



DET KONGELIGE
SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENT

St.prp. nr. 47

(1999-2000)

Om sykehusøkonomi og budsjett 2000

*Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 14. april 2000,
godkjent i statsråd samme dag.*

1 Innledning

Regjeringen legger med dette fram en stortingsproposisjon om det økonomiske grunnlaget for driften av sykehusene for 2000. Dette er en oppfølging av Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (1999-2000).

Økt kapasitet har ført til at norske sykehus nå behandler flere pasienter enn noen gang tidligere. De første resultatene fra evalueringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) viser at utstyr og personell utnyttes stadig mer effektivt i norske sykehus. Antall brudd på ventelistegarantien har gått ned, særlig i 1998.

I vedtatt statsbudsjett for 2000 er det lagt opp til 2 pst. vekst i pasientbehandlingen fra 1999 til 2000. Under Stortingets behandling ble det reist tvil om det økonomiske grunnlaget for denne målsettingen. Bakgrunnen var informasjon om at sykehusene og fylkeskommunene ville få store underskudd for 1999.

Et flertall i Sosialkomiteen la fram følgende merknad i Budsjett-innst. S. nr. 11 (1999-2000):

«Komiteen mener at den store forskjellen det er i sykehuseiernes og statens oppfatning av det økonomiske grunnlaget for driften av sykehusene i år 2000, tilsier at Regjeringen raskt må komme tilbake til Stortinget med en vurdering av situasjonen og forslag til tiltak for å styrke driften. Det sies videre at: «En fornyet vurdering av hva som skal til for å oppfylle forutsetningen om 2 prosent vekst i pasientbehandlingen fra 1999-2000, kan ikke vente til Revidert nasjonalbudsjett».

I tråd med komiteinnstillingen fattet Stortinget i denne sammenheng følgende to vedtak:

XII

«Stortinget ber Regjeringen foreta en evaluering av det faktiske kostnadsnivået for sykehusdriften og ut fra dette legge fram for Stortinget en vurdering av DRG-enhetsprisene sammenholdt med faktisk kostnad for sykehusdriften»

XIII

«Stortinget ber Regjeringen vurdere tiltak som gjør statens refusjoner i forbindelse med innsatsstyrt finansiering av sykehusene mer forutsigbare for sykehusene.»

Komiteen sier videre i Budsjettinnst. S. nr. 11 (1999-2000) at:

«Siden ISF-finansieringen er et partnerskap mellom staten og fylkeskommunene, mener komiteen at det er nødvendig med nær kontakt mellom partene, Kommunenes Sentralforbund og staten, før Regjeringen fremmer forslag om enhetsprisen og andre faktorer knyttet til ISF-ordningen».

På grunn av den vanskelige økonomiske situasjonen i fylkeskommunene, med påfølgende fare for alvorlig svekket helsetjenestetilbud, ønsker regjeringen allerede nå å fremme forslag for å bedre sykehusenes økonomi. Foreløpige tall tyder på at aktivitetsveksten for 1999 er blitt høyere enn det som er varslet Stortinget i St.prp. nr. 1 (1999-2000). Denne proposisjonen inneholder også

forslag til tilleggsbevilgninger for sluttoppgjør 1999 for innsatsstyrt finansiering og konsekvenser for utbetalingene i 2000.

I det nåværende systemet for finansiering av sykehusene, blir fylkeskommunene tilført midler både gjennom rammetilskuddet og gjennom innsatsstyrt finansiering. Sykehusenes økonomi kan derfor ikke sees isolert fra fylkeskommunenes økonomi ellers. Gjennomgangen av den økonomiske utviklingen i fylkeskommunene er derfor et sentralt element i denne stortingsproposisjonen.

Stortingsproposisjonen konsentrerer seg om tre forhold:

- For det første en vurdering av fylkeskommunens og sykehusenes ressurs-situasjon. Spørsmålet om behovet for tilleggsbevilgninger i 2000 for at forutsetningen om to prosent vekst i sykehusenes pasientbehandling skal realiseres.
- For det andre en vurdering av eksisterende finansieringssystem for sykehusene, med vekt på forutsigbarhet og grad av kostnadsdekning i refusjonene.
- For det tredje spørsmålet om hvordan styring i helsetjenesten utøves, og en vurdering av enkelttiltak som kan forbedre og støtte opp om styringskvaliteten.

Grunnlaget for deler av denne stortingsproposisjonen er lagt gjennom et nært samarbeid med en referansegruppe med deltakelse av representanter fra Kommunenes Sentralforbund, fylkeskommunene sentralt, sykehusadministrasjonene samt Kommunal- og regionaldepartementet og Finansdepartementet. Hensikten har vært å komme fram til en felles beskrivelse av situasjonen, og dermed danne et grunnlag for regjeringens forslag til tiltak i denne proposisjonen. Kontakt med de sykehusfaglige forskningsmiljøene har vært et sentralt element i samarbeidet. Forskere fra Norges Handelshøyskole, Universitetet i Oslo og SINTEF Unimed NIS Helseforskning har kartlagt sykehusenes økonomiske situasjon.

2 Økonomisk utvikling for fylkeskommunene og sykehusene

2.1 Sykehusøkonomien som en integrert del av fylkeskommunens økonomi

Helsetjenestene utgjør en stor andel av de totale driftsutgiftene i fylkeskommunene. I 1999 var brutto driftsutgifter til helse på 40,6 milliarder kroner, noe som utgjør ca. 60 pst. av brutto driftsutgifter til fylkeskommunene. Somatiske helsetjenester utgjør i 1999 alene ca. 45 pst. jf. tabell 2.1. Fylkeskommunenes utgiftsandel til helseformål har økt med 2,7 prosentpoeng fra 1995 til 1999. Størrelsen på helsesektoren innebærer at endringer i rammebetingelser for sykehussektoren påvirker totaløkonomien for fylkeskommunene. Stramme økonomiske rammer for fylkeskommunene gir derfor også stramme økonomiske rammer for sykehusene.

Tabell 2.1: Andel av brutto driftsutgifter for fylkeskommunene, eksklusiv Oslo

	1995	1999 ²
Helseformål totalt	58,5	61,4
Somatiske helsetjenester	42,1	44,8
Samferdselsformål	9,2	8,1
Undervisningsformål	25,1	23,2
Andre sektorer ¹	7,1	7,4

¹ Andre sektorer er kultur, næring og administrasjon.

² Foreløpige tall.

Kilde: T.P.Hagen SSB

Kommunesektoren utgjør ca. 24 pst. av den totale sysselsettingen i Norge. Fylkeskommunene utgjør ca. 8 pst. av den totale sysselsettingen. Halvparten av de sysselsatte innenfor fylkeskommunen jobber igjen innenfor sykehussektoren (Kilde: PAI).

2.2 Noen indikatorer for den økonomiske utviklingen i fylkeskommunene

Den økonomiske situasjonen for fylkeskommunene må vurderes i forhold til de oppgaver som til enhver tid skal ivaretas. En god indikator på den økonomiske situasjonen er driftsresultatet, både for å vurdere variasjon mellom fylker og for å se på utviklingen over tid.

Her beskrives den økonomiske situasjonen i fylkeskommunene i perioden fra 1994 til 1999 basert på endelige regnskapstall for 1995-98 fra SSB, og foreløpige regnskapstall for 1999 innsamlet av Kommunenes Sentralforbund (KS).

Fylkeskommunenes økonomiske situasjon for hele denne perioden beskrives i tabell 2.2.

Tabell 2.2: Fylkeskommunene, nøkkeltall for perioden 1995-1999

	1995	1996	1997	1998	1999 ²
Brutto driftsresultat som prosent av totale driftsinntekter ¹	6,9	5,4	5,8	3,6	2,3
Netto driftsresultat som prosent av totale driftsinntekter	3,1	1,9	2,5	0,4	-0,7

¹ Med totale driftsinntekter menes sum driftsinntekter eksklusiv renteinntekter og interne overføringer.

² Foreløpige tall.

Indikatorene gir informasjon om hvor godt samsvar det har vært mellom kommunenes inntekter og utgifter, både i enkeltår og over lengre tid.

Netto driftsresultat er redusert fra 3,1 pst. i 1995 til -0,7 pst. i 1999. Netto driftsresultat er særlig sterkt svekket de to siste årene og i 1999 har fylkeskommunene for første gang i analyseperioden et negativt netto driftsresultat. 10 av de 18 fylkeskommunene har negative netto driftsresultat i 1999.

Tabell 2.3 viser at det er stor variasjon i utviklingen i netto driftsresultat for fylkeskommunene for perioden 1997 til 1999.

Tabell 2.3: Utvikling i netto driftsresultat per fylkeskommune for perioden 1997-1999 (mill. kroner) ¹

Fylkeskommune	1997	1998	1999 ²	Netto driftsresultat per innbygger 1999 (kroner)
Østfold	97	25	-79	-321
Akershus	319	193	-218	-474
Hedmark	39	-4	-55	-298
Oppland	124	66	74	406
Buskerud	83	-21	34	145
Vestfold	87	-70	23	109
Telemark	-7	-39	16	96
Aust-Agder	74	7	15	147
Vest-Agder	67	-7	-39	-251
Rogaland	-2	137	-26	-70
Hordaland	272	-33	-288	-668
Sogn og Fjordane	11	-21	33	303
Møre og Romsdal	51	17	-34	-140
Sør-Trøndelag	45	-8	-103	-395
Nord-Trøndelag	40	-11	51	402
Nordland	95	-29	81	339
Troms	90	39	-2	-13
Finnmark	31	7	-12	-162
Sum	1 516	248	-530	-134

¹ En fylkeskommune som har finansiert investeringene med fremmedkapital vil ha et lavt netto driftsresultat sammenlignet med en tilsvarende fylkeskommune som har finansiert investeringene med egenkapital, eller unnlatt å investere. Dette betyr at brutto/netto driftsresultat ikke uten videre kan sammenlignes direkte mellom fylkeskommuner.

² Foreløpige tall.

Andre nøkkeltall foreligger kun frem til 1998. Av disse kan oppsummeres:

Rente- og avdragsbelastningen var uendret fra 1997 til 1998, og for alle fylkeskommunene samlet utgjorde den 3,3 pst. av driftsinntektene. I perioden 1995-98 har rente- og avdragsbelastningen samlet gått ned med 0,6 pst. Rente- og avdragsbelastningen er avhengig av en rekke forhold, blant annet rentenivå, avdragstid og investeringsvolum. Det er stor variasjon i rente- og avdragsbelastningen mellom fylkeskommunene i 1998, fra Østfold med 1 pst. til Vestfold med 5,8 pst.

Fra å utgjøre 3,2 pst. av driftsinntektene i 1997 ble disposisjonsfondet bygget ned til 2,5 pst. i 1998. Disposisjonsfondet varierer betydelig mellom fylkeskommunene, fra Sør-Trøndelag med 0,1 pst. til Akershus med 6 pst.

2.3 Premisser for fylkeskommunenes økonomi i budsjettet for 2000

2.3.1 Grunnlag for vekstanslaget til St.prp. nr. 1 (1999-2000)

I Nasjonalbudsjettet for 1999 ble det lagt opp til en reell vekst i fylkeskommunenes frie inntekter på 200 mill. kroner fra anslått nivå i 1998. Inntektsveksten i 1999 var først og fremst knyttet til handlingsplanene i helse- og omsorgssektoren. Om lag 60 mill. kroner av veksten skulle gå til å finansiere en planlagt økning i antallet sykehusinnleggelser på $3\frac{1}{4}$ pst. fra 1998 til 1999. Det ble budsjettet med et tilsvarende beløp for utbetaling av refusjon over ISF-ordningen, for å dekke ISF-delen av sykehusfinansieringen.

I budsjettforslagene for 1999 fra Sosial- og helsedepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet, ble det lagt til grunn at kommunesektoren gjennom omprioriteringer og effektivisering skulle frigjøre ressurser til ny aktivitet på satsingsområdene, dvs. handlingsplanene i helse- og omsorgssektoren. Regnskapstallene indikerer at en slik omstilling i liten grad har funnet sted. I tillegg preges den økonomiske situasjonen av at den faktiske veksten i sykehusene vesentlig overstiger den planlagte.

I Revidert nasjonalbudsjett for 1999 ble den økonomiske situasjonen i kommunesektoren vurdert på nytt. Realnivået på fylkeskommunenes frie inntekter for 1999 ble da antatt å ligge noe over det som opprinnelig var forutsatt. Årsaken var at kostnadsveksten for kommunesektoren ble lavere enn det som tidligere lå til grunn. På den annen side forelå det på dette tidspunktet også ny informasjon om skatteinngangen i fylkeskommunene i 1998. Denne viste at skatteinntekten ville bli 800 mill. kroner høyere enn anslått. Som en konsekvens ble de frie inntektene til fylkeskommunene for 1999 anslått til å bli ca. 500 mill. kroner lavere enn regnskap for 1998. Dette utgjorde en nedgang på om lag 1 pst.

Til Revidert nasjonalbudsjett for 1999 forelå det også endelige tall for sykehusaktiviteten i 1998, som viste en vekst fra 1997 til 1998 på om lag 3 pst. Dette var en sterkere vekst enn det som var forutsatt i statsbudsjettet for 1998, som var 1 1/2 pst. Aktivitetsøkningen på 3 pst. ble realisert innenfor en ramme for

de frie inntektene til fylkeskommunene i 1998 som reelt sett lå ca. 250 mill. kroner under nivået i 1997, dvs. om lag ¹/₂ pst. Oslo stod for en vesentlig del av denne inntektsnedgangen.

Tidlig på våren 1999 forelå det også ny informasjon om netto driftsresultat i fylkeskommunene utenom Oslo, som viste en betydelig reduksjon fra gjennomsnittlig ca. 1,3 mrd. kroner for årene 1994 -1997, til 250 mill. kroner for 1998. En analyse viste samtidig at ISF-ordningen i noen grad bidro til å vri ressursbruken i fylkeskommunene fra andre sektorer mot sykehus. Dette gjelder spesielt samferdsels- og undervisningssektoren.

Ut fra en samlet vurdering av foreliggende informasjon, ble opprinnelig vekstanslag for sykehusaktiviteten fra 1998 til 1999 på ³/₄ pst. vurdert som lavt. I St.prp. nr. 67 (1998-99) «Omprioriteringer og tilleggsbevilgninger på statsbudsjettet 1999», ble vekstanslaget oppjustert til 1,5 pst.

Til Nasjonalbudsjettet for 2000 ble den økonomiske situasjonen for fylkeskommunene i 1999 gjennomgått på nytt. Det ble nå lagt til grunn at skatteinntektene til fylkeskommunene ville bli ca. 700 mill. kroner høyere enn beregnet. Fylkeskommunenes frie inntekter ble derfor anslått å øke reelt med ca. 200 mill. kroner (ca. ¹/₄ pst.) fra 1998 til 1999.

Til St.prp. nr. 1 (1999-2000) forelå det tall for sykehusenes aktivitet pr 1. tertial 1999. Som omtalt i budsjettforslaget for 2000, indikerte disse en aktivitetsvekst i sykehusene fra 1998 til 1999 på over 3 pst. Dette var en viktig forutsetning for vekstanslaget på 2 pst. for 2000. Når veksten for 2000 ble anslått til å bli mindre enn de to foregående årene, hadde det bl.a. sammenheng med et stramt økonomisk opplegg for fylkeskommunene også i 2000.

I finanstalen da statsbudsjettet ble lagt fram, ble Stortinget gjort oppmerksom på at de anslåtte merskatteinntektene til kommunesektoren i 1999 kunne bli lavere enn det som fulgte av anslag i St.prp. nr. 1 (1999-2000). Dette skyldes i hovedsak at lønnsveksten var lavere enn anslått i Nasjonalbudsjettet. Dette bidro til lavere utgifter for kommunesektoren. Samlet ble fylkeskommunenes inntekter i 1999 om lag som fastsatt i Nasjonalbudsjettet for 1999.

I tråd med etablert praksis ble det i Kommuneøkonomiproposisjonen for 2000, St.prp. nr. 69 (1998-99), tatt forbehold om videreføring av eventuelle økte skatteinntekter i de økonomiske rammene for 2000. Her ble det varslet en reell inntektsvekst for kommunesektoren på totalt 2,5 mrd. kroner, regnet fra det nivået på kommunesektorens inntekter i 1999 som lå til grunn i Revidert nasjonalbudsjett. Videre ble det tatt følgende forbehold:

«Det presiseres at dersom anslaget for kommunesektorens skatteinntekter i 1999 blir endret i forhold til forutsetningene i Revidert nasjonalbudsjett, kan vekstforutsetningene for kommunesektorens inntekter for 2000 bli endret når statsbudsjettet legges fram».

2.3.2 Ny informasjon etter framleggelsen av statsbudsjettet for 2000

I St.prp. nr. 13 (1999-2000) ble Stortinget gjort kjent med at tall for 2. tertial kan indikere noe lavere vekst i sykehusenes aktivitet fra 1998 til 1999, og vekstanslaget fra 1998 til 1999 ble justert ned fra om lag 3 pst. til om lag 2,5 pst.

Regnskapstall for skatteinngangen i 1999 viser ca. 600 mill. kroner lavere skatteinntekter for fylkeskommunene enn det som ble anslått i statsbudsjettet for 2000. Dette er en større reduksjon enn varslet i finanstalen. Skatteinntek-

tene er med dette likevel på samme nominelle nivå som lagt til grunn i statsbudsjettet for 1999. Lavere kostnadsvekst enn forutsatt bidro isolert sett til å styrke realnivået på inntekter med om lag 200 mill. kroner. Totalt sett er de frie inntektene til fylkeskommunene i 1999 reelt sett ca. 350 mill. kroner lavere enn i 1998. Under Stortingets sluttbehandling av budsjettet for 1999 ble det gitt en tilleggsbevilgning på 157 mill. kroner på kap 730, post 67 over Sosial- og helsedepartementets budsjett. Midlene ble fordelt etter objektive kriterier.

De frie inntektene til fylkeskommunene i 2000 anslås nå (mars 2000) å være reelt sett på om lag samme nivå som i 1999. Det er da tatt hensyn til at Stortinget under behandlingen av statsbudsjettet for 2000, vedtok å øke de frie inntektene med 150 mill. kroner til fylkeskommunene i forhold til regjeringens forslag.

2.3.3 Oppsummering av utviklingstrekkene 1997-2000

Det har vært en nedgang i fylkeskommunenes frie inntekter i perioden 1997 til 2000.

De frie inntektene kan anslås til å være ca. 600 mill. kroner lavere i 2000 enn i 1997, (ca. 1¹/₄ pst). 1997 var et år med god fylkeskommunal økonomi målt med netto driftsresultat. 1,5 mrd. kroner for fylkeskommunene utenom Oslo, og ca. 2 mrd. kroner for Oslo. Bl.a. skyldtes dette en uforutsett høy skatteinngang dette året. Det er stor forskjell mellom fylkeskommunene i utviklingen i netto driftsresultat.

Det ble i St.prp. nr. 1 (1999-2000) forutsatt at fylkeskommunene hadde hatt økonomisk evne til å finansiere meraktiviteten i sykehusene i 1999 på 2,25 pst. I ettertid skulle det vise seg at flere fylkeskommuner avla regnskap med negativt driftsresultat. Ved budsjettframleggelsen forelå det prognoser på et mulig underskudd ved flere regionsykehus, men noen prognoser for fylkeskommunenes økonomi forelå ikke.

2.4 Hva har skjedd i sammensetningen av det fylkeskommunale tjenestetilbud

Det har vært visse endringer i tjenestetilbudet i fylkeskommunene de siste 5 årene, noe som delvis er forklart i endret oppgavetilfang. Generelt bruker fylkeskommunene en større andel av budsjettet på sykehussektoren nå enn før.

Tabell 2.4 viser utviklingen i brutto utgiftsandeler i fylkeskommunene i perioden 1991-1999. Andelene er veid i forhold til fylkenes innbyggertall.

Tabell 2.4: Brutto utgiftsandeler til ulike formål 1991-1999 (veide tall).

	Adm.	Under-visning	Soma-tikk	Andre h. og s.tj.	Næring	Kultur	Sam-ferdsel
1991	3,0	24,7	41,0	17,4	1,9	1,7	10,3
1992	3,0	25,2	40,8	17,1	2,0	1,7	10,3
1993	2,9	24,6	41,4	16,7	2,8	1,8	9,8
1994	2,9	25,3	41,3	16,4	2,7	1,9	9,5
1995	2,9	25,1	42,1	16,4	2,4	1,8	9,2
1996	3,1	25,0	42,9	16,4	2,0	1,9	8,7

Tabell 2.4: Brutto utgiftsandeler til ulike formål 1991-1999 (veide tall).

1997	3,0	24,5	43,7	16,5	2,0	1,9	8,4
1998	3,2	24,2	44,0	16,8	2,1	1,9	7,8
1999 ¹	3,3	23,2	44,8	16,6	2,2	1,9	8,1

¹ Foreløpige tall.

Kilde: «Kartlegging av sykehusenes økonomiske situasjon», mars 2000, ved P. Bjørnenak, T. Hagen, T. Iversen, J. Magnussen.

Andeler av brutto driftsutgifter til ulike formål endres i perioden. Det er verdt å merke seg at utgiftene til undervisning først øker svakt i sammenheng med innføringen av Reform -94, for deretter å gå litt ned. Andelene til somatiske helsetjenester er relativt stabile fram til 1994. Deretter skjer det en relativ økning på om lag 3,5 pst. fram til 1999. Samferdselssektoren sin andel av brutto driftsutgifter reduseres med vel 2 pst. i perioden, mens det på de andre områdene er mindre endringer. Men tallene for 1999 viser en nedgang for undervisningssektoren.

2.5 Sykehusenes økonomi, belyst gjennom regnskap og budsjett

Sykehusenes budsjetter blir normalt justert gjennom driftsåret etter hvert som nye økonomiske forutsetninger blir kjent for fylkeskommunene. Det kan være øremerkede statstilskudd som fylkeskommune først får kjennskap til i løpet av budsjettåret, virkningene av lønnsoppgjør, eller vesentlige endringer i den kommunale deflatoren. Hvis man skal sammenligne budsjett og regnskap, må man derfor se på netto budsjettet ved utgangen av året.

Det er ulik praksis for budsjettering i de enkelte fylkeskommunene, blant annet for hvordan virkningen av lønnsoppgjøret håndteres. Enkelte fylkeskommuner krever at sykehusene skal dekke inn eventuelle merkostnader, mens andre fylkeskommuner tar høyde for å legge inn ekstra budsjettmidler når lønnsoppgjøret er kjent. Dette fører til at forutsigbarheten i økonomien er forskjellig i de enkelte sykehusene, og det vil gi et galt bilde å sammenligne budsjettunderskudd på sykehus i forskjellige fylkeskommuner.

2.5.1 Avvik mellom budsjett og regnskap

En av analysene som er foretatt av Magnussen ¹⁾ med flere, så på avvik mellom budsjetterte og faktiske størrelser på inntekts-, utgifts- og aktivitetssiden. De kom imidlertid frem til at det var en rekke forhold som gjør det vanskelig å trekke konklusjon av en analyse av budsjettunderskuddet:

- Budsjettunderskuddet sier lite om utviklingen i produktivitet og ressursforbruk. Det er lite egnet som grunnlag for evaluering og styring av sykehusene.
- En rekke svakheter som manglende konsistens og predikerbarhet i budsjettet, er påpekt.
- De analyserte sykehusene (med unntak av Aker som er spesiell pga. funk-

¹⁾ Se «Kartlegging av sykehusenes økonomiske situasjon» ved forskerne Trond Bjørnenak, Treje P. Hagen, Tor Iversen og Jon Magnussen.

sjonsdeling) viser alle en betydelig aktivitetsøkning målt ved hjelp av utvikling i DRG-poeng.

Analysene har avdekket store svingninger i ressursbruk, overtidbruk og pasientflyt på avdelingsnivå. Dette viser at en eventuell krise er svært ujevnt fordelt innen sykehusene. Tallene kan indikere både at det er et stort potensiale for forbedring for noen avdelinger, samtidig som at andre avdelinger er ressursmessig sterkt presset.

2.5.2 Budsjettet som plandokument

De fleste sykehus opererer også med en aktivitetsplan. Skal budsjettet fungere som et plandokument, bør det være samsvar mellom planlagt aktivitet og planlagt utgiftsnivå.

I følge analysen er det ikke noen systematisk sammenheng mellom avvik i planlagt og faktisk aktivitet, og avvik i planlagt og faktiske utgifter. Det er likevel flere eksempler på at sykehus samtidig har en aktivitetsvekst over det planlagte, og en utgiftsvekst over det budsjetterte.

Det er med bakgrunn i disse analysene grunn til å stille spørsmål både ved den aktivitetsplanleggingen som skjer, og ved de budsjettanslagene som gjøres. Når både aktivitet og regnskap avviker så pass mye fra det budsjetterte, reduseres budsjettets verdi som styringsredskap, og muligheten til å styre sektoren på basis av budsjettet blir tilsvarende lav. Sykehusene veier tungt i den fylkeskommunale økonomien, og manglende oversikt over aktivitet og utgifter i denne sektoren vil også kunne påvirke øvrige deler av den fylkeskommunale økonomien.

2.5.3 Fylkeskommunens budsjettoppfølging

Forskerne gjennomførte telefonintervjuer med landets fylkeshelsesjefer. Intervjuene indikerer at fylkeskommunene har fått informasjon om tilløp til merforbruk på ulik tid av året.

Det er stor grad av sammenfall i fylkeshelsesjefenes analyser av årsaken til merforbruket:

- Som hovedårsak nevnes at den ønskede aktivitetsveksten ikke har latt seg realisere til de utgifter en har budsjettert med. Dette har primært sammenheng med at knappheten på helsepersonell har gjort at en må benytte en økende andel overtid.
- Det er en tendens til at legenes tjenesteplaner utformes på måter som gir høye utgifter samtidig med et stort innslag av passive vakter. Slike ordninger benyttes spesielt når personell skal nyrekrutteres, eller når det er fare for at nøkkelpersonell skal slutte.
- Sykehusenes budsjett- og regnskapssystemer er mangelfullt utviklet. Dette har gjort det vanskelig å kalkulere kostnader ved produksjonsøkning. I tillegg er det pekt på manglende informasjon om utviklingen i forventede inntekter og kostnader.
- Utformingen av ISF-ordningen, spesielt «kryp-reglene», bidrar til uforutsigbarhet. Forståelsen er at krypreglene gjør at sykehusene «taper penger».
- Enkelte av sykehusene støter mot kapasitetsskranker og dette gjør at produksjonsøkningen og dermed inntektene kan ha blitt noe lavere enn for-

- ventet.
- Mange sykehus har trodd at refusjonen fra staten dekker merutgiftene når aktiviteten øker.

Det er variasjoner i hvilke tiltak som er iverksatt for å håndtere problemene. I et par tilfeller har sykehusenes forslag til driftsomlegginger møtt politisk motstand. Andre fylkeskommuner har valgt å opprettholde aktivitetsnivået ut fra en begrunnelse om at redusert aktivitet gir reduserte inntekter og dermed ikke er noen løsning på problemene. Andre valgte å gjøre omstillinger i produksjonen, for eksempel ved å legge om behandlingen til mer bruk av dagbehandling og dagkirurgi, ut fra en betraktning om at dette gir høyere inntekter i forhold til kostnadene enn behandling av pasienter som inneliggende.

2.6 Kostnadsdrivende faktorer i sykehusøkonomien

Det er flere forhold som bidrar til kostnadsvekst i sykehussektoren. Problemet er sammensatt og kan skyldes økende pris på viktige innsatsfaktorer, bruk av ny teknologi, flere og sykere pasienter, forhold ved ledelse og organisering, samt nye ressurskrevende oppgaver i tillegg til pasientbehandling.

Det er alltid høy etterspørsel etter sykehustjenester. Dette kan bety at effektiviseringstiltak, rettet mot mer dagbehandling og mer dagkirurgi, i neste omgang gir økt belastning på ordinære sengeposter og påfølgende merutgifter. Når de mindre ressurskrevende pasientene behandles uten innleggelse, kan sengepostene bli fylt opp av sykere og mer ressurskrevende pasienter. Enkelte spissformulerer dette som at «dess flinkere vi er, jo mer utgifter pådrar vi oss».

Generelt vil også utviklingen i behandlingsmulighetene gjøre at pasientene lever lenger med sin sykdom, og vil slik sett komme i kontakt med helse-tjenesten oftere.

2.6.1 Lønnsutgiftene

Lønnsutgiftene dominerer utgiftssiden på sykehusene. I 1998 gikk 71,9 pst. av de totale brutto driftsutgiftene til å dekke lønnskostnader i sykehussektoren. Lønnsandelen har økt med 2 pst. siden 1995. Lønnsutgiftene påvirkes både av sentrale forhandlinger og av den lokale ordningen for arbeidstid. Konkurranse om nøkkelpersonell er en underliggende drivkraft for lønnsveksten. Vaktordninger og arbeidstidsmodeller påvirker også utviklingen i lønnsutgiftene.

Tabell 2.5: Lønnsutgifter i prosent av totale brutto driftsutgifter for sykehusene

1995	1996	1997	1998
70,1 %	70,5 %	71,9 %	71,9 %

Kilde: Samdata

Lønnsutgiftenes andel av bruttoutgifter over tid indikerer imidlertid at kostnadsveksten også skyldes andre forhold enn lønn.

2.6.2 Kostnadskrevende utstyr, implantater og medikamenter

Utviklingen innen avansert medisinsk behandling foregår i svært hurtig, og akselererende tempo. Utviklingen fører imidlertid til at det innenfor en rekke områder kan tilbys både mer effektiv og mer skånsom behandling. Tilbud som bare for kort tid siden var fraværende, tilbys nå som standardiserte og veldokumenterte behandlingsformer på høyspesialiserte sykehus.

Felles for mye av denne utviklingen er imidlertid samtidig at den er svært kostnadskrevende.

Noen eksempler kan tydeliggjøre hva vi står overfor:

- Pasienter kan utstyres med egne hjertestartere, men disse har en kostnad på mellom 350.000 og 400.000 kroner pr stykk.
- Stadig nye og effektive, men svært kostbare medikamenter innen kreftbehandling, er nå tilgjengelige i sykehusene.
- Nye og forbedrede, men svært kostbare ortopediske proteser, vil være til stor nytte for pasientene som trenger det.

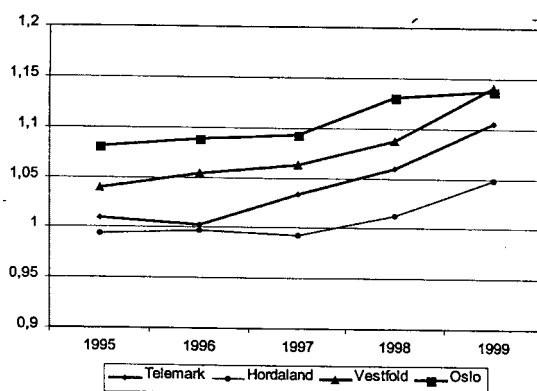
Dette er enkeltstående eksempler på en generell problematikk knyttet til utviklingen mot et stadig mer avansert og et ofte mer kostnadskrevende medisinsk tilbud.

2.6.3 Økt pasienttyngde

Det rapporteres om økende press på kostnadskrevende intensivavdelinger. Dette er sannsynligvis en følge av at vi stadig får flere og sykere eldre pasienter.

Fra 1988 og frem til 1998 økte pasienttyngden målt i form av DRG-indeks for innlagte pasienter, eksklusive dagbehandlinger, med 14 pst. Noe av den endring som her er registrert, skyldes imidlertid også bedre og mer komplett koding av diagnoser og operasjonskoder.

Figur 2.1 viser for fire utvalgte fylker at pasienttyngden målt ved DRG-indeks er stabil eller svakt økende i perioden 1995 til 1997. Fra 1997 til de 8 første månedene av 1999 ser vi en sterkere vekst i pasienttyngden for alle de fire fylkene. Det er rimelig å se dette i sammenheng med innføringen av ISF fra sommeren 1997. Med innføringen av ISF får sykehusene både et insentiv til å behandle ressurskrevende pasienter som gir høy ISF-refusjon, og til mer komplett koding av medisinske data som også gir høyere ISF-refusjon.



Figur 2.1 Utvikling i DRG-indeks for fire fylker.

Utviklingen i medisinsk teknologi har også gitt økt behandlingsvolum for ressurskrevende pasientgrupper, for eksempel innenfor nyfødtdedisin og hjertekarsykdommer. Framveksten av dagkirurgi har flyttet en god del av den enklere kirurgien ut fra sengeavdelingene. Den frigjorte kapasitet ved kirurgiske avdelinger er langt på vei blitt benyttet til å øke behandlingskapasiteten for mer ressurskrevende pasienter. For eksempel er antall operasjoner av hofteproteser økt fra 4 800 i 1988 til 8 500 i 1998.

Det er til dels store forskjeller i målt pasienttyngde mellom fylkene. Det er ikke grunn til å tro at disse forskjellene alene kan forklares gjennom variasjoner i sykелighet. Alle fylkene har økt pasienttyngde etter at ISF ble innført. Der er nærliggende å tolke forskjellene som uttrykk for ulikheter i kodepraksis ved sykehusene i de ulike fylker.

Økningen i pasienttyngden målt ved DRG-indeksen har bare delvis slått ut i økte utbetalinger til fylkeskommunene. Det såkalte DRG-kryp-taket setter en grense for denne utbetalingen for hver fylkeskommune. Her vises for øvrig til kapittel 3.2.2.

2.6.4 Økt pasientvolum

Selv om de økonomiske rammebetingelsene for fylkeskommunene har vært krevende, har det vært en betydelig økning av antallet behandlede pasienter de siste årene. Antall opphold i somatiske sykehus var i 1998 ca. 790 000, fordelt på ca. 130 000 opphold med inn- og utskrivning samme dag, og ca. 660 000 opphold med en overnatting eller mer. Tabell 2.6 nedenfor viser utviklingen i antall opphold og polikliniske konsultasjoner i somatiske sykehus i perioden 1995-99.

Tabell 2.6: Antall opphold og polikliniske konsultasjoner i somatiske sykehus i perioden 1995-99

Opphold	1995	1996	1997	1998	1999
Totalt antall opphold	674 893	698 969	740 840	789 941	854 740
- inn- og utskrevet samme dag	63 583	71 427	96 739	127 166	156 439
- liggetid på ett døgn eller mer	611 355	627 542	644 101	662 775	698 3011
Polikliniske konsultasjoner	3 033 866	3 160 892	3 171 746	3 330 528	2

¹ I denne økningen ligger registrering av 20 000 flere friske nyfødte (DRG 391).

² Tall foreligger ikke ennå.

Kilde: Norsk Pasientregister og Statistisk sentralbyrå

Tabell 2.6 viser en stor vekst, spesielt i antall dagbehandlinger. Mye av denne veksten skyldes endringer i registreringsrutiner som følge av innsatsstyrt finansiering. Tabellen gir derfor et korrekt bilde av behandlingsvolumet i 1998 når det gjelder antall dagbehandlinger, men volumet de foregående år kan være noe undervurdert.

I perioden 1994-1998 økte antall innleggelser som øyeblikkelig hjelp med 20 pst., mens det var liten endring i den samlede elektive virksomheten ved sengeavdelingene i samme periode. Dette forholdet kan være en viktig forklaring på at aktivitetsveksten har vært vanskelig å styre. Det kan likevel ikke utelukkes at det også har skjedd en økning i elektiv behandling gjennom økt poliklinisk virksomhet. Økt poliklinisk behandling ser likevel ikke ut til å ha redusert veksten i antall innleggelser.

2.6.5 Flere oppgaver innen utdanning og opplæring

Det har skjedd en betydelig økning i sentral- og regionsykehusenes undervisningsbelastning de seinere år. Antallet legestudenter har økt med 46 pst. siden 1990. Fra 1996-1998 har økningen vært 15 pst. Antallet sykepleiestudenter har økt med 50 pst. siden 1990. Fra 1996 - 1998 har økningen vært 5 pst. I tillegg har utdanningen innen andre helsefag økt, samt spesialistutdanningen for leger og sykepleiere.

Praksisdelen av medisinerutdannelsen finansieres via tilskuddet til undervisning i tilskuddet til regionsykehusene, og størrelsen er avhengig av antall studieplasser.

Det er ikke noen tilsvarende ordning for sykepleierutdannelsen. Det er imidlertid lagt inn 18 millioner kroner i høgskolenes rammer til opplæring av veiledere i praksisperiodene.

I tillegg har sykehusene betydelige utdannings- og opplæringsoppgaver for andre helsefag. Det foreligger ikke tall for økningen i disse gruppene.

Sosial- og helsedepartementet vil se nærmere på den samlede finansiering av utdanningsoppgavene i sykehus.

2.7 Effektivitetsutviklingen i sykehusene

Det er utført nye analyser som gir grunnlag for noen konklusjoner om effektivitetsutviklingen i sykehus:

Det synes for det første å ha vært en positiv utvikling i den samlede utnyttelsen av innsatsfaktorene. Innsatsfaktorene er her ansattes årsverk og medisnutgifter, mens produktet er innleggelser og poliklinisk aktivitet. I særlig grad er dette tilfelle dersom det tas hensyn til en bedret utnyttelse av sengekapasiteten. Dette har skjedd ved en reduksjon i liggetid og antall senger.

En gruppering av sykehusene etter type viser til dels store forskjeller i kostnader. Dette kan ikke uten videre betraktes som et klart bevis for at det er et potensiale for kostnadsforbedring. Det kan være mange andre forhold enn forskjeller i effektivitet som forklarer kostnadsforskjellene. Men det er en indikasjon på at forskjeller i måter å organisere arbeidet på, måter å utnytte sengekapasiteten på, forskjeller i arbeidsproduktivitet osv. kan gi grunnlag for besparelser.

Tallene tyder på at det kan være mye å lære av de mest kostnadseffektive sykehusene. Forum for organisasjonsutvikling i sykehus, som er opprettet og drives i samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund, har en funksjon i denne sammenhengen. Departementet vil vektlegge dette arbeidet framover.

Den andre konklusjonen er at kostnadsnivået øker kraftig fra 1995 til 1997, og bidrar til at det for perioden samlet er en negativ utvikling i kostnadseffektivitet.

Den negative utviklingen i kostnadseffektivitet er primært knyttet til lønnsveksten i sektoren. Sett samlet innebærer analysene av kostnadseffektivitet og teknisk effektivitet, at ressursutnyttelsen har blitt bedre, men at ressursene er blitt dyrere.

I en nylig utgitt rapport om legers vaktordninger ved sykehus²⁾ dokumenteres det store variasjoner i vaktordningene ved sammenliknbare avdelinger.

Gjennom intervjuer med leger og administrativt personell framkommer det at vaktordningen ikke bare utformes utfra beredskapsbehov, men at det også tas hensyn til personlige behov hos legene og særskilte behov hos sykehusledelsen. Sykehusledelsen sikrer seg slik nøkkelpersonell på sykehuset, og legene sikrer seg lønnsmessige og faglige gunstige avtaler. Dette trekker i retning av større kostnader pr. behandlet pasient. Sosial- og helsedepartementet vil gå nærmere inn på denne problematikken i nær framtid.

Den tredje konklusjonen er at de partielle målene for legeproduktivitet viser en nedgang, men dette er sterkt avhengig av hvilke forutsetninger som gjøres om forholdet mellom poliklinisk aktivitet og aktivitet ved sengeavdelingene, og utviklingen i undervisnings- og opplæringsoppgaver for legene.

Spesielt vil endringer i behandlingsteknologi som medfører økt bruk av legeinnsats og mindre bruk av andre innsatsfaktorer tolkes som fallende legeproduktivitet.

Dette tilsier at det er behov for å gå nærmere inn på produktivitetsstudier av legeinnsatsen i tiden fremover.

Effekten av innføring av aktivitetsbaserte avtaler er også analysert. Disse analysene må oppfattes som foreløpige på bakgrunn av at en her evaluerer en svært kort tidsperiode. Konklusjonene i denne delen av analysen er at innføring av aktivitetsbaserte kontrakter i 1998 har hatt en signifikant og positiv virkning på effektivitetsmålene, med unntak for legeproduktivitet.

2.8 Totalvurdering av den økonomiske situasjonen

Fylkeskommunens økonomiske situasjon har forverret seg betydelig i perioden 1997-1999. Fylkeskommunene hadde en nedgang i frie inntekter på om lag 600 mill. kroner fra 1997 til 1999. Dette henger imidlertid sammen med at 1997 var et spesielt godt år for fylkeskommunene økonomisk sett. Dersom endringen i frie inntekter måles med 1998 som referanseår, blir nedgangen på om lag 250 mill. kroner målt i faste priser. Brukes 1996 som referanseår, har fylkeskommunene reelt om lag 400 mill. kroner i frie inntekter i 2000. Fylkeskommunenes økonomiske problemer har sammenheng med en fortsatt høy aktivitetsvekst i sykehusene uten tilsvarende finansielt grunnlag for denne veksten. Problemene skyldes i første rekke at fylkeskommunene må skaffe «basis» finansiering for denne veksten.

Det er påvist et tiltakende misforhold mellom utviklingen i fylkeskommunenes frie inntekter og aktivitetsutviklingen i sykehus. Den faktiske aktivitetsutviklingen ble vesentlig høyere både i 1998 og 1999, sammenliknet med budsjettforutsetningene for de enkelte år. Dette har medført en betydelig regnskapsmessig svekkelse av fylkeskommunene. I 1998 hadde fylkeskommunene utenom Oslo et samlet overskudd på 240 mill. kroner.

For 1999 blir det et negativt netto driftsresultat for fylkeskommunene samlet, i størrelsesorden ca. 500 mill. kroner. For perioden 1997 til 1999 sett under ett, har netto driftsresultat forverret seg med anslagsvis 2 milliarder kroner.

I budsjettforslagene for 1999 for Sosial- og helsedepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet, ble det sagt at kommunesektoren gjennom

²⁾ Rapport nr STF78 A00509; Legers vaktordninger ved sykehus, av Arild Johnsen og Lars Rønningen

omprioriteringer og effektivisering må frigjøre ressurser til ny aktivitet på satsingsområdene, dvs. handlingsplanene i helse- og omsorgsektoren. Regnskapstallene indikerer at en slik omprioritering og omstilling ikke har funnet sted i tilstrekkelig grad. Situasjonen er forverret gjennom at den faktiske veksten i sykehusenes aktivitet overstiger den planlagte veksten.

3 Beskrivelse og drøfting av finansieringssystemet

Under Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (1999-2000) ble det reist spørsmål om egenskaper ved finansieringssystemet, eller departementets forvaltning av ordningen kunne være en årsak til de økonomiske problemene ved sykehusene.

3.1 Om helheten i ansvars-, finansierings- og styringssystemet

Eksisterende ansvars-, finansierings- og styringssystem er basert på et samspill mellom stat og fylkeskommuner. Staten trekker opp rettslige og økonomiske rammer, mens prioritering og driftsansvar i stor grad er lagt til fylkeskommunene og de fylkeskommunale sykehusene.

Statens rolle er særlig knyttet til følgende ansvar og oppgaver:

- Å gi de rettslige grunnlagene og rammene for aktørenes ansvar, rettigheter og oppgaver. Gjennom vedtak av de fire nye helselovene; helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven, psykiatriloven og pasientrettighetsloven, har det skjedd en modernisering av de lovmessige rammebetingelsene.
- Å beslutte det overordnede økonomiske opplegget for fylkeskommunene og sykehustjenester i det enkelte året. Dette skjer dels gjennom sykehus-spesifikke opplegg, for eksempel som innsatsstyrt finansiering, og dels gjennom fastsettelsen av det generelle økonomiopplegget for fylkeskommunene.
- Styring gjennom strukturtiltak, og da først og fremst gjennom vedtak av regionale helseplaner. Fordeling av legespesialiststillinger er likeens et viktig strukturstyrende tiltak.

Staten har også et direkte ansvar for sykehus med særskilte oppgaver, for eksempel Rikshospitalet og Radiumhospitalet, som samlet representerer regionsykehus for Helseregion Sør.

Fylkeskommunens ansvar, rolle og oppgave er særlig knyttet til følgende:

- Ansvar for å sørge for befolkningens tilgang til helsetjenester slik dette er angitt i lovene nevnt over. Forpliktelsene kan enten oppfylles gjennom egne sykehus, ved kjøp av tjenester fra andre, eller gjennom avtaler med andre fylkeskommuner eller offentlige sykehus.
- Utøvelse av eierskapet og driftsansvaret til de fleste offentlige sykehusene.

Dette innebærer at fylkeskommunene har ansvaret for den økonomiske styringen av sykehus. I praksis er det de rammer den enkelte fylkeskommune fastsetter gjennom basisfinansieringen av sykehusene som skal være styrende for sykehusenes aktivitet. Det var også en forutsetning at økt aktivitet skulle kreve fylkeskommunal medfinansiering ved innføring av ISF.

3.2 Oversikt over de ulike finansieringskildene

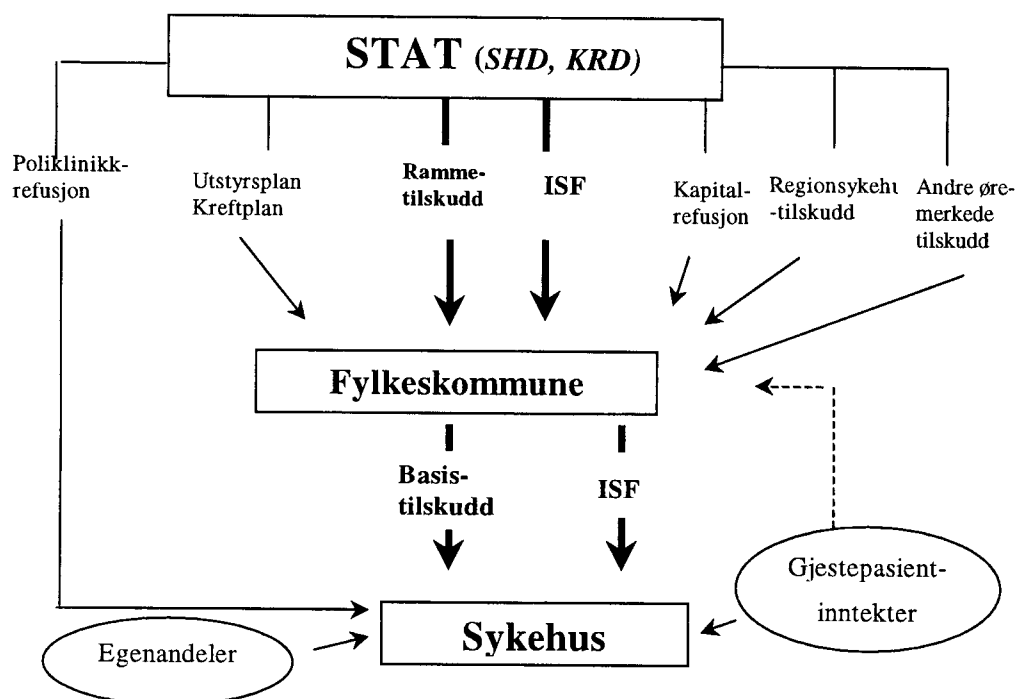
Finansieringsordningene fra staten er i all hovedsak rettet inn mot fylkeskommunen som eier av sykehusene. Et viktig unntak er de polikliniske refusjonene, og refusjoner for røntgen og laboratorietjenester, som utbetales direkte fra Rikstrygdeverket til behandlende sykehus.

I tillegg til de statlige tilskuddsordningene er inntekter for gjestepasienter fra andre fylkeskommuner viktig for de fylkeskommuner som driver region-sykehus. Slike oppgjør er basert på kurdøgnsatser fastsatt av staten, eller avtaler mellom de enkelte fylkeskommunene. Egenbetaling for pasienter utgjør en relativt liten andel av inntektene.

I figur 3.1 er det satt opp en skisse for finansieringsordningene mellom stat, fylkeskommune og sykehus.

De viktigste finansieringskildene for somatiske sykehus er rammetilskuddet gjennom inntektssystemet og innsatsstyrt finansiering (ISF). For region-sykehusene utgjør også regionsykehusstilskuddet en viktig finansieringskilde.

Hvordan det enkelte sykehus finansieres er avhengig av den avtale som gjøres med sykehuseier. Oftest vil finansieringen bestå både av et rammetilskudd og en aktivitetsavhengig del. Hvorvidt gjestepasientoppgjøret går mellom fylkeskommunen eller direkte til behandlende sykehus, varierer fra fylke til fylke.



Figur 3.1 Finansieringsordningene mellom stat, fylkeskommune og sykehus

I tillegg til de finansieringskildene som er vist her, har fylkeskommunene egne skatteinntekter. Dessuten fastsetter staten tilskudd til statssykehusene. Disse mottar ISF-refusjon direkte fra eier, og finansieres delvis ved hjelp av kurdøgnsinntekter fra fylkeskommunene, og egne avtaler.

3.2.1 Utviklingen i de viktigste øremerkede tilskudd til somatiske sykehus

De øremerkede bevilgninger utgjør en økende andel av de totale brutto driftsutgiftene til somatiske helsetjenester fra 1992 og fremover. Fra 1992 til 1996 øker andelen fra 11 pst. til 17,4 pst. Formålet med økningen var å oppfylle ventetidsgarantien. Fra 1997 opprettes ISF og ISF-tilskuddene klassifiseres som øremerkede tilskudd. Samtidig skjer det en opptrapping av poliklinikkttakstene. Totalt utgjør de såkalte øremerkede tilskudd (inkl. ISF) i 1998 40,6 pst. av brutto driftsutgifter til somatiske helsetjenester. Andre øremerkede tilskudd reduseres i 1997 og 1998. I 1999 utgjør ISF, poliklinikktilskudd og regionsykehustilskudd tilsammen 42,6 pst. av brutto driftsutgifter til somatiske helsetjenester. Tallene er eksklusiv Oslo.

3.2.2 Prinsipper for innsatsstyrt finansiering

De viktigste prinsipper for innsatsstyrt finansiering ble lagt frem for Stortinget i St.meld. nr. 44 (1995-1996). Innsatsstyrt finansiering er en blandingsmodell hvor et element av stykkpris supplerer fylkeskommunens rammetilskudd. Stykkprisrefusjonene baseres på DRG-systemet. Det ble i meldingen vist til at de fleste fylkeskommuner var for små til å kunne håndtere den finansielle usikkerheten som er knyttet til aktivitetsavhengige sykehusbudsjett, og at staten derfor måtte ta på seg deler av det finansielle ansvaret som er knyttet til en større vektlegging på aktivitetsbaserte inntekter. For å finansiere refusjonene ble rammetilskuddet til samtlige fylkeskommuner redusert, første gang i 1997. Da hadde Stortinget fastsatt refusjonsandelen til 30 pst. Trekket i rammetilskuddet til hver fylkeskommune ble beregnet med utgangspunkt i den refusjonen fylkeskommunene ville fått for produksjonen (pasientbehandlingen) i 1995, basert på 1997-priser. Reduksjonen i rammetilskuddet var i 1997 100 pst. aktivitetsbasert. I 1998 ble dette beløpet fordelt 80 pst. basert på 1995 aktiviteten, og 20 pst. på kriteriene i inntektssystemet. 1998 var første år i en overgangsordning på 5 år som ender opp slik at rammetilskuddene i 2002 igjen er fastsatt alene på kriteriene i inntektssystemet.

Da Stortinget vedtok innføringen av innsatsstyrt finansiering, så var det først og fremst for å gi et insentiv til å øke antall behandlede pasienter. Dette skulle skje ved at en større del av sykehusets inntekter skulle knyttes opp til aktiviteten. I diskusjonen om utformingen av ordningen sluttet Stortinget seg til at refusjonen skulle ytes til fylkeskommunen, og ikke sykehusene direkte. Det var hovedsakelig for å understøtte det styringsansvar som fylkeskommunene har. Det var dermed også lagt grunnlag for at den enkelte fylkeskommune kunne tilpasse finansieringsordningen i forhold til det enkelte sykehus og de konkrete utfordringene man sto ovenfor.

3.2.3 Beskrivelse av ressursutviklingen i ISF

For 1999 er det pr. 2. tertial en prognose for utbetalinger på ca. 10,5 mrd. kroner i ISF-refusjoner til fylkeskommunene og statssykehusene. Prognosen er korrigert for etterbetaling m.v. I St.prp. nr. 1 (1999-2000) er bevilget ca. 11,0 mrd. kroner for 2000. Dette inkluderer en aktivitetsvekst på 2 pst. fra 1999, samt innarbeidet prisjustering på 1,4 pst. Differansen mellom 1,4 pst. og 2,8 pst. som ligger til grunn for prisjustering i kommuneøkonomien, utgjør hoveddelen av effektiviseringskravet til sykehussektoren i budsjettet for 2000.

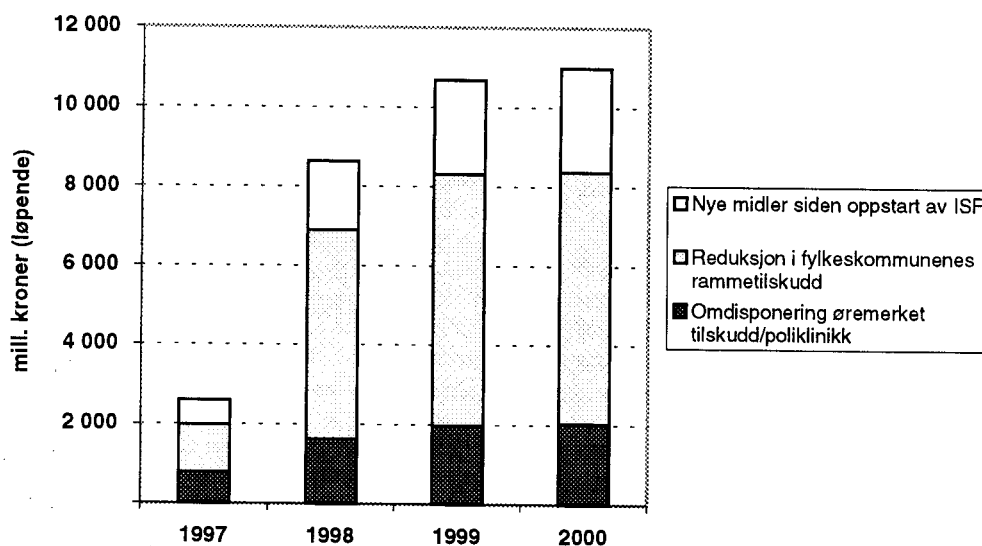
Reduksjon i enhetspris og kostnadsvekter er forutsatt budsjettnøytralt for fylkeskommunen samlet. Omleggingen av krypreglene har imidlertid fordelingsvirkninger mellom fylkeskommunene. Enkelte fylkeskommuner som kommer dårlig ut gjennom denne omleggingen, vil derfor oppleve dette som et ytterligere krav til effektivisering.

Samlede ISF-refusjoner og reduksjon i fylkeskommunenes rammetilskudd har endret seg i takt med at refusjonsandelen har økt i perioden siden 1997 fra 30 pst. til 50 pst.

Det er også i perioden 1997 til 1999 lagt inn særskilte midler til styrking av fylkeskommunenes rammer over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett. Dette må imidlertid sees i lys av fylkeskommunenes utvikling i frie inntekter totalt, som har forverret seg i perioden, jf. kap. 2.3. Reduksjonen i fylkeskommunenes rammetilskudd i figur 3.2 er beregnet med utgangspunkt i aktiviteten i 1995 fratrukket særskilt rammestyrking for årene 1997 til 1999.

I 1997 fikk fylkeskommunene (inkl. statssykehusene) utbetalt 0,6 mrd. kroner mer gjennom ISF-ordningen enn de selv har finansert gjennom redusert rammetilskudd og omdisponerte øremerkede midler. Tilsvarende tall for 1998 er 1,9 mrd. kroner. Basert på prognoser for 1999 vil økte utbetalinger være 2,6 mrd. kroner. Under forutsetning av 2 pst. vekst i aktiviteten i 2000 og samme utvikling i DRG-indeks som forutsatt i budsjettet, vil fylkeskommunene få utbetalt 2,9 mrd. kroner mer enn det de selv har finansiert gjennom redusert rammetilskudd og omdisponerte øremerkede midler. Alle tall her er angitt i løpende kroner.

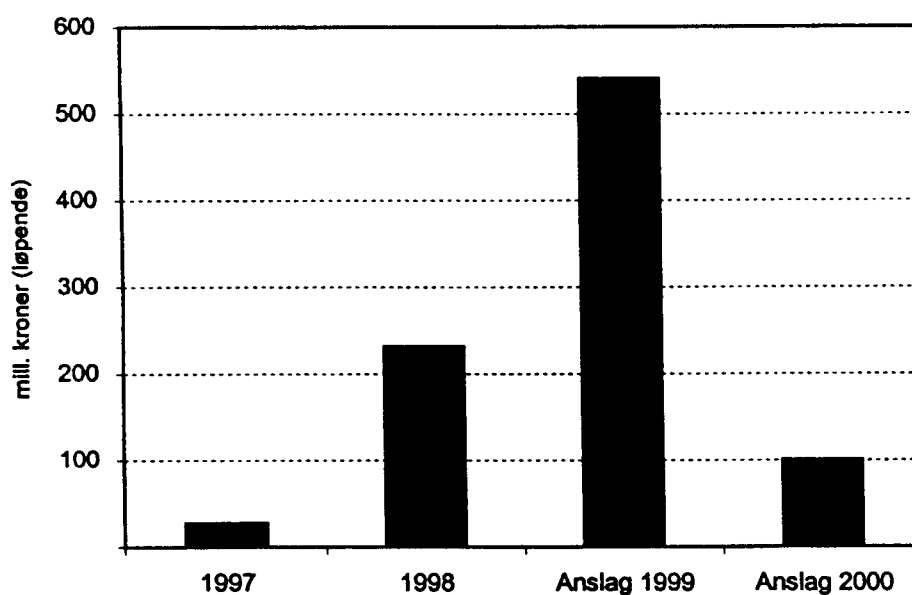
Figur 3.2 illustrerer hvordan samlede ISF-refusjoner (inkl. prognose for 1999 og 2000) er finansiert henholdsvis gjennom omdisponering av midler og gjennom tilføring av nye midler.



Figur 3.2 Finansiering av ISF (Kap 730 post 60)

Betalingsmodellen i ISF er utformet slik at det gis betaling avhengig av hvor mange pasienter som behandles. I tillegg tar samlede utbetalinger hensyn til ulike pasienttyngde (DRG-indeks) opp til et visst nivå (kryptak). Når fylkeskommunene når kryptaket gis det ikke lenger ytterligere uttelling for økning

i pasienttyngden. Derimot gis det uttelling for all volumvekst. Figur 3.3 viser hvordan krypreglene har redusert utbetalingene til fylkeskommunene i 1997 og 1998 i forhold til hva utbetalingene ville vært uten kryp-taket. Det er også lagt inn prognose for 1999 og 2000. Økt registrert pasienttyngde skyldes også rene registreringsendringer. Endring av kryp-reglene i vedtatt budsjett 2000 betyr isolert at fylkeskommunen får større utbetalinger enn i 1999 (gitt samme aktivitet). Dette er imidlertid motsvart gjennom reduksjon av enhetspris og kostnadsvekt. Derfor er omleggingen av krypreglene budsjettneutralt i vedtatt budsjett.



Figur 3.3 Reduksjon i utbetalingene for registrert pasienttyngde ut over DRG-kryp grense (løpende kroner)

3.3 Evaluering av mulige vridningseffekter i pasientbehandlingen

Ved oppstart av ISF engasjerte Sosial- og helsedepartementet forskningsmiljøer for å evaluere ordningen.

Mulige effekter i kodepraksis, tilgjengelighet, pasientflyt, medisinsk praksis og kvalitet er analysert. Analysene viser markerte endringer i diagnosesetting fra 1996 til 1998, noe som resulterte i en økning i DRG-indeksen. Mer spesifikke diagnoser og flere bidiagnoser ble brukt. Dette er en ønsket utvikling hvor kvaliteten på data blir bedre og omfanget av registreringen bedre.

Enkelte indikatorer på kvalitet er undersøkt. Dette omfatter unødvendige innleggelser, stabilitet ved utskrivning, utrednings- og behandlingsintensitet, liggetid, reinnleggelse, dødelighet og pasienttilfredshet. Resultatene tilsier ikke at det har skjedd vesentlige negative vridningseffekter i løpet av den første perioden med ISF.

Effekt av ISF på behandling av pasienter innlagt i sykehus med akutte skader er også evaluert. Resultater viser at innskrivningspraksis for pasienter med skader endrer seg noe i ugunstig retning, men det er ikke grunnlag for å hevde at disse endringene skyldes innføringen av ISF.

Den vitenskapelige evalueringen av innsatsstyrt finansiering vil bli videreført, bl.a. med utgangspunkt i nyere data og for å undersøke om eventuelle vridningseffekter kan påvises og knyttes til ISF.

3.4 Hvordan anvendes ISF i fylkeskommunene og i sykehusene?

De faktiske beslutningene om pasientbehandling blir i stor grad fattet på avdelingsnivå i sykehusene. En kan derfor forvente at økonomiske virkemidler som retter seg mot sykehusenes produksjon i form av pasientbehandling, vil ha større effekt jo mer de retter seg mot beslutningstakerne på avdelingsnivå. Det er derfor av interesse å studere hvordan endringen i finansierungsordningen mellom stat og fylkeskommune påvirker insentivene videre ned i systemet.

I forbindelse med innføringen av ISF ble fylkeskommunene oppfordret til å inngå aktivitetsbaserte kontrakter med sykehusene. Tabell 3.2 gir oversikt over hovedtrekkene i fylkeskommunenes kontrakter med sykehusene i 1997-99.

Tabell 3.1: Fylkeskommunal finansiering av sykehusene. Antall fylkeskommuner som benytter ulike alternativer, 1997-99

	1997	1998	1999
Rene rammebevilgninger	4	2	1
Aktivitetsbaserte kontrakter	15	17	18

Kilde: Hagen 1999

Den overveiende del av fylkeskommunene hadde allerede ved oppstart i 1997 inngått aktivitetsbaserte kontrakter med sykehusene. Det er derfor kartlagt hvordan sykehusene bruker ISF-ordningen internt.

Undersøkelsene konkluderer med at de fleste sykehusene har ordninger som viderefører de aktivitetsavhengige inntakene til avdelingene.

3.5 Nærmere om polikliniske refusjoner

Formålet med de polikliniske takstene er å stimulere til mer poliklinisk behandling. De polikliniske refusjonene over statsbudsjettets kap 730, post 61 har vært en budsjettstyrt post fram til 1999. Fra og med 2000 skal posten håndteres som en overslagsbevilgning. En undersøkelse fra 1996 tyder på at dekningsgraden på disse refusjonene er anslagsvis 50 pst., men dekningsgraden varierer mellom de ulike medisinske fagområder.

Tabell 3.2: Utgifter til offentlige poliklinikker 1995-1999 (mill kroner)

	1995	1996	1997	1998	1999
Utgifter	2 153	2 140	2 715	2 964	2 857

Tabell 3.3 illustrerer at det de siste årene vært en betydelig økning i de statlige utbetalingene til poliklinisk behandling. Bak denne økningen ligger en betydelig aktivitetsvekst, men også takstøkninger i perioden. Ved innføring

av ISF i 1997 ble mange polikliniske takster økt betydelig for å unngå uheldig insentiv til innleggelse. Spesielt omfattet dette en del dagkirurgiske takster som ble mangedoblet. Selve takstøkningen ble budsjettert til å koste anslagsvis 300 mill. kroner (dvs prisjusteringskomponenten). Det ble også budsjettert med en større volumvekst som følge av denne takstøkningen. Til sammen økte utbetalingene med ca. 570 mill. kroner fra 1996 til 1997. Fra 1. april 1998 ble det også foretatt en generell oppjustering av takstene med 2 pst. (helårsvirkning 1,5 pst.). I tillegg ble noen nye takster innført. En del av aktivitetsøkningen i 1998 var også påvirket av den omfattende takstrevisjonen i 1997.

Fra 1. januar 1999 ble dagkirurgi lagt inn i DRG-systemet. Derfor ble budsjettposten for polikliniske refusjoner i 1999 redusert. En tilsvarende økning er lagt inn i budsjettet for ISF samme år.

I 1999 ble det ikke foretatt noen generell prisjustering av takstene. Større volumvekst enn forutsatt førte til at takstene ble foreslått redusert med gjennomsnittlig 4 pst. fra 1. april 1999 (2,5 pst. på årsbasis). Pasientenes egenandeler ble oppjustert med ca. 7 pst. fra 25. januar 1999, slik at den reelle inntektssvikten for sykehusene av takstreduksjonen ble på 1,2 pst. på årsbasis. Stortinget vedtok å øke bevilgningen med 33 millioner kroner i forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett (jf. Innst. S. nr. 236 (1998-1999)). Ekstrabevilgningen innebar at sykehusene fikk opprettholdt inntektsnivået fra 1998 uten at den varslede takstreduksjonen ble gjennomført. Stortinget vedtok videre å øke bevilgningen ytterligere med 90 mill. kroner i St.prp. nr. 13 (1999-2000) for å dekke for økte utbetalinger som følge av høyere aktivitet enn budsjettert.

I statsbudsjettet for 2000 er det ikke lagt inn takstøkninger, men det er budsjettert med en aktivitetsvekst på om lag 5 prosent.

3.6 Nærmere om regionsykehusstilskuddet

Ordningen med basistilskudd og funksjonstilskudd til regionsykehusene samlet kalt regionssykehusstilskudd, ble etablert i 1991. Basistilskuddet erstattet da den tidligere ordningen med subsidiering av gjestepasientkurdøgn ved regionsykehus og ble fordelt etter objektive kriterier³⁾. Siden har regionsykehusstilskuddet blitt lagt om, og basistilskuddets formål er utvidet til å omfatte finansiering av infrastruktur som disse sykehusene må ha for å fungere som universitetsklinikker og sykehus med høyspesialisert medisin. I tillegg inneholder regionssykehusstilskuddet egne tilskudd for særskilte funksjoner, forskning og undervisning av medisinerstudenter. Med særskilte funksjoner menes landsfunksjoner, flerregionale funksjoner eller kompetansesentra. Dette er oppgaver som er pålagt av staten, og som kun foregår ved ett eller flere regionsykehus.

Tabell 3.3: Tilskudd til regionsykehus: Bevilgning 1996-2000 (I 1000 kr)

År	Bevilgning	Merknader
1996	1 184 700	Jf. Statsregnskapet 1996 (Kap 760, post 62)

³⁾ Selve subsidieelementet i regionsykehusstilskuddet fra 1991 ligger inne som en del av tilskuddet, men er ikke skilt ut med et eget beløp siden omleggingen.

Tabell 3.3: Tilskudd til regionsykehus: Bevilgning 1996-2000 (I 1000 kr)

1997	1 276 300	Jf. Statsregnskapet 1997
1998	1 402 500	Jf. Statsregnskapet 1998 (Kap 730, post 62)
1999	1 568 300	Jf. Bevilgningsregnskapet FIN
2000	1 531 900	Jf. «Blå bok» for 2000

Fra 1996 fram til 2000 har regionsykehusstilskuddet økt med 30 prosent. Hovedsaklig er ordningen i regionsykehusstilskuddet i denne perioden spesielt knyttet til oppstarten av nye tiltak, for eksempel landsfunksjoner eller økt antall medisinerstudenter. Tilskuddet har vært unntatt alminnelig prisjustering siden 1995, men det har vært påplussert særskilte beløp for å ta høyde for deler av dette. I 1997 ble tilskuddet økt med 100 mill. kroner, begrunnet med den særskilte økonomiske belastning som lønnsoppgjøret i 1996 var for regionsykehusene. Dette tilsvarer ca. 8,4 pst. prisjustering. I 1999 ble tilskuddet oppjustert med 97 mill. kroner på slutten av året for å kompensere for manglende prisjustering i 1998 og 1999. Dette tilsvarer prisjustering på henholdsvis 2,7 og 4,25 pst. for disse årene. For 2000 er det lagt inn 35 mill. kroner som prisjustering av tilskuddet, noen som tilsvarer 2,5 pst.

Tabell 3.4 viser fordelingen av midlene for 2000 på de ulike formål. For 2000 er det foruten prisjustering på 35 mill. kroner, lagt inn 14,1 mill. kroner som er fordelt på de fire delene av tilskuddet.

Tabell 3.4: Fordeling av regionsykehusstilskuddet i 2000

	Basistilskudd	Særskilte funksjoner	Forskning	Undervisning	SUM
Tilskudd	1 085 922	131 228	49 444	230 307	1 496 901
Prisjustering					34 999
Totalt					1 531 900

Fra 1999 består basistilskuddet av tre elementer:

- en fast komponent som fordeles likt mellom regionsykehusene
- en del som er nært knyttet til befolkningens størrelse, alderssammensetning og bruk av regionsykehuset
- en skjønnsmessig komponent som ivaretar forhold ved det enkelte regionsykehus, og som ikke fanges opp av de objektive kriteriene.

3.7 Gjestepasientordningen

Ca. 100.000 pasienter inngår i gjestepasientoppgjøret. Fylkenes samlede stipulerte utgifter til gjestepasienter er om lag 1,9 milliarder kroner.

Bare halvparten av gjestepasientene behandles ved fylkeskommunale sykehus. Rikshospitalet og Radiumhospitalet står for ca. 47 pst. av det totale omfanget av gjestepasienter, mens regionsykehusene tar imot ca. 26 pst. Variasjonen er stor mellom fylkene med hensyn til hvor mange pasienter som sendes ut av fylket. Akershus, Oslo og Nordland sendte flest pasienter ut av fylket i 1998. For mange fylkeskommuner er derfor denne finansieringsordningen svært viktig.

Dagens gjestepasientordning ble innført i henhold til Kvalheim-utvalgets innstilling i 1977 (NOU 1977:22 *Finansiering av helseinstitusjoner*). Utvalgets utgangspunkt var at de normerte gjestepasientprisene skulle gi full kostnadsdekning. Det er imidlertid enighet om at dette ikke er gjennomført, noe som også er bakgrunnen for at regionsykehustilskuddets basistilskudd inneholder et subsidieelement for gjestepasienter.

Alle fylkeskommuner er både kjøpere og selgere av gjestepasienttjenester. Det typiske bildet er at regionsykehuseierfylkene er nettoselgere, mens de andre fylkeskommunene er nettkjøpere av tjenester. Oppgjøret går direkte mellom de berørte sykehusene eller fylkeskommunene. I prinsippet skjer derfor gjestepasientoppgjøret uten statlig medvirkning. Staten regulerer imidlertid betalingssatsene gjennom eget rundskriv om normerte gjestepasientpriser.

Med dagens ordning kan fylkeskommunene fritt inngå avtaler som avviker fra de normerte gjestepasientprisene for lokal- og sentralsykehusfunksjoner. De normerte prisene skla imidlertid brukes for regionsykehusfunksjoner. Mange fylker har inngått rammeavtaler for gjestepasientoppgjøret.

Innføring av fritt sykehusvalg aktualiserer en omlegging av gjestepasientoppgjøret. Med fritt sykehusvalg oppstår muligheten for at flere pasienter vil få behandling ved et annet sykehus. Hjemfylket har betalingsplikt for disse pasientene. Fylkeskommunenes styringsmuligheter over sin utgiftsside kan gjennom dette svekkes. Behovet for en god gjestepasientordning vil derfor være større fremover.

En omlegging av gjestepasientoppgjøret er varslet tidligere, både i Kommuneøkonomiproposisjonen for 2000 og i statsbudsjettet for 2000 (St.prp. nr. 1 (1999-2000)).

3.8 Drøfting av finansieringssystemet utforming og forvaltning

Statens tilskuddsordninger er i all hovedsak rettet mot fylkeskommunene, og finansieringsansvaret for sykehusene ligger på fylkeskommunene.

ISF-refusjonen utbetales bostedsfylket uavhengig av hvilket sykehus behandlingen har funnet sted.

Refusjon til bostedsfylket gir den enkelte fylkeskommune mulighet til selv å velge hvordan finansieringsordningen for sine sykehus mer spesifikt skal utformes.

Innsatsstyrt finansiering er i utgangspunktet basert på en grov klassifisering av pasienter som treffer bedre jo større pasientgrunnlag er. Systemet er best egnet for å beskrive virksomheten ved typiske akuttsykehus som har flere funksjoner. Det betyr at fylkeskommunene må bruke systemet med større varsomhet i forhold til sykehus som er smale i sitt tilbud, for eksempel spesialiserte sykehus. Refusjons-systemet kan være mindre egnet på sykehus som har svært små totale volum. Videre må fylkeskommunene se på om det er behov for å ta spesielle hensyn til avtaler om funksjonsfordeling, undervisningsbelastning etc. som gir grunnlag for særskilt finansiering.

Under disse forutsetninger er DRG-systemet et verktøy som kan og bør brukes i eiers finansiering av sykehusene, såvel som i oppgjørsordninger mellom sykehus/fylkeskommuner.

3.8.1 Behov for rullerende oppdatering av DRG-systemet

Den medisinske utviklingen går med et tempo som gjør at DRG-systemet som medisinsk og økonomisk klassifikasjon, alltid vil være på etterskuddsbasis. Denne utviklingen er imidlertid mulig å få innpasset i systemet med en viss tidsforsinkelse.

I Norge satses det på et samarbeid med de nordiske land om grupperings-systemet. Endringer i dette baseres på et forskningsmessig samarbeid. Norge er det land i Norden som har størst anvendelse av DRG-systemet, og er derfor pådriver for å få til nødvendige endringer i grupperingen.

Sosial- og helsedepartementet mener at det også er et tilsvarende behov for en løpende oppdatering av poliklinikkssystemet, men endringer i dette har mindre økonomisk betydning for sykehusene enn endringer i DRG-systemet.

Sosial- og helsedepartementet mener at mindre justeringer i begge disse refusjonsordningene bør kunne foretas som en del av de årlige budsjettframlegg, som hovedregel etter forutgående gjennomgang med sektoren. Med mindre justeringer må her forstås endringer som ikke i vesentlig grad endrer inntektsgrunnlaget til den enkelte fylkeskommune. Enhver endring vil imidlertid kunne ha mindre fordelingsmessige konsekvenser. Ved vesentlige endringer bør derfor også fordelingsmessige konsekvenser synliggjøres.

Det vil også kunne oppstå behov for mer gjennomgripende endringer innenfor systemets ramme. På hvilket tidspunkt slike endringer skal gjennomføres må selvsagt være vurdert på grunnlag av problemets karakter, noe som i seg selv kan tilsi en viss hastegrad. Større endringer må likevel søkes planlagt gjennomført med flere års mellomrom for å få best mulig forutsigbarhet i finansieringssystemet.

3.8.2 Om forutsigbarhet i rammebetingelsene

En finansieringsordning med mange prisgrupper er nødvendigvis mer komplisert enn rammefinansieringssystemet. Dette påvirker i seg selv forutsigbarheten for aktørene. Kritikk om dårlig forutsigbarhet har særlig vært knyttet til håndtering av kryptaket, til endring av enhetspris og kostnadsvektorer og til endring av poliklinikkpriser. Årsavregningen for 1998 reiste spesielt spørsmålet om manglende forutsigbarhet i ISF-ordningen.

Man kan ikke presist forutsi antall og sammensetningen av pasienter, og heller ikke presist forutsi behandlingsomfanget for den enkelte pasient. Dette utgjør en grunnleggende usikkerhet i sykehusdriften. Med rammebudsjett er sykehusets inntekter gitt, uavhengig av omfang av pasientbehandling. Ved innføring av ISF-ordningen blir deler av rammebudsjettet byttet ut med en aktivitetsavhengig inntekt fra staten. Staten bærer dermed en større del av den grunnleggende usikkerheten enn ved rammebudsjett. Sykehusene og fylkeskommunene bærer en mindre andel.

Sosial- og helsedepartementet vil imidlertid også peke på at det er forhold ved ISF-systemet som har redusert forutsigbarheten for sykehusene.

- Krypgrensen har bidratt til uforutsigbarhet og planleggingsproblemer.
- Overgang til nytt grupperingsprogram har hatt negative konsekvenser for utbetalingene midt i budsjettåret.
- Gjestepasientinntekter og utgifter og andre inntektskomponenter, oppleves som uforutsigbare.

- Lang tid mellom planlegging av aktivitet og utbetaling av refusjoner.

3.8.3 Muligheter for å øke forutsigbarheten i ISF

Sosial- og helsedepartementet mener at de påpekte problemene med forutsigbarheten i stor grad kan knyttes til «innkjøringsproblemer» med en refusjonsordning som er relativt komplisert. Sosial- og helsedepartementet har fra og med 1999 sendt ut tertialvise rapporter med prognose for utbetalingene til den enkelte fylkeskommune. Dette hjelper fylkeskommunene til bedre å anslå sine inntekter, og slik sett redusere usikkerheten for seg selv og for sykehusene.

Fylkeskommunene og sykehusene har ved inngangen til 2000 opparbeidet en betydelig kompetanse når det gjelder innhold og virkemåte til ISF. Dette vil i seg selv redusere usikkerheten fremover.

Et helt nytt diagnosekodeverk ble innført fra 1999. Dette forårsaket en del usikkerhet i utbetalingsgrunnlaget. Nå kan det legges til grunn at kodeverket skal beholdes fremover. Selv om det skulle bli behov for mindre justeringer, er det nå mulig å simulere effekten av disse på en annen måte enn tidligere.

Krypreglene begrenser utbetalingene til fylkeskommunene, ikke det enkelte sykehus. På fylkeskommunens egne sykehus behandles både gjestepasienter og egne pasienter. Dette gjør det vanskelig for fylkeskommunen å fordele den økonomiske virkningen av kryptaket på sine sykehus. Krypreglene utgjør derfor et kompliserende element.

3.8.4 Behov for kontroll og overvåking

Innspill til endringer i ISF og polikliniske refusjoner kommer ofte fra sykehusene/fylkeskommunene, og vurderes av de forskningsmiljøene som departementet støtter seg på i arbeidet.

Refusjonsordningene er krevende å vedlikeholde og utvikle videre. Det er løpende behov for oppdatering fordi behandlingsmetoder endrer seg. Det er også fortsatt et behov for å harmonisere DRG-systemet og eksisterende refusjonssystem for poliklinisk behandling.

Stortinget har vedtatt at både ISF- og poliklinikk budsjettposten skal håndteres som overslagsbevilgninger i statsbudsjettet. Dermed blir kun regelverket styrende for utbetalinger over disse to budsjettkapitlene.

Det er grunn til å tro at retningslinjer for registrering av pasienter, og medfølgende diagnoser, blir lojalt fulgt opp av sykehusene.

Det er imidlertid en gråson mellom anbefalt kodingspraksis til klare brudd på spillereglene i ISF. Det er ikke like enkelt å spesifisere eksakt hvor grensen går. Dette fordi grunnlaget for utbetalingene er de diagnoser og prosedyrer som fastsettes av den enkelte kliniker.

Sosial- og helsedepartementet vil foreslå at det opprettes en uavhengig instans som kan gi råd til departementet når det foreligger tvil om utbetalingsgrunnlaget. En slik instans må inneholde både administrativ, medisinsk og statistisk kompetanse. Den bør settes sammen av representanter for sykehusene, Statens helsetilsyn, forskningsmiljø og Norsk pasientregister. På bakgrunn av råd fra en slik instans, må departementet om nødvendig kunne foreta justeringer i utbetalingene til den enkelte fylkeskommune. Enhver endring i utbetalingsgrunnlaget må dokumenteres.

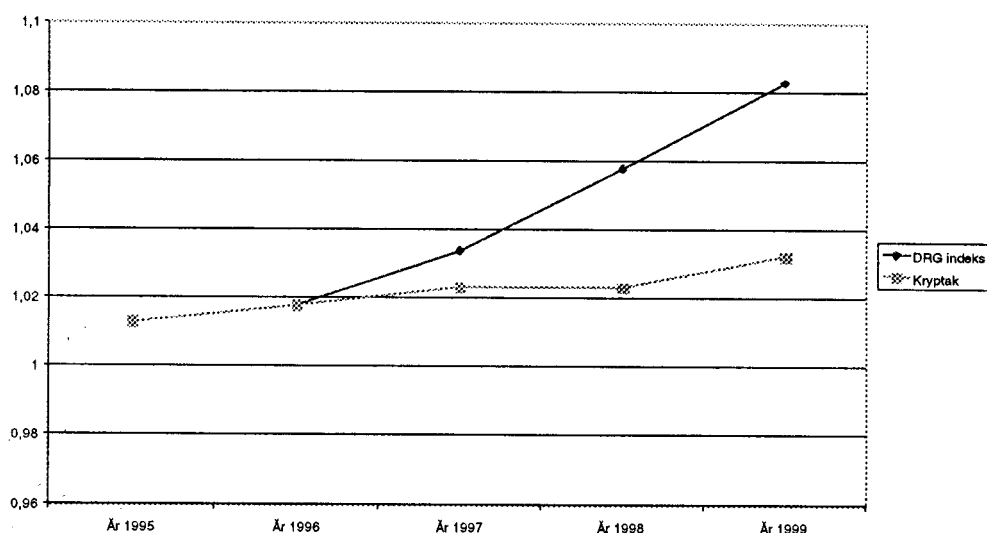
3.8.5 Hvordan endringer i refusjonssystemet skal håndteres

Sosial- og helsedepartementet mener at endringer i finansieringssystemet som hovedprinsipp bør varsles på forhånd. Endringer som har større konsekvenser, forelegges Stortinget som en del av budsjettbehandlingen.

Departementet ønsker så langt som mulig å ta endringer opp i drøftinger med KS og representanter for sektoren før iverksetting. Det legges opp til en løpende dialog om dette. En slik dialog er allerede etablert med KS, og denne skal bedres fremover.

3.8.6 Krypregler og konsekvenser av endringer i disse

Allerede før oppstart av ISF forelå det erfaringer fra andre land som tilsa at det ville skje noe med datagrunnlaget for utbetaling ved innføring av denne finansieringsordningen. M.a.o. var det vel kjent at det registreringsmessige grunnlaget for utbetalingene ville øke fra 1997. Det har også vært en større vekst i den såkalte DRG-indeksen etter innføringen av ISF enn peridoen før. Se figur 3.4.



Figur 3.4 DRG indeks og kryp 1995 - 1999

I figuren 3.4 er det også angitt den pasienttyngde som det er gitt betalingsmessig uttelling for. Denne er begrenset av kryptaket. Figuren illustrerer bakgrunnen for kritikken som er fremmet fra fylkeskommunene mot krypreglene. Sosial- og helsedepartementet la derfor fram et forslag om en endring i krypreglene i forslaget til statsbudsjett for 2000. Her begrenses fremdeles utbetalingene av et tak, men dette er hevet betydelig slik at avkortingen i utbetalingen reduseres. Endringene i krypreglene for budsjett 2000 er innrettet slik at merutgiftene ved denne omleggingen dekkes inn gjennom reduksjon av enhetsprisen og kostnadsvektene. Forutsetningene for at dette skal virke budsjettneutralt, er at økningen i DRG-indeksen blir 3 pst. fra 1. tertial 1999 og ut år 2000. Da vil fylkeskommunene samlet sett få igjen de midlene som inn-dras gjennom redusert enhetspris og reduserte kostnadsvekter. I tillegg vil fylkeskommunene få uttelling for en generell oppjustering av kryptaket. Dette som en følge av den rullerende ordningen med historiske årsgjennomsnitt i

basis. Dette vil gi en økonomisk uttelling på ca. 90 mill. kroner, gitt den samme veksten i DRG-indeksen.

Beregningen er altså foretatt med utgangspunkt i en forutsetning om fremtidig vekst i DRG-indeksen. Foreløpige tall for 1999 tyder på at veksten i DRG-indeksen blir høyere enn denne forutsetningen. Isolert sett innebærer dette at omleggingen av krypt-regelverket i 2000 vil medføre noe større utbetalinger enn det som er holdt tilbake gjennom vedtatt reduksjon i enhetspris og kostnadsvekter med sikte på budsjettneutryl omlegging.

Et sentralt spørsmål er hvor stor økning det har vært i faktisk pasienttyngde, og hvor mye av økningen i DRG-indeksen som skyldes rene registreringsmessige forhold. Undersøkelser fra forskningsmiljøene gir ikke grunnlag for å svare eksakt på dette spørsmålet, men de indikerer at økningen i pasienttyngden er noe større enn det som kryptreglene frem til 1999 har gitt uttelling for.

Det er fremdeles store variasjoner mellom fylkeskommunene på DRG-indeksen, noe som ikke kan forklares alene gjennom forskjeller i sykkelighet eller organisering av tilbudet. Fordi det fremdeles er registreringsmessige forskjeller mellom sykehusene som påvirker målt pasienttyngde, må vi også forvente endringer i dette grunnlaget i tiden fremover. Kryptreglene fungerer som et tak på de økonomiske uttellinger som skal gis for økning i DRG-indeksen. Endringene i kryptreglene for 2000 har imidlertid gjort at fylkeskommunene nå vil rammes mindre av taket for DRG-indeksen. En fjerning av de kryptreglene som ligger i vedtatt budsjett er beregnet å gi et økt utgiftsbehov på 220 mill. kroner. Denne beregningen tar utgangspunkt i at DRG-indeksen øker videre i 2000 som det har gjort i 1999.

Det er grunn til å tro at de store forskjellene i DRG-indeksen som nå observeres, vil jevne seg noe ut over tid, men ikke helt. Det kan være geografiske og/eller organisatoriske forhold som kan tilsi forskjeller også i fremtiden.

En eventuell fjerning av kryptreglene vil øke insentivene for å kode bedre og vil forårsake en sterkere økning i DRG-indeksen. De til dels store forskjellene mellom fylkeskommunene legger vekt på i DRG-indeksen, skulle også tale for at det fremdeles er et potensiale for å hente ut noe ved kodingsforbedring. De fylkeskommunene som i utgangspunktet ligger lavt på indeksen, har da sannsynligvis det største potensialet for å øke inntektsgrunnlaget gitt samme pasientbehandling.

Sosial- og helsedepartementet legger vekt på at det fremdeles er usikkerhet knyttet til fremtidig utvikling i DRG-indeksen. Foreløpige tall for 1999 viser en økning i DRG-indeksen på 3 pst. I tillegg er det fremdeles store forskjeller på DRG-indeksen mellom fylkeskommunene. Denne forskjellen kan bare forklares ved at registreringspraksis fremdeles er forskjellig fra sykehus til sykehus. De foreløpige tallene for 1999 viser store variasjoner mellom fylkeskommunene. Enkelte fylkeskommuner har hatt en økning i indeksen på om lag 7 pst. (Telemark og Vestfold), mens andre fylkeskommuner har hatt en stabil utvikling i indeksen (Vest-Agder, Møre og Romsdal og Finnmark). Sosial- og helsedepartementets vurdering er derfor at krypttaket inntil videre må beholdes.

Med tanke på de fordelene en fjerning av krypttaket har, vil departementet fortløpende vurdere muligheten for dette, og komme tilbake til Stortinget med forslag på et senere tidspunkt. Forskernes gjennomgang indikerer imidlertid at kryptreglene har vært litt for stramme i forhold til å ta høyde for reell økning i pasienttyngde.

I St. prp nr 1 (1999-2000) er det vist til at de nye kryptreglene for 2000, vil føre til at et mindre antall fylkeskommuner vil nå krypttaket. Foreløpige tall for 1999 viser at de fleste fylkeskommunene likevel vil nå det nye krypttaket i 2000. Sosial- og helsedepartementet vil derfor legge opp til at krypttaket heves med ytterligere en prosent fra vedtatt budsjett for 2000. Heving av krypttaket med 1 pst. vil føre til at om lag halvparten av fylkeskommunene ikke vil rammes av krypttaket i 2000. Dette vil gi et økt utgiftsbehov på 100 mill. kroner.

3.8.7 Enhetsprisen i forhold til enhetskostnadene

Stortinget har bedt regjeringen komme tilbake med en vurdering av utviklingen i forholdet mellom enhetspris og enhetskostnad over tid.

Det må være et visst samsvar mellom løpende kostnadsutvikling og justering i finansieringsordningene, enten dette gjøres i de fylkeskommunale rammetilskudd, eller de øremerkede tilskudd fra staten. Dette betyr imidlertid ikke at staten automatisk skal dekke opp for den faktiske kostnadsutviklingen.

Enhetsprisen gir grunnlaget for fastsettelsen av de statlige refusjoner til fylkeskommunene i ISF-ordningen. Enhetsprisen ble beregnet første gang i 1995, basert på sykehusenes faktiske kostnader. Siden 1995 har endringene i enhetspris vært basert på forutsetninger om generell prisvekst. Et viktig unn-

tak er 1998 hvor prisjusteringen av ISF-refusjonen var 8,5 pst. med bakgrunn i den høye lønnsveksten. Spørsmålet er om enhetsprisen har holdt følge med den generelle kostnadsutviklingen i sektoren.

Undersøkelsene fra forskningsmiljøene gir ikke grunnlag for å hevde at enhetsprisen generelt avviker fra enhetskostnaden i perioden 1995-98. Imidlertid viser undersøkelsene at enhetskostnaden øker mer for regionsykehus enn for andre.

Kostnadsinformasjon foreligger bare for tiden frem til 1998. For 1999 er kostnadsveksten for kommunesektoren generelt litt lavere enn forutsatt. I den grad fylkeskommunene ikke avviker vesentlig fra kommunesektoren generelt, er det derfor nærliggende å tro at forholdet mellom enhetspris og enhetskostnad ikke forverrer seg i 1999.

Enhetsprisen for 2000 er imidlertid nedjustert med 1,4 pst. fra 1999. Dette kommer av at det er lagt inn et effektiviseringskrav på 180 mill. kroner i ISF-ordningen for 2000, derav 150 mill. kroner i enhetsprisen.

Forholdet mellom enhetspris og enhetskostnad har slik sett forverret seg med 1,4 prosent fra 1999 til 2000.

Ved beregning av enhetskostnaden i 1995 ble det lagt til grunn at de polikliniske inntektene dekket utgiftene ved poliklinisk behandling. Forskernes rapport peker på at en mer realistisk forutsetning er at disse dekker 50 pst. av utgiftene. I så fall er enhetsprisen i ISF satt noe høyt i utgangspunktet. Det har ikke vært tid til å gå nærmere inn på disse forutsetningene i referansegruppen. Dette forholdet må en eventuelt komme tilbake til etter grundigere analyser.

Tabell 3.6 viser utviklingen i kostnad pr korrigerte DRG-poeng for fem typer sykehus; regionsykehus, sentralsykehus, fylkessykehus med sentralsykehusfunksjoner, lokalsykehus og lokalsykehus med reduserte funksjoner.

Tabell 3.5: Kostnad pr korrigert poeng etter sykehustype. Løpende priser. Uvektet 1995-1998.

	1995	1996	1997	1998	95-98
Regionsykehus	22441	25789	27486	28941	29,0 %
Sentralsykehus	23036	25027	26640	28084	21,9 %
Fylk.syk m ssf	23774	25901	26910	27843	17,1 %
Lokalsykehus	23395	24955	26639	27522	17,6 %
Lok.syk. med red f	21899	24534	24765	25128	14,7 %
Gjennomsnitt (veid)	22908	25287	26818	27692	20,9 %

Det er store forskjeller mellom de ulike typene sykehus. Veksten i kostnad pr DRG-poeng ved regionsykehusene er på 29 prosent, og ved sentralsykehusene på nær 22 prosent fra 1995 til 1998. For de øvrige sykehusetypene var det imidlertid ikke store avvik mellom utvikling i enhetspris og kostnadsnivå. I de minste lokalsykehusene var veksten i kostnad pr korrigert DRG-poeng lavere enn vekst i enhetspris. Gjennomsnittstallene i tabell 3.7 dekker imidlertid over betydelige variasjoner innen de enkelte gruppene av sykehus.

3.8.8 Regionsykehusenes særskilte situasjon

Sosial- og helsedepartementet vurderer det slik at det kan være forhold i finansierungsordningen som systematisk gjør at regionsykehus kommer dårligere

ut. Vektene for den enkelte DRG er basert på kostnadskalkyler som tar hensyn til ressursforbruket, f.eks. gjennomsnittlig liggetid, gjennomsnittlig medisinering og gjennomsnittlig røntgenbruk. Vektene er imidlertid basert på standard gjennomsnittsverdier for ressursforbruket. Systematiske avvik fra disse standardene, f.eks. ved at pasientene systematisk ligge lengre eller systematisk krever mer ressurser enn standardene, må finansieres i tillegg til DRG-refusjonen.

Analyser av dataene for de somatiske sykehusene gir klare indikasjoner på at det er forskjeller som finansieringen totalt må ta høyde for.

Store sykehus med høy DRG-indeks har gjennomgående høyere kostnadsnivå enn DRG-indeksen skulle tilsi. Dette kan tyde på at de sykehusene som har høyest DRG-indeks også gjennomgående har de tyngste pasientene innen hver DRG.

Kostnadsnivået samvarierer med behandlingstilbudet (antall DRGer). Jo flere DRGer, jo høyere kostnadsnivå.

Sosial- og helsedepartementet legger til grunn at de påpekte forskjellene i kostnadsnivå oppstår først og fremst som en følge av funksjonsfordeling, spesialisering og dimensjonering av sykehus. En vesentlig del av korrigeringen av finansieringssystemet må slik sett gjøres gjennom finansieringsordningene mellom fylkeskommune og det enkelte sykehus. Her er imidlertid et viktig unntak og det gjelder regionsykehusene. Disse er pålagt visse funksjoner fra statens side for å ivareta høyspesialisert medisin. Dette er også noe av bakgrunnen for at staten yter tilskudd til regionsykehus.

Regionsykehusstilskuddet har imidlertid ikke blitt justert for de volumendringer som finner sted i pasientbehandlingen. Sosial- og helsedepartementet vil derfor foreslå at dette tilskuddet systematisk justeres med basis i planlagt aktivitetsøkning i statsbudsjettet.

Sosial- og helsedepartementet legger til grunn at regionsykehusene har kommet i en vanskelig situasjon med en kostnadsøkning som finansieringssystemet ikke har tatt høyde for. Dette gjelder ikke bare de fylkeskommunale regionsykehus, men også Rikshospitalet/Radiumhospitalet. Problemene med finansieringen av denne synes å bunne i flere forhold:

- Den delen av regionsykehusstilskuddet som er tenkt som et subsidieelement av kostnadskrevende medisin, blir ikke volumjustert i takt med økningen i pasientbehandlingen.
- Det kommer nye kostnadskrevende implantater, medisinsk utstyr og medisiner som disse sykehusene har et særskilt ansvar for å ta i bruk i første rekke.
- Prisjusteringen i gjestepasientordningen generelt har vært lavere enn prisjusteringen i ISF, og dermed ligget tilbake for kostnadsutviklingen i regionsykehusene.

3.9 Spesielt om kreftbehandling

Tilbakemeldingen fra sykehusenes kreftavdelinger tyder på at DRG-systemet ikke fanger opp de store utgiftsvariasjonene som er i moderne kjemoterapibehandling.

Det er allerede utviklet en løsning i DRG-systemet som vil gi mer differensiert refusjon avhengig av hvilket behandlingsregime som gis. Løsningen vil

innebære at sykehus med dyr kjemoterapi vil få høyere refusjon. Sosial- og helsedepartementet mener at det haster å få på plass en slik løsning, og foreslår å iverksette dette for 2000.

3.10 Konklusjon

Referansegruppens gjennomgang av det foreliggende materialet peker på at hovedproblemet er manglende «basisfinansiering» av veksten i pasientbehandling. De frie inntekter for fylkeskommunene har gått ned etter 1997, mens det samtidig har vært en målsetting å øke aktiviteten i sykehusene. Det er et manglende samsvar mellom den planlagte veksten og grunnlaget for denne i de frie inntektene. Men analysene viser også at det er en vekst i sykehusenes aktivitet som ikke er planlagt. Det er ikke funnet noe sprik mellom utviklingen i enhetsprisen i ISF-ordningen og kostnadsutviklingen i sykehusene. Nivået på ISF-refusjonene synes i hovedsak å være riktige. Det kan likevel for enkelte sykehus med mange ressurskrevende pasienter være et problem at refusjonene er basert på gjennomsnittspriser. Det kan også være et problem at den teknologiske utviklingen kan ligge foran nivået på DRG-indeksen. Men det synes som om nivået på refusjoner rettet mot den enkelte fylkeskommune for de fleste har truffet noenlunde bra. Det synes likevel dokumentert at regionsykehusene kan ha kostnadsulemper som ikke finansieringssystemet fanger opp i tilstrekkelig grad.

4 Bedre ressursbruk og styring

For Sosial- og helsedepartementet er det et overordnet mål at sykehusenes tjenester skal leveres med kvalitet, effektivitet og service og med lojalitet til rammer og retningslinjer i en solidarisk fordelingspolitikk. Med dette som utgangspunkt mener departementet at det bør erkjennes at man i dag ikke har den mest effektive styringsform og det beste styringssystemet. Styringen er krevende for alle aktørene i sykehussektoren, men samtidig kan ikke dette være en unnskyldning for den situasjonen som er oppstått. Eksempler på forhold som skaper store utfordringer er mange. Det pekes ofte på at flere forvaltningsnivåer er involvert i den samlede helsetjeneste. Videre at sykehusene er store og meget komplekse organisasjoner.

For å lykkes med en solidarisk og effektiv helsetjeneste må sykehussektoren ha gode styringsformer og styringssystemer. *Sosial- og helsedepartementet vil i lys av senere års erfaringer, herunder vurdering av de forhold som ligger bak forslagene som fremmes i denne proposisjonen, komme tilbake til Stortinget med forslag om tiltak som kan forbedre dagens styringsform og styringssystemer.*

Utgangspunktet for det videre arbeidet vil være dagens målsetting om at hele befolkningen, uavhengig av økonomisk og sosial situasjon, skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester. Dette skal være et offentlig ansvar. Det vil også være et offentlig ansvar å etablere systemer og planer og at helsevesenet får de nødvendige ressurser. Departementet legger til grunn at offentlig eide sykehus også framover skal være de dominerende tjenesteyterne i sykehussektoren. Men innenfor offentlig fastsatt mål og rammeverk kan det, slik tilfellet også er i dag, gjøres bruk av private tjenesteytere. Det kan dreie seg om de medisinske tjenestene, eller om ulike støttefunksjoner. Det overordnede hensynet må være at det ytes gode og effektive helsetjenester. For å ivareta dette formålet, må det også være rom for å bruke anbuds- og konkurranseteknikker. Departementet mener at det ikke er noen motstrid mellom offentlig ansvar og det at både offentlige og private ressurser brukes for å realisere målene som settes innenfor dette ansvaret.

I denne sammenheng kan det også forventes av fylkeskommunene i sin etterspørsel ikke tar for gitt at egne sykehus skal levere de aktuelle tjenestene. Det bør kontinuerlig vurderes om andre sykehus enn fylkeskommunenes egne kan levere tjenestene bedre og billigere.

Fylkeskommunene bør også vurdere å kjøpe helsetjenester i utlandet når disse er bedre og billigere.

I det videre arbeid vil departementet legge vekt på at ansvarsforhold klargjøres. Det vil si at det gjøres klart og tydelig hvilket ansvar som ligger på de ulike forvaltningsnivåene, på sykehuseierne og på selve sykehusene. Men at det da legges vekt på at de ansvarlige får vide fullmakter og handlingsmuligheter til å bære dette ansvaret. Ansvarliggjøring vil også være en viktig retningslinje i det videre arbeidet. Det må utvikles et engasjement i sykehussektoren, der det reageres med positive tiltak og tilbakemeldinger når sykehus lykkes i forhold til satte mål, men at det også på en mer konsekvent måte enn i dag reageres med korrigerende tiltak når mål ikke nås.

Arbeidet med denne proposisjonen har skjedd i dialog med Kommunenes Sentralforbund, fylkeskommunene og sykehusene. Også i det videre arbeidet vil slik dialog bli vektlagt.

5 Økonomiske tiltak

5.1 Behovet for økonomiske tiltak

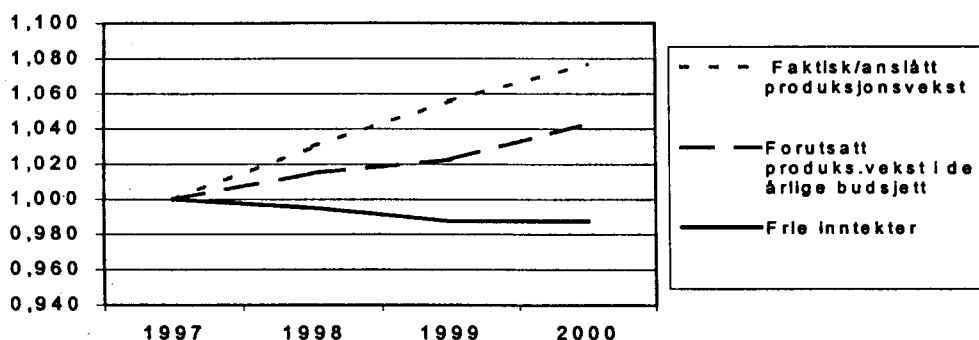
Siden 1997, som er året da den innsatsstyrte finansiering av sykehusene startet opp, er fylkeskommunenes driftsresultat svekket med ca 2 mrd.kr. Samlet hadde fylkeskommunene utenom Oslo i 1999 et netto driftsunderskudd på over 500 mill. kroner.

Analysen viser at det er forskjeller mellom de enkelte fylkeskommuner og at de økonomiske problemene har flere årsaker. Generelt utgjør imidlertid sykehusene en stor del av fylkeskommunenes økonomi, og sykehusenes økonomi kan ikke sees isolert fra fylkeskommunens. Ved inngangen til år 2000 står sykehusene overfor alvorlige økonomiske problemer.

Det har over tid utviklet seg et gap mellom sykehusenes kostnader ved økt pasientbehandling og fylkeskommunenes inntektsgrunnlag for å finansiere disse. Referansegruppen har anslått at fylkeskommunenes egenfinansiering av planlagt aktivitetsvekst for år 2000 alene beløper seg til ca. 700 mill. kroner. Regjeringens forslag til tiltak tar utgangspunkt i dette. Regjeringen mener at det er behov for en mer omfattende vurdering av sykehusenes organisasjons- og styringsmodeller. Situasjonen er imidlertid slik at en ikke kan vente på en mer grundig gjennomgang. Aktivitetstallene for 1999 er dessuten blitt høyere enn hva som ble lagt til grunn i St.prp. nr. 1 (1999-2000), med tilhørende konsekvenser for statsbudsjettet for år 2000. Av disse grunner foreslår regjeringen en tilleggsbevilgning til sykehussektoren allerede nå.

Det er ikke mulig å tallfeste presist den avstand som har oppstått mellom kostnadene ved økt pasientbehandling og fylkeskommunenes forutsetninger for å finansiere denne. Oppstillingene i referansegruppens rapport kan likevel tjene som en illustrasjon, og det vil bli referert til disse oppstillingene i det følgende.

Figur 5.1 illustrerer tre forhold. For det første en nedgang i fylkeskommunenes frie inntekter i faste priser og korrigert for oppgaveendringer (nederste kurve) fra 1997 til 2000. Dernest den faktiske aktiviteten i sykehus for samme periode (øverste kurve). Kurven i midten viser den aktivitetsveksten som er lagt til grunn i St.prp. nr. 1 de respektive år. Tallene i figuren er basert på aktivitetstall pr 2. tertial 1999.



Figur 5.1 Utvikling i fylkeskommunenes frie inntekter i faste priser, forutsatt og anslått aktivitetsvekst i sykehus. Indeks 1997=100.

Figuren illustrerer et tiltakende misforhold mellom utviklingen i fylkeskommunenes frie inntekter og aktivitetsutviklingen i sykehus. Nedgangen i de frie inntektene til fylkeskommunene har alene vært anslagsvis 600 mill. kroner siden 1997. Regnskapene viser at fylkeskommunene ikke har klart å frigjøre nok ressurser gjennom omstilling og effektivisering til å unngå at dette har medført en betydelig regnskapsmessig svekkelse. I 1998 hadde fylkeskommunene utenom Oslo 240 mill. kroner i overskudd, mens Oslo hadde knapt 1,7 mrd. kroner alene. For 1999 ligger det som nevnt an til et negativt netto driftsresultat for fylkeskommunene samlet på ca. 500 mill. kroner. Foreløpige tall pr 15 mars viser at 10 fylkeskommuner kommer ut med negativt driftsresultat i 1999, og 16 fylkeskommuner har hatt negativt driftsresultat minst 1 gang de siste 2 årene.

Figur 5.1 viser også at den faktiske aktivitetsutviklingen ble vesentlig høyere både i 1998 og 1999 sammenliknet med budsjettforutsetningene for de enkelte år.

Referansegruppen har forsøkt å illustrere det finansielle gapet i figur 5.1. Disse oppstillingene tar utgangspunkt i at aktivitetsøkninger i sykehusene må finansieres, enten gjennom fylkeskommunens frie inntekter, statlige refusjonsordninger eller frigjorte midler gjennom effektivisering. De aktivitetene som er lagt til grunn for illustrasjonen er:

- Behandling ved innleggelse, ISF.
- Poliklinisk behandling.
- Særskilt kostnadskrevende behandling (regionsykehusfunksjoner).

I henhold til disse oppstillingene er det ved inngangen til år 2000 illustrert en avstand mellom kostnadene ved økt pasientbehandling og fylkeskommunenes økonomiske grunnlag til å finansiere disse på om lag 1,4 mrd. kr. Forklaringen er todelt. Fylkeskommunene må egenfinansiere aktivitetsvekst i sykehusene. Med egenfinansiering menes her finansiering av kostnader ved sykehusdrift som ikke er dekket opp gjennom ISF-ordningen, poliklinikkrefusjoner, egenandeler og regionsykehustilskudd. Grovt sett dekker disse inntektene mellom 50 og 60 pst av kostnadene. Den resterende delen må fylkeskommunene selv dekke av de frie inntektene fra skatter og rammetilskudd gjennom inntektssystemet. Den andre delen av forklaringen er at fylkeskommunenes frie inntekter har gått ned reelt med om lag ca. 600 mill. kroner siden 1997. Videre vil den planlagte aktivitetsveksten i år 2000 i tillegg kunne fordre ca. 700 mill. kroner i fylkeskommunal egenfinansiering. De frie inntektene forutsettes å være omtrent reelt uendret fra 1999 til 2000.

Referansegruppen konkluderer med at det under visse forutsetninger kan illustreres en avstand mellom kostnadene ved økt pasientbehandling fra 1997 til 2000 og fylkeskommunenes økonomiske inntektsgrunnlag til å dekke disse kostnadene på i alt om lag 2,1 mrd. kroner. Fylkeskommunene har ikke maktet å omstille og effektivisere nok til å unngå at dette har medført en finansiell ubalanse.

5.2 Regjeringens vurdering av behov

Regjeringen legger til grunn at den økonomiske situasjonen i sykehusene er alvorlig. De siste tallene fra sykehusene viser at det har vært en større aktivitetsvekst i 1999 enn det som er lagt til grunn i budsjettet. Det viser seg at det opprinnelige aktivitetsnivået som var planlagt i budsjettet for 2000 ble nådd allerede i 1999. Regjeringen vil holde fast på målet om to prosent aktivitetsvekst for 2000, målt ut fra det nye, høyere nivået.

Med de økonomiske rammer som ble lagt til grunn da 2000-budsjettet ble vedtatt, vil det være svært vanskelig å unngå budsjettmessige tilpasninger som vil ramme pasientene. Da vil det heller ikke være grunnlag for å realisere en ambisjon om 2 pst vekst i pasientbehandlingen i år 2000. En fullfinansiering av aktivitetsveksten i 2000 vil alene forandre en tilleggsbevilgning på ca 700 mill. kroner ifølge referansegruppens oppstillinger. Dette er bakgrunnen for at regjeringen nå fremmer forslag om ekstraordinære økonomiske tiltak.

Selv om fylkeskommunene og sykehusenes økonomi er integrert, er tiltakene her først og fremst rettet inn mot sykehusenes situasjon.

Regjeringen legger til grunn at sektoren selv må ta et delansvar for den vanskelige økonomiske situasjonen som er oppstått. En statlig inndeckning av det påviste gapet vil kunne undergrave de ansvars- og styringsprinsipp som er gjort gjeldende for helsesektoren. Regjeringen vil peke på at det er fylkeskommunenes ansvar å tilpasse driften til de inntektsrammer som følger av de årlige statsbudsjett. I statsbudsjettforslagene fra Sosial- og helsedepartementet, og Kommunal- og regionaldepartementet for 1999, var det sagt at kommunesektoren gjennom omprioriteringer og effektivisering måtte frigjøre ressurser til satsingsområdene. Foreløpige regnskapstall for 1999 tyder på at dette ikke har skjedd i tilstrekkelig grad til å hindre tiltakende finansiell ubalanse. Forskningsrapportene peker imidlertid også på enkelte forhold ved finansieringsordningen rettet mot regionsykehusene som kan forklare noe av den vanskelige økonomiske situasjonen. Ut fra en samlet vurdering fremmes det i denne proposisjonen forslag om tilleggsbevilgning på i alt 1.250 mill. kroner.

510 mill. kroner av bevilgningen gjelder nødvendig tilleggsbevilgning for å dekke opp for høyere aktivitet i 1999 enn tidligere forutsatt. 230 mill. kroner av dette beløpet gjelder endelig avregning for aktivitetsåret 1999, og vil komme til utbetaling i mai. Det høyere aktivitetsnivået i 1999 er forutsatt videreført og økt i 2000. Bevilgningen for innsatsstyrt finansiering foreslås derfor i tillegg økt med 280 mill. kroner som følge av dette.

I den grad fylkeskommunene ikke har regnet med merinntektene på 230 mill. kroner for aktivitetsåret 1999, er den reelle underskuddssituasjonen i 1999 ca. 270 mill. kroner og ikke 500 mill. kroner som regnskapene i kapittel 2 indikerer.

740 mill.kr av bevilgningen foreslås rettet inn mot å bedre sykehusenes økonomiske situasjon i inneværende år slik at den forutsatte veksten i pasientbehandlingen på 2 pst. kan nås. Av dette bevilges 240 mill.kroner som en styrking av de frie inntektene, og 500 mill. kroner til styrking av de øremerkede tilskudd mot sykehusene.

Referansegruppens rapport illustrerer et behov på ca. 700 mill. kroner for å fullfinansiere hele den planlagte aktivitetsveksten i år 2000. En tilleggsbevilgning på 740 mill. kroner for å styrke sykehusenes økonomi gir slik sett

dekning for dette. Den samlede bevilgning er imidlertid ikke tilstrekkelig til å rette opp den vanskelige økonomiske situasjonen som er oppstått i mange fylkeskommuner. Skal en unngå tiltakende finansiell ubalanse i fylkeskommunene, krever det både omstilling og effektivisering samt styring av aktivitetsutviklingen i sykehusene.

5.3 Nærmere om innretningen på de økonomiske tiltak for å styrke sykehusenes økonomi

I referansegruppens rapport er det pekt på flere forhold som bør ivaretas gjennom en eventuell tilleggsbevilgning.

Av disse vil Sosial- og helsedepartementet fremheve:

- Behovet for å prisjustere alle tilskudd fra staten. Spesielt er det pekt på manglende prisjustering av regionsykehustilskudd og poliklinikketakster.
- Behovet for å heve nivået på regionsykehustilskuddet, samt å foreta volumjustering på fremtidige bevilgninger.
- Behovet for å lette på krypreglene slik at sykehusene får økonomisk uttelling for å behandle ressurskrevende pasienter.

Sosial- og helsedepartementet foreslår derfor følgende innretning på de 740 mill.kr som skal styrke sykehusenes økonomi:

1. De frie inntektene til fylkeskommunene foreslås styrket med i alt 240 millioner kroner fordelt ved inntektssystemets kriterier .
2. Kryptaket heves med ytterligere en prosent gjeldende fra 1. januar 2000. Parallelt iverksettes forsterket kontrollordning med utbetalingsgrunnlaget. For dette formål foreslås 100 mill. kroner som tilleggsbevilgning hvorav 98 mill. kroner over kap 730, post 60 for å dekke økte ISF-utbetalinger og 2 mill. kroner over kap 739, post 21, for å finansiere driften av et forsterket kontrollapparat.
3. For å sette i verk de nødvendige endringer i innsatsstyrt finansiering med hensyn til kreftbehandling foreslås det å øke bevilgningen til dette formål med 30 mill kroner under kap 730, post 60.
4. Poliklinikketakstene justeres opp med 2,8 pst., i takt med forutsatt prisvekst i kommuneopplegget. Det foreslås derfor en tilleggsbevilgning på 80 mill. kroner på kap 730, post 61 for å ta høyde for dette.
5. Regionsykehustilskuddet, kap 730, post 62 , tilleggsbevilges med i alt 250 mill. kroner. Derav 97 mill. kroner for å videreføre 1999 bevilgningen og 153 mill. kroner for å avhjelpe regionsykehusenes økonomiske situasjon.
6. Rikshospitalets statstilskudd foreslås økt med 40 mill. kroner med samme begrunnelse som regionsykehustilskuddet. Det foreslås derfor å tilleggsbevilge kap 731, post 50 med 40 mill. kroner.

Sosial- og helsedepartementet legger til grunn at sykehusenes økonomiske situasjon gjennom denne tilleggsbevilgningen blir vesentlig forbedret og at det er lagt grunnlag for en samlet vekst i år 2000 på 2 pst. i sykehusenes behandlingsaktivitet.

5.4 Bevilgningsbehov som følge av høyere aktivitet i 1999

På grunnlag av de innrapporterte aktivitetstallene fra sykehusene anslår Sosial- og helsedepartementet nå at utbetalingene til innsatsstyrt finansiering for 1999 blir 230 mill kroner høyere enn anslaget i St.prp. nr. 1 (1999-2000). Sosial- og helsedepartementet gjennomgår nå årsoppgjøret med sikte på å kontrollere at utbetalingene skjer etter reell aktivitetsvekst og i tråd med retningslinjene for ordningen. Anslaget vil derfor kunne justeres. Det betyr at aktivitetsveksten for 1999 er blitt høyere enn anslaget basert på tall fra 2. tertial 1999. En høyere aktivitet i 1999 fører videre til at nivået på utbetalingene i innsatsstyrt finansiering for aktiviteten i år 2000 øker med 230 mill kroner.

I tillegg kommer et behov på 50 mill. kroner som følge av en økning i DRG-indeksen utover prognosen som lå til grunn i St.prp. nr. 1 (1999-2000).

Samlet er det på dette grunnlag et bevilgningsbehov på 510 mill kroner på kap 730, post 60. Dette er en nødvendig merutbetaling som følge av høyere aktivitet enn tidligere anslag.

Sosial- og helsedepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om sykehusøkonomi og budsjett 2000 og om økning av bevilgninger på statsbudsjettet for 2000 under kap 572, 730, 731 og 739.

Vi HARALD, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre økning på statsbudsjettet for 2000 i samsvar med et framlagt forslag.

Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet ligger ved.

Forslag til vedtak om endringer i statsbudsjettet for 2000

I.

Utgifter:

Kap.	Pos t	Formål	Kroner
572		Rammetilskudd til fylkeskommuner	
	60	Innbyggertilskudd/utgiftsutjevning, <i>økes med</i>	240 000 000
		fra kr 15 168 643 000 til kr 15 408 643 000	
730		Fylkeskommunenes helsetjeneste	
	60	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning, økes med</i>	638 000 000
		fra kr 10 995 000 000 til kr 11 633 000 000	
	61	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus, m.v., <i>økes med</i>	80 000 000
		fra kr 2 945 500 000 til kr 3 025 500 000	
	62	Tilskudd til regionsykehus, <i>økes med</i>	250 000 000
		fra kr 1 531 900 000 til kr 1 781 900 000	
731		Rikshospitalet	
	50	Statstilskudd, <i>økes med</i>	40 000 000
		fra kr 1 122 400 000 til kr 1 162 400 000	
739		Andre utgifter	
	21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>økes med</i>	2 000 000
		fra kr 68 500 000 til kr 70 500 000	

=====