
En gjennomgang av sykehusenes økonomi

*Rapport fra referansegruppe med representanter fra
Sosial- og helsedepartementet, Finansdepartementet,
Kommunal- og regionaldepartementet, Kommunenes
Sentralforbund, fylkeskommuner og sykehus*

16. mars 2000

EN GJENNOMGANG AV SYKEHUSENES ØKONOMI.....	1
16. MARS 2000.....	1
1 INNLEDNING OG HOVEDPUNKTER	4
1.1 INNHOLD.....	4
1.2 BAKGRUNN.....	4
1.3 ORGANISERINGEN AV ARBEIDET	5
1.4 OM SYKEHUSENES ØKONOMI UNDER BEHANDLINGEN AV STATSBU DSJETTET FOR 2000.....	5
2 ØKONOMISK UTVIKLING FOR FYLKESKOMMUNENE OG SYKEHUSENE	8
2.1 SYKEHUSØKONOMIEN SOM EN INTEGRERT DEL AV FYLKESKOMMUNENS ØKONOMI.....	8
2.2 NOEN INDIKATORER FOR DEN ØKONOMISKE UTVIKLINGEN I FYLKESKOMMUNENE.....	9
2.3 PREMISSE FOR FYLKESKOMMUNENS ØKONOMI I BUDSJETTET FOR 2000.....	12
2.3.1 <i>Grunnlag for vekstsanslaget til St. prp. 1 (1999-2000)</i>	12
2.3.2 <i>Ny informasjon etter fremleggelsen av statsbudsjettet for 2000</i>	13
2.3.3 OPPSUMMERING AV UTVIKLINGSTREKKENE 1997-2000	14
2.4 HVA HAR SKJEDD I SAMMENSETNINGEN AV DET FYLKESKOMMUNALE TJENESTETILBUD.....	14
2.5 SYKEHUSENES ØKONOMI, BELYST GJENNOM REGNSKAP OG BUDSJETT	15
2.5.1 <i>Avvik mellom budsjett og regnskap</i>	16
2.5.2 <i>Budsjettet som plandokument</i>	16
2.5.3 <i>Fylkeskommunens budsjettoppfølging</i>	17
2.6 KOSTNADSDRIVENDE FAKTORER I SYKEHUSØKONOMIEN	17
2.6.1 <i>Lønnsutgiftene</i>	18
2.6.2 <i>Kostnadskrevende utstyr, implantater og medikamenter</i>	18
2.6.3 <i>Økt pasienttyngde</i>	19
2.6.4 <i>Økt pasientvolum</i>	21
2.6.5 <i>Flere oppgaver innen utdanning og opplæring</i>	22
2.7 EFFEKTIVITETSUTVIKLINGEN I SYKEHUSENE	23
2.8 TOTALVURDERING AV DEN ØKONOMISKE SITUASJONEN	24
3 BESKRIVELSE OG DRØFTING AV FINANSIERINGSSYSTEMET	25
3.1 OM HELHETEN I ANSVARS-, FINANSIERINGS- OG STYRINGSSYSTEMET.	25
3.2 OVERSIKT OVER DE ULIKE FINANSIERINGSKILDENE	26
3.2.1 <i>Utviklingen i de viktigste øremerkede tilskudd til somatiske sykehus</i>	27
3.2.2 <i>Prinsipper for innsatsstyrt finansiering</i>	28
3.2.3 <i>Beskrivelse av ressursutviklingen i ISF</i>	29
3.3 EVALUERING AV MULIGE VRIDNINGSEFFEKTER I PASIENTBEHANDLINGEN	31
3.4 HVORDAN ANVENDES ISF I FYLKESKOMMUNENE OG I SYKEHUSENE?	32
3.5 NÆRMERE OM POLIKLINISKE REFUSJONER	33
3.6 NÆRMERE OM REGIONSYKEHUSTILSKUDET	35
3.7 GJESTEPASIENTORDNINGEN	36
3.8 DRØFTING AV FINANSIERINGSSYSTEMET UTFORMING OG FORVALTNING	37
3.8.1 <i>Behov for rullerende oppdatering av DRG-systemet</i>	38
3.8.2 <i>Om forutsigbarhet i rammebetingelsene</i>	38
3.8.3 <i>Muligheter for å øke forutsigbarheten i ISF</i>	39
3.8.4 <i>Behov for kontroll og overvåking</i>	40
3.8.5 <i>Hvordan endringer i refusjonssystemet skal håndteres</i>	41
3.8.6 <i>Krypregler og konsekvenser av endringer i disse</i>	41
3.8.7 <i>Enhetsprisen i forhold til enhetskostnadene</i>	44
3.8.8 <i>Regionsykehusenes særskilte situasjon</i>	46
3.9 SPESIELT OM KREFTBEHANDLING.....	47
4. HVORDAN LEGGE TIL RETTE FOR BEDRE STYRING I SYKEHUSEKTOREN	

4.1	BESKRIVELSE AV DET FORMELLE SYSTEMET	47
4.1.1	<i>Staten</i>	47
4.1.2	<i>Fylkeskommunen</i>	47
4.1.3	<i>Sykehusene</i>	48
4.2	HVORDAN FUNGERER STYRINGSSYSTEMET, SETT I FORHOLD TIL FINANSIERINGSPROBLEMATIKKEN?.....	48
4.2.1	<i>Stat – fylkeskommune</i>	48
4.2.2	<i>Fylkeskommune – sykehus</i>	49
4.2.3	<i>Styring i sykehus</i>	49
4.3	FORBEDRINGSTILTAK	50
4.3.1	<i>Konsultasjonsordning om finansieringssystemet må styrkes</i>	50
4.3.2	<i>Sykehuseiers styringsdialog</i>	51
4.3.3	<i>Personellressurser</i>	51
4.3.4	<i>Arbeidsgiversamarbeid</i>	51
5	VURDERINGER AV BUDSJETTMESSIGE TILTAK.....	51
5.1	VURDERING AV SAMLET BEHOV FOR ØKONOMISKE TILTAK.....	51
5.1.1	<i>Nedgangen i de frie inntektene i perioden 1997 til 1999</i>	53
5.1.2	<i>Fylkeskommunal egenfinansiering av aktivitetsveksten i sykehusene 1997-1999</i> . 54	
5.1.3	<i>Fylkeskommunal egenfinansiering for å finansiere planlagt aktivitetsvekst i år 2000</i> 55	
5.1.4	<i>Samlet beregning av behov og drøfting av forutsetninger</i>	56
5.2	INNRETNING PÅ DE ØKONOMISKE TILTAK	57

1 Innledning og hovedpunkter

1.1 Innhold

Referansegruppa, som består av representanter for Sosial- og helsedepartementet, Finansdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, fylkeskommunene sentralt, sykehusene og Kommunenes Sentralforbund, legger med dette fram sin rapport som et vedlegg til proposisjon til Stortinget om det økonomiske grunnlaget for driften av sykehusene for 2000. I rapporten gis en bred gjennomgang av sentrale problemstillinger knyttet til fylkeskommunenes økonomiske rammebetingelser for sykehusdriften. Referansegruppa legger her også fram forslag til tiltak. Se kap 5 for de konkrete forslag til tiltak.

Referansegruppa har hatt følgende medlemmer:

Gunnar Gussgard, Kari Rolstad, Rune Bye, Ulf Engh, Knut Pihl, Børge Wahl, Johnny Stiansen, Anne Grette, Bjørn Hesthammar, Marit Hamkoll, Egil Haugland, Astrid Eidsvik, Jørn Jacobsen, Hans Knut Hauge, Olav Slåttebrekk, Eivind Dale, Cathrine Meland. Referansegruppen har vært ledet av departementsråd i Sosial- og helsedepartementet, Anne Kari Lande Hasle.

1.2 Bakgrunn

Satsingen på sykehusene de siste årene har gitt gode resultater. Økt kapasitet har ført til at norske sykehus behandler flere pasienter enn noen gang tidligere. De første resultatene fra evalueringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) viser en økning i effektiviteten i norske sykehus. Antall brudd på ventelistegarantien har gått ned, særlig i 1998. Den har stabilisert seg på et lavere nivå, og i 1999 ligger antall brudd på ventelistegarantien på ca. 6000 for alle tre registreringstertialene. For pasienter uten garanti har ventetiden økt noe.

Sykehusene er komplekse organisasjoner, som stiller store krav til så vel driftsledelse som eierskap. Dette er en utfordring både for staten og fylkeskommunene. Den medisinske utviklingen gjør det mulig å tilby stadig flere adekvat behandling, samtidig som presset på de økonomiske ressursene øker. Sykdommer som ikke var mulige å behandle for få år siden, kan nå behandles med moderne medisinsk kompetanse og utstyr. På mange områder ligger Norge lagt framme i medisinsk utvikling.

Pasientene blir i stadig større grad bevisst sine rettigheter, og stiller krav til helsepersonell på sykehusene. Stortinget vedtok i løpet av 1999 fire ny lover for helsetjenesten, spesialisthelsetjenesteloven, psykiatriloven, helsepersonelloven og pasientrettighetsloven. Samlet tyder mange trekk på at helse-Norge i det store og hele er på rett vei, men det er mange utfordringer som det må gripes fatt i.

Fylkeskommunene har som sykehuseier fulgt opp de nasjonale målsettinger om økt aktivitet og behandlingsgarantier. Fylkeskommunene og sykehusene opplever å være under dobbelt press, - på den ene siden ønsker en å følge opp nasjonale mål

om å øke pasientbehandlingen, redusere ventelister og innfri pasienters rettigheter, gi behandling med god kvalitet, - på den andre siden er ressursene begrenset. Det har vist seg at fylkeskommunene og sykehusene ikke har hatt god nok økonomi til å bære den veksten som har vært i sykehusenes aktivitet.

1.3 Organiseringen av arbeidet

Arbeidet med denne rapporten har vært et samarbeidsprosjekt mellom Sosial- og helsedepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Finansdepartementet, Kommunenes Sentralforbund, representanter for fylkeskommunene og sykehusene og de helsefaglige forskningsmiljøene. Hensikten er å komme fram til en felles forståelse av virkeligheten, og finne tiltak for å møte de utfordringer helsevesenet i Norge står overfor i årene framover. Det har vært et godt samarbeid, som har lagt et grunnlag for konstruktive tiltak. 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. Deres arbeid har vært et godt grunnlag for analysene i denne rapporten. Gruppen har hatt til sammen 5 møter. Siste møte var 7. mars 2000. Arbeidet med rapporten er avsluttet 16. mars, noe som har ført til korte høringsfrister for medlemmene av referansegruppen.

1.4 Om sykehusenes økonomi under behandlingen av statsbudsjettet for 2000

Regjeringen la i St.prp. nr 1 (1999-2000) til grunn en målsetting om å øke behandlingsaktiviteten med 2 prosent i år 2000. Under behandlingen av statsbudsjettet høsten 1999 reiste Stortinget kritiske spørsmål til om det var mulig å nå denne målsettingen. Bakgrunnen var signaler om at sykehusene ville få store underskudd for 1999, og at den samlede økonomien til fylkeskommunene var svekket i forhold til tidligere år. Det ble stilt spørsmål om de økonomiske ressursene var tilstrekkelige til å bære kravet om en aktivitetsvekst på 2 prosent.

Et flertall i Sosialkomiteen la fram følgende merknad i Budsjettinnst. 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 partnesskap 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.”

Helseministeren varslet under debatten i Stortinget 14.10.1999 en bred gjennomgang av sykehusenes økonomi. Han sa at han ville komme tilbake til Stortinget med en tilbakemelding om sykehusenes økonomi i god tid før revidert nasjonalbudsjett våren 2000. Denne rapporten utgjør et viktig grunnlag for stortingsproposisjonen.

1.5 Stortingets tidligere behandling og vedtak angående finansiering av sykehusene

Innsatsstyrt finansiering ble foreslått og vedtatt av Stortinget i forbindelse med behandlingen av St.meld. nr.44 (1995-96) *Om ventetidsgarantien – kriterier og finansiering*. Hovedmålsettingen var å gi flere pasienter raskere behandling enten ved innleggelse eller gjennom poliklinisk konsultasjon, dagbehandling og dagkirurgi. Bakgrunnen var at rammefinansieringsordningen ikke ga tilstrekkelig insentiv for økt pasientbehandling. Ordningen skulle gjelde for inneliggende pasienter. Den innsatsstyrte finansieringen av sykehus skulle ivareta de positive sidene ved et rammetilskudd samtidig som det ble innført aktivitetsbasert finansiering, basert på det såkalte DRG-systemet (Diagnose-Relaterte-Grupper). En nærmere spesifisering av finansieringsordningen ble foreslått og vedtatt i forbindelse med behandlingen av St. prp. Nr 1 (1996-97). Innsatsstyrt finansiering ble innført fra 1.7.1997. Det første året dekket fylkeskommunene 70 prosent og staten 30 prosent av DRG-refusjonen. Statens andel ble økt til 45 prosent i 1998 og 50 prosent i 1999.

Ordningen har nå virket i vel 2 år. Den faktiske aktivitetsveksten fra 1995 til 1998 målt ved innlagte pasienter var på 8,3 prosent. Den gjennomsnittlige aktivitetsveksten fra 1995 til 1998 var på 2,8 prosent hvert år. Foreløpige tall for 1999 indikerer en vekst på 2,5 prosent.

Utredningsarbeidet bak de problemstillinger som denne stortingsproposisjonen reiser, har hatt som utgangspunkt at fylkeskommunen har og skal fortsatt ha en helt sentral rolle i forvaltningen av helseressursene. I det nåværende systemet for finansiering av sykehusene, blir fylkeskommunene tilført midler både gjennom rammetilskuddet og gjennom innsatsstyrt finansiering. Sykehusenes økonomi kan ikke sees isolert fra den alminnelige fylkeskommunale økonomi. Spesielt når de økonomiske rammebetingelser til fylkeskommunene er krevende, er det en

utfordring for fylkeskommunene å få til en aktivitetsvekst i sykehussektoren. Refusjonen til fylkeskommunene for økt aktivitet ved innsatsstyrt finansiering dekker bare anslagsvis halvparten av kostnadene. En målsetting om en aktivitetsvekst på 2 prosent i sykehusenes pasientbehandling i 2000 reiser spørsmålet om fylkeskommunenes økonomiske rammebetingelser til å kunne delfinansiere den planlagte veksten. Gjennomgangen av den økonomiske utviklingen i fylkeskommunene er derfor et sentralt element i denne rapporten. Rapporten skal ikke gi en full gjennomgang av den fylkeskommunale økonomi og øvrige tjenesteområder.

Referansegruppa har vurdert de finansierings-, og styringsopplegg som ligger til grunn for sykehusøkonomien. Med den tid som har vært til disposisjon, har det ikke vært aktuelt å vurdere større omlegginger av disse systemene. Men det er foretatt vurderinger av mulige tiltak som kan bidra til bedre ressursbruk innenfor rammen.

Aktuelle problemstillinger er om sykehusenes rammebetingelser har den tilstrekkelige forutsigbarhet, om det kan legges bedre til rette for den styring som skal utøves fra nasjonale og fylkeskommunale politiske organer og om det kan gjøres tiltak som legger til rette for bedre bruk av sykehusenes ressurser. Gruppa vil understreke at en fullstendig behandling av disse spørsmålene vil gå langt ut over rammene for arbeidet.

Rapporten konsentrerer seg om tre forhold:

- For det første en vurdering av sykehusenes ressursituasjon og spørsmål om det bør tilføres ytterligere midler til sykehus eller fylkeskommuner i 2000 for at anslaget om to prosent vekst i sykehusenes pasientbehandling skal realiseres.
- For det andre spørsmålet om det bør foretas justeringer i de eksisterende finansieringssystemer for sykehusene. Det er ikke vurdert mer omfattende endringer i dagens hovedsystem. Men det er fremmet forslag om at det bør gjennomføres justeringer, slik at de eksisterende systemer bedre kan ivareta hensynet til at sykehusøkonomien blir med forutsigbar. Slik kan forutsetningene legges bedre til rette for god driftsplanlegging i sykehus og fylkeskommuner. Det må legges opp til at systemet er slik at det gjøres tydelig hvilke økninger/reduksjoner som framlagte eller vedtatte budsjetter innebærer, slik at de politiske beslutningstakerne og øvrige aktører gis et mest mulig realistisk og pedagogisk bilde av implikasjonene i budsjettoppleggene for sykehus og fylkeskommuner. Det sentrale poenget er at budsjett- og økonomipresentasjonene er slik at de som skaper mest mulig riktige og realistiske forventninger.
- For det tredje spørsmålet om hvordan styring i helsetjenesten utøves og en vurdering om det er overordnede tiltak som kan forbedre og støtte opp om styringskvaliteten. Innenfor rammen av de samlede ressurser som stilles til disposisjon er det flere aktører som må utøve styring, blant annet med sikte på at besluttede ressursrammer respekteres, at det foretas prioriteringer mellom ulike delformål, at det gjennomføres tiltak som kan øke effekten av ressursene som brukes mv. Alle disse aktører vil stå overfor styringsmessige utfordringer.

Fylkeskommunen og staten vil som eier og etterspørter av helsetjenester være ansvarlig for basisfinansieringen av sykehusene og vil således spille en viktig rolle i den økonomiske styringen av sykehus. Sykehusledelsene er ansvarlige for styringen av tilgjengelige ressurser, og må blant annet finne former for styringen som gir den tilstrekkelige og riktige dialogen med de faglige miljøene – og da ikke minst sykehusenes medisinske faglige miljøer. At styringen på disse ulike nivåene fungerer, vil være en forutsetning for rasjonell bruk av helsetjenestens ressurser innenfor de politisk fastsatte rammene.

Det vises til at to store endringer, innsatsstyrt finansiering og pasientens frie sykehusvalg, enten er under innføring eller er innført for få år siden. Så store omlegginger vil ikke kunne etableres problemfritt og at det trengs tid for at de nye systemene får satt seg. I fasen som man nå er inne i, legges det derfor stor vekt på å gjennomføre evalueringer slik at nødvendige justeringer kan bli foretatt etterhvert.

2 Økonomisk utvikling for fylkeskommunene og sykehusene

2.1 Sykehusøkonomien som en integrert del av fylkeskommunens økonomi

Helsetjenesten utgjør en stor andel av de totale driftsutgiftene i fylkeskommunene. I 1998 var brutto driftsutgifter til helse på 36,6 milliarder kroner, noe som utgjør ca 60 prosent av brutto driftsutgifter til fylkeskommunene. Fylkeskommunene bruker en økende del av ressursene til helseformål. Utgiftsandelen til helseformål har økt med 2,7 prosentenheter fra 1995 til 1998. Størrelsen på helsesektoren innebærer at endringer i rammebetingelser for sykehussektoren påvirker totaløkonomien for fylkeskommunene. Krevende økonomiske rammer for fylkeskommunene gir tilsvarende krevende økonomiske rammer for sykehusene. Sett andre veien vil stor kostnadsvekst i sykehusene gi problemer i fylkeskommunenes økonomi.

En videre oppdeling av utgiftene til helseformål viser at over 85 pst av utgiftene går til somatisk og psykisk helsevern¹. Det er disse to kapitlene som omhandler sykehusdrift i de fylkeskommunale regnskapene. I 1998 hadde disse to kapitlene brutto driftsutgifter på 31,7 milliarder kroner.

Tabell 2.1 Andel av brutto driftsutgifter for fylkeskommunene, eksklusiv Oslo

	1995	1998

¹ I dette kapitlet vil somatisk og psykisk helsevern .inkl. sykehusdriften være kapittel 1330-39 og 1345-49 i de fylkeskommunale regnskapene. Somatiske spesialtjenester og psykisk helsevern kapittel 1345-349.

Helseformål	57,1	59,8
Herav: Somatiske helsetjenester	41,3	43,0
Samferdselsformål	10,5	9,3
Undervisningsformål	25,8	24,5
Andre sektorer ²	6,6	6,4

Kilde: T.P. Hagen og SSB

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

Fylkeskommunene er en stor arbeidsgiver. I 1998 gikk 57,6 prosent av de totale brutto driftsutgiftene til å dekke lønnskostnadene i sektoren, mens andelen til lønnskostnader innenfor helseformål var på 67,9 prosent. Andelen til lønnskostnader innefor helseformål har økt med 4 prosent poeng i perioden 1995-1998.

Tabell 2.2 Lønn som andel av brutto driftsutgifter eksklusiv overføringer til andre, i somatisk helsetjeneste, psykisk helsevern inkl. sykehusdriften³

Fylkeskommunene	1995	1998
Helseformål	63,9	67,9
Herav: Somatisk helsetj., psykisk helsevern (inkl. sykehusdriften)	64,0	68,3

Kilde: Køi/SSB

Størrelsen på sykehussektoren gjør at en eventuell aktivitetsvekst gir ringvirkninger for den totale fylkeskommunale økonomien. Dersom lønnsveksten i helsesektoren er sterkere enn veksten i kommunesektoren, så vil helsesektoren isolert sett ta en stadig større andel av den totale utgiftsrammen i den fylkeskommunale sektoren.

Omfanget på kommunesektoren tilsier at rammene for sektoren i stor grad vil være påvirket av den generelle finanspolitikken. Rammene for sektoren de siste årene må derfor vurderes i lys av behovet for å føre en relativt stram finanspolitikk.

2.2 Noen indikatorer for den økonomiske utviklingen i fylkeskommunene

Den økonomiske situasjonen for fylkeskommunene må sees i forhold til utviklingen i disponible ressurser, samt vurderes i forhold til de oppgaver som til enhver tid skal ivaretas. En god indikator på den økonomiske situasjonen er driftsresultatet,

² Andre sektorer er kultur, næring og administrasjon.

³ I de fylkeskommunale regnskapene vil overføringer til sykehusinstitusjoner som drives i privat regi føre til at lønnsandelen til helsesektoren blir underestimert. Tallene er korrigert for dette.

både for å vurdere variasjon mellom fylker og for å se på utviklingen mellom fylkene over tid.

Her beskrives den finansielle 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 ved hjelp av følgende indikatorer i tabell 2.3.:

Brutto driftsresultat: Totale driftsinntekter utenom renteinntekter fratrukket totale driftsutgifter utenom renteutgifter

Netto driftsresultat: Brutto driftsresultat fratrukket netto renter og netto avdrag

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

Tabell 2.3 Fylkeskommunene, nøkkeltall for perioden 1994-1999

	1995	1996	1997	1998	1999 ¹
Brutto driftsresultat som prosent av totale driftsinntekter	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 Foreløpige tall

Dette illustrerer at det samlet har vært en svekkelse av fylkeskommunenes handlefrihet i analyseperioden. Brutto driftsresultat er redusert fra 6,9 prosent av totale driftsinntekter i 1995 til 2,4 prosent i 1999.

Netto driftsresultat er redusert fra 3,1 prosent i 1995 til -0,9 prosent i 1999. Netto driftsresultatet 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 utenom Oslo har negative netto driftsresultat i 1999.

Tabell 2.4 viser at det er stor variasjon i utviklingen i netto driftsresultat for fylkeskommunene for perioden 1997 til 1999. Samlet sett er netto driftsresultat negativt i 1999 og forverret med 778 mill. kroner fra året før.

Tabell 2.4 Utvikling i netto driftsresultat per fylkeskommune for perioden 1997-1999⁴

⁴ 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

Fylkeskommune	1997 mill.kroner	1998 mill.kroner	1999 ¹ mill.kroner	Netto driftsresultat per innbygger 1999, hele 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 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 prosent av driftsinntektene. I perioden 1995-98 samlet har rente- og avdragsbelastningen gått ned med 0,6 prosent. 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 prosent til Vestfold med 5,8 prosent.

Fylkeskommunene har i varierende grad investert i nye bygninger og driftsutstyr på sykehussektoren. I de fylkeskommunale utbyggingsplanene ligger det inne planlagte investeringer på sykehussektoren på til sammen 30 milliarder kroner i

fylkeskommuner.

den kommende 10-årsperiode. Disse planlagte investeringene fordeler seg imidlertid hovedsakelig på en håndfull fylkeskommuner. Dette vil kunne påvirke fylkeskommunenes økonomi i årene framover.

Til sammen hadde fylkeskommunene et akkumulert overskudd på 0,1 prosent i 1998, noe som er det samme som i 1997. Rogaland, Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal, Sør- og Nord-Trøndelag hadde alle akkumulerte underskudd i 1998. De tre førstnevnte hadde også akkumulerte underskudd året før. For Rogaland har imidlertid underskuddet bedret seg fra 2,5 prosent i 1997 til 0,6 prosent i 1998.

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

2.3 Premisser for fylkeskommunenes økonomi i budsjettet for 2000

2.3.1 Grunnlag for vekstsanslaget til St. prp. 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 handlingsplaner i helse- og omsorgssektoren. Om lag 60 mill. kroner av denne vekstrammen skulle gå til å finansiere en forutsatt økning i antallet sykehusinnleggelser på $\frac{3}{4}$ 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 het det at kommunesektoren gjennom omprioriteringer og effektivisering må frigjøre ressurser til nye aktivitet på satsingsområdene, dvs handlingsplanene i helse- og omsorgssektoren. Regnskapstallene indikerer at det ikke har oppnådd tilstrekkelig omstilling og effektivisering. For det andre kommer at den faktiske veksten i sykehusene vesentlig overstiger den som budsjettene var basert på.

I Revidert nasjonalbudsjett for 1999 ble den økonomiske situasjonen i kommunesektoren vurdert på nytt. Realnivået på fylkeskommunenes frie inntekter i 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 hadde vært lagt til grunn. På den annen side forelå det på dette tidspunktet også ny informasjon om skatteinntangen i fylkeskommunene i 1998. Disse viste at skatteinntekten ville bli 800 mill. kroner høyere enn anslått. På grunn av dette ble de frie inntektene til fylkeskommunene for 1999 nå anslått til å ligge reelt sett ca. 500 mill. kroner under endelig regnskap for 1998. Dette utgjorde en nedgang på om lag 1 prosent. Dette har representert en økonomisk utfordring for fylkeskommunene. Fylkeskommunene opplyser at de stort sett legger seg på skatteanslagene i statsbudsjettet ved sin egen budsjettering.

Til Revidert nasjonalbudsjett for 1999 forelå det videre 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 prosent. Denne 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 ½ pst. Oslo sto 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 kraftig 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

Ut fra en samlet vurdering av foreliggende informasjon, ble opprinnelig vekstanslag for sykehusaktiviteten fra 1998 til 1999 på ¾ 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 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 prosent for 2000. Når veksten for 2000 ble anslått lavere enn de to foregående årene, hadde det bl.a. sammenheng med et stramt økonomisk opplegg for fylkeskommunene i 2000.

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. kr. høyere enn beregnet. Fylkeskommunenes frie inntekter ble derfor anslått å øke reelt med ca. 200 mill. kroner (ca. ¼ pst) fra 1998 til 1999.

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).

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 totalt på 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 fremleggelsen 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 til om lag 2,5 prosent.

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 det som ble varslet i finanstalen. Skatteinntektene er likevel på samme nominelle nivå som lagt til grunn i statsbudsjettet for 1999. Lavere kostnadsvekst enn forutsatt bidro til å styrke realnivået på inntekter med om lag 250 millioner 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.

Ut over høsten 1999 kom det meldinger som signaliserte underskuddsproblemer i fylkeskommunene.

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.

For 1999 viser ny informasjon siden St.prp. nr 1(1999-2000) at det ligger det an til 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.

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. 1 ¼ 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 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.

Det økonomiske grunnlaget for fylkeskommunene har blitt dårligere, slik at den planlagte veksten i sykehusene har krevd betydelige omstillinger og omprioriteringer.

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

Tabell 2.5 Brutto utgiftsandeler til ulike formål 1991-1999 (veide tall).
Fylkeskommuner eksklusive Oslo.

	Adm.	Under- visning	Somatikk	Andre helse og sosialtj.	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
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	3,3	23,2	44,8	16,6	2,2	1,9	8,1

Kilde: Kartlegging av sykehusenes økonomiske situasjon. Sammendragsnotat kap 2.2. Ved forskerne Trond Bjørnenak, Terje P. Hagen, Tor Iversen, Jon Magnussen.

Gjennomsnittlige 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 prosent fram til 1999. Samferdselssektoren sin andel av brutto driftsutgifter reduseres med vel 2 prosent i perioden, mens det på de andre områdene er mindre endringer.

I tabell 2.5 vises utviklingen i andeler av brutto driftsutgifter til ulike formål. Andelen av bruttoutgiftene til somatiske helsetjenester er relativt stabil fram til 1995. Deretter skjer det en relativ økning på om lag 3 prosent fram til 1999. Økningen har antagelig både sin bakgrunn i lønnsoppgjøret for leger i 1996 og i innføringen av ISF. Økningen antas også å ha årsak i en sterkere fokus på ventelister og behandlingsgarantier. Utgiftene til undervisning øker først noe i sammenheng med innføringen av Reform -94, for deretter å gå litt ned. De relative utgiftene til samferdselsformål går ned i perioden. På de andre områdene er det mindre endringer.

2.5 Sykehusenes økonomi, belyst gjennom regnskap og budsjett

At et sykehus går med underskudd betyr at det er avvik mellom netto budsjett ved utgangen av året og det faktiske regnskapsresultatet. Et slikt avvik kan enten skyldes uforutsette endringer på utgifts- eller inntektssiden, eller en kombinasjon av disse.

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 fylkeskommune, blant annet ved inndekking av lønnsoppgjørene. 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 de analysen som er foretatt av Magnussen m/flere på data fra fire norske sykehus undersøker forholdet mellom budsjetterte og faktiske størrelser med hensyn på inntekter, utgifter- og aktiviteter. De kom frem til at det var en rekke forhold som gjør det vanskelig å trekke konklusjon av en analyse av budsjettunderskuddet:

- Budsjettunderskuddet er misvisende for 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 funksjonsdeling) viser alle en betydelig aktivitetsøkning målt vha utvikling i DRG-poeng.

Analysen til Magnussen har avdekket store svingninger i ressursbruk, overtidsbruk og pasientflyt på avdelingsnivå. Dette viser at en eventuell krise nok er svært ujevnt fordelt innen sykehusene. Tallene kan imidlertid også tolkes både som et stort potensiale for forbedring for noen avdelinger, og 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 analysen Magnussen m/flere har utført viser de til at det ikke er noen systematisk sammenheng mellom avvik mellom planlagt og faktisk aktivitet og planlagt og faktiske utgifter. Det er imidlertid flere eksempler på enkeltsykehus som har en aktivitetsvekst over det planlagte og som har en utgiftsvekst over det budsjetterte.

Det er med bakgrunn i disse tallene 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

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

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

- Som hovedårsak nevnes at den ønskede aktivitetsveksten ikke har latt seg realisere til de kostnader en har budsjettert. Dette har primært sammenheng med at knappheten på helsepersonell har gjort at en må benytte en økende andel overtid.
- Tendens til at legenes tjenesteplaner utformes på måter som gir høye utgifter samtidig med stort innslag av passive vakter. Slike ordninger benyttes spesielt når personell skal nyrekrutteres eller det er fare for at nøkkelpersonell skal slutte.
- Sykehusenes budsjett- og regnskapssystemer er mangelfullt utviklet. Ført til vansker med å kalkulere kostnader ved produksjonsøkning, og 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 sykehusene støter mot kapasitetskranker og at dette gjør at produksjonsøkningen og dermed inntektene kan ha blitt noe lavere en forventet.

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. Enkelte fylkeskommuner har valgt å opprettholde aktivitetsnivået som er lagt, utfra en begrunnelse om at redusert aktivitet gir reduserte inntekter og dermed ikke er noen løsning på problemene. Andre valgte å gjøre omstillinger i produksjonen, f eks ved å legge om behandlingen til mer bruk av dagbehandling og dagkirurgi, utfra en betraktning om at dette gir høyere inntekter i forhold til kostnadene enn behandling av pasienter som inneliggende. Innlemmingen av dagkirurgi i ISF har muliggjort en slik omstilling. Omstilling av denne type kan imidlertid kreve investeringer.

2.6 Kostnadsdrivende faktorer i sykehusøkonomien

I dette kapitlet gis en vurdering av de mekanismer som kan ligge bak en generell kostnadsvekst i sykehusene. Problemet er sammensatt og kan både 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.

Sykehussektoren er kjennetegnet ved at det alltid er høy etterspørsel etter tjenestene. Dette kan bety at tiltak rettet mot mer dagbehandling og mer dagkirurgi i neste omgang gir økt belastning på ordinære sengeposter. Når de mindre ressurskrevende pasientene behandles uten innleggelse, kan sengepostene bli fylt opp av sykere og mer ressurskrevende pasienter.

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

2.6.1 Lønnsutgiftene

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

Tabell 2.6 Lønnsutgifter i prosent av totale brutto driftsutgifter for sykehusene

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

Kilde: Samdata

Tallene indikerer 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 har som resultat at det innenfor en rekke områder kan tilbys både mer effektiv og mer skånsom behandling. Denne utviklingen har brakt det medisinske tilbudet framover til glede for befolkningen. 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. Dette utgjør en finansiell utfordring.

Noen eksempler kan tydeliggjøre hva vi står overfor:

- Pasienter kan nå 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 bør være tilgjengelige i sykehusene
- Nye og forbedrede, men svært kostbare ortopediske proteser vil være til stor nytte for pasientene som trenger det.

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

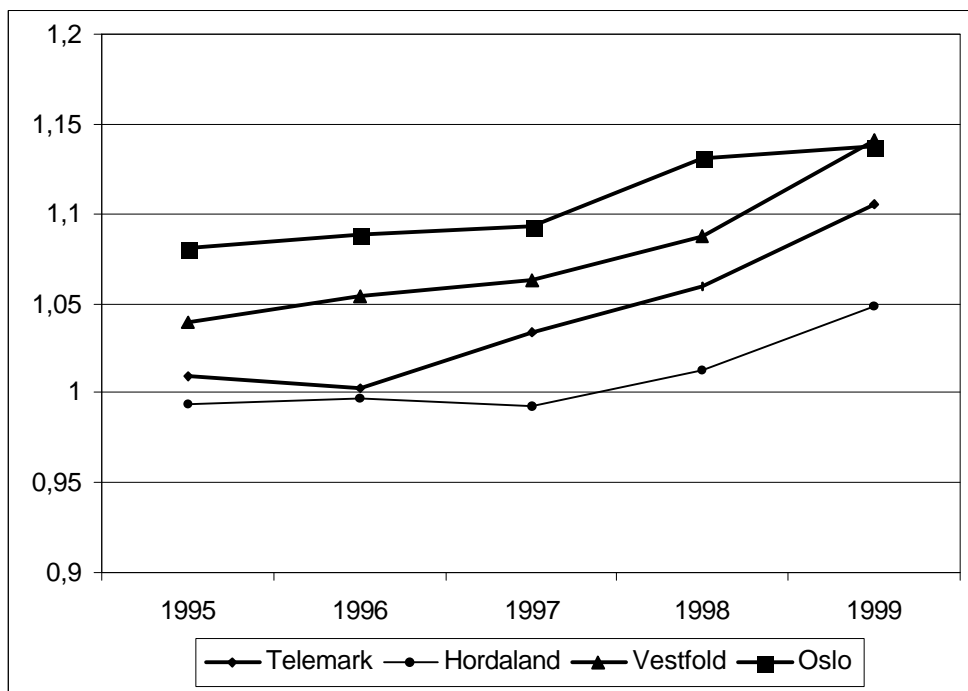
Dette er enkeltstående eksempler på en generell problematikk knyttet til utviklingen mot et stadig mer avansert og ofte mer kostnadskrevenne medisinsk tilbud.

2.6.3 Økt pasienttyngde

Fra 1988 og frem til 1998 økte pasienttyngden målt i form av DRG-indeks for innlagte pasienter, eksklusive dagbehandlinger, med 14 prosent. I tillegg til faktisk utvikling i retning mer ressurskrevenne pasienter, skyldes også noe av den endring som er registrert, bedre og mer komplett koding av diagnoser og operasjonskoder.

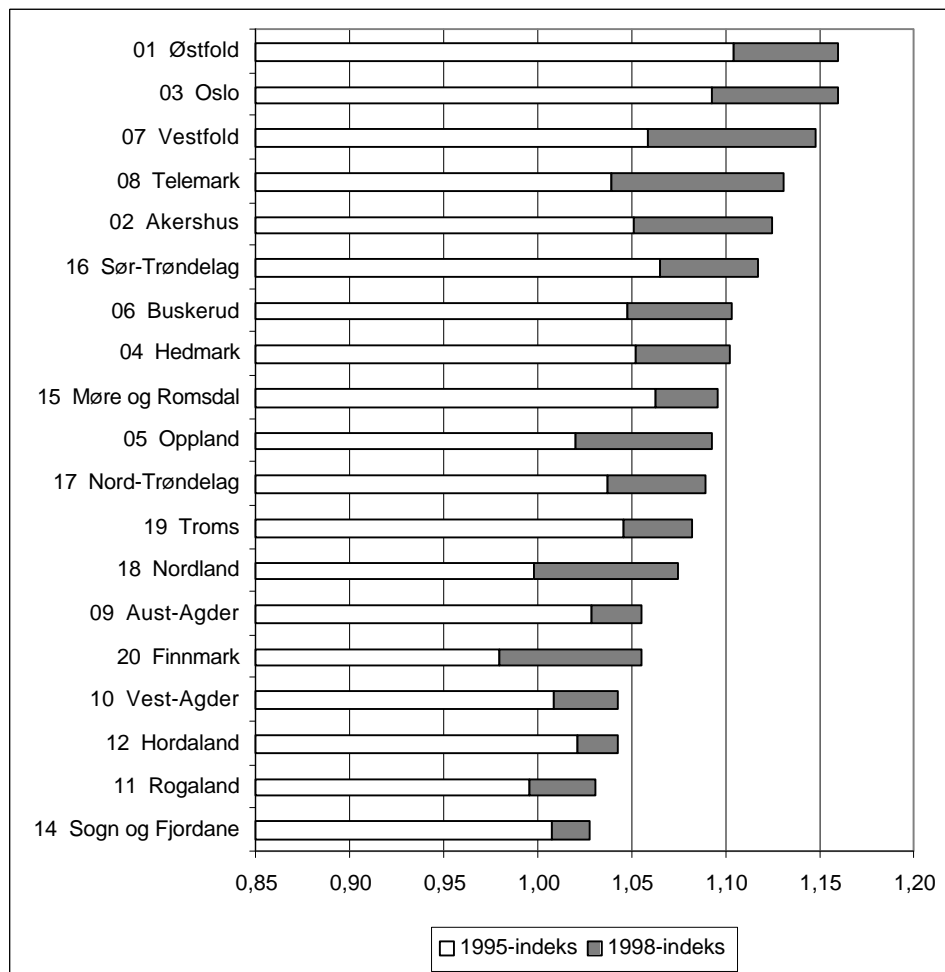
Figur 2.1 nedenfor viser for fire utvalgte fylker at pasienttyngden er stabil eller svakt økende i perioden 1995 til 1997. Fra 1997 til de 8 første månedene av 1999 ser vi en sterkere vekst i pasienttyngden for alle de fire fylkene. Det er rimelig å se dette i sammenheng med innføringen av ISF fra sommeren 1997. Med innføringen av ISF får sykehusene både et incentiv til å behandle ressurskrevenne 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 muliggjort både nye former for behandling og økt behandlingsvolum for ressurskrevende pasientgrupper, for eksempel innenfor nyfødtdedisin og hjerte-karsykdommer. Framveksten av dagkirurgi har flyttet en god del av den enklere kirurgien ut fra sengeavdelingene. Dette påvirker pasienttyngden i sengeavdelingene. Den frigjorte kapasitet ved kirurgiske avdelinger har langt på vei er blitt benyttet til å øke behandlingsskapiteten for mer ressurskrevende pasienter. For eksempel er antall operasjoner av hofteproteser økt fra 4 800 i 1988 til 8 500 i 1998. Det skjer også en økning i andre pasientgrupper, f.eks kronisk obstruktive lungelidelser.

Figur 2.2 Fylkesvis vekst i pasienttyngde målt ved DRG-indeks 1995 og 1998.



Figur 2.2 viser gjennomsnittlig pasienttyngde, målt ved DRG-indeks, per bostedsfylke i 1995 og 1998. Figuren viser store og rimelig stabile forskjeller mellom fylkene. Det er imidlertid ikke grunn til å tro at disse forskjellene alene kan forklares gjennom variasjoner i sykkelighet og dermed ulike ressursbehov hos pasientene. Alle fylkene har økt pasienttyngde målt ved DRG-indeksen etter at ISF ble innført. Der er nærliggende å tolke forskjellene som uttrykk for ulikheter i kodepraksis ved sykehusene i de ulike fylker. Det er også grunn til å merke seg at pasienttyngden øker rimelig jevnt i perioden, uavhengig av utgangspunktet for den enkelte fylkeskommune.

Økningen i pasienttyngden målt ved DRG-indeksen som her vist har bare delvis slått ut i økte betalinger til fylkeskommunene. Det såkalte DRG-krypetallet setter en grense for denne utbetalingen for hver fylkeskommune. Vi viser 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. Antall opphold med varighet et døgn eller mer økte med ca. 3 prosent i forhold til 1997. Tabell 2.7 nedenfor viser utviklingen i antall opphold og polikliniske konsultasjoner i somatiske sykehus i perioden 1995-98

Tabell 2.7 Antall opphold i somatiske sykehus

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	698 301 ¹
Polikliniske konsultasjoner	3 033 866	3 160 892	3 171 746	3 330 528	Tall foreligger ikke enda

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

Kilde: Norsk Pasientregister og Statistisk sentralbyrå

Tabellen 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 behandlingens volumet i 1998 når det gjelder antall dagbehandlinger, men volumet de foregående år kan være noe undervurdert.

I perioden 1992 til 1997 har antall sykehusopphold økt med 5,5 prosent når det korrigeres for befolkningstilveksten.

Økningen i antall eldre pasienter, samt økt poliklinisk behandling og andre dagtilbud, gir grunn til å tro at pasientene som behandles inneliggende er mer ressurskrevende enn tidligere. En del av aktivitetsveksten skyldes dermed at hver enkelt pasient får mer behandling enn tidligere.

I femårsperioden 1994-1998 økte antall innleggelser som øyeblikkelig hjelp med 20 prosent, 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 veksttakten ved sengeavdelingene.

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

prosent siden 1990. Fra 1996-1998 har økningen vært 15 prosent. Antallet sykepleiestudenter har økt med 50 prosent siden 1990. Fra 1996 – 1998 har økningen vært 5 prosent. 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.

En viktig utdanningsfunksjon ivaretar sykehusene gjennom spesialisering av sykepleiere og leger. Finansiering av alle disse oppgavene må gjennomgå med sikte på å finne bedre løsninger enn dagens.

2.7 Effektivitetsutviklingen i sykehusene

Analyser som er gjennomført som en del av ISF-evalueringen ved Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo og SINTEF Unimed NIS gir grunnlag for noen konklusjoner om effektivitetsutviklingen:

For det første synes det å ha vært være en positiv utvikling i gjennomsnittlig effektivitet i sektoren.

I særlig grad er dette tilfelle dersom vi også tar hensyn til en bedret utnyttelse av sengekapasiteten. Dette har skjedd ved en reduksjon i liggetid og antall senger. Den samlede utnyttelsen av ressursene synes m a o å være bedre i 1998 enn den var i 1992.

Det tas noen forbehold om hvor sterk konklusjonen er på bakgrunn av metodiske problemer.

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 at lønnsveksten i sektoren har vært høyere enn den prisveksten som er benyttet i deflatering av kostnadstallene. Sett samlet innebærer imidlertid analysene av kostnadseffektivitet og teknisk effektivitet at ressursutnyttelsen har blitt bedre, men at ressursene er blitt dyrere.

Den tredje konklusjonen er at de partielle målene for legeproduktivitet viser en nedgang, men størrelsen avhenger av hvilke forutsetninger som gjøres om forholdet mellom poliklinisk aktivitet, undervisningsvolum og aktivitet ved sengeavdelingene.

Det er imidlertid flere forhold som er viktig å ta hensyn til ved vurdering av slike partielle mål for produktivitet. Spesielt vil altså endringer i behandlingsteknologi som medfører, relativt sett, økt bruk av legeinnsats og mindre bruk av andre innsatsfaktorer lede til fallende legeproduktivitet. Økt andel poliklinisk aktivitet,

økt laborativ virksomhet, økt undervisning og økte krav til dokumentasjon vil dermed lede til fallende legeproduktivitet, slik denne defineres her, fordi polikliniske pasienter er mer "legeintensive" enn pasienter ved sengeavdelingene.

Disse faktorene tilsier samlet at det er behov for å gå nærmere inn på produktivitetsstudier av legeinnsatsen.

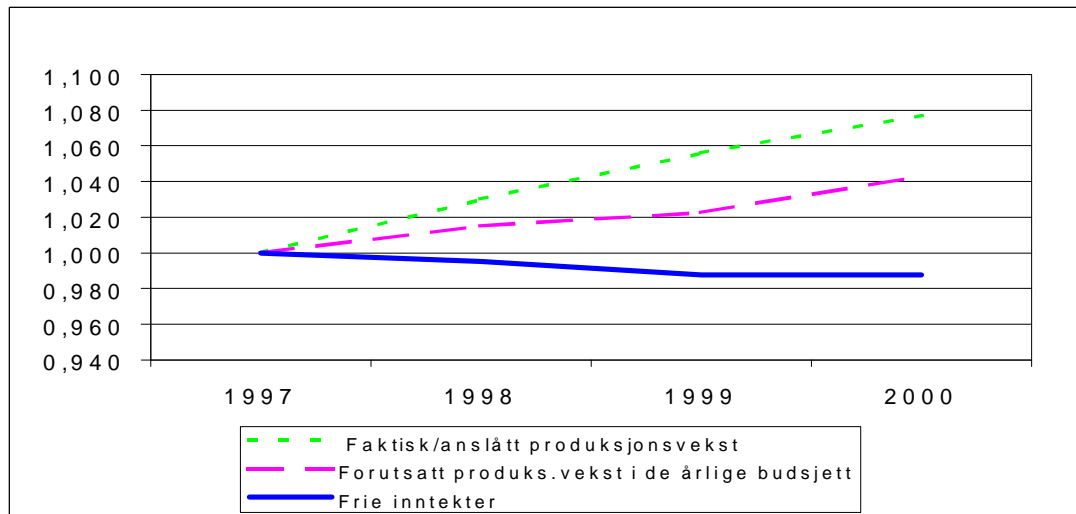
Effekten av innføring av aktivitetsbaserte avtaler på sykehusenes effektivitetsutvikling er også analysert. Disse analysene er basert på effektene i 1997 og 1998 og må oppfattes som foreløpige på bakgrunn av at en her evaluerer en svært kort tidsperiode. Konklusjonene i denne delen av analysen er at innføring av aktivitetsbaserte kontrakter i 1998 har hatt en signifikant og positiv effektivitetsmålene, med unntak for legeproduktivitet.

2.8 Totalvurdering av den økonomiske situasjonen

Fylkeskommunens situasjon har forverret seg betydelig i perioden 1997-1999. Det 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.

Figur 2.3 illustrerer et tiltakende misforhold mellom utviklingen i fylkeskommunenes frie inntekter og aktivitetsutviklingen i sykehus. Figuren viser også at 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.

Figur 2.3 Utvikling i fylkeskommunenes frie inntekter i faste priser, forutsatt og anslått aktivitetsvekst i sykehus. Indeks 1997=100.



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

Det er to sentrale utviklingstrekk i analysen av hva som har skjedd med fylkeskommunenes og sykehusenes økonomi. For det første har det økonomiske grunnlaget for fylkeskommunene i perioden blitt dårligere slik at den planlagte veksten i sykehusene har fordret betydelige omprioriteringer og omstilling. I budsjettforslagene for 1999 for Sosial- og helsedepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet het det at kommunesektoren gjennom omprioriteringer og effektivisering må frigjøre ressurser til ny aktivitet på satsingsområdene, dvs handlingsplanene i helse- og omsorgssektoren. Regnskapstallene indikerer at det ikke i tilstrekkelig grad har funnet sted slik omprioritering og omstilling. I tillegg til dette kommer at den faktiske veksten i sykehusenes aktivitet vesentlig overstiger den veksten som budsjettene var basert på. .

3 Beskrivelse og drøfting av finansieringssystemet

Under Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (1999-2000) ble det reist spørsmål ved 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,

spesialisthelsetjenesteloven, psykiatriloven og pasientrettighetsloven, har det her skjedd en modernisering av de lovmessige rammebetingelsene.

- Å beslutte det overordnede økonomiske opplegget for sykehustjenester i det enkelte året. Dette skjer dels gjennom sykehus, spesifikke opplegg slik som innsatsstyrt finansiering og finansiering av polikliniske tjenester, og dels gjennom fastsettelsen av økonomiopplegget for fylkeskommunene.
- Styring gjennom strukturtiltak, og da først og 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 spesialisthelsetjenesteloven, psykiatriloven, helsepersonelloven og pasientrettighetsloven. 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. Det er viktig med legitimitet for dette styringsansvaret i alle ledd.

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 sykehusene aktivitet. Det var også en forutsetning ved innføring av ISF at økt aktivitet skulle kreve fylkeskommunal medfinansiering.

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 regionsykehus. 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

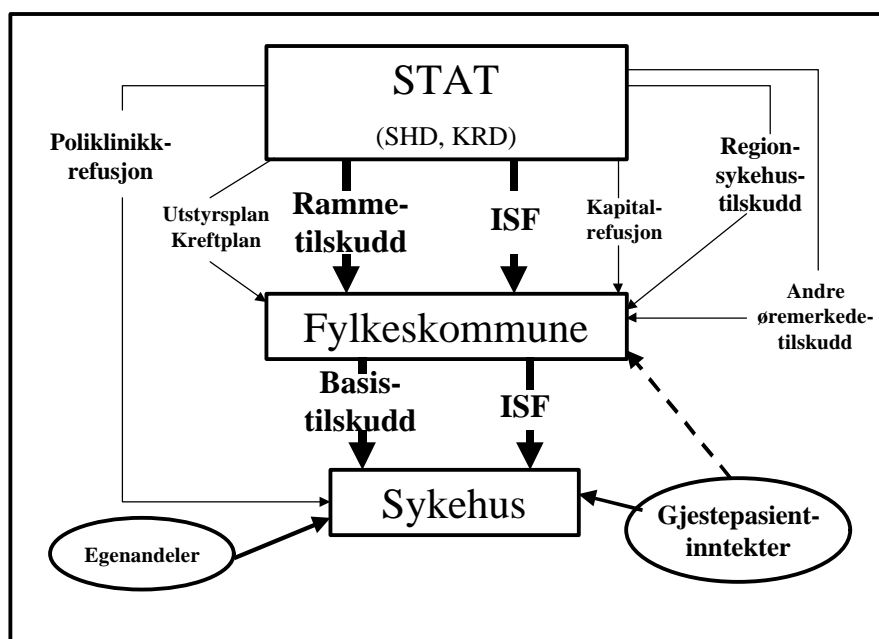
I figur 3.1 er det satt opp en skisse for finansieringsordningene mellom stat, fylkeskommune og sykehus.

De viktigste finansieringskildene for somatiske sykehus er skatt- og rammetilskudd gjennom inntektssystemet og innsatsstyrt finansiering (ISF).

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 gjestepasientoppjøret går mellom fylkeskommunen eller direkte til behandelende sykehus varierer fra fylke til fylke.

Figur 3.1 Finansielle strømmer



I tillegg til de finansieringskildene som er vist her, bruker 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

Tabell 3.1 viser utviklingen i de totale utgifter til de fire største tilskuddsordningene til somatiske sykehus i faste priser (1995-kroner). Det er også angitt den andel overføringene utgjør av brutto driftsutgifter til somatiske helsetjenester.

Tabell 3.1 Øremerkede tilskuddsordninger i mill kr. (1995-tall) og som andel av brutto driftsutgifter til somatiske helsetjenester. Fylkeskommuner (utenom Oslo)

	Innsatsstyrt finansiering (ISF)		Poliklinikktilskuddet		Regionsykehustilskuddet		Andre øremerkede tilsk. Somatiske helsetjenester	
	Mill. kr	Andel	Mill. kr.	Andel	Mill. kr.	Andel	Mill. kr	Andel
1991	0,0	0,0	1235,2	6,5	555,9	2,9	0,0	0,0
1992	0,0	0,0	1321,8	6,8	587,2	3,0	344,7	1,7
1993	0,0	0,0	1370,5	6,7	607,8	3,0	507,3	2,5
1994	0,0	0,0	1411,1	7,0	623,1	3,1	654,7	3,3
1995	0,0	0,0	1485,3	7,2	762,9	3,7	1135,3	5,5
1996	0,0	0,0	1516,6	7,0	784,7	3,6	1467,5	6,8
1997	1929,7	8,4	1821,0	7,9	904,6	3,9	1017,6	4,4
1998	6206,6	26,3	2144,8	9,1	942,5	4,0	273,7	1,2
1999 ¹	7670,3	30,7	1993,6	8,0	969,3	3,9	-	-

¹ Foreløpige tall

De øremerkede bevilgningene til somatiske helsetjenester trappes opp fra 1992 og utgjør en stadig økende andel av brutto driftsutgifter til somatiske helsetjenester. I første omgang er det særlig det vi kaller «andre øremerkede tilskudd til somatiske helsetjenester» som øker. Formålet med økningen var å oppfylle ventetidsgarantien. Poliklinikktilskuddet utgjør en svakt stigende andel av bruttoutgiftene i sektoren til og med 1996. Fra 1997 skjedde det opptrapping av poliklinikktilskuddene. Fra 1999 innlemmes dagkirurgi i ISF-ordningen. Regionsykehustilskuddet gis til de fire fylkeskommunene med regionsykehus. Siden Oslo må utelates fra analysen vil både absolutte tall og andeler som rapporteres her, være lavere enn tallene for nasjonen. ISF ble iverksatt fra og med 1.7.1997. For å finansiere disse refusjonene ble fylkeskommunenes rammetilskudd og viktige øremerkede tilskudd innlemmet.

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 prosent. Trekket i rammetilskuddet til hver fylkeskommune ble beregnet med utgangspunkt i den refusjonen fylkeskommunen ville fått for produksjonen (pasientbehandlingen) i 1995 basert på 1997-priser. Reduksjonen i rammetilskuddet var i 1997 100 prosent aktivitetsbasert. I 1998 ble

dette beløpet fordelt 80 prosent basert på 1995 aktiviteten og 20 prosent 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 var det først og fremst for å gi et insentiv til å øke antall behandlede pasienter. Dette skulle skje gjennom 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 kan tilpasse finansieringsordningen i forhold til det enkelte sykehus og de konkrete utfordringene man står ovenfor.

3.2.3 Beskrivelse av ressursutviklingen i ISF

For 1999 er det en prognose for utbetalinger på ca. 10,5 mrd. kroner i ISF-refusjoner til fylkeskommunene og statssykehusene for aktivitet i 1999 over budsjettet til Sosial- og helsedepartementet (Kap 760, post 30) korrigerert for etterbetaling mv. I budsjett 2000 er bevilgningsbehovet anslått til ca. 11,0 mrd. kroner. 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 fortsatt budsjettneuttralt for fylkeskommunene samlet. Enkelte fylkeskommuner som kommer dårlig ut gjennom denne omleggingen, vil oppleve dette som et ytterligere krav til effektivisering.

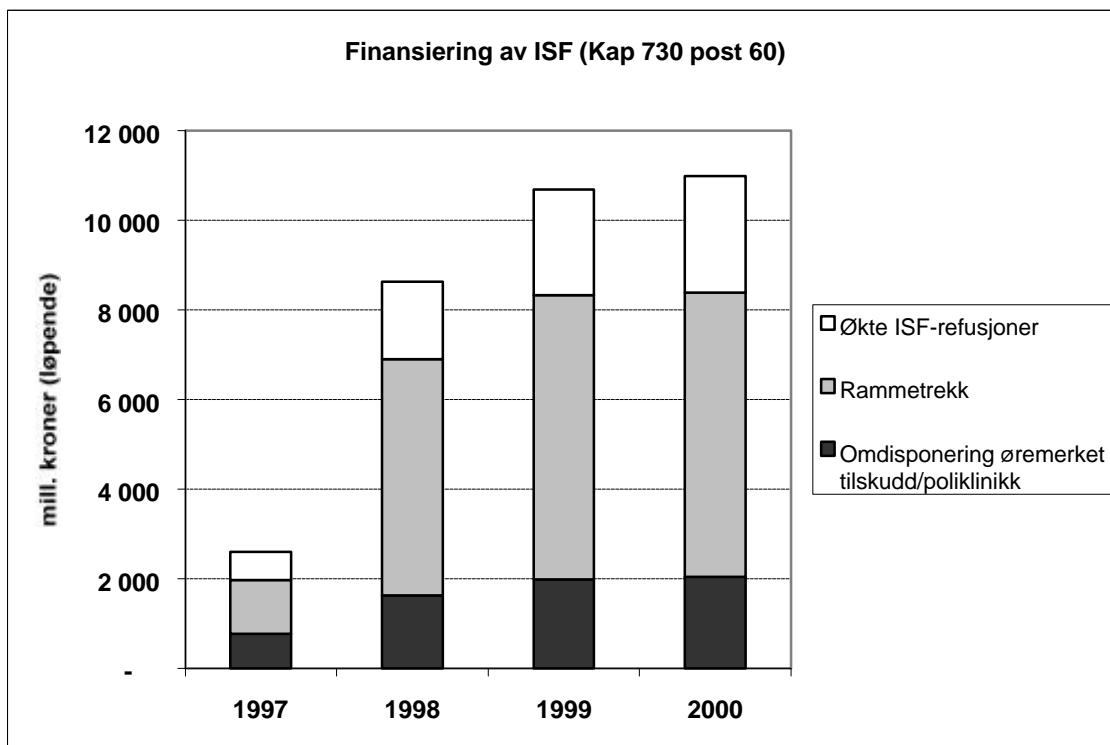
Samlede ISF-refusjoner og rammetrekket knyttet til aktiviteten i 1995, har endret seg i takt med at refusjonsandelen har økt i perioden siden 1997 fra 30 pst. til 50 pst.

Det er også i perioden 1997 til 1999 lagt inn særskilte midler til styrking av fylkeskommunenes rammer over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett. Dette må selvsagt sees i lys av fylkeskommunenes utvikling i frie inntekter totalt, som har forverret seg i perioden, jf. kap. 2.3. Trekket i rammetilskuddet til fylkeskommunen i fig 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 er økte utbetalinger 2,6 mrd. kroner. Under forutsetning av 2 prosent 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.

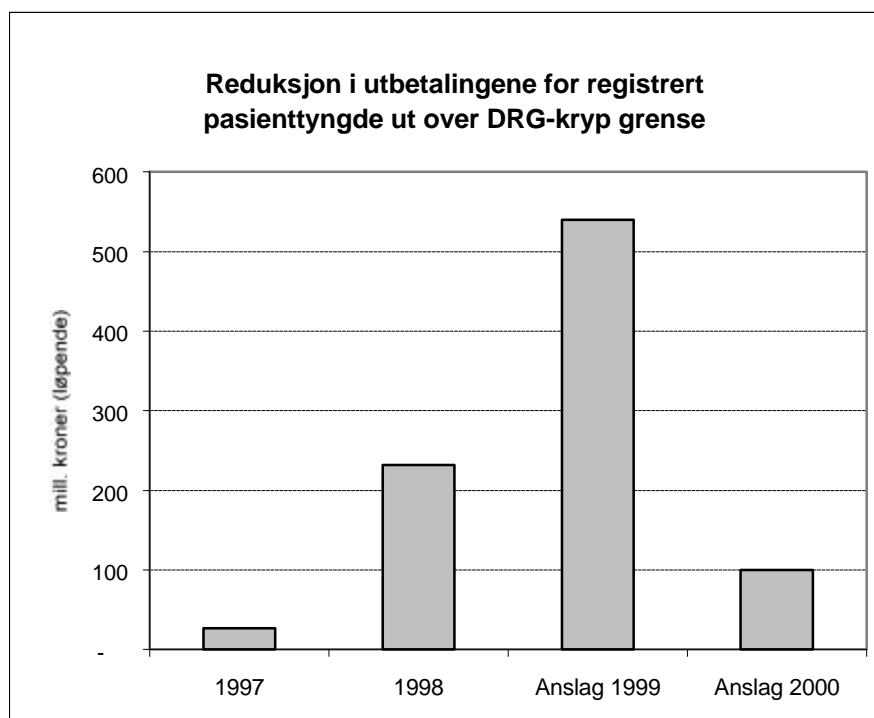
Figur 3.2 Finansiering av ISF 1997-2000 (løpende kroner)



1999: foreløpige tall

Betalingsmodellen i ISF er utformet slik at det gis refusjon for hver pasientbehandling. I tillegg gis utbetaling for ulike pasienttyngde (DRG-indeks) opp til et visst tak (DRG-kryp grense). Når fylkeskommunene når kryptegrensen gis det ikke lenger ytterligere uttelling for økning i pasienttyngden. Derimot gis det uttelling for all volumvekst, men da med en kostnadsvekst som for gjennomsnittspasienten. Figur 3.3 viser hvordan krypteglene har redusert utbetalingene til fylkeskommunene i 1997 og 1998. I tillegg er det vist prognose for 1999 og 2000. Nye regler for krypteg i budsjett 2000 gir vesentlig mindre reduksjon i utbetalingene. For 2000 vil fylkeskommunene få større utbetalinger enn i 1999 som følge av at krypteglene er lettet. Dette er imidlertid motsvart gjennom reduksjon av enhetspris og kostnadsvekter.

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 Innsatsstyrt finansiering (ISF) engasjerte departementet 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 ble brukt og bidiagnoser ble påført i større grad. Dette er en ønsket utvikling hvor kvaliteten på data blir bedre og omfanget av registreringer bedre. Som konsekvens økte antall pasienter i såkalt "kompliserte" DRG-grupper med høyere kostnadsvekt og høyere refusjon. Høyest endring ble funnet for pasientgruppen "Rehabilitering" med en total økning på ca 5 800 DRG-poeng. Når det gjelder pasientflyt er det ikke påvist vesentlige endringer fra 1996 til 1998. Reinnleggelser for pasienter med kortere liggetid enn gjennomsnittet kan imidlertid ha vist en svak økning, men om dette har noen sammenheng med ISF-reformen er usikkert. Når det gjelder medisinsk praksis og klinisk kvalitet er det ikke påvist signifikante endringer fra 1996 til 1998.

Kvalitetsindikatorer som hensiktsmessighet av innleggelse, stabilitet ved utskrivning, utrednings- og behandlingsintensitet, liggetid, reinnleggelse, dødelighet og pasienttilfredshet er evaluert. Disse indikatorer er sett i sammenheng med blant annet geriatri og rehabiliteringspasienter. 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. Det legges inn stadig flere pasienter med skader, og økningen kan ikke forklares ut i fra endringer i befolkningens alders- og kjønns sammensetning. Det er også lite sannsynlig at økningen er forårsaket av økt skaderisiko i befolkningen. Mangel på sammenligningsgrunnlag gjør at det ikke er mulig å bekrefte at den ugunstige utviklingen i innskrivningspraksis skyldes ISF. Det legges inn flere pasienter som krever medisinsk behandling og øyeblikkelig hjelp, og det legges inn flere pasienter som skrives ut igjen samme dag. Det er ikke grunnlag for å hevde at disse endringene skyldes innføringen av ISF.

Gjennomsnittlig liggetid for pasienter med skader er blitt signifikant kortere etter innføringen av ISF, noe som kan tyde på at behandlingen er blitt mer effektiv.

Den vitenskapelige evalueringen av Innsatsstyrt finansiering vil bli videreført, bl.a. med utgangspunkt i nyere data og for å undersøke om eventuelle vridningseffekter er varige fenomener.

3.4 Hvordan anvendes ISF i fylkeskommunene og i sykehusene?

De faktiske beslutningene om pasientbehandling blir i stor grad fattet på avdelingsnivå i sykehusene. Vi 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 endring i finansieringsordningen 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 3.2 Fylkeskommunal finansiering av sykehusene. Antall fylkeskommuner som benytter ulike alternativer, 1997-1999.

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

Kilde: T. P. Hagen 1999

Den overveiende del av fylkeskommunene hadde allerede ved oppstart i 1997 inngått aktivitetsbaserte kontrakter med sykehusene.

Det er en viss variasjon i de aktivitetsbaserte kontraktene som er inngått mellom fylkeskommunene og sykehusene, men felles kjennetegn er at inntektssiden gjøres avhengig av antall DRG-poeng.

Enkelte av fylkeskommunene inngår eksplisitte avtaler med sykehusene, mens andre benytter budsjettet som kontrakt.

For at innsatsstyrt finansiering skal virke må aktørene i sykehusene også ha insentiver til økt pasientbehandling. Det er derfor også kartlagt hvordan sykehusene bruker ISF-ordningen internt.

Undersøkelsene konkluderer med at 80 pst. av sykehusene overfører inntektene fra poliklinisk virksomhet til avdelingene fullt ut (Hagen 1999). 16 pst. av sykehusene inkluderer helt gjestepasientinntekter i avdelingens budsjetter.

Tabell 3.3 viser at sykehusene også har overført systemer med aktivitetsbaserte inntekter til avdelingsnivå. DRG-systemet er først og fremst beregnet på sykehusnivå, og sykehusene kan derfor bare i begrenset grad videreføre dette i samme form ned til den enkelte avdeling.

Tabell 3.3 Sykehusenes fordeling på alternativer for overføring av de aktivitetsbaserte inntektene fra sykehus til sykehusavdelinger

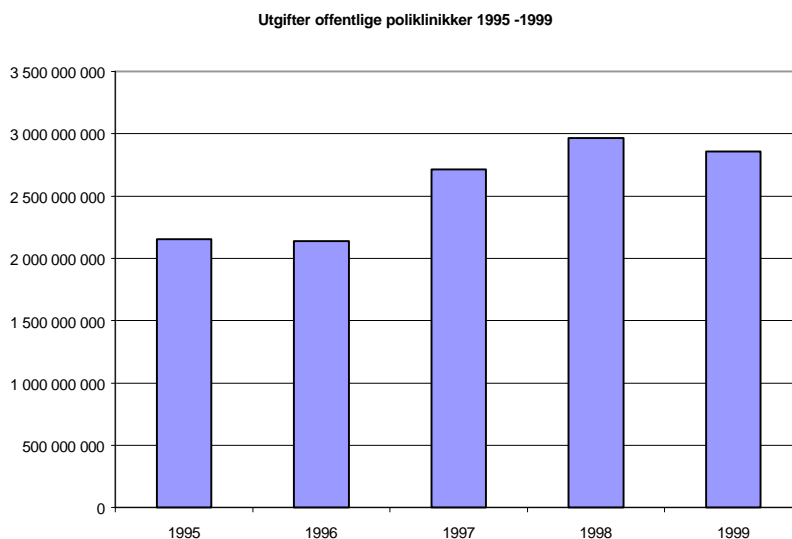
	1997	1998
Prosentandel av sykehusene som fordeler inntektene fullt ut på avdelingene etter DRG-poeng	10	18
Prosentandel av sykehusene som fordeler en andel av inntektene på avdelingene etter DRG-poeng	2	4
Prosentandel av sykehusene som oppgir at de ikke fordeler inntektene på avdelingene etter antall oppnådde DRG-poeng	38	26
Prosentandel av sykehusene som oppgir at de har andre ordninger for overføring av de aktivitetsavhengige inntektene fra sykehuset til avdelingene	28	33

Kilde: T. P. Hagen 1999

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 prosent, men variasjon for dekningsgraden er varierende mellom de ulike medisinske fagområder.

Figur 3.4 Utgifter til offentlige poliklinikker 1995-1999



Figur 3.4. illustrerer at det de siste årene vært en betydelig økning i de statlige utbetalingene til poliklinisk behandling. Ved innføring av ISF ble mange polikliniske takster økt betydelig for å unngå insentiv til innleggelse der hvor poliklinisk behandling var mulig. 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 prosent (helårsvirkning 1,5 prosent). I tillegg ble noen nye takster innført. En del av aktivitetsøkningen i 1998 var også påvirket av den omfattende takstrevisjon i 1997.

Fra 1. januar 1999 ble dagkirurgi lagt inn i DRG-systemet. Den reduksjon som ble foretatt på budsjettposten for polikliniske refusjoner i 1999 finnes igjen som en tilsvarende økning i budsjettet for ISF bevilgningen samme år.

I 1999 ble det ikke foretatt noen generell prisjustering av takstene. Større volumvekst enn forutsatt førte til at takstene ble redusert med gjennomsnittlig 4 prosent fra 1. april 1999 (2,5 prosent på årsbasis). Pasientenes egenandeler ble oppjustert med ca 7 prosent fra 25. januar 1999 slik at den reelle inntektsvirkningen av takstreduksjonen ble på 1,2 prosent 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. Stortinget vedtok å øke bevilgningen ytterligere med 90 mill. kroner i St.prp. nr. 13 1999-2000 for å dekke for økte utbetalinger.

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 regionsykehustilskuddet

Ordningen med basistilskudd og funksjonstilskudd til regionsykehusene ble etablert i 1991. Basistilskuddet erstattet opprinnelig den tidligere ordningen med subsidiering av gjestepasientkurdøgn ved regionsykehus og ble fordelt etter objektive kriterier⁵. Siden har regionsykehustilskuddet 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 blir det gitt egne tilskudd for særskilte funksjoner, forskning og undervisning av medisinerstudenter. (Bruken av disse midlene rapporteres spesielt). Med særskilte funksjoner menes landsfunksjoner, flerregionale funksjoner eller kompetansesentra. Disse funksjonene er spesialiserte oppgaver som kun foregår ved ett eller flere regionsykehus.

Regionsykehustilskuddet er styrket i flere omganger de siste årene. I tabell 3.4 nedenfor vises Stortingets bevilgninger for årene 1996-2000.

Tabell 3.4 Tilskudd til regionsykehus: Bevilgning 1996-2000 (I 1000 kr)

År	Bevilgning	Merknader
1996	1 184 700	Jf. Statsregnskapet 1996 (Kap 760.62)
1997	1 276 300	Jf. Statsregnskapet 1997
1998	1 402 500	Jf. Statsregnskapet 1998 (Kap 730.62)
1999	1 568 300	Jf. Bevilgningsregnskapet FIN
2000	1 531 900	Jf. "Blå bok" for 2000

Fra 1996 fram til 2000 har regionsykehustilskuddet økt med 30 prosent i løpende priser. Økningene i regionsykehustilskuddet disse årene er lagt inn for å kompensere nye spesifikke oppgaver, for eksempel landsfunksjoner eller økt antall medisinerstudenter. Tilskuddet har vært unntatt alminnelig prisjustering siden 1995, men det har vært påplussert særskilte beløp nettopp for å ta høyde for en manglende generell prisjustering. I 1997 ble tilskuddet økt med 100 mill. kroner med begrunnelse i den særskilte økonomiske belastning som lønnsoppgjøret i 1996 var for regionsykehusene. Dette tilsvarer ca 8,4 prosent 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.

⁵ Selve subsidieelementet i regionsykehustilskuddet er ikke lenger synlig i tilskuddet, dvs. man vet ikke beløpets størrelse.

Tabell 3.5 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 3.5 Fordeling av regionsykehustilskuddet 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 og 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 gjestepasientoppjøret. Fylkenes 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 prosent av det totale omfanget av gjestepasienter, mens regionsykehusene tar imot ca. 26 prosent. 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 tråd med 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 deler av 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 nettokjøpere av tjenester. Regningen for behandlingen sendes fra behandlende sykehus eller behandlende fylke til pasientens bostedsfylke. I prinsippet skjer derfor gjestepasientoppjøret 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. Mange fylker har inngått rammeavtaler som regulerer betalingen for gjestepasienter.

Innføring av fritt sykehusvalg aktualiserer en omlegging av gjestepasientoppgjøret, først og fremst fordi det oppstår en mulighet for at flere pasienter enn i dag ønsker å flytte på seg, og fordi hjemfylket får en betalingsplikt for disse pasientene. Det oppstår dermed en fare for at fylkeskommunenes styringsmuligheter over sin utgiftsside svekkes. Denne faren er imidlertid til stede uavhengig av hvilken utforming gjestepasientoppgjøret får.

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 som sådan ligger på fylkeskommunene.

ISF-refusjonen utbetales fylkeskommunene basert på de antall DRG-poeng pasientene fra det aktuelle fylke har generert, uavhengig av hvilket sykehus behandlingen har funnet sted på.

Dette gir den enkelte fylkeskommunen mulighet til å ta ulike hensyn når finansieringsordninger mot sykehusene 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 spesialsykehus. Refusjonssystemet 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.

ISF ordningen kan slik sett være en god basis for fylkeskommunenes økonomistyring av sykehusene, men må også suppleres med andre økonomiske virkemidler.

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.

Staten må sørge for at ISF, polikliniske refusjoner og regionsykehustilskudd til sammen er utformet slik at helsepolitiske målsettinger blir ivaretatt.

Basert på tilbakemeldingene i referansegruppen er det viktig at det legges til grunn et sett av kjøreregler som sektoren er innforstått med i forvaltningen av disse ordningene.

Det er også viktig at både staten og fylkeskommunene tydeliggjør budsjettoppleggernes vekstforutsetninger, slik at det i sykehusene og i samfunnet for øvrig ikke er urealistiske forventninger til sykehusenes ytelsesnivå – og at fylkeskommunenes styringsautoritet dermed svekkes. Dette krever at det også er

samsvar mellom utviklingen i fylkeskommunenes frie inntekter og de statlige forventninger til fylkeskommunene i tjenesteproduksjon innenfor både helsesektoren og andre sektorer som finansieres gjennom frie inntekter.

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 grupperingssystemet, og 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.

Det er også et tilsvarende behov for en løpende oppdatering av poliklinikkssystemet, men endringer i dette har mindre økonomisk betydning for sykehusene enn endringer i DRG-systemet.

Refusjonsordningen for poliklinikk er de siste årene blitt justert gjennom at nye takster har kommet til og noen er tatt ut. Det er også foretatt noen justeringer på refusjonene. Den vesentlige endringen er at dagkirurgiske takster er vesentlig styrket, og i 1999 flyttet over til ISF-ordningen.

Referansegruppen mener at mindre justeringer i begge disse refusjonsordningene bør kunne foretas som en del av de årlige budsjettframlegg, med forutgående konsultasjoner mot 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. Når slike endringer skal gjennomføres må selvsagt være vurdert på grunnlag av problemets karakter, noe som i seg selv kan tilsi en viss hastegrad, men innenfor rammen av konsultasjoner med sektoren. Større endringer må likevel søkes planlagt gjennomført med flere års mellomrom for å fremme 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 krypgrense, til endring av enhetspris og kostnadsvekter og til endring av poliklinikk takster. Konsekvensene har vært at enkelte sykehus/fylkeskommuner har planlagt ut fra andre rammebetingelser enn de faktiske.

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.

Forhold ved ISF-systemet har også redusert forutsigbarheten for sykehusene.

Ved ISF vil inntektene avhenge av antall og type av behandlinger. Ideelt sett skal fylkeskommunens og sykehusets inntekter være kjent når antall og type av behandlinger er kjent. I praksis har ikke dette vist seg så enkelt. Referansegruppen vil peke på at følgende forhold har bidratt til usikkerhet omkring sykehusinntekter:

- Krypgrensen har bidratt til uforutsigbarhet og planleggingsproblemer
- Overgang til nytt grupperingsprogram har hatt negative konsekvenser for utbetalingene midt i budsjettåret.
- Vanskeligheter med å forutsi sammenheng mellom aktivitet og inntekt. Det har heller ikke vært praktisk mulig å etterprøve SHDs beregninger.
- Gjestepasientinntekter og utgifter og andre inntektskomponenter oppleves om uforutsigbare.
- Lang tid mellom planlegging av aktivitet og utbetaling av refusjoner.

3.8.3 Muligheter for å øke forutsigbarheten i ISF

Referansegruppen mener at deler av den systembestemte usikkerheten har utgangspunkt i ”innkjøringsproblemer” med en refusjonsordning som er relativt komplisert. Ved avregningen for 1998 var det mange fylkeskommuner som gav uttrykk for at det var vanskelig å beregne hvordan krypreglene påvirket det økonomiske oppgjøret. Dette hadde som resultat at mange fylkeskommuner budsjetterte med større inntekter enn de faktisk mottok. Sosial- og helsedepartementet har derfor fra og med 1999 sendt ut tertialvise rapporter med prognose for de samlede utbetalinger. Dette hjelper fylkeskommunene i 1999 til bedre å anslå sine inntekter og slik sett redusere usikkerheten 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 skapte i seg selv en del usikkerhet i utbetalingsgrunnlaget. Nå kan det legges til grunn at samme kodeverk kan beholdes over noe tid. Selv om det skulle bli behov for mindre justeringer av kodeverket er det nå mulig å simulere effekten av disse på en annen måte enn tidligere. På samme måte kan det lettere simuleres hvilke konsekvenser endringer i pasientgrupperingen vil ha på utbetalingsgrunnlaget.

Krypreglene gjelder for fylkeskommunene og ikke direkte i forhold til det enkelte sykehus. På fylkeskommunens egne sykehus behandles imidlertid både gjestepasienter og egne pasienter. Krypreglene utgjør derfor et kompliserende element når fylkeskommunen skal fordele de økonomiske virkningene av dette på sine sykehus. Referansegruppen peker på at å fjerne krypreglene vil redusere den systembestemte usikkerheten. Dette må avveies mot faren for statlig finansiering av registreringsendringer med mulige fordelingsvirkninger.

Referansegruppen vil også peke på at grunnleggende problem for fylkeskommunenes budsjettering og planlegging at de økonomiske rammebetingelsene for sykehussatsingene først blir klare i nov/des. foregående år. Med den tyngde som denne sektoren har i fylkeskommunenes økonomi bør det tilstrebes at premissene for budsjettet varsles best mulig gjennom kommuneøkonomiproposisjonen.

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.

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

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

Det er imidlertid en gråsoner 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. En illustrasjon på problemstillingen er hva som har skjedd med hensyn til rehabiliteringspasienter. Det ble i 1998 gjort et utviklingsarbeid for å få bedre gruppering av denne type pasienter i DRG-systemet. En del av løsningen var å skille kompleks rehabilitering fra enkel rehabilitering. Et samlet fagmiljø mener at den komplekse rehabiliteringen bør utgjøre anslagsvis 30 pst. av pasientene. Data for 1999 viser nå at sykehusene registrerer ca 70 pst. av pasientene som kompleks rehabilitering.

I dette tilfellet blir innholdet i en DRG forskjellig fra det som var forutsatt ved beregningen av refusjonen. Dette tyder på at gruppen for kompleks rehabilitering også inneholder pasienter som ikke får kompleks rehabilitering. I et slikt tilfelle bør også refusjonene revideres mellom disse gruppene.

Referansegruppen 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, Kommunenes Sentralforbund, 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

Endringer i finansieringssystemet bør varsles på forhånd. Endringer som har større konsekvenser bør forelegges Stortinget som en del av budsjettbehandlingen.

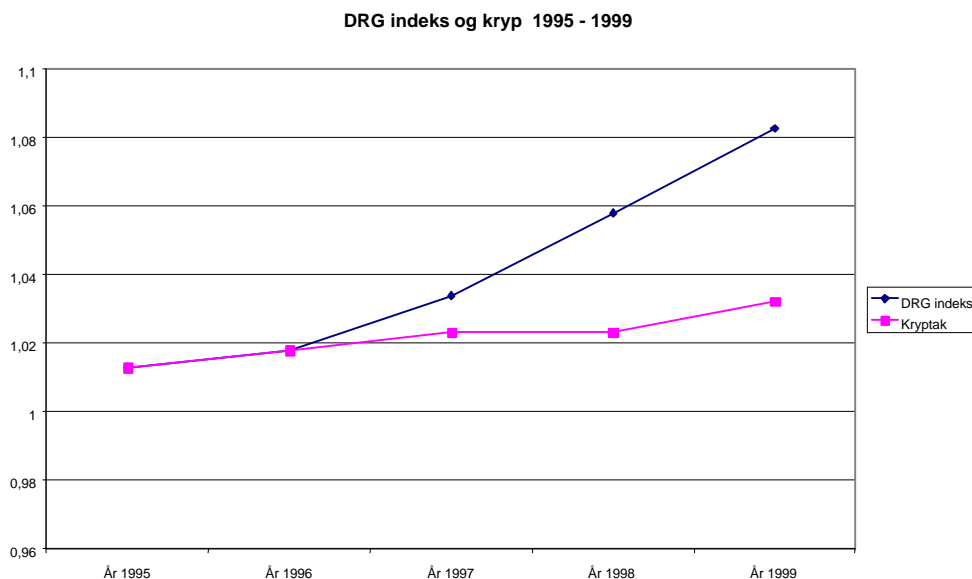
Referansegruppen mener det er viktig at slike endringer er basert på innspill fra fagmiljøene og at disse tas opp i drøftinger med KS og representanter for sektoren før iverksetting. Det vil være naturlig å legge opp til en løpende dialog gjennom en konsultasjonsordning. En konsultasjonsordning er allerede etablert med KS på dette området og arbeidet i denne bør forsterkes fremover.

Endringer i prisregler eller gruppering vil i utgangspunktet kunne påvirke fylkeskommunenes økonomi og bør derfor ikke endres i løpet av året. Det må imidlertid også her være adgang til å rette opp feil som skulle oppstå i forbindelse med utsendelser av trykksaker eller edb-program. Hvorvidt ansvaret for slike feil skal bæres av staten eller ikke må vurderes i forhold til hvilke konsekvenser dette får for fylkeskommunene og rimelighetsbetraktninger omkring hvem som burde oppdaget hva på hvilket tidspunkt.

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 en slik finansieringsordning. Mao det var 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 perioden før. Se figur 3.5

Figur 3.5 DRG-indeks og DRG-kryp



I figuren er det også angitt den pasienttyngde som det er gitt betalingsmessig uttelling for. Denne er begrenset av det gjennomsnittlige kryptak. Figuren illustrerer bakgrunnen for kritikken som er fremmet fra fylkeskommunene mot krypreglene. En endring i krypreglene ble derfor lagt inn i budsjett 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. Forutsatt den vekst i DRG-indeksen som er lagt til grunn på 3 prosent fra 1. tertial 1999 og ut år 2000 vil fylkeskommunene samlet sett få igjen de midlene som inndras gjennom redusert enhetspris og reduserte kostnadsvekter. I tillegg vil fylkeskommunene få uttelling for en generell oppjustering av kryptaket 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 foretatt med utgangspunkt i en forutsetning om fremtidig vekst i DRG-indeksen. Dersom veksten samlet for alle fylkeskommunen i virkeligheten skulle avvike fra den forutsatte, er dette et klart grunnlag for å vurdere justeringer av enhetsprisen. Selv om DRG-indeksen samlet sett øker i tråd med forutsetningene, kan likevel den enkelte fylkeskommune få økonomiske virkninger forskjellig fra det som her er beregnet samlet.

I gjennomgangen er det forsøkt belyst 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 krypreglene frem til 1999 har gitt uttelling for. Videre analyser er nødvendige for å vurdere dette forholdet.

Det er fremdeles store variasjoner mellom fylkeskommunene på DRG-indeksen, noe som ikke kan forklares alene gjennom forskjeller i sykелighet 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. Krypreglene fungerer som et tak på de økonomiske uttellingene som skal gis for økning i DRG-indeksen. Uten et slikt tak vil det være forskjellig hva de ulike fylkeskommunene kan ta ut av en registreringsmessig gevinst i tiden som kommer, avhengig av hvor god registreringen er i dag.

Tabell 3.7

	Prognose omfordelings- effekter nytt regelverk DRGkryp	Prognose Effekt av å fjerne kryptaket i 2000	A + B	Prognose Effekt av å fjerne kryptaket i 2001	Prognose Effekt av å fjerne kryptaket i 2002
01 Østfold	-2	-	-2	4	16
02 Akershus	17	-	17	11	26
03 Oslo	-5	-	-5	6	28
04 Hedmark	-6	10	4	19	27
05 Oppland	8	6	14	14	24
06 Buskerud	-	-	-	8	17
07 Vestfold	-	13	13	22	32
08 Telemark	7	9	16	17	26
09 Aust-Agder	-1	-	-1	4	9
10 Vest-Agder	-5	-	-5	2	8
11 Rogaland	-11	-	-11	3	16
12 Hordaland	-10	12	2	31	51
14 Sogn og Fjordane	-5	-	-5	1	6
15 Møre og Romsdal	-5	-	-5	0	11
16 Sør-Trøndelag	-7	3	-4	15	27
17 Nord-Trøndelag	-	-	-	2	8
18 Nordland	12	-	12	11	22
19 Troms	1	-	1	6	13
20 Finnmark	-4	-	-4	0	0
Totalt	-14	53	39	176	367
Radiumhospitalet	-3	4	1	9	14
Rikshospitalet	16	9	25	26	43
Totalt	-	66	66	211	425

Endringene i krypreglene for 2000 har imidlertid gjort at få fylkeskommuner nå vil rammes av taket for DRG-indeksen. Å fjerne krypreglene fra dette utgangspunkt vil slik sett gi mer begrensede fordelingsvirkninger mellom fylkeskommunene. En fjerning av de krypreglene som ligger i budsjettet for 2000 er beregnet å gi et økt utgiftsbehov på 66 mill.kr.

Tabell 3.7 viser beregnet økonomisk effekt av DRG-kryp i 2000, 2001 og 2002 gitt 2 pst. årlig økning i indeksen på landsbasis og under den forutsetning at indeksen endrer seg prosentvis like mye i alle fylkeskommunene. Kolonne A angir prognoser per fylke av endret regelverk for DRG-kryp som ligger i budsjett 2000. Kolonne B viser beregnet økonomisk effekt ved å fjerne kryptaket helt.

Å fjerne kryptaket vil innebære at noen fylkeskommuner får større økonomisk uttelling enn andre. Men dette er med utgangspunkt i at DRG-indeksen øker like mye for alle fylkeskommunene. Noen av de fylkeskommunene som kommer gunstig ut i denne beregningen er kanskje også de som har minst potensiale for å øke DRG-indeksen gjennom videre kodingsforbedring. Slik sett kan "taperne" i omleggingen av krypreglene, slik det fremgår av tabellen ovenfor, bli vinnere fordi potensialet for forbedringer i registreringene her er bedre. Derfor kan de faktiske fordelingsvirkningene bli ulike de som er vist i tabell 3.7.

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

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

Referansegruppen er innforstått med at en samlet vesentlig økning i DRG-indeksen over det som antas å være økningen i reell pasienttyngde, kan føre til justeringer av enhetsprisen. Slike justeringer bør imidlertid helst ikke gjøres underveis i budsjettåret, men tas som en eventuell justering i påfølgende budsjettår. Her vil forskningsmiljøet og den uavhengige instansen være en viktig premissleverandør. Endringene bør drøftes med Kommunenes Sentralforbund som en del av konsultasjonsordningen.

Dersom en fylkeskommune avviker vesentlig fra det som er sannsynlig utvikling i DRG-indeksen må departementet kunne foreta justeringer i utbetalingene på grunnlag av råd fra instansen og etter konsultasjon med KS.

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 ikke at staten automatisk skal dekke opp for den faktiske kostnadsutviklingen.

Enhetsprisen gir grunnlaget for statens refusjon til fylkeskommunene i ISF-ordningen. Enhetsprisen ble beregnet første gang i 1995, og ble da basert på sykehusenes faktiske kostnader. Siden 1995 har endringene i enhetspris være basert på forutsetninger om generell prisvekst. Et viktig unntak er 1998 hvor prisjusteringen av ISF-refusjonen var 8,5 prosent 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 lavere enn kostnadsutviklingen fra 1999 til 2000 skulle tilsi. Dette kommer isolert sett av at det er lagt inn et effektiviseringskrav på 150 mill. kroner i enhetsprisen for 2000. Det legges til grunn at forutsetningen om budsjettnøytralitet i endringen av krypteglene er riktig.

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 inntekter dekket utgiftene ved poliklinisk behandling. Forskernes rapport peker på at en mer realistisk forutsetning er at disse dekker 50 prosent 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 3.9 viser utviklingen i kostnad pr korrigeret DRG-poeng for fem typer sykehus; regionsykehus, sentralsykehus, fylkessykehus med sentralsykehusfunksjoner, lokalsykehus og lokalsykehus med reduserte funksjoner.

Tabell 3.9 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 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 korrigeret DRG-poeng lavere enn vekst i enhetspris. Gjennomsnittstallene i tabell 3.9 dekker imidlertid over betydelige variasjoner innen de enkelte gruppene av sykehus.

Referansegruppa ser at det vil skje en utvikling av regionsfunksjoner på sentralsykehus som følge av samordning av spesialiteter i forbindelse med regionale helseplaner. Ved etablering av slike må det vurderes om også sentralsykehus bør få del i regionsykehustilskuddet.

3.8.8 Regionsykehusenes særskilte situasjon

Gjennomgangen foran reiser spørsmålet om det er forhold i finansieringsordningen som systematisk gjør at regionsykehus kommer dårligere ut. Gjelder dette i så fall store sykehus og ikke bare regionsykehus.

Vektene for den enkelte DRG er basert på kostnadskalkyler som tar hensyn til ressursforbruket, f.eks. gjennomsnittlig liggetid, gjennomsnittlig medisiner 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 DRG'er). Jo flere DRG'er, jo høyere kostnadsnivå.

Referansegruppen 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.

Utviklingen en ser i regionsykehus vil forplante seg gradvis til sentralsykehus og videre nedover. Regionsykehusene vil imidlertid alltid ligge i fronten med å ta i bruk ny teknologi og nye behandlingsformer.

Regionsykehustilskuddet har imidlertid ikke blitt justert for de volumendringer som finner sted i pasientbehandlingen. Referansegruppen vil derfor foreslå at dette tilskuddet systematisk justeres med basis i planlagt aktivitetsøkning i statsbudsjettet. Referansegruppens vurdering er at manglende økning i dette tilskuddet kan forklare noe av regionsykehusenes vanskelige økonomiske situasjon. Det foreslås derfor både en systematisk omlegging fra 2000 som vil gi grunnlag for å øke dette tilskuddet, samtidig med en økning av nivået for å kompensere etterslepet for denne mangelen.

Det kan derfor legges til grunn at regionsykehusene har hatt en særskilt vanskelig situasjon med kostnadsvekst. Dette gjelder ikke bare de fylkeskommunale regionsykehus, men også Rikshospitalet. Problemene med finansieringen av denne synes å bunne i flere forhold:

- Den delen av regionsykehustilskuddet 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 kjemoterapibehandlingen.

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. Referansegruppen mener at det haster å få på plass en slik løsning.

4. Hvordan legge til rette for bedre styring i sykehussektoren

I det følgende har referansegruppen gått inn på styringsmessige problemstillinger. Fokus i gjennomgangen har vært på fylkeskommunens sykehus. Statssykehusene har ikke vært drøftet spesifikt i denne gjennomgangen, men gruppen legger til grunn at de samme problemstillinger gjelder for disse.

4.1 Beskrivelse av det formelle systemet

Vi kan snakke om tre involverte aktører i styring av sykehus; staten, fylkeskommunen og sykehusene. Disse tre aktørene representerer to forvaltningsnivåer, og har ulike formelle roller.

4.1.1 Staten

Staten har tre roller når det gjelder styring av sykehus. For det første fastlegging av de lover og forskrifter som skal gjelde for sektoren – de juridiske rammebetingelsene. Stortinget har vedtatt fire nye omfattende helselover, som legger sterke føringer på hvordan helsesektoren vil se ut i framtiden. Ikke minst vil pasientenes rett til fritt sykehusvalg virke inn.

For det andre legger staten føringer når det gjelder mål og satsninger for helsesektoren. I utformingen av regionale planer er kreft, psykiatri og oppgavefordeling mellom sykehusene vektlagt. Føringene skjer via politiske signaler og øremerking av midler.

For det tredje legger staten de økonomiske rammene for helsesektoren. Staten fastsetter det årlige økonomiske opplegget for fylkeskommunene, herunder både rammer til fylkeskommunen og de midler som går til helsesektoren direkte som et resultat av innsatsstyrt finansiering (ISF). Staten har det overordnede ansvar for sykehusenes finansieringsordning. Staten gir også rammer for fordeling av legestillinger til sykehussektoren.

4.1.2 Fylkeskommunen

Fylkeskommunene er sykehuseiere for de fleste av landets sykehus, og representerer et selvstendig politisk forvaltningsnivå. Fylkeskommunen som

sykehuseier skal sørge for at befolkningen får adgang til tilfredsstillende og forsvarlige helsetjenester. Fylkeskommunen har adgang til å selv stå for tjenesteytingen, men kan også kjøpe tjenester utenfra, av andre offentlige eller private aktører.

Fylkeskommunen gjør prioriteringer på basis av nasjonale prioriteringer og regionale, lokale, politiske vurderinger av befolkningens behov, sett i forhold til ressursituasjonen i fylket og gjennom samarbeid i regioner, og internt i fylkeskommunen sørger for en rasjonell ressursutnyttelse.

4.1.3 Sykehusene

De fleste sykehus er virksomheter eid av fylkeskommunen og er således en del av det fylkeskommunale helsetjenestetilbudet. Sykehusene skal ”utøve” de tjenester fylkeskommunen som sykehuseier prioriterer – eller ”bestiller”. Sykehusledelsen har et ansvar for å gjennomføre driften av sykehuset innen fastsatte økonomiske og organisatoriske rammer og i samsvar med gjeldende helselovgivning.

4.2 Hvordan fungerer styringssystemet, sett i forhold til finansieringsproblematikken?

ISF-ordningen er utformet slik at en aktivitetsøkning krever fylkeskommunal medfinansiering. Dette gir fylkeskommunen styringsmulighet på aktivitetsveksten gjennom regulering av rammetilskuddet.

4.2.1 Stat – fylkeskommune

Staten beslutter hvilken finansieringsordning som skal gjelde, og legger detaljene for utformingen av dette. Staten bestemmer dessuten satser for de ulike elementene som inngår i finansieringssystemet.

Det har siden ISF ble innført i 1997 vært en formalisert kontakt mellom SHD, KS og fylkeskommunene, ved fylkesrådmenn og fylkeshelsesjefer, der ISF-systemet har vært diskutert. SHD har der lagt fram sine forslag til endringer, og fått synspunkter tilbake fra fylkeskommunene.

Denne kontakten har imidlertid ikke vært tilstrekkelig for å etablere en felles oppfatning av hvilke konsekvenser endringer i systemet får for de ulike aktørene. Kontakten demmet heller ikke opp for den uenighet som oppsto da man så hvilken virkning innføringen av innsatsstyrt finansiering fikk på aktiviteten i sykehusene, og som en konsekvens av dette, den virkningen dette hadde på sykehusenes og fylkeskommunenes økonomi.

Når trange økonomiske rammer krever at fylkeskommunene treffer beslutninger om lokale tiltak for å tilpasse driften av sykehusene til faste økonomiske rammer, må det fra sentrale myndigheter uttrykkes støtte og forståelse for at man utøver en slik styring som rammeforutsetningene tilsier.

Det er et statlig ansvar å utforme en nasjonal helsepolitikk. Og det er fylkeskommunenes ansvar å iverksette og utføre denne innenfor sine område. Fylkeskommunes oppdrag er derfor innenfor disse rammene å utforme en lokal helsepolitikk som med utgangspunkt i lokale forhold ivaretar innbyggernes behov.

Når den nasjonale politikk skal omformes til å passe til de lokale behov, vil og må den få ulik form. Dette krever at staten avstår fra detaljstyring og innblanding når den lokale politikk utformes.

Det er viktig å erkjenne at gode helsepolitiske beslutninger må baseres på nærhet og kunnskap om lokale forhold. Dette står ikke på noen måte i konflikt til at staten skal ha den overordnede nasjonale styringen. Statens delaktighet må begrenses til de områder hvor fylkeskommunene selv finner at det er behov for medvirkning.

4.2.2 Fylkeskommune – sykehus

Fylkeskommunen er ansvarlig for basisfinansieringen av sykehusene, og vil således spille en viktig rolle i den økonomiske styringen. Fylkeskommunenes ansvar kommer til uttrykk på ulike måter. Fylkeskommunene er eiere og driftsansvarlige for å sikre at sykehusene leverer tjenester i samsvar med fylkeskommunens politiske og juridiske ansvar. Noen velger å tydelig markere skillet mellom eier- og utførerrollen. I denne modellen skjer styringen av sykehusets oppgaveløsning mer gjennom utøvelse av etterspørselsfunksjonen og bruk av avtaleteknikker.

Sentralt for forholdet mellom fylkeskommuner og sykehus uansett valg av modell er at fylkeskommunene ut fra sin overordnede posisjon i forhold til sykehusene, og den ressursituasjon de står i, utøver en styring overfor sykehusene slik at fylkeskommunenes juridiske og helsepolitiske ansvar ivaretas.

I de senere årene har det vært betydelig søkelys på fylkeskommunenes styring av sykehusene, og et sentralt forhold har vært rolleforståelse mellom fylkeskommune og sykehusledelse. Det har blitt stilt spørsmål ved om sykehusledelsene har tilstrekkelige fullmakter til å kunne utøve helhetlig og kraftfull ledelse, og om det er de "riktige" sakene som løftes opp på politisk nivå i fylkeskommunen.

I mange fylkeskommuner arbeides det med tiltak for å lage bedre systemer og praksis for styringen mellom fylkeskommune og sykehus. Blant annet gjennom økt delegering av myndighet og gjennom videreutvikling av organisasjons-modeller, med vekt på kontraktstyring og bestiller – utførermodeller.

Hvilke konsekvenser dette vil ha for den økonomiske situasjonen i fylkeskommunen og på sykehusene, er usikkert. Mange hevder at mer rendyrkede roller vil føre til at også det økonomiske ansvaret blir plassert på rett sted. På den annen side kan det hevdes at fristilte sykehus også i framtiden vil være en del av den fylkeskommunale helsetjenesten, og således "under kontroll" av det enkelte fylkesting, som har det endelige økonomiske og juridiske ansvar.

4.2.3 Styring i sykehus

Det er en rekke aktører som legger føringer på de prioriteringene sykehuset gjør: statlige myndigheter, fylkeskommunen, sykehusledelsen, og de enkelte fagmiljøer.

Sykehusledelsen har til oppgave å gjennomføre styringstiltak som sikrer at driften tilpasses de forutsetningene sykehuseier legger til grunn. Det er enkelte utfordringer knyttet til dette. En utfordring er at sykehus er utpregede kunnskapsvirksomheter. Dette innebærer at sykehusene i praksis både styres "ovenfra" og "nedenfra". De styres ovenfra av de administrative ansvars- og

styringsposisjonene som direkte følger av organisasjonssystemet. Og de styres nedenfra fordi det i stor grad er innhold og effekt av faglige beslutninger som styrer sykehusets drift og utvikling – og som legger premisser for ressursbruken. Dette gir utfordringer, ikke minst for styring av økonomien i sykehuset.

Ved bedret dialog mellom statlige og fylkeskommunale myndigheter, og mellom sykehuseier og sykehus, er det grunn til å tro at forholdet mellom sykehusene og dets eiere vil preges av økt forutsigbarhet og klarere ansvarsfordeling – noe som kan gjøre at økonomisk styring oppleves enklere. Forutsigbarhet og klare ansvarsforhold bør også prege forholdet mellom sykehusets ledelse og fagmiljøene. Ansvarliggjøring av alle ledd i organisasjonen med hensyn til resultatoppnåelse, både når det gjelder økonomi, aktivitet og kvalitet vil legge viktige premisser for de avgjørelser som tas nede i organisasjonen, og forhåpentligvis føre til bedre styring.

4.3 Forbedringstiltak

4.3.1 Konsultasjonsordning om finansieringssystemet må styrkes

I et system der halvparten av finansieringen skjer som et resultat av faktisk aktivitet, er det viktig at partene har en felles forståelse av hva denne aktiviteten innebærer. Sykehusene får sine økonomiske rammer fastsatt gjennom fylkeskommunenes budsjettvedtak. Det regelverket som ISF-systemet bygger på påvirker sykehusenes økonomiske situasjon og uforutsette endringer påvirker sykehusenes ressursforutsetninger. Forventninger som er skapt, lar seg ikke innfri.

ISF-systemet har vært i stadig endring siden iverksettingen sommeren 1997 delvis som en følge av at store deler av systemet var en nyskapning. En framtidig situasjon bør preges av at endringer planlegges og gjennomføres med tanke på:

- Endringer bør ikke skje midt i budsjettåret da dette reduserer fylkeskommunenes planleggingsmuligheter
- Endringer bør ikke ha tilbakevirkende kraft da dette svekker tilliten til systemet
- Hvis endringer må skje, skal disse meldes så tidlig at sektoren har muligheter for omstilling
- Endringer bør skje etter konsultasjoner mellom partene og i størst mulig grad på bakgrunn av en felles beskrivelse av den konkrete situasjon som ligger til grunn for endringsforslagene

For at ISF-systemet skal fungere godt i framtiden, er det viktig at staten og fylkeskommunene etablerer en slik felles forståelse for å unngå spillsituasjoner om hva som reelt skjer på sykehusene.

Det er allerede i dag et samarbeid mellom staten og KS om dette. Konkret foreslås det at denne kontakten utvides til jevnlig møter relatert til budsjettprosessen hvor f. eks. fastsetting av enhetspriser, kostnadsvekter og annet regelverk knyttet til sykehusdrift samt krav til produksjon drøftes. Dette må ses i sammenheng med den generelle konsultasjonsordningen mellom stat og fylkeskommune.

4.3.2 Sykehuseiers styringsdialog

Fylkeskommunene som sykehuseier innretter seg ulikt når det gjelder forholdet til sine sykehus. Et fellestrekk som synes å gå igjen er imidlertid at styringsdialogen ikke oppleves som god nok fra sykehusenes side.

Det kan hevdes av en tydeliggjøring av rammer og resultatkrav som stilles til sykehusene kan bedre styringsdialogen, og at sykehusene meddeles klarere prioriteringer fra sykehuseier. Som et ledd i bestillerfunksjonen kan oppfølgings-systemene gjennom budsjettåret forbedres, slik at korrigerende tiltak kan settes inn.

4.3.3 Personellressurser

En betydelig del av utgiftene i sykehus går til personellressurser. Det kommer dessuten fram av forskningsrapporter at kostnadsøkningen ved sykehus i de senere årene i stor grad skyldes resultatet av lønnsoppgjør. Dette betyr at måten sykehusene forvalter sine personellressurser på, er viktig for sykehusets økonomi.

Det har de siste årene vært rettet fokus mot intern organisering i sykehus, og mange hevder at arbeidskraften ofte blir brukt lite hensiktsmessig. For sykehusledelsen som arbeidsgiver ligger det betydelig potensiale i dette, ikke bare fordi rekrutteringssituasjonen er prekær, men også fordi det kan være penger å spare. Det ligger imidlertid også en betydelig utfordring i dette fordi et sykehus på mange måter er en konservativ organisasjon med lange tradisjoner når det gjelder bruk av personell og ansvarsfordeling mellom profesjonsgrupper.

4.3.4 Arbeidsgiversamarbeid

Vi har i dag tre ulike tariffområder i norsk helsesektor; det statlige, KS-området og Oslo kommune. Dette byr på en rekke utfordringer, ikke minst i en sektor som er preget av sterk konkurranse om knapp arbeidskraft.

Det er ønskelig å forsterke et samarbeid på arbeidsgiversiden når det gjelder avtaleverk, bestående av staten som sykehuseier, fylkeskommunene som sykehuseiere (KS) og Oslo kommune.

5 Vurderinger av budsjettmessige tiltak

5.1 Vurdering av samlet behov for økonomiske tiltak

Analysen så langt har pekt på at de økonomiske problemene har flere årsaker. En viktig årsak er gapet som er oppstått mellom aktivitet som sykehusene utfører og det finansielle grunnlaget for denne. Størrelsen på dette gapet varierer mellom fylkeskommunene. Det kan være flere forhold som forklarer dette:

- Ulikt økonomisk fundament i fylkeskommuner
- Ulik styring av aktivitet og kostnader i fylkeskommune og sykehus
- Systemsvakheter i finansieringsordningen

Gjennomgangen peker på at hovedproblemet er manglende ”basisfinansiering” av veksten i pasientbehandlingen. De frie inntekter for fylkeskommunene har gått ned etter 1997, mens det samtidig har vært en målsetting å øke aktiviteten i sykehusene. Det er i første rekke et gap mellom den planlagte veksten og grunnlaget for denne i de frie inntektene. Men analysene viser også at det er en ikke planlagt vekst i sykehusene som utgjør et tilleggsproblem.

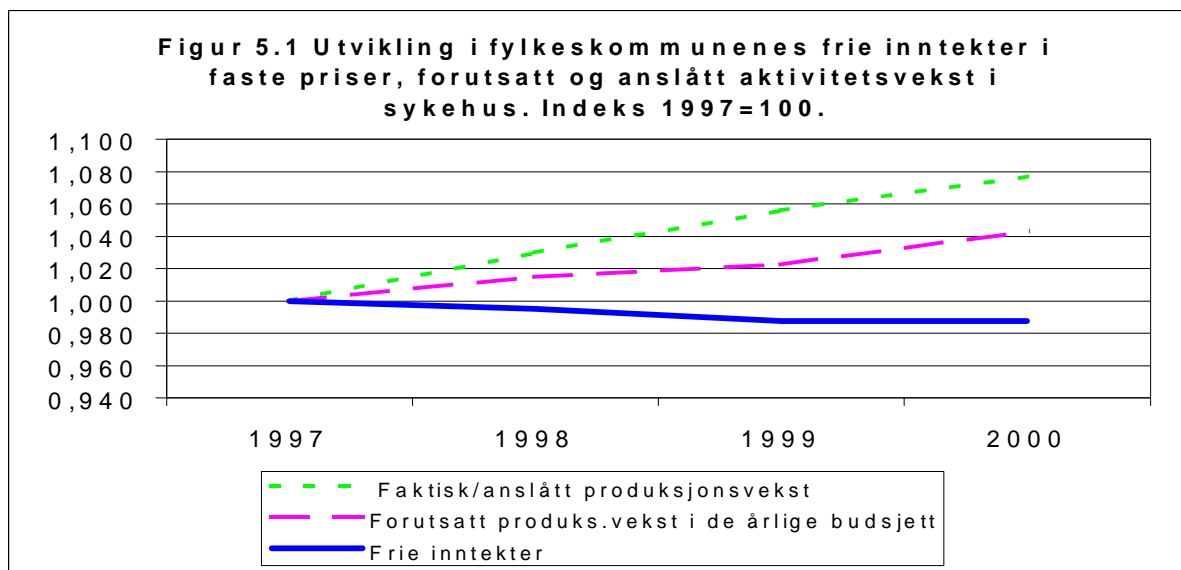
Gjennomgangen har avdekket noen svakheter i finansieringsordningene, men det er pekt på at regionsykehusene kan ha kostnadsulemper som ikke finansieringssystemet fanger opp i tilstrekkelig grad.

Det er vanskelig å presist angi det gap som har oppstått mellom økonomiske forutsetninger og ambisjonen om økt pasientbehandling. Nedgangen i de frie inntektene til fylkeskommunene har imidlertid alene vært anslagsvis 600 mill.kr¹ siden 1997.

Figur 5.1 nedenfor viser tre forhold på en gang. For det første utviklingen i fylkeskommunenes frie inntekter i faste priser og korrigert for oppgaveendringer (nederste kurve) fra 1997 til 2000. Dernest den observerte aktivitetsutvikling i sykehus for samme periode (øverste kurve). Til slutt vises de planlagte aktivitetsøkningene slik de fremkommer av budsjettframleggene til Stortinget.

Figur 5.1

¹ Tallene for frie inntekter er ikke korrigert for økning i befolkningen i perioden



Figuren illustrerer et tiltakende misforhold mellom utviklingen i fylkeskommunenes frie inntekter og aktivitetsutviklingen i sykehus. Samtidig har ikke fylkeskommunene 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 til sammen, mens Oslo hadde knapt 1,7 mrd. kroner. For 1999 viser ny informasjon siden St.prp. nr 1(1999-2000) at det ligger det an til negativt netto driftsresultat for fylkeskommunene samlet på ca 500 mill.kr. 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.

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

I det følgende gjennomgås de enkelte faktorer som ligger bak det finansielle gap som er oppstått, jf. figur 5.1 og de beregninger som er gjort for å tallfeste disse.

5.1.1 Nedgangen i de frie inntektene i perioden 1997 til 1999

1997 var det året hvor ISF startet opp fra 2. halvår, og danner slik sett et mulig referansepunkt for vurderingen av de frie inntektene i forhold til aktivitetsveksten. 1997 var et år med gode økonomiske resultat i fylkeskommunene.

Fylkeskommunene bør i utgangspunktet ha et stå stort driftsmessig overskudd at de har egenkapital dekning til større investeringer, herunder også de statlige satsingsområdene (psykiatri, kreft og sykehusutstyr). I tillegg bør overskuddet også kunne finansiere investeringer av for eksempel mindre utstyr og mindre bygningsmessige justeringer. I perioden 97-99 har nedgangen i de frie inntektene vært på 600 mill. kroner. Det er forutsatt i de økonomiske oppleggene at fylkeskommunene for å klare dette måtte omprioritere og effektivisere. Spesielt kom dette klart til uttrykk i statsbudsjettet for 1999. Kartleggingen av fylkeskommunenes økonomi i kapittel 2 kan også tyde på at dette til en viss grad

er skjedd, men ikke nok til å unngå tiltakende finansiell ubalanse lik nye foreløpige tall tyder på.

Måles imidlertid nedgangen i de frie inntektene mot 1996 eller 1998, blir bildet noe annet. Nivået på de frie inntektene for fylkeskommunene er reelt ca 300 mill. kroner høyere i 2000 sammenlignet med 1996 når Oslo kommune holdes utenfor.

Medregnet Oslo vil økningen være større. Nedgangen fra 1998 er 250 mill. kroner målt i faste priser.

5.1.2 Fylkeskommunal egenfinansiering av aktivitetsveksten i sykehusene 1997-1999.

Aktivitetsveksten i sykehusene som her er utgangspunktet for beregningene tar fatt i de tre viktigste aktivitetene i sykehus som er rettet mot pasientbehandling:

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

For behandling ved innleggelse kan det beregnes at fylkeskommunenes egenfinansiering for aktivitetsveksten 1997 til 1999 har vært ca 500 mill. kroner. Beregningen tar utgangspunkt i at det har vært 5,6 prosent vekst i denne aktiviteten 1997-99. Forutsetningen for beregningen er at marginalkostnaden ved å øke behandlingsaktiviteten er 100 prosent av DRG-kostnadene. Videre er det lagt til grunn for denne beregningen at krypreglene har økt egenfinansieringen til fylkeskommunene med ca 100 mill. kroner. Forskernes gjennomgang kan indikere at krypreglene har vært litt for stramme i forhold til å ta høyde for reell økning i pasienttyngde. På bakgrunn av disse analysene er det anslått at dette har medført en fylkeskommunal egenfinansiering på ca 100 mill. kroner.

Forskerne påpeker i sin rapport at det lå til grunn en viktig forutsetning for beregningen av enhetsprisen i 1997. Det var en forutsetning om at polikliniske refusjoner dekket utgiftene ved poliklinisk aktivitet. De mener at en mer realistisk forutsetning er at de polikliniske refusjonene dekker anslagsvis 50 prosent av utgiftene. Dersom dette legges til grunn viser beregningene at enhetsprisen i dag dekker ca 60 prosent av DRG-kostnaden i ISF-ordningen. Når egenfinansiering ved økt aktivitet skal beregnes må derfor 50 prosent dekningsgrad på poliklinikken brukes sammen med en 60 prosent dekningsgrad på ISF. Det har ikke vært tid til en nærmere vurdering av hvorvidt nivået på ISF-refusjonene og poliklinikkrefusjonene bør justeres etter disse beregningene. Dette er et forhold en må komme tilbake til på et senere tidspunkt.

For å øke den polikliniske behandlingen i samme periode har det også vært nødvendig med en fylkeskommunal egenandel. Denne er her beregnet til 240 mill. kroner. Anslått vekst for den polikliniske aktivitet for perioden 1997-99 er 8,4 prosent. Forutsetningen for beregningen er 100 prosent marginalkostnad og 50 prosent refusjonsdekning gjennom takstene for poliklinikk.

Det statlige tilskudd til regionsykehus er innrettet for bl.a. å dekke merutgiftene ved høyspesialisert medisin. Tilskuddet skal også være en kompensasjon for at regionsykehusene systematisk har et utvalg av tyngre pasienter enn DRG-systemet

tar hensyn til ved refusjonsfastsettelsen. Det er også meningen at dette tilskuddet skal være et bidrag til å holde beredskap på et medisinsk felt som er langt større enn det eierfylkets behov tilsier alene. Den delen av tilskuddet som skal finansiere dette er samlet ca 1 mrd. kroner i 1999 for alle de fylkeskommunale regionsykehusene. Det finnes ikke noe særskilt mål på aktivitetsveksten på regionsykehusfunksjonene. Dersom man legger til grunn at aktivitetsveksten på dette området er like stort som for poliklinisk behandling (8,4 prosent), kan fylkeskommunal egenfinansiering beregnes til 90 mill. kroner. Behovet for en fylkeskommunal egenfinansiering oppstår fordi regionsykehustilskuddet ikke har vært justert for aktivitetsøkning i denne perioden.

Beregningen av gapet mellom utviklingen i de frie inntektene og krav til fylkeskommunal egenfinansiering av aktivitetsvekst i perioden 1997 til 1999 kan ved begynnelsen av år 2000 oppsummeres i tabell 5.1.

Tabell 5.1. (tall i mill.kr)

Nedgang frie inntekter 1997-1999	600
Egenfinansiering vekst behandling ved innleggelse(ISF) 1997-1999	500
Egenfinansiering vekst i poliklinisk aktivitet 1997-1999	240
Egenfinansiering vekst i regionsykehusfunksjoner 1997-1999	90
SUM	1430

5.1.3 Fylkeskommunal egenfinansiering for å finansiere planlagt aktivitetsvekst i år 2000

På samme grunnlag som i 5.1.2 kan fylkeskommunal egenandel for vekstforutsetningene i budsjett 2000 beregnes. I år 2000 legges det til grunn uendret nivå på de frie inntektene for fylkeskommunene.

I vedtatt budsjett er det lagt til grunn 2 prosent økning i behandlingsaktiviteten ved innleggelser (ISF). Dette er beregnet til å kreve en fylkeskommunal egenfinansiering på 140 mill. kroner, gitt de samme forutsetninger som i 5.1.2. Tilsvarende er det i St.prp. nr. 1 (1999-2000) lagt til grunn 5 prosent vekst i den polikliniske aktivitet. Dette er beregnet til å medføre en fylkeskommunal egenfinansiering på 140 mill. kroner. Økningen i regionsykehusfunksjonene beregnes med utgangspunkt i samme vekstfaktor, dvs 5 prosent. Dette gir en beregnet fylkeskommunal egenfinansiering på 50 mill. kroner i 2000.

Egenfinansiering som følge av manglende prisjustering av polikliniske takster i 2000 utgjør 80 mill. kroner. Manglende prisjustering i takstene innebærer en reduksjon av realverdien av tilskuddet.

For år 2000 er ikke prisjusteringen av regionsykehustilskuddet som er gitt i Stortingets behandling av St.prp. nr. 31 (1999-2000) videreført. Tilskuddet er heller ikke fullt ut prisjustert for år 2000 isolert sett. Disse to forholdene tilsier samlet en fylkeskommunal egenfinansiering for år 2000 på 104 mill. kroner for dette forholdet.

Samlet beregning av behov for fylkeskommunal egenfinansiering for år 2000 er angitt i tabell 5.2.

Tabell 5.2. (tall i mill.kr)

Egenfinansiering vekst behandling ved innleggelse(ISF) 2000	140
Egenfinansiering vekst i poliklinisk aktivitet 2000	140
Egenfinansiering vekst i regionsykehusfunksjoner 2000	50
Egenfinansiering som følge av manglende prisjustering av polikliniske takster 2000	80
Egenfinansiering som følge av manglende prisjustering regionsykehustilskudd 1997-1999	104
Egenfinansiering dersom krav om effektivisering ikke nås i 2000	180
SUM	694

5.1.4 Samlet beregning av behov og drøfting av forutsetninger

Beregningene ovenfor kan antyde et samlet gap mellom frie inntekter og aktivitetsvekst på i alt 2124 mill. kroner fra 1997 inn i budsjett 2000.

Forutsetningene for denne beregningen kan diskuteres på enkelte punkt:

- Det er usikkert hva marginalkostnaden ved å øke behandling er
- Hva er minimums nivå på fylkeskommunenes driftsresultat som bør ligge til grunn over noe tid
- Hvilke generelle krav til effektivisering og omstilling skal stilles til fylkeskommunal sektor
- Valg av referanseår vil påvirke beregningen

Referansegruppen har ikke tatt stilling til disse forutsetningene for dimensjonering av bevilgningen.

5.2 Innretning på de økonomiske tiltak

Siden analysen så langt konkluderer med at hovedproblemet er manglende generelt økonomisk grunnlag for å dekke opp den medfinansiering som har vært nødvendig fra fylkeskommunene, kan det være nærliggende å tenke seg en eventuell bevilgning rettet inn mot å styrke de frie inntektene. Det er imidlertid også nødvendig å rette deler av en tilleggsbevilgning inn mot finansieringsordningen slik at denne forbedres, særlig tiltak rettet mot forenkling av ordningen.

I gjennomgangen er det pekt på behov for systemmessige justeringer. Referansegruppen vil her peke på noen viktige forhold som bør søkes ivaretatt gjennom regjeringens fremlegg til Stortinget.

- Behovet for å prisjustere tilskudd fra staten for å unngå at realverdien blir mindre. Dette gjelder alle tilskudd. Spesielt vil en peke på manglende prisjustering av regionsykehusstilskudd og poliklinikkstakster.
- Behovet for å heve nivået på regionsykehusstilskuddet, samt å foreta volumjustering på fremtidige bevilgninger.
- Behovet for å forenkle ISF-ordningen gjennom å fjerne krypreglene og justere tilbake kostnadsvektene til samme nivå som i 1999.
- Effektivitetskrav som er innrettet mot sykehusene gjennom ISF-ordningen bør i stedet gjøres til generelle krav til effektivitet i fylkeskommunenes rammetilskudd.

Når disse forholdene er ivaretatt kan en eventuell tilleggsbevilgning ellers rettes mot en styrking av de frie inntektene.

Finansdepartementets representant vil videre understreke at flere av momentene, for eksempel behovet for kommunal medfinansiering og utvikling i frie inntekter, ikke er uforutsette utviklingstrekk. Dette bør vektlegges i oppfølgingen av rapporten og den videre vurderingen av fylkeskommunenes ansvar for og mulighet til å styre sykehusene innenfor tilgjengelige ressurser. Det synes ikke urimelig at fylkeskommunene må ta ansvar for medfinansiering av aktivitet utover det nivået som er lagt til grunn i statens budsjettdokumenter.

Finansdepartementets representant kan på bakgrunn av det foreliggende materialet ikke konkludere på tiltak som vil kreve bevilgningsøkning, og kan derfor ikke slutte seg til referansegruppens anbefalinger når det gjelder innretningen på en eventuell tilleggsbevilgning.