

**UNIVERSITETET
I OSLO**

HELSEØKONOMISK
FORSKNINGSPROGRAM

**Erfaringer med ISF
og bruk av
kostnadsinformasjon**

**Intervjudata fra fire
Fylkeskommuner**

Ståle Opedal
RF - Rogalandsforskning

Skriftserie 2000: 3



Erfaringer med ISF og bruk av kostnadsinformasjon

Intervjudata fra fire fylkeskommuner

Ståle Opedal,
RF - Rogalandforskning

(c) HERO og forfatteren. Reproduksjon er tillatt når kilde oppgis.
HERO - Health Economics Research Programme at the University of Oslo
ISSN 1501-9071, ISBN-nummer: 82-7756-035-4

Forord

Fra 1. juli 1997 er det innført *Innsatsstyrt finansiering (ISF)* av somatiske sykehus i Norge. Innsatsstyrt finansiering innebærer at deler av utgiftene til fylkeskommunens behandling av inneliggende pasienter refunderes av staten. Fylkene inngår ulike former for avtaler med sykehusene.

Et annet styringsmessig tiltak er at det siden 1989 er publisert kostnadsindekser for de somatiske sykehusene i Norge gjennom *SAMDATA*-publikasjonene fra SINTEF Unimed NIS. En har antatt at fylkeskommunene ville benytte denne kostnadsinformasjonen ved fastsettelse av sykehusenes budsjetter.

Dette notatet er en rapportering av en intervju-undersøkelse i fire fylkeskommuner og ved fire sykehus. Vi har spurt om bruken av kostnadsinformasjon, samt forventninger og erfaringer med aktivitetsbaserte avtaler mellom fylkeskommunen og sykehusene. Undersøkelsen inngår som en delstudie i Sosial- og helsedepartementets evaluering av ISF-ordningen. Undersøkelsen er gjort på oppdrag av Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, og er en nærmere oppfølging av de evalueringer som er foretatt av Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, og SINTEF Unimed NIS i samarbeid (jf. Hagen og Iversen 1999a, 1999b og Hagen, Iversen og Magnussen 1999). Intervju-undersøkelsen er utført av cand. polit. Ståle Opedal ved RF-Rogalandsforskning.

Stavanger

28. februar 2000

Ståle Opedal

Innholdsfortegnelse

1 Innledning

- 1.1 Bakgrunn og problemstillinger
- 1.2 Metode og datagrunnlag
- 1.3 Notatets oppbygning

2 Fylkeskommunenes bruk av kostnadsinformasjon

- 2.1 Innledning
- 2.2 "Tilgivelse" som hovedregel
- 2.3 Kostnadskompensasjon og læringseffekter
- 2.4 Hvorfor kostnadskompensasjon?

3 Fylkeskommunenes innføring av aktivitetsbaserte avtaler

- 3.1 Avtaler mellom fylkeskommune og sykehus
- 3.2 Sykehusenes tilpasning og erfaringer med aktivitetsbaserte avtaler
 - 3.2.1 Økt aktivitet - men hvorfor?
 - 3.2.2 Kostnadskrevende aktivitetsvekst!
 - 3.2.3 Oppfatninger om utviklingen i sykehusenes effektivitet
 - 3.2.4 Beslutningsdilemma for fylkeskommunene

4 Oppsummering

Sammendrag

I notatet ser vi nærmere på fylkeskommunenes bruk av informasjon om kostnadsutviklingen ved sykehusene i budsjettssammenheng (del-I), samt forventninger og erfaringer med aktivitetsbaserte avtaler (del-II).

Del-I tar utgangspunkt i studien til Hagen og Iversen (1999a) som viser at spesielt Vest-Agder opptrer motsatt i forhold til sine sykehus enn det hovedkonklusjonen i evalueringen antyder. I Vest-Agder premieres sykehus med lave kostnader, mens de med høye straffes gjennom budsjettet (målestokk-konkurransen). I de tre andre case-fylkene - Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane - gis det i hovedsak kompensasjon for en økning i kostnadsindeksen. I undersøkelsen har vi sett på om det er en bevisst tenkning som ligger bak valget av strategier i de fire fylkene. Tilsvarende har vi undersøkt hvordan sykehusene tenker i sine valg av strategier. Tar de hensyn til fylkeskommunens valg mellom kostnadskompensasjon eller målestokk-konkurransen når de bestemmer effektiviteten?

Del-II tar utgangspunkt i studien til Hagen og Iversen (1999b) som viser at Sogn og Fjordane var det eneste fylket som ikke hadde innført aktivitetsbaserte avtaler i 1999. Også Hordaland var en etternøler ved at de innførte aktivitetsbaserte avtaler først i 1998 og da i en litt annen versjon enn i øvrige fylkeskommuner. Også her har vi undersøkt nærmere hvordan fylkeskommuner og sykehusledelse tenker: Hva er begrunnelsen for fylkeskommunene til å innføre/ikke innføre aktivitetsbaserte avtaler, og hvorfor ble stykkprisen satt som det ble? Hva forventes av endringer i sykehusenes interne organisering, deres aktivitet og produktivitet? Hvor formaliserte er avtalene mellom fylkeskommunene og sykehusene? Hva er sagt om budsjetttrammer, aktivitetsutvikling og underskuddshåndtering? Hvordan tenker sykehusene om effekter av ISF og aktivitetsbaserte avtaler?

Undersøkelsen baserer seg på 26 intervjuer med representanter for politisk og administrativ ledelse i Vest-Agder, Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane, samt sykehusledelsen ved sentralsykehusene i Vest-Agder, Rogaland og Sogn og Fjordane og Haukeland sykehus. I tillegg har vi benyttet årsrapporter og ulike budsjettdokumenter.

Del-I av undersøkelsen viser at informasjon om relativt kostnadsnivå primært blir brukt av fylkeskommunene til å kartlegge status ved sykehusene. Det er få eller ingen av informantene som ikke vet hvor fylkets sykehus plasserer seg kostnadmessig sammenlignet med andre sykehus i samme kategori. Spranget er imidlertid stort fra bruk av kostnadsinformasjon i kartleggingsøyemed til aktiv bruk av informasjonen i styring og fastsetting av budsjettet til sykehusene. Undersøkelsen

tyder på at alle de fire fylkeskommunene gir sykehusene tilnærmet full kompensasjon for en økning i relative kostnader ved fastsettelse av budsjett. Grovt sett dreier budsjettfastsettelsen seg om fremføring av historiske data korrigert for ulike nye budsjettforutsetninger (skatteinntang, ISF-justeringer, nytt statsbudsjett).

Mange av informantene er opptatt av de negative læringseffektene av å gi kostnads-kompensasjon. Slik kompensasjon hevdes å minske fokuset på kostnadsutviklingen ved sykehusene, samt redusere presset på dem for å bedre effektiviteten i virksomheten. Det kan også skapes et inntrykk av at fylkeskommunen belønner de "dyreste" og straffer de "billigste" sykehusene. "Likebehandling" av sykehusene i budsjettsammenheng, enten det dreier seg om fordeling av tillegg eller rammekutt, kan også bidra til å sementere forskjeller mellom sykehus som har et lavt kostnadsnivå og de som har et høyt. Kostnadskompensasjon skaper også et inntrykk av at det er rom for omkamper om budsjettet. Dette hevdes å gå utover sykehusenes budsjettdisiplin, samtidig som budsjettet ikke sikrer nødvendig forutsigbarhet for virksomheten ved sykehusene.

En grunn til at målestokk-konkurrans (bench-marking) er så lite brukt, synes å ha sammenheng med at fylkeskommunene vet for lite om årsakene til kostnadsutviklingen. SAMDATA dokumenterer kostnadsforskjeller mellom sykehusene, men gir få svar på hvorfor det er forskjeller. Så lenge fylkeskommunene ikke vet om kostnadsutviklingen skyldes forhold utenfor sykehusets kontroll, eller om sykehuset selv er skyld i økningen, er de varsomme med å premiere og straffe sykehusene budsjettmessig. Fylkespolitikere synes også å ha en viss motvilje mot å differensiere mellom sykehusene der noen holdes frem som gode forbilder, mens andre havner i en "versting-kategori". Tanken er at en slik differensiering vel så mye kan virke demotiverende på sistnevnte kategori som å anspore dem til å yte mer. Noen av informantene peker også på at ISF-ordningen dels begrenser mulighetene for å gi kostnadskompensasjon, dels legger et press på fylkes-kommunene for å kompensere for økte kostnader. Hvis fylkeskommunen straffer et sykehus med høy kostnadsutvikling med kutt i nettobudsjettet til sykehuset, vil effekten for sykehusets bruttobudsjett kanskje være dobbel så stor som følge av mindre aktivitet og tapte ISF-inntekter. Konsekvensene kan dermed bli så store for behandlingstilbudet at fylkeskommunen ser seg nødt til å kompensere for en økning i kostnadsnivået.

Del-II av undersøkelsen viser at ved inngangen til år 2000 har alle de fire fylkeskommunene innført aktivitetsbaserte avtaler med sine sykehus. Vest-Agder og Rogaland innførte slike avtaler kort tid etter innføringen av ISF 1.07.1997, mens Hordaland ventet til 1998. Sogn og Fjordane har innført

slike avtaler fra 1.1.2000. Med utviklingen i Sogn og Fjordane har alle fylker i Norge innført aktivitetsbaserte avtaler.

I alle de fire fylkene er det slik at sykehus som har oppnådd et volum på pasient-behandlingen som overstiger det avtalte, får en inntekt per DRG-poeng utover det avtalte tilsvarende den statlige refusjonssatsen. En viktig begrunnelse for å ikke sette en høyere refusjonssats er stram fylkeskommunal økonomi. Tilsvarende blir sykehusene trekt om det er negativt avvik mot forventede DRG-poeng. Fylkeskommunene har i hovedsak inn-gått samme type kontrakt med sykehusene i fylket. Fylkeskommunene mener også at det er samsvar mellom den innsats sykehusene gjør og det de får tilført av ISF-refusjoner.

Fylkeskommunenes begrunnelse for å innføre aktivitetsbaserte avtaler er at de kan virke motiverende på sykehusene gjennom å få belønning for ekstra innsats. Incentivet antas å ligge i de behandlingsavhengige inntektene, altså at behandling av inneliggende pasienter etableres som et "forretningsområde" i likhet med de polikliniske tjenestene. Avtalene forventes også i noen grad å føre til et sterkere fokus på ressursbruken forbundet med de ulike aktivitetene ved sykehusene. Dels er det en forventning om at sykehusene i større grad vil konsentrere ressursbruken til selve pasientbehandlingen. Dels er det en forventning om at sykehusene vil søke å utnytte behandlingsskapiteten mer effektivt i den grad det finnes "slack" i organisasjonen. Dels er det en forventning om et større fokus på flaskehalser som hindrer sykehusene i å øke pasientbehandlingen.

Det er ikke slik at fylkeskommunene utelukkende forventer at aktivitetsbaserte avtaler vil ha positive effekter. Både uønskede vridningseffekter, mer begrensede muligheter til å styre aktiviteten ved sykehusene, ytterligere knebling av fylkeskommunene gjennom mer utstrakt statlig øremerking av midler, samt forsterket fokus på kostnader og inntekts-muligheter i stedet for på nyttegevinsten for pasientene, trekkes fram som mulige negative virkninger av ISF-ordningen. Mange av informantene er opptatt av at stram sykehusøkonomi etter hvert kan "tvinge" sykehusene til å prioritere de mest lønnsomme pasientene. Men få av informantene forventer sterke virkninger av ISF-ordningen.

Datamaterialet viser at det har vært klar vekst i antall sykehusopphold og polikliniske konsultasjoner i perioden 1997-99. Meningene er imidlertid delte når det gjelder årsaker til veksten. For det første har ikke Vest-Agder og Rogaland noen sterkere vekst i pasientbehandlingen enn Hordaland og Sogn og Fjordane selv om de var tidligere ute med å innføre avtaler. Flere informanter mener også at de viktigste drivkreftene er å finne i demografiske endringer, mer krevende brukere og i den medisinsk

teknologiske utviklingen. Men det er også dem som peker på ISF-ordningen som en årsak til aktivitetsøkningen. Dels gjennom kodingen av de ulike pasientgruppene. Antall pasienter som ikke er plassert i noen av DRG-gruppene har gått ned ved de fleste av sykehusene, samtidig som antall bidiagnoser har økt betraktelig. Dels har ISF-ordningen virket stimulerende på aktiviteten i den forstand at ordningen ga sykehusene mulighet til dekke ulike kostnadskrevende tiltak gjennom økt aktivitet og dermed økte inntekter.

Undersøkelsen viser at sykehusene valgte litt ulike responser i forhold til ISF-reformen. Noen valgte å utfordre den ved å satse på økt aktivitet og økte inntekter. Andre igjen la seg på en mer forsiktig strategi begrunnet i usikkerhet om grensekostnaden lå under eller over marginalinntekten. Mens underskuddene stort sett var moderate i 1998, ser 1999 ut til å resultere i langt større underskudd ved tre av sykehusene. Denne underskudds-oppbyggingen har skjedd parallelt med en fortsatt vekst i aktiviteten ved sykehusene. Et flertall av informantene mener at en viktig lærdom er at det er risikofylt å velge en offensiv strategi i forhold til refusjonsordningen. Dette knyttes dels til omleggingene i ISF-ordningen i 1999. Dels knyttes den til en oppfatning om at aktivitetsveksten gradvis har ført til en bedre utnyttelse av kapasiteten ved sykehusene og dermed økende grensekostnader. Så lenge det hersker usikkerhet om hvor marginalkostnaden ligger ved det enkelte sykehus er det vanskelig for sykehusets ledelse å avgjøre om det skal satse på å øke aktiviteten eller om den må sette på bremsene for å få regnskapet til å gå i hop.

Generelt mener informantene at ISF-ordningen så langt har hatt nokså begrenset betydning for kostnadseffektiviteten ved sykehusene. Bare en begrenset del av aktivitetsøkningen hevdes å ha skjedd som følge av mer effektiv bruk av innsatsfaktorer som personell og sengekapasitet. Dels har det vært behov for å rekruttere mer folk og investere i nytt utstyr. Dels har det vært behov for å øke bruken av overtid, noe som har økt kostnadene for sykehusene. Dels har "dyre" lønnsoppgjør ført til økte utgifter. Flere av informantene er også opptatt av at de undersøkte sykehusene er ganske kostnadseffektive. De peker på at kostnadsnivået ved sentralsykehusene i Vest-Agder og i Rogaland, samt Haukeland sykehus, ligger under gjennomsnittlig kostnadsnivå. Deres utgangspunkt er derfor at de i stor grad har utnyttet kapasiteten. Dermed blir også grensekostnadene høye om de øker aktiviteten. Fra deres ståsted kan det derfor virke som om ISF-ordningen "straffer" dem som driver effektivt, mens de som har "slack" kan øke aktiviteten og ISF-inntektene uten at det koster dem like mye som det koster dem som driver mer effektivt. Kostnadsnivået i utgangspunktet ved det enkelte sykehus har, etter disse informantenes syn, stor betydning for hvordan ISF-ordningen slår ut.

Flere informanter mener også at ISF-ordningen reduserer fylkeskommunens styrings-muligheter. Dels har det sammenheng med økende øremerking og løpende justeringer i ISF-ordningen. Dels har det sammenheng med at ordningen fører til store konsekvenser for aktiviteten ved sykehusene om fylket, for å holde budsjettbalansen, må redusere nettorammene til sykehusene. Sykehusenes respons er at det stort sett er for risikabelt å forsøke å kompensere for kutt i rammene gjennom økt aktivitet og økte ISF-inntekter. Resultatet er at fylkeskommunens kutt i nettorammen til sykehusene kan føre til et langt større kutt i sykehusets bruttobudsjett og dermed til en kraftig reduksjon i aktiviteten. Dette er uakseptabelt for mange av fylkespolitikerne. Men valgmulighetene er begrensede. Med mindre skatteinngang enn forventet i flere av fylkeskommunene har politikernes alternativ til kutt i nettorammen til sykehusene, vært å redusere bevilgningene til andre sektorer i fylkeskommunen. Heller ikke det er særlig akseptabelt for fylkespolitikerne. Denne situasjonen, som særlig er blitt krystallisert høsten 1999, har ført flere av fylkeskommunene inn i et dilemma det ikke er lett å komme ut av. Resultatet er at flere av fylkeskommunene i noen grad har valgt å videreføre aktivitetsnivået i 1999 inn i år 2000 selv om de er klar over at det er ubalanse mellom budsjett og aktivitetsnivå, og at sykehusene ikke har realistiske budsjett å forholde seg til.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og problemstillinger

Rammefinansiering av sykehusene ble innført i 1980. I perioden 1980-1989 ble størrelsen på sykehusenes rammer fastsatt med utgangspunkt i fylkeskommunenes inntektsnivå og med et visst blick til historiske data. Fra 1989 fikk fylkeskommunene gjennom SAMDATA tilgang til informasjon om sykehusenes kostnader. En kan tenke seg at dette bedrer fylkeskommunenes informasjonsgrunnlag og letter deres styring av sykehusene. Fra 1997 gjøres en ny endring i finansieringssystemet. Det innføres såkalt innsatsstyrt finansiering - ISF. Innsatsstyrt finansiering innebærer at deler av utgiftene til fylkeskommunenes behandling av inneliggende pasienter refunderes av staten. Stortinget oppfordret fylkeskommunene til å inngå ulike typer av avtaler med sykehusene.

Hagen og Iversen (1999a) gir en evaluering av fylkeskommunenes bruk av kostnadsinformasjon i perioden 1989-1996. I utgangspunktet kan en tenke seg at fylkeskommunene kan velge to strategier i forhold til sykehusene: 1) Fylkeskommunene kan straffe sykehus med høy kostnadsindeks med budsjettreduksjoner eller de kan 2) kompensere høye kostnader med større budsjett. Konklusjonen i evalueringen er at det gis nærmest full kompensasjon for økninger i kostnadsindeksen. Som en del av evalueringen undersøker en videre hvilke konsekvenser fylkeskommunens budsjettpolitikk har på sykehusenes effektivitet. Konklusjonen her er at en økning i sykehusbudsjettet gir en økning i kostnadsindeksen (høyere kostnader) og et fall i arbeidsproduktiviteten målt ved DEA-indeksen. Videre finner en at dersom sykehuset forventer kostnadkompensasjon, fører dette til høyere kostnadsindeks og lavere arbeidsproduktivitet målt ved DEA-indeksen enn hvis det ikke forventes slik kompensasjon. Her er det imidlertid bare effekten på kostnadsindeksen som er statistisk signifikant.

Hagen, Iversen og Magnussen (2000) evaluerer effektene av innføring av ISF og finner at ISF som antatt gir en viss effekt på sykehusenes tekniske effektivitet. Teknisk effektivitet forholder seg til hvor mye større aktivitet det maksimalt er mulig å oppnå ved hjelp av tilgjengelige ressurser. Sykehusene som inngår aktivitetsbaserte avtaler med sin fylkeskommune, har noe høyere teknisk effektivitet enn de øvrige sykehusene. I tillegg kan en forkaste en hypotese om at teknisk effektivitet i disse sykehusene ikke er høyere enn det den var før innføring av aktivitetsbaserte avtalene. Konklusjonen er med andre ord at innføringen av aktivitetsbaserte avtaler har økt den tekniske effektiviteten signifikant. Analyser av kostnadseffektiviteten, der en også tar hensyn til endringer i

sammensetningen av innsatsfaktorene innenfor gjeldende kostnadsramme, gir ikke like oppløftende resultater. Analysen indikerer at kostnadene per behandlet pasient ikke endres signifikant som følge av innføring av aktivitetsbaserte avtaler. Derimot er effekten signifikant for region- og sentralsykehusene. Ser en på arbeidsproduktiviteten til legene, finner en ikke signifikante effekter.

Disse to analysene gir bakgrunn for nærmere analyse av flere problemstillinger. Vi har derfor høsten 1999 og vinteren 2000 gjort en oppfølgende intervju-undersøkelse i fire fylker, nærmere bestemt Vest-Agder, Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. I undersøkelsen har vi undersøkt disse problemstillingene knyttet til fylkeskommunenes bruk av tilgjengelig kostnadsinformasjon:

* Data fra Hagen og Iversen (1999a) viser at spesielt Vest-Agder opptrer motsatt i forhold til sine sykehus enn det hovedkonklusjonen i evalueringen antyder. I Vest-Agder premieres sykehus med lave kostnader, mens de med høye straffes gjennom budsjettet. Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane opptrer derimot som flertallet av fylkeskommuner. Er det en bevisst tenkning som ligger bak valget av strategier i disse fylkene? Er spesielt Vest-Agders strategi en tilpasning til andre forhold?1

* Tilsvarende har vi undersøkt hvordan sykehusene tenker i sine valg av strategier. Tar de hensyn til fylkeskommunens valg mellom kostnadskompensasjon eller målestokk-konkurranse når de bestemmer effektiviteten (i den grad den bestemmes)?

Fylkeskommunene har stort sett inngått aktivitetsbaserte avtaler med sykehusene. Unntaket (i 1999) er Sogn og Fjordane. Hordaland var en etternøler ved at de innførte aktivitetsbaserte avtaler først i 1998 og da i en litt annen versjon enn i øvrige fylkeskommuner (se Hagen og Iversen 1999b). Også her har vi undersøkt nærmere hvordan fylkeskommuner og sykehusledelse tenker:

* Hva er begrunnelsen for fylkeskommunene til å innføre/ikke innføre aktivitetsbaserte avtaler, og hvorfor ble stykkprisen satt som det ble? Hvorfor ikke høyere eller lavere? Hva forventes av endringer i sykehusenes interne organisering, deres aktivitet og produktivitet?

* Hvor formaliserte er driftsavtalene/avtalene mellom fylkeskommunene og sykehusene? Hva er sagt om budsjettammer, aktivitetsutvikling og underskuddshåndtering? Hvordan håndteres eventuelle underskudd ved sykehusene?

* Hvordan tenker sykehusene om effekter av ISF og aktivitetsbaserte avtaler? Er det som følge av ISF gjennomført eller planlagt endringer i sykehusenes interne organisering? Hvorfor? Eventuelt hvorfor ikke?

1.2 Metode og datagrunnlag

Undersøkelsen er som nevnt avgrenset til de fire fylkeskommunene nevnt over, Vest-Agder, Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. De er valgt ut på bakgrunn av informasjon om forskjeller i bruk av kostnadsinformasjon og aktivitetsbaserte avtaler. Case-fylkene gir dermed et inntak til undersøke begrunnelser for valg av strategi og hva som er erfaringene med den valgte strategi.

Utvelgelsen av respondenter er basert på ønske om representasjon fra politisk og administrativ side i de fire fylkeskommunene og fra minst ett sykehus i de fire fylkene. Det har vært ønskelig med en viss bredde i respondentutvalget da vi også har spurt om opplevde effekter av de ulike avtaleformene og eventuell bruk av kostnadsinformasjon. Når det gjelder utvelgelse av sykehus har vi valgt store sykehus, altså region- eller sentralsykehus i alle de fire fylkene. Den primære variasjonen er dermed forskjeller i bruk av kostnadsinformasjon og aktivitetsbaserte avtaler. Disse respondentene er intervjuet i de fire fylkene:

A) På politisk og administrativt nivå i fylkeskommunene:

- Fylkesordfører
- Leder for helse- og sosialutvalget (komiteen) i fylkestinget (i tre av fylkene)
- Fylkesdirektør for helse og sosial i fylkeskommunal sentraladministrasjon
- Økonomisjef i helse- og sosialavdelingen i sentraladministrasjonen

B) På sykehusnivå (Sentralsykehusene i Rogaland, Vest-Agder, Sogn- og Fjordane, og Haukeland sykehus):

- Sykehusdirektør (i tre av sykehusene)
- Sjefflege
- Økonomisjef, økonomistaben i sykehusadministrasjonen

Til sammen utgjør dette 26 intervjuer i de fire fylkeskommunene der hvert intervju har tatt fra en til to timer. I vedlegg 1 fremgår den intervjuguide som er benyttet ved intervjuene i fylkeskommunene og de utvalgte sykehusene.

Utover intervjumaterialet har vi innhentet følgende dokumenter fra fylkeskommunene og de utvalgte sykehusene:

- Årsrapporter for 1997 og 1998 for fylkeskommunene og sykehusene
- Fylkesrådmannens innstilling til Årsbudsjett for 2000 og Økonomiplan
- Fylkestingets budsjettvedtak av årsbudsjett 2000
- Diverse rapporter, samt eksempler på bruk av kostnadsinformasjon i de fire fylkene

1.3 Notatets oppbygning

I del I redegjør vi for begrunnelser og erfaringer med bruk eller ikke bruk av kostnadsinformasjon i forbindelse med fylkeskommunens fastsetting av budsjett for sykehusene. I del II redegjør vi først kort om valg og utforming av avtaler i de fire fylkeskommunene. Deretter tar vi for oss hvilke begrunnelser og erfaringer en har med innføring av aktivitetsbaserte avtaler. Avslutningsvis gis en felles oppsummering for del I og del II i notatet.

2 Fylkeskommunenes bruk av kostnadsinformasjon

2.1 Innledning

I dette kapitlet undersøker vi nærmere fylkeskommunenes bruk av informasjon om relativt kostnadsnivå (kostnadsindeks) ved det enkelte sykehus ved fastsettelse av budsjett for sykehuset. Dernest på hvilken måte denne eventuelle bruken av kostnadsinformasjon oppfattes å påvirke effektiviteten ved sykehusene.

Som vist i Hagen og Iversen (1999a) er resonnementet at dersom en økning i kostnadsindeksen fører til en reduksjon i budsjettet i neste termin, så er det rimelig å si at fylkeskommunen bruker en form for målestokk-konkurrans (bench-marking) når de fastsetter budsjetttrammen. Hvis derimot en økning i relative kostnader fører til en økning i budsjettet, vil dette være en form for kostnadskompensasjon. Den statistiske analysen til Hagen og Iversen (1999a) viser at kostnadskompensasjon er den vanlige strategien, men at data kunne tyde på at særlig Vest-Agder la større vekt på målestokk-konkurrans. Undersøkelsen forteller videre at alle de fire sykehusene i denne undersøkelsen hadde et kostnadsnivå under gjennomsnitt i perioden 1989-96. Dette har

imidlertid endret seg noe ved at Sentralsykehuset i Førde i 1998 hadde et kostnadsnivå over gjennomsnitt for sentralsykehusene (jf. SAMDATA 4/99: 140-141).

2.2 "Tilgivelse" som hovedregel

Intervjumaterialet viser at SAMDATAAs kostnadsinformasjon hovedsakelig blir brukt til kartlegging av status og utvikling i det relative kostnadsnivået ved sykehusene. Det er få eller ingen av informantene som ikke vet hvor fylkets sykehus plasserer seg kostnadsmessig, enten det er foretatt sammenligninger innad i fylket (mellom fylkes-/lokalsykehus), mellom sykehus i helseregionen, eller mellom det respektive sykehus og sykehus i samme kategori i landet for øvrig. SAMDATA blir oppfattet å være det best tilgjengelige sammenligningsgrunnlag som per i dag eksisterer. Statistikken aksepteres langt på veg av både representanter for fylkeskommunen og sykehusets ledelse. Statistikken brukes blant annet i saksframlegg til fylkespolitikkerne, gjerne for å sjekke hvor fylkets sykehus befinner seg i forhold til sykehus andre steder. Og den brukes i budsjett dokumenter for å vise status og utvikling i kostnadene ved det enkelte sykehus. Til sist brukes SAMDATA i rapportering fra sykehusene og fylkeskommunen. Fylkeskommunene bruker i noen tilfeller statistikken som en lett form for "gapestokk" der det synliggjøres hvilke sykehus som er "billige" og hvilke som er "dyre".

Spranget er imidlertid stort fra bruk av kostnadsinformasjon i kartleggingsøyemed til aktiv bruk av informasjonen i styring og fastsetting av budsjettet til sykehusene. Informantintervjuene tyder på at fylkeskommunene gir sykehusene tilnærmet full kompensasjon for en økning i relative kostnader i foregående budsjettermin ved utarbeidelse av nytt budsjett. Her er det små forskjeller i praksis mellom de fire fylkene. Heller ikke Vest-Agder gjør aktiv bruk av sammenligning mellom sykehusene som utgangspunkt for å premiere eller straffe sykehusene ved fastsettelse av nytt budsjett. En grunn til at sentralsykehuset i Vest-Agder framstår som kostnadseffektivt, blir sett i sammenheng med et relativt nytt sykehus og stramhet i den fylkeskommunens økonomi. Selve budsjettfastsettelsen i de fire fylkene dreier seg grovt sett om fremføring av historiske data korrigert for ulike nye budsjettforutsetninger (skatteinngang, ISF-justeringer, nytt statsbudsjett).

Alle de fire fylkeskommunene har fastlagt regler (i avtale/budsjettvedtak) om at sykehusene skal eie sitt underskudd eller overskudd. Tanken er at dette skal være en form for premiering eller et "ris bak speilet" ved at det er sykehuset selv som blir belønnet av et overskudd og rammet om en økning i relativt kostnadsnivå fører til underskudd. Et lite knippe eksempler viser at det er en viss avstand mellom prinsipper og praksis når det gjelder håndtering av underskudd ved sykehusene. Eksempelvis

fikk Haukeland sykehus og fylkessjukehuset i Odda redusert kravet til underskuddsdekning i forhold til opprinnelig budsjett for 1999. Riktignok ble budsjetttrammen til disse sykehusene redusert noe ved fastsettelse av budsjett for år 2000, men ikke med så mye som det reduserte kravet til underskuddsdekning. Haukeland lå likevel an til å få et underskudd på 90 millioner per desember 1999. Sentralsykehuset i Rogaland fikk for sin del dekket et betydelig underskudd av fylkestinget i 1997. Noe lignende har skjedd ved ulike anledninger i Sogn og Fjordane og Vest-Agder, ofte ved å vise til opplysninger fra sykehusene som forteller om kostnader påført utenfra og utenfor sykehusets kontroll.

Også på ulike tidspunkt i selve budsjetterminen har sykehusene fått tilleggsbevilgninger. Noe som følge av kompensasjon for lønnsoppgjør, men ikke bare det. Sentralsykehuset i Rogaland ble for eksempel tilført 30 millioner kroner ved revidert budsjett i 1999, men lå likevel i februar 2000 an til å få et underskudd på nær 30 millioner. Også tidligere har sykehuset fått tilleggsbevilgninger ved revidert budsjett. I Vest-Agder ble sentralsykehuset tilført 4,3 millioner kroner 2. tertial 1997 som følge av økonomiske problemer ved sykehuset. Selv om denne styrkingen ble videreført i budsjettet for 1998 fikk sykehuset et merforbruk i 1998 på nær 3 millioner kroner. Sykehuset knyttet merforbruket til vanskelig styrbare kostnader. I Sogn og Fjordane har det vært vanlig å ta opp budsjettsspørsmål mellom fylkeskommunen og sykehusene både ved tertial-rapportering, samt ved fastsetting av driftsplan for det enkelte sykehus. Denne dialog-orienterte formen for budsjettjustering har etter flere informanters mening, forebygget situasjoner med store avvik mellom korrigert driftsbudsjett og driftsresultat. Det har likevel ikke forhindret at Sentralsykehuset i Førde fikk et underskudd på 9,1 millioner kroner i 1998 og i januar 2000 lå an til å få et underskudd på 7,5 millioner kroner. Også i dette fylket er sykehusene stort sett blitt kompensert for en økning i relative kostnader.

Som kjent gikk også Stortinget inn med ekstrabevilgninger til sykehusene høsten 1999 for å dekke noe av underskuddet ved mange av sykehusene. Dette har skapt forventninger i alle de fire fylkeskommunene om nye tilleggsbevilgninger i år 2000.

Selv om "tilgivelse" synes å være hovedregelen i de fire fylkeskommunene, er enkelte av informantene opptatt av at utviklingen i det relative kostnadsnivået ikke er helt uten innflytelse ved fastsetting av budsjett. De viser til at fylkeskommunen forsøker å ta et visst hensyn til kostnadsutviklingen ved det enkelte sykehus ved fordeling av tilleggs-bevilgninger. Etter disse informantenes oppfatning er fylkeskommunene mer tilbøyelige til å gi tilleggsbevilgninger til de av

sykehusene som har en lavere kostnadsutvikling enn andre, alternativt at sykehuset i utgangspunktet har et lavere relativt kostnadsnivå enn de andre sykehusene (selv om sykehuset kanskje har en kostnadsøkning som er like sterk eller sterkere enn sykehus med en høyere kostnadsindeks). Men det er vanskelig å avgjøre på grunnlag av foreliggende empiri hvor stor betydning disse avveiningene har på fylkeskommunens fastsettelse av nettobudsjett for sykehusene.

Ser vi på fylkeskommunenes fordeling av rammekutt på sykehusene i budsjettet for år 2000, er det lite som tyder på at kostnadsutviklingen året før har hatt stor betydning. Et eksempel kan hentes fra fylkesrådmannens innstilling til årsbudsjett for år 2000 i Hordaland. Et av de forhold en har kartlagt ved hjelp av SAMDATA er at det er til dels store kostnadsforskjeller mellom fylkessykehusene i Odda og Stord på den ene siden og Voss fylkessykehus på den andre. Ved fordeling av kutt i rammen er imidlertid disse forskjellene i liten grad tatt hensyn til. Kuttene er langt på veg jevnt fordelt. Resultatet er, slik sykehusene vurderer det, at Stord må redusere aktiviteten kraftig, mens Voss har valgt en strategi der de ønsker å kompensere for rammekuttet gjennom effektivisering, økt aktivitet og dermed økte ISF-inntekter. Et annet eksempel kan hentes fra Rogaland der et av sykehusene hevder at fylkeskommunen belønner de som driver dyrt, mens det som driver billig taper på det. Et av argumentene til fylkessykehuset i Haugesund er at de har vært flinkere enn Sentralsykehuset i Rogaland i å holde seg til budsjetttrammene, men at de blir like hardt straffet når fylkeskommunen har kuttet i budsjetttrammene.

Flere av fylkeskommunene har fått merke at sykehusene gjør aktiv bruk av SAMDATA i budsjettsammenheng. Særlig gjelder dette sykehus som har et relativt kostnadsnivå under gjennomsnittet i sin kategori, og som har hatt en kostnadsutvikling under gjennomsnittet. Disse har aktivt brukt denne informasjonen for å profilere seg som et effektivt sykehus i budsjettsammenheng. Haukeland, som i flere år har hatt lavere kostnadsnivå enn de andre regionsykehusene, har brukt denne argumentasjonen i budsjettsammenheng både overfor fylkeskommunen og statlige myndigheter. De kan ikke se at de på noen måte er blitt premiert for å drive "billig", dels fordi fylkeskommunen ikke har hatt økonomi til noen annet, dels fordi staten ikke har tatt i bruk benchmarking i sine overføringer til fylkene. Dermed "fryses" kostnadsforskjellene i noen grad mellom regionsykehusene. Også sentralsykehusene i Vest-Agder og i Rogaland har sett det som formålstjenlig å benytte SAMDATA i budsjettsammenheng for å vise at de driver kostnadseffektiv sammenlignet med andre sentralsykehus.

2.3 Kostnadskompensasjon og læringseffekter

Intervjumaterialet viser at mange av informantene er opptatt av mulige negative læringseffekter av å velge kostnadskompensasjon som budsjettstrategi. De antatte effektene kan sammenfattes i følgende strekpunkter:

- Kostnadskompensasjon hevdes å minske fokuset på kostnadsutviklingen ved sykehusene, samt reduserer presset på dem for å bedre effektiviteten i virksomheten. Når sykehusene likevel langt på veg forventer å bli kompensert for økninger i kostnadsnivået "blir det mindre viktig om tallene i regnskapet blir røde eller svarte" som en av informantene uttrykker det.
- For det andre er flere av informantene opptatt av negative signaleffekter om det skapes et inntrykk av at fylkeskommunen belønner de "dyreste" og straffer de "billigste" sykehusene. Dermed blir det heller ikke særlig viktig for sykehusene å sette seg effektiviseringsmål da erfaringen tilsier at det ikke lønner seg.
- For det tredje er mange av informantene opptatt av at "likebehandling" av sykehusene i budsjettssammenheng, enten det dreier seg om fordeling av tilleggsbevilgninger eller rammekutt, er med på å sementere forskjellene mellom de sykehusene som har et lavt kostnadsnivå og de som har et høyt. En klarer ikke i praksis å få presset ned kostnadsnivået ved de sykehusene som er dyrest og har den høyeste kostnadsutviklingen.
- Og til sist er mange av informantene opptatt av at kostnadskompensasjon skaper et inntrykk av at det er rom for omkamper og tautrekking om budsjettet. Dette mener mange av informantene går utover sykehusenes budsjettdisiplin, samtidig som budsjettet ikke sikrer nødvendig forutsigbarhet for virksomheten ved sykehusene.

2.4 Hvorfor kostnadskompensasjon?

Intervjumaterialet tyder på at den viktigste grunnen til at målestokk-konkurransen er så lite brukt, har sammenheng med at fylkeskommunene vet for lite om årsakene til kostnadsutviklingen ved sykehusene. SAMDATA-publikasjonene dokumenterer relative kostnadsforskjeller mellom sykehusene, men gir få svar på hvorfor det er forskjeller. Så lenge fylkeskommunene ikke eksakt vet om kostnadsutviklingen skyldes forhold utenfor sykehusets kontroll, eller om sykehuset selv er "skyld" i økningen, er de varsomme med å premiere og straffe sykehusene budsjettmessig². Om de gjorde det kunne de risikere å straffe sykehus som fikk høye kostnader som følge av lite styrbare

forhold. Det må imidlertid føyes til at en del av informantene mener de har rimelig god oversikt over kostnadsstrukturen ved sykehusene, og at kostnadskompensasjon således er uttrykk for at fylkeskommunen tar ansvar og dekker reelle behov ved sykehusene.

Enkelte av fylkeskommunene gjennomfører egne prosjekt slik som i Hordaland der en undersøker hvorfor det er så store kostnadsforskjeller mellom Voss fylkessykehus og fylkessykehusene på Stord og i Odda. Her er tanken at "beste praksis-sykehus" skal gi grunnlag for erfaringsoverføring og læring. Også det såkalte "Buskerud-prosjektet" antas å gi bedre innsikt i kostnadsstruktur og kostnadsdrivende faktorer ved sykehusene.

Det er også andre forhold som motvirker bruk av målestokk-konkurransen. Det ene er at enkelte av fylkespolitikere har en viss motvilje mot å differensiere mellom sykehusene der noen holdes frem som gode forbilder, mens andre havner i en "versting-kategori". Tanken er at en slik differensiering vel så mye kan virke demotiverende på sistnevnte kategori som å anspre dem til å yte mer. Mange av informantene peker også på at det politiske ønsket om å skjerme sykehussektoren står sterkt i fylkestingene. Og slik skjerming oppnår en best ved å kompensere for høy kostnadsutvikling i stedet for å straffe sykehusene budsjettmessig. Straff kan i neste omgang lede til kutt i behandlings-tilbudet og lengre ventelister om ikke sykehuset klarer å effektivisere seg tilstrekkelig. I den sammenheng er også flere av informantene opptatt av at ISF-ordningen på et vis legger et press på fylkeskommunene for å kompensere for økte kostnader. Hvis fylkeskommunen straffer et sykehus med høy kostnadsutvikling med kutt i nettobudsjettet til sykehuset, vil effekten for sykehusets bruttobudsjett være kanskje dobbel så stor som følge av mindre aktivitet og dermed tapte ISF-inntekter. Konsekvensene kan dermed være så store og negative for behandlingstilbudet at fylkeskommunen ser seg nødt til å kompensere for en økning i relativt kostnadsnivå³. Med til dette bildet hører også en viss tvil blant enkelte av informantene ved sykehusene om hva som er viktigst: Å ha kontroll over kostnadsutviklingen eller å øke aktiviteten ved sykehuset mest mulig. Flere av informantene oppfatter signalene fra staten dit hen at en økning i aktiviteten er det sentrale, mens signalene fra de økonomisk pressede fylkeskommunene er å holde kostnadsrammene.

3 Fylkeskommunenes innføring av aktivitetsbaserte avtaler

3.1 Avtaler mellom fylkeskommune og sykehus

Ved begynnelsen av år 2000 har alle de fire fylkeskommunene innført aktivitetsbaserte avtaler med sine sykehus. Vest-Agder og Rogaland innførte slike avtaler kort tid etter innføringen av ISF 1.07.1997, mens Hordaland ventet til 1998. Sogn og Fjordane har innført slike avtaler fra 1.1.2000. Formelt benyttet dermed Sogn og Fjordane rammefinansiering av sine sykehus i perioden 1997-99. Men fylket hadde en ordning før år 2000 med driftsplaner for virksomheten ved det enkelte sykehus der det var lagt opp til en viss sammenheng mellom produksjon og inntekter. Med utviklingen i Sogn og Fjordane har per 1.1.2000 alle fylker i Norge innført en eller annen form for stykkprisavtaler med sine sykehus (jf. Hagen og Iversen 1999b).

Det er mange fellestrekk mellom de avtaler som er utarbeidet for å regulere forholdet mellom fylkeskommune og sykehus i de fire fylkene. Nedenfor gis en beskrivelse av de aktivitetsbaserte avtalene mellom fylkeskommune og sykehus i de fire fylkene:

- Avtalene inneholder produksjonsforventninger uttrykt ved antall inneliggende pasienter, antall dagkirurgi, antall dagopphold, antall polikliniske konsultasjoner og antall DRG-poeng. I Sogn og Fjordane er for eksempel forventet pasientbehandling brutt ned på de ulike fagområder (medisin, ortopedi mm). I Rogaland opererer en i tillegg med forventninger knyttet til beleggspersent og gjennomsnittlig liggetid. Forventninger til kvalitet inngår i liten grad i avtalene (eksempelvis maksimalt antall pasienter med ventetidsgaranti som opplever garantibrudd, ventetid for pasienter uten garanti, omfang av ikke planlagte reinnleggelser og pasienttilfredshet). Et unntak er Vest-Agder der fylkeskommunen har stilt krav til sykehusene om at ingen skal stå på venteliste lenger enn 3 måneder. Opplysninger om kvalitetsutviklingen i sykehusene framgår imidlertid ofte i rapporteringen fra sykehusene og da primært i årsrapporteringen, mens det i måneds- og tertialrapportering først og fremst rapporteres aktivitetsdata. Når det gjelder måling av pasienttilfredshet baserer denne seg stort sett på registrering (HELTEFs RESKVA undersøkelse) uten at det er knyttet bestemte forventninger til utviklingen i pasientenes tilfredshet.
- I Hordaland og Rogaland er produksjonsforventningene uttrykt gjennom fylkestingets budsjettvedtak, mens det i Vest-Agder og Sogn og Fjordane er utarbeidet formelle avtaler som underskrives av eier ved fylkesdirektøren for helse og sosial og administrerende direktør ved sykehuset. Et fellestrekk, enten avtalen er nedfelt i budsjettvedtak eller i en formell avtale, er at

fylkeskommunene har hatt visse problemer med å få fastsatt endelig budsjettramme og planforutsetninger for sykehusene. Usikkerhet om budsjettforutsetninger (skatteinntang, nytt statsbudsjett) og endringer i ISF-ordningen, har ført til visse problemer med å få avgjort hva som er budsjettrammen til sykehusene og hva de kan forvente av ISF-refusjoner for oppnådde DRG-poeng. Dermed har det ofte tatt lang tid å få fastlagt endelige driftsplaner for sykehusene. Avtalen i Vest-Agder ble for eksempel ikke underskrevet av partene i 1999 på grunn av usikkerhet om omfanget av avkorting. I Hordaland har denne usikkerheten vært en viktig begrunnelse for ikke å inngå formelle avtaler med sine sykehus. Både her og i de tre andre fylkene er det en utbredt oppfatning om at usikkerhet om budsjettforutsetningene uthuler avtalenes funksjon som styringsinstrument mellom fylkeskommune og sykehus.

- Eksplisitte effektiviseringskrav er i liten grad formulert i avtalene mellom fylkeskommunene og sykehusene. I Vest-Agder er det i fylkesrådmannens budsjettinnstilling for år 2000 lagt inn forutsetninger om lønnskompensasjon ved lønnsoppgjør, mens det ikke vil bli gitt priskompensasjon for prisstigning over 1 %. Stiger prisene mer og kravet til aktivitet opprettholdes, vil utvegen for sykehusene være å effektivisere. Medarbeiderorientert forbedrings- og effektiviseringsarbeid forventes her å føre til innsparinger. I avtalen for år 2000 mellom Sogn og Fjordane fylkeskommune og Sentralsykehuset i Førde er det formulert detaljerte innsparingskrav uten at det er presisert om kravene vil føre til reduksjon i aktiviteten eller om de er å betrakte som effektiviseringstiltak. I Hordaland og Rogaland har fylkesrådmennene i sine forslag til årsbudsjett 2000 forutsatt til dels store kutt i rammene til sykehusene. Disse kuttene er innarbeidet i produksjonstabellene slik at det ikke er forventet at hele kuttet skal dekkes gjennom effektivisering. Kuttene omfang og manglende tid til å sette i verk effektiviseringstiltak, er begrunnelsen for hvorfor det er nødvendig å bremse aktiviteten.
- Sykehusene blir tilført ISF-inntektene periodisk på grunnlag av produksjonstall. Ved årsavslutning gjøres en avregning der sykehusenes inntekter fastlegges endelig. I alle de fire fylkene er det slik at sykehus som har oppnådd et volum på pasient-behandlingen som overstiger det avtalte, får en inntekt per DRG-poeng utover det avtalte tilsvarende den statlige refusjonssatsen (30 % i 1997, 45 % i 1998 og 50 % i 1999 og 2000). Ingen av fylkene har lagt seg over disse satsene. Sogn og Fjordane har riktignok lagt inn en klausul i sin kontrakt med sykehusene at de "minimum skal ha overført 50 % av gjeldende DRG-pris". Tilsvarende blir sykehusene trekt om det er negativt avvik mot forventningene om DRG-poeng. Dette siste kravet ble ikke stilt til sykehusene i Hordaland i 1998 (Hagen og Iversen 1999b). I motsetning til i andre

fylkeskommuner ble det ikke foretatt noe trekk i budsjettene for produksjon under avtalt nivå. Fra 1.1.1999 har også Hordaland benyttet standardmodellen. Det gis DRG-refusjon fra første pasient. Refusjonsatsen er satt til 50 % både i 1999 og i 2000. En viktig begrunnelse for å ikke sette en høyere refusjonsats er både i Hordaland og de tre andre fylkene den stramme fylkeskommunale økonomien.

- I alle de fire fylkene er det slik at sykehusene i prinsippet skal eie sitt overskudd eller underskudd. I Vest-Agder er det imidlertid presisert i avtalen at fylkestinget tar endelig stilling til hvilket underskudd sykehusene skal få beholde, eventuelt hvilket underskudd som fylkestinget vil dekke. Fylkestinget har da også ved enkelte anledninger godkjent merforbruk/mindreinntekter som dermed ikke er blitt belastet neste års budsjetttramme til sykehuset. Også i de tre andre fylkeskommunene er det eksempler på praksis som kan illustrere at prinsippet om at sykehusene skal eie sitt overskudd/underskudd ikke alltid er blitt fulgt (jf. forrige kapittel). Det er også en rekke eksempler på at fylkeskommunene gjør vedtak om tilleggsbevilgninger i løpet av budsjetterminen. I noen utstrekning har en slik praksis forhindret store avvik mellom korrigert budsjett og regnskapstall for det enkelte sykehus. Til sist har noen av fylkeskommunene valgt å dekke statens avkortinger som følge av krypt. Rogaland fylkeskommune har for eksempel dekket krypt ut over statens grenser.
- Innføringen av aktivitetsbaserte avtaler er i flere fylke sett i sammenheng med økt fristilling og delegasjon av fullmakter fra fylkeskommunen til sykehusene. I både Vest-Agder og i Sogn og Fjordane er avtalen med sykehusene sett i sammenheng med delegasjon av økonomi-, personal- og organisasjonsfullmakter til sykehusene. Her klargjøres sykehusets ansvar for økonomistyring, omgjøring av stillinger, tilsetninger, gjennomføring av lønnsforhandlinger og ansvar for å gjennomføre interne organisasjonsendringer. I Rogaland er det i tillegg innført styreordninger fra 1997 for bedre å klargjøre ansvaret mellom sykehusadministrasjon, helse- og sosialkomite og fylkesadministrasjon. Tankegodset i fylkene er i stor grad hentet fra bestiller-utfører-konseptet der tanken er at omleggingen av finansieringsordningen (ISF), sammen med fristilling og delegasjon av myndighet til sykehusadministrasjonen, skal klargjøre fylkeskommunens rolle som bestiller og sykehusenes rolle som utførere.

Fylkeskommunenes begrunnelser for å innføre aktivitetsbaserte avtaler følger i grove trekk de samme linjene i de fire fylkene selv om avtalene er innført på ulike tidspunkt:

- De aktivitetsbaserte avtalene forventes i noen grad å motivere sykehusene til å stå på gjennom å få belønning for ekstra innsats. De fleste informantene, både i fylkeskommunene og ved sykehusene, mener det er positivt i større grad å knytte sykehusenes innsats opp mot de inntekter de mottar.
- Avtalene forventes i noen grad å føre til et sterkere fokus på ressursbruken forbundet med de ulike aktivitetene ved sykehusene. Dels er det en forventning om at sykehusene i større grad vil konsentrere ressursbruken til selve pasientbehandlingen. Dels er det en forventning om at sykehusene vil søke å utnytte behandlingsskapasiteten mer effektivt i den grad det finnes "slack" i organisasjonen. Dels forventes avtalene å føre til et sterkere fokus på flaskehalser som hindrer sykehusene i å øke pasientbehandlingen og dermed øke ISF-refusjonene.
- Noen av informantene er også opptatt av risikoen ved å la være å innføre aktivitetsbaserte avtaler. Å ikke innføre aktivitetsbaserte avtaler kan føre til et relativt tap av inntekter om andre fylker innfører avtaler og gjennom disse oppnår en stimulans av aktiviteten. Resultatet for fylkene med avtaler kan være en økning i de behandlingsavhengige inntektene, mens de som ikke har slike avtaler i beste fall blir stående på "stedet hvil".
- Avtaler mellom fylkeskommune og sykehus forventes også i noen grad å virke klargjørende på ansvarsfordelingen mellom eier og sykehus. Tanken er at fylkeskommunen bestiller en aktivitet, stiller opp et budsjett og deretter betaler etter regning, mens sykehusene får utvidede fullmakter i personal- og organisasjonsspørsmål og større frihet i ressursdisponeringen. Ved å knytte endringer i finansieringsordningen til endringer i tilknytningsformen mellom fylkeskommune og sykehus, er forhåpningen at det blir et ryddigere og mer forutsigbart forhold mellom fylkeskommunale organ og sykehusene.

Det må legges til at disse forventningene ikke nødvendigvis knytter seg til utformingen av selve avtaledokumentet i forholdet fylkeskommune og sykehus. Flere av informantene mener at slike formelle avtaledokument like gjerne kunne vært brukt i en ordning basert på rammefinansiering. Incentivet ligger først og fremst i å gjøre inntektene behandlingsavhengige, altså at behandling av inneliggende pasienter etableres som et "forretningsområde" i likhet med de polikliniske tjenestene.

Det må også føyes til at informantene i liten grad forventer radikale endringer som følge av aktivitetsbaserte avtaler. Eller som en av informantene sa det: "Aktiviteten ved sykehuset bestemmes verken av fylkeskommunen, avtaler eller av administrerende direktør ved sykehuset, men av sykehusavdelingene og ulike etterspørselsmekanismer i omgivelsene".

Det er heller ikke slik at aktivitetsbaserte avtaler utelukkende forventes å ha positive effekter. Både uønskede vridningseffekter, mer begrensede muligheter for fylkeskommunene til å styre (særlig dempe) aktiviteten ved sykehusene, ytterligere knebling av fylkeskommunene gjennom mer statlig øremerking av midler, samt forsterket fokus på kostnader og inntektsmuligheter i stedet for på nyttegevinsten for pasientene, trekkes fram som mulige negative virkninger av ISF-ordningen. Sogn og Fjordane har for sin del vært opptatt av hvilke konsekvenser aktivitetsbaserte avtaler kunne få for aktiviteten ved sykehusene når fylket allerede før innføring av avtaler ligger nær landstoppen i forbruk av sykehustjenester. De har også i noen grad vært opptatt av å unngå en mulig vridning av pasientbehandlingen fra poliklinikk til inneliggende behandling. Basert på erfaringene fra andre fylker har likevel Sogn og Fjordane valgt å innføre aktivitetsbaserte avtaler.

3.2 Sykehusenes tilpasning og erfaringer med aktivitetsbaserte avtaler

I dette avsnittet gis en oversikt over hvilke erfaringer de fire fylkene har med de aktivitetsbaserte avtalene. I hvilken grad er forventningene innfridd? Vi ser først kort nærmere på sykehusenes tilpasning til avtalene. Deretter gjør vi kort rede for hvordan fylkeskommunene opplever utviklingen fra sitt ståsted. Rekkefølgen er ikke tilfeldig da fylkeskommunenes erfaringer i stor grad er basert på utviklingen ved sykehusene i 1997-99. Det bildet som tegnes er at ISF-reformen i hovedsak ble positivt mottatt, men at denne positive holdningen har avtatt noe i 1999. Primært har dette sammenheng med det informantene mener er et misforhold mellom refusjoner (inntekter) og kostnader forbundet med aktivitetsøkningen i 1997-99.

Et første spørsmål er i hvilken grad sykehusene har videreført de aktivitetsbaserte avtalene til avdelingsnivå. Her er praksis og framdrift noe ulik ved de enkelte sykehus. Flere av sykehusene er inne i utviklingsarbeid der siktemålet er å fordele de aktivitetsavhengige inntektene på avdelingene etter oppnådde DRG-poeng. Haukeland oppgir at inntektene blir fordelt på blokker/avdelinger på grunnlag av DRG-poeng og en kostnadsfordelingsnøkkel. Det samme prinsippet benyttes ved Sentralsykehuset i Rogaland. Avdelingene forholder seg til tildelt nettobudsjett (ramme).

Bruttobudsjettet er avhengig av hvor store ISF-refusjoner de forventer seg på grunnlag av stipulerte DRG-poeng. I rapporteringen foretas det blant annet avviksrapportering av forholdet netto-

budsjett/regnskap og oppnådde DRG-poeng i forhold til forventet pasientbehandling. Ved flere av sykehusene er det diskusjon om hvor langt en skal gå i retning av å bruke avdelingene som resultatniveå. Enkelte av informantene peker på faren for suboptimalisering der avdelingsegoisme kan gå utover samarbeid mellom avdelingene.

Alle de fire sykehusene oppgir at de har avdelingsvise mål for antall behandlede pasienter, omfanget av dagkirurgi, polikliniske konsultasjoner og antall DRG-poeng. Hvordan det går på de ulike aktivitetsområdene blir grovt sett rapportert månedlig til avdelingens ledelse. I budsjettet til avdelingene inngår primært lønnsutgifter. På inntektssiden er inkludert inntekter fra poliklinisk virksomhet og refusjoner fra folketrygden. Anslag over gjestepasientinntekter for pasienter fra andre fylker blir stilt til sykehusets disposisjon slik det er gjort i avtalen mellom Vest-Agder fylkeskommune og Vest-Agder sentralsykehus. Disse inntektene er i liten grad fordelt videre til avdelingene. Utgifts- og inntektsutviklingen ved avdelingene blir stort sett rapportert månedlig til avdelingens ledelse.

3.2.1 Økt aktivitet - men hvorfor?

Et neste spørsmål er om ISF-ordningen har stimulert til en økning i pasientbehandlingen ved sykehusene. Det vi kan se av årsmeldinger fra 1997, 1998 og foreløpig rapportering av aktivitet i 1999 er at det har vært en klar aktivitetsvekst ved de fire sykehusene i denne perioden. Dette var også noe det ble lagt opp til i sykehusenes driftsplaner blant annet i lys av statsbudsjettets styrking av somatikken i forbindelse med ISF-ordningen. Ved Haukeland sykehus økte antall sykehusopphold med 4,3 %, mens antallet polikliniske konsultasjoner økte med 10,4 %. I tillegg økte pasienttyngden (DRG-indeksen). Ved Sentralsykehuset i Rogaland økte antallet sykehusopphold med 4,2 % fra 1997 til 1998, mens antallet polikliniske konsultasjoner økte med 7,5 %. I samme periode økte også DRG-indeksen. Fra 1998 til 1999 ser veksten i sykehusopphold ut til å bli 5 %. Ved Sentralsykehuset i Førde var den en økning i antall pasientopphold med 12 % og i antall polikliniske konsultasjoner med 3,1 %⁴. Til sist hadde Sentralsykehuset i Vest-Agder en vekst i antall sykehusopphold på 5,7 %. I motsetning til de andre sykehusene hadde imidlertid Sentralsykehuset i Vest-Agder en liten nedgang i antall polikliniske konsultasjoner. Også Sentralsykehuset i Vest-Agder hadde en økning i DRG-indeksen. I følge prognoser for 1999 per 13.05 og opplysninger fra informanter, har aktivitetsveksten fortsatt i 1999.

Spørsmålet er hvorfor en har fått denne veksten. Her er meningene delte blant informantene. For det første har ikke Vest-Agder og Rogaland noen sterkere vekst i pasientbehandlingen enn Hordaland og

Sogn og Fjordane selv om de var tidligere ute med å innføre aktivitetsbaserte avtaler. Flere informanter mener også at de viktigste drivkreftene er å finne i demografiske endringer (større befolkning, flere eldre), mer krevende brukere og i den medisinske teknologiske utviklingen. Mange er opptatt av at andelen øyeblikkelig hjelp er så høy (over 70 % ved flere av sykehusene i undersøkelsen) at det er vanskelig å ha noen styring på omfanget av pasientbehandlingen. Men det er også dem som peker på ISF-ordningen som en årsak til aktivitetsøkningen. Dels gjennom kodingen av de ulike pasientgruppene. Antall pasienter som ikke er plassert i noen av DRG-gruppene har gått ned ved de fleste av sykehusene samtidig som antall bidiagnoser har økt betraktelig⁵. Dels har ISF-ordningen virket stimulerende på aktiviteten i den forstand at ordningen ga sykehusene mulighet til dekke ulike kostnadskrevende tiltak gjennom økt aktivitet og dermed økte inntekter

Nærmere undersøkelse viser at sykehusene valgte litt ulike responser i forhold til ISF-reformen. Noen valgte å utfordre den for å se om gikk an å arbeide seg ut av en vanskelig budsjettsituasjon. Andre igjen har lagt seg på en mer forsiktig strategi begrunnet i usikkerhet om grensekostnaden lå under eller over marginalinntekten. Ett av de sykehusene som valgte en offensiv strategi i 1998 var Sentralsykehuset i Rogaland. Foranledningen var dels økningen i refusjonssatsen fra 30 % til 45 %, dels et kutt i rammen fra fylkestingets side på 52 millioner kroner. Sykehusledelsen bestemte seg da for å utfordre finansieringssystemet for å se om budsjettproblemet kunne løses med økt pasientbehandling. Aktiviteten ble økt kraftig. Over 10 000 flere pasienter ble behandlet i 1998 enn i 1997. Budsjettmessig lyktes imidlertid ikke eksperimentet helt. Underskuddet ble på 26,8 millioner kroner. I forhold til ambisjonen om å dekke rammekuttet gjennom økte ISF-inntekter lyktes en dermed ikke helt. Også andre sykehus valgte å utfordre ISF-ordningen om enn ikke så uttalt som ved Sentralsykehuset i Rogaland.

3.2.2 Kostnadskrevende aktivitetsvekst!

I følge tall fra årsrapporter var det underskudd i 1998 ved alle de fire sykehusene i undersøkelsen. Ved Haukeland 7,5 millioner, ved Sentralsykehuset i Vest-Agder 2,9 millioner, ved Sentralsykehuset i Førde 9,1 millioner og som nevnt 26,8 millioner ved Sentralsykehuset i Rogaland. Men her må det tas høyde for at Haukeland utgiftsførte 26,6 millioner kroner til dekning av tidligere års underskudd, mens Sentralsykehuset i Rogaland klarte å dekke ca. halvparten av det rammekuttet de fikk ved inngangen av 1998. Det er også, som vi har sett tidligere, foretatt budsjettjusteringer undervegs i 1998 som har ført til mindre avvik mellom budsjett og regnskap enn det det ellers ville vært om opprinnelig budsjett ble lagt til grunn. Men alt i alt er det ikke særlig dramatisk over regnskapstallene for 1998. Utviklingen i 1999 ser derimot ut til å resultere i langt større underskudd ved tre av

sykehusene i undersøkelsen med unntak av Sentralsykehuset i Førde. Denne underskuddsoppbyggingen har skjedd parallelt med en fortsatt vekst i aktiviteten ved sykehusene.

Denne parallelle utviklingen ser ut til å være en viktig forklaring på den noe mer nøkterne holdning til ISF-ordningen i 1999. Et stort flertall av informantene mener at en viktig lærdom er at det er svært risikofylt å velge en offensiv strategi i forhold til refusjons-ordningen. Flere sykehus valgte å gå offensivt ut i 1997 og 1998, men utviklingen i 1999 har fått mange til å mene at aktivitetsveksten har kostet mer enn det ISF-refusjonene har dekket. Dette knyttes dels til omleggingene i ISF-ordningen i 1999. Dels knyttes den til en oppfatning om at aktivitetsveksten gradvis har ført til en bedre utnyttelse av kapasiteten ved sykehusene over tid og dermed økende grensekostnader. Lærepengen sykehusene sitter igjen med er at det like gjerne kan koste sykehuset dyrt å utfordre ISF-ordningen som at det lønner seg. Der en offensiv strategi ikke har lyktes har den ført til en viss demotivering blant personalet som har stått på ekstra for å øke inntjeningen. Så lenge det hersker usikkerhet om hvor marginalkostnaden ligger ved det enkelte sykehus er det vanskelig for sykehusets ledelse å avgjøre om det skal satse på å øke aktiviteten eller om de må sette på bremsene for å få regnskapet til å gå i hop6. Også justeringer i DRG-priser og -grupper, kostnadsvekter og avkortingsregler har noen grad gjort det vanskelig for sykehusene å vite hvilken strategi de skulle legge seg på.

3.2.3 Oppfatninger om utviklingen i sykehusenes effektivitet

Det er flere forhold som kan forklare avvik mellom budsjett og regnskap. Forverret effektivitet ved sykehusene kan være én årsak. Økt pasienttyngde og større økning i aktiviteten enn planlagt kan være to andre forklaringer. Vi har stilt informantene noen spørsmål om hvordan de opplever effektivitetsutviklingen ved sykehuset og om denne utviklingen har noen sammenheng med ISF-ordningen. Dette spørsmålet er grundig belyst ved hjelp av hard-data i Hagen, Iversen og Magnussen 2000. Her har vi kun stilt noen spørsmål om hvordan informantene opplever utviklingen i kostnadseffektiviteten.

Generelt er oppfatningen blant informantene at ISF-ordningen så langt har hatt nokså begrenset betydning for kostnadseffektiviteten ved sykehusene. Begrunnelsen er grovt sett at aktivitetsøkningen i perioden 1997-99 også har ført til økning i kostnadene. Bare en begrenset del av aktivitetsøkningen hevdes å ha skjedd som følge av mer effektiv bruk av innsatsfaktorer som personell og sengekapasitet. Dels har det vært behov for å rekruttere mer folk og investere i nytt utstyr. Dels har det vært behov for å øke bruken av overtid, noe som har økt kostnadene for sykehusene. Dels har "dyre" lønnsoppgjør gjort at personellkostnadene har økt. Flere av informantene er også opptatt av at

sykehusene i utgangspunktet er ganske kostnadseffektive. De peker på at kostnadsnivået ved sentralsykehusene i Vest-Agder og i Rogaland, samt Haukeland sykehus, ligger under gjennomsnittet sammenlignet med andre sykehus i disse kategoriene. Deres utgangspunkt er derfor at de i stor grad har utnyttet kapasiteten og eventuelle stordriftsfordeler. Dermed blir også grensekostnadene høye om de forsøker å øke aktiviteten. Fra deres ståsted kan det dermed virke som om ISF-ordningen "straffer" dem som driver effektivt, mens de som har "slack" kan øke aktiviteten og ISF-inntektene uten at det koster dem like mye som det koster dem som driver mer effektivt. Kostnadsnivået i utgangspunktet ved det enkelte sykehus har, etter disse informantenes syn, stor betydning for hvordan ISF-ordningen slår ut for det enkelte sykehus.

Selv om mange av informantene mener at effektivitetsgevinsten så langt er nokså begrenset, er flere av dem opptatt av at ISF-ordningen har satt et sterkere fokus på kostnadsstrukturen ved sykehusene. Det har etter flere informanters mening, vært en økende bevisstgjøring om hva ulike sider ved sykehusenes virksomhet koster, og hva som kan gjøres for å skjerme eller styrke innsatsen som er rettet mot pasientbehandling. En gjennomgang av sykehusenes budsjettforslag for år 2000, der utgangspunktet er rammekutt fra fylkeskommunens side, viser at enkelte av sykehusene er opptatt av å skjerme pasientbehandlingen (og dermed ISF-inntektene), og å kutte i kostnader som ikke direkte er knyttet opp mot pasientbehandlingen. Det kan dreie seg om forslag til reduksjon i teknisk drift, administrative staber og tilskudd til bedriftsbarnhager og lignende. Men det må også føyes til at de fleste sykehusene også har foreslått kutt som direkte rammer pasientbehandlingen i tillegg til å satse på bedre DRG-koding. Det er dermed vanskelig å fastslå om vi står overfor en mønster der ressurser i større grad vris over til aktiviteter som direkte angår pasientbehandlingen.

Selv om det empiriske materialet er relativt spinkelt, er det flere av informantene som mener at ISF-ordningen har ført til sterkere fokus på flaskehalser ved sykehusene. Ikke minst har økningen i pasientbehandlingen de siste årene synliggjort ulike former for organisatoriske flaskehalser ved sykehusene. Flere forskjellige tiltak og prosjekter er iverksatt for å bedre pasientflyten og dermed øke behandlingsomfanget: Tiltak for å rekruttere personell til poster med en problematisk bemanningssituasjon, tiltak for å frigjøre fagpersonell fra administrativt arbeide, prosjekter for å bedre logistikk og transporttjenestene, tiltak for å bedre utnytte utstyrsparken, tiltak for å redusere liggetiden ved sykehusene og tiltak for å bedre pasientflyten mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Men hvorvidt ISF-ordningen har medvirket til å øke omfanget slike tiltak og prosjekter, er ikke lett å avgjøre på basis av empirien i denne undersøkelsen. Som tidligere nevnt er enkelte av informantene også opptatt av at utbedring av flaskehalser har kostet mye i form av

rekruttering, overtid og utstyrsinvesteringer. De er videre opptatt av at ISF-ordningen i seg selv påvirker bruken av innsatsfaktorene i den forstand at leger og annet fagpersonale har fått en viss administrativ merbelastning. Til sist er informantene opptatt av mer strukturelle problemer som høy akuttandel (over 70 % ved tre av sykehusene i undersøkelsen), og kostnader som følge av overbelegg og i enkelte tilfeller dagbøter fra Arbeidstilsynet⁷.

3.2.4 Beslutningsdilemma for fylkeskommunene

Fylkeskommunene har i hovedsak valgt å ha det samme kontraktsforhold med alle sykehusene i fylket. En har for eksempel ikke differensiert når det gjelder fastsettelse av refusjonssats for oppnådde DRG-poeng ved det enkelte sykehus. Hvis fylkeskommunen visste at grensekostnadene var høyere ved et sykehus enn ved andre sykehus, kunne det tenkes at fylkeskommunen gikk inn med en høyere refusjonssats enn den statlige til dette sykehuset. I praksis har sykehusene fått refusjoner i samsvar med den statlige refusjons-satsen satt til 50 % i år 2000. Noe annet har ikke den fylkeskommunale økonomien tillatt. Fylkeskommunene mener også at det er samsvar mellom den innsats sykehusene gjør og det de får tilført av ISF-inntekter. Slik sett opptrer fylkeskommunene stort sett som en refleks av de spilleregler som regulerer forholdet mellom innsats ved sykehusene og de refusjoner de er berettiget til gjennom ISF-ordningen. Flere av informanter er opptatt av at øremerkingen legger (nye) bånd på fylkeskommunens handlefrihet.

Som sykehuseier med overordnet driftsansvar, har imidlertid fylkeskommunene et ansvar for å fastsette nettobudsjettet (rammen) til sykehusene og vurdere realismen i sykehusenes forslag til bruttobudsjett og deres forventninger til ISF-refusjoner. I prinsippet er det sykehusets problem om de bommer på omfanget av stipulerte utgifter og de ISF-inntekter de forventer. I praksis kan dette fort bli fylkeskommunens problem om ISF-inntektene ikke dekket sykehusenes utgifter. Resultatet kan ende i krav om tilleggs-bevilgninger og underskuddsdekning. Fylkeskommunens problem er at det slett ikke alltid er lett å vurdere realismen i sykehusenes forslag til tiltak som de forventer å dekke ved hjelp av ISF-inntekter. I tillegg kan justeringer i DRG-priser og kostnadsvekter gjøre en slik vurdering vanskelig både for sykehusene og fylkeskommunene. Budsjettrammer og planforutsetninger blir av den grunn i begrenset grad tatt for gitt ved inngangen til ny budsjettermin. Allerede da er det forventninger om justeringer undervegs.

Vi kan bruke budsjettprosessen høsten 1999 for å illustrere det beslutningsdilemma fylkeskommunene kan komme i i en situasjon hvor det må kuttes i rammene til sykehusene. I de tre fylkene, Vest-Agder, Rogaland og Hordaland, har det vært en klar økonomisk ubalanse mellom budsjett og aktivitet i 1999 gjennom en kombinasjon av merforbruk og mindreinntekter. Resultatet er ganske betydelige underskudd ved flere av sykehusene. Fylkeskommunene har for sin del begrenset mulighet for å dekke disse underskuddene blant annet som følge av mindre skatteinntang enn forventet. Dermed har fylkeskommunene sett seg nødt til å redusere rammene til sykehusene selv om de statlige signalene går ut på å øke pasientbehandlingen. Responsen fra sykehusene er at kutt i rammen vil medføre en kraftig reduksjon i aktiviteten. Mange av sykehusene sitter igjen med den

lærdom at det kan svi hardt å prøve å kompensere rammekutt med å øke aktiviteten og dermed ISF-inntektene. De har derfor foreslått kutt som vil redusere pasientbehandlingen og dermed ISF-inntektene. Problemet for fylkeskommunen er at kutt i rammen (dvs. i sykehusets nettobudsjett) krever et langt større kutt i sykehusets bruttobudsjett. Regnestykket, sett fra fylkeskommunenes side, er at for hver million fylkeskommunen kutter i nettorammen må det kuttes i sykehusenes bruttobudsjett med minst to millioner. Selv om dette kan gå utover behandlingstilbudet må også fylkeskommunene ivareta hensynet til budsjettbalansen. Problemet er å forene hensynet til aktivitet og budsjettbalanse. Nærmest uansett hva fylkeskommunen gjør, blir de negative konsekvensene åpenbare. Flere av informantene mener at fylkeskommunen har havnet i denne situasjonen fordi staten har endret spillereglene. Flere av fylkeskommunene har derfor i noen grad valgt å videreføre aktivitetsnivået ved sykehusene inn i år 2000 selv om de er klar over at det er ubalanse mellom budsjett og økonomi. Stortingets ekstrabevilgning høsten 1999 og kravet om en melding om sykehusenes økonomi, har skapt en forventning om tilleggsbevilgninger i løpet av år 2000. Skjer ikke det må fylkeskommunene foreta mer drastiske driftskutt til høsten. Handlemåten til fylkeskommunene har imidlertid ført til at sykehusene ved inngangen til år 2000 ikke har realistiske budsjett å forholde seg til noe som mange mener kan gå utover budsjettdisiplinen.

4 Oppsummering

I notatet har vi sett nærmere på fylkeskommunenes bruk av informasjon om kostnadsutviklingen ved sykehusene (del-I), samt forventninger og erfaringer med aktivitetsbaserte avtaler (del-II).

Undersøkelsen baserer seg på 26 intervjuer med representanter for politisk og administrativ ledelse i Vest-Agder, Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane, samt sykehusledelsen ved sentralsykehusene i Vest-Agder, Rogaland og Sogn og Fjordane og Haukeland sykehus. I tillegg har vi benyttet årsrapporter og ulike budsjettdokumenter fra de fire fylkene.

Informasjon om relativt kostnadsnivå brukes primært av fylkeskommunene til å kartlegge status ved sykehusene. Det er få eller ingen av informantene som ikke vet hvor fylkets sykehus plasserer seg kostnadmessig sammenlignet med andre sykehus i samme kategori. Spranget er imidlertid stort fra bruk av kostnadsinformasjon i kartleggings-øyemed til aktiv bruk av informasjonen i styring og fastsetting av budsjettet til sykehusene. Undersøkelsen tyder på at fylkeskommunene gir sykehusene tilnærmet full kompensasjon for en økning i relative kostnader ved utarbeidelse av nytt budsjett.

Grovt sett dreier budsjettfastsettelsen seg om fremføring av historiske data korrigert for ulike nye budsjettforutsetninger (skatteinntang, ISF-justeringer, nytt statsbudsjett).

Mange av informantene er opptatt av de negative læringseffektene av å gi kostnads-kompensasjon. Slik kompensasjon hevdes å minske fokuset på kostnadsutviklingen ved sykehusene, samt redusere presset på dem for å bedre effektiviteten i virksomheten. Det kan også skapes et inntrykk av at fylkeskommunen belønner de "dyreste" og straffer de "billigste" sykehusene. "Likebehandling" av sykehusene i budsjettsammenheng, enten det dreier seg om fordeling av tillegg eller rammekutt, kan også bidra til å sementere forskjeller mellom sykehus som har et lavt kostnadsnivå og de som har et høyt. Kostnadskompensasjon skaper også et inntrykk av at det er rom for omkamper om budsjettet. Dette hevdes å gå utover sykehusenes budsjettdisiplin, samtidig som budsjettet ikke sikrer nødvendig forutsigbarhet for virksomheten ved sykehusene.

En grunn til at målestokk-konkurransen (bench-marking) er så lite brukt, synes å ha sammenheng med at fylkeskommunene vet for lite om årsakene til kostnadsutviklingen. SAMDATA dokumenterer kostnadsforskjeller mellom sykehusene, men gir få svar på hvorfor det er forskjeller. Så lenge fylkeskommunene ikke vet om kostnadsutviklingen skyldes forhold utenfor sykehusets kontroll, eller om sykehuset selv er skyld i økningen, er de varsomme med å premiere og straffe sykehusene budsjettmessig. Fylkespolitikere synes også å ha en viss motvilje mot å differensiere mellom sykehusene der noen holdes frem som gode forbilder, mens andre havner i en "versting-kategori". Tanken er at en slik differensiering vel så mye kan virke demotiverende på sistnevnte kategori som å anspore dem til å yte mer. Noen av informantene peker også på at ISF-ordningen dels begrenser mulighetene for å gi kostnadskompensasjon, dels legger et press på fylkeskommunene for å kompensere for økte kostnader. Hvis fylkeskommunen straffer et sykehus med høy kostnadsutvikling med kutt i nettobudsjettet til sykehuset, vil effekten for sykehusets bruttobudsjett kanskje være dobbel så stor som følge av mindre aktivitet og tapte ISF-inntekter. Konsekvensene kan dermed bli så store for behandlingstilbudet at fylkeskommunen ser seg nødt til å kompensere for en økning i kostnadsnivået.

Ved inngangen til år 2000 har alle de fire fylkeskommunene innført aktivitetsbaserte avtaler med sine sykehus. Vest-Agder og Rogaland innførte slike avtaler kort tid etter innføringen av ISF 1.07.1997, mens Hordaland ventet til 1998. Sogn og Fjordane har innført slike avtaler fra 1.1.2000. Med utviklingen i Sogn og Fjordane har alle fylker i landet innført aktivitetsbaserte avtaler.

I alle de fire fylkene er det slik at sykehus som har oppnådd et volum på pasient-behandlingen som overstiger det avtalte, får en inntekt per DRG-poeng utover det avtalte tilsvarende den statlige refusjonssatsen. En viktig begrunnelse for å ikke sette en høyere refusjonssats er stram fylkeskommunal økonomi. Tilsvarende blir sykehusene trekt om det er negativt avvik mot forventede DRG-poeng. Fylkeskommunene har i hovedsak inn-gått samme type kontrakt med sykehusene i fylket. Fylkeskommunene mener også at det er samsvar mellom den innsats sykehusene gjør og det de får tilført av ISF-refusjoner.

Fylkeskommunenes begrunnelse for å innføre aktivitetsbaserte avtaler er at de kan virke motiverende på sykehusene gjennom å få belønning for ekstra innsats. Incentivet antas å ligge i de behandlingsavhengige inntektene, altså at behandling av inneliggende pasienter etableres som et "forretningsområde" i likhet med de polikliniske tjenestene. Avtalene forventes også i noen grad å føre til et sterkere fokus på ressursbruken forbundet med de ulike aktivitetene ved sykehusene. Dels er det en forventning om at sykehusene i større grad vil konsentrere ressursbruken til selve pasientbehandlingen. Dels er det en forventning om at sykehusene vil søke å utnytte behandlingsskapiteten mer effektivt i den grad det finnes "slack" i organisasjonen. Dels er det en forventning om et større fokus på flaskehalsen som hindrer sykehusene i å øke pasientbehandlingen.

Det er ikke slik at fylkeskommunene utelukkende forventer at aktivitetsbaserte avtaler vil ha positive effekter. Både uønskede vridningseffekter, mer begrensede muligheter til å styre aktiviteten ved sykehusene, ytterligere knebling av fylkeskommunene gjennom mer utstrakt statlig øremerking av midler, samt forsterket fokus på kostnader og inntektsmuligheter i stedet for på nyttegevinsten for pasientene, trekkes fram som mulige negative virkninger av ISF-ordningen. Men få av informantene forventer sterke positive eller negative virkninger av ISF-ordningen.

Datamaterialet viser at det har vært klar vekst i antall sykehusopphold og polikliniske konsultasjoner i perioden 1997-99. Meningene er imidlertid delte når det gjelder årsaker til veksten. For det første har ikke Vest-Agder og Rogaland noen sterkere vekst i pasientbehandlingen enn Hordaland og Sogn og Fjordane selv om de var tidligere ute med å innføre avtaler. Flere informanter mener også at de viktigste drivkreftene er å finne i demografiske endringer, mer krevende brukere og i den medisinske teknologiske utviklingen. Men det er også dem som peker på ISF-ordningen som en årsak til aktivitetsøkningen. Dels gjennom kodingen av de ulike pasientgruppene. Antall pasienter som ikke er plassert i noen av DRG-gruppene har gått ned ved de fleste av sykehusene, samtidig som antall bidiagnoser har økt betraktelig. Dels har ISF-ordningen virket stimulerende på aktiviteten i den

forstand at ordningen ga sykehusene mulighet til dekke ulike kostnadskrevende tiltak gjennom økt aktivitet og dermed økte inntekter.

Undersøkelsen viser at sykehusene valgte litt ulike responser i forhold til ISF-reformen. Noen valgte å utfordre den ved å satse på økt aktivitet og økte inntekter. Andre igjen la seg på en mer forsiktig strategi begrunnet i usikkerhet om grensekostnaden lå under eller over marginalinntekten. Mens underskuddene stort sett var moderate i 1998, ser 1999 ut til å resultere i langt større underskudd ved tre av sykehusene. Denne underskudds-oppbyggingen har skjedd parallelt med en fortsatt vekst i aktiviteten ved sykehusene. Et flertall av informantene mener at en viktig lærdom er at det er risikofylt å velge en offensiv strategi i forhold til refusjonsordningen. Dette knyttes dels til omleggingene i ISF-ordningen i 1999. Dels knyttes den til en oppfatning om at aktivitetsveksten gradvis har ført til en bedre utnyttelse av kapasiteten ved sykehusene og dermed økende grensekostnader. Så lenge det hersker usikkerhet om hvor marginalkostnaden ligger ved det enkelte sykehus er det vanskelig for sykehusets ledelse å avgjøre om det skal satse på å øke aktiviteten eller om de må sette på bremsene for å få regnskapet til å gå i hop.

Generelt mener informantene at ISF-ordningen så langt har hatt nokså begrenset betydning for kostnadseffektiviteten ved sykehusene. Bare en begrenset del av aktivitetsøkningen hevdes å ha skjedd som følge av mer effektiv bruk av innsatsfaktorer som personell og sengekapasitet. Dels har det vært behov for å rekruttere mer folk og investere i nytt utstyr. Dels har det vært behov for å øke bruken av overtid, noe som har økt kostnadene for sykehusene. Dels har "dyre" lønnsoppgjør ført til økte utgifter. Flere av informantene er også opptatt av at de undersøkte sykehusene er ganske kostnadseffektive. De peker på at kostnadsnivået ved sentralsykehusene i Vest-Agder og i Rogaland, samt Haukeland sykehus, ligger under gjennomsnittlig kostnadsnivå. Deres utgangspunkt er derfor at de i stor grad har utnyttet kapasiteten. Dermed blir også grensekostnadene høye om de øker aktiviteten. Fra deres ståsted kan det derfor virke som om ISF-ordningen "straffer" dem som driver effektivt, mens de som har "slack" kan øke aktiviteten og ISF-inntektene uten at det koster dem like mye som det koster dem som driver mer effektivt. Kostnadsnivået i utgangspunktet ved det enkelte sykehus har, etter disse informantenes syn, stor betydning for hvordan ISF-ordningen slår ut for.

Flere informanter mener også at ISF-ordningen reduserer fylkeskommunens styrings-muligheter. Dels har det sammenheng med økende øremerking og løpende justeringer i ISF-ordningen. Dels har det sammenheng med at ordningen fører til store konsekvenser for aktiviteten ved sykehusene om fylket, for å holde budsjettbalansen, må redusere nettoramme til sykehusene. Sykehusenes respons

er at det stort sett er for risikabelt å forsøke å kompensere for kutt i rammene gjennom økt aktivitet og økte ISF-inntekter. Resultatet er at fylkeskommunens kutt i nettorammen til sykehusene kan føre til et langt større kutt i sykehusets bruttobudsjett og dermed til en kraftig reduksjon i aktiviteten. Dette er uakseptabelt for mange av fylkespolitikerne. Men valgmulighetene er begrensede. Fylkespolitikernes alternativ til kutt i nettorammen til sykehusene, har vært å redusere bevilgningene til andre sektorer i fylkeskommunen. Heller ikke det er særlig akseptabelt for fylkespolitikerne. Denne situasjonen, som særlig er blitt krystallisert høsten 1999, har ført flere av fylkeskommunene inn i et dilemma det ikke er lett å komme ut av. Resultatet er at flere av fylkeskommunene i noen grad har valgt å videreføre aktivitetsnivået i 1999 inn i år 2000 selv om de er klar over at det er ubalanse mellom budsjett og aktivitetsnivå, og at sykehusene ikke har realistiske budsjett å forholde seg til.

Litteraturliste:

Carlsen, Fredrik (1995): "Hvorfor rammefinansieringssystemet sviktet. En case-studie av budsjettprosessen i Sør-Trøndelag fylkeskommune 1987-92". Norsk Statsvitenskaplig Tidsskrift 1995 2:133-149.

Grung, Jan (1995): "Helsepolitikk. Effektivisering, spill eller utvikling?" Oslo: TANO.

Hagen, Terje P., Tor Iversen og Jon Magnussen (2000): "ISF og sykehusenes effektivitet. Erfaringer fra 1997 og 1998". Fellesrapport. Oslo/Trondheim: Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning.

Hagen, Terje P. og Tor Iversen (1999a): Målestokk-konkurransse eller kostnadskompensasjon? Analyse av fylkeskommunenes bruk av kostnadsinformasjon om somatiske sykehus, 1989-96". Arbeidsnotat 1999: 4. Oslo: Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo.

Hagen, Terje. P. og Tor Iversen (1999b): "Fylkeskommunenes og sykehusenes tilpasning til Innsatsstyrt finansiering". Arbeidsnotat 1999:1. Oslo: Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo.

Pettersen, Inger Johanne og Trond Bjørnenak (1997): "Fra økonomisk teori til klinisk praksis. Om økonomisk styring i helsesektoren". Oslo: Cappelen Akademisk forlag.

Rønningen, Lars (red, 1999): "SAMDATA sykehus. Tabeller 1998. Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1998". Rapport 4/99. Trondheim: SINTEF Unimed NIS

Liste over informanter:

<i>Navn/stilling</i>	<i>Sted</i>	<i>Intervjudato</i>
Amdal, Hartvik, økonomikons.	Sentralsykehuset i Rogaland,	20.12.1999
Bergsaker, Egil, fylkesordfører	Rogaland fylkeskommune	21.12.1999
Bergseth, Anders, driftssjef	Sentralsykehuset i Førde	28.02.2000
Bryne, Helge, fylkesdirektør for helse og sosial	Rogaland fylkeskommune	21.12.1999
Børkje, Bjarte, Helse- og sosialdirektør	Hordaland fylkeskommune	18.01.2000
Eia, Magnhild, Leder helse- og sosialkomiteen	Rogaland fylkeskommune	28.02.2000
Fjelde, Bjørnvald, øk. sjef i helse- og sosialavd.	Hordaland fylkeskommune	18.01.2000
Grindland, Jon, leder, helse- og sosialutvalget	Vest-Agder fylkeskommune	23.02.2000
Handeland, Gisle, fylkesordfører	Hordaland fylkeskommune	18.01.2000
Haugland, Egil, administrerende direktør	Haukeland sykehus	14.01.2000
Hillesund, Erik, fylkeshelsedirektør	Vest-Agder fylkeskommune	16.12.1999
Holdhus, Jan, driftssjef	Haukeland sykehus	14.01.2000
Johansen, Arild, konst. adm. direktør	Sentralsykehuset i Rogaland	23.12.1999
Johannessen, Nils B., sjeflege	Vest-Agder sentralsykehus	24.02.2000
Lande, Gunnar, ass. sjeflege	Sentralsykehuset i Rogaland	20.12.1999
Mikalsen, Berit, øk.sjef	Vest-Agder sentralsykehus	17.12.1999
Mykland, Bjørn, ass. fylkeshelsedirektør	Vest-Agder fylkeskommune	16.12.1999
Mæland, Kristin, øk. sjef, helse- og sosialavd.	Rogaland fylkeskommune	21.12.1999
Nesset, Roar, fylkesdirektør for helse og sosial	Sogn og Fjordane	28.02.2000
Opheimshaug, Kjell, driftssjef, helse- og sosialavd.	Sogn og Fjordane	28.02.2000
Phil, Thorbjørn, sjeflege	Haukeland sykehus	14.01.2000
Sandal, Nils R., fylkesordfører	Sogn og Fjordane fylkeskom.	28.02.2000
Senneset, Svein Kåre, leder, helse- og sosialutvalg	Sogn og Fjordane	24.02.2000
Straume, Bjarne, sjeflege	Sentralsykehuset i Førde	28.02.2000
Wahlstad, Anders, adm. direktør	Vest-Agder sentralsykehus	17.12.1999
Westermoen, Thore, fylkesordfører	Vest-Agder fylkeskommune	16.12.1999

Vedlegg 1 - Intervjuguide

Innledning med utgangspunkt i den pågående evalueringen av ISF der Senter for helseadministrasjon i samarbeid med SINTEF Unimed NIS foretar en evaluering av effekter på produktiviteten. Primært basert på "harddata", men der også en kvalitativ intervjuundersøkelse inngår hvor fokus er satt på: 1) fylkeskommunenes bruk av kostnadsinformasjon ved fastsettelse av sykehusenes budsjetter og 2) omfang av og erfaringer med aktivitetsbaserte avtaler/avtaler mellom fylkeskommunene og sykehusene. Kort om utvelgelsen av de fire case-kommunene.

A) Bruk av kostnadsinformasjon

Spørsmål til respondentene i fylkeskommunene

1. Vise til at det siden 1989 er laget kostnadsoversikter for de somatiske sykehusene. Fra 1997 benyttes DRG-systemet som grunnlag for kostnadsoversiktene. I hvilken grad bruker fylkeskommunen slik informasjon ved fastsettelse av sykehusenes budsjett?
2. Hvordan bruker fylkeskommunen kostnadsinformasjon om sykehusene når budsjettet fastsettes? Foretas det systematiske sammenligninger mellom sykehusene når budsjettet utformes for det enkelte sykehus? Spiller det noen rolle hvor effektive sykehusene er ved fastsettelsen av sykehusenes budsjett? Stilles det krav til effektivitet på basis av kostnadsinformasjonen?
3. Hva er din oppfatning av fylkeskommunens budsjett til sykehusene? Gir det forutsigbarhet eller er det stort rom for omkamper og reforhandlinger?
4. I hvilken grad vil du si at fylkeskommunen har innsikt i de faktorer som påvirker kostnadsutviklingen ved sykehusene, mellom forhold som er påført sykehuset utenfra eller forhold som sykehuset selv kan påvirke?
5. Hvordan vil du karakterisere fylkeskommunens handlefrihet til å kompensere for økninger i kostnader ved sykehusene ved fastsettelse av budsjettet?

6. I hvilken grad har ISF-reformen påvirket omfanget av fylkeskommunenes kostnadskompensasjon i forhold til sykehusene? (Eventuelle sammenhenger mellom ISF, fylkeskommunenes handlefrihet og kostnadsutviklingen ved sykehuset)

7. Mer detaljert. Respondentene informeres om at Vest-Agder ser ut til å premiere sykehus med lave kostnader, mens de med høye kostnader straffes gjennom budsjettet. I de tre andre case-fylkeskommunene er det stort sett slik at en økning i kostnadene fører til kostnadskompensasjon ved fastsettelse av budsjettet. Hva slags premisser mener du ligger til grunn for FKs valg av henholdsvis målestokkonkurranse eller kostnadskompensasjon?

Mulige premisser for målestokk-konk.

- * Bedre effektiviteten i sykehusene
- * Bedre kontrollen med kostnadene
- * Øke forutsigbarheten i FKs styring
- * Frigjøre penger til andre tjenester
- * Få staten til å dekke kostnader
- * Styring av kostnadsutviklingen viktigere enn ventelister og pasientreaksjoner
- * Sykehusene har liten mulighet til å påvirke kostnadene

Mulige premisser for kostnadskomp.

- * Unngå lengre ventelister/pasientkøer
- * Unngå reaksjoner i media ol
- * Unngå politisk strid innad i FK
- * Dekke reelt behov ved sykehusene
- * Vise at fylkeskommunen tar ansvar for driften av sykehusene
- * Ventelister og velgerreaksjoner er viktigere enn styring med kostnadene

8. Hva slags betydning vil du si at fylkeskommunens strategi (målestokkonkurranse eller kostnadskompensasjon) har for effektivitetsutviklingen i sykehusene?

9. I hvilken grad tror du at sykehusene forventer kompensasjon for økte kostnader, alternativt at de blir straffet for økte kostnader ved fastsettelse av budsjettet?

Spørsmål til respondentene i sykehusene

10. I hvilken grad vil du si at fylkeskommunen bruker kostnadsoversikter for de somatiske sykehusene ved fastsettelse av sykehusets budsjett?
11. I hvilken grad vil du si at sykehuset bruker slik kostnadsinformasjon ved a) i argumentasjon overfor fylkeskommunen ved budsjettfastsettelse og b) ved fastsettelse av effektivitetskrav til virksomheten ved sykehuset?
12. I hvilken grad vil du si at sykehusets kostnadsutvikling (sammenlignet med andre sykehus) har betydning for fylkeskommunens fastsettelse av sykehusets budsjett?
13. Vil du si det spiller noen rolle hvor effektive sykehusene er når fylkeskommunen fastsetter sykehusets budsjett?
14. Hvordan vil du karakterisere fylkeskommunens handlefrihet til å kompensere for økninger i kostnader ved sykehusene ved fastsettelse av budsjettet?
15. I hvilken grad vil du si at ISF-reformen påvirker bruken av kostnadsinformasjon i fylkeskommunen og i sykehuset? Har den minsket mulighetene for å gi kostnadskompensasjon?
16. I hvilken grad forventer sykehuset kompensasjon for økte kostnader, alternativt at det blir straffet for kostnadsøkninger ved fastsettelse av sykehusets budsjett?
17. I hvilken grad vil du si at fylkeskommunen har innsikt i de faktorer som påvirker kostnadsutviklingen ved sykehusene, mellom forhold som er påført sykehuset utenfra eller forhold som sykehuset selv kan påvirke? Vet sykehuset selv hvilke faktorer som er kostnadsdrivende?
18. Mer detaljert. Respondentene informeres om at Vest-Agder ser ut til å premiere sykehus med lave kostnader, mens de med høye kostnader straffes gjennom budsjettet. I de tre andre case-fylkeskommunene er det stort sett slik at en økning i kostnadene fører til kostnadskompensasjon ved fastsettelse av budsjettet. Hvordan tilpasser sykehuset seg fylkeskommunens valg av henholdsvis målestokkonkurranse eller kostnadskompensasjon?

Mulig tilpasning til målestokk-konk.

- * setter hardere effektivitetskrav
- * forholder seg til budsjettammen
- * begrenser aktiviteten ved sykehuset
- * rope på staten for å dekke evt kostnadsoverskridelser

Mulig tilpasning til kostnadskomp.

- * sterkere fokus på ekspansjon
- * budsjettammen er elastisk
- * krisemaksimering som budsjettstrategi
- * behovene avgjør, ikke budsjettammen

19. Hva slags betydning vil du si at fylkeskommunens strategi (målestokkonkurranse eller kostnadskompensasjon) har for effektivitetsutviklingen ved sykehuset?

B) Rammefinansiering eller aktivitetsbaserte avtaler

Spørsmål til respondentene i fylkeskommunene

Kort innledning der det opplyses om at fylkeskommunene, etter ISF-reformen i 1997, stort sett har inngått aktivitetsbaserte avtaler med sykehusene. Unntaket (i 1999) er Sogn og Fjordane. Hordaland var en etterløper ved at de innførte aktivitetsbaserte avtaler først i 1998 og da også i en litt annen versjon enn i øvrige fylkeskommuner. Vest-Agder og Rogaland innførte slike avtaler fra 1. juli 1997.

20. Hva legger du i begrepet avtaler eller avtaler mellom fylkeskommunen og sykehusene (formell avtale eller budsjettvedtak med signaler, annet)?

21. Hva var begrunnelsen for å innføre/ikke innføre aktivitetsbaserte avtaler mellom fylkeskommunen og sykehusene? Hva er fordeler og ulemper ved henholdsvis rammefinansiering og innsatsstyrt finansiering slik du ser det? (Merk her at S og F har rinelig rasjonelle argumenter for å ikke innføre det: De vil presse aktivitetsnivået i sykehussektoren ned. Det er ikke alltid de tar mot til seg for å få sagt dette.

22. Hvordan vil du i grove trekk karakterisere innholdet i fylkeskommunens avtaler med sykehusene (mål, plankrav til produksjon og kvalitet, budsjettammen og håndtering av

underskudd/overskudd, og krav til rapportering)? Er pasienter og aktivitetsrelaterte mål i større grad kommet i fokus med ISF?

23. Hvordan håndteres eventuelle underskudd ved sykehusene? Hva er forholdet mellom intensjonene i avtalene og praksis i den sammenheng?

24. Hvorfor ble stykkprisen satt som den ble i de aktivitetsbaserte avtalene? Hvorfor ble den ikke satt høyere eller lavere? Hva er de sentrale (statlige?) føringene ved prisfastsettelsen?

25. Hvorfor blir ikke hele rammen fra de økte bevilgninger fra statens side overført til sykehusene (jf funn om at en økende andel av rammen overføres, men ikke hele)? Hva er begrunnelsen?

26. I hvilken grad har fylkeskommunen inngått forskjellige avtaler med "sine" sykehus (evt ut i fra type oppgaver, lengden på ventelister og lignende)?

27. I hvilken grad er fylkeskommunens kontrakt med sykehusene en refleks av de statlige refusjonene, dvs. at fylkeskommunen ikke utgjør et brudd mellom sykehusenes innsats og de refusjoner de mottar (dvs. fylkeskommunen fungerer som betalingsentral for staten)?

28. Er det noen sammenheng mellom ISF-reformen og underskuddsoppbyggingen ved mange sykehus (DRG-priser og kombinasjonsfinansiering skal dekke kostnadene ved behandling av de inneliggende pasientene)? Har omfanget av fylkeskommunens kostnadskompensasjon blitt redusert?

29. Hvilke signaler har fylkeskommunen gitt sykehusene om prioriteringer/avveininger mellom produksjon og totale kostnader? Skal en dersom det ligger an til underskuddsoppbygging prioritere produksjonen foran underskuddsoppbygging eller skal en holde rammene selv om dette går på bekostning av produksjonen?

30. Hvilke signaler mener fylkeskommunen at staten har gitt i forhold til denne avveiningen?

31. I hvilken grad kan det observeres uønskede vridningseffekter av ISF i retning 1) sykehuset velger ut de for sykehuset mest lønnsomme pasientene, dvs ISF virker ekskluderende på visse pasientgrupper, 2) Sykehusene øker inntektene uten å øke aktiviteten, dvs DRG-kryp som følge av

blant annet en kraftig økning i bidiagnoser og 3) økte transaksjonskostnader som følge av økt behov for administrativ innsats?

32. Hva forventer fylkeskommunen av organisatoriske endringer innad i sykehusene og mellom sykehusene som følge av ISF-reformen (endringer i funksjonsfordeling mellom sykehusene, større administrative staber i sykehusene som følge av mer rapportering, flere dagkirurgiske avdelinger, utbygging av sengeavdelinger som følge av økt aktivitet og "tyngre" pasienter)?

33. Hva forventer fylkeskommunen av effekter på aktivitet/produksjon og på kostnadseffektiviteten i sykehusene som følge av ISF?

34. I hvilken grad vil du at forventningene til organisatoriske endringer og effekter på aktivitet og kostnadseffektivitet er innfridd? Hvorfor er de blitt innfridd, eventuelt hvorfor ikke?

Spørsmål til respondentene i sykehusene

35. Hva forstår du med kontrakt eller avtale mellom fylkeskommunen og sykehuset (formell avtale eller budsjettvedtak med signaler, annet)?

36. Hva vil du peke på som fordeler og ulemper ved henholdsvis rammefinansiering og innsatsstyrt finansiering slik du ser det fra sykehusets ståsted?

37. Hvordan vil du i grove trekk karakterisere innholdet i sykehusets kontrakt/avtale med fylkeskommunen (mål, plankrav til produksjon og kvalitet, budsjettammer og håndtering av underskudd/overskudd, og krav til rapportering)? Er pasienter og aktivitetsrelaterte mål i større grad kommet i fokus med ISF?

38. Hvordan håndteres eventuelle underskudd ved sykehusene? Hva er forholdet mellom intensjonene i avtalene og praksis i den sammenheng?

39. Hvorfor tror du stykkprisen ble satt som den ble i de aktivitetsbaserte avtalene? Hvorfor ble den ikke satt høyere eller lavere? Hva er, etter din mening, de sentrale føringene ved prisfastsettelsen?

40. Hva er din oppfatning av fylkeskommunens overføring av de aktivitetsbaserte inntektene til sykehuset? Hva skjer eventuelt med den delen av inntektene som ikke blir overført?
41. Er det noen sammenheng mellom ISF-reformen og underskuddsoppbyggingen ved mange sykehus?
42. Hvilke signaler har fylkeskommunen gitt sykehusene om prioriteringer/avveininger mellom produksjon og totale kostnader? Skal en dersom det ligger an til underskuddsoppbygging prioritere produksjonen foran underskuddsoppbygging eller skal en holde rammene selv om dette går på bekostning av produksjonen?
43. Hvilke signaler mener sykehuset at staten har gitt i forhold til denne avveiningen?
44. Hva er de sentrale kriteriene for fordeling av de aktivitetsbaserte inntektene internt i sykehuset? Fordeles ressursene til avdelingene basert på produksjon? Skjer det endringer på dette området?
45. I hvilken grad representerer ISF et problem i forhold til fordeling av inntekter på fagavdelinger og serviceavdelinger i sykehusene?
46. Er det grunn til å tro at fordelingen av ressurser mellom avdelinger, vil påvirke effektivitet og omfang av produksjon/pasientbehandling?
47. I hvilken grad kan det observeres vridningseffekter av ISF i retning 1) sykehuset velger ut de for sykehuset mest lønnsomme pasientene, dvs ISF virker ekskluderende på visse pasientgrupper, 2) Sykehuset øker inntektene uten å øke aktiviteten, dvs DRG-kryp som følge av blant annet en kraftig økning i bidiagnoser og 3) økte transaksjonskostnader som følge av økt behov for administrativ innsats?
48. I hvilken grad er det planlagt eller gjennomført organisatoriske endringer i sykehuset som følge av ISF-reformen? (endringer i funksjonsfordeling mellom sykehusene, større administrative staber som følge av mer rapportering, flere dagkirurgiske avdelinger, utbygging av sengeavdelinger som følge av økt aktivitet og "tyngre" pasienter)?

49. Hva forventer sykehuset av effekter på aktivitet/produksjon og på kostnadseffektiviteten i sykehusene som følge av ISF?

50. I hvilken grad er forventningene til organisatoriske endringer og effekter på aktivitet og kostnadseffektivitet blitt innfridd? Hvorfor er de blitt innfridd, eventuelt hvorfor ikke?

Noter

- 1 Se i denne sammenheng også Fredrik Carlsens analyser av spillet mellom staten, Sør-Trøndelag og RiT (Norsk statsvitenskapelig tidsskrift, 2/95).
- 2 Problemet med å få etablert et eksakt bilde av kostnadsstrukturen ved sykehusene er noe som opptar flere forfattere, se blant annet Pettersen og Bjørnenak 1997, Grung 1995.
- 3 Selv om enkelte av informantene trekker fram ISF-ordningen i denne sammenheng, må det understrekes at de fleste mener at ISF-ordningen har redusert mulighetene fylkeskommunene har for å gi full kostnadskompensasjon. Med stramhet i den fylkeskommunale økonomi totalt sett er det klare grenser for hvor langt fylkeskommunen kan drive med kostnadskompensasjon. Men noen fylker har en mer romslig økonomi enn andre, noe flere av informantene peker på som en viktig årsak til variasjon mellom fylkene i tilbøyeligheten til å gi kostnadskompensasjon. Forskjeller i den fylkeskommunale økonomi er, etter disse informantenes mening, med på å sementere forskjeller i relativt kostnadsnivå i sykehussektoren mellom fylkene.
- 4 Noe av økningen i antall sykehusopphold ved de nevnte sykehusene har sammenheng med endringer i praksis for registrering av dialysepasienter.
- 5 I intervjuene ble informantene spurt om de kunne observere ulike typer vridningseffekter som følge av ISF-ordningen. Generelt er oppfatningen at ISF-ordningen i begrenset grad har ført til uønskede vridningseffekter. Selv om flere av sykehusene har hatt sterk økning i kryp, er de i tvil om dette er utslag av et systematisk handlingsmønster blant legene. Noen har også hørt om eksempler der sykehus foretar en viss pasientutvelgelse for å sikre seg de mest "lønnsomme" pasientene. De peker imidlertid på at akuttandelen ofte er såpass høy at det er grenser for hvor stor frihet sykehuset har i pasientutvelgelsen. De peker også på at de medisinsk-faglige kriterier er de viktigste ved diagnostisering, ikke hvor mye sykehuset tjener på å behandle dem. Respondentene i Hordaland peker også på at en av grunnene til at Haukeland får et relativt stort underskudd i 1999 er at de behandler pasienter som ofte ligger over gjennomsnittlig kostnad innen hver DRG. Dette hevder de at de taper penger på. De mener imidlertid ikke at dette har ført til at de har begrenset adgangen til sykehuset for pasienter som relativt sett krever mer ressurser. Den vridningseffekt sykehusene er mest opptatt av er transaksjonskostnader knyttet til selve ISF-ordningen. De peker på at registrerings- og rapporteringsbehov, samt ordningens kompleksitet, fører til administrativt merarbeid for det

faglige personalet og behov for å bygge opp ISF-kompetanse i sykehusets administrasjon og i fylkeskommunen. Enkelte av respondentene i Sogn og Fjordane er også opptatt av at ISF-ordningen kan føre til forsterket konkurranse om "flaske-halsressurser" noe som gjør det enda verre og mer kostbart for fylket å få tak i slike ressurser.

6 Ved noen sykehus har en lagt gjennomsnittlige kostnader til grunn for valg av strategi. Ligger sykehuset over gjennomsnitt for den kategori sykehus de tilhører er en aktuell strategi å øke aktiviteten for å dekke kutt fra fylkeskommunens side. Er kostnadsnivået under gjennomsnitt er en aktuell strategi å kutte i aktiviteten fordi en økning er mer kostbar enn de inntekter en kan oppnå gjennom ISF-ordningen. Fylkessykehuset i Voss, som har kostnader over gjennomsnitt, har for eksempel i sitt budsjettforslag for år 2000 valgt en strategi som går ut på å dekke kutt i rammen fra fylkeskommunen gjennom en planlagt økning i aktiviteten og dermed ISF-inntektene. Fylkessykehuset på Stord har hatt langt lavere gjennomsnittlige kostnader enn Voss og har i sitt budsjettforslag lagt opp til en sterk aktivitetsreduksjon som følge av kutt i nettorammen fra fylkeskommunens side. Om dette er et generelt mønster er imidlertid vanskelig å si på basis av foreliggende data-materiale.

7 Blant annet har Sentralsykehuset i Rogaland blitt i dømt dagbøter av Arbeidstilsynet både i 1998 og 1999/2000 på grunn av overbelegg på opptil 110 % ved flere av avdelingene.