

UNIVERSITETET I OSLO

HELSEØKONOMISK
FORSKNINGSPROGRAM

En bred kartlegging av sykehusenes økonomiske situasjon

Sammendragsnotat

Trond Bjørnenak

Norges Handelshøyskole/SNF

Terje P. Hagen

Tor Iversen

*Senter for helseadministrasjon
Universitetet i Oslo*

Jon Magnussen

*SINTEF Unimed NIS
Helsetjenesteforskning*

Skriftserie 2000: 2



SINTEF Unimed
NISHelsetjenesteforskning



"En bred kartlegging av sykehusenes økonomiske situasjon"

Sammendragnotat

Trond Bjørnenak
Norges Handelshøyskole/SNF

Terje P. Hagen
Universitetet i Oslo

Tor Iversen
Universitetet i Oslo

Jon Magnussen
SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning

Forord

I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for år 2000 ba Stortinget Regjeringen foreta en bred gjennomgang av sykehusenes økonomiske situasjon og legge fram et dokument for Stortinget i vårsesjonen før revidert nasjonalbudsjett. Under arbeidet med dokumentet knyttet Sosial- og helsedepartementet til seg en referansegruppe fra kommunesektoren.

Undertegnede ble av departementet bedt om å lage et bakgrunnsnotat til denne gjennomgangen av sykehusenes økonomi. En foreløpig rapport ble som avtalt overlevert departementet 29. februar. Det foreliggende notat utgjør den endelige rapporten fra prosjektet. Det henvises underveis i rapporten til vedlegg som på en mer utførlig måte beskriver det arbeid vi har gjort. Disse vedleggene er tilgjengelig på følgende nettsadresse:

<http://www.sv.uio.no/hero/publications.htm>

Prosjektet er finansiert av Sosial- og helsedepartementet og utført av forskere fra Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo, Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning (SNF)/Norges Handelshøyskole, SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning og Frischsenteret.

Vi takker departementet, referansegruppen og alle representanter fra fylkeskommuner og sykehus som har bidratt til kartleggingen på mange ulike måter.

Bergen/Oslo/Trondheim, 27. mars 2000

Trond Bjørnenak

Terje P. Hagen

Tor Iversen

Jon Magnussen

1 Innledning

Stortinget har bedt helseministeren om en bred redegjørelse for fylkeskommunenes og sykehusenes økonomi, spesielt i forhold til mulighetene for å innfri målsettingen om 2 prosents økning i sykehusenes behandlingsvolum fra 1999 til 2000. Hvordan ISF-ordningen er tilpasset og fungerer er også et sentralt tema. SHD har valgt å knytte til seg en forskergruppe for å bidra med beskrivelse og analyse av utviklingen i sykehussektoren. Gruppens analyser og konklusjoner presenteres i dette notatet, samt i vedleggene.

Notatet har følgende oppbygging:

- I kapittel 2 gjør vi rede for utviklingen i fylkeskommunale finanser og fylkeskommunale utgiftsprioriteringer i siste halvdel av 1990-årene.
- Kapittel 3 diskuterer utviklingen i sykehusenes effektivitet og kostnader
- I kapittel 4 presenteres data om samsvar mellom planlagt og faktisk ressursbruk og produksjon i sykehusene og i fylkeskommunenes somatiske sektorer. Vi diskuterer videre trekk ved fylkeskommunenes styring av sykehusene.
- Kapittel 5 gir en nærmere analyse av budsjettunderskudd og produktivitetsutvikling ved enkeltsykehus
- I kapittel 6 diskuteres ISF-ordningens forutsigbarhet nærmere.

I kapittel 7 oppsummeres hovedfunnene og vi gir en foreløpig diskusjon av hvilke tiltak som bør iverksettes.

2 Fylkeskommunenes finansielle situasjonen og fylkeskommunal ressursbruk

2.1 Finansiell situasjon

Beskrivelsen tar utgangspunkt i et sett finansielle indikatorer eller nøkkeltall. Indikatorne er basert på endelige regnskapstall for 1995-98 fra SSB og foreløpige regnskapstall for 1999 innsamlet av Kommunenes Sentralforbund (KS).

Følgende indikatorer benyttes:

- Brutto driftsresultat: Totale driftsinntekter utenom renteinntekter fratrukket totale driftsutgifter utenom renteutgifter
- Netto driftsresultat: Brutto driftsresultat fratrukket netto renter og netto avdrag
- Netto lånegjeld: Langsiktig gjeld
- Akkumulert regnskapsresultat: Regnskapsmessig over- eller underskudd
- Disposisjonsfond: Avsatte midler som kan benyttes til framtidig drift eller investering.

Indikatorne er regnet i prosent av totale driftsinntekter. Med totale driftsinntekter menes sum driftsinntekter eksklusiv renteinntekter og interne overføringsutgifter.¹ Indikatorne gir informasjon om hvor godt samsvar det har vært mellom kommunenes inntekter og utgifter, både i enkeltår og over lengre tid, samt for fylkeskommunenes lånebelastning. En nærmere beskrivelse av utviklingen for fylkeskommunene enkeltvis er gitt i vedlegg 1.

Tabell 2.1 viser tall for fylkeskommunenes samlede utvikling i analyseperioden.

¹ I TBU rapportene legges i tillegg til midler brukt i kapitalregnskapet. Vi har p t ikke data om midler brukt i kapitalregnskapet for 1999, men avvikene på grunn av dette er neglisjerbare.

Tabell 2.1 Fylkeskommunen, nøkkeltall for perioden 1995-1999, regnet i prosent av brutto driftsinntekter

	1995	1996	1997	1998	1999
Brutto driftsresultat	6,9	5,4	5,8	3,6	2,3
Netto driftsresultat	3,1	1,9	2,5	0,4	-0,7
Netto lånegjeld	32.01	30.76	29.75	28.15	29.70
Akk regnskapsres	0.89	0.18	0.14	0.08	*
Disposisjonsfond	2.02	2.76	3.17	2.39	1.51

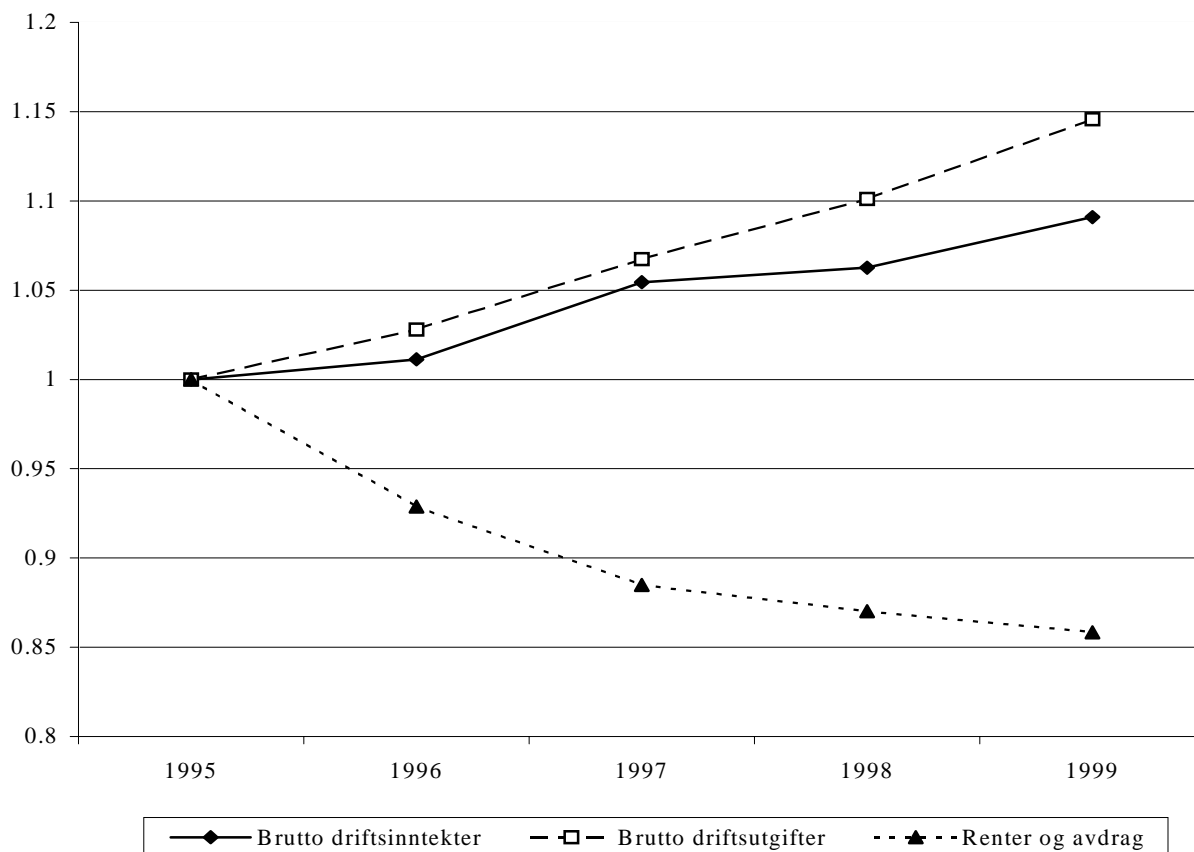
*) Data fra 11 fylkeskommuner indikerer at akkumulert regnskapsresultat er svakt negativt. Se tabell 4 i vedlegg 1.

Samlet har det vært en svekkelse av fylkeskommunenes handlefrihet i analyseperioden. Brutto driftsresultat er redusert fra 6,9 prosent av totale driftsinntekter i 1995 til 2,3 prosent i 1999. Netto driftsresultat er redusert fra 3,1 prosent i 1995 til -0,7 prosent i 1999. Netto driftsresultatet er særlig sterkt svekket de to siste årene og i 1999 har fylkeskommunene for første gang i analyseperioden et negativt netto driftsresultat. 10 av de 18 fylkeskommunene har negative netto driftsresultat i 1999. Det er særlig Akershus, Hordaland og Sør-Trøndelag som har store negative driftsresultat i 1999. Forverringen i netto driftsresultat er sterkest i Akershus, Rogaland og Hordaland.

Den langsiktige gjelden øker svakt fra 1998 til 1999 etter en årlig nedgang fra 1995 til 1998. Særlig Vestfold og Nord-Trøndelag har høy lånegjeld. I Nord-Trøndelag går imidlertid gjeldsbelastningen ned. Når det gjelder akkumulert regnskapsresultat, er dette svakt negativt. Her er imidlertid datagrunnlaget fortsatt dårlig (11 fylkeskommuner). Fylkeskommunenes disposisjonsfond er til dels betydelig redusert de siste to årene og spesielt fra 1998 til 1999 (data fra 13 fylkeskommuner). Reduksjonen er størst i Akershus.

Figur 2.1 gir en nærmere beskrivelse av utviklingen i brutto driftsinntekter, brutto driftsutgifter og netto utgifter til renter og avdrag i perioden 1995-1999. Figuren er basert på et basisnivå i 1995 på 1. Endringer tolkes da som relative endringer i forhold til 1995. Tallene er justert for prisendringer basert på SSBs indeks for kommunalt konsum.

Figur 2.1. Endringer i brutto driftsinntekter, brutto driftsutgifter og netto renter og avdrag. Faste priser (1995=1)



Vi ser at endringene i brutto driftsutgifter er på knapt 15 prosent i perioden. Økningen er relativt stabil fra år til år. Fra 1998 til 1999 var veksten i brutto driftsutgifter i faste 1995-priser 4,4%. Inntektsveksten i perioden 1995-1999 som helhet er på knapt 10 prosent. Fra 1998 til 1999 var veksten 2,9%.

Veksten i brutto driftsutgifter er, i perioden sett under ett, høyere enn inntektsveksten. Det er kun fra 1996 til 1997 at inntektsveksten er like sterk som utgiftsveksten. Rente- og avdragsbelastningen går ned, men ikke tilstrekkelig til å hindre et negativt netto driftsresultat i 1999.

2.2 Fylkeskommunal ressursbruk

Utviklingen i fylkeskommunale brutto driftsutgifter på hovedkapitellnivå presenteres etter kommuneregnskapenes definisjoner: administrasjonsformål dekkes av hovedkapittel 1.1, undervisningsformål av h.k. 1.2, næringsutgifter av h.k. 1.4, kulturformål av h.k. 1.5 og samferdselsformål av h.k. 1.7. Enkelte fylkeskommuner, i første rekke Nordland, fører mindre utgifter på h.k. 1.6. Dette utgjør mindre enn 0,1 prosent av fylkeskommunenes samlede

utgifter og ses bort fra. Helseformål splittes i to: Somatiske spesialisthelsetjenester som dekkes av kap. 1330-339 og andre helse- og sosialtjenester som beregnes residualt som hovedkapittel 1.3 minus kap. 1330-339.² For en nærmere beskrivelse av analysen, se vedlegg 2.

Tabell 2.2 viser utviklingen i brutto utgiftsandeler i fylkeskommunene i perioden 1991-1999. Andelene er veid i forhold til fylkenes innbyggertall.

Tabell 2.2 *Brutto utgiftsandeler til ulike formål 1991-1999 (veide tall).*

	Adm.	Under- visning	Somatikk	Andre h. og s.tj.	Næring	Kultur	Sam- ferdsel
1991	3,0	24,7	41,0	17,4	1,9	1,7	10,3
1992	3,0	25,2	40,8	17,1	2,0	1,7	10,3
1993	2,9	24,6	41,4	16,7	2,8	1,8	9,8
1994	2,9	25,3	41,3	16,4	2,7	1,9	9,5
1995	2,9	25,1	42,1	16,4	2,4	1,8	9,2
1996	3,1	25,0	42,9	16,4	2,0	1,9	8,7
1997	3,0	24,5	43,7	16,5	2,0	1,9	8,4
1998	3,2	24,2	44,0	16,8	2,1	1,9	7,8
1999	3,3	23,2	44,8	16,6	2,2	1,9	8,1

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

I tabell 2.3 gis en nærmere beskrivelse av endringer i gjennomsnittlige brutto driftsutgifter per innbygger i de tre sektorene som kanskje har størst interesse, somatiske helsetjenester, undervisning og samferdsel. Alle tall er i tusen 1995-kroner per innbygger. For undervisningssektoren presenteres også brutto driftsutgifter per innbygger i aldersgruppen 16-18 år. For somatiske helsetjenester presenteres brutto driftsutgifter per innbygger fra 80 år og over.

² Somatiske helsetjenester (kap. 1330-339 i kommuneregnskapene) omfatter både somatiske sykehus, somatiske spesialister utenom sykehusene og enkelte andre somatiske institusjoner og tjenester. Utgiftene til somatiske sykehus utgjør om lag 90 prosent av utgiftene på kap. 1330-339.

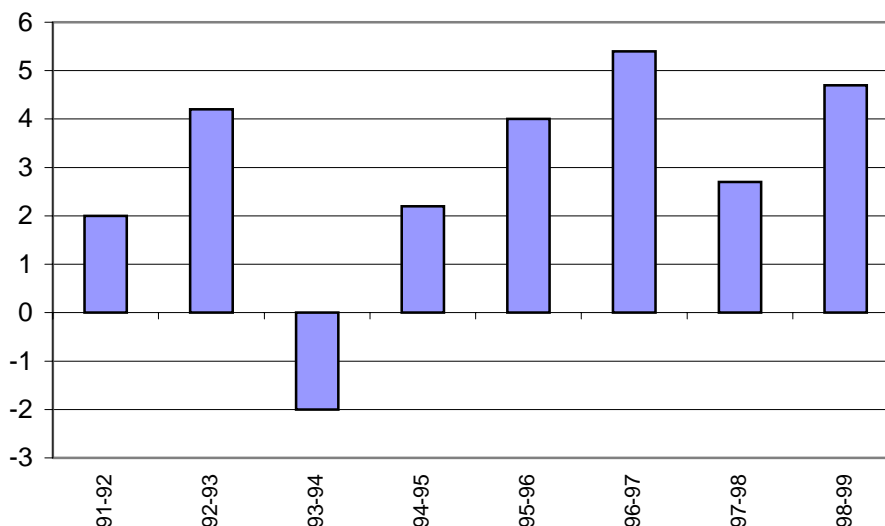
Tabell 2.3 Gjennomsnittlige brutto driftsutgifter til undervisning, somatiske helsetjenester og samferdsel i tusen kroner (1995-tall). Veide tall.

	Undervisning per innbygger	Undervisning per innbygger 16-18 år	Somatiske helsetjenester per innbygger	Somatiske helsetj. per innbygger 80 år og over	Samferdsel per innbygger
1991	3,2	68,2	5,0	142,9	1,4
1992	3,3	74,3	5,1	142,9	1,4
1993	3,3	78,3	5,3	145,0	1,4
1994	3,4	84,4	5,2	140,9	1,3
1995	3,4	87,1	5,4	141,0	1,3
1996	3,4	90,3	5,6	144,5	1,2
1997	3,5	91,6	5,9	149,2	1,2
1998	3,5	93,1	6,0	149,8	1,2
1999	3,4	91,5	6,3	154,9	1,2

Utgiftsøkningen til somatiske helsetjenester er betydelig, spesielt fra 1994 til 1999. I denne perioden øker brutto driftsutgifter per innbygger med 1100 kroner. Det er også økning i utgiftene til somatiske helsetjenester når en standardiserer i forhold til innbyggere fra 80 år og oppover. Økningen er på om lag 14000 kroner i perioden. Utgiftene til samferdsel går svakt nedover i midten av perioden, men stabiliseres fra 1996. Når det gjelder undervisning, så øker utgiftene per innbygger svakt i perioden, mens utgiftene i forhold til innbygger i aldersgruppen 16-18 år øker betydelig. Dette skyldes langt på vei økning i dekningsgrader.

Figur 2.2 viser prosentvis endring i brutto driftsutgifter per innbygger til somatiske helsetjenester (kap. 1330) for de enkelte år på 1990-tallet.

Figur 2.2: Prosentvis årlige endringer i brutto driftsutgifter til somatiske helsetjenester per innbygger. Faste priser (1995=100)



Den samlede veksten utover prisstigningen har vært betydelig, men relativt ujevn. En betydelig del av veksten fra 1995 til 1996, og fra 1996 til 1997 er knyttet til lønnsoppgjøret for legene i 1996. Veksten disse årene var henholdsvis 4 og 5,4 prosent. Fra 1998 til 1999 er veksten i brutto driftsutgifter per innbygger på 4,7 prosent.

2.3 Vridningseffekter av ISF

Det er videre gjennomført en analyse av hvordan de statlige øremerkede tilskuddene påvirker fylkeskommunens ressursbruk. Analysene som må oppfattes som foreløpige siden det fortsatt er noe usikkerhet knyttet til fylkeskommunale regnskapstall, spesielt når det gjelder øremerkede tilskudd, bekrefter i høy grad tidligere analyser.

Endringer i fylkeskommunenes "frie inntekter" har positive effekter på fylkeskommunal ressursbruk på alle de tre sektorene i analyseperioden (1991-1999). Langtidseffekten av en økning i frie inntekter med 1000 kr per innbygger er om lag 400 kroner i somatisk sektor, 200 kroner i undervisningssektoren og 180 kroner i samferdselssektoren. Effektene av øremerkede tilskudd som ikke er prisvridende, er svakere enn de prisvridende (som poliklinikkrefusjonene og ISF). Imidlertid er effekten av økning i regionsykehustilskuddet i denne analysen høyere enn i tidligere analyser. Dette kan både skyldes metodologiske forbedringer (det er skilt mellom korttids- og langtidseffekter) og det kan skyldes endrede rutiner for oppfølging av tilskuddet. Effekten av ISF på fylkeskommunenes ressursbruk i somatisk sektor er betydelig. En økning i ISF-utbetalingene med 1000 kroner per innbygger gir en økning i brutto driftsutgifter per innbygger med om lag 1470 kroner på kort sikt (første året) og om lag kr 1800 på lang sikt. Det ser ikke ut som at ISF signifikant har påvirket ressursbruken i de to

andre sektorene som er analysert, med et lite unntak for undervisning der korttidseffekten er positiv. Effekten av de demografiske variablene er stort sett i forventet retning, men kun endringer i andelen eldre har signifikante effekter. En økning i andel eldre, alt annet likt, bidrar til å øke utgiftene til somatiske helsetjenester og redusere utgiftene til undervisning.

2.4 Uforutsigbarhet i fylkeskommunenes økonomi

Det er også gjennomført en analyse av forutsigbarheten i fylkeskommunenes økonomi basert på sammenligninger mellom fylkeskommunenes budsjett og regnskaper for enkeltårene 1996-1999. Dessverre har det vært vanskelig å få til meningsfulle sammenligninger mellom fylkeskommunenes budsjetter og deres regnskaper, i første rekke fordi fylkeskommunene benytter svært ulike budsjetteringsteknikker. Det er derfor ikke laget en egen rapport på basis av denne analysen. De svært usikre konklusjonene som kan trekkes på bakgrunn av analysen indikerer imidlertid at det særlig er innenfor helse- og sosialsektoren at budsjettavvikene er store. I relative størrelser er det særlig barnevernet som utmerker seg med store avvik.

3 Utvikling i effektivitet og kostnader

3.1 Effektivitetsutviklingen i somatiske sykehus 1992-1998

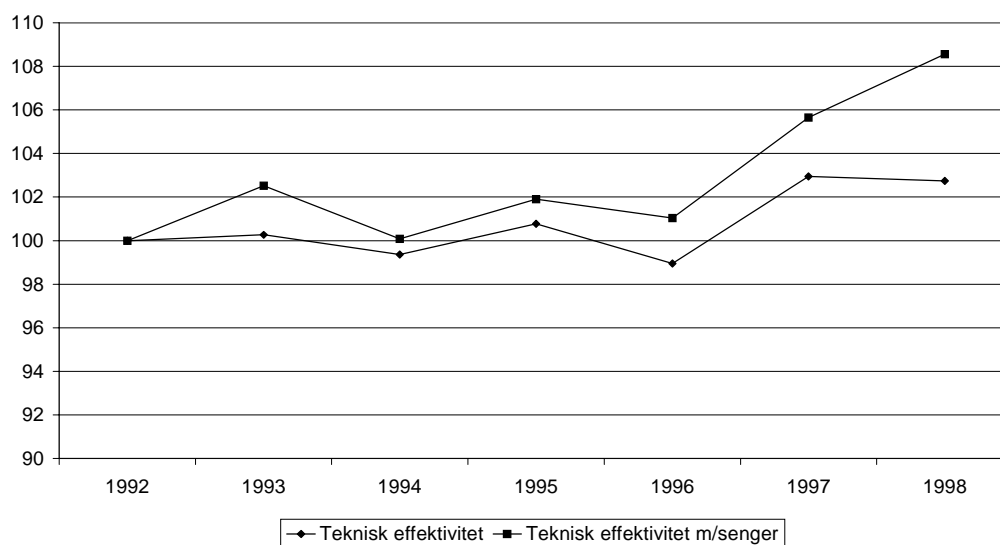
Effektivitetsutviklingen i sykehusene er analysert som en del av ISF-evalueringen av Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo og SINTEF Unimed NIS, se Hagen, Iversen og Magnussen (2000).³ (vedlegg 3). Det er i denne sammenheng utviklet flere effektivitetsmål:

- Teknisk effektivitet er et mål på hvor effektivt sykehusene utnytter sine samlede ressurser. En måler her forholdet mellom innsatsfaktorene legeårsverk, årsverk fra annen arbeidskraft og medisnutgifter, og produktene innleggelser (justert for pasientsammensetning og langtidsliggere) og polikliniske aktiviteter.
- Teknisk effektivitet med senger er et mål på hvor effektivt sykehusene utnytter sine samlede ressurser inkludert sengekapasiteten. En måler her forholdet mellom innsatsfaktorene legeårsverk, årsverk fra annen arbeidskraft, medisnutgifter og senger, og produktene innleggelser (justert for pasientsammensetning og langtidsliggere) og polikliniske aktiviteter.
- Kostnadseffektiviteten vil omfatte effektivitet i både bruk og sammensetning av innsatsfaktorer. Utviklingen i kostnadseffektivitet vil også fange opp endring i prisene knyttet til innsatsfaktorene, i særlig grad lønnsøkninger. En måler forholdet mellom innsatsfaktorene brutto driftsutgifter og produktene innleggelser (justert for pasientsammensetning og langtidsliggere) og polikliniske aktiviteter.
- Legeproduktivitet er et partielt produktivitetsmål som viser forholdet mellom legeårsverk og medisnutgifter, og produktene innleggelser (justert for pasientsammensetning og langtidsliggere) og polikliniske aktiviteter.

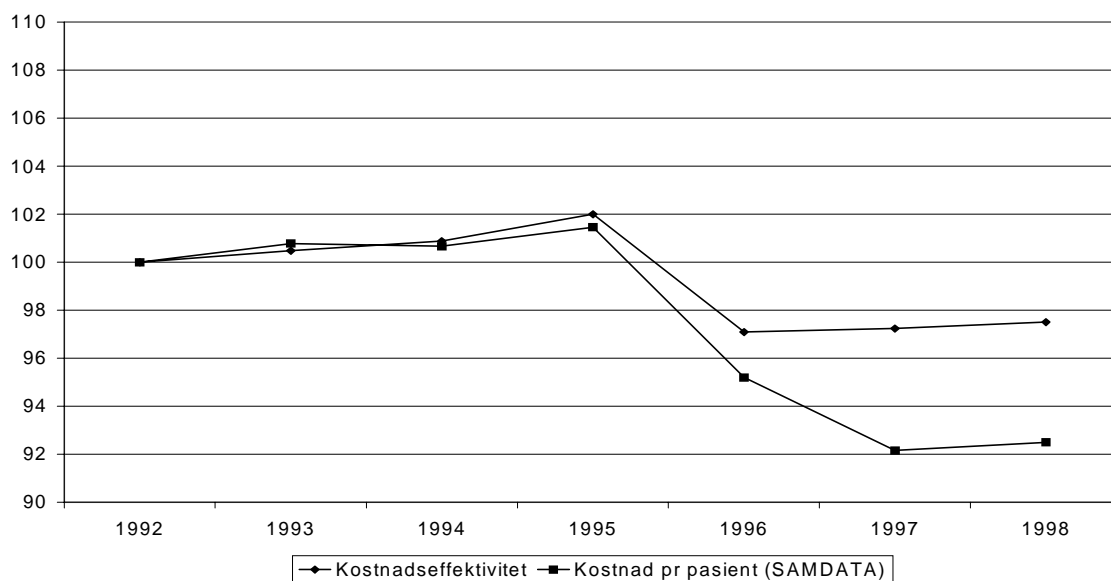
Rangeringen av sykehusenes effektivitet er gjort ved dataomhyllingsanalyse (DEA-analyse). Polikliniske aktiviteter er beskrevet ved hjelp av refusjoner fra Folketrygden.

Resultatene presenteres som et uvektet gjennomsnitt over alle sykehusene. Det innebærer at de store sykehusene teller like mye som de små. Begrunnelsen for dette er at vi ønsker å se hvordan ISF virker på sykehusnivå, ikke hvorvidt den samlede ressursutnyttelsen blir mer eller mindre effektiv slik tilfellet f eks ville ha vært dersom store sykehus hadde en produktivitetsvekst som samlet sett kompenserte for en produktivtetsnedgang i de små sykehusene. I det videre skal vi se på utviklingen i perioden 1992-1998 ut fra et basisnivå i 1992 på 100. I figurene under vil derfor endring tolkes relativt til nivået i 1992.

³ Hagen, T. P., T. Iversen og J. Magnussen (2000) "ISF og sykehusenes effektivitet. Erfaringer fra 1997 og 1998". Skriftserie 2000:1 Oslo/Trondheim: Helseøkonomisk Forskningsprogram (HERO), Universitetet i Oslo og SINTEF Unimed NIS.

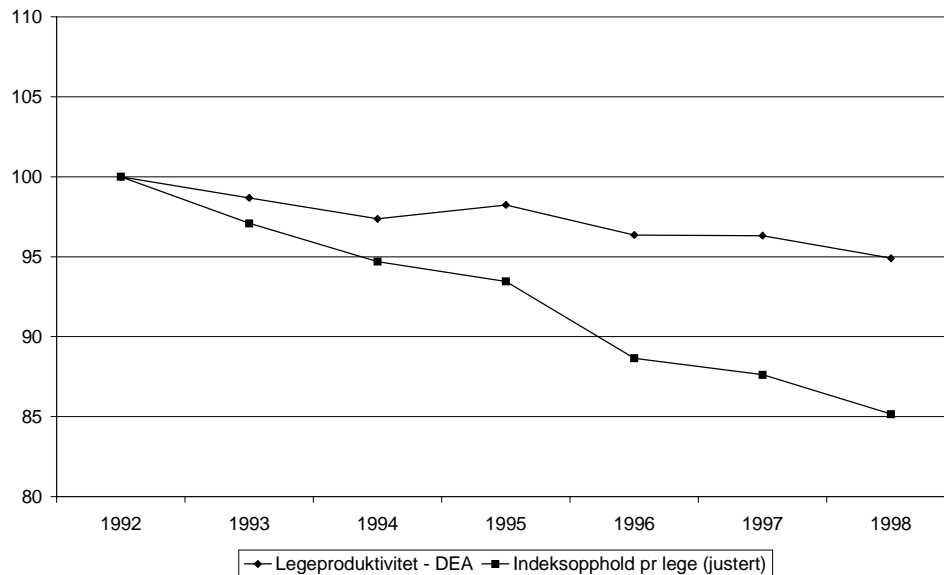
Figur 3.1 *Teknisk effektivitet 1992-1998. 1992=100.*

Gjennomsnittlig *teknisk effektivitet* er noenlunde stabil i perioden 1992 til 1996, øker fra 1996 til 1997, men flater ut fra 1997 til 1998. Nivået i 1998 ligger 2,7 prosent over nivået i 1992. Om vi inkluderer senger i denne modellen, blir imidlertid utviklingen langt gunstigere. I dette tilfellet ligger nivået i 1998 8,6 prosent over nivået i 1992.

Figur 3.2 *Kostnadseffektivitet 1992-1998. 1992=100.*

Gjennomsnittlig *kostnadseffektivitet* (figur 3.2) viser en noe annen utvikling enn utviklingen i teknisk effektivitet. Fram til 1995 følger de to modellene hverandre godt, men kostnadseffektiviteten faller kraftig fra 1995 til 1996, og er siden stabil fram til 1998. Nivået i 1998 ligger 2,5 prosent under nivået i 1992.

Analysene av utvikling i *legeproduktivitet* (figur 3.3) er partielle, i den forstand at de kun ser på aktivitet i forhold til én innsatsfaktor (i tillegg er utgifter til medisiner inkludert). Når DEA modellen gir et fall i legeproduktivitet på omlag 5 prosent, mens vi samtidig har en bedring i totalproduktiviteten på 2,6 prosent, er dette et uttrykk for at det i denne perioden har skjedd en forskyvning i bruken av innsatsfaktorer i retning av en mer legeintensiv pasientbehandling.

Figur 3.3 *Legeproduktivitet 1992-1998, 1992=100.*

De resultatene som her er presentert, gir grunnlag for følgende konklusjoner:

- i) Det synes i den perioden som her er analysert å ha vært en positiv utvikling i gjennomsnittlig effektivitet i sektoren. I særlig grad er dette tilfelle dersom vi også tar hensyn til en bedret utnyttelse av sengekapasiteten, som har skjedd ved en reduksjon i liggetid og senger. Den samlede utnyttelsen av ressursene synes mao å være bedre i 1998 enn den var i 1992.

De forbehold som kan knyttes til denne konklusjonen gjelder tre forhold. For det første har vi ikke data som viser utviklingen i bruk av medisinsk teknisk utstyr. Dersom behandlingen har blitt mer utstyrsintensiv gjennom denne perioden vil dette trekke i retning av at våre beregninger gir et for gunstig bilde av utviklingen. For det andre er det en viss usikkerhet knyttet til hvor godt vi klarer å fange opp utviklingen i poliklinisk aktivitet. På den ene siden vil spesielt takstendringen i 1997 føre til at veksten i poliklinisk aktivitet fra 1996 til 1997 ser høyere ut enn hva den ventelig var. På den andre siden har økt bruk av dagkirurgi nok medført at pasientsammensetningen ved poliklinikkene er blitt vesentlig mer ressurskrevende i løpet av denne perioden, og det er uklart om vi til fulle klarer å fange opp dette. For det tredje har vi etter innføringen av ISF observert en markert endring i kodings- og registreringspraksis ved sykehusene. Dette gir seg utslag i at det er uklart om vi observerer en reell aktivitetsøkning både når det gjelder innlagte pasienter og når det gjelder dagpasienter.

- ii) Utviklingen i kostnadseffektivitet følger i stor grad utviklingen i teknisk effektivitet fram til 1995. Fra 1995 til 1997 øker imidlertid kostnadsnivået kraftig, og bidrar til at det for perioden samlet er en negativ utvikling i kostnadseffektivitet.

Den negative utviklingen i kostnadseffektivitet er primært knyttet til at lønnsveksten i sektoren har vært høyere enn den prisveksten som er benyttet i deflatering av kostnadstallene. Det er også verdt å merke seg at bruk av en mindre restriktiv DEA tilnærming gir en noe gunstigere

utvikling i kostnadseffektivitet enn det som framkommer av kostnadstallene fra SAMDATA. Sett samlet innebærer imidlertid analysene av kostnadseffektivitet og teknisk effektivitet at ressursutnyttelsen har blitt bedre, men at ressursene er blitt dyrere.

- iii) De partielle målene for legeproduktivitet viser en nedgang, men størrelsen avhenger av hvilke forutsetninger som gjøres om forholdet mellom poliklinisk aktivitet og aktivitet ved sengeavdelingene.

Det er flere forhold som er viktig å ta hensyn til ved vurdering av slike partielle mål for produktivitet. Spesielt vil altså endringer i behandlingsteknologi som medfører, relativt sett, økt bruk av legeinnsats og mindre bruk av andre innsatsfaktorer lede til fallende legeproduktivitet. Økt andel poliklinisk aktivitet vil dermed lede til fallende legeproduktivitet, slik denne defineres her, fordi polikliniske pasienter er mer "legeintensive" enn pasienter ved sengeavdelingene. Dette reflekteres i DEA modellen, hvor poliklinisk aktivitet defineres atskilt fra aktiviteten ved sengeavdelingene. På den andre siden vil DEA-modellen behandle sykehusene på gunstigst mulig måte, og kan overvurdere den reelle effektivitetsutviklingen.

3.2 Utvikling i kostnadsnivå og enhetspris i sykehusene

Enhetsprisen gir grunnlaget for statens refusjon til fylkene under ISF. Enhetsprisen ble beregnet første gang i 1995, og ble da basert på sykehusenes faktiske kostnader. Siden 1995 har endringene i enhetspris være basert på forutsetninger om generell prisvekst. Spørsmålet er om den har holdt følge med den generelle kostnadsutviklingen i sektoren. Analysene i vedlegg 4 viser følgende: Fra 1995 til 1998 har kostnadsnivået i sektoren steget sterkere enn enhetsprisen, dersom de forutsetninger som ble fulgt når denne ble beregnet, blir beholdt, se tabell 3.1. Kostnadsveksten har vært særlig sterk i region- og sentralsykehusene. Vi finner ingen sammenheng mellom kostnadsvekst og utvikling i teknisk effektivitet, slik begrepet ble definert i avsnitt 3.1.

Tabell 3.1. Kostnad pr korrigert poeng etter sykehustype. Løpende priser. Uvektet 1995-1998.

	1995	1996	1997	1998	95-98
Enhetspris	23202	24224	25001	27136	17,0 %
Regionsykehus	22441	25789	27486	28941	29,0 %
Sentralsykehus	23036	25027	26640	28084	21,9 %
Fylk.syk m ssf	23774	25901	26910	27843	17,1 %
Lokalsykehus	23395	24955	26639	27522	17,6 %
Lok.syk med red f	21899	24534	24765	25128	14,7 %
Gjennomsnitt (veid)	22908	25287	26818	27692	20,9 %

I beregning av enhetsprisen er imidlertid sykehusenes polikliniske aktivitet antatt å være selvfinansierende. Dette er neppe tilfelle. En mer realistisk forutsetning om forholdet mellom polikliniske inntekter og kostnader gir som resultat at enhetsprisen i 1998 lå nær 4000 kroner over den reelle kostnaden knyttet til behandling av innlagte pasienter, se tabell 3.2. Dette

impliserer at DRG-refusjonssatsen har ligget høyere enn antatt. I 1998 har den vært knapt 60 prosent (ikke 50 prosent som antatt). Analyser med disse forutsetningene gir også som resultat at utviklingen i kostnadsnivå for innlagte pasienter *ikke* har vært sterkere enn utvikling i enhetsprisen for sektoren som helhet. For region- og sentralsykehusene er veksten i kostnadsnivå imidlertid fremdeles noe sterkere enn veksten i enhetspris.

Tabell 3.2: Kostnad per korrigerende poeng under forutsetning av at polikliniske inntekter dekker 50% av kostnadene ved poliklinikkene. Løpende priser 1995 –1998.

	1995	1996	1997	1998	95-98
Enhetspris	23 202	24 224	25 001	27 136	17,0 %
Regionsykehus	19 386	22 278	22 499	23 581	21,6 %
Sentralsykehus	19 833	21 759	22 489	23 683	19,4 %
Fylk.syk m ssf	21 059	23 103	22 935	23 756	12,8 %
Lokalsykehus	21 549	22 992	23 404	24 168	12,2 %
Lok.syk med red f	19 664	22 002	20 772	20 865	6,1 %
Gjennomsnitt (veid)	20 119	22 311	22 644	23 320	15,9 %

For fylkeskommunene påvirker størrelsen på enhetsprisen to forhold: For det første har det statlige uttrekket fra de fylkeskommunale rammebevilgningene delvis vært basert på enhetsprisen og, for det andre, er selvsagt størrelsen på de statlige ISF refusjonene også bestemt av enhetsprisen. Dette innebærer at en enhetspris som avviker fra den reelle behandlingstkostnaden, *kun* har fått konsekvenser for den fylkeskommunale økonomien for den del av aktiviteten for som går utover nivået i 1995. I praksis vil dette innebære at en ”gal” enhetspris ikke har gitt dramatiske utslag for den fylkeskommunale økonomien. Dette forhindrer ikke at utslaget kan bli vesentlig for sykehusene avhengig av hvordan sykehusene får sine inntekter fra fylkeskommunen.

3.3 Kompleksitet som forklaring av kostnadsforskjeller mellom sykehus

I en egen analyse (se vedlegg 10) retter vi søkelyset mot forskjeller i kompleksitet som forklaring på forskjeller i kostnadsnivå mellom sykehus. Det eksisterer ulike dimensjoner av kompleksitet. Vi har her konsentrert oss om to former for kompleksitet. *Dybdekompleksitet* er relatert til pasientsammensetningen dvs. til forskjeller i ressursbehov mellom ulike pasienter. Siden DRG systemet søker å fange opp slike forskjeller fokuserer vi på om det er systematiske forskjeller mellom pasienter innen enkelte DRG'er. Den andre formen for kompleksitet er *breddekompleksitet* som omfatter kompleksitet i selve sammensetningen av tjenestetilbudet ved sykehuset. Dette begrepet omfatter bl.a. antall spesialistfunksjoner, beredskapsfunksjoner og antall aktiviteter den enkelte er involvert i. Antakelsen er at kompleksitet i seg selv virker kostnadsdrivende, slik at forskjeller i kompleksitet kan være en av flere faktorer som bidrar til forskjeller i kostnadsnivå mellom ulike institusjoner. Tabell 3.3 viser forskjeller på sykehusgruppe nivå.

Tabell 3.3 Sammenligning kostnader for sykehusgrupper (kilde SAMDATA 98). DRG-indeksen er den som benyttes av SAMDATA og avviker fra den som beregnes av NPR.

Sykehusgruppe	Gjennomsnittlig antall opphold	Kostnad pr opphold	Kostnadsindeks	DRG-indeks
Regionsykehus	45 753	28 735	1,06	1,31
Sentralsykehus (SSH)	22 356	26 478	0,98	1,08
Fylkessykehus (FSH) med SSH-funksjoner	11 227	27 059	1,00	1,09
Lokalsykehus (LSH)	4 525	25 951	0,96	1,04
FSH med reduserte LSH-tilbud	4 557	23 824	0,88	1,19

Basert på intervjuer ble bl.a. følgende utgangshypoteser utviklet:

- Sykehusene med tyngre pasienter har også gjennomgående tyngre pasienter innen hver DRG. Pasienttyngde måles ved sykehusets gjennomsnittlig DRG vekt, den såkalte DRG-indeksen.
- De største sykehusene har de tyngste pasientene. De enklest og spesialiserte sykehusene har langt lavere breddekompleksitet, selv om flere av dem har høy DRG-indeks.
- Sykehus med mange langliggere har høyere kostnader. Mange langliggere indikerer eldre pasienter, rehabiliteringspasienter eller mangel på sykehjemsplasser. Dette vil derfor være en kombinasjon av dybdekompleksitet og andre forhold. Alle disse forholdene påvirker gjennomstrømningen negativt.

Hypotesene ble utforsket basert på data fra alle somatiske sykehus. Konklusjonen på våre studier er at det er klare indikasjoner på både dybde- og breddekompleksitetsforskjeller i norske somatiske sykehus. Det beste skillet synes å være regionsykehus på den ene siden og sykehus med reduserte funksjoner på den andre siden. For å få en bedre indikasjon på hvor forskjellene ligger bør man imidlertid gjøre flere og dypere studier av disse forholdene.

3.4 Lønnsutviklingen for leger og sykepleiere ved somatiske sykehus

Beskrivelsen av lønnsforhold for ansatte på fylkeskommunale sykehus er basert på registerdata fra Personaladministrativt Informasjonssystem (PAI-registeret) per 1. oktober i perioden 1994-1999. Data er tilrettelagt av Kommunenes Sentralforbund. Beskrivelsen er laget av Erik Magnus Sæther. En detaljert framstilling finnes i vedlegg 5 til denne sammendragsrapporten

Lønnsbegrepene som benyttes, er:

Månedsførtjeneste = regulær månedslønn + faste og variable tillegg.

Totallønn = månedsførtjeneste + godtgjørelse for variabel overtid.

Lønnstallene som presenteres, er gjennomsnitt i forhold til antall ansatte med unntak av tabell 3.4.b og 3.6.b. som viser gjennomsnitt i forhold til månedsverk. Tallene som presenteres her, er basert på tilgjengelige data den 15. mars 2000 for sykehus der en har tilgang til tidsserier på tjenestestednivå for den aktuelle periode. Dette har medført at bare ett av regionsykehusene er representert.

Leger

Legene hadde fra 1998 til 1999 en prosentvis reallønnsvekst målt ved månedsførtjenesten i størrelsesorden (-2) til (+4). Sett under perioden som helhet har legene hatt en betydelig reallønnsvekst i størrelsesorden 16% til 37%, avhengig av stillingskode. For 1999 er gjennomsnittlig månedslønn for noen sentrale legegrupper presentert i tabellen 3.4. 3.4.a. viser lønn per ansatt, mens 3.4.b viser lønn per månedsverk.

Tabell 3.4.a Gjennomsnitt månedslønn per ansatt lege etter stillingskode 1999

Stillingsbetegnelse	Regulær	Måned-	Totallønn
	mnd.lønn	førtjeneste	
AVD. OVERLEGE REGIONSYKEHUS RIT	30974	49362	49880
AVD. OVERLEGE FYLKESYKEHUS	30975	51418	53440
OVERLEGE REGIONSYKEHUS (RIT)	25081	36938	38039
OVERLEGE FYLKESYKEHUS	27164	44900	47005
SEKSJONSOVERLEGE	28612	46689	47791
ASSISTENTLEGE I	23991	36401	41611
ASSISTENTLEGE II	23631	37472	40148
TURNUSLEGE	19611	32214	36155

Tabell 3.4.b Gjennomsnitt månedslønn pr. månedsårsverk etter stillingskode 1999

Stillingsbetegnelse	Regulær	Måned-	Totallønn
	mnd.lønn	fortjeneste	
AVD. OVERLEGE REGIONSYKEHUS RIT	31885	50814	51347
AVD. OVERLEGE FYLKESYKEHUS	31538	52354	54413
OVERLEGE REGIONSYKEHUS (RIT)	28271	41636	42878
OVERLEGE FYLKESYKEHUS	28532	47161	49372
SEKSJONSOVERLEGE	29620	48334	49474
ASSISTENTLEGE I	24245	36787	42052
ASSISTENTLEGE II	24036	38114	40835
TURNUSLEGE	19643	32268	36215

Fra tabell 3.4.a ser vi at avdelingsoverlegene har den høyeste gjennomsnittlige månedsførtjenesten i legegruppen i 1999. Gjennomsnittet var 51.418 kroner i måneden per ansatt på fylkessykehusene, mens gjennomsnittet på regionsykehus (RiT) var 49.362. For begge gruppene utgjorde den regulære månedslønn før tillegg i underkant av 31.000 kr per måned, mens resten bestod av faste og variable tillegg. Høyeste observerte faste tillegg på fylkessykehusnivå var kr 42.745 pr.måned. Høyeste verdi for andre tillegg var her 10.416 kroner pr. måned. Overleger på regionsykehus (RIT) hadde i 1999 en gjennomsnittlig månedsførtjeneste på kr 36.938, om lag 8000 kroner lavere enn overleger på fylkessykehus. Gjennomsnittlig månedsførtjeneste for Assistentlege I var på kr. 36.401, mot kr. 37.472 for Assistentlege II. Assistentlege I var den gruppen som hadde størst gjennomsnittlig godtgjørelse for overtid på kr 5.200. Største registrerte overtidsbetaling var på kr 67.700 kr i måneden.

Tabell 3.5 Prosentendring i reallønn for leger (1.10). Gjennomsnitt per ansatt etter stillingskode 1994-1999

	Periode	Regulær	Måned-	Total-
		mnd.lønn	fortjeneste	lønn
AVD.OVERLEGE REGION	% 94-95	-7 %	6 %	3 %
	% 95-96	1 %	1 %	4 %
	% 96-97	7 %	27 %	25 %
	% 97-98	1 %	-11 %	-13 %
	% 98-99	4 %	9 %	8 %
	% 94-99	6 %	32 %	25 %
AVD.OVERLEGE FYLKE	% 94-95	0 %	2 %	1 %
	% 95-96	3 %	9 %	10 %
	% 96-97	5 %	5 %	3 %
	% 97-98	0 %	9 %	10 %
	% 98-99	0 %	1 %	1 %

OVERLEGE REGION	% 94-95	-3 %	10 %	2 %
	% 95-96	7 %	12 %	18 %
	% 96-97	-2 %	11 %	13 %
	% 97-98	0 %	-15 %	-21 %
	% 98-99	-2 %	-1 %	0 %
	% 94-99	-1 %	16 %	7 %
OVERLEGE FYLKE	% 94-95	-1 %	1 %	0 %
	% 95-96	10 %	10 %	12 %
	% 96-97	0 %	1 %	0 %
	% 97-98	1 %	10 %	14 %
	% 98-99	-4 %	-2 %	-4 %
	% 94-99	5 %	21 %	21 %
ASSISTENTLEGE I	% 94-95	0 %	5 %	4 %
	% 95-96	17 %	19 %	16 %
	% 96-97	0 %	-2 %	-9 %
	% 97-98	1 %	7 %	22 %
	% 98-99	0 %	4 %	3 %
	% 94-99	18 %	37 %	38 %
ASSISTENTLEGE II	% 94-95	-1 %	2 %	-1 %
	% 95-96	19 %	14 %	15 %
	% 96-97	-1 %	4 %	0 %
	% 97-98	1 %	16 %	18 %
	% 98-99	-3 %	-2 %	-3 %
	% 94-99	15 %	37 %	30 %

Som det fremgår av tabell 3.5 har avdelingsoverlegene på fylkessykehus hatt en reallønnsvekst i alle år i perioden. Endringene fra 1995 til 1996 og fra 1997 til 1998 skiller seg ut med en realvekst per år på 9 % i månedsfortjeneste. Avdelingsoverleger på regionssykehus (RiT) hadde en reallønnsvekst i perioden 1994 til 1999 på 32%, men med en ulik utviklingsprofil fra deres kolleger på fylkessykehusene. Endringen fra 1996 til 1997 skiller seg ut med en vekst i månedsfortjeneste korrigert for prisvekst på 27%. Dette ble imidlertid fulgt av en reallønnsnedgang fra 1997 til 1998 på 11%, før den igjen økte med 9% året etter. Ulikheter i utviklingen kan være et utslag av få observasjoner på regionsykehusnivå i vårt utvalg. Vi ser videre fra tabell 3.5 at overleger ved regionsykehus hadde en reell vekst i månedsfortjeneste på 16 % i perioden 1994-1999, mens deres kolleger på fylkessykehusene har en tilsvarende vekst på 21 %. Begge disse gruppene har hatt en reallønnsnedgang fra 1998 til 1999. Assistentleger har hatt en realvekst i månedsfortjeneste på 37 % fra 1994 – 1999. Det siste året har veksten vært moderat til negativ.

Tabell 3.6.a Månedslønn (1.10) for sykepleiere i 1999. Gjennomsnittstall per ansatt

Stillingsbetegnelse	Regulær månedslønn	Månedsførtjeneste	Totallønn
OVERSYKEPLEIER	22973	23352	24124
AVDELINGSSYKEPLEIER	19368	20073	20834
ASSISTR.AVD.SYKEPLEIER	19071	20260	21358
SYKEPLEIER	13468	15519	16208
SYKEPLEIER I	14825	16617	17393
SPESIALSYKEPLEIER	17216	19085	19772

Tabell 3.6.b Månedslønn (1.10) for sykepleiere i 1999. Gjennomsnittstall per månedsverk.

Stillingsbetegnelse	Regulær månedslønn	Månedsførtjeneste	Totallønn
OVERSYKEPLEIER	24300	24701	25518
AVDELINGSSYKEPLEIER	21797	22591	23447
ASSISTR.AVD.SYKEPLEIER	20199	21458	22621
SYKEPLEIER	17931	20661	21579
SYKEPLEIER I	19168	21486	22490
SPESIALSYKEPLEIER	20746	22999	23827

Tabell 3.6 viser gjennomsnittlig månedslønn for sykepleiere per 1. oktober 1999. Tallene er gjennomsnitt per ansatt i del a og per årsverk i del b. Siden mange sykepleiere arbeider deltid, vil gjennomsnitt per årsverk bli noe høyere enn per ansatt. Gjennomsnittlig månedsførtjeneste for sykepleiere, som er den største gruppen, er kr 15.519 per ansatt, hvorav kr 13.468 er regulær månedslønn. Regnet i forhold til månedsverk er den gjennomsnittlige månedsførtjenesten for samme gruppe kr 20.661, ettersom sykepleierne i gjennomsnitt arbeider i 75% stillingsbrøk. Oversykepleiere hadde en månedsførtjeneste på kr 23.352 per ansatt og avdelingssykepleiere hadde kr 20.073. Vi ser at den regulære månedslønn utgjør en større andel av månedsførtjenesten for sykepleiere enn den gjør for leger.

Fra tabell 3.7 ser vi at realverdien av månedsførtjenesten for sykepleierne har økt med 9% - 14% i perioden 1994-1999. Fra 1998-1999 har den reelle lønnsøkningen vært beskjedent og faktisk negativ for den største gruppen av sykepleiere.

Oppsummeringsvis kan vi si at særlig legene har hatt en kraftig reallønnsøkning i perioden 1994-1999 samlet. Fra 1998-1999 synes imidlertid reallønnsøkningen å ha vært beskjedent både for leger og sykepleiere. Vi viser for øvrig til dekomponeringsanalysene i kapittel 5.

Tabell 3.7 Endring i reallønn for sykepleiere. Prosentvis ending i gjennomsnittlig reallønn per ansatt per måned. 1999=100.

	Periode	Regulær mnd.lønn	Måned- fortjeneste	Total- lønn
AVDELINGSSYKEPLEIER	% 94-95	2 %	3 %	2 %
	% 95-96	3 %	1 %	2 %
	% 96-97	3 %	3 %	3 %
	% 97-98	4 %	3 %	3 %
	% 98-99	3 %	2 %	1 %
	% 94-99	15 %	12 %	12 %
OVERSYKEPLEIER	% 94-95	1 %	2 %	1 %
	% 95-96	4 %	2 %	3 %
	% 96-97	4 %	3 %	2 %
	% 97-98	6 %	6 %	6 %
	% 98-99	1 %	0 %	0 %
	% 94-99	17 %	14 %	14 %
SYKEPLEIER	% 94-95	-1 %	1 %	1 %
	% 95-96	8 %	6 %	7 %
	% 96-97	-1 %	-1 %	-1 %
	% 97-98	5 %	4 %	4 %
	% 98-99	-1 %	-1 %	-1 %
	% 94-99	12 %	9 %	10 %

3.5 Om økning i sykehusenes undervisningsbelastning

Det hevdes at det har skjedd en betydelig økning i sentral- og regionsykehusenes undervisningsbelastning de seinere år, og at denne økningen ikke har blitt fulgt opp med økte inntekter til sykehusene. I vedlegg 6 belyser vi denne problemstillingen ved hjelp av data for beholdningen av lege- og sykepleiestudenter i perioden 1994-1999 fordelt på studiested. Dette er tallmessig de to største gruppene som får sin praktiske utdanning i sykehusene. Ressursbehovene vil selvfølgelig ikke bare avhenge av antall studenter, men også veiledningsomfang og pasientrettet arbeid som studentene utfører i forbindelse med sin praksis. Utviklingen av disse faktorene har vi ingen mulighet til å tallfeste, men vi kommenterer dette mot slutten av 3.5.

Tabell 3.8. Beholdning av legestudenter og sykepleiestudenter fram til 1998

År (pr. 1/10)	Stud. med.	Sykepleiestudenter
1985	2 104	5 992
1986	2 037	6 009
1987	2 018	6 295
1988	1 937	6 567
1989	1 940	6 949
1990	1 934	6 965
1991	1 997	7 230
1992	2 052	7 818
1993	2 161	8 425
1994	2 203	9 164
1995	2 334	9 513
1996	2 454	9 910
1997	2 694	10 335
1998	2 826	10 414
1999	2 920	11 580

(Kilde: 1994-1998: SSB; 1999: Tall innhentet fra høgskolene til denne rapporten)

Antallet legestudenter har økt med 46 prosent siden 1990. Fra 1997-1999 har økningen vært 8 prosent. Antallet sykepleiestudenter har økt med 50 prosent siden 1990. Fra 1997 – 1999 har økningen vært 12 prosent.

I vedlegg 6 presenteres antallet sykepleiestudenter fordelt på de enkelte høgskoler for perioden 1994-1999. Beskrivelsen viser at økningen er ujevnt fordelt på de forskjellige høgskolene. Regionsykehusene og sentralsykehusene tilbyr naturlig nok de fleste av praksisplassene, samtidig som det er en tendens til at lokalsykehusene blir benyttet i større grad enn før. Mange av høgskolene opplyser om problemer med å skaffe til veie nok praksisplasser. Dette gjelder særlig innenfor medisinske og kirurgiske sengeposter. At antallet senger på sykehusene har blitt redusert over tid, har antakelig bidratt til å forsterke disse problemene. Enkelte opplyser om at sykehusene er mest interessert i å ta imot studenter mot slutten av studiet i håp om å rekruttere dem som ferdig utdannede sykepleiere.

Kirke-, undervisnings- og forskningsdepartementet har nylig (7. Januar 2000) vedtatt ny rammeplan og forskrift for sykepleierutdanning. Denne rammeplanen blir gjeldende fra kullet som starter høsten 2000. I den nye rammeplanen er minimumskravet til praksisstudier i samarbeid med pasienter og pårørende økt med 25 prosent, fra 40 uker til 50 uker.

Praksisdelen av medisinerutdanningen består av to typer praksis:

- a) klinisk praksis (bed-side-teaching) på sykehusavdelinger finansieres delvis fra tilskuddet til undervisning i regionsykehustilskuddet og delvis av universitetene ved professor I og professor II stillinger og kliniske stipendiater samt driftsmidler.
- b) utplassering/praksis i allmenmedisin, psykiatri og praksissykehus finansieres vesentlig av universitetene.

Det er ikke noen tilsvarende finansiering av praksis i sykepleierutdanningen. Det er imidlertid lagt inn 18 millioner kroner i høgskolenes rammer som i stor grad brukes til frikjøp av praksisveiledere (vikarutgifter). Noe av midlene brukes også til fagutviklingstiltak som innkjøp av litteratur og i noen grad til opplæring av veiledere i praksisperiodene. Dette beløpet varierer ikke automatisk med behovet for praksisplasser. Dersom man ønsker å gjøre en slik kopling, kan enten et beløp overføres til sykehusene avhengig av antall praksisplasser de stiller til disposisjon eller et studentavhengig beløp kan legges inn i høgskolenes budsjett som deretter kjøper praksisplasser av sykehusene.

4 Forholdet mellom planlagte og faktiske størrelser

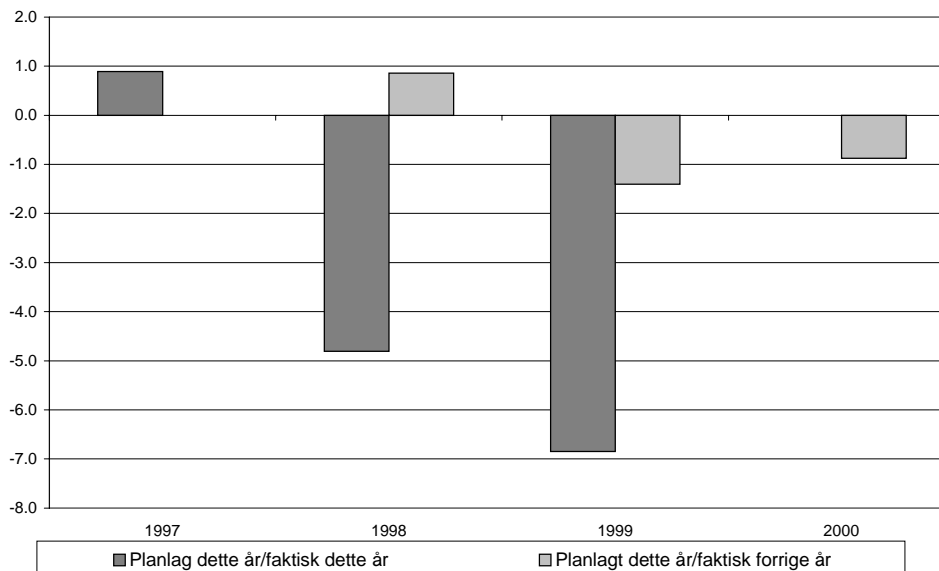
4.1 Kartlegging av sykehusenes planer og realiserte størrelser

Sykehusene går inn i hvert driftsår med en budsjettamme som er fastsatt av fylkestinget. Disse budsjettammene er i mange tilfeller å betrakte som usikre; blant annet fordi det ofte ikke tas høyde for kommende års lønnsoppgjør. Både inntekts og utgiftsrammer kan også øke på grunn av uforutsette tilleggsbevilgninger (f.eks. statlige ”pakker”) eller på grunn av krav om å dekke inn tidligere års underskudd.

I vedlegg 7 viser en gjennomgang av tall fra vel 30 sykehus at avviket mellom den budsjettammen sykehusene går inn i driftsåret med, og de faktiske utgiftene de ender opp med mer enn dobles fra 1997 til 1999. Dette vil både skyldes at sykehusenes inntekter blir større enn forutsatt og at man underbudsjetterer i forhold til det reelle ressursbehovet.

Samtidig som avvik mellom første budsjett og endelig regnskap øker, blir budsjettene stadig strammere sett i forhold til forrige års utgiftsnivå. I 1998 lå budsjettene i de sykehusene vi har tall fra samlet sett nær 6 % over faktiske utgifter året før. I år 2000 ligger budsjettammene samlet sett nær 3 % *lavere* enn utgiftene i 1999. Sykehusene forventes altså å realisere en aktivitetsvekst på 2 %, men budsjetterer med et utgiftsnivå som er lavere enn fjorårets utgifter.

Figur 4.1. Forholdet mellom planlagt og faktisk aktivitet 1997-2000. Tall fra inntil 24 sykehus.



På samme måte som avviket mellom budsjetterte og faktiske utgifter øker, så øker avviket mellom planlagt og faktisk aktivitet ved sengeavdelingene. Som det framgår av figur 4.1 er det en økende tendens til at man planlegger med et for lavt aktivitetsnivå. Samtidig planlegger man i økende grad med en nedgang i aktiviteten i forhold til forrige års nivå. Det synes imidlertid ikke å være sammenheng mellom budsjettavvik og aktivitetsavvik.

Et budsjett skal være både et planleggings- og et styringsredskap. Ut fra den informasjon vi her har hentet inn er det grunn til å stille spørsmål ved om sykehusenes budsjetter har reell informasjonsverdi for de instanser som skal benytte dem til å styre ressursbruk og ressursfordeling i sektoren. Dette er også det inntrykket man sitter igjen med etter en detaljert gjennomgang av budsjett og regnskapstall fra fire utvalgte sykehus (se kapittel 5).

4.2 Sykehusenes budsjettforutsetninger og fylkeskommunenes budsjettoppfølging 1999

For å få en noe mer utfyllende forståelse av fylkeskommunenes og sykehusenes økonomiske situasjon er det, i tillegg til de økonomiske analysene, også gjennomført telefonintervjuer med alle fylkeshelsejefene. Resultatene fra disse intervjuene er rapportert mer detaljert i vedlegg 8.

Hovedproblemstillingene som ligger til grunn for intervjuene er som følger:

- Hvilke forutsetninger er gjort om budsjett og produksjon for sykehusene i 1999?
- Hva viser foreløpige regnskaper om aktivitetsvekst og budsjettutvikling?
- Når på året har fylkeskommunene eventuelt fått informasjon om mer- eller mindreforbruk, eller andre avvik fra budsjettene?
- Hva forklarer eventuelle mer- eller mindreforbruk ved sykehusene i 1999?
- Hvordan er avvikene eventuelt håndtert?

Det ser ut til at fylkeskommunene fra 1998 til 1999 har lagt opp til en økning i antall inneliggende pasienter i egne sykehus med om lag 1,2 prosent. Det legges samtidig opp til en nedgang i bruken av statssykehusene slik at den samlede planlagte veksten for inneliggende pasienter ble på om lag 0,6 prosent. Dette er i underkant av statens målsetting. Til grunn for tallet ligger imidlertid en betydelig nedgang i bruken av Rikshospitalet. Fylkeskommunene har tradisjonelt budsjettert med forsiktig bruk av statssykehusene. Unntar vi statssykehusene, er planlagt vekst fra 1998 til 1999 på 1,2 prosent (uveid). Dette er noe høyere enn statens målsetting. De foreløpige tallene for realisert aktivitet for 1999 viser en økning på 2,6 prosent for inneliggende pasienter. Dette er en økning som er vel 3 ganger høyere enn statens målsetting slik den var lagt til grunn i statsbudsjettet.

Intervjuene med fylkeshelsesjefene indikerer at fylkeskommunene har fått informasjon om tilløpene til merforbruk på svært ulike tidspunkter i budsjettåret 1999. Ved noen sykehus, blant annet enkelte regionsykehus, har en predikert merforbruk svært tidlig i 1999 (noen også ved budsjettårets start), mens en ved de andre sykehus som har gått med underskudd, har oppdaget problemene senere. I noen tilfeller er problemene oppdaget helt på slutten av året.

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

- Som hovedårsak nevnes at den ønskede aktivitetsveksten ikke har latt seg realisere til de kostnader en har budsjettert. Dette har primært sammenheng med at knappheten på helsepersonell har gjort at en må benytte en økende andel overtid. Det er særlig legenes overtid som drar opp kostnadene.
- Mange, men ikke alle, har i denne sammenheng forutsatt at de økte kostnadene ved produksjonsøkningen kan dekkes ved de statlige refusjonene gjennom ISF (50 prosent av DRG-pris). Dette har ikke alltid vært tilfelle.
- Også mangelen på pleiepersonell trekkes fram som et problem, men da primært som en produksjonsbegrensende faktor. Inntektene kan ha blitt lavere enn ønskelig som følge av mangelen på pleiere. Dette nevnes som et problem spesielt ved større sykehus.
- I tillegg til økende bruk av overtid nevner flere fylkeshelsesjefer at det er en tendens til at (spesielt) legenes tjenesteplaner utformes på måter som gir høye inntekter samtidig med stort innslag av passive vakter. Slike ordninger benyttes spesielt når personell skal nyrekrutteres eller i situasjoner der det er fare for at nøkkelpersonell skal forlate sykehuset. Ordningen drar opp kostnadene.
- De fleste helsesjefene nevner også at sykehusenes budsjett- og regnskapssystemer er mangelfullt utviklet og at dette har bidratt både til at en ikke på en presis måte har kunnet kalkulere kostnader ved produksjonsøkning og at en ikke har fått tilstrekkelig informasjon om utviklingen i forventede inntekter og kostnader gjennom året. Flere sykehus har skiftet

pasientadministrative systemer i løpet av 1999. Dette har vanskeliggjort rapportering og styring.

- Det nevnes videre at utformingen av ISF-ordningen, spesielt "kryp-reglene", bidrar til uforutsigbarhet når det gjelder fylkeskommunenes og sykehusenes inntekter. Forståelsen er at krypreglene gjør at sykehusene "taper penger". Også de "nye løsningene" som er gjennomført i 1999 ser etter fylkeshelsesjefenes oppfatning ut til å ha ført til reduserte inntekter.
- Enkelte av fylkeshelsesjefene nevner videre at sykehusene støter mot kapasitetskranker av fysisk karakter (bygninger og utstyr) og at dette gjør at produksjonsøkningen og dermed inntektene, kan ha blitt noe lavere enn forventet.

Det er større variasjoner i hvilke tiltak fylkeskommunene og sykehusene har iverksatt for å håndtere de eventuelle problemene:

- Av de som har oppdaget problemene med økonomisk merforbruk tidlig, ser det ut til at hovedlinjen har vært å iverksette tiltak som ikke har påvirket tilbudet til pasientene. I de fleste tilfeller har dette imidlertid ikke vært tilstrekkelig til å hindre at merforbruket materialiseres i sykehusenes regnskaper.
- Enkelte fylkeskommuner har også valgt å opprettholde aktivitetsnivået som er lagt, utfra en begrunnelse om at redusert aktivitet som følge av ISF - ordningen, gir reduserte inntekter og dermed ikke er noen løsning på problemene.
- I noen tilfeller er det foreslått driftsomlegginger som har møtt politisk motstand. Politikerne har satset på at fylkeskommunenes inntekter vil øke slik at problemene med utgiftsvekst kan håndteres ved vekst i inntektene. Ved slutten av året har det i mange tilfeller vist seg at fylkeskommunene har fått svikt i skatteinntektene slik at merforbruksproblemer i sykehusene ikke har latt seg håndtere på ønsket måte.

Det finnes også eksempler på fylkeskommuner som har foretatt større omlegginger av driften ved sykehusene for å komme merforbruksproblemer til livs. Ett tiltak har vært å legge om pasientbehandlingen til mer bruk av dagbehandling og dagkirurgi, utfra en betraktning om at dette gir høyere inntekter i forhold til kostnadene enn behandling av pasienter som inneliggende. Innlemmingen av dagkirurgi i ISF har muliggjort en slik omstilling. Omstilling av denne type kan imidlertid kreve investeringer.

Det oppleves av mange fylkeskommuner som et problem at staten gir tvetydige signaler om nivå på sykehusproduksjonen. På den ene siden legges stramme rammer for fylkeskommunenes budsjetter, på den andre siden gis det behandlingsgarantier og signaler om at køene skal reduseres. Siden fylkeskommunene ikke er enhetlige organisasjoner, men organisasjoner med ulike interesser representert, blir denne typen tvetydigheter benyttet i spillet om budsjettprioriteringene.

5 Nærmere om budsjettunderskudd og produktivitetsutvikling

Sykehusenes budsjettunderskudd har blitt studert nærmere ved hjelp av en dekomponeringsanalyse (se vedlegg 9 for detaljer). En dekomponeringsanalyse går i korte trekk ut på å splitte et budsjettavvik eller en kostnadsutvikling i komponenter som skyldes endring aktivitet, lønnssetser, lønnsmix og produktivitet. Vår analyse har tatt utgangspunkt i fire sykehus: Aker sykehus, Fylkessykehuset i Haugesund, Haukeland Sykehus og Regionsykehuset i Trondheim.

Analysen av budsjettunderskuddene viser at disse i stor utstrekning er drevet av endringer på sykehusenes inntektsside og i mindre grad gir et godt bilde av den økonomiske driften i 1999. Forhold som gjestepasientoppgjør, prislister, kryp-tak og endringer i regionsykehustilskudd dekker over trekkene i utviklingen i aktivitet og ressursforbruk. Budsjettunderskuddet er derfor reelt nok som et bilde av de økonomiske rammebetingelsene, men kan være misvisende som et bilde på utviklingen i driftskostnader og produktivitet. Bilde blir ofte desto mer misvisende på arts- og avdelingsnivå. Budsjettutviklingen pr art er for alle de undersøkte sykehusene lite informativt, og gir i hovedtrekk en overdreven fokus på økt overtid og ekstrahjelp.

Analysen av aktivitetsutviklingen fra 1998 til 1999 viser for to (Haugesund og Haukeland) av fire sykehus en betydelig vekst i poliklinisk aktivitet (inkl. dagkirurgi) og korrigerte DRG-poeng. For alle sykehusene økte antall pleiepoeng mindre enn antall DRG-poeng (eventuelt redusert mer enn DRG-poengene). Dette indikerer at veksten i aktivitet delvis var basert på kortere liggetider, noe som bør tas hensyn til i beregningen av produktivitetsutviklingen. I dekomponeringsanalysen har vi derfor valgt å skille mellom produktivitet og effektivitet, slik disse begrepene vanligvis brukes i bedriftsøkonomiske studier. Effektivitet er et begrep som relateres til at ressursbruken er målrettet. Dersom pleiepasienter overføres til sykehjem eller man øker dagkirurgi på bekostning av innlagte, vil dette kunne representere en effektivitetsgevinst. Dette forutsetter da at man ikke overfører belastningen til andre (for eksempel pasienten ved at han skrives ut for tidlig).

Produktivitet er imidlertid relatert til et normativt nivå for ressursbruken. Dersom man reduserer den totale arbeidsbyrden ved sykehuset, vil man normalt forutsette at også ressursbruken reduseres. Å redusere liggetider er derfor i seg selv ikke en økning i produktivitet, men en mulig økning i effektivitet. Dersom liggedager og pleievekter reduseres ved en sengepost, uten at bemanningen reduseres, innebærer dette en nedgang i produktivitet for pleierne. Vi argumenterer derfor for å bruke et mål på produksjonen som både trekker inn liggetid, pleievekter, empiriske kostnadsvekter og poliklinikk (i tillegg til dagkirurgi), siden alle disse faktorene er dimensjonerende for det totale arbeidstrykket på sykehuset. Dette produksjonsmålet viser at det kun er Haukeland sykehus som har hatt betydelig aktivitetsvekst av de fire i utvalget.

Sammenligningen av endringen i ressursforbruket og endring i aktivitet viser store variasjoner mellom sykehus, mellom avdelinger innen sykehus og mellom ulike kategorier av personell (leger og pleiere). Det er ingen klar sammenheng mellom budsjettunderskudd og produktivitet utvikling. Kun Haukeland viser en positiv produktivitet utvikling. For de øvrige viser utviklingen en nedgang i produktivitet. For kategorier av personell vises det at legene ved RiT hadde en positiv produktivitetseffekt, men en negativ utvikling i kostnad pr time (økt overtidsbruk). For sengepostene (pleiere) viste utviklingen en liten nedgang i produktivitet.

Analysen viser ingen klar sammenheng mellom endring i aktivitet og ressursbruk. På avdelingsnivå er det funnet tildels store variasjoner i produktivitet- og lønnsmik utviklingen (bl.a. overtidsbruk), spesielt gjelder dette for leger. Dette viser at det er varierende i hvilken grad man har greid å øke produksjonen i takt med ressursbruken. Det kan selvsagt også være tilfelle at nedgangen i produktivitet ved enkelte avdelinger er kompensert av en tilsvarende økning i kvalitet.

6 Om ISF-ordningens forutsigbarhet

ISF-ordningen hevdes å ha uforutsigbare virkninger for fylkeskommuner og sykehus. Påpeking av uforutsigbarhet har særlig vært knyttet til beregning av sammenhengen mellom aktivitet, DRG-poeng og inntekter for de enkelte sykehus. Konsekvensene kan være at sykehusene/fylkeskommunene planlegger ut fra andre rammebetingelser enn de som viser seg faktisk å være tilstede. Beslutninger om ressursbruk kan da påvirkes på en uheldig måte både lokaløkonomisk og samfunnsøkonomisk.

Formålet med dette kapitlet er dels å beskrive en begrepsramme som kan være til hjelp i drøftingen av ISF-ordningens forutsigbarhet, og dels å beskrive vesentlige uforutsigbare faktorer, slik de uttrykkes av beslutningstakere på ulike nivåer. Den faktiske informasjonen om systemets forutsigbarhet er dels skaffet til veie gjennom sentrale informasjons- og styringsdokumenter for ISF-ordningen og dels ved hjelp av samtaler med ansatte i sosial- og helsedepartementet (SHD) og med ledelsen ved ett regionsykehus (regionsykehuset i Tromsø), to sentralsykehus (Aust-Agder sentralsykehus og Sykehuset Østfold) og ett lokalsykehus med sentralsykehusfunksjoner (Kongsvinger sjukehus). For en mer detaljert framstilling henvises til vedlegg 11.

6.1 En begrepsramme

Med usikkerhet eller uforutsigbarhet forstås vanligvis at man ikke vet sikkert i dag om en hendelse vil inntreffe i framtiden. Man vet ikke sikkert om det blir regn neste uke, om fisket blir godt eller dårlig neste sesong eller om råoljeprisen vil stige eller falle. Usikkerhet er en sentral egenskap ved helse og helsetjenester og dermed også for virksomheten i sykehussektoren. Man kan ikke presist forutsi antall og sammensetning av pasienter, man kan ikke presist forutsi det nødvendige behandlingsomfang for en pasient og man vet ikke sikkert om behandlingen blir vellykket. Vi kan kalle dette *grunnleggende usikkerhet*. Usikkerheten er forbundet med selve virksomhetens art uavhengig av hvordan man velger å finansiere sykehustjenestene. Finansieringsmåten kan imidlertid ha betydning for hvordan konsekvensene av usikkerhet blir fordelt mellom partene. *Systembestemt usikkerhet* vil vi ha når et finansieringssystem eller organisasjonsmåte gjør det vanskelig for aktørene å forutsi hendelser i framtiden. Slike hendelser kan for eksempel være inntekter eller kostnader forbundet med å drive virksomheten.

6.2 Grunnleggende usikkerhet ved ISF-ordningen i forhold til rammefinansiering

Et viktig spørsmål er om det er grunn til å tro at det er mer usikkerhet knyttet til ISF-ordningen enn det var til rammebudsjett-ordningen. La oss starte med den grunnleggende usikkerhet og

anta at det ankommer en øyeblikkelig hjelp pasient man ikke hadde regnet med og som åpenbart må behandles. Med rammebudsjett er sykehusets inntekter gitt uavhengig av denne ekstra pasienten. Sykehusets tilpasning vil da måtte bestå i at de ansatte strekker seg lengre eller at behandlingene blir mindre omfattende enn før. I rammebudsjett-systemet vil dermed sykehuset og pasientene bære kostnadene av den grunnleggende usikkerheten (i alle fall på kort sikt).

Ved innføring av ISF-ordningen blir deler av rammebudsjettet byttet ut med en pasientavhengig komponent (gitt at fylkeskommunen viderefører den pasientavhengige komponenten til sykehuset). Dersom det nå ankommer en pasient man ikke hadde regnet med, vil sykehusets inntekt øke. Det vil også statsens utgift til sykehussektoren. Staten bærer dermed en større del av den grunnleggende usikkerheten enn ved rammebudsjett. Sykehusene vil dermed bære en mindre andel.

Konklusjonen så langt blir dermed at overgang fra rammebudsjett til ISF ikke vil påvirke den grunnleggende usikkerhet som pasienttilgang og behandlingsomfang innebærer. Men staten vil bære en større del av denne risikoen enn før.

Et sentralt spørsmål er selvfølgelig i hvilken grad antallet pasienter kan påvirkes av sykehuset. Hvis i alle fall omfanget av elektive behandlinger kan påvirkes, er det trolig at en uventet stor økning i øyeblikkelig hjelp vil medføre redusert tilbudet av elektive behandlinger ved rammebudsjett for å unngå kostnadsoverskridelser og skjerme de ansatte. Jo mer dette er tilfellet, jo mer vil pasientene bære risikoen ved rammebudsjett fordi tilgjengeligheten for pasienter på venteliste vil avhenge av tilgangen på pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp. ISF vil dermed bidra til å øke tilgjengelighet og redusere pasientenes risiko for at det ikke er plass når behandlingsbehov oppstår.

6.3 Systembestemt usikkerhet ved ISF-ordningen

Neste spørsmål blir om det er grunn til å tro at ISF-ordningen har påvirket den systembestemte usikkerheten sett i forhold til rammebudsjett. Rammebudsjett kjennetegnes ved (ideelt sett) at inntektene er kjent for fylkeskommuner og sykehus ved budsjettårets begynnelse. Ved ISF vil inntektene avhenge av antall og type av behandlinger. Ideelt sett skal fylkeskommunens og sykehusets inntekter være kjent når antall og type av behandlinger er kjent. I praksis har ikke dette vist seg så enkelt. Det følgende er stikkord som illustrerer slik uforutsigbarhet, slik det blitt uttrykt i intervjuer med ledelsen ved de utvalgte sykehus. En nærmere beskrivelse fins i vedlegg 11.

- Overgang til nytt grupperingsprogram

Alle sykehus vi har vært i kontakt med, opplyser at overgangen til nytt grupperingsprogram har skapt vanskeligheter med å forutsi sammenheng mellom aktivitet og inntekt. Det har heller ikke vært praktisk mulig å etterprøve SHDs beregninger.

- DRG-kryp

Under samtalene med sykehusene ble det uttrykt at kryptakrensen har bidratt til uforutsigbarhet og planleggingsproblemer. Det er variasjon i hvordan kryptaket håndteres av fylkeskommunene (se også vedlegg 9). I enkelte fylkeskommuner håndteres eventuell inntektsavkorting av fylkeskommunen sentralt.

- Gjestepasientinntekter og utgifter og andre inntektskomponenter oppleves om uforutsigbare – for detaljer henvises til dekomponeringsanalysen i vedlegg 9.

- Refusjonsreglene er ikke alltid tilpasset lokale forhold
- Det er lang tid mellom planlegging av aktivitet og utbetaling av refusjoner
- Endring av rammebetingelser i løpet av budsjettåret oppleves som et problem.
- Men opplever usikkerhet om det fortsatt blir endringer i rammebetingelser i løpet av budsjettåret

6.4 Konklusjon

Vi har argumentert for at ISF-ordningen innebærer at staten bærer en større del av den grunnleggende usikkerheten enn tilfelle er ved rammebudsjett. Samtidig var statens sentrale formål med ISF-ordningen å stimulere sykehusene til å behandle flere pasienter slik at ventetidsgarantien hadde større muligheter til å bli oppfylt. Innføringen av ISF-ordningen ble fulgt av en økning i fylkeskommunenes rammetilskudd som skulle muliggjøre en økning i antall behandlede pasienter utover den oppmuntring staten regnet med ville ligge i selve ISF-ordningen. Staten var samtidig oppmerksom på den kostnadsrisiko den påtok seg siden statens utgifter ville øke med antall behandlinger uten at staten hadde virkemidler til å styre behandlingsvolumet.

Etter at ISF-ordningen ble iverksatt, viste det seg at økningen i antallet behandlinger ble langt større enn det både fylkeskommunen og staten hadde planlagt. Sykehusene svarte på statens ønsker med en kraftig overoppfylling. Dette påførte staten større utgifter enn budsjettet. I tillegg har staten hatt mistanke om at en del av kodeforbedringen i sykehusene er inntektsmotivert uten å innebære økning i faktisk aktivitet. Dermed er det grunn til å tro at en del av de avkortinger og justeringer som har skjedd underveis, har sin grunn i ønsker om at statens utgifter blir mer uforutsigbare siden ISF-ordningen innebærer kostnadsdeling. Dermed har staten svart med mer systembestemt uforutsigbarhet for fylkeskommuner og sykehus.

I intervjuene med sykehusledelsene har det blitt understreket det at den sentrale tankegang i ISF-ordningen (at inntektene avhenger av behandlingsaktivitet) oppfattes som en forbedring i forhold til rammebudsjett. Man ønsker ikke å avskaffe ordningen.

Den systembestemte usikkerheten som sykehusene har båret under ISF-ordningen, er delvis et resultat av statens budsjettensyn og delvis et resultat av at staten mener mange sykehus har en kreativ kodepraksis som gir sykehusene større inntekter enn hva de skal ha i følge reglene. Et viktig problem synes her å være at det ofte er umulig eller i alle fall svært ressurskrevende å etterprøve hva som er rett koding, siden medisinsk praksis ofte er basert på skjønn. Uansett er det behov for tiltak som kan forbedre den gjensidige tillit mellom staten på den ene siden og fylkeskommunene og sykehusene på den andre. Utfordringen er å komme fram til tiltak som kan bedre forutsigbarheten for minst en av partene uten at den forverres for den andre.

7 Vurderinger av tiltak

7.1 Hovedkonklusjonene

Vi har i dette notatet gitt en oppsummering av den kartleggingen vi har gjort av sykehusenes økonomiske situasjon. De viktigste konklusjonene så langt er:

- Den faktiske veksten i behandlingsaktivitet fra 1998 til 1999 ser ut til å ha vært større enn den veksten som har vært planlagt av staten og fylkeskommunene. Fylkeskommunenes budsjetter og avtaler med sykehusenes ser med andre ord i liten grad ut til å være styrende for sykehusenes ressursbruk og aktivitetsnivå (kap. 4.2).
- Siden ISF-ordningen ble innført, har det generelt vært en større vekst i utgifter ved sykehusene enn fylkeskommunene og sykehusene har hatt økonomisk grunnlag for. Fra 1998 til 1999 er det en realvekst i fylkeskommunenes brutto driftsutgifter til somatiske helsetjenester på om lag 4,7 prosent (kap. 2.1 og 2.2).
- Sykehuslegene har hatt en kraftig reallønnsøkning i perioden 1994-1999 samlet. Fra 1998-1999 synes imidlertid reallønnsøkningen å ha vært beskjeden både for leger og sykepleiere (kap. 3.4).
- Foreløpige tall for volumet på behandlingsaktiviteten indikerer en vekst fra 1998 til 1999 på 2,6 prosent for inneliggende pasienter. Sett i sammenheng med den sterke veksten i fylkeskommunenes utgifter til sykehusene og den moderate lønnsutviklingen kan en ikke utelukke at det fra 1998 til 1999 har vært effektivitetsfall i sykehussektoren. Disse forholdene må imidlertid analyseres nærmere når endelige tall om innsatsfaktorer og produksjon foreligger sommeren 2000. Fra 1996 til 1998 har det vært en viss effektivitetsøkning i sykehusene (kap. 3.1).
- Analysen av enkeltsykehus viser også at økningen i pleievekter og liggetid er langt mindre enn økningen i innlagte pasienter (kap. 5).
- Det er stor variasjon mellom fylkeskommunene med hensyn til hvordan ressursknappheten i forhold til aktivitetsnivået er håndtert (kap. 4.2).
- Kostnadene forbundet med å øke behandlingsaktiviteten varierer mellom fylkeskommunene. Dette innebærer at noen kan dekke kostnadene ved aktivitetsøkning med ISF-refusjonen, mens dette ikke vil være tilstrekkelig for andre (kap. 4.2).
- Vi finner ikke at forholdet mellom økning i enhetspris og økning i kostnadsnivået for inneliggende pasienter har vært til ugunst for fylkeskommunene. Dette forhindrer ikke at utviklingen kan ha vært til ugunst for sykehusene (kap. 3.2).

- Det synes ikke som om staten fullt ut har akseptert konsekvensene av kostnadsdelingen i ISF-ordningen. Midlertidige tiltak har bidratt til å gjøre fylkeskommunenes og sykehusenes inntekter fra staten mindre forutsigbare. Dette har vanskeliggjort sykehusenes planleggingsarbeid (kap. 6).
- Sykehusenes undervisningsoppgaver ser ut til å ha økt på 1990-tallet (kap. 3.5).
- Det synes å være forskjeller i dybde- og breddekompleksitet mellom typer av sykehus (kap. 3.3).
- Det er stor variasjon mellom fylkeskommunene i budsjettene innhold og budsjettrutiner (kap. 5)
- I mange fylkeskommuner og sykehus er sykehusbudsjettet i liten grad et planleggings- og styringsdokument (kap. 4.1, 4.2 og 5).
- Budsjettunderskudd er et lite hensiktsmessig begrep for å bedømme økonomisk resultat og utvikling ved sykehusene (kap 5).

Dette prosjektet har vært gjennomført innen stramme tidsrammer, og med et begrenset datagrunnlag. Det har ikke vært rom for noen fullstendig prinsipiell drøfting av finansieringsordningens utforming, eller av forholdet mellom staten som premissleverandør og fylkeskommunene som ansvarlige sykehuseiere. Gjennomgangen av sykehussektorens økonomi som her er foretatt, avdekker imidlertid en del svakheter en bør overveie å utforme tiltak i forhold til. Forbedringer på ett område kan innebære utilsiktede virkninger på et annet område. Det er derfor sentralt å vurdere tiltak i forhold til de sentrale mål for helsepolitikken samlet. Vi har ingen ambisjoner om en slik fullstendighet her, men vil prøve å ta hensyn til sannsynlige effekter på sentrale mål om :

- Tilgjengelighet for pasientene
- Valgfrihet for pasienter mht sykehus
- Effektivitet
- Forutsigbarhet for stat, fylkeskommune, sykehus og pasienter

Vårt utgangspunkt er at fylkeskommunene fortsatt skal være sykehuseiere og at grunntrekkene i ISF-ordningen og overføringsordninger mellom stat og kommune opprettholdes. Det vil derfor utelukkende være snakk om mindre justeringer av systemet.

7.2 Mulige tiltak

Med dette utgangspunkt vil vi særlig peke på tre områder det kan være en ide å se nærmere på:

1. Prissystemet.
2. Forholdet mellom fylkeskommunale planer og statlig finansiering.
3. Fylkeskommunenes rolle som sykehuseier og ansvarlig for styring av sykehusene.

7.2.1 Nærmere om prissystemet.

Med dagens finansieringsordning er prissystemet sentralt. Prissystemet for sykehustjenester angår både forholdet mellom fylkeskommune og sykehus, forholdet mellom fylkeskommuner, forholdet mellom sykehus innenfor samme fylkeskommune, forholdet mellom sykehus i

forskjellige fylkeskommuner, forholdet mellom fylkeskommunale og statlige sykehus, og forholdet mellom fylkeskommunene og staten. Følgende tiltak bør vurderes:

1. Oppheving av kryptaket. Kryptaket bidrar i dag til å skape betydelig uforutsigbarhet både for sykehus og fylkeskommuner om hvilke inntekter ISF-refusjonene faktisk vil medføre. På sikt vil vi vente at en mer komplett koding av diagnoser reduserer problemet med en eventuell "ikke-reell" økning i DRG-indeksen. Fram til dette nivået nås kan kryptatproblematikken eventuelt håndteres gjennom en justering av enhetsprisen.
2. En bør vurdere å justeres enhetsprisen slik at denne kun reflekterer kostnader knyttet til innlagte pasienter. Dette bør eventuelt gjøres i forbindelse med statsbudsjettet for 2001 eller 2002 og må skje sammen med en justering av rammedelen av finansieringen.
3. Gjestepasientoppgjøret får utgangspunkt i DRG-systemet og enhetsprisene. Finansiering av gjestepasienter etter en kurdøgnssats innebærer i mange tilfeller at selgerfylkene taper på å behandle gjestepasienter. Mange sykehus tar høyde for gjestepasienter når de fastsetter sin kapasitet (regionsykehus og gjestepasientstrømmer med en viss stabilitet). For en slik planlagt gjestepasientaktivitet bør det derfor settes maksimalpriser lik gjennomsnittlig DRG-pris. I tillegg kan det være rom for et "spot-marked" hvor fylkene kan søke å utnytte ikke-planlagt overkapasitet gjennom å tilby behandling til en pris som er lavere enn gjennomsnittlig DRG-pris. Dette kan eventuelt organiseres som et nettbasert marked. Etter hvert som pasientenes frie sykehusvalg blir etablert, blir det viktig å tenke gjennom hvordan en effektiv utnyttelse av den samlede sykehuskapasitet kan kombineres med pasientbeslutninger der hensynet til sykehusenes kostnader vil være underordnet.
4. Særskilte finansieringsordninger for å ta hensyn til forskjeller i dybde- og breddekompleksitet bør vurderes. I første rekke er dette en problemstilling knyttet til regionsykehusenes særskilte funksjoner. Det bør derfor vurderes hvordan ordningen med tilskudd for regionsykehusaktiviteter best kan utformes. Prinsipielt bør bredde- og dybdekompleksitet finansieres ulikt. Breddekompleksitet er knyttet til sykehusets funksjoner, og er på kort sikt uavhengig av antall behandlinger. Denne kompleksiteten bør derfor finansieres ved hjelp av faste tilskudd. I tillegg til regionsykehustilskudd bør det vurderes tiltak som sikrer at sykehusene får dekket sine kostnader ved å drive utdanning, også av andre grupper enn leger. Her kan man eventuelt vurdere å øke overføringene til universiteter og høyskoler avhengig av utdanningens innhold av praksisperioder i sykehus. Høgskolene kan så kjøpe praksisplasser av sykehusene etter nærmere avtaler mellom partene. Dybdekompleksitet er knyttet til den enkelte pasient og bør derfor inkluderes i et variabelt ledd i finansieringen. Et problem er ved dagens løsning er at man ikke finansierer eksplisitt forskjeller i dybdekompleksitet innenfor DRG på marginproduksjonen. En mulig løsning er å gjøre regionsykehustilskuddet volumavhengig. En annen løsning er å innføre egne prislistor for regionsykehus. Samtidig utgjør lokal- og sentralsykehuspasienter en stor andel av det samlede pasientvolumet ved regionsykehusene. Det er derfor viktig å utforme tilskuddene til regionsykehusene på en slik måte at de ikke vrir konkurranseforholdet mellom sykehustypene eller påvirker inntektsfordeling mellom regionsykehusfylker og de andre på en uønsket måte. Dette er et argument som kan håndteres i regionsykehustilskuddet, men som taler mot bruk av egne eksplisitte prislistor for regionsykehus.
5. Fra innføringen av ISF i 1997 har utviklingen gått i retning av et stadig mer komplekst system. Det er innført nye løsninger for kreftbehandling, rehabilitering og nyfødtdisin. Forholdet mellom ISF refusjonen og "faktiske" behandlingkostnader danner hele tiden grunnlaget for en diskusjon om ytterligere "nye løsninger". Et komplekst prissystem fører

både til økte transaksjonskostnader og til at sykehusene bruker mye tid på å tilpasse kodingen med sikte på å øke utbetalingene. Systemet vil også lett miste legitimitet dersom troen på at det skal være samsvar mellom pris og kostnad viser seg å være gal. Når hovedhensikten med ISF er å gi en stimulans til økt aktivitet gjennom en statlig medfinansiering av behandlingskostnadene kan det stilles spørsmålstegn ved hvorvidt det er nødvendig med et så pass detaljert prissystem. På den andre siden vil et system med færre og grovere priskategorier øke faren for seleksjon av "lønnsomme" pasienter. Transaksjonskostnader og mye unødvendig fokus på hvordan best utnytte et komplekst system står dermed mot faren for seleksjon i et enklere system. Vårt forslag er at det initieres en vurdering av utformingen av prissystemet hvor siktemålet er å vurdere fordeler og ulemper med et prissystem som består av færre grupper enn hva dagens ordning legger opp til.

7.2.2 Nærmere om forholdet mellom fylkeskommunale planer og statlig finansiering

ISF-ordningen innebærer i prinsippet at staten bærer en større del av den økonomiske risikoen ved sykehusaktivitet enn før. I årene etter at ordningen ble innført, økte den registrerte behandlingsaktiviteten langt mer enn hva staten hadde forutsatt. Det medførte også en uforutsett stor økning i statens utgifter. Det viste seg da at staten neppe var rede til å overta så mye av den økonomiske risikoen som ordningen innebærer. Staten iverksatte utgiftsreducerende tiltak som hadde den bivirkningen at den systembestemte uforutsigbarheten for fylkeskommuner og sykehus økte og satte systemets legitimitet i fare.

Et sentralt spørsmål blir da om man kan få til ordninger som bedrer minst en av partenes forutsigbarhet uten at den forverres for andre. Dette spørsmål er både aktuelt med hensyn til forutsigbarhet for behandlingsvolum og behandlingstygde, og især hvis man velger å oppheve kryptaket.

Vårt utgangspunkt er mulige tiltak som kan bidra til større forutsigbarhet for partene. Mulige tiltak er følgende:

1. Det etableres en fast kontaktkonferanse mellom stat og KS der forutsetninger knyttet til budsjett og produksjon i sykehusene klargjøres. Det er i dag et betydelig problem i sykehussektoren at staten formidler et uklart forventningsbilde. Dette benyttes av aktører i sektoren til å svekke budsjett disiplinen og som grunnlag for krav om tilleggsbevilgninger. KS kan gjennom en kontaktkonferanse oppnå mer presise arbeidsvilkår for sine medlemmer. Samtidig må KS bidra til å skape en viss forståelse for de rammer som gis fylkeskommunene og sykehusene. I dag er det særlig viktig å håndtere framtidige problemer (som f.eks. fritt sykehusvalg).
2. Staten etablerer ordninger som oppmuntret fylkeskommunene til å sørge for mindre avvik mellom planlagt og faktisk aktivitet ved sykehusene en det som har vært tilfelle til nå. Slik ordningen er i dag, er det ikke sikkert at fylkeskommunene oppfatter tall for planlagt aktivitet som innspill til statens økonomistyring. Som grunnlag for a-konto utbetalinger vil mange være forsiktige med anslaget for å unngå å komme i den situasjon at man skylder staten penger ved den endelige avregning.

En mekanisme en kan overveie er følgende: Staten offentliggjør på kontaktkonferansen hvor stor økning i sykehusbehandling staten er innstilt på å fullfinansiere direkte via ISF-refusjoner og indirekte via rammetilskudd. Man ber deretter hver av fylkeskommunene å sette sitt eget plantall i form av DRG-poeng. Dersom planen oppfylles akkurat, refunderes

x % av DRG-kostnadene av staten. Hvis man produseres mer, vil det overskytende bli refundert med y %, der y er mindre enn x. Hvis aktiviteten derimot ikke kommer opp mot det antall DRG-poeng man har oppgitt som sin plan, får fylkeskommunene et fratrekk med z % der z er større enn x for alle DRG-poeng man ligger under planen. Fordelen med denne ordningen er at fylkeskommunen oppmuntres til å oppgi de tallene de tror mest på, og dermed at statens uforutsigbarhet med hensyn til utbetalinger reduseres. Dette vil også redusere statens behov for ad-hoc tiltak, som medfører uforutsigbarhet for sykehus og fylkeskommuner.

3. Kontaktorgan for å ta seg av løpende behov for justeringer av grunnlaget for ISF-refusjonene. Et slikt organ, som kan bestå av representanter for sykehus, fylkeskommuner, stat og Norsk Pasientregister o.a., vil kunne bidra til at behov for justeringer blir løpende håndtert på en måte som kan bidra til å skape tillit mellom partene.

7.2.3 Nærmere om fylkeskommunenes rolle som sykehuseier og ansvarlig for styring av sykehusene.

Et budsjett skal være både et planleggings- og et styringsredskap. Ut fra den informasjon vi her har hentet inn, er det grunn til å stille spørsmål ved om sykehusenes budsjetter har reell informasjonsverdi for de instanser som skal benytte dem til å styre ressursbruk og ressursfordeling i sektoren. Dette er også det inntrykket man sitter igjen med etter en detaljert gjennomgang av budsjett og regnskapstall fra fire utvalgte sykehus. Et fortsatt fylkeskommunalt eie av sykehusene vil trolig avhenge av om fylkeskommunene klarer å utløse de forbedringsmuligheter som synes å være til stede. Våre forslag her er følgende:

1. En bør vurdere innføring av forpliktende avtaler mellom fylkeskommuner og sykehus som regulerer forhold som budsjett, refusjonssatser og produksjon. Det finnes alt nå eksempler på slike ordninger.
2. Selv om kunnskapen er ufullkommen, er det grunn til å tro at det både i sykehusene og fylkeskommunene som sykehuseiere eksisterer visse forestillinger om kostnadsforhold. Denne kunnskapen kan trolig benyttes til å forbedre produksjonsplanleggingen på flere nivåer. Noen sykehus har i dag høyere marginalkostnader enn andre på grunn av flaskehalsen de ikke klarer å løse opp. Men dette er ikke et argument for at refusjonssatsen skal ta utgangspunkt i disse sykehusenes marginalkostnader. Tvert om er det, alt annet likt, et argument for at flere pasienter bør behandles i de sykehusene som har lavere marginalkostnader. Her har fylkeskommunene et ansvar for å sikre god kapasitetsutnyttelse i alle sine sykehus.
3. Sykehusene kan påvirke sine egne marginalkostnader ved måten de velger å organisere seg på. En overgang fra rammefinansiering til innsatsstyrt finansiering innebærer at lite hensiktsmessig organisasjon blir mer kostbart for et sykehus. Dette gjelder f.eks. organisering som medfører strykninger av planlagte operasjoner, dyre vaktordninger med mye overtid og generelt forhold som reduserer pasientgjennomstrømningen. Å unnlate å gjøre noe med slike forhold innebærer at man går glipp av inntekt som økt pasientgjennomstrømning nå innebærer. Dersom refusjonen til enhver tid tilpasses sykehusenes faktiske kostnader, fratrar man imidlertid sykehusene oppmuntringen til å gjennomføre kostnadsreducerende tiltak. Slike kostnadskompensasjon vil ha likheter med et system som belønner lange ventelister med tilleggsbevilgninger, med det resultat at sykehusene ikke oppmuntres til å iverksette egne tiltak for å redusere ventelistene.

Liste over vedlegg:

1. Terje P. Hagen: Den finansielle situasjonen i fylkeskommunene, 1995-99
2. Terje P. Hagen: Utviklingen i utgifter og øremerkede tilskudd. Fylkeskommunene 1991-1999
3. Terje P. Hagen, Tor Iversen og Jon Magnussen: "ISF og sykehusenes effektivitet. Erfaringer fra 1997 og 1998". Skriftserie 2000:1 Oslo/Trondheim: Helseøkonomisk Forskningsprogram (HERO), Universitetet i Oslo.
4. Jon Magnussen: Forholdet mellom utvikling i enhetspris og kostnadsnivå , 1995- 1998
5. Erik Magnus Sæther: Lønnsutviklingen i somatiske sykehus
6. Tor Iversen: Utviklingen i sykehusenes undervisningsoppgaver
7. Jon Magnussen: Forholdet mellom budsjett og regnskap – perioden 1997 til 2000
8. Terje P. Hagen og Elisabeth Askim: Fylkeskommunenes budsjettoppfølging 1999: Observasjoner basert på intervjuer med fylkeshelsesjefer
9. Trond Bjørnenak, Karl Sæbjørn Kjøllesdal og Kari Nyland: Dekomponering av budsjett og regnskap for utvalgte sykehus 1998-1999
10. Trond Bjørnenak og Kari Nyland: Kompleksitetens økonomi: Dimensjoner, effekter og finansiering
11. Tor Iversen: Uforutsigbarhet i ISF-ordningen