyrt finansiering for kvalitet og likebehandling

Ordningen med innsatsstyrt finansiering har hatt som formål å skape insentiver til mer effektiv drift ved å knytte sykehusenes inntekter til deres aktivitetsnivå. Som nevnt tidligere kan sykehusenes insentiver til økt inntekt ha utilsiktede virkninger. Pasient- og

brukerrettighetslovens formål er å sikre lik tilgang til helsetjenester av god kvalitet til pasienter i møte med helsevesenet. Spørsmålet er derfor om ordningen med innsatsstyrt finansiering har påvirket kvaliteten og likheten i tilgang på tjenester i arbeidet som sykehuslegene utfører for sine pasienter.

Tabell 7.3 viser at cirka 45 prosent av legene mener at økonomiske ordninger som innsatsstyrt finansiering har hatt en negativ eller veldig negativ effekt på kvaliteten i arbeidet deres med pasienter. Samtidig mener 49 prosent av legene at økonomiske ordninger verken har hatt noen positiv eller negativ effekt på kvaliteten på pasientarbeidet deres. Andelen som vurderer effekten som positiv eller veldig positiv, er 6 prosent.

Tabell 7.3: Hvordan påvirker økonomiske ordninger, slik som aktivitetsbasert finansiering (DRG/ISF-systemet), kvaliteten og likheten i tilgang på tjenester (likebehandling) i ditt pasientarbeid?

	Veldig positivt	2	3	4	Veldig negativt	Antall
Kvalitet	1 %	5 %	49 %	32 %	13 %	386
Likebehandling	1 %	8 %	55 %	27 %	9 %	357

Det er også tydelig at legenes oppfatninger av hvordan ordningen med innsatsstyrt finansiering har påvirket likebehandling, ikke er så forskjellig fra deres syn på kvalitet. 36 prosent av legene mener at ordningen ikke har bidratt til likebehandling. Videre oppgir 55 prosent av legene at innsatsstyrt finansiering verken har hatt positiv eller negativ effekt på likebehandling av pasienter.

Etter denne beskrivelsen av legenes synspunkter på innsatsstyrt finansiering ser vi nå nærmere på resultater fra regresjonsanalyser, som viser sammenhengen mellom ulike legetegenskaper og legers oppfatning av hvordan ISF har påvirket beslutningene deres når det gjelder kvalitet og likebehandling (veldig positivt til veldig negativt), se tabell 7.4. Vi ser at det er større sannsynlighet

Tabell 7.4: Sannsynligheten for at innsatsstyrt finansiering påvirker kvalitet og likebehandling

	Kvalitet	Likebehandling
Kvinne	0.4122*** (0.1240)	0.1190 (0.1289)
Alder	-0.0261*** (0.0073)	-0.0103 (0.0073)
Overlege i lederstilling	0.2556 (0.2349)	0.0271 (0.2401)
Overlege	0.5893*** (0.1805)	0.1780 (0.1867)
Kjenner prioriteringsforskriften	0.0536 (0.2149)	0.4395* (0.2323)
Kjenner prioriteringsveilederen	-0.3003 (0.1964)	-0.4306** (0.2048)
<i>N</i>	353	324

Standardavvik i parenteser; * $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

Baselines: Mann; lege i spesialisering; kjenner ikke til prioriteringsforskriften; kjenner ikke til prioriteringsveilederen

for at kvinnelige leger og overleger oppfatter effekten av innsatsstyrt finansiering som mer negativ for kvaliteten på det medisinske arbeidet, sammenlignet med mannlige leger og leger i spesialisering. Eldre leger er derimot av den oppfatning at ordningen ikke har ført til lavere kvalitet i pasientarbeidet.

For likebehandling finner vi at kjønn, alder og stillingskategori ikke har noe å si for legenes holdning til ISF. Vi finner derimot signifikante effekter for legenes kjennskap til prioriteringsforskriften og veilederen. Det betyr at det er større sannsynlighet for at leger som har kjennskap til prioriteringsforskriften, oppfatter effekten av innsatsstyrt finansiering på likebehandling som mer negativ, men sannsynligheten for at effekten av ISF oppfattes som negativ, er mindre blant leger som har kjennskap til prioriteringsveilederen.

Diskusjon og oppsummering

Den første delen av studien handler om kostnadseffektivitetskriteriet, som er et sentralt element i prioriteringsforskriften. Med begrensede ressurser i helsesektoren står profesjonsutøvere overfor avveininger mellom nytte og kostnader ved prioriteringsbeslutninger om helsehjelp for pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten. Dette kan være mer utfordrende på noen fagområder der enkelte behandlingsformer forutsetter høye kostnader, slik som kostnadskrevede legemidler for behandling av kreftsykdommer. I denne studien er det ikke mulig å undersøke fagspesifikke beslutninger blant spesialistene, siden analysene er basert på legenes synspunkter om avveininger mellom medisinsk-faglige og økonomiske betraktninger på et generelt nivå.

I 2014 var det fortsatt en relativt stor andel av sykehusspesialistene som verken kjente til prioriteringsforskriften eller prioriteringsveilederen. Det er grunn til å tro at legenes kjennskap til disse er blitt bedre siden 2014, og at prioriteringsforskriften og veilederne dermed kan være nyttige redskaper for legers beslutninger om helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Spørsmålet her er om legene står overfor valget mellom å ta hensyn til pasientenes behov eller å foreta økonomiske vurderinger knyttet til behandlingen som eventuelt tilbys. Med utgangspunkt i spørsmålene som var stilt i undersøkelsen i 2014, er det ikke mulig å si noe konkret om hvordan legene foretar sine beslutninger i praksis. Imidlertid finner vi at prioriteringsforskriften til en viss grad har påvirket måten sykehuslegene arbeider på. Den endringen i arbeidsmåten som legene gir uttrykk for, kan tyde på at reguleringen til en viss grad har fungert etter myndighetenes intensjon. Imidlertid mener litt over halvparten av legene at ordningen ikke har hatt noen virkning på arbeidet deres. På direkte spørsmål om hvor viktig avveiningen mellom nytte og kostnad i beslutninger om helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er, oppgir majoriteten av legene

(85 prosent) at de er delvis enige eller helt enige i at kostnads-effektivitet er et viktig element å ta hensyn til. Resultatet fra regresjonsanalysen viser noe variasjon i legenes synspunkter. Kvinnelige og eldre leger har større sannsynlighet for å rapportere en negativ holdning til at avveiningen mellom nytte og kostnad i beslutninger om helsehjelp er viktig.

I den andre delen av studien så vi på legenes vurdering av betydningen av økonomiske ordninger for kvalitet og likebehandling i arbeidet med pasienter. Analysen viste at legenes holdning til innsatsstyrt finansiering i overveiende grad er negativ når det gjelder både kvalitet og likebehandling. Kvinnelige leger og overleger gir uttrykk for en mer negativ holdning til effekten av innsatsstyrt finansiering på kvaliteten enn øvrige leger. Eldre leger, derimot, oppfatter ikke at innsatsstyrt finansiering har ført til lavere kvalitet. Dette kan muligens forklares med at eldre leger har hatt lengre praksis enn yngre leger, og dermed har kunnet observere endringer i kvalitet før og etter innføringen av ordningen med innsatsstyrt finansiering.

Det finnes ulike indikatorer for behandlingskvalitet, som liggetid, ventetid, dødelighet, re-innleggelser og så videre. Selv om kvaliteten på behandling i pasientarbeid ikke er nærmere definert i spørreskjemaet, virker det generelt som om legenes synspunkter på kvalitet er forenlig med studier som er basert på sykehusadministrative data i Norge. For eksempel finner man at under aktivitetsbasert finansiering kan hensynet til effektivitet gå på bekostningen av kvalitet, definert som liggetid og re-innleggelser (Bjørvatn, 2013).

Oppsummert tyder resultatene fra denne studien på at hensynet til kostnadseffektivitet i legenes beslutninger om spesialisert helsehjelp anses å være viktig generelt, mens en nærmere undersøkelse viser at eldre og kvinnelige leger har høyere sannsynlighet for å være uenig i dette enn andre leger for øvrig. Videre tyder resultatene på

at økonomiske ordninger som innsatsstyrt finansiering ikke ser ut til å ha bidratt til mer kvalitet eller likebehandling i pasientarbeidet, sett fra sykehuslegenes perspektiv.

Referanser

- Anderson, G.F., & Steinberg, E.P. (1984). Hospital readmissions in the Medicare population. *New England Journal of Medicine*, 311(21), 1349–1353.
- Bjorvatn, A. (2012). Making incentives work? Hospital organization and performance. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(5), 449–456.
- Bjorvatn, A. (2013). Hospital readmission among elderly patients. *European Journal of Health Economics*, 14(5), 809–820. DOI: 10.1007/s10198-012-0426-3.
- Bjorvatn, A., Kjerstad, E., Sannarnes, J.G., & Sunnevåg, K.J. (2002). *Insentivbaserte finansieringsmekanismer for helseforetak*. SNF-rapport 34/02. Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning.
- Bjorvatn, A., & Nilssen, E. (2018). Rettslig regulering og faglig skjønnsutøvelse i prioritering av spesialisthelsetjenester. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 21(1), 18–38.
- Guldvog, B., Hofoss, D., Pettersen, K.I., Ebbesen, J., & Rønning, O.M. (1998). PS-RESKVA – pasienttilfredshet i sykehus. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 118(3), 386–391.
- Helsedirektoratet (2017). *Innsatsstyrt finansiering 2017*. Publikasjonsnummer: IS-2568. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hennen, J., Krumholz, H.M., Radford, M.J., & Meehan, T.P. (1995). Readmission rates, 30 and 365 days postdischarge, among the 20 most frequent DRG groups, Medicare inpatients age 65 or older in Connecticut hospitals, fiscal years, 1991, 1992, 1993. *Connecticut Medicine*, 59(5), 263–270.
- Jencks, S.F., Williams, M.V., & Coleman, E.A. (2009). Rehospitalizations among patients in the Medicare fee- for-service program. *New England Journal of Medicine*, 360(14), 1418–1428. DOI: 10.1056/NEJMsa0803563.
- Kahn, K.L., Keeler, E.B., Sherwood, M.J., Rogers, W.H., Draper, D., Bentow, S., Reinisch, E.J., Rubenstein, L.V., Kosecoff, J., &

- Brook, R.H. (1990). Comparing outcomes of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system. *The Journal of the American Medical Association*, 264(15), 1984–1988.
- Kjerstad, E. (2003). Prospective funding of general hospitals in Norway. Incentives for higher production? *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 3(4), 231–251.
- Meld. St. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- McClellan, M. (1997). Hospital reimbursement incentives. An empirical analysis. *Journal of economics & Management Strategy*, 6(1), 91–128.
DOI: 10.1111/j.1430-9134.1997.00091.x.

Vedlegg: Spørsmål fra undersøkelsen som er brukt i studien

B8	Prioriteringsforskriften	Nei	I noen grad	Ja	Ikke aktuelt for meg
B8.1	Kjenner du prioriteringsforskriften?	1	2	3	9
B8.2	Har prioriteringsforskriften endret måten du arbeider på?	1	2	3	9

B9	Prioriteringsveiledere er beslutningsverktøy på enkelte fagområder som eksplisitt inkorporerer prioriteringsforskriften.	Nei	I noen grad	Ja	Eksisterer ikke på mitt fagområde
B9.1	Kjenner du prioriteringsveilederne på ditt fagområde?	1	2	3	9

B7	I hvilken grad er du enig eller uenig i følgende påstander?	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke/ ikke aktuelt
B7.1	Avveining mellom nytte og kostnad er et viktig hensyn når behandling av pasienter skal prioriteres.	1	2	3	4	9

HOLDNINGER TIL ØKONOMISKE STYRINGSINSTRUMENTER

B2 og B3 omhandler hvordan styringsverktøy påvirker kvalitet (B2) og likebehandling (B3) i pasientarbeidet. Vi er ute etter hvordan slike verktøy <i>stort sett</i> virker, derfor er kategoriene vide.							
B2	Hvordan påvirker følgende <i>kvaliteten</i> i ditt pasientarbeid?	I overveiende grad positivt				I overveiende grad negativt	Vet ikke/ ikke aktuelt
B2.2	Økonomiske ordninger: aktivitetsbasert finansiering (DRG/ ISF-systemer)	1	2	3	4	5	9
B3	Hvordan påvirker følgende <i>likheten i tilgang på tjenester (likebehandling)</i> i ditt pasientarbeid?	I overveiende grad positivt				I overveiende grad negativt	Vet ikke/ ikke aktuelt
B3.2	Økonomiske ordninger: aktivitetsbasert finansiering (DRG/ ISF-systemer)	1	2	3	4	5	9