

Dokument nr. 3:6

(2001–2002)

Riksrevisjonens undersøkelse av innsattsstyrt finansiering i somatiske sykehus

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument nr. 3:6 (2001–2002) Riksrevisjonens undersøkelse av innsatsstyrt finansiering i somatiske sykehus.

Riksrevisjonen, 14. februar 2002.

For Riksrevisorkollegiet

Bjarne Mørk-Eidem
riksrevisor

Innhold

	Side
1 Innledning	1
2 Oppsummering av undersøkelsen	1
3 Sosial- og helsedepartementets kommentarer	3
4 Riksrevisjonens bemerkninger	4
5 Helsedepartementets svar	5
6 Riksrevisjonens uttalelse	5
Vedlegg: Rapport	7

Helsedepartementet

Riksrevisjonens undersøkelse av innsatsstyrt finansiering i somatiske sykehus

1 INNLEDNING

Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført i 1997 på grunnlag av Stortingets behandling av St.meld. nr. 44 (1995–96) *Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering*, jf. Innst. S. nr. 27 (1996–97). Hovedmålet med ISF var å øke behandlingsaktiviteten ved landets somatiske sykehus på en effektiv måte. Økt behandlingsaktivitet skulle bidra til å redusere unødig venting og sikre innfrielse av ventetidsgarantien, som ble innført samtidig med ISF. Tilskuddet er i innværende år på ca. 15 milliarder kroner og utgjør en vesentlig del av finansieringen av sykehusene. Med utgangspunkt i nasjonale mål for helsepolitikken skal finansieringssystemet for sykehussektoren bidra til å skape lik tilgjengelighet til en god helse-tjeneste, stimulere til effektiv ressursutnyttelse og gi grunnlag for god kostnadskontroll.

Formålet med Riksrevisjonens undersøkelse har vært å belyse om ISF har bidratt til å øke behandlingsaktiviteten ved sykehusene. Samtidig er det undersøkt om ISF har forsterket forskjellene i behandlingstilbudet mellom fylkeskommunene. Det er flere forhold som må være på plass for at ISF skal fungere etter intensjonene. Gode styrings- og rapporteringssystemer i sykehusene er en nødvendig forutsetning for effektiv drift. Riksrevisjonen har vurdert om styringsinformasjonen i sykehusene er tilrettelagt for at et aktivitetsbasert finansieringssystem skal fungere etter intensjonene. Videre er det undersøkt hvor god kvalitet det er på de medisinske registreringene i sykehusene. Den medisinske registreringen har betydning for refusjonen som sykehusene mottar fra staten via fylkeskommunene.

Rapporten følger som trykt vedlegg. Rapporten ble i brev av 9. november 2001 forelagt Sosial- og helsedepartementet til uttalelse. Rapportens revisjonskriterier og faktadel har tidligere vært forelagt departementet. Mottatte merknader er i det vesentlige tatt hensyn til og innarbeidet. Departementet har i brev av 3. desember 2001 avgitt uttalelse til de forholdene som er tatt opp i rapporten. Departementets kommentarer til undersøkelsen er gjengitt i punkt 3.

2 OPPSUMMERING AV UNDERSØKELSEN

Det er gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant de somatiske sykehusene for å belyse om styringsinformasjonen i sykehusene i tilstrekkelig grad er tilrettelagt for at et aktivitetsbasert finansieringssystem skal kunne fungere etter intensjonene. Spørreskjemaundersøkelsen er i neste omgang supplert med en omfattende dokumentanalyse av de ledelsesrapportene som sykehusene benytter. Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo har bistått Riksrevisjonen med å gjennomføre en analyse for å undersøke i hvilken grad innsatsstyrt finansiering (ISF) har skapt større forskjeller mellom fylkeskommunene i tilbudet av helsetjenester. I tillegg har Kompetansesenter for IT i helsevesenet AS på oppdrag fra Riksrevisjonen undersøkt om kvaliteten på de medisinske registreringene i sykehusene gir et tilfredsstillende grunnlag for finansieringen av sykehusene. Med utgangspunkt i et utvalg pasientjournaler ved tre sykehus er det undersøkt om den medisinske registreringen er i samsvar med de medisinske fagkodeverkene.

Effektene av ISF på behandlingsaktiviteten

Ordningen med ISF har bidratt til å øke behandlingsaktiviteten i sykehusene. Det har vært en økning både i antall heldøgnsopphold og i antall DRG-poeng, som danner grunnlaget for ISF-refusjonen. DRG-systemet er en klassifisering av pasientopphold i ca. 500 pasientgrupper (DRG-er). Sykehusene mottar høyere refusjon (flere DRG-poeng) for ressursmessig tunge behandlinger enn for lette behandlinger. Veksten i antall DRG-poeng har vært sterkere enn veksten i antall heldøgnsopphold, blant annet som følge av at pasientene som behandles i sykehusene, er blitt mer ressurskrevende å behandle.

Ved å øke behandlingsaktiviteten har det også vært et mål å redusere ventetiden for å bli behandlet i sykehusene. En viktig årsak til at pasientene må vente lenge på behandling, er for lav kapasitet i de planlagte tilbudene. Undersøkelsen viser at sykehusene ikke har klart å øke kapasiteten i de planlagte tilbudene for ventelistepasientene etter innføringen av ISF. Undersøkelsen viser tvert imot at antallet

planlagte behandlinger er noe lavere i 2000 enn i 1996. Veksten i behandlingsaktiviteten etter innføringen av ISF skyldes i hovedsak at antallet behandlinger av «øyeblikkelig hjelp-pasienter» har økt.

ISF er utformet slik at fylkeskommunene får refundert halvparten av de antatte behandlingskostnadene per pasient fra staten. Øvrige kostnader ved behandling av pasienter skal dekkes gjennom fylkeskommunenes frie inntekter. I St.meld. nr. 44 (1995–96) pekes det på at ISF kan forsterke geografiske forskjeller i behandlingstilbudet på grunn av ulik finansiell situasjon i fylkeskommunene. Undersøkelsen viser imidlertid at det er blitt noe mindre forskjeller i antall heldøgnsopphold per innbygger mellom fylkeskommunene med henholdsvis et lavt og et høyt inntektsnivå etter innføringen av ISF. Undersøkelsen viser dessuten at ISF har hatt sterkest effekt på behandlingsaktiviteten i sykehus i fylkeskommunene med et lavt inntektsnivå.

Fylkeskommunenes økonomiske situasjon har samlet sett forverret seg betydelig etter 1997. De fylkeskommunene som har hatt høyest vekst i behandlingsaktiviteten etter innføringen av ISF, har også fått de største økonomiske problemene. Undersøkelsen indikerer at det ikke har vært en god nok kostnadskontroll i sykehusene etter innføringen av ISF. Veksten i behandlingsaktiviteten i sykehusene etter innføringen av ISF har vært høyere enn det har vært finansielt grunnlag for. I den sammenheng kan det reises spørsmål ved om styring, oppfølging og kontroll er tilstrekkelig prioritert ved driften av sykehus.

Om styring, oppfølging og kontroll av sykehusdriften ut fra ISF-ordningen

Gode styrings- og rapporteringssystemer i sykehusene er en nødvendig forutsetning for effektiv drift av sykehusene. Undersøkelsen viser at sykehusene gjennomgående har fastsatt mål og rapporterer om behandlingsaktiviteten i sine ledelsesrapporter. Når det gjelder ressursutnyttelse og situasjonen for ventelistepasienter, er det bare i begrenset grad fastsatt mål, og det rapporteres i mange sykehus heller ikke om slike forhold. Manglende fokus på disse forholdene kan ha betydning for ressursutnyttelsen i sykehusene og dermed også for muligheten til å gi flere pasienter tilbud om behandling.

Få områder har vært omfattet av så stor helsepolitisk oppmerksomhet av Stortinget som utviklingen i ventetiden for pasientene før behandling. Ventetiden er viktig for befolkningens tilgjengelighet til helsetjenester, og lang ventetid vil ofte også være svært belastende for den enkelte pasient. Til tross for dette viser undersøkelsen at svært mange sykehus mangler viktige indikatorer om ventelistepasienter i ledelsesrapportene. Eksempelvis gir ledelsesrapportene i halvparten av sykehusene ikke informasjon om ventetider for pasientene. Det kan stilles spørsmål ved om manglende oppmerksomhet på ventelistepa-

sienter i ledelsesrapportene kan føre til at ventetiden for disse ikke vektlegges i tilstrekkelig grad fra sykehusledelsen.

Ved innføringen av ISF ble det framhevet at det var en risiko for at sykehusene ville prioritere pasientgrupper som de oppfatter som mer lønnsomme enn andre pasientgrupper, jf St.meld. nr. 44 (1995–96). I Innst. S. nr. 27 (1996–97) til St.meld. nr. 44 (1995–96) forutsetter flertallet i sosialkomiteen samtidig at den gjennomsnittlige ventetiden blir redusert for alle pasientgrupper. Undersøkelsen viser at få sykehus har ledelsesrapporter som gir informasjon om behandlingsaktiviteten og ventetider for de enkelte pasientgruppene. Et sentralt spørsmål blir dermed hvor raskt sykehusledelsen kan avdekke eventuelle uønskede endringer i prioriteringen mellom pasientgrupper i sykehusene.

Ifølge St.prp. nr. 1 (2000–2001) stimulerer ISF sykehusene i større grad enn den tidligere rammefinansieringsordningen til å fokusere på kostnadsforhold og identifisere flaskehalsen for en effektiv pasientbehandling. Undersøkelsen viser likevel at nesten halvparten av sykehusdirektørene ikke får informasjon i sine ledelsesrapporter om noen av de fire forholdene de selv ser på som de viktigste flaskehalsene i sykehuset. Nesten ingen av sykehusene rapporterer om utnyttelsesgraden ved operasjonsstuen i ledelsesrapportene. Etter sykehusdirektørens oppfatning er en god utnyttelse av operasjonsstuen den viktigste faktoren for å styre ressursutnyttelsen i sykehuset. Dette gir grunn til å stille spørsmål ved om sykehusledelsen har vist tilstrekkelig interesse for forhold som hindrer en god pasientflyt i sykehuset.

Med et aktivitetsbasert finansieringssystem i sykehusene er det viktig for sykehusledelsen å ha tilstrekkelig kjennskap til forholdet mellom ressursinnsatsen og behandlingsaktiviteten i sykehuset. Undersøkelsen viser at kun hvert fjerde sykehus har indikatorer i ledelsesrapportene som viser hvor produktivt sykehuset er, mens halvparten av sykehusene ikke har gjennomført analyser av hva det koster å behandle ulike pasientgrupper i sykehuset. Kunnskap om kostnadsforhold vil gi et grunnlag for forbedringer av interne driftsprosesser for derved å kunne gi tilbud til flere pasienter og for å ivareta en god kostnadskontroll i forbindelse med endringer i behandlingsaktiviteten. Dessuten oppgir godt over halvparten av økonomisjefene ved sykehusene at de ikke har de nødvendige IT-verktøyene som gjør det mulig å beregne de økonomiske konsekvensene av endringer i behandlingsaktiviteten.

Videre viser undersøkelsen at svært få sykehus har ledelsesrapporter som inneholder indikatorer som viser forholdet mellom behandlingsaktiviteten og bruk av ulike typer personell. Dette kan være en forklaring på at mer enn halvparten av sykehusdirektørene oppgir at de gjennom sine ledelsesrapporter ikke kan oppdage hvorvidt personellressursene er

skjevt fordelt innenfor sykehuset sett i forhold til behandlingsaktiviteten. For driften av sykehuset under ett vil det dermed være relativt vanskelig å få til en tilstrekkelig effektiv bruk av de samlede personellressursene.

Ved innføringen av ISF ble det fra ulike fagmiljøer stilt spørsmål ved om denne finansieringsmåten ville kunne føre til en lavere kvalitet i pasientbehandlingen. Undersøkelsen viser at kun hvert tredje sykehus rapporterer regelmessig om behandlingskvaliteten i ledelsesrapportene, og blant disse sykehusene er årlig rapportering det vanligste. Dette gir grunn til å reise spørsmål ved om sykehusene har rapporteringssystemer som vil gjøre ledelsen tidlig nok oppmerksom på en eventuell uheldig utvikling i behandlingskvaliteten i sykehusene.

Medisinsk registreringspraksis i sykehusene

ISF er utformet slik at sykehusene får refundert et beløp fra staten per behandlet pasient. Refusjonens størrelse er avhengig av i hvilken DRG pasienten er klassifisert. Undersøkelsen viser at 18 prosent av 336 undersøkte pasientopphold er klassifisert i feil DRG. Det vil si at de tre undersøkte sykehusene ville ha fått et annet refusjonsbeløp for nesten hvert femte pasientopphold med riktig medisinsk registrering. Nesten halvparten av de feilklassifiserte pasientoppholdene skulle ha vært klassifisert i en DRG som gir et refusjonsbeløp fra staten som avviker mer enn 50 prosent fra DRG-en som pasientoppholdet faktisk var klassifisert i.

De tre sykehusene ville med korrekt medisinsk registrering samlet sett mottatt 2,5 prosent mer i refusjon fra staten enn det de faktisk har fått for pasientene i utvalget. Selv om refusjonsbeløpet endres relativt mye for alle pasientene som er klassifisert i feil DRG, er likevel de økonomiske konsekvensene samlet sett for utvalget relativt små. Dette skyldes at undersøkelsen ikke har påvist systematisk medisinsk feilregistrering med konsekvenser for DRG-grupperingen.

Feil i den medisinske registreringen kan føre til betydelige avvik som ikke jevnes ut innenfor avdelingene i det enkelte sykehus. Ved ett av sykehusene fikk en avdeling beregningsmessig 23 prosent for lite i refusjon. Dette viser at feil i den medisinske registreringen kan få betydelige konsekvenser for ressurstilgangen på avdelingsnivå i sykehusene. Svak kvalitet i den medisinske registreringen kan derfor på en utilsiktet måte påvirke i hvilket omfang ulike pasientgrupper behandles i sykehuset.

Undersøkelsen viser også at nesten hvert tredje pasientopphold er registrert med feil hoveddiagnose. Disse feilene fører ikke nødvendigvis til at oppholdet blir klassifisert i feil DRG fordi også andre faktorer enn hoveddiagnosen bestemmer DRG-klassifiseringen. Siden medisinske registreringer av diagnoser gir grunnlag for pasientstatistikken, bidrar en høy

feilprosent i vesentlig grad til å redusere tilliten til pasientstatistikken. Denne statistikken benyttes som grunnlag for planlegging, styring og evaluering av helsetjenestene lokalt og nasjonalt.

Verken antall reviderte pasientjournaler eller antall pasientgrupper i undersøkelsen er tilstrekkelig for å trekke vitenskapelig generaliserbare konklusjoner om kvaliteten på den medisinske registreringen i landets sykehus som helhet. De utvalgte pasientgruppene representerer imidlertid store volum, og har dermed stor økonomisk betydning.

Gjennom krypreglene i ISF-ordningen er det fastsatt en øvre grense for hvor mye DRG-indeksen (pasienttyngden) kan øke i en periode. Krypgrensen ble innført for å sikre at det kun ble gitt refusjon til sykehusene for en faktisk økning i behandlingsaktiviteten og ikke som følge av en bedre registrering av pasientbehandlingen. De økonomiske virkningene av den medisinske registreringen gjør at det er en risiko for at det registreres bidiagnoser som gir økt DRG-refusjon, men som det ikke er medisinsk grunnlag for. I undersøkelsen er det imidlertid ikke påvist tegn til taktisk medisinsk registrering i sykehusene for derved å oppnå en uberettiget høy refusjon fra staten. For de undersøkte pasientoppholdene har sykehusene tvert imot registrert for få bidiagnoser per pasientopphold.

Samtlige fylkeskommuner har fått avkorting i DRG-refusjonen fra staten som følge av krypreglene i ISF-ordningen. Dersom en fylkeskommune når krypgrensen, får den fortsatt refusjon for økt behandlingsaktivitet, men da med en pris som for gjennomsnittspasienten. Undersøkelsen viser at ventelistepasienter med garanti er ressursmessig vesentlig tyngre enn andre pasienter. Det innebærer at fylkeskommuner som har nådd kryptaket, og som i sterkere grad prioriterer å behandle ventelistepasienter med garanti, vil få en vekst i pasienttyngden som det ikke gir full betaling for gjennom ISF-ordningen.

3 SOSIAL- OG HELSE- DEPARTEMENTETS KOMMENTARER

Sosial- og helsedepartementet har i brev av 3. desember 2001 gitt sine kommentarer til rapporten.

Styring, oppfølging og kostnadskontroll

Departementet framhever innledningsvis at styring, oppfølging og kostnadskontroll i første rekke er et ledelsesansvar ved det enkelte sykehus. Den enkelte sykehusledelse må selv ta stilling til hvilken styringsinformasjon som skal vektlegges og rapporteres til ledelsen. I den grad et sykehus ikke greier å utnytte det potensialet for økt aktivitet som innsatsstyrt finansiering (ISF) legger til rette for, eller å oppfylle eiers mål om å unngå forbruk utover budsjett, er dette et problem som sykehuseier har ansvaret for.

Fokus på kostnader

Hovedmålet med innføringen av ISF har vært å stimulere til større behandlingsaktivitet ved norske sykehus. Økt fokus på kostnader har ikke vært et formål med innføringen av ISF. For fylkeskommunene som sykehuseiere er dette likevel viktig for å få realisert det effektiviseringspotensialet som ligger i ISF som finansieringsordning. Ifølge departementet vil det også ved en ren rammefinansiering av sykehusene ligge betydelige interesser for sykehusene og deres eiere i å fokusere på egne kostnader og muligheter for økt effektivisering.

Medisinsk registreringspraksis

Etter departementets vurdering er det begrenset hvor langt man kan tolke materialet i rapporten som omhandler kvaliteten i sykehusenes registrering av enkeltopphold. Departementet peker i denne sammenheng på at undersøkelsen er gjort ved et fåtall sykehus på et lite antall diagnoser. Undersøkelsen er dessuten utført på årsmaterialet fra 1999, da det ble foretatt betydelige endringer i ISF. Blant annet ble det tatt i bruk et nytt kodeverk i dette året, og deler av dagkirurgien ble innlemmet i ISF samme år.

Ventelistepasienter og avkorting av ISF-utbetalinger på grunn av krypregler

Etter departementets vurdering er det ikke dekning for å hevde at satsing på ventelistepasienter har ført til at fylkeskommunene har fått avkortinger i utbetalingene som følge av krypreglene. I denne sammenheng vises det til at garantipasientene utgjør en svært liten andel av det samlede antall sykehusopphold, og at andelen garantipasienter er gått ned på landsbasis blant de pasientene som har fått behandling. Selv om enkelte fylkeskommuner kan ha satset på å få ned antall garantibrudd og derfor har intensivert behandlingen av ventelistepasienter med garanti, kreves det en sterk økning i antallet svært tunge pasienter for at dette skal slå ut i indeksen i den grad at kryptaket nås.

Etter departementets vurdering er en langt viktigere forklaring til avkortingene den veksten man har sett de siste årene i andelen øyeblikkelig hjelp blant alle sykehusopphold, samt et større innslag av tunge pasienter blant «øyeblikkelig hjelp pasienter». Det er videre grunn til å anta at avkortingene i statens ISF-utbetalinger særlig er et uttrykk for den veksten i pasienttyngden som skyldes bedre og mer omfattende medisinsk registrering.

Departementet viser for øvrig til at det har vært en sterk vekst i behandlingen generelt etter innføringen av ISF. Veksten har kommet både i pasientgrupper som bidrar til å øke DRG-indeksen, og pasientgrupper som bidrar til å redusere DRG-indeksen. Det er ifølge departementet ikke mulig å si hvor mye av veksten som skyldes bedre registrering, og hvor

mye som skyldes mer behandlingskrevende pasienter. Departementet har lagt til grunn at man gjennom den årlige oppjusteringen av kryptaket har tatt høyde for at pasientpopulasjonen i gjennomsnitt blir mer behandlingskrevende.

Departementet peker på at de fleste fylkeskommunene har vært over kryptakgrensen ved årsavregningen selv om kryptakgrensen har vært oppjustert hvert år siden 1998. Når fylkeskommunene når kryptaket, gis det gjennomsnittlig DRG-refusjon for hver ny behandling. Ifølge departementet kan en lik betaling for «tunge» og «lette» pasienter tenkes å gi uønskede vridningseffekter i pasientbehandlingen i form av at sykehusene prioriterer pasientbehandling som bidrar til å senke DRG-indeksen framfor pasientbehandling som bidrar til å øke DRG-indeksen.

Departementet viser for øvrig til at regjeringen har foreslått for Stortinget at krypreglene fjernes med virkning fra 1. januar 2002, jf. forslag til statsbudsjett for 2002, St.prp. nr. 1 (2001–2002). Departementet mener at hensynet til et enklere og mer forutsigbart system med riktigere incentiver bør vektlegges. De mer tekniske merknadene fra departementets brev er for øvrig tatt hensyn til i rapporten, jf. vedlegg.

4 RIKSREVISJONENS BEMERKNINGER

Riksrevisjonen vil peke på at hovedmålet med innføringen av innsattsstyrt finansiering (ISF) var å øke behandlingsaktiviteten i sykehusene på en effektiv måte. Undersøkelsen viser at ISF isolert sett har bidratt til å øke behandlingsaktiviteten i sykehusene. Samtidig mangler ledelsen ved mange sykehus informasjon som er avgjørende for en effektiv drift av sykehusene. Dette gjelder blant annet informasjon om ressursutnyttelsen, ventelistepasientene og behandlingskvaliteten. Etter Riksrevisjonens vurdering har dette redusert muligheten for fullt ut å få realisert potensialet for økt behandlingsaktivitet som ligger i ISF som finansieringsordning.

Sosial- og helsedepartementet framhever at i den grad et sykehus ikke greier å utnytte det potensialet for økt aktivitet som ISF legger til rette for, eller å oppfylle eiers mål om å unngå forbruk utover budsjett, er dette et problem som sykehuseier har ansvaret for. Staten overtar eierskapet av sykehusene fra fylkeskommunene fra 2002. Riksrevisjonen vil understreke betydningen av at departementet så snart som mulig sørger for at det blir utviklet mer funksjonelle styrings- og rapporteringssystemer som kan anvendes i driften av det enkelte foretak. Dette er en nødvendig forutsetning for at sykehusene skal kunne drives tilstrekkelig effektivt. Samtidig vil dette kunne gi nødvendig kunnskap om i hvilken grad resultatene er i samsvar med sentrale mål i helsepolitikken.

Veksten i behandlingsaktiviteten i sykehusene etter innføringen av ISF har vært høyere enn det har

vært finansielt grunnlag for. Etter Riksrevisjonens vurdering er det klart uheldig at godt over halvparten av sykehusene ikke har nødvendige IT-verktøy som gjør det mulig å beregne de økonomiske konsekvensene av endringer i behandlingsaktiviteten. Det vil dermed være vanskelig for sykehusledelsen å kunne vurdere de økonomiske konsekvensene av endringer i sykehusets behandlingsaktivitet. Investeringer i IT-baserte verktøy og systemer bør derfor etter Riksrevisjonens oppfatning gis økt prioritet i tiden framover.

Innføringen av ISF førte til at det ble etablert en direkte kopling mellom den medisinske registreringen og finansieringen av sykehusene. Undersøkelsen viser at kvaliteten på den medisinske registreringen for de undersøkte pasientoppholdene ikke er tilfredsstillende. For eksempel er hvert tredje av de undersøkte pasientoppholdene registrert med feil hoveddiagnose. Funnene samsvarer godt med en tilsvarende undersøkelse gjennomført av Fylkesrevisjonen i Sør-Trøndelag med andre pasientgrupper og med data fra 2000. Riksrevisjonen vil derfor peke på at det er klare indikasjoner på at det er behov for å iverksette egnede tiltak fra departementets side for å bedre den medisinske registreringen i sykehusene.

5 HELSEDEPARTEMENTETS SVAR

Saken har vært forelagt Helsedepartementet som i brev av 15. januar 2002 har svart:

«Helsedepartementet har merket seg at Riksrevisjonens bemerkninger i liten grad rettet seg mot selve finansieringsordningen. I hovedsak pekes det i rapporten på at ledelsen på mange sykehus ikke har styrings- og rapporteringssystemer som kan gi ledelsen tilstrekkelig informasjon om sammenhengen mellom aktivitet og kostnader, ventelister og behandlingskvalitet.

Departementet legger vekt på at det framover må skje en utvikling av styrings- og rapporteringssystemene, basert på den nye foretaksmodellen. Mange forhold har etter departementets vurdering betydning for den situasjon Riksrevisjonen beskriver, herunder hensiktsmessige IT-verktøy. Manglende fokus på denne faktoren kan derfor etter departementets syn sees som et av flere forhold som har skapt dagens situasjon.

I tiden som kommer vil Helsedepartementet legge vekt på at ansvarsrollene blir klare og at det utvikles styringsteknikker mellom nivåene og innad på det enkelte nivå som er forankret i foretaksmodellens ansvarsorganisering. Styrings- og rapporteringssystemene vil være rettet inn mot de prioriterte helsepolitiske målene, herunder at systemene understøtter oppfølgingen av mål og hensyn bak de ulike finansieringsordningene. Det vil bli lagt vekt på at det blir en god kobling mellom de styringsteknikker som ut fra dette perspektiv utvikles og måter som IT-verktøy kan brukes på.

Departementet vil understreke at det nå skjer en vesentlig endring av organisering og styring av spesialisthelsetjenesten som også gir nye forutsetninger og vil i det videre arbeidet ta med seg de synspunkter og vurderinger som Riksrevisjonen trekker frem.

Departementet har også i forhold til det videre utviklingsarbeid av finansieringsordninger som nå vil skje, merket seg Riksrevisjonens synspunkter og vurderinger.»

6 RIKSREVISJONENS UTTALELSE

Riksrevisjonen konstaterer at Helsedepartementet ikke har vesentlige innvendinger til beskrivelsen av situasjonen, og at det fra departementets side vil bli gitt prioritet til utvikling av hensiktsmessige styrings- og rapporteringssystemer basert på den nye foretaksmodellen. Departementet opplyser at Riksrevisjonens synspunkter og vurderinger vil bli tatt med i den videre prosessen.

Undersøkelsen viser blant annet at ledelsen ved svært mange sykehus mangler informasjon som er av vesentlig betydning for at innsatsstyrt finansiering skal fungere som forutsatt. Dette gjelder for eksempel informasjon om ventelistepasientene, ressursutnyttelsen og behandlingskvaliteten. Etter Riksrevisjonens vurdering vil foretaksorganiseringen skjerpe kravene til en mest mulig oppdatert dokumentasjon og ensartet rapportering.

Riksrevisjonen viser til at hvert tredje av de undersøkte pasientoppholdene er registrert med feil hoveddiagnose. Dette tilsier at det er behov for å iverksette egnede tiltak for å bedre den medisinske registreringen i sykehusene.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 29. januar 2002

Bjarne Mørk-Eidem

Eivind Eckbo

Tore Haugen

Helga Haugen

Brit Hoel

Therese Johnsen

Vedlegg

Rapport

Innsatsstyrt finansiering i somatiske sykehus

Innhold

	Side
1 Innledning	9
1.1 Bakgrunn	9
1.2 Formål og problemstillinger	10
2 Metoder og datagrunnlag	11
2.1 Utvikling i behandlingsaktiviteten	11
2.1.1 Data fra Norsk Pasientregister	11
2.1.2 Statistisk analyse gjennomført av Senter for helseadministrasjon	12
2.1.3 Data fra Samdata	12
2.2 Styringsinformasjon i sykehusene	12
2.2.1 Spørreskjemaundersøkelse overfor sykehusene	12
2.2.2 Dokumentanalyse av ledelsesrapportene ved sykehusene	12
2.3 Kvaliteten på de medisinske registreringene i sykehusene	12
3 Revisjonskriterier	14
3.1 Tilgjengelighet til helsetjenestene	14
3.2 Styringsinformasjon i sykehusene	14
3.3 Medisinsk registreringspraksis – prioritering og kryp	16
4 Tilgjengelighet til helsetjenestene	17
4.1 Utvikling i behandlingsaktiviteten	17
4.1.1 Utvikling i behandlingsaktiviteten	17
4.1.2 Geografiske variasjoner i behandlingsaktiviteten	18
4.1.3 Geografiske variasjoner i behandlingsaktiviteten på diagnosnivå	20
4.2 Utvikling i ressursinnsatsen, kapasiteten og ressursutnyttelsen	21
4.2.1 Utvikling i ressursinnsatsen	21
4.2.2 Utvikling i kapasiteten	23
4.2.3 Utvikling i og kunnskaper om ressursutnyttelsen	26
4.3 Utvikling i ventetid etter innføringen av ISF	27
5 Styringsinformasjon i sykehusene	29
5.1 Har sykehuslederne kjennskap til hva pasientbehandlingen koster?	29
5.2 Hva inneholder ledelsesrapportene?	31
5.3 Styringsprosess	33
5.3.1 Mål	33
5.3.2 Rapportering	34
5.3.3 IT-verktøy	34
5.4 Hva mener sykehuslederne om ledelsesrapportene?	34
6 Medisinsk registreringspraksis – prioritering og kryp	36
6.1 Kvaliteten på de medisinske registreringene	36
6.1.1 Pasientopphold med feil registrert hoveddiagnose	36
6.1.2 Pasientopphold med feil DRG	37
6.1.3 Økonomiske konsekvenser av de medisinske feilregistreringene	37
6.2 Hvordan påvirker feil i den medisinske registreringen DRG-indeksen?	39
6.3 Har DRG-kryppgrensen påvirket den medisinske atferden?	40
6.4 Forholdet mellom ISF-ordningen og ventetidsgarantiordningen	41
7 Vurderinger	43
7.1 Innledning	43
7.2 Effektene av ISF på behandlingsaktiviteten	43
7.3 Om styring, oppfølging og kontroll av sykehusdriften ut fra ISF-ordningen	44
7.4 Medisinsk registreringspraksis i sykehusene	45
Vedlegg: Spørreskjema til sykehusdirektørene	47

1 Innledning

1.1 BAKGRUNN

Det overordnede målet i helsepolitikken er å sikre at hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn og bosted, får god tilgang på helse- og omsorgstjenester av en god kvalitet i en offentlig styrt helse- og omsorgssektor.¹ Med utgangspunkt i nasjonale mål for helsepolitikken skal finansieringssystemet for sykehussektoren bidra til å oppfylle følgende krav:²

- skape lik tilgjengelighet til en god helsetjeneste
- stimulere til effektiv ressursutnyttelse
- gi grunnlag for god kostnadskontroll

I forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 44 (1995–96) *Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering* sluttet Stortinget seg til innføringen av en ny finansieringsordning for somatiske sykehus, innsattsstyrt finansiering (ISF), jf. Innst. S. nr. 27 (1996–1997). ISF ble innført 1. juli 1997. Hovedmålet med den nye finansieringsordningen er å øke behandlingsaktiviteten ved norske sykehus, jf. St.prp. nr. 1 (1997–98). ISF skal også stimulere til effektiv ressursutnyttelse.³ Ordningen skal stimulere sykehusene i større grad enn den tidligere rammefinansieringsordningen til å fokusere på kostnadsforhold og identifisere flaskehals for en effektiv pasientbehandling.⁴

ISF er utformet slik at fylkeskommunene får refundert et beløp fra staten per behandlet pasient. Refusjonssatsen har økt gradvis fra 30 prosent til 50 prosent av de antatte behandlingstkostnadene. Øvrige utgifter ved behandlingen av pasienter skal dekkes gjennom fylkeskommunenes frie inntekter.⁵ I St.meld. nr. 44 (1995–96) pekes det på at ISF kan forsterke geografiske ulikheter i behandlingstilbudet på grunn av ulik finansiell situasjon i fylkeskommunene.⁶

Antall DRG-poeng danner grunnlaget for ISF-refusjonen. DRG-systemet (diagnoserelaterte grupper)

er en klassifisering av pasientopphold i ca. 500 pasientgrupper (DRG-er). Oppholdene innen hver DRG er medisinsk sett meningsfulle og ressursmessig homogene. Med bakgrunn i medisinske og administrative opplysninger om pasienten blir hvert opphold klassifisert i en og bare en DRG. ISF innebærer at det er blitt etablert en direkte kopling mellom den medisinske registreringen og finansieringen av sykehusene via fylkeskommunene. Riktig medisinsk registrering er viktig for at pasientoppholdene blir klassifisert i riktig DRG, og dermed viktig for at sykehusene, via fylkeskommunene, skal motta riktig refusjon fra staten.⁷

Sykehusene mottar høyere refusjon for ressursmessig tunge behandlinger enn for lette behandlinger. DRG-systemet gir derfor uttelling for ulike pasienttyngde (DRG-indeks). Det gis imidlertid bare kompensasjon for økt pasienttyngde opp til et visst tak, krypgrensen. Dersom fylkeskommunene når krypgrensen, får fylkeskommunene fortsatt refusjon for økt behandlingsaktivitet, men da med en pris som for gjennomsnittspasienten.

Gjennom ISF ønsker staten å rette innsatsen mot pasientbehandlingen og derigjennom redusere ventetiden for å bli behandlet i offentlige sykehus.⁸ Ved behandlingen av St.meld. nr. 44 (1995–96) vedtok Stortinget samtidig med ISF å innføre en behandlingsgaranti med maksimalt tre måneders ventetid for pasienter med alvorlig sykdom, jf. Innst. S. nr. 27 (1996–97).⁹ Ordningen skulle bidra til å redusere ventetiden før behandling og bidra til en sterkere prioritering mellom pasientene. Det var også et mål å redusere ventetiden før behandling for de pasientene som ikke ble dekket av den nye garantiordningen. Det var derfor nødvendig å supplere forslaget til en ny garantiordning med bruk av finansielle virkemidler som i sterkere grad stimulerer til å øke behandlingskapasiteten i sykehusene.¹⁰

¹ St.meld. nr. 50 (1993–94) Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste, side 13.

² St.meld. nr. 44 (1995–96) *Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering*, side 25.

³ St.meld. nr. 44 (1995–96) *Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering*, side 4.

⁴ St.prp. nr. 1 (2000–2001), side 176.

⁵ Frie inntekter er summen av rammetilskudd og skatteinntekter.

⁶ Side 27.

⁷ Fylkeskommunene har frihet til å inngå egne produksjonsavtaler med sine sykehus som fraviker vilkårene mellom staten og fylkeskommunene. For eksempel kan fylkeskommunene avtale et annet nivå på refusjonssatsen med sine sykehus enn nivået på refusjonssatsen mellom staten og fylkeskommunene.

⁸ St.prp. nr. 1 (1996–97), side 226.

⁹ *Ventetidsgarantien* er i 2001 erstattet med en individuell rett til behandling innen medisinsk forsvarlige frister, jf. loven om pasientrettigheter, Ot.prp. nr. 12 (1998–99) og Innst.O. nr. 91 (1998–99).

¹⁰ St.meld. nr. 44 (1995–96) *Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering*, side 25.

1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Formålet med undersøkelsen er å belyse ISF som finansieringsordning i forhold til det overordnede målet i helsepolitikken om lik tilgjengelighet til helsetjenestene. Det er flere forutsetninger for at ISF skal fungere etter intensjonene. Undersøkelsen belyser hvor god styringsinformasjonen i sykehusene er, og hvor god kvalitet det er på de medisinske registreringene i sykehusene.

Følgende problemstillinger inngår i undersøkelsen:

- 1 Har ISF bidratt til å øke behandlingsaktiviteten ved somatiske sykehus?
- 2 Hvordan har ISF påvirket tilgangen til helsetjenester i de ulike fylkeskommunene?
- 3 Er styringsinformasjonen i sykehusene tilrettelagt for at et aktivitetsbasert finansieringssystem skal fungere etter intensjonene?
- 4 Gir den medisinske registreringen et tilfredsstillende grunnlag for finansieringen av sykehusene?
- 5 Er det en konflikt mellom krypgrensen i ISF-ordningen og intensjonen med ventetidsgarantien om i større grad å prioritere ventelistepasienter med alvorlig sykdom?

Fra 1. januar 2002 overtar staten de somatiske sykehusene fra fylkeskommunene, jf. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001). Sykehusene skal drives som hundre prosent statlig eide helseforetak, med et regionalt helseforetak i hver helseregion. Hovedstrukturen i dagens finansieringsordninger for spesialisthelsetjenesten vil likevel i første omgang videreføres. Det innebærer at ISF-tilskuddet skal følge de samme finansieringsprinsipper som i dag, men det regionale helseforetaket blir tilskuddsmottaker i stedet for fylkeskommunen. De nye helseforetakene vil i utgangspunktet motta om lag samme nivå på driftsmidlene som fylkeskommunene gjorde, jf. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001).

2 Metoder og datagrunnlag

Utgangspunktet for undersøkelsen er en bred gjennomgang av sentrale stortingsdokumenter m.v. I undersøkelsen er det benyttet flere typer data for å belyse problemstillingene. Utviklingen i behandlingsaktiviteten m.v. i sykehusene er beregnet med bruk av data fra Norsk Pasientregister. Riksrevisjonen har videre sendt spørreskjema til landets sykehus, supplert med en omfattende dokumentanalyse av ledelsesrapportene i sykehusene. Enkelte av problemstillingene er belyst ved hjelp av ekstern bistand.

Utkast til revisjonskriterier ble forelagt Sosial- og helsedepartementet til uttalelse i brev av 21. desember 2000. Utkast til faktadel ble i brev av 18. september 2001 forelagt departementet for merknader.

2.1 UTVIKLING I BEHANDLINGS-AKTIVITETEN

2.1.1 Data fra Norsk Pasientregister

Data fra Norsk Pasientregister er brukt for å belyse utviklingen i behandlingsaktiviteten som omfattes av ISF-ordningen. Finansieringsordningen omfatter pasienter behandlet ved innleggelse, det vil si heldøgnsopphold. Fra 1999 omfatter ordningen også pasienter behandlet med dagkirurgi og dagmedisinske prosedyrer. Heldøgnsoppholdene utgjør omlag 90 prosent av utbetalingene i ISF, mens dagopphold utgjør 10 prosent av utbetalingene, jf. St.prp. nr. 1 (2001–2002). Norsk Pasientregister inneholder medisinske og administrative opplysninger om alle pasientbehandlingene som finansieres av ISF-ordningen.

På grunnlag av data fra Norsk Pasientregister har Riksrevisjonen beregnet utviklingen i antall heldøgnsopphold ved sykehusene i perioden fra 1996 til 2000. I undersøkelsen er heldøgnsopphold definert som opphold ved sykehus hvor overnatting finner sted eller var planlagt ved innleggelse.¹¹ Data fra Norsk Pasientregister er også brukt til å beregne veksten i behandlingsaktiviteten fra 1999 til 2000 når dagopphold tas med i beregningene i tillegg til heldøgnsopphold. På grunn av uensartet eller manglende registrering av dagopphold før 1999 er det ikke mulig å framskaffe sammenlignbare tidsrekker av

data for utviklingen i behandlingsaktiviteten før 1999 som også inkluderer dagopphold.

Riksrevisjonen har beregnet utviklingen i henholdsvis ressursmessig tunge og lette behandlinger i perioden fra 1996 til 2000.¹² Tunge behandlinger er regnet som behandlinger som i gjennomsnitt er over 50 prosent mer ressurskrevende enn gjennomsnittspasienten.¹³ Lette behandlinger består av behandlinger som i gjennomsnitt er over 50 prosent mindre ressurskrevende enn gjennomsnittspasienten. De øvrige behandlingene regnes som middels tunge behandlinger.

I undersøkelsen er det belyst om utviklingen i behandlingsaktiviteten har vært forskjellig i fylkeskommuner med ulikt inntektsnivå. I den forbindelse er fylkeskommunene delt inn i tre like store grupper basert på en rangering etter det relative nivået på de frie inntektene til fylkeskommunene per innbygger i 1996, året før innføringen av ISF.¹⁴ Med frie inntekter menes summen av skatteinntekter og rammetilskudd. Tabell 1 viser inndelingen av fylkeskommunene etter inntektsnivå per innbygger.

Tabell 1 Klassifisering av fylkeskommunene etter inntektsnivå¹⁵

Lavt nivå	Middels nivå	Høyt nivå
Østfold	Hedmark	Vest-Agder
Akershus	Oppland	Sogn og Fjordane
Vestfold	Buskerud	Nord-Trøndelag
Telemark	Aust-Agder	Nordland
Rogaland	Møre og Romsdal	Troms
Hordaland	Sør-Trøndelag	Finnmark

Kilde: Senter for helseadministrasjon (2001)

Det framgår av tabell 1 at fem av de seks fylkeskommunene med et høyt inntektsnivå kan karakteriseres ved at de er utkantfylker med store geografiske avstander.

¹² Vektene for 2000 er lagt til grunn for beregning av behandlingstydge for alle observasjonsår, med unntak av DRG-er som opphørte å eksistere som følge av oppsplittingen i undergrupper i 1999 og 2000. For disse behandlingene legges vektene for 1998 til grunn.

¹³ Med gjennomsnittspasienten menes en pasient med kostnadsvekt lik 1,0.

¹⁴ Rangeringen mellom fylkeskommunene målt ved det relative nivået på de frie inntektene per innbygger er relativt stabil i perioden fra 1996 til 1999.

¹⁵ Oslo inngår ikke i noen av gruppene på grunn av den særegne rollen som både kommune og fylkeskommune.

¹¹ Heldøgnsoppholdene inkluderer opphold som er registrert som elektiv (planlagt) behandling, øyeblikkelig hjelp eller født i sykehus. Opphold uten registrert bostedsfylke eller utlendinger behandlet i Norge er ikke inkludert i beregningene.

2.1.2 Statistisk analyse gjennomført av Senter for helseadministrasjon

På oppdrag fra Riksrevisjonen har Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo gjennomført en deskriptiv analyse og en regresjonsanalyse for å belyse om ISF har skapt større ulikheter mellom fylkeskommunene i tilbudet av somatiske helsetjenester, jf. arbeidsnotat 2001:1. I analysen er det sett på om ISF har ledet til større behandlingsaktivitet ved sykehusene, og om effekten av ISF på behandlingsaktiviteten har vært betinget av fylkeskommunenes inntektsnivå før ISF trådte i kraft. Behandlingsaktiviteten måles her som antall heldøgnsopphold og antall DRG-poeng per bostedsfylke. Grunnlaget for analysene er et eget datasett utarbeidet av Norsk Pasientregister for behandlingsaktiviteten i perioden fra 1992 til 1999.

2.1.3 Data fra Samdata

I Samdata-rapportene presenterer SINTEF Unimed bearbejdede og sammenlignbare styringsindikatorer, samt analyser av utviklingstrender for spesialisthelsetjenesten ved de somatiske sykehusene. Riksrevisjonen har sett på hva som kan forklare forskjeller i utviklingen i behandlingsaktiviteten mellom fylkeskommunene etter inntektsnivå gjennom å benytte statistikk fra Samdata-rapportene for årene fra 1996 til 1999. På grunnlag av data om de enkelte fylkeskommunene er det gjennomført beregninger av gjennomsnittlig ressursinnsats, antall årsverk og antall effektive senger per innbygger for henholdsvis fylkeskommuner med et lavt, et middels og et høyt inntektsnivå.

2.2 STYRINGSINFORMASJON I SYKEHUSENE

2.2.1 Spørreskjemaundersøkelse overfor sykehusene

Riksrevisjonen har gjennomført en spørreskjemaundersøkelse for å belyse om styringsinformasjonen i de somatiske sykehusene er tilrettelagt for at et aktivitetsbasert finansieringssystem skal fungere etter intensjonene. Det ble sendt et omfattende spørreskjema til 58 av landets somatiske sykehus. Tre av sykehusene kunne ikke besvare spørreskjemaene fordi sykehuset etter omorganisering ikke er en selvstendig enhet. 49 av de resterende 55 sykehusene (89 prosent) har besvart spørreskjemaene. Hvert av de somatiske sykehusene fikk tilsendt tre spørreskjemaer. Disse er besvart av sykehusledelsen, det vil si sykehusdirektøren, økonomisjefen og en avdelingsleder.¹⁶

¹⁶ Spørreskjemaet skulle besvares av avdelingslederen for avdelingen som utfører behandling av DRG 209, det vil si proteseoperasjon i hofte, kne eller ankel.

I spørreskjemaundersøkelsen ble lederne bedt om å oppgi hvor relevant de mener et bredt spekter av indikatorer for ulike områder er for å styre sykehuset. Disse områdene var behandlingsaktivitet, ressursutnyttelse, ventelister, behandlingskvalitet og personell, jf. vedlegg. Lederne ble også bedt om å oppgi om ledelsesrapportene gir informasjon om de aktuelle indikatorene. Det ble tatt utgangspunkt i indikatorer som er antatt å være viktige resultatmål eller kritiske faktorer for måloppnåelse knyttet til ISF. I arbeidet med å velge ut de aktuelle indikatorene deltok økonomisjefene fra fire sykehus. Spørreskjemaene ble først sendt ut etter å ha vært pretestet av sykehusledelsen og medisinsk personell i tre sykehus.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at de utvalgte indikatorene blir sett på som relevante av sykehusene. I 95 prosent av tilfellene ser sykehusdirektørene på indikatorene som relevante og kun i 5 prosent av tilfellene som lite relevante for å styre sykehusene. Dette viser at spørreskjemaundersøkelsen har fanget opp viktige resultatindikatorer og kritiske faktorer for måloppnåelse knyttet til ISF.

2.2.2 Dokumentanalyse av ledelsesrapportene ved sykehusene

Spørreskjemaundersøkelsen er supplert med en omfattende dokumentanalyse av ledelsesrapportene i sykehusene. 56 somatiske sykehus ble bedt om å oversende ledelsesrapportene ved sykehuset. 47 av disse sykehusene (84 prosent) oversendte sine ledelsesrapporter. De innsamlede ledelsesrapportene består av årsrapportene for sykehusene og av rapporter om økonomi, behandlingsaktivitet m.v. i sykehuset gjennom året. Det ble utarbeidet en standardisert mal for å registrere og analysere innholdet i rapportene, slik at dokumentanalysen kunne gjennomføres med en kvantitativ tilnærming.

2.3 KVALITETEN PÅ DE MEDISINSKE REGISTRERINGENE I SYKEHUSENE

ISF innebærer at det er blitt en direkte kopling mellom den medisinske registreringen i sykehusene og finansieringen av sykehusene via fylkeskommunene. Kompetansesenter for IT i helsevesenet AS (KITH) har på oppdrag fra Riksrevisjonen undersøkt om kvaliteten på de medisinske registreringene i sykehusene gir et tilfredsstillende grunnlag for finansieringen av sykehusene.

KITH har med utgangspunkt i pasientjournalene undersøkt om den medisinske registreringen i sykehusene er i samsvar med de medisinske fagkodeverkenene. Utvalget på 336 avdelingsopphold er fordelt på tre store sykehus i ulike fylker og helseregioner. De tre sykehusene er ett regionsykehus, ett sentralsykehus og ett fylkessykehus. I undersøkelsen er det

sett på tre pasientgrupper med vanlige lidelser og behandlinger:

- 1 Obstruktiv lungesykdom (DRG 96, DRG 97, DRG 98A og DRG 98B)
- 2 Hjerteinfarkt (DRG 121 og DRG 122)
- 3 Keisersnitt (DRG 370 og DRG 371)

KITH har gjennomført undersøkelsen ved å følge opplysningene fra registrering i pasientjournalene til endelig registrering i Norsk Pasientregister.¹⁷ KITH har kontrollert om opplysningene fra pasientjournalene var riktig registrert på journalarkene. Videre ble registreringen i pasientjournalene sammenholdt med registreringene fra oppholdet i sykehusets registerdata (PAS) og registreringene i Norsk Pasientregister.

Verken antall reviderte pasientjournaler eller antall pasientgrupper i undersøkelsen er tilstrekkelig for å trekke presise og generaliserbare konklusjoner om kvaliteten på den medisinske registreringen i landets sykehus som helhet. De utvalgte pasientgruppene representerer imidlertid store volum og har dermed stor økonomisk betydning. I undersøkelsen til KITH er det ikke vurdert om pasientene har fått en riktig diagnose og behandling. Det er kun sett på om den medisinske registreringen av pasientoppholdene i sykehusene er i samsvar med det gjeldende regelverket.¹⁸

¹⁷ I en egen database ble anonymiserte pasientdata fra Norsk Pasientregister registrert sammen med opplysninger for diagnose og prosedyrekoder fra journalarket og resultatet fra kontrollen/revisjonen. Ved endring av diagnoser og prosedyrekoder ble avdelingsoppholdet gruppert på ny med Visual DRG, versjon 2.1.5 for 1999. Opprinnelig og korrigert DRG for hvert pasientopphold er sammenholdt, og avviket er det viktigste grunnlaget for beregning av feil.

¹⁸ ICD-10 og NCSP.

3 Revisjonskriterier

3.1 TILGJENGELIGHET TIL HELSETJENESTENE

I St.prp. nr. 1 (1997–98) framgår det at hovedmålet med ISF er å øke behandlingsaktiviteten ved norske sykehus. Økt behandlingsaktivitet skal bidra til at fylkene klarer å innfri den til enhver tid gjeldende ventetidsgarantien.¹⁹ I Innst. S. nr. 27 (1996–97) til St.meld. nr. 44 (1995–96) forutsetter flertallet i sosialkomiteen at den gjennomsnittlige ventetiden blir redusert for alle pasientgrupper. Videre bør et delvis aktivitetsbasert finansieringssystem bidra til at sykehusene legger vekt på å oppnå en kostnadseffektiv drift.²⁰ I Budsj.innst. S. nr. 11 (1999–2000) peker flertallet i sosialkomiteen på at det i forhold til ISF er helt nødvendig å ha en sterk og kontinuerlig oppmerksomhet mot en optimal utnyttelse av de samlede ressursene i sykehus.

Det framgår av St.meld. nr. 50 (1993–94) *Samarbeid og styring* at et overordnet mål for helse-tjenesten er å sikre at alle som rammes av sykdom og svikt i funksjonsevne, får tilgang på helse-tjenester av høy faglig kvalitet. I behandlingen av meldingen uttrykker komiteen at et godt offentlig helsevesen må organiseres slik at det kan tilby rask og god behandling for alle uansett økonomi, bosted, kjønn og alder.²¹

I St.meld. nr. 44 (1995–96) pekes det på at ISF kan forsterke geografiske ulikheter på grunn av ulik finansiell situasjon i fylkeskommunene.²² ISF er utformet slik at fylkeskommunene får refundert et beløp fra staten per behandlet pasient. Refusjonssatsen dekker 50 prosent av de antatte behandlingsskostnadene. Øvrige utgifter ved behandlingen av pasienter skal dekkes gjennom fylkeskommunenes frie inntekter. Av den grunn antas fylkeskommuner med et høyt nivå på de frie inntektene å ha større mulighet til å benytte seg av tilskuddsordningen enn fylkeskommuner med et lavt nivå på de frie inntektene.²³ I så fall vil behandlingsaktiviteten øke mer i fylkeskommuner med et høyt inntektsnivå enn i fylkeskommuner med et lavt inntektsnivå. I St.meld. nr. 44 (1995–96) argumenteres det for en lav refusjonssats,

blant annet på grunn av faren for uønskede vridningseffekter mellom pasientgrupper og geografisk skjevfordeling.²⁴

I tillegg til nivået på de frie inntektene vil mulighetene for en god fylkeskommunal medfinansiering være avhengig av hvordan helsesektoren prioriteres i forhold til andre sektorer som fylkeskommunen har ansvar for, og av dens evne og vilje til å omstille og effektivisere sykehusene. Kostnadsnivået og kostnadsutviklingen ved det enkelte sykehus vil også være avgjørende for behovet for fylkeskommunal medfinansiering.

Veksten i behandlingsaktiviteten skal nås ved å øke behandlingsskapasiteten ved norske sykehus.²⁵ I St.meld. nr. 44 (1995–96) framgår det at økt kapasitet skal realiseres ved hjelp av økte bevilgninger til sektoren og ved å legge om til et finansieringssystem som i sterkere grad stimulerer til å øke behandlingsskapasiteten i sykehusene.²⁶ I St.meld. nr. 24 (1996–97) *Tilgjengelighet og faglighet* understrekes det at kapasiteten må bygges opp på både personell- og utstyrssiden.²⁷

I St.meld. nr. 24 (1996–97) framgår det at den viktigste årsaken til at pasientene må vente lenge på behandling, og at ventelistene øker, er at kapasiteten i de elektive (det vil si planlagte) tilbudene er for lav.²⁸ I behandlingen av meldingen uttrykker komiteens flertall at det er nødvendig å øke antall sykehus og sykehusavdelinger som primært driver med planlagt virksomhet.²⁹ I St.meld. nr. 44 (1995–96) pekes det på at planlagt og akutt virksomhet i større grad enn i dag bør skilles, da dette kan gi flere planlagte behandlinger.³⁰

3.2 STYRINGSINFORMASJON I SYKEHUSENE

Styring handler om å få til en best mulig forvaltning av virksomhetens ressurser. Målstyring er en form for styring som innebærer fokus på sammenhengen

¹⁹ St.prp. nr. 1 (1997–98), side 175.

²⁰ St.prp. nr. 1 (1997–98), side 175.

²¹ Innst. S. nr. 165 (1994–95), side 6.

²² Side 27.

²³ Riksrevisjonens undersøkelse av øremerkede tilskudd, jf. Dokument nr 3:5 (1999–2000), viser at prisvridende tilskudd med krav om egenandel virker sterkest på aktivitetsnivået i de mest velstående kommunene.

²⁴ Side 27.

²⁵ St.meld. nr. 24 (1996–97) *Tilgjengelighet og faglighet*, side 59.

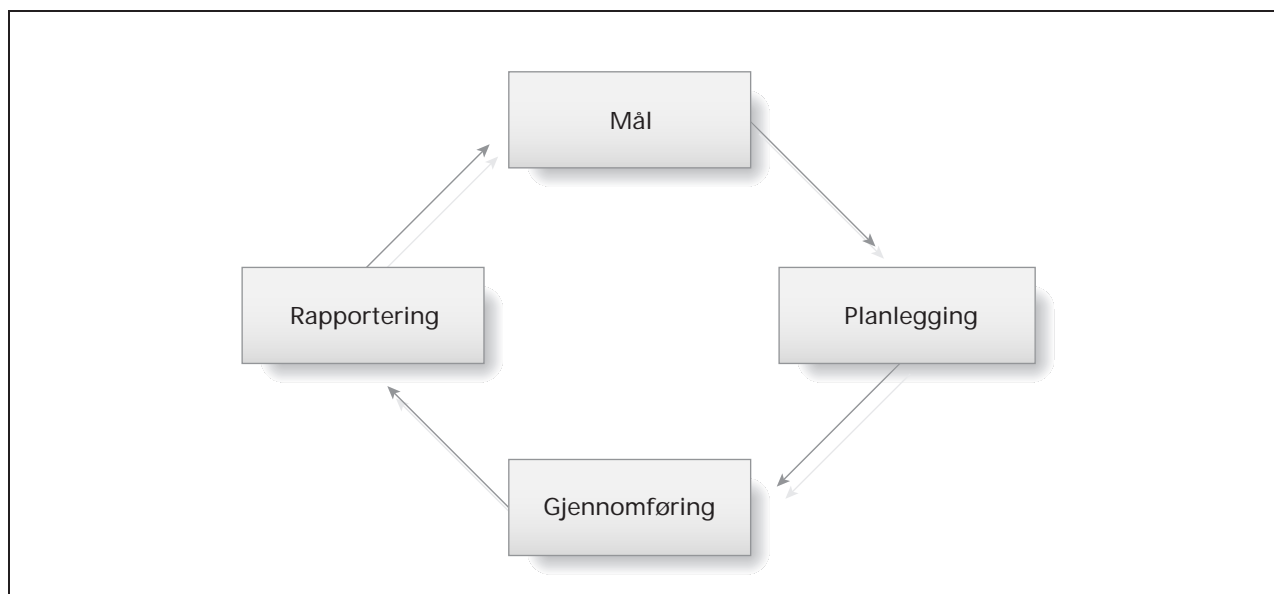
²⁶ Side 3.

²⁷ St.meld. nr. 24 (1996–97), side 60.

²⁸ Side 23.

²⁹ Dette er nødvendig både av kvalitetshensyn og av hensyn til å oppnå en bedre utnyttelse av fagpersonalet og kapasiteten, uten at en skal gjøre mange sykehus til rene nisjesykehus på sterkt avgrensede medisinske områder, jf. Innst. S. nr. 237 (1996–97), side 10.

³⁰ Side 21.



Figur 1 Styringsprosessen

mellom målsettinger og de resultater som oppnås. For å kunne styre på en god måte bør det fastsettes mål å styre etter. Først etter gjennomføringen er det mulig å vurdere måloppnåelsen gjennom å sammenligne planlagte resultater med faktiske resultater i rapporteringen. Et slikt styringssystem kan framstilles som en lærings sirkel, se for eksempel Busch et al. (1999), Jacobsen et al. (1995)³¹.

Gode styrings- og rapporteringssystemer på alle nivåer i sykehusene er en forutsetning for god styring. I NOU 1997:2 *Pasienten først!* framgår det at det enkelte sykehus må ha systemer for løpende evaluering av egen virksomhet på et bredt plan.³² Sykehusene har tidligere ofte fokusert mest på økonomisk styring, supplert med produksjonsoversikter, fordelt på organisasjonsheter eller avdelinger.³³ Etter innføringen av ISF er sykehusenes finansiering avhengig av hvilke pasientgrupper som behandles. For å kunne styre sykehusene øker derfor kravene til kjennskap om blant annet behandlingsaktivitet, ressursforbruk og ventetider, fordelt på de ulike pasientgruppene.

Ledelsesrapportene kjennetegnes ved at de kommer til fastsatte tider og inneholder samme type informasjon hver gang. Ledelsesrapportene gir informasjon om virksomhetens resultater og brukes som beslutningsgrunnlag. I ledelsesrapportene ved sykehuset bør indikatorene innenfor hvert målområde ha verdier for plan, realisert/regnskap og prognose, slik at rapporteringen kan gjøres på avvik.

I behandlingen av St.meld. nr. 50 (1993–94) uttrykker sosialkomiteens flertall at den ser på DRG-

systemet som et godt grunnlag for planlegging og budsjettering både internt i det enkelte sykehus og mellom sykehus i fylkene.³⁴ DRG-systemet skal være et hjelpemiddel for oppbygging av et funksjonelt driftssystem, som skal gi en mer rasjonell styring på det enkelte sykehus, og gi et bedre grunnlag for å styre sykehusene. Sosial- og helsedepartementet har overfor alle fylkeskommunene lagt stor vekt på at det utføres DRG-analyser og rapporter for sykehusene, slik at dette kan brukes i planlegging og ressursdisponering.³⁵ Departementet har imidlertid ikke forutsatt at sykehusene skal ha en fullstendig oversikt over faktiske kostnader knyttet til behandlingen av enkeltpasienter eller diagnosegrupper, først og fremst fordi dette ville kreve betydelige økte administrative ressurser.

ISF forutsetter at økonomiske incentiver virker innenfor sykehussektoren, jf. St.meld. nr. 44 (1995–96). Et sykehus vil som følge av ISF ha incentiv til å behandle pasientgrupper som sykehuset kan behandle mer kostnadseffektivt enn andre sykehus.³⁶ Den viktigste motiverende faktoren når ISF-refusjonen for ulike pasientgrupper er gitt, er i prinsippet at sykehus med høyt kostnadsnivå antas å ville redusere behandlingskostnadene. ISF har derfor ført til at kunnskap om tjenestekostnader er blitt viktigere enn tidligere for å generere forbedringer av interne prosesser.³⁷

ISF-systemet innebærer at to sykehus med ulikt kostnadsnivå får lik refusjon for samme type be-

³¹ «Økonomistyring i det offentlige», Busch et al. 1999, «Resultatvurderinger i offentlig sektor», Jacobsen et al. 1995.

³² Side 62.

³³ Næss-Ulseth og Eeg Larsen (1999), Styring ved sykehus, Magma nr. 4–1999.

³⁴ Innst. S. nr. 165 (1994–95), side 36.

³⁵ St.meld. nr. 50 (1993–94), side 67.

³⁶ Kilde: Pettersen & Bjørnenak (1997). «Fra økonomisk teori til klinisk praksis». Cappelen Akademisk Forlag.

³⁷ Kilde: Pettersen & Bjørnenak (1997). «Fra økonomisk teori til klinisk praksis». Cappelen Akademisk Forlag; Bjørnenak & Pettersen (1998) «Hva koster pasienten?», Praktisk økonomi og ledelse

handling fra staten gjennom DRG-systemet. Kostnadene til det enkelte sykehus vil nødvendigvis i større eller mindre grad avvike fra gjennomsnittet. Derfor blir det vanskelig for hvert enkelt sykehus bare med utgangspunkt i DRG-systemet å budsjettere ut fra et forventet antall behandlinger. Tilsvarende blir det også vanskelig å beregne de økonomiske konsekvensene av å øke eller redusere behandlingsaktiviteten. For å oppnå en god kostnadskontroll bør sykehuset ha kunnskaper om egen kostnadsstruktur utover informasjonen som gis i DRG-systemet.

Gjennomsnittskostnader for en hel pasientgruppe kan være for aggregert til at sykehusene kan beregne de økonomiske konsekvensene av endringer i behandlingsaktiviteten. Søkelyset kan i stedet rettes mot kostnader knyttet til deltjenester som pleie, operasjon, og røntgen. Deltjenestene forbruker ressurser og er sentrale for å påvirke ressursforbruket. Kunnskap om hvor mye ressurser som brukes på de ulike deltjenestene for ulike pasientgrupper, vil gjøre det enklere å beregne de økonomiske konsekvensene ved endringer i behandlingsaktiviteten.

ISF skal stimulere sykehusene til å fokusere på forhold som hindrer økt behandlingsaktivitet. ISF fører til at sykehusene i større grad enn tidligere må fokusere på kostnadsforhold og identifisering av flaskehals for effektiv pasientbehandling.³⁸ En flaskehals er en faktor som hindrer gjennomstrømmingen av pasienter i sykehuset. Mangel på operasjonssykepleiere, mangel på anestesileger, lav utnyttelse av operasjonsstuen og mangel på senger er noen eksempler på faktorer som kan være flaskehals i sykehus. Ved å iverksette tiltak som fjerner flaskehalsene, kan sykehusene gi et behandlingstilbud til flere pasienter.

I et aktivitetsbasert finansieringssystem er det en risiko for at utilsiktede effekter kan oppstå, jf. Sosial- og helsedepartementets rundskriv om ISF.³⁹ Eksempelvis kan lønnsomme pasienter bli prioritert, og ulønnsomme pasienter kan bli skjøvet mellom sykehusene. DRG-systemets eventuelle effekt på behandlingskvaliteten har også vært et sentralt tema.⁴⁰ En mulig effekt er at økt fokus på å behandle flere pasienter medfører at pasientene skrives ut for tidlig og må reinnlegges. Dersom sykehusene ikke har systemer som registrerer eventuelle uønskede sidevirkninger av ISF på sitt eget sykehus, kan slike forhold unndra seg oppmerksomhet.

3.3 MEDISINSK REGISTRERINGS- PRAKSIS – PRIORITERING OG KRYP

ISF innebærer at det er blitt etablert en direkte kopling mellom den medisinske registreringen og finansieringen av sykehusene. Svak medisinsk registrering vil påvirke både de totale statlige utbetalingene og fordelingen av utbetalingene mellom fylkeskommunene. Dersom refusjonen fra fylkeskommunene blir videreført internt i sykehusene basert på registrert aktivitet, fører eventuelle feil i den medisinske registreringen til at ressurstilgangen endres helt ned på avdelingsnivå i sykehusene. Dermed kan feil i den medisinske registreringen også på en utilsiktet måte påvirke hvilke pasientgrupper som prioriteres. Den medisinske registreringen påvirker også kvaliteten på pasientstatistikken og dermed beslutningsgrunnlaget for styring av helsetjenestene.

ISF inkluderer et målesystem, DRG-systemet. Valg av hoveddiagnose, bidiagnoser og prosedyrekoder påvirker i hvilken DRG pasientoppholdet blir klassifisert. DRG-systemet forutsetter enhetlig registrering av diagnoser (ICD-10) og prosedyrer (NCSP) knyttet til pasientopphold.⁴¹ Svenske undersøkelser antyder ved revisjon av pasientjournaler mellom 10 og 20 prosent feil både i hoveddiagnose og bidiagnoser, med tilsvarende konsekvenser for klassifiseringen i DRG basert på korrekte medisinske registreringer.⁴²

DRG-indeksen er et mål på hvor ressurskrevende pasientene ved et sykehus i en gitt periode har vært. En økning i DRG-indeksen indikerer at pasientene som behandles, er blitt mer ressurskrevende enn tidligere. DRG-indeksen kan også øke uten at den reelle pasienttyngden har økt. Dette kan blant annet skje ved en mer fullstendig registrering av bidiagnoser og prosedyrekoder. I tillegg kan sykehusene ha endret registreringspraksisen som følge av en økonomisk tilpasning, ved for eksempel å tilføye bidiagnoser uten at det er reelt grunnlag for det. En slik taktisk medisinsk registrering vil medføre at sykehuset oppnår inntekter det ikke er berettiget til.

Departementet har satt en øvre krypgrense for DRG-indeksen, blant annet for å unngå en taktisk registrering som gir en høyere refusjon. Dersom fylkeskommunene opplever en avkorting i refusjonen fra staten, skyldes det at den har hatt en sterkere vekst i den registrerte pasienttyngden (DRG-indeksen) enn forutsatt. Krypgrensen har endret seg siden innføringen av ISF. I forbindelse med at krypgrensen ble satt til 1 prosent for 1998, ble det pekt på at dette skulle gi rom for den variasjon som kan oppstå som følge av en faktisk tyngre pasientsammensetning.⁴³

³⁸ St.prp. nr. 1 (2000–2001), side 176.

³⁹ Innsatsstyrt finansiering (ISF) – en orientering om ordningen og tenkningen rundt ordningen, punkt 4.

⁴⁰ Kilde: Pettersen & Bjørnenak (1997). «Fra økonomisk teori til klinisk praksis». Cappelen Akademisk Forlag.

⁴¹ Sjekklister for registrering, datakvalitet og avlevering av oppholdsdata fra sykehusene (SHD, 1999).

⁴² Läkartidningen nr. 16, 1995 av Olaf Steinum: «Korrekt diagnos ger rätt ersättning».

⁴³ St.prp. nr. 1 (1996–97), side 238.

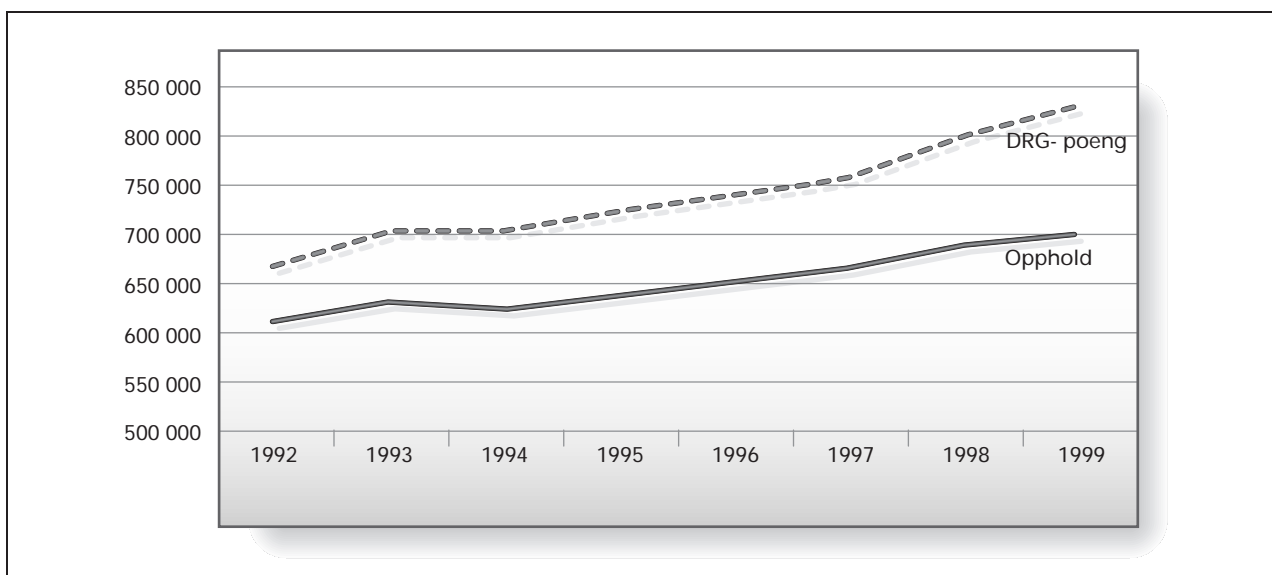
4 Tilgjengelighet til helsetjenestene

Dette kapittelet belyser om ISF har ført til økt behandlingsaktivitet ved sykehusene. Det er videre undersøkt om de geografiske skjevhetene mellom fylkeskommunene i tilgjengeligheten til helsetjenester er forsterket etter innføringen av ISF. Mulige forklaringer til forskjeller i utviklingen i behandlingsaktiviteten mellom fylkeskommune er også belyst.

4.1 UTVIKLING I BEHANDLINGS-AKTIVITETEN

4.1.1 Utvikling i behandlingsaktiviteten

Hovedmålet med innføringen av ISF i 1997 var å øke behandlingsaktiviteten. Utviklingen i behandlingsaktiviteten kan belyses gjennom å beregne veksten i antall DRG-poeng og heldøgnsopphold. Figur 2 viser utviklingen i disse to aktivitetsmålene i perioden fra 1992 til 1999, det vil si både før og etter at ISF ble innført i 1997.



Figur 2 Utvikling i antall heldøgnsopphold⁴⁴ og antall DRG-poeng⁴⁵ i perioden 1992–99
Kilde: Senter for helseadministrasjon (2001)

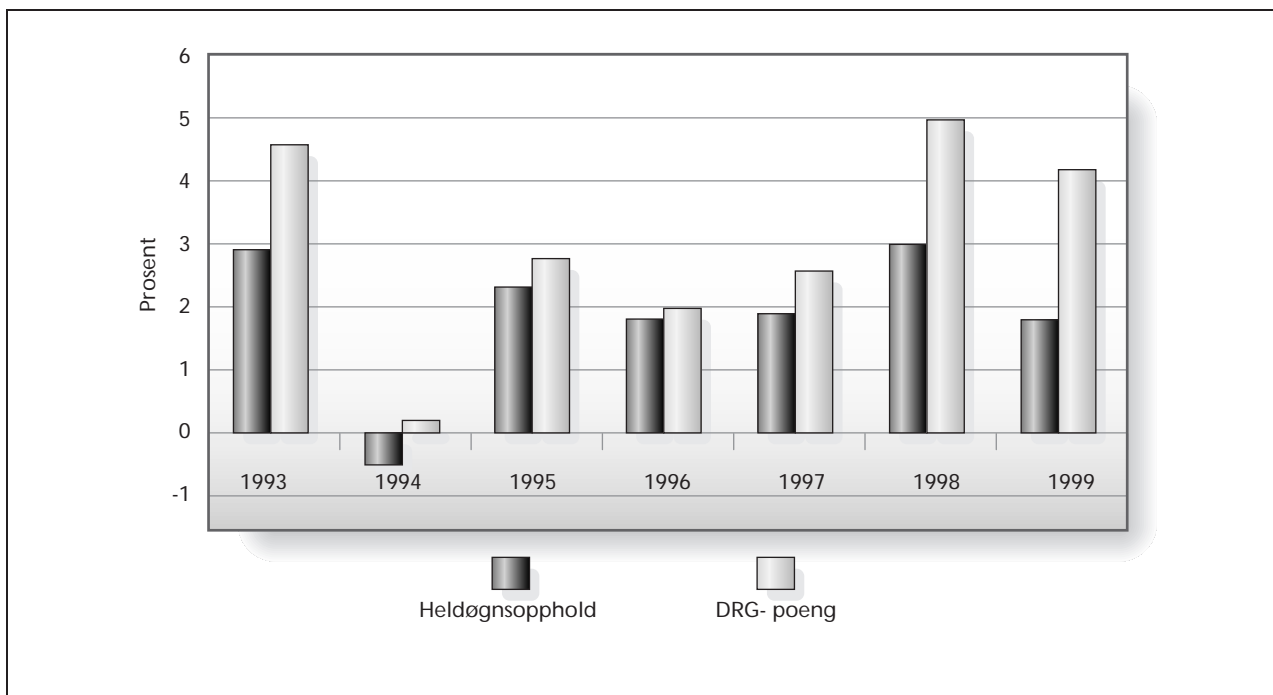
Figur 2 viser at antall heldøgnsopphold har økt med 14 prosent, fra 611 000 opphold i 1992 til 698 000 opphold i 1999. I samme periode har antall DRG-poeng økt fra 668 000 poeng til 831 000 poeng, en økning på 24 prosent. Det vil si at veksten i antall DRG-poeng har vært sterkere enn veksten i

antall heldøgnsopphold. Dette har sammenheng med en mer ressurskrevende pasientsammensetning og en mer komplett medisinsk registrering.

Figur 3 gir en oversikt over den årlige prosentvise veksten i antall heldøgnsopphold og antall DRG-poeng i perioden fra 1993 til 1999.

⁴⁴ Med antall heldøgnsopphold menes her antall pasientopphold per bostedsfylke med liggedager 0 og over. Dette betyr at dagpasienter er inkludert, men at polikliniske konsultasjoner og dagkirurgi er ekskludert.

⁴⁵ Dagkirurgi er ikke inkludert i antall DRG-poeng. Dagkirurgi er fra 1999 finansiert av ISF-ordningen. For å få konsistente tidsrekker ekskluderes de dagkirurgiske pasientoppholdene også for 1999.



Figur 3 Årlig prosentvis vekst i antall heldøgnsopphold og antall DRG-poeng i perioden fra 1992 til 1999
Kilde: Senter for helseadministrasjon (2001)

Figur 3 viser at den prosentvise årlige veksten i behandlingsaktiviteten var sterkest i 1998, det første året etter innføringen av ISF. Videre viser figuren at den prosentvise veksten i antall heldøgnsopphold i 1999 ikke var sterkere enn i de siste årene før innføringen av ISF. I 1999 var imidlertid veksten i antall DRG-poeng sterkere enn den var i årene før ISF ble innført. Dette indikerer at pasientene som behandles ved sykehusene er blitt mer ressurskrevende å behandle.

Senter for helseadministrasjon har på oppdrag fra Riksrevisjonen utført en statistisk analyse for å belyse om ISF har bidratt til å øke behandlingsaktiviteten ved de somatiske sykehusene. I denne analysen er det undersøkt hvilken effekt ISF isolert sett har hatt på behandlingsaktiviteten i sykehusene. Analysen viser at ISF har ført til større behandlingsaktivitet i fylkeskommunene. I analysen er det kontrollert for at behandlingsaktiviteten også kan være påvirket av andre fylkeskommunale inntekter enn ISF og av befolknings sammensetningen i fylkeskommu-

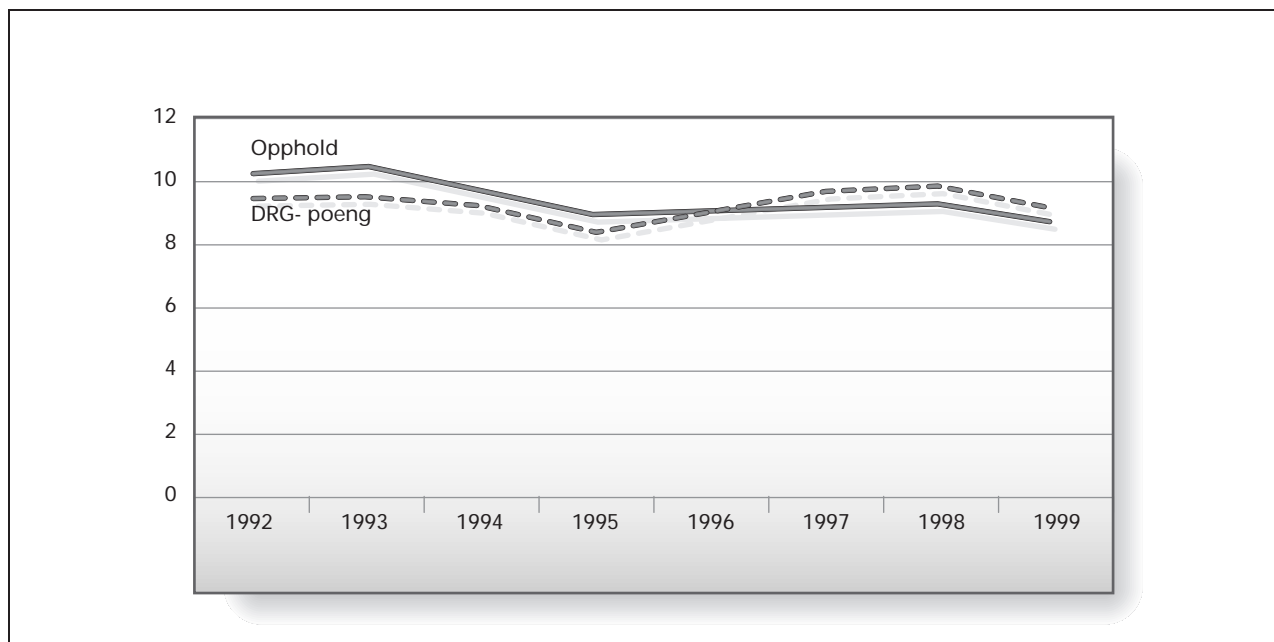
nene. Et generelt funn er at ISF har hatt en positiv effekt på behandlingsaktiviteten på både kort og lang sikt, og langtidseffekten er høyere enn korttidseffekten.

4.1.2 Geografiske variasjoner i behandlingsaktiviteten

I St.meld. nr. 44 (1995–96) pekes det på at ISF kan forsterke geografiske ulikheter i behandlingstilbudet på grunn av ulik finansiell situasjon i fylkeskommunene. Analysen til Senter for helseadministrasjon har belyst om ISF har ført til større forskjeller mellom fylkeskommunene i tilgangen til somatiske helsetjenester.

Det statistiske målet variasjonskoeffisienten⁴⁶ er brukt for å belyse forskjeller mellom fylkeskommunene i behandlingsaktiviteten. Figur 4 viser utviklingen i variasjonskoeffisienten i perioden fra 1992 til 1999, målt både ut fra antall heldøgnsopphold og antall DRG-poeng.

⁴⁶ Variasjonskoeffisienten er et spredningsmål som angir spredningens relative størrelse i forhold til gjennomsnittet. Variasjonskoeffisienten er gitt ved standardavviket over gjennomsnittet.



Figur 4 Forskjeller i behandlingsaktiviteten mellom fylkeskommunene i perioden fra 1992 til 1999
Kilde: Senter for helseadministrasjon (2001)

Figur 4 viser at det ikke er blitt større forskjeller i behandlingsaktiviteten mellom fylkeskommunene etter innføringen av ISF i 1997. Forskjellene i behandlingsaktiviteten mellom fylkeskommunene har vært ganske stabil i perioden fra 1992 til 1999.

I 1996 hadde fylkeskommuner med et høyt inntektsnivå i gjennomsnitt flere heldøgnsopphold per innbygger enn fylkeskommuner med et lavt inntektsnivå. Selv om fylkeskommunene får refusjon

fra staten for hver behandlet pasient, må de også bidra med midler fra de frie inntektene. Av den grunn antar en at fylkeskommuner med høye frie inntekter har større mulighet til å benytte seg av tilskuddsordningen enn fylkeskommuner med lave frie inntekter. Tabell 2 viser gjennomsnittlig antall heldøgnsopphold per 1000 innbyggere i 1996 og 1999 i fylkeskommuner med et lavt, et middels og et høyt inntektsnivå, målt ved de frie inntektene.⁴⁷

Tabell 2 Antall heldøgnsopphold per 1000 innbyggere i 1996 og 1999 etter fylkeskommunenes inntektsnivå

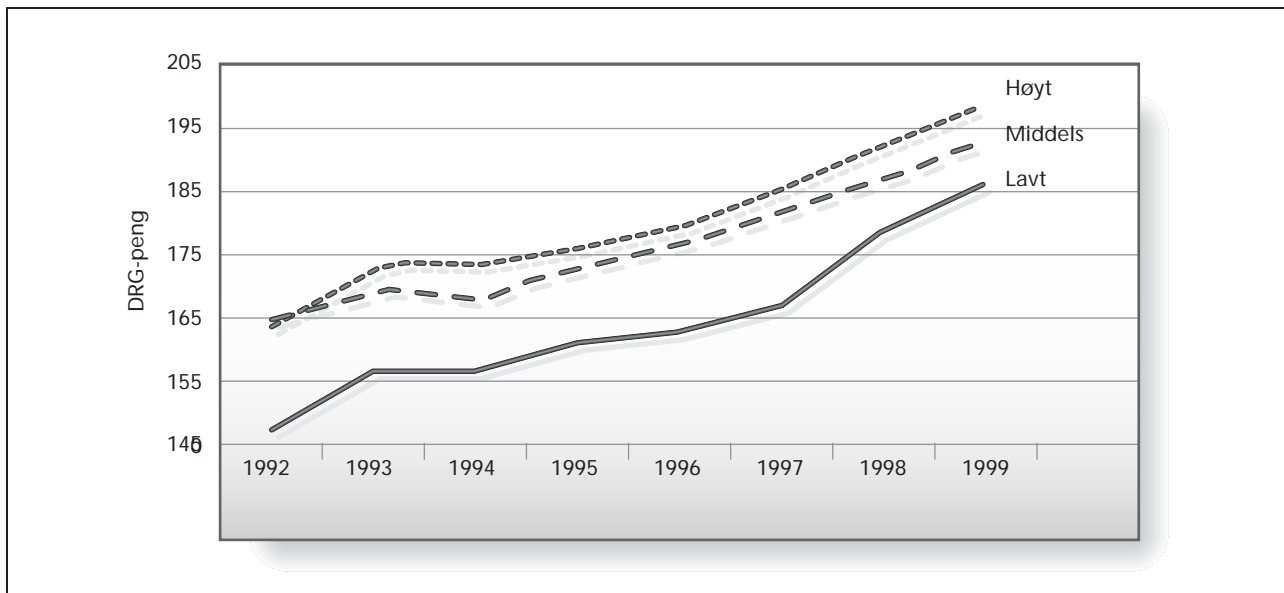
Inntektsnivå	1996	Indeks	1999	Indeks	Prosentvis vekst
Lavt	145,5	95	154,5	96	6,2
Middels	152,8	100	160,8	100	5,2
Høyt	164,0	107	170,8	106	4,2
Samlet	153,1	100	161,1	100	5,2

Kilde: Beregninger basert på data fra Samdata

Tabell 2 viser at fylkeskommunene med et høyt inntektsnivå hadde flest heldøgnsopphold per innbygger både i 1996 og 1999, mens fylkeskommunene med et lavt inntektsnivå hadde færrest. Fra 1996 til 1999 har imidlertid antall heldøgnsopphold per

innbygger økt mest i fylkeskommuner med et lavt inntektsnivå. Etter innføringen av ISF er det derfor blitt mindre forskjeller i antall heldøgnsopphold mellom fylkeskommuner med et lavt og et høyt inntektsnivå.

⁴⁷ Tabell 1 i kapittel 2 viser hvilke fylkeskommuner som har henholdsvis et høyt, et middels og et lavt inntektsnivå.



Figur 5 DRG-poeng i perioden fra 1992 til 1999 etter fylkeskommunenes inntektsnivå
Kilde: Senter for helseadministrasjon (2001)

Figur 5 illustrerer ytterligere utviklingen i behandlingsaktiviteten i 1990-årene. Figur 5 viser utviklingen i antall DRG-poeng i perioden fra 1992 til 1999 i fylkeskommuner med et lavt, et middels og et høyt inntektsnivå.

Figur 5 viser at det ikke har vært stor variasjon i veksten i antall DRG-poeng i perioden fra 1992 til 1999 mellom fylkeskommuner med lavt, middels og høyt inntektsnivå. Figuren viser at etter innføringen av ISF er det en tendens til at behandlingsaktiviteten har økt mest i fylkeskommunene med et lavt inntektsnivå.

Resultatene fra den statistiske analysen til Senter for helseadministrasjon viser også at ISF har hatt størst effekt på utviklingen i behandlingsaktiviteten i fylkeskommuner med et lavt inntektsnivå. I fylkeskommuner med et høyt og et middels inntektsnivå er effekten av ISF på behandlingsaktiviteten signifikant lavere enn i fylkeskommuner med et lavt inntektsnivå. Ifølge Senter for helseadministrasjon kan en mulig forklaring på disse resultatene være at antallet behandlede pasienter per innbygger i utgangspunktet var på et lavere nivå i fylkeskommuner med et lavt inntektsnivå. Resultatene kan også ha sammenheng med fylkesvise forskjeller i tilgang til helsepersonell og fylkesvise forskjeller i kostnadseffektivitet mellom sykehusene.

Sosial- og helsedepartementet peker på at fylkeskommunene i kategorien «høyt inntektsnivå» blant annet kan karakteriseres ved at de er utkantfylker. Departementet mener at store geografiske avstander i disse fylkene gjør det vanskelig å bruke dagbehandling framfor innleggelse i sengeavdelinger.⁴⁸

Beregninger med utgangspunkt i statistikk fra Samdata viser imidlertid at fylkeskommunene med et høyt inntektsnivå samlet sett hadde både flere dagbehandlinger og flere polikliniske konsultasjoner per innbygger enn de andre fylkeskommunene i 1999. Ifølge Samdata er det generelt heller ingen systematisk sammenheng totalt sett mellom nivået på antall heldøgnsopphold og nivået på dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner.⁴⁹

4.1.3 Geografiske variasjoner i behandlingsaktiviteten på diagnosnivå⁵⁰

I St.meld. nr. 44 (1995–96) pekes det på at en for høy refusjonssats fra staten innebærer en fare for uønskede vridningseffekter mellom pasientgrupper.⁵¹ Riksrevisjonen har derfor undersøkt utviklingen i ressursmessig tunge, middels tunge og lette pasientbehandlinger etter innføringen av ISF.

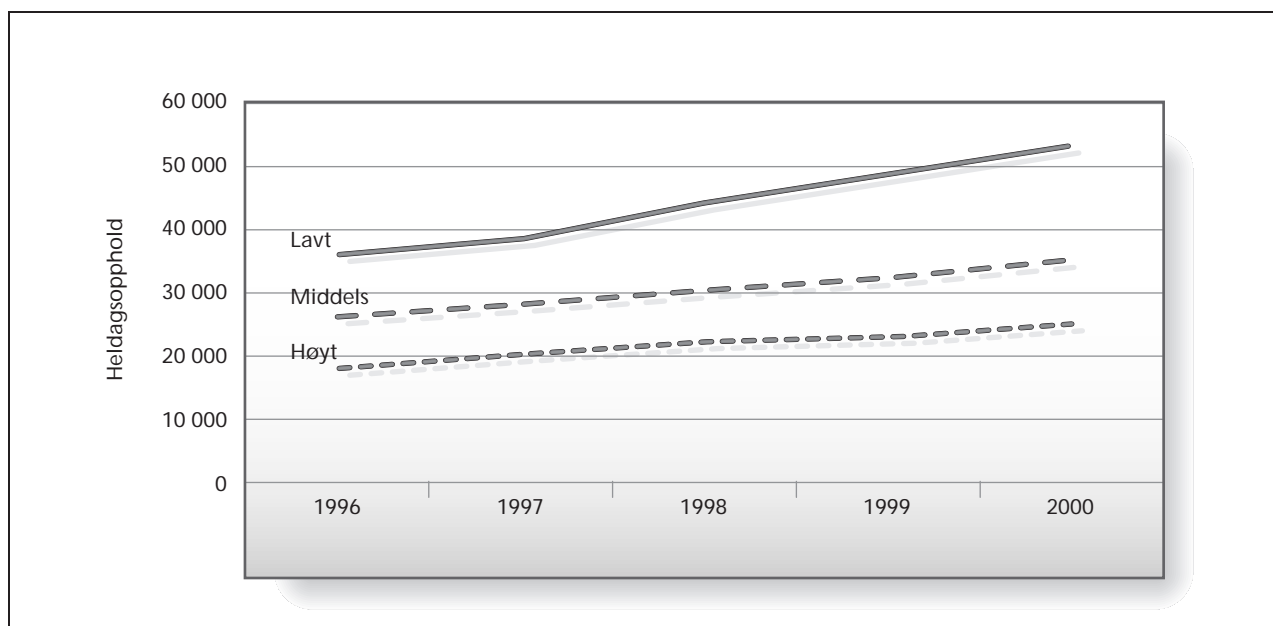
Antall heldøgnsopphold i sykehusene har totalt sett økt med sju prosent fra 1996 til 2000. I denne perioden har det vært sterkest vekst i ressursmessige tunge behandlinger. Antall tunge heldøgnsopphold økte med 40 prosent fra 1996 til 2000, mens både lette og middels tunge heldøgnsopphold har økt med to prosent i samme periode.

⁴⁸ Departementets brev til Riksrevisjonen av 24. oktober 2001.

⁴⁹ Samdata 1/00, side 39.

⁵⁰ Oslo kommune er ikke klassifiserbar og inngår derfor som restkategori i analysen.

⁵¹ Side 27.



Figur 6 Antall ressursmessig tunge heldøgnsopphold i perioden fra 1996 til 2000 i fylkeskommunene etter inntektsnivå

Kilde: Beregninger basert på data fra Norsk Pasientregister

Figur 6 viser utviklingen i antall ressursmessige tunge heldøgnsopphold fra 1996 til 2000 i fylkeskommuner med et høyt, et middels og et lavt inntektsnivå.

Figur 6 viser at det i perioden fra 1996 til 2000 har vært en vekst i ressursmessig tunge heldøgnsopphold, uansett inntektsnivå for fylkeskommunene. De ressursmessig tunge heldøgnsoppholdene har imidlertid økt mest i fylkeskommunene med et lavt inntektsnivå. I fylkeskommuner med et lavt inntektsnivå har antall tunge heldøgnsopphold økt med 48 prosent fra 1996 til 2000, mens veksten i fylkeskommuner med et høyt og et middels inntektsnivå var på henholdsvis 36 prosent og 33 prosent.⁵²

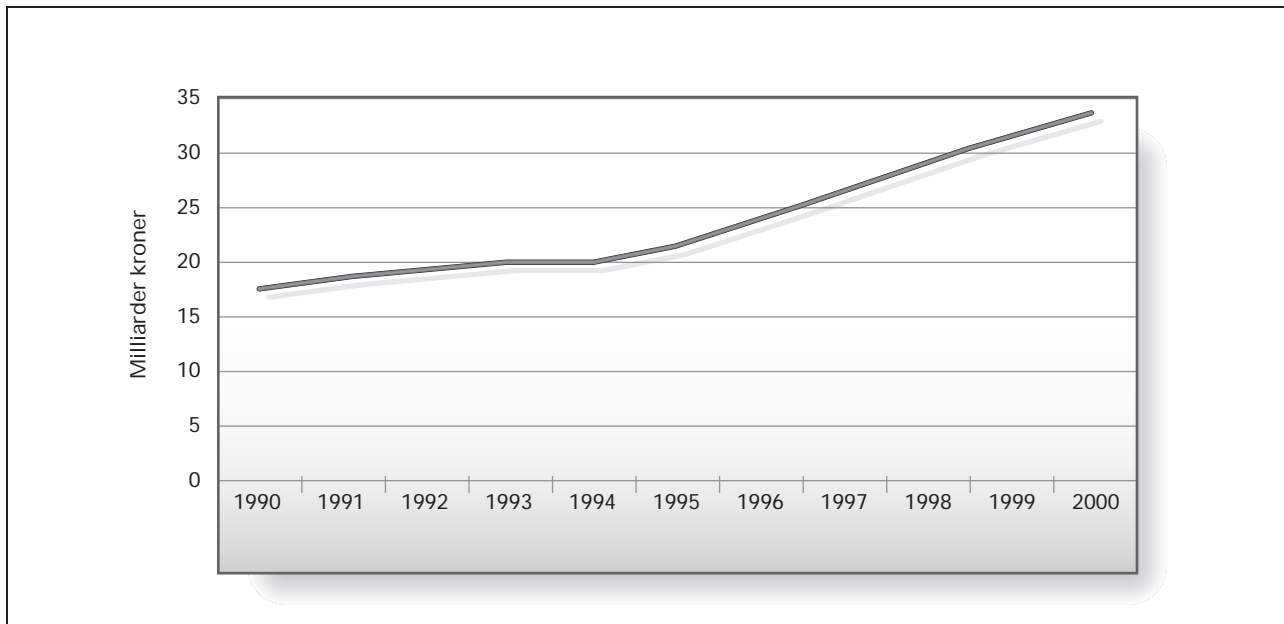
4.2 UTVIKLING I RESSUR SINNSATSEN, KAPASITETEN OG RESSUR-UTNYTTELSEN

ISF har hatt sterkst effekt på behandlingsaktiviteten i fylkeskommuner med et lavt inntektsnivå. Etter innføringen av ISF har disse fylkeskommunene i gjennomsnitt hatt en sterkere vekst i behandlingsaktiviteten enn fylkeskommunene med et høyt inntektsnivå. I dette kapittelet er det sett på om dette kan forklares med forskjeller i ressursutnyttelse, eller om det har sammenheng med forskjellig utvikling i ressursinnsatsen og kapasiteten etter innføringen av ISF.

4.2.1 Utvikling i ressursinnsatsen

Figur 7 viser utviklingen i brutto driftsutgifter til somatiske sykehus i perioden fra 1990 til 2000.

⁵² Fylkeskommuner med et lavt inntektsnivå har også en sterkere vekst i tunge behandlinger (10 prosent) fra 1999 til 2000 enn fylkeskommuner med et høyt inntektsnivå (8 prosent) når dagbehandling inkluderer i beregningene i tillegg til heldøgnsopphold.



Figur 7 Brutto driftsutgifter til somatiske sykehus i løpende kroner i perioden fra 1990 til 2000. I milliarder kroner. Tall for 2000 er foreløpige

Kilde: Statistikk fra SSB

Figur 7 viser at det har vært en vekst i ressursinnsatsen innenfor somatikken gjennom hele tiåret, fra 17 milliarder kroner i 1990 til 33 milliarder kroner i 2000. Veksten i ressursinnsatsen var sterkest i siste halvdel av 1990-årene. Dette har blant annet sammenheng med økte lønnsutgifter i sykehusene som følge av lønnsoppgjørene i 1996 for sentrale grupper ved de somatiske sykehusene.

Beregninger viser at det fra 1996 til 1999 har vært en samlet vekst på 17 prosent i fylkeskommu-

nenes netto driftsutgifter⁵³ per innbygger til somatiske sykehus. I 1996 var ressursinnsatsen høyest i fylkeskommuner med et høyt inntektsnivå og lavest i fylkeskommuner med et lavt inntektsnivå. Tabell 3 viser utviklingen i gjennomsnittlige netto driftsutgifter per innbygger til somatiske sykehus fra 1996 til 1999 i fylkeskommuner med et lavt, et middels og et høyt inntektsnivå.

Tabell 3 Netto driftsutgifter til somatiske sykehus per innbygger i 1996 til 1999 etter fylkeskommunenes inntektsnivå. 1999-kroner

Inntektsnivå	1996	Indeks	1999	Indeks	Prosentvis vekst
Lavt	4 062	91	4 784	92	17,8
Middels	4 455	100	5 104	98	14,6
Høyt	4 707	106	5 624	108	19,5
Samlet	4 445	100	5 214	100	17,3

Kilde: Beregninger basert på data fra Samdata

Tabell 3 viser at veksten i ressursinnsatsen (målt ved netto driftsutgifter) etter innføringen av ISF har vært noe sterkere i fylkeskommuner med et høyt inntektsnivå enn i fylkeskommuner med et lavt inntektsnivå. Det er likevel fylkeskommunene med et lavt inntektsnivå som har hatt den sterkeste veksten i behandlingsaktiviteten i perioden, jf. kap. 4.1.

Senter for helseadministrasjon peker på at den marginale nytten av økt pasientbehandling kan være størst i fylkeskommuner med et lavt inntektsnivå fordi disse hadde færrest pasientbehandlinger per innbygger ved innføringen av ISF. Disse fylkeskom-

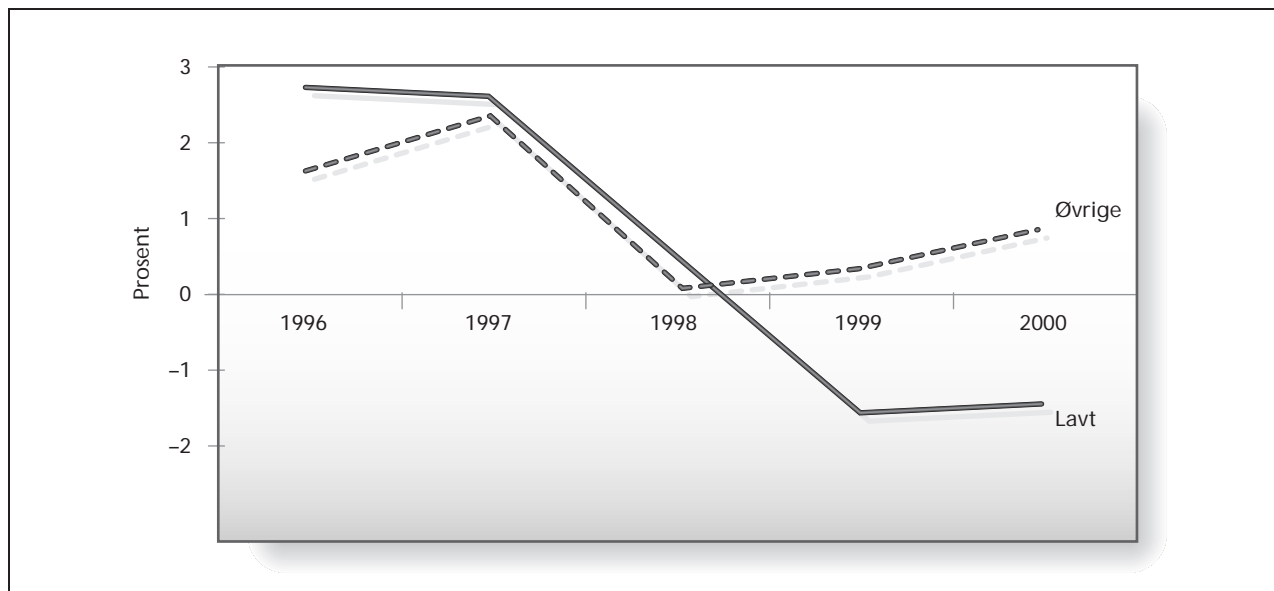
munene kan derfor ha valgt å finansiere en sterkere økning i behandlingsaktiviteten enn de andre fylkeskommunene ved å svekke det økonomiske resultatet til fylkeskommunen.

Fylkeskommunenes økonomiske situasjon forverret seg betydelig i perioden fra 1997 til 1999, jf. St.prp. nr. 47 (1999–2000) *Om sykehusøkonomi og budsjett 2000*. Her pekes det på at fylkeskommunenes økonomiske problemer har sammenheng med en

⁵³ Netto driftsutgifter er definert som brutto driftsutgifter minus brutto driftsinntekter, jf. Samdata-rapport 2/00.

høy aktivitetsvekst i sykehusene uten tilsvarende finansielt grunnlag for denne veksten. Figur 8 viser utviklingen i gjennomsnittlig netto driftsresultat⁵⁴ i

prosent av driftsinntektene til fylkeskommunene med et lavt inntektsnivå sammenlignet med de andre fylkeskommunene fra 1996 til 2000.



Figur 8 Netto driftsresultat som prosentvis andel av driftsinntektene i perioden fra 1996 til 2000 i fylkeskommuner med et lavt inntektsnivå og i de øvrige fylkeskommunene

Kilder: St.prp. nr. 62 (1999–2000) og St.prp. nr. 82 (2000–2001)

Figur 8 viser at fylkeskommunene med et lavt inntektsnivå samlet sett har hatt en mer negativ utvikling i netto driftsresultat enn de andre fylkeskommunene etter innføringen av ISF. Fylkeskommunene med et lavt inntektsnivå har samlet sett hatt et underskudd i de to siste årene, mens de øvrige fylkeskommunene har samlet sett hatt et overskudd. Det kan derfor se ut som om fylkeskommunene med et lavt inntektsnivå i en viss grad har finansiert den økte behandlingsaktiviteten i sykehusene gjennom å svekke det totale økonomiske resultatet til fylkeskommunen.

4.2.2 Utvikling i kapasiteten

I St.meld. nr. 24 (1996–97) pekes det på at veksten i behandlingsaktiviteten blant annet skal skje gjennom å øke behandlingskapasiteten ved sykehusene. Utviklingen i behandlingskapasiteten er belyst ved å se på utviklingen i henholdsvis antall årsverk⁵⁵ per innbygger og antall effektive senger⁵⁶ per innbygger i fylkeskommunene i perioden fra 1996 til 1999. I tillegg er det sett på utviklingen i kapasiteten i de planlagte (elektive) tilbudene i fylkeskommunene.

Årsverk

Tabell 4 viser utviklingen i antall årsverk fra 1996 til 1999 per 1000 innbyggere i fylkeskommuner med et lavt, et middels og et høyt inntektsnivå.

Tabell 4 Antall årsverk per 1000 innbyggere i somatiske sykehus i 1996 og 1999 etter fylkeskommunenes inntektsnivå.

Inntektsnivå	1996	Indeks	1999	Indeks	Prosentvis vekst
Lavt	10,93	92	11,72	93	7,2
Middels	11,18	94	11,83	94	5,8
Høyt	13,25	111	13,77	109	3,9
Samlet	11,92	100	12,61	100	5,7

Kilde: Beregninger basert på data fra Samdata

⁵⁴ Netto driftsresultat er driftsinntektene fratrukket driftsutgiftene, inkludert renter og avdrag på lån.

⁵⁵ Med antall årsverk menes sum antall heltidsansatte i somatiske sykehus pluss antall deltidsansatte omregnet til heltidsansatte etter stillingsbrøk.

⁵⁶ Med effektive senger menes gjennomsnittlig antall tilgjengelige senger i løpet av året beregnet på grunnlag av antall tilgjengelige sengedøgn i institusjonene.

Tabell 4 viser at antall årsverk per 1000 innbygere innenfor somatikken samlet har økt med nærmere 6 prosent fra 1996 til 1999. Nærmere beregninger viser at alle fylkeskommunene har hatt en vekst i antall årsverk per innbygger i denne perioden. Fylkeskommunene med et høyt inntektsnivå har i gjennomsnitt flest antall årsverk per innbygger, mens fylkeskommuner med et lavt inntektsnivå har færrest, og forskjellene er relativt store. Fra 1996 til 1999 er det imidlertid blitt mindre forskjeller mellom fylkeskommunene. Fylkeskommunene med et lavt inntektsnivå har i gjennomsnitt hatt en høyere vekst i antall årsverk i denne perioden enn fylkeskommunene med et høyt inntektsnivå.

Spørreskjemaet viser at sykehusdirektørene mener at legemangel er den viktigste flaskehalsen ved sykehusene. Veksten i antall legeårsverk per innbygger fra 1996 til 1999 har i gjennomsnitt vært om lag like stor i fylkeskommunene med et høyt inntektsnivå som i fylkeskommunene med et lavt inntektsnivå. Antall sykepleiere per innbygger har også økt om lag like mye i fylkeskommuner med et lavt og et høyt inntektsnivå. Nærmere beregninger viser at den ulike veksten i antall årsverk i fylkeskommunene først og fremst har sammenheng med at fylkeskommunene med et lavt inntektsnivå har hatt en sterkere

vekst enn de øvrige fylkeskommunene i administrativt personell.⁵⁷

Fylkeskommunene med et høyt inntektsnivå ligger i hovedsak i distriktene.⁵⁸ Av den grunn kan disse fylkeskommunene ha problemer med å rekruttere helsepersonell for å skape en ønsket vekst i behandlingsaktiviteten. Spørreskjemaundersøkelsen viser også at fylkeskommunene med et høyt inntektsnivå opplever rekruttering av helsepersonell som et større problem enn de øvrige fylkeskommunene. I fylkeskommunene med et høyt inntektsnivå, inkludert alle de fire nordligste fylkene, oppgir 71 prosent av sykehusdirektørene tilgang på leger som en viktig faktor som hindrer vekst i behandlingsaktiviteten. I de øvrige fylkeskommunene opplyser 52 prosent av sykehusdirektørene at mangel på leger er en viktig flaskehals.

Effektive senger

Spørreskjemaundersøkelsen viser at sykehusdirektørene ser på sengekapasiteten som en av de viktigste flaskehalsene ved sykehusene. Tabell 5 viser utviklingen i gjennomsnittlig antall effektive senger per 1000 innbyggere innenfor somatikken fra 1996 til 1999 i fylkeskommuner med et lavt, et middels og et høyt inntektsnivå.

Tabell 5 Antall effektive senger per 1000 innbyggere i somatiske sykehus i 1996 og 1999 etter fylkeskommunenes inntektsnivå

Inntektsnivå	1996	Indeks	1999	Indeks	Prosentvis vekst
Lavt	3,06	96	2,85	93	-7,0
Middels	3,04	96	2,98	97	-2,2
Høyt	3,42	107	3,31	108	-3,3
Samlet	3,18	100	3,06	100	-3,8

Kilde: Beregninger basert på data fra SAMDATA

Tabell 5 viser at det totale antallet effektive senger per innbygger er redusert med nærmere 4 prosent fra 1996 til 1999. For fylkeskommunene med et lavt inntektsnivå er nedgangen i antallet effektive senger per innbygger på 7 prosent. Nærmere beregninger viser at de fleste fylkeskommunene har hatt en nedgang i antall effektive senger i denne perioden. Dette kan ha sammenheng med en vekst i dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. Fylkeskommunene med et høyt inntektsnivå har i gjennomsnitt høyest antall effektive senger per innbygger, mens fylkeskommunene med et lavt inntektsnivå har lavest. Det er blitt større forskjeller mellom fylkes-

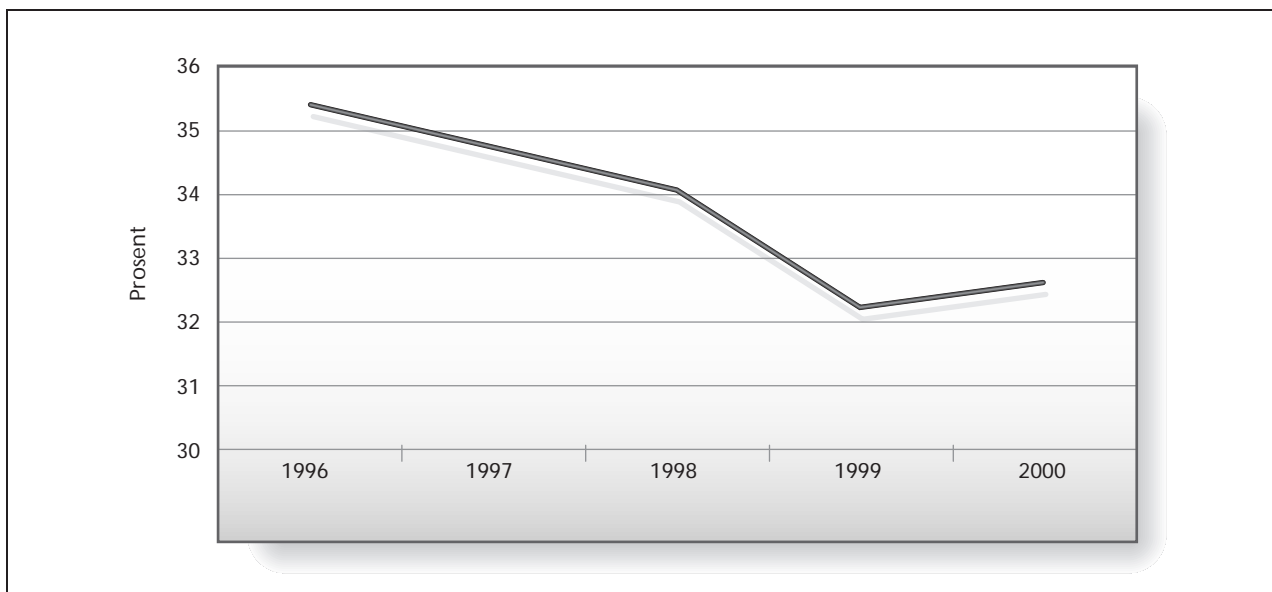
kommunene i antall effektive senger per innbygger i perioden.

Elektivandel

I behandlingen av St.meld. nr. 24 (1996–97) pekte sosialkomiteen på at den viktigste årsaken til at pasientene må vente lenge på behandling, og at ventelistene øker, er at kapasiteten i de planlagte (dvs. elektive) tilbudene er for lav, jf. Innst. S. nr 237 (1996–97). Figur 9 viser utviklingen i andelen elektive heltdøgnopphold i de somatiske sykehusene i perioden fra 1996 til 2000.

⁵⁷ Beregningene er utført med statistikk fra Samdata.

⁵⁸ Se tabell 1 i kapittel 2.

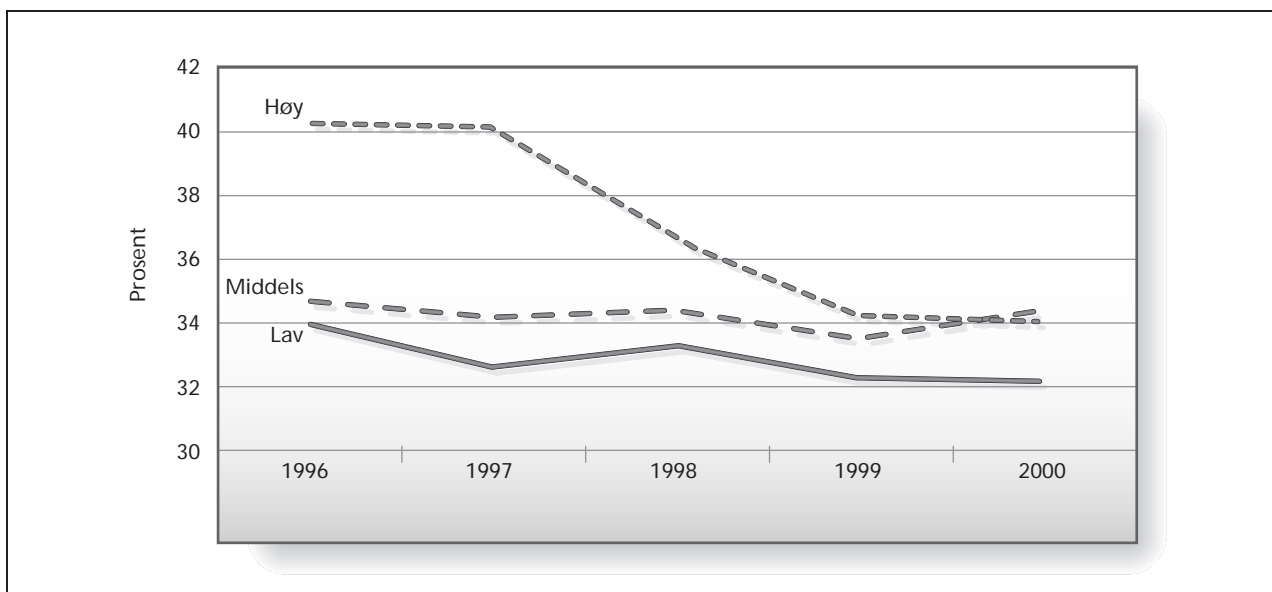


Figur 9 Andelen elektive heldøgnsopphold i perioden fra 1996 til 2000. Tall i prosent

Kilde: Beregninger basert på data fra Norsk Pasientregister

Figur 9 viser at elektivandelen i sykehusene er blitt redusert i perioden fra 1996 til 2000, selv om det er en liten økning i elektivandelen fra 1999 til 2000. I 1996 var elektivandelen på 35 prosent, mens den er redusert til 33 prosent i 2000. I 2000 hadde sykehusene 2 prosent færre elektive heldøgnsopphold enn i 1996. Reduksjonen i elektivandelen skyldes imidlertid først og fremst at antallet akutte pasienter økte med nærmere 11 prosent fra 1996 til 2000.

Utviklingen i elektivandelen i fylkeskommunene kan være en mulig forklaring på hvorfor behandlingsaktiviteten har økt mest i fylkeskommuner med et lavt inntektsnivå. Figur 10 viser utviklingen i gjennomsnittlig elektivandel for heldøgnsoppholdene i perioden fra 1996 til 2000 i fylkeskommuner med et lavt, et middels og et høyt inntektsnivå.



Figur 10 Andelen elektive behandlinger (heldøgnsopphold) i perioden fra 1996 til 2000 etter fylkeskommunenes inntektsnivå. Tall i prosent

Kilde: Beregninger basert på data fra Norsk Pasientregister

Figur 10 viser at elektivandelen i fylkeskommunene med et høyt inntektsnivå var høyere enn for de andre fylkeskommunene i 1996. I perioden fra 1996 til 2000 har fylkeskommunene med et høyt inntektsnivå hatt den sterkeste reduksjonen i elektivandelen, mens nedgangen i elektivandelen for fylkeskommuner med et middels og et lavt inntektsnivå har vært mer moderat. Nærmere beregninger viser at nedgangen i elektivandelen i fylkeskommuner med et høyt inntektsnivå både skyldes en økning i akutte opphold på 14 prosent og en reduksjon på 12 prosent i antallet elektive opphold fra 1996 til 2000. De øvrige fylkeskommunene har hatt en vekst i både antallet elektive og akutte heldøgnsopphold i samme periode.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at sykehus i fylkeskommuner med et lavt inntektsnivå fokuserer mer på elektivandelen i sine ledelsesrapporter enn sykehus i de andre fylkeskommunene. Alle sykehusdirektørene i fylkeskommunene med et lavt inntektsnivå oppgir å ha tilgang til informasjon om elektivandelen ved sykehuset. 64 prosent av disse sykehusdirektørene får informasjon om elektivandelen i ledelsesrapportene. I de øvrige fylkeskommunene informeres 55 prosent av sykehusdirektørene om elektivandelen i ledelsesrapportene. I disse fylkeskom-

munene oppgir nesten hver femte sykehusdirektør at de ikke har tilgang til informasjon om elektivandelen ved sykehuset, verken gjennom ledelsesrapportene eller fra andre kilder.

4.2.3 Utvikling i og kunnskaper om ressursutnyttelsen

ISF har blant annet som siktemål å stimulere til effektiv ressursutnyttelse ved sykehusene. Senter for helseadministrasjon og NIS SAMDATA har sett på hvordan ISF har påvirket sykehusenes effektivitetsutvikling.⁵⁹ Her påvises en positiv og signifikant førsteårseffekt av ISF på gjennomsnittet av sykehusenes tekniske effektivitet, mens langtidseffekten er usikker. Likeledes er effekten av ISF på sykehusenes kostnadseffektivitet usikker.⁶⁰

Statistikk fra Samdata viser forskjeller i kostnadseffektivitet mellom sykehus i fylkeskommuner med forskjellig inntektsnivå. Kostnadseffektiviteten er målt ved forskjeller i arbeidsproduktiviteten og kostnadsnivået.⁶¹ Tabell 6 viser gjennomsnittlig arbeidsproduktivitet og kostnadsnivå i 1999 i fylkeskommuner med et lavt, et middels og et høyt inntektsnivå.

Tabell 6 Arbeidsproduktivitet og kostnadsnivå i 1999 i fylkeskommunene etter inntektsnivå. Tall i prosent av landsgjennomsnittet

Inntektsnivå	Arbeidsproduktivitet	Kostnadsnivå
Lavt	107	96
Middels	102	97
Høyt	95	105
Samlet	100	100

Kilde: Beregninger basert på data fra Samdata

Tabell 6 viser at arbeidsproduktiviteten er høyest og kostnadsnivået lavest i sykehusene i fylkeskommuner med et lavt inntektsnivå. Sykehusene i fylkeskommunene med et lavt inntektsnivå har 12 prosent høyere arbeidsproduktivitet og 9 prosent lavere kostnadsnivå enn sykehusene i fylkeskommuner med et høyt inntektsnivå. Ifølge Senter for helseadministrasjon kan dette være en mulig forklaring på hvorfor ISF har hatt sterkest effekt i fylkeskommunene med et lavt inntektsnivå. Samdata peker i rapport 1/00 for øvrig på at forskjellene i kostnadsnivå og arbeidsproduktivitet mellom fylkeskommunene ikke er blitt utjevnet i 1990 – årene.

I spørreskjemaundersøkelsen er det innhentet opplysninger om i hvilken grad ledelsesrapportene gir informasjon om ressursutnyttelse ved sykehusene. Datamaterialet viser at sykehus i fylkeskommuner med et lavt inntektsnivå har fokusert mer på produktivitet i ledelsesrapportene enn sykehus i fylkes-

kommuner med et høyt inntektsnivå. 36 prosent av sykehusene i fylkeskommuner med et lavt inntektsnivå har produktivitetsindikatorer i ledelsesrapportene, mens 12 prosent av sykehusene i fylkeskommuner med et høyt inntektsnivå har det samme.

Datamaterialet viser videre at sykehusdirektøre-

⁵⁹ Hagen, Iversen og Magnussen (2001). «Sykehusenes effektivitetsutvikling 1992–1999: Hvilke effekter gav innsatsstyrt finansiering?» HERO Skriftserie 2001:5.

⁶⁰ Med teknisk effektivitet menes hvor mye større aktivitet det maksimalt er mulig å oppnå ved hjelp av de tilgjengelige ressursene, mens kostnadseffektivitet også åpner for å kunne endre sammensetningen av innsatsfaktorene innenfor gjeldende kostnadsramme og å ta hensyn til endringer i prisene knyttet til innsatsfaktorene.

⁶¹ Med arbeidsproduktivitet menes antall korrigerte pasientopphold per årsverk. Antall pasientopphold er her korrigert for pasientsammensetning og inkluderer dagopphold og langtidsopphold. Med kostnadsnivå menes her faktiske netto driftsutgifter per korrigerte opphold.

ne ser på liggetid, utnyttelsesgrad av operasjonsstuer og beleggsprosent for senger som de tre mest relevante indikatorene for å styre ressursutnyttelsen ved sykehusene. I fylkeskommuner med et lavt inntektsnivå har en større andel av sykehusene informasjon om disse tre indikatorene i ledelsesrapportene enn i de andre fylkeskommunene. Eksempelvis inngår beleggsprosenten for senger i ledelsesrapportene ved 91 prosent av sykehusene i fylkeskommunene med et lavt inntektsnivå, mens nesten hvert tredje sykehus i de øvrige fylkeskommunene ikke har informasjon om beleggsprosenten for senger i ledelsesrapportene.

Sykehusdirektørene ble videre bedt om å oppgi hva de mener er de fire viktigste forholdene som hindrer økt behandlingsaktivitet ved sykehuset. Sykehusdirektørene oppgir at tilgang på leger og operasjonssykepleiere, sengekapasiteten og kapasiteten i operasjonsstuer er de fire viktigste flaskehalsene ved sykehuset. Undersøkelsen viser også at i fylkeskommunene med et lavt inntektsnivå rapporterer flest sykehus om de viktigste flaskehalsene i ledelsesrapportene. I fylkeskommuner med et lavt inntektsnivå gir ledelsesrapportene i 73 prosent av sykehusene informasjon om en eller flere av de fire viktigste flaskehalsene. I de øvrige fylkeskommunene rapporteres det ved om lag halvparten av sykehusene ikke om de viktigste flaskehalsene.

Det viser seg også at nesten halvparten av sykehusdirektørene i fylkeskommuner med et høyt inntektsnivå er enig i at de ikke har god kjennskap til hva det koster å behandle pasientene. I fylkeskommuner med et lavt inntektsnivå er under hver femte sykehusdirektør enig i at de ikke har god kjennskap til hva det koster å behandle ulike pasientgrupper.

4.3 UTVIKLING I VENTETID ETTER INNFØRINGEN AV ISF

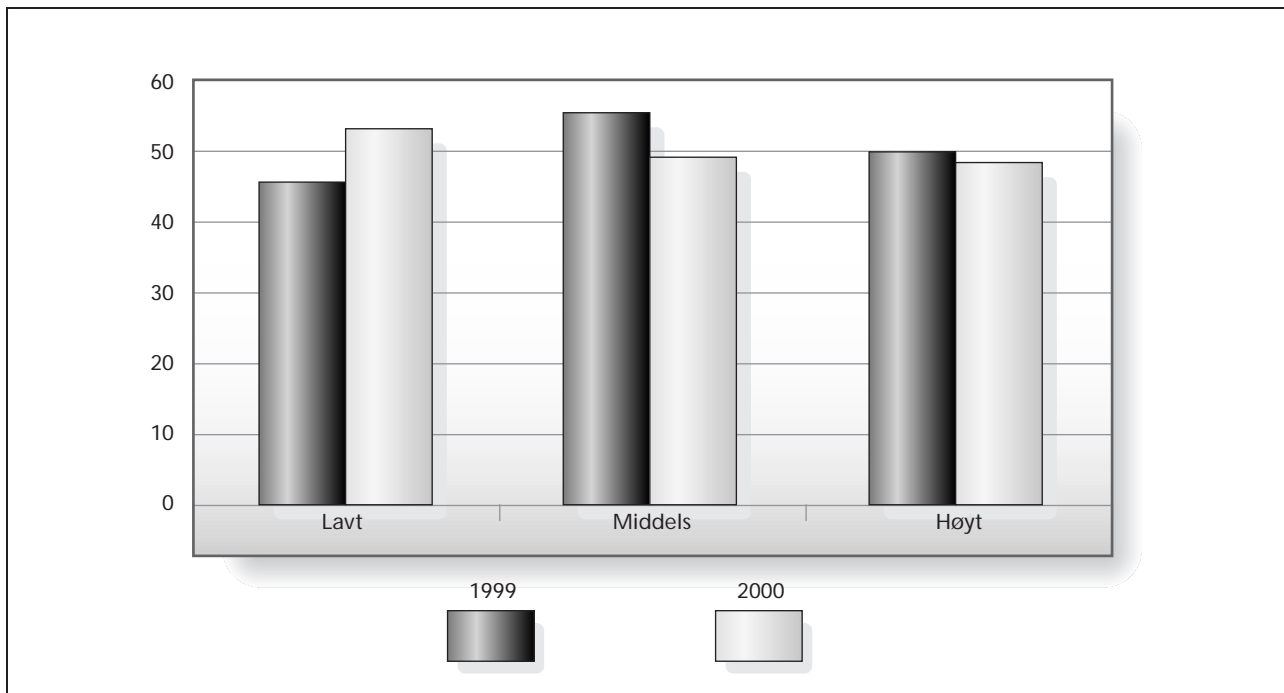
Ventetiden før behandling er et viktig aspekt i befolkningens tilgjengelighet til sykehusstjenestene. Økt behandlingsaktivitet som følge av ISF skal bidra til at fylkene klarer å innfri den til enhver tid gjeldende ventetidsgaranti.⁶² I St.prp. nr. 1 (2000–2001) peker Sosial- og helsedepartementet på at antall brudd på ventetidsgarantien er redusert kraftig siden 1997.

I SAMDATA-rapport 1/00 framgår det at endringer i lovverket og mangelfull datakvalitet gjør det umulig å sammenligne ventetidene før og etter 1999. Fylkeskommunene er videre blitt mer tilbakeholdne med å tildele behandlingsgaranti i de senere år. Fylkeskommunene har dessuten svært ulik praksis med hensyn til å tildele pasientene behandlingsgaranti. Mens Hordaland gav 41 prosent av de innlagte pasientene behandlingsgaranti i 1999, ble det gitt garanti til 10 prosent av pasientene i Buskerud.⁶³ Disse forholdene gjør det lite meningsfullt å vurdere utviklingen i antall garantibrudd i fylkeskommunene i forhold til situasjonen før innføringen av ISF.

Undersøkelsen viser at halvparten av ventelistepasientene ble behandlet innen garantiperioden på tre måneder, både i 1999 og i 2000. Figur 11 viser hvor stor andel av ventelistepasientene som ble behandlet innen tre måneder i 1999 og 2000 i fylkeskommuner med et lavt, et middels og et høyt inntektsnivå.

⁶² St.prp. nr. 1 (1997–98), side 175.

⁶³ Samdata 1/00, side 54.



Figur 11 Andel av pasientene som ble behandlet innen tre måneder i 1999 og 2000 i fylkeskommunene etter inntektsnivå. Tall i prosent

Kilde: Beregninger basert på data fra Norsk Pasientregister

Figur 11 viser at en større andel av ventelistepasientene ble behandlet innen tre måneder i 1999 i fylkeskommuner med et høyt inntektsnivå enn i fylkeskommuner med et lavt inntektsnivå. Fra 1999 til 2000 har det vært en langt sterkere vekst i hvor mange pasienter som behandles innen tre måneder i fylkeskommuner med et lavt inntektsnivå enn i fylkeskommuner med et høyt inntektsnivå. I fylkeskommuner med et høyt inntektsnivå ble andelen pasienter behandlet innen tre måneder redusert fra 1999 til 2000. I 2000 var det derfor i fylkeskommuner med et

lavt inntektsnivå at den største andelen av ventelistepasientene ble behandlet innen tre måneder.

I spørreskjemaundersøkelsen ble sykehusene bedt om å oppgi om viktige indikatorer knyttet til ventelistepasientene inngår i ledelsesrapportene ved sykehuset. Tabell 7 viser hvor stor andel av sykehusene i henholdsvis fylkeskommuner med et lavt, et middels og et høyt inntektsnivå som opplyser at de har relevante indikatorer knyttet til ventelistepasientene i sine ledelsesrapporter.

Tabell 7 Prosentandel av sykehusene hvor ledelsesrapportene inneholder ventelisteindikatorer etter fylkeskommunenes inntektsnivå

	Lavt	Middels	Høyt	Samlet
Antall på venteliste	82	58	47	62
Andel med garanti	82	67	44	61
Ventetid med garanti	64	42	47	51
Ventetid uten garanti	64	33	47	49
Antall garantibrudd	73	58	41	57

Tabell 7 viser at det er sykehus i fylkeskommuner med et lavt inntektsnivå som i særlig grad har relevante indikatorer for ventelistepasienter i sine ledelsesrapporter ved sykehuset. Det er også relativt betydelige forskjeller mellom sykehus i fylkeskommuner med henholdsvis et lavt og et høyt inntektsni-

vå i hvilken grad relevante indikatorer knyttet til ventelistepasientene inngår i ledelsesrapportene. Mindre enn halvparten av sykehusene i fylkeskommuner med et høyt inntektsnivå har indikatorer for ventelistepasienter i ledelsesrapportene.

5 Styringsinformasjon i sykehusene

Dette kapitlet belyser om og i hvilken grad styringsinformasjonen i sykehusene er tilrettelagt for at et aktivitetsbasert finansieringssystem skal fungere best mulig etter intensjonene. Dette er belyst ved en spørreskjemaundersøkelse til sykehusdirektørene, økonomisjefene og avdelingslederne. Det er også gjennomført en omfattende dokumentanalyse av ledelsesrapportene ved sykehusene.

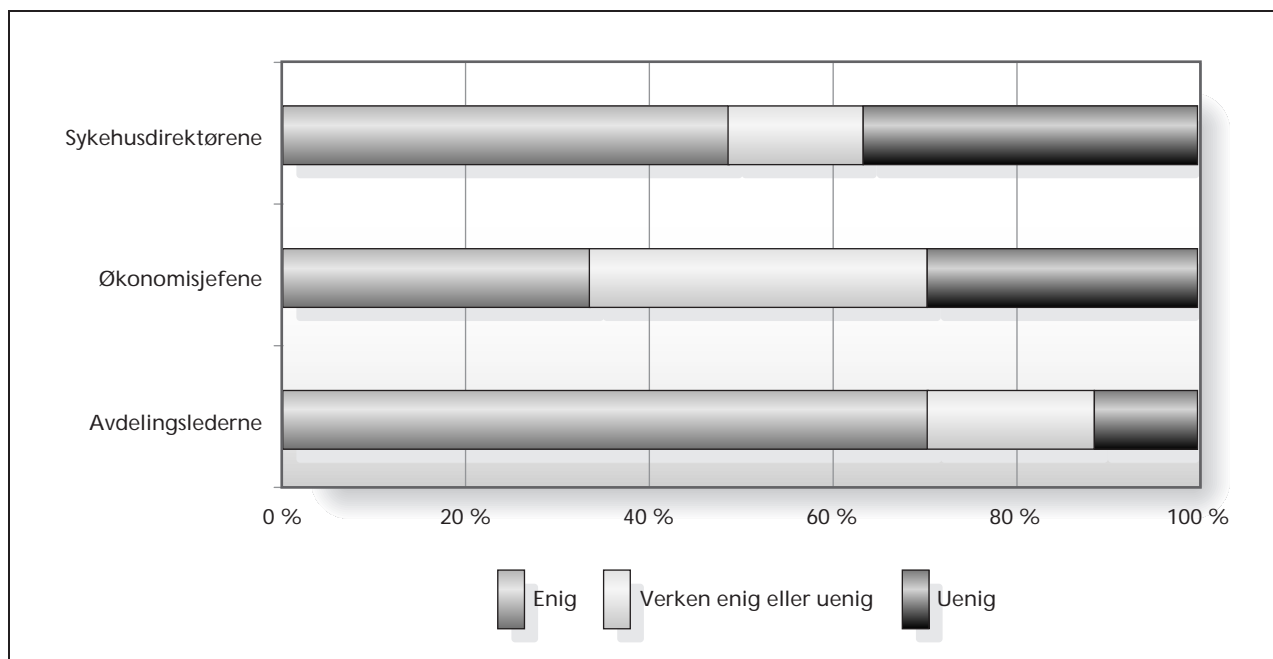
5.1 HAR SYKEHUSLEDERNE KJENNSKAP TIL HVA PASIENTBEHANDLINGEN KOSTER?

ISF er utformet slik at fylkeskommunene får refusjon fra staten per behandlet pasient. Når finansieringen av pasientbehandlingen er aktivitetsbasert, er det viktig å ha kjennskap til hva pasientbehandlingen koster. DRG-systemet er utformet slik at to sykehus med forskjellig kostnadsnivå får lik refusjon fra staten for samme type behandling (samme DRG). DRG-systemet gir derfor sykehusene et grunnlag for å budsjettere inntektene. For å kunne beregne og vurdere de økonomiske konsekvensene av å endre behandlingsaktiviteten bør sykehusene også ha kjennskap til kostnadene.

I spørreskjemaundersøkelsen er sykehusene bedt om å oppgi om det er gjennomført noen form for analyser av de faktiske behandlingstkostnadene for spesifikke DRG-er i sykehuset. Resultatene viser at halvparten av sykehusene (48 prosent) ikke har gjennomført analyser av de faktiske kostnadene for noen spesifikke DRG-er i sykehuset. Av de sykehusene som har gjennomført DRG-analyser, har 81 prosent gjennomført analyser for ti eller færre DRG-er. Det er normalt⁶⁴ gjennomført kostnadsanalyser for fem DRG-er. Dette utgjør 1 prosent av de ca. 500 DRG-ene som er i DRG-systemet. Datamaterialet gir ikke grunnlag for si noe om hvilke DRG-er som det er gjennomført analyser for.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at større sykehus har gjennomført DRG-analyser i større grad enn de mindre sykehusene. Mens 80 prosent av region-sykehusene og 70 prosent av sentralsykehusene har gjennomført DRG-analyser, har 39 prosent av fylkes- og lokalsykehusene gjort det samme.

I spørreskjemaundersøkelsen ble lederne ved de somatiske sykehusene bedt om å oppgi om de kunne si seg enig i at de har god kjennskap til hva det koster å behandle de ulike pasientgruppene i sykehuset, jf. figur 12.

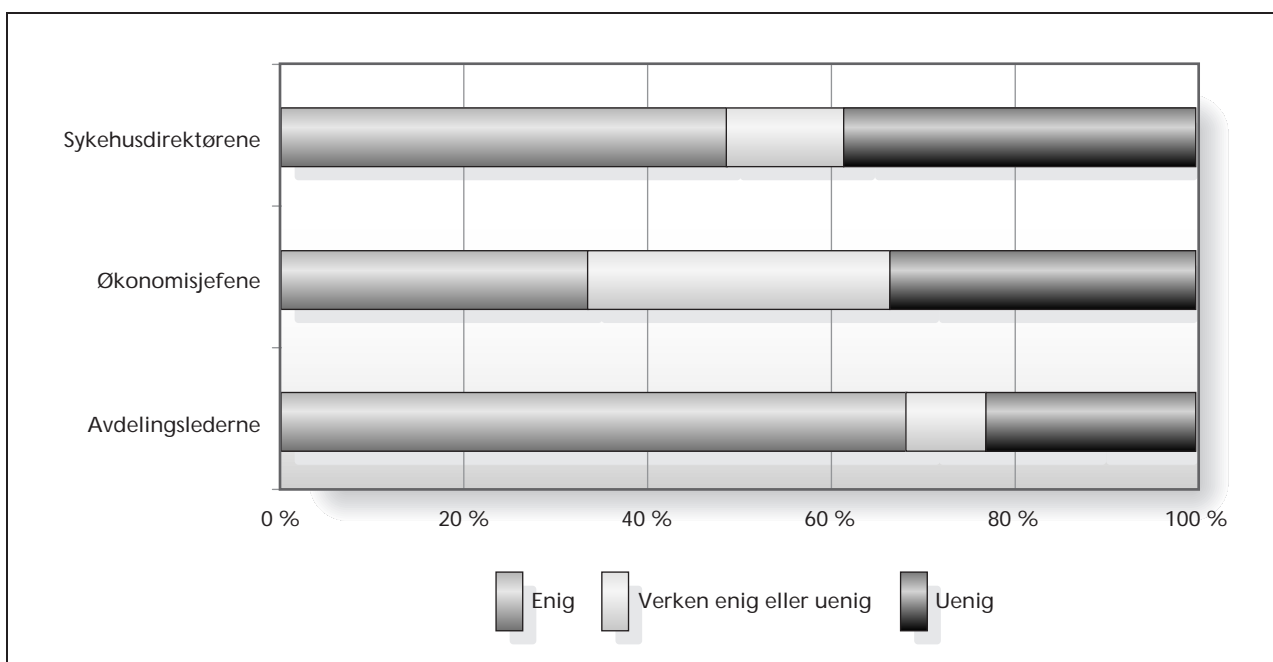


Figur 12 Sykehusledernes kjennskap til hva det koster å behandle de ulike pasientgruppene i sykehusene. Tall i prosent

⁶⁴ Målt ved medianverdien.

Figur 12 viser at mange av sykehusdirektørene (36 prosent) og økonomisjefene (29 prosent) er uenig i at de har god kjennskap til hva det koster å behandle ulike pasientgrupper ved sykehuset. En relativ stor andel (71 prosent) av avdelingslederne er enig i at de har god kjennskap til hva pasientbehandlingen koster. Dette kan ha sammenheng med at avdelingslederne ble bedt om å vurdere hvor god kjennskap de har til hva det koster å behandle ulike pasientgrupper i *avdelingen* heller enn i hele sykehuset.

Pasientbehandlingen ved sykehusene består ofte av flere deltjenester, som for eksempel pleie, operasjon og røntgen. Kjennskap til hvor store ressurser som brukes på disse deltjenestene, gjør det enklere å beregne de økonomiske konsekvensene ved endringer i behandlingsaktiviteten. Lederne ved sykehusene ble bedt om å oppgi om de kunne si seg enig i at de har god kjennskap til hvor store ressurser som brukes på de ulike deltjenestene for pasientgruppene i sykehuset, jf. figur 13.



Figur 13 Sykehusledernes kjennskap til hvor store ressurser som brukes på de ulike deltjenestene for pasientgruppene i sykehuset. Tall i prosent

Figur 13 viser at fire av ti sykehusdirektører (38 prosent) er uenig i at de har god kjennskap til hva deltjenestene i sykehuset koster. Hver tredje økonomisjef (33 prosent) og hver fjerde avdelingsleder (23 prosent) oppgir at de ikke har god kjennskap til hvor store ressurser som brukes på de ulike deltjenestene. En større andel (68 prosent) av avdelingslederne enn lederne på andre nivåer i sykehuset er enig i at de har god kjennskap til hva deltjenestene koster.

Lederne ved sykehusene er også bedt om å oppgi om de kan si seg enig i at de har god kjennskap til de økonomiske konsekvensene for sykehuset ved å behandle flere pasienter enn planlagt. Svarene viser at lederne gjennomgående mener at de har god kjennskap til dette. Åtte av ti ledere er enig i at de har god kjennskap til de økonomiske konsekvensene for sykehuset ved endret nivå på behandlingsaktiviteten. Av sykehusdirektørene er imidlertid 15 prosent uenig i at de har god kjennskap til hva det vil koste å behandle flere pasienter enn planlagt.

I St.meld. nr. 47 (1999–2000) framgår det at de fleste sykehusene har ordninger som viderefører de aktivitetsavhengige inntektene til avdelingene.⁶⁵ Et endret nivå på behandlingsaktiviteten i en avdeling kan ha økonomiske konsekvenser for andre avdelinger i sykehuset, eksempelvis for de medisinske serviceavdelingene. I spørreskjemaet ble avdelingslederne bedt om å oppgi om de kan si seg enig i at de har god kjennskap til de økonomiske konsekvensene for andre avdelinger i sykehuset ved å behandle flere pasienter enn planlagt i egen avdeling. Her oppgir tre av ti avdelingsledere at de er uenig i at de har god kjennskap til de økonomiske konsekvensene for andre avdelinger ved å behandle flere pasienter, mens vel halvparten (48 prosent) er enig.

Tilgang på egnede IT-verktøy og IT-systemer kan være en viktig forutsetning for å skaffe seg kjennskap til de økonomiske konsekvensene for sy-

⁶⁵ Side 20.

kehuset ved endret nivå på behandlingsaktiviteten. 70 prosent av økonomisjefene oppgir at sykehuset ikke har de nødvendige verktøyene som gjør det mulig å beregne de økonomiske konsekvensene av endringer i behandlingsaktiviteten.

5.2 HVA INNEHOLDER LEDELSESRAPPORTENE?

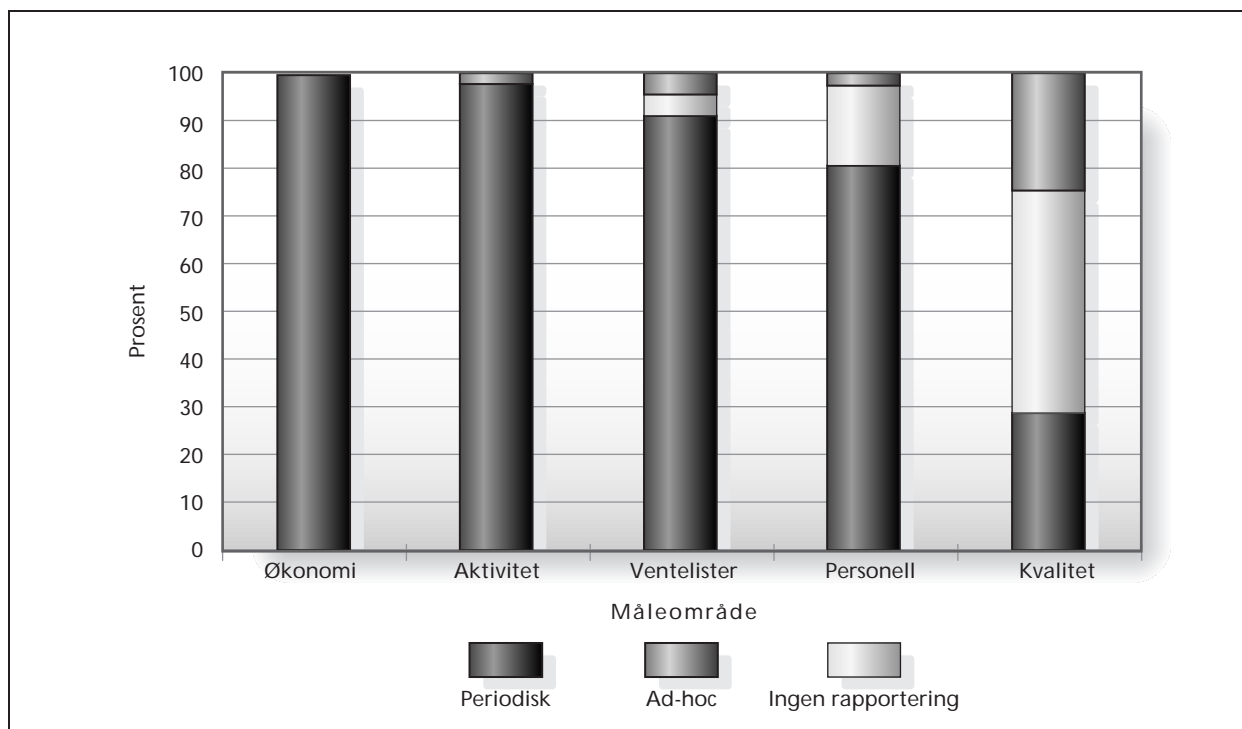
Dersom intensjonene med ISF skal nås, er det viktig at det enkelte sykehus har systemer for løpende evaluering av egen virksomhet på et bredt plan. I spørreskjemaundersøkelsen er det spurt om ledelsesrapportene gir sykehusdirektørene informasjon om indikatorer knyttet til behandlingsaktiviteten, ressursutnyttelsen, ventelistepasienter mv.⁶⁶ Med ledelsesrapporter menes regelmessige rapporter som gir informasjon om sykehusets resultater eller kritiske faktorer for nå målene til sykehuset.

Sykehusdirektørene oppgir at de ikke har tilgang til informasjon om en av ti indikatorer som de selv ser på som svært relevante for å styre sykehuset, verken fra sine ledelsesrapporter eller fra andre kilder. Halvparten av de indikatorene som sykehusdirektørene ser på som svært relevante for styringen, inngår i ledelsesrapportene. I ledelsesrapportene inngår også en av fem indikatorer som blir sett på som lite relevante for å styre sykehuset.

Når det gjelder økonomi, behandlingsaktivitet, ventelistepasienter, behandlingskvalitet og personell i sykehuset, ble sykehusdirektørene bedt om å oppgi hvorvidt det rapporteres periodisk i ledelsesrapportene, ad hoc eller ikke i det hele tatt, jf. figur 14.

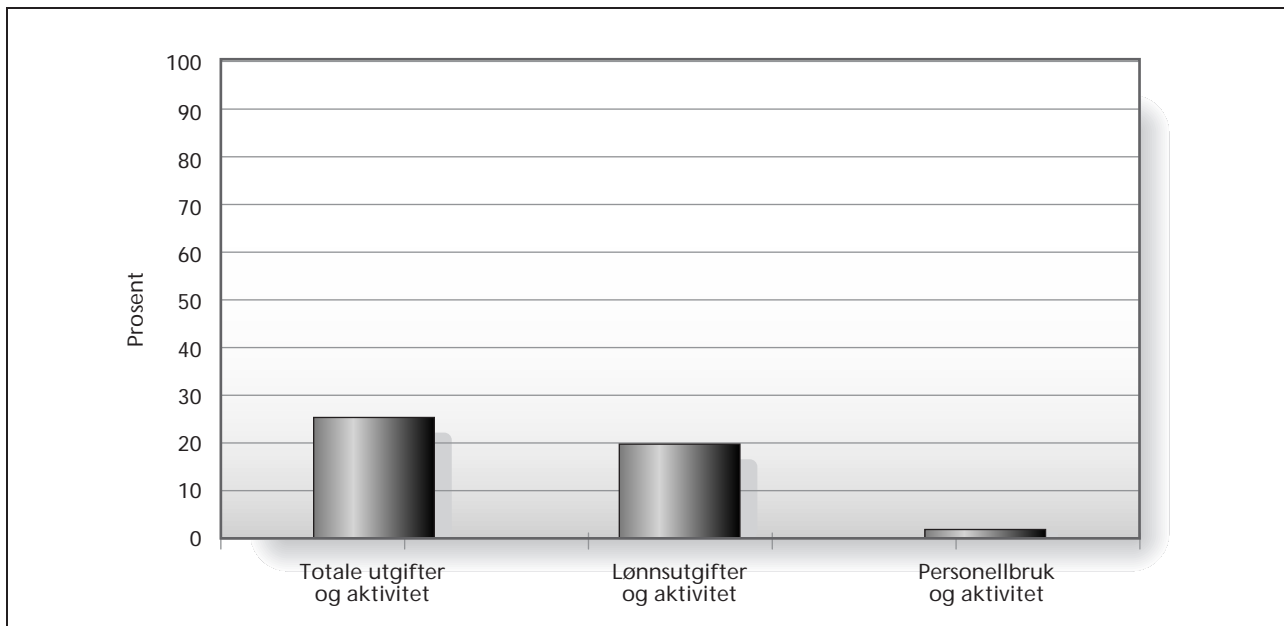
Figur 14 viser at sykehusene gjennomgående rapporterer periodisk om økonomi og aktivitet i ledelsesrapportene. I tre av ti sykehus (32 prosent) inngår imidlertid ikke økonomi- og behandlingsaktivitetsdata i en og samme ledelsesrapport. I de fleste sykehusene rapporteres det også om ventelistepasienter og personell. Sju av ti sykehus (71 prosent) rapporterer ikke regelmessig om behandlingskvalitet i rapportene, dvs. om forhold som mortalitet, pasienttilfredshet og infeksjoner. Hvert fjerde sykehus (24 prosent) har ingen rapportering knyttet til kvalitet. I brev av 24. oktober 2001 til Riksrevisjonen informerer Sosial- og helsedepartementet om at det har tatt initiativ til å etablere nasjonale indikatorer for kvalitet i sykehus, noe som vil føre til økt fokus på styringsinformasjon på dette området.

ISF har som siktemål å stimulere til økt behandlingsaktivitet og effektiv ressursutnyttelse ved sykehusene. Ledelsesrapportene ved sykehusene inneholder i stor grad informasjon om behandlingsaktiviteten. I spørreskjemaundersøkelsen er det også sett på om ledelsesrapportene gir informasjon om effektiv ressursutnyttelse gjennom indikatorer som sier noe om produktivitet, jf. figur 15.



Figur 14 Rapportering i ledelsesrapportene ved sykehusene. Prosentandel av sykehusene som har periodisk rapportering, ad hoc rapportering og ingen rapportering

⁶⁶ Se vedlegg.



Figur 15 Prosentandel av sykehusene som har indikatorer for produktivitet i ledelsesrapportene

Figur 15 viser at tre av fire sykehus ikke har indikatorer i ledelsesrapportene for forholdet mellom de totale utgiftene og behandlingsaktiviteten. Lønnsutgiftene utgjør en betydelig andel av de totale utgiftene ved sykehusene. Hvert femte sykehus har indikatorer i ledelsesrapportene som viser forholdet mellom lønnsutgiftene og behandlingsaktiviteten. Enda færre sykehus har indikatorer i sine ledelsesrapporter som sier noe om forholdet mellom behandlingsaktiviteten og bruk av ulike typer personell. Seks av ti sykehusdirektører oppgir at de gjennom sine ledelsesrapporter ikke kan oppdage hvorvidt personellressursene er fordelt skjevt innenfor sykehuset sett i forhold til behandlingsaktiviteten.

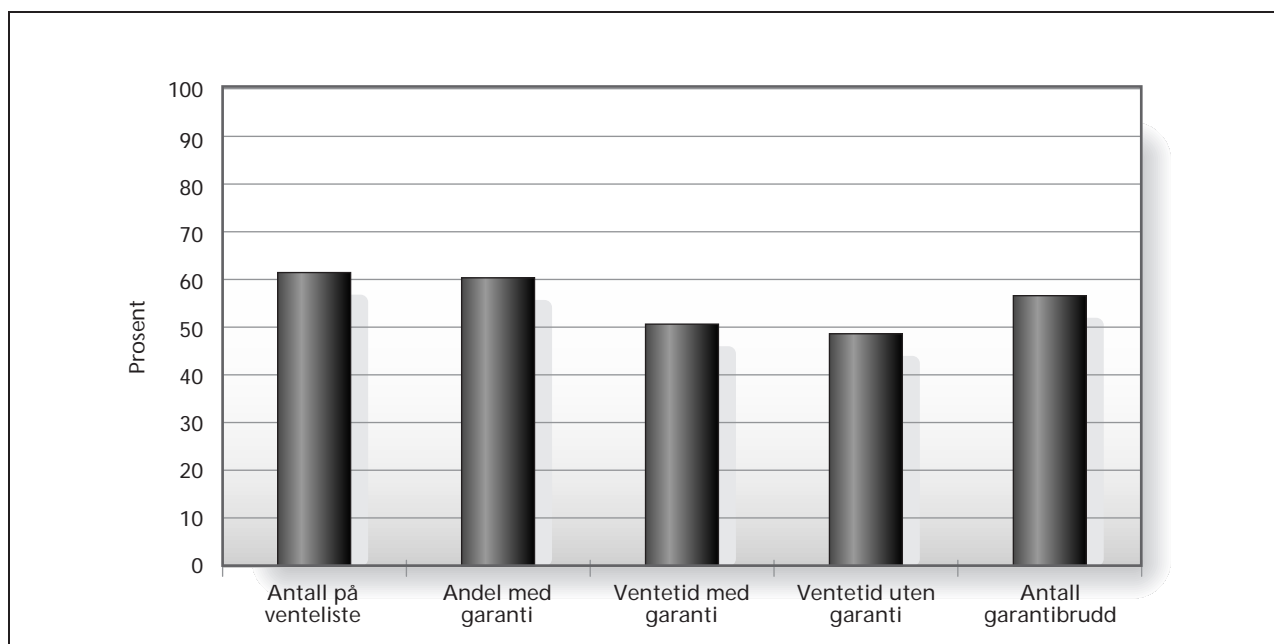
Av øvrige indikatorer knyttet til ressursutnyttelse ser sykehusdirektørene på utnyttelsesgrad av operasjonsstuer som den mest relevante indikatoren. Av sykehusdirektørene oppgir 2 prosent at ledelsesrapportene gir informasjon om denne indikatoren, mens 38 prosent ikke har tilgang til informasjon om hvor stor utnyttelsesgraden av operasjonsstuen er. De resterende sykehusdirektørene oppgir at de får informasjon om denne indikatoren gjennom andre kilder enn ledelsesrapportene.

ISF skal stimulere sykehusene til å identifisere flaskehals, det vil si faktorer som hindrer en økt behandlingsaktivitet. Sykehusdirektørene oppgir at

tilgang på leger og operasjonssykepleiere, sengekapasiteten og kapasiteten i operasjonsstuer er de fire viktigste flaskehalsene ved sykehuset. I 42 prosent av sykehusene gir ledelsesrapportene ikke informasjon om noen av de fire viktigste flaskehalsene. I vel ett av tre sykehus (36 prosent) gir ledelsesrapportene informasjon om en eller to av de viktigste flaskehalsene.

Nærmere hver femte sykehusdirektør (17 prosent) mener at vanskeligheter med å skrive ut ferdigbehandlede pasienter er en av de viktigste flaskehalsene ved sykehuset. Utskrivningsklare pasienter opptar senger som kunne ha vært brukt til å behandle flere pasienter. En samlet gjennomgang av ledelsesrapportene ved sykehusene viser likevel at svært få sykehus fokuserer på dette forholdet i rapportene. Det finnes imidlertid eksempler på sykehus hvor ledelsesrapportene gir informasjon om utskrivningsklare pasienter. I ett sykehus rapporteres det eksempelvis om hvor mange liggedøgn utskrivningsklare pasienter fra de enkelte kommunene har ved sykehuset.

ISF er et viktig virkemiddel for å redusere ventetiden for pasientene. I spørreskjema-undersøkelsen er det sett på om sykehusene har med indikatorer for ventelistepasientene i ledelsesrapportene, jf. figur 16.



Figur 16 Prosentandel av sykehusene som har aktuelle indikatorer for ventelistepasienter i ledelsesrapportene

Figur 16 viser at i underkant av halvparten av sykehusene ikke rapporterer om de enkelte indikatorene for ventelistepasientene i ledelsesrapportene. Ventetiden for pasientene er den indikatoren som færrest sykehus rapporterer om i sine ledelsesrapporter. Sykehusene som ikke har indikatorer for ventelistepasienter i ledelsesrapportene, opplyser imidlertid gjennomgående at de får informasjon om de enkelte indikatorene fra andre kilder.

I behandlingen av St.meld. nr. 24 (1996–97) påpekte sosialkomiteen at den viktigste årsaken til at pasientene må vente lenge på behandling, er at kapasiteten i de planlagte (elektive) tilbudene er for lav, jf. Innst. S. nr. 237 (1996–97). Spørreskjemaundersøkelsen viser at fire av ti sykehus ikke rapporterer om elektivandelen i sine ledelsesrapporter. I 11 prosent av sykehusene oppgir sykehusdirektørene at de ikke har tilgang til informasjon om hvor stor elektivandelen ved sykehuset er.

Sykehusene er personellintensive arbeidsplasser, og de ansattes kompetanse og kvalifikasjoner er av avgjørende betydning for sykehusenes ressursutnyttelse. Spørreskjemaundersøkelsen viser likevel at henholdsvis 21 prosent og 17 prosent av sykehusdirektørene ikke har tilgang til informasjon om turnover og antall innleide årsverk, mens 36 prosent ikke har tilgang til informasjon om personaltilfredshet. Alle sykehusdirektørene ser på det som relevant å kjenne til disse forholdene for å styre sykehuset.

Et overordnet mål i helsepolitikken er å sikre at befolkningen får tilgang på helsetjenester av god kvalitet. Ved innføringen av ISF ble det stilt spørsmål ved om DRG-systemet kunne påvirke behand-

lingskvaliteten.⁶⁷ En mulig effekt er at økt fokus på å behandle flere pasienter medfører at pasientene skrives ut for tidlig og må reinnlegges. Vel halvparten av sykehusdirektørene (53 prosent) oppgir at de ikke har tilgang til informasjon om reinnleggelser ved sykehuset som ikke er planlagt.

ISF innebærer at finansieringen av sykehusene er avhengig av hvor mange pasienter som behandles innenfor ulike pasientgrupper. En samlet gjennomgang av ledelsesrapportene ved sykehusene viser at svært få sykehus har rapporter som gir informasjon om behandlingsaktivitet, venteliste og ressursutnyttelse knyttet til de enkelte pasientgruppene. Det finnes imidlertid eksempler på sykehus som har slik rapportering. Ved ett sykehus rapporteres det eksempelvis om antall DRG-poeng, antall liggedøgn og gjennomsnittlig liggetid for de hyppigst forekommende DRG-ene.

5.3 STYRINGSPROSESS

5.3.1 Mål

For å kunne styre et sykehus på en god måte bør det etableres mål å styre etter. I spørreskjemaundersøkelsen ble sykehusdirektørene bedt om å oppgi hvorvidt sykehuset har fastsatt mål for vesentlige forhold knyttet til behandlingsaktivitet, effektiv ressursutnyttelse og ventelistepasienter.

⁶⁷ Kilde: Pettersen & Bjørnenak (1997). «Fra økonomisk teori til klinisk praksis». Cappelen Akademisk Forlag.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at sykehusene gjennomgående har fastsatt mål knyttet til behandlingsaktivitet. Ni av ti sykehus oppgir at det er fastsatt mål for minst to av de tre aktivitetsindikatorne som sykehusdirektørene selv ser på som mest relevante for å styre sykehuset, herunder antall DRG-poeng. Langt færre sykehus har fastsatt mål knyttet til ressursutnyttelse. Eksempelvis oppgir vel halvparten av sykehusene (55 prosent) at det er fastsatt mål for beleggsprosent for senger. Når det gjelder ventelistepasienter, har 89 prosent av sykehusene ikke fastsatt mål for et viktig forhold som ventetid for pasienter uten behandlingsgaranti.

I dokumentanalysen av ledelsesrapportene ved sykehusene er det sett på om måltallene knyttet til

behandlingsaktivitet, ressursutnyttelse og ventelistepasienter framgår i rapportene. Dokumentanalysen viser at måltall knyttet til behandlingsaktivitet framgår i ledelsesrapportene i vel åtte av ti sykehus. Måltall for ressursutnyttelse framgår i ledelsesrapportene i underkant av halvparten av sykehusene, mens måltall for ventelistepasienter framgår i ledelsesrapportene ved ett av ti sykehus.

5.3.2 Rapportering

I spørreskjemaundersøkelsen er det sett på hvor ofte det rapporteres på ulike områder i ledelsesrapportene i sykehusene blant de sykehusene som har rapportering på det aktuelle området, jf. tabell 8.

Tabell 8 Andel av sykehusene med periodisk rapportering etter hvor ofte det rapporteres på området. Tall i prosent

Område	Hver måned	Hvert kvartal	Hvert tertial	Hvert halvår	Hvert år
Økonomi	98	2	0	0	0
Behandlingsaktivitet	100	0	0	0	0
Ventelistepasienter	60	14	26	0	0
Behandlingskvalitet	23	15	23	8	31
Personell	46	19	24	0	11

Tabell 8 viser at sykehusene rapporterer hyppigst om økonomi og behandlingsaktivitet. I et flertall av sykehusene rapporteres det også månedlig om ventelistepasienter. De øvrige sykehusene rapporterer kvartalsvis eller tertialvis om ventelistepasientene. Sykehusene rapporterer noe sjeldnere om personell og behandlingskvalitet. Årlig rapportering er det vanligste når det gjelder behandlingskvalitet.

Sykehusdirektørene ble bedt om å oppgi for hvilke mål det rapporteres om avvik i ledelsesrapportene. Spørreskjemaundersøkelsen viser at 89 prosent av sykehusene har avvikrapportering knyttet til aktivitet. Videre oppgir 40 prosent av sykehusene at de har avvikrapportering knyttet til ventelistepasienter. Færre sykehus har avvikrapportering knyttet til effektiv ressursutnyttelse. 17 prosent av sykehusene oppgir at det rapporteres på avvik i ledelsesrapportene for målsettinger knyttet til effektiv ressursutnyttelse.

Sykehusdirektørene ble videre bedt om å oppgi hvorvidt ledelsesrapportene ved sykehuset inneholder prognoser knyttet til behandlingsaktivitet og ventelistepasienter for den resterende delen av året. Her viser det seg at 83 prosent av sykehusene har prognoser knyttet til aktivitet i ledelsesrapportene. Langt færre sykehus (13 prosent) oppgir at ledelsesrapportene inneholder prognoser knyttet til ventelistepasienter.

5.3.3 IT-verktøy

Sykehusledelsen er spurt om de har tilgang til informasjon om indikatorer fra ledelsesrapportene, fra andre kilder eller om de ikke har tilgang til informasjon om indikatorne. Andre kilder kan være elektroniske medier, som for eksempel gjennom intranett. Spørreskjemaundersøkelsen viser at lederne ved sju av ti sykehus har slik elektronisk tilgang til ledelsesinformasjon. Av avdelingslederne oppgir imidlertid 58 prosent at de elektroniske mediene ikke gir dem mulighet til å gjennomføre egne analyser av årsaker til avvik i ledelsesrapportene for avdelingen. Sju av ti sykehus har ikke verktøy som gjør det mulig å beregne økonomiske konsekvenser av endringer i behandlingsaktiviteten.

5.4 HVA MENER SYKEHUSLEDERNE OM LEDELSESRAPPORTENE?

Sykehusdirektørene gir uttrykk for at de stort sett er fornøyd med ledelsesrapportene. Av sykehusdirektørene har 92 prosent tillit til informasjonen i ledelsesrapportene, og 85 prosent ser på rapportene som lette å lese og forstå. 75 prosent av sykehusdirektørene er enig i at det går raskt å finne fram til nødvendig informasjon i rapportene, mens 21 prosent er uenig. Et flertall på 60 prosent av sykehusdirektørene

mener at ledelsesrapportene kommer tidsnok til å kunne foreta handlingsrettede beslutninger, mens 28 prosent er uenig i dette.

I sykehusene blir de faktiske beslutninger om pasientbehandling i stor grad fattet på avdelingsnivå. Vel ni av ti avdelingsledere som inngår i spørreskjemaundersøkelsen, har budsjettansvar for sin avdeling. 14 prosent av avdelingslederne gir uttrykk for

at de er uenig i at ledelsesrapportene for avdelingen inneholder informasjon som de har tillit til. Vel en av fire ser ikke på det som lett å lese og forstå rapportene, mens vel en av tre er uenig i at det går raskt å finne fram i rapportene. Hver fjerde avdelingsleder er uenig i at rapportene kommer tidsnok til å kunne foreta handlingsrettede beslutninger.

6 Medisinsk registreringspraksis – prioritering og kryp

ISF innebærer at det er blitt etablert en direkte kopling mellom den medisinske registreringen i sykehusene og finansieringen av sykehusene. Dette kapitlet belyser om den medisinske registreringen i sykehusene gir et tilfredsstillende grunnlag for finansieringen av sykehusene. Det belyses også om reglene for kryp i ISF-ordningen har påvirket den medisinske atferden, og om det er en konflikt mellom kryptreglene og intensjonen med ventetidsgarantiordningen om i større grad å prioritere ventelistepasienter med alvorlig sykdom.

6.1 KVALITETEN PÅ DE MEDISINSKE REGISTRERINGENE

På oppdrag fra Riksrevisjonen har Kompetansesenter for IT i helsevesenet AS (KITH) undersøkt om den medisinske registreringen i tre utvalgte sykehus er i samsvar med de medisinske fagkodeverkene. KITH har også beregnet hvilke økonomiske konsek-

venser feil i den medisinske registreringen i utvalget har for refusjonen fra staten til fylkeskommunene, sykehusene og avdelingene.

6.1.1 Pasientopphold med feil registrert hoveddiagnose

Valg av hoveddiagnose i den medisinske registreringen er viktig for i hvilken DRG pasientoppholdet blir klassifisert. Dersom et pasientopphold får registrert feil hoveddiagnose, vil dette ofte føre til at oppholdet blir klassifisert i feil DRG, og dermed også påvirke det økonomiske oppgjøret mellom staten og fylkeskommunene.

Undersøkelsen viser at hoveddiagnosen var feil i henhold til regelverket for 33 prosent av de undersøkte pasientoppholdene. Tabell 9 viser prosentvis andel av oppholdene hvor det er registrert feil hoveddiagnose, fordelt på de tre pasientgruppene i de tre sykehusene som inngår i undersøkelsen.

Tabell 9 Pasientopphold med feil hoveddiagnose. Tall i prosent

	Sykehus A	Sykehus B	Sykehus C	Samlet
Lunger	53	52	48	52
Hjarter	25	28	44	32
Keisersnitt	44	33	28	35
Samlet	32	30	39	33

Kilde: Statistikk fra KITH

Tabell 9 viser at i alle tre sykehusene er over 30 prosent av pasientoppholdene registrert med feil hoveddiagnose. Ifølge KITH viser undersøkelsen en betydelig variasjon i feil i den medisinske registreringen både mellom sykehusene og mellom pasientgruppene. I sykehus C er nesten 40 prosent av oppholdene registrert med feil hoveddiagnose. I alle pasientgruppene er over 30 prosent av pasientoppholdene registrert med feil hoveddiagnose. For lungepasientene er over halvparten av oppholdene registrert med feil hoveddiagnose.

Sykehusene er tradisjonelt organisert i divisjoner, seksjoner, avdelinger og poster. I sykehus behandles ofte hjerte- og lungesyke ved samme avdeling, men i ulike poster. Tabell 9 viser at i over halvparten av avdelingene/postene er over 40 prosent av pasientoppholdene registrert med feil hoveddiag-

nose. Ingen av avdelingene/postene som inngår i undersøkelsen, har mer enn 75 prosent av oppholdene registrert med riktig hoveddiagnose.

I brev av 24. oktober 2001 til Riksrevisjonen kommenterer Sosial- og helsedepartementet valget av pasientgrupper i undersøkelsen. Departementet viser til at to av de tre pasientgruppene, obstruktiv lungesykdom og hjerteinfarkt, er innenfor områder hvor kodeverk og kodepraksis har vært i fokus i det statlige avregningsutvalget.⁶⁸ Departementet peker også på at analysen er basert på data fra 1999. Dette er et år hvor det blant annet ble tatt i bruk nye diag-

⁶⁸ Under behandlingen av St.prp. nr. 47 (1999–2000), jf. Inst. S. nr. 241 (1999–2000), vedtok Stortinget å opprette et rådgivende medisinsk utvalg, avregningsutvalget, som skal bistå departementet i medisinskfaglige spørsmål knyttet til registrering og kvalitetskontroll av medisinske data.

nose- og prosedyrekodeverk (ICD10). Ifølge departementet er det grunn til å tro at dette kan ha medført større risiko for feilkoding.

KITH har på vegne av Fylkesrevisjonen i Sør-Trøndelag gjennomført en undersøkelse av kvaliteten på den medisinske registreringen i et sykehus med andre pasientgrupper og med data fra 2000.⁶⁹ I denne undersøkelsen var det registrert feil hoveddiagnose i 35 prosent av pasientoppholdene. Selv om det er andre pasientgrupper i utvalget enn i Riksrevisjonens undersøkelse, var en tilnærmet like stor andel av pasientoppholdene registrert med feil hoveddiagnose i henhold til regelverket. For to av de tre pasientgruppene var det en større feilprosent enn gjennomsnittet i Riksrevisjonens undersøkelse.

Tabell 10 Pasientopphold i feil DRG. Tall i prosent

	Sykehus A	Sykehus B	Sykehus C	Samlet
Lunger	28	32	41	32
Hjarter	10	25	13	16
Keisersnitt	3	15	3	7
Samlet	13	24	15	18

Kilde: Statistikk fra KITH

Tabell 10 viser at det er betydelig variasjon i hvor stor andel av pasientholdene som er klassifisert i feil DRG mellom sykehusene og pasientgruppene. I alle tre sykehusene er mer enn hvert tiende pasientopphold klassifisert i feil DRG. I sykehus B er nesten hvert fjerde opphold registrert med feil DRG. For lungepasientene er nesten 1/3 av oppholdene klassifisert i feil DRG. I sykehus C er over 40 prosent av lungepasientene klassifisert i feil DRG. Tabellen viser videre at i sju av ni avdelinger/poster er over ti prosent av oppholdene klassifisert i feil DRG. I fire avdelinger/poster er mer enn hvert fjerde pasientopphold klassifisert i feil DRG.

Til tross for at over hvert tredje pasientopphold er registrert med feil hoveddiagnose, viser undersøkelsen at færre pasientopphold blir klassifisert i feil DRG. Dette skyldes at mindre feil i valg av hoveddiagnose ikke nødvendigvis fører til at oppholdet blir klassifisert i feil DRG. Videre vil valg av prosedyrekoder i den medisinske registreringen for en del opphold ha stor betydning for registreringen i DRG. Omfanget av feil prosedyrekoder i den medisinske

6.1.2 Pasientopphold med feil DRG

Undersøkelsen viser at 18 prosent av pasientoppholdene er klassifisert i feil DRG på grunn av feil i den medisinske registreringen. Dette innebærer at fylkeskommunene med riktig medisinsk registrering ville ha fått et annet refusjonsbeløp for 18 prosent av oppholdene.

Tabell 10 viser hvor stor andel av pasientoppholdene som er klassifisert i feil DRG som følge av feil i den medisinske registreringen, fordelt på pasientgruppene i de tre sykehusene.

registreringen er betydelig lavere enn for diagnosekodene, slik at betydningen av feil i registreringen av diagnoser reduseres.⁷⁰

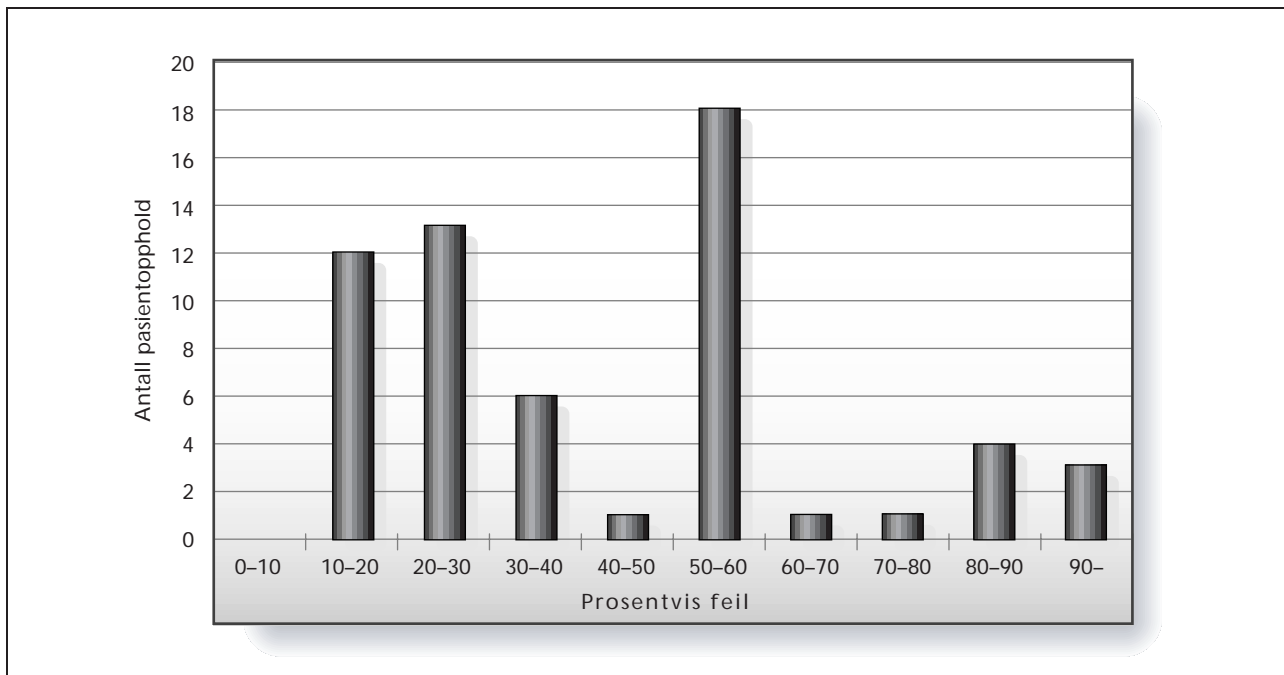
Undersøkelsen som KITH utførte på vegne av Fylkesrevisjonen i Sør-Trøndelag, viser at 19 prosent av pasientoppholdene var klassifisert i feil DRG på grunn av feil i den medisinske registreringen. Selv om det er andre pasientgrupper i utvalget enn i Riksrevisjonens undersøkelse, er en tilnærmet like stor andel av pasientoppholdene samlet sett klassifisert med feil DRG som i Riksrevisjonens undersøkelse.

6.1.3 Økonomiske konsekvenser av de medisinske feilregistreringene

Undersøkelsen til Riksrevisjonen viser at 59 av 336 pasientopphold (18 prosent) er klassifisert i feil DRG på grunn av feil i den medisinske registreringen. Figur 17 viser hvor mye refusjonsbeløpet endres i prosent for de 59 pasientoppholdene som er klassifisert i feil DRG.

⁶⁹ Sør-Trøndelag fylkeskommune, fylkesrevisjonen, «Innsatsstyrt finansiering – kodepraksis», 2000. Pasientgruppene i undersøkelsen var: øsofagitt/gastroenteritt (DRG 182, 183, 184A, 184B, 422, 423), syke nyfødte (DRG 385A – DRG 390C) og hofteoperasjoner (DRG210 og DRG211)

⁷⁰ Undersøkelsen viser at 98 prosent av de undersøkte prosedyrekodene var korrekt registrert.



Figur 17 Prosentvis endring i refusjonsbeløp for de feilklassifiserte pasientoppholdene

Kilde: Statistikk fra KITH

Figur 17 viser at nesten halvparten (i alt 27 opphold) av de feilklassifiserte pasientoppholdene skulle ha vært klassifisert i en DRG som gir et refusjonsbeløp fra staten som avviker mer enn 50 prosent fra DRG-en som pasientoppholdet faktisk var klassifisert i. For samtlige 59 feilklassifiserte pasientopphold endres refusjonsbeløpet med mer enn 10 prosent som følge av feilklassifiseringen.

Nærmere undersøkelse av datamaterialet viser at de tre sykehusene med korrekt medisinsk registrering ville ha mottatt 2,5 prosent mer i refusjon fra staten for de behandlede pasientene i utvalget enn det de har fått.⁷¹ Tabell 11 viser hvor mye statens refusjoner prosentvis ville blitt endret med riktig medisinsk registrering, fordelt på pasientgruppe og sykehus.⁷²

Tabell 11 Endring i refusjonsbeløp fra staten til sykehusene. Tall i prosent

	Sykehus A	Sykehus B	Sykehus C	Samlet
Lunger	7,5	14,9	23,3	14,1
Hjarter	-0,6	6,2	-1,1	1,4
Keisersnitt	-1,1	-2,2	-0,9	-1,4
Samlet	0,8	4,3	2,4	2,5

Kilde: KITH

Tabell 11 viser at med korrekt medisinsk registrering av pasientoppholdene ville alle de tre sykehusene fått mer i refusjon fra staten. Sykehus B kunne ha fått over fire prosent mer i refusjon fra staten for pasientene. Videre viser tabellen at for lungepasientene ville de tre sykehusene med riktig medisinsk registrering samlet mottatt 14 prosent mer i refusjon fra staten. Avdelingen/posten som behandler lungepasienter i sykehus C, ville med riktig medisinsk registrering fått 23 prosent mer i refusjon fra staten for pasientene.

Selv om refusjonsbeløpet endres relativt mye for pasientoppholdene som er klassifisert i feil DRG, er

likevel de økonomiske konsekvensene samlet sett mindre for det undersøkte materialet. Dette kommer av at undersøkelsen ikke har påvist systematisk me-

⁷¹ I brev av 24. oktober 2001 til Riksrevisjonen framhever Sosial- og helsedepartementet at det ikke er riktig at disse tre sykehusene med korrekt registrering faktisk ville mottatt 2,5 prosent mer i refusjon fra staten siden samtlige fylkeskommuner var over det såkalte kryptaket i 1999. Formålet med Riksrevisjonens beregninger er imidlertid kun å belyse hvilke økonomiske konsekvenser feilregistreringen isolert sett kan få.

⁷² I beregningene forutsettes det at den statlige refusjonen videreføres helt ned på avdelingsnivå. Det er i beregningene heller ikke tatt hensyn til den økonomiske betydningen av krypreglene.

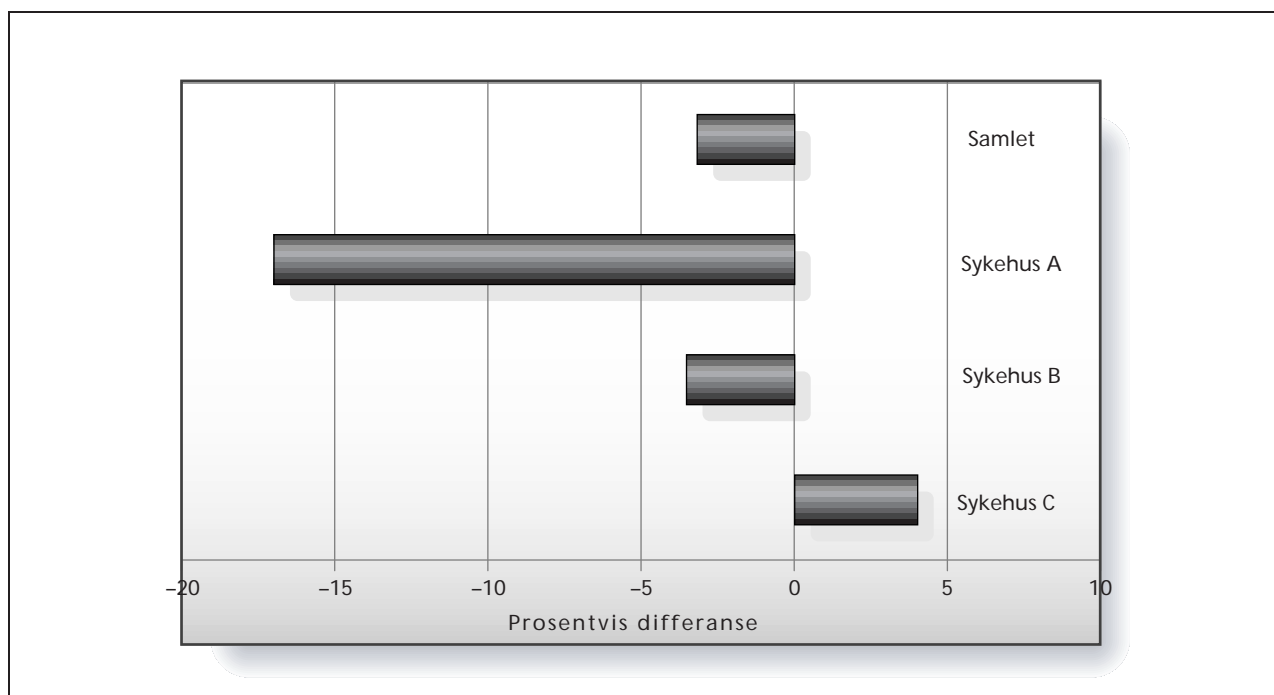
disinsk feilregistrering i de tre pasientgruppene som har konsekvenser for DRG-grupperingen. I store materialer vil avvikene jevnes ut som følge av at usystematiske feil fører til både positive og negative avvik i registrerte DRG-poeng.

6.2 HVORDAN PÅVIRKER FEIL I DEN MEDISINSKE REGISTRERINGEN DRG-INDEKSEN?

DRG-indeksen er et mål på hvor ressurskrevende gjennomsnittspasienten ved et sykehus i en gitt periode har vært. En økning i DRG-indeksen indikerer således at pasientene har vært mer ressurskrevende enn tidligere. DRG-indeksen kan imidlertid også øke uten at den reelle pasienttyngden har økt. Dette kan blant annet ha sammenheng med en mer fullstendig registrering av bidiagnoser. I og med at det er knyttet økonomiske virkninger til den medisinske registreringen, er det en risiko for at det registreres

bidiagnoser som det ikke er medisinsk grunnlag for. Sosial- og helsedepartementet har gjennom den såkalte «krypgrensen» satt en øvre grense for hvor mye DRG-indeksen kan øke i en periode, blant annet for å unngå at pasientene blir registrert med diagnoser som gir uberettiget økonomisk uttelling for sykehusene.

I en analyse utført av Norsk Institutt for sykehusforskning (NIS) er det påvist en generell økning i registrering av antall bidiagnoser fra 1996 til 1998 ved så godt som alle sykehusene.⁷³ Riksrevisjonens undersøkelse viser likevel at sykehusene samlet sett har registrert for få bidiagnoser for de undersøkte pasientoppholdene. I gjennomsnitt har sykehusene registrert 1,20 bidiagnoser per pasientopphold, mens de skulle ha registrert 1,24 bidiagnoser. Det vil si at sykehusene samlet sett har registrert tre prosent for få bidiagnoser. Figur 18 viser den prosentvise forskjellen mellom korrekt og registrert antall bidiagnoser per pasientopphold i de tre sykehusene.



Figur 18 Forskjellen mellom korrekt og registrert antall bidiagnoser per pasientopphold. Tall i prosent
Kilde: Statistikk fra KITH

Figur 18 viser at sykehus A har registrert 17 prosent for få bidiagnoser per opphold. Dette sykehuset har registrert for få bidiagnoser for alle tre pasientgruppene. Sykehus B har registrert 3,5 prosent for få bidiagnoser per opphold totalt sett, men for mange bidiagnoser for pasienter som tar keisersnitt. Sykehus C har totalt sett registrert 4 prosent for mange bidiagnoser per opphold, men for få bidiagnoser for hjertepasientene. KITH peker på at en mer korrekt og komplett registrering trolig vil føre til at DRG-indeksen vil øke uten at aktiviteten reelt sett øker.

I undersøkelsen er det valgt ut pasientgrupper som er i DRG-par. Dette innebærer at DRG-systemet karakteriserer det enkelte pasientoppholdet enten som komplisert eller ukomplisert. Et komplisert opphold gir høyere refusjon enn et ukomplisert opphold. Hvorvidt oppholdet defineres som en komplisert eller ukomplisert DRG, bestemmes oftest av tilhørende bidiagnoser og utførte prosedyrer. Flere bi-

⁷³ «En gjennomgang av sykehusenes økonomi», rapport fra referansegruppen med representanter fra SHD, FIN, KR D, KS, fylkeskommunene og sykehusene, mars 2000

diagnoser per opphold bidrar isolert sett til at flere opphold blir klassifisert som kompliserte, noe som innebærer en høyere refusjon fra staten til sykehusene.

Undersøkelsen viser at 17 pasientopphold skulle ha vært omklassifisert fra et ukomplisert opphold til et komplisert opphold, noe som gir et høyere refusjonsbeløp fra staten. Sju pasientopphold skulle ha vært omklassifisert fra et komplisert opphold til et ukomplisert opphold, noe som gir mindre refusjonsbeløp fra staten. Ifølge KITH er det ikke påvist tegn til taktisk registrering fra sykehusene for å oppnå en høyere refusjon fra staten.

6.3 HAR DRG-KRYPGRENSEN PÅVIRKET DEN MEDISINSKE ATFERDEN?

Alle fylkeskommunene fikk avkortet DRG-refusjonen fra staten for 1998 som følge av at pasienttyngden målt ved DRG-indeksen økte med mer enn 1 prosent i perioden fra 1995 til 1998. Sosial- og helsedepartementet hadde satt 1 prosent som en øvre grense for hvor mye DRG-indeksen i den enkelte fylkeskommune kunne øke i denne perioden. Ved avregningen for 1998 var det mange fylkeskommuner som gav uttrykk for at det var vanskelig å beregne hvordan krypreglene påvirket det økonomiske oppgjøret. Dette hadde som resultat at mange fylkeskommuner budsjetterte med større inntekter enn de faktisk mottok.⁷⁴

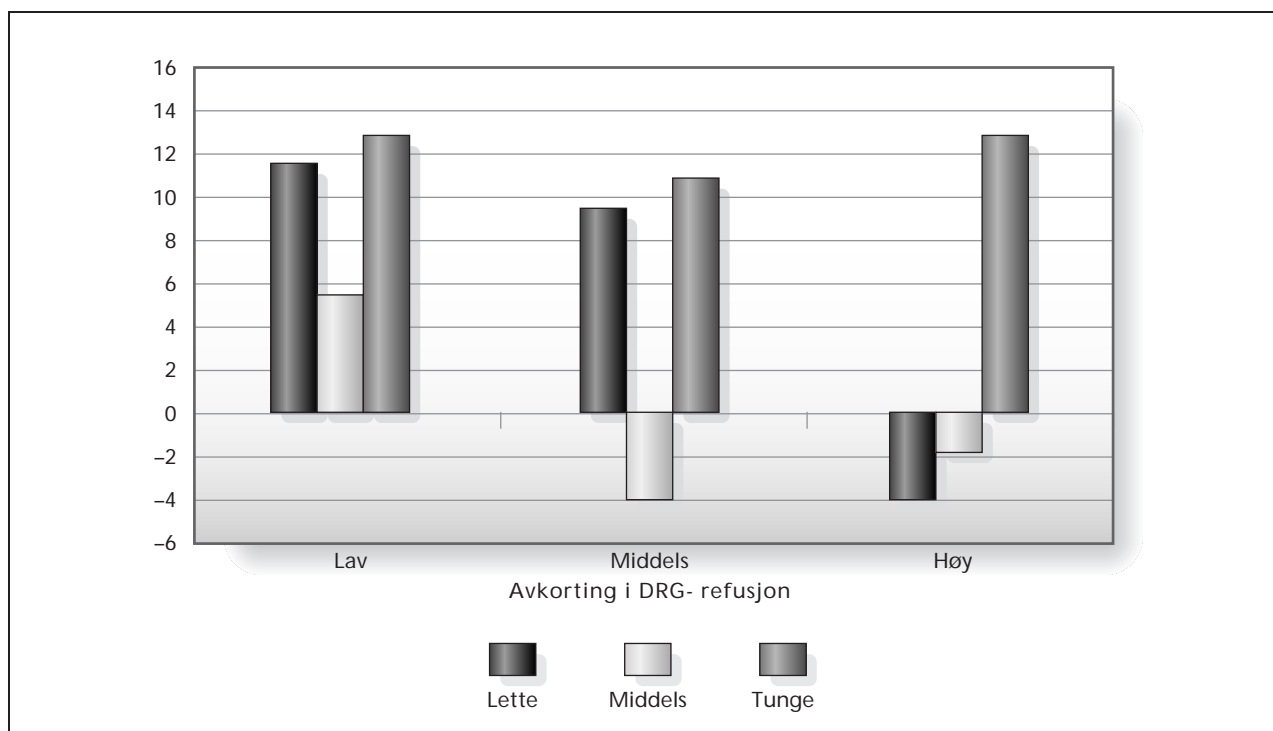
I brev av 14. oktober 1999 til Kommunenes Sentralforbund gir Møre og Romsdal fylkeskommune

på følgende måte uttrykk for sitt syn på hvordan reglene for DRG-kryp ville påvirke deres prioriteringer:

«Sjuehusa i fylket har prøvd å etterleve statlege målsetjingar og satsingar. Vi sette i gang tiltak for mellom anna å redusere ventelistene for ortopediske pasientar. Dette gav seg utslag i DRG-kryp for 1998 ... Vi er i 1999 komen i ein situasjon der reglane om DRG-kryp får større og større innverknad på korleis sjuehusa kan leggje opp drifta si. Sjuehusa må no begynne å vurdere kva for pasientgrupper dei har økonomi til å behandle. Dei tunge pasientane som i utgangspunktet gjev høg DRG-utteljing får sjuehusa ikkje fullt betalt for. Fylkessjuehuset i Kristiansund er komen i ein slik situasjon at dei vil begynne å behandle fleire pasientar med åreknutar, brokk, artroskopi og hemorroider, mens dei vil redusere talet på hoft- og ryggoperasjonar.»

Den endelige DRG-refusjonen for 1998 ble først kjent i mai 1999. Dersom reglene for DRG-kryp endret den medisinske atferden, forventes det derfor at fylkeskommuner som fikk høy avkorting i DRG-refusjonen for 1998, i større grad behandlet lette pasienter og i mindre grad behandlet tunge pasienter i siste del av 1999 enn de andre fylkeskommunene. Figur 19 viser utviklingen fra 1. tertial i 1999 til 3. tertial i 1999 i hvor mange elektive pasienter, inkludert dagopphold, som ble behandlet i fylkeskommuner som fikk lav, middels og høy avkorting i DRG-refusjonen for 1998. Pasientene er delt inn i lette, middels og tunge pasienter, basert på hvor ressurskrevende de er.

⁷⁴ «En gjennomgang av sykehusenes økonomi», rapport fra referansegruppen med representanter fra SHD, FIN, KR, KS, fylkeskommunene og sykehusene, mars 2000.



Figur 19 Utvikling i antall pasienter (lette, middels og tunge) fra 1. tertial til 3. tertial 1999 i fylkeskommuner som fikk lav, middels og høy avkorting i DRG-refusjonen for 1998

Figur 19 viser at alle fylkeskommunene, uavhengig av avkorting i DRG-refusjon for 1998, behandlet flere tunge pasienter i 3. tertial i 1999 enn de gjorde i 1. tertial i 1999. Fylkeskommuner som fikk høy avkorting i DRG-refusjonen for 1998, hadde den sterkeste veksten fra 1. tertial til 3. tertial i hvor mange tunge pasienter som ble behandlet. Disse fylkeskommunene behandlet samtidig færre lette pasienter i 3. tertial 1999 enn i 1. tertial. De andre fylkeskommunene hadde en vekst i lette behandlinger i samme periode. Det kan derfor ikke påvises at fylkeskommuner som fikk høy avkorting i DRG-refusjonen for 1998, i større grad prioriterte ressursmessig lette pasienter framfor tunge pasienter i siste del av 1999.

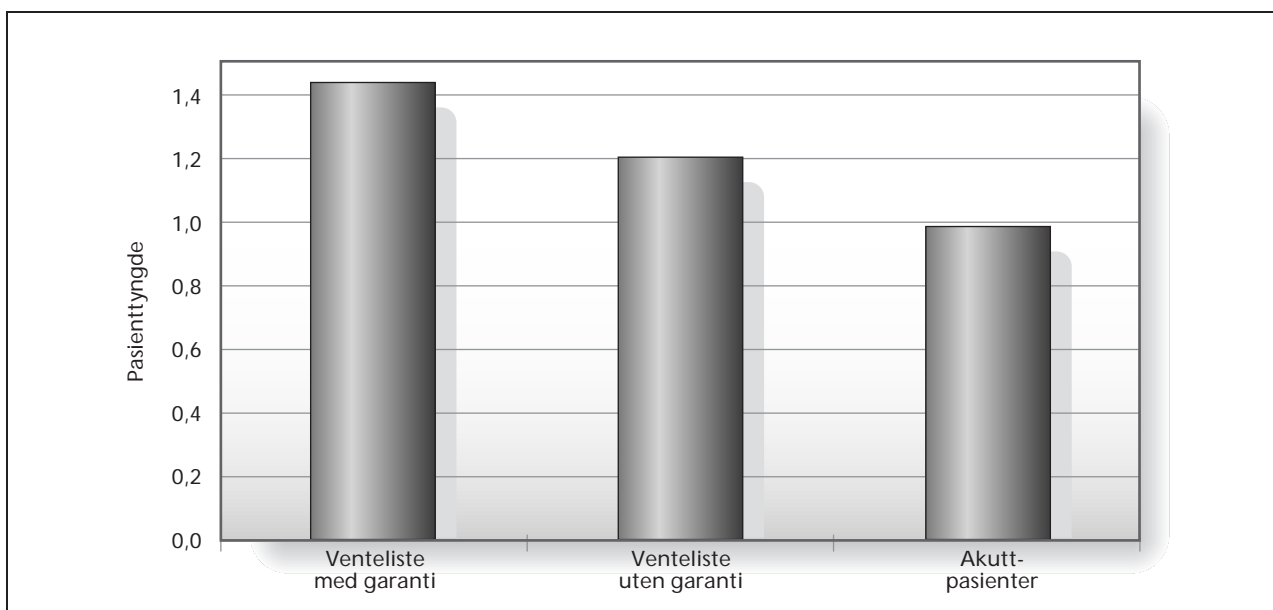
Nærmere undersøkelser viser at også fra 1999 til 2000 økte antallet tunge behandlinger i fylkeskommunene som fikk høy avkorting i DRG-refusjonen for 1998, mens antallet lette behandlinger ble redusert. Undersøkelsen viser derfor heller ikke på noe lengre sikt indikasjoner på at avkorting i DRG-refusjonen påvirket den medisinske atferden i sykehuse.

6.4 FORHOLDET MELLOM ISF-ORDNINGEN OG VENTETIDSGARANTIORDNINGEN

Ved behandlingen av St.meld. nr. 44 (1995–96) vedtok Stortinget å innføre en behandlingsgaranti med maksimalt tre måneders ventetid for pasienter med alvorlig sykdom, jf. Innst. S. nr. 27 (1996–97). Ventetidsgarantiordningen ble innført samtidig med ISF. Garantiordningen skulle bidra til å redusere ventetiden før behandling og en sterkere prioritering av pasienter med alvorlig sykdom.

Krypreglene i ISF innebærer at sykehus i fylkeskommuner som opplever en avkorting i DRG-refusjonen, ikke fullt ut får betalt for ressursmessig tunge behandlinger. Samtidig forventes garantipasientene å være tyngre enn pasienter uten garanti fordi behandlingsgaranti skal gis til pasienter med alvorlig sykdom. Figur 20 viser pasienttyngden⁷⁵ for ventelistepasienter med og uten garanti, samt for øvrige pasienter i 2000.

⁷⁵ Heldøgnsopphold, eksklusiv fødsler.



Figur 20 Pasienttyngde for ulike pasientkategorier i DRG-systemet i 2000.

Figur 20 viser at ventelistepasienter med garanti er ressursmessig tyngre enn ventelistepasienter uten garanti. En sterkere prioritering av pasienter med garanti i fylkeskommunene vil derfor isolert sett føre til økt pasienttyngde. Dette forsterkes av at garantipasientene også er ressursmessig tyngre enn akuttpa-

sientene. I praksis innebærer dette at fylkeskommuner som i større grad enn tidligere prioriterer å behandle garantipasienter, samtidig vil oppleve større sannsynlighet for å få avkorting i DRG-refusjonen som følge av krypreglene i ISF-ordningen.

7 Vurderinger

7.1 INNLEDNING

Stortinget sluttet seg til innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) i forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 44 (1995–96) *Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering*, jf. Innst. S. nr. 27 (1996–1997). Gjennom ISF ønsket staten å rette innsatsen mot pasientbehandlingen og derved redusere ventetiden for å bli behandlet i sykehus. Samtidig skulle ordningen stimulere til en effektiv ressursutnyttelse gjennom å få sykehusene til å fokusere på kostnadsforhold og identifisere flaskehalser for en effektiv pasientbehandling.

7.2 EFFEKTENE AV ISF PÅ BEHANDLINGSAKTIVITETEN

Hovedmålet med innføringen av ISF var å øke behandlingsaktiviteten i de somatiske sykehusene. Undersøkelsen viser at ISF har bidratt til å øke behandlingsaktiviteten i sykehusene. Det har vært en økning i både antall heldøgnsopphold og i antall DRG-poeng. Veksten i antall DRG-poeng har vært sterkere enn veksten i antall heldøgnsopphold som følge av at pasientene som behandles i sykehusene, er blitt mer ressurskrevende å behandle. Det er imidlertid også andre forhold enn ISF som har bidratt til at behandlingsaktiviteten i sykehusene har økt. Blant annet har det vært en generell økning i ressursinnsatsen i sykehussektoren etter innføringen av ISF.

Ved å øke behandlingsaktiviteten har det også vært et mål å redusere ventetiden for å bli behandlet i sykehusene. En viktig årsak til at pasientene må vente lenge på behandling, er for lav kapasitet i de planlagte tilbudene. Undersøkelsen viser at sykehusene ikke har klart å øke kapasiteten i de planlagte tilbudene for ventelistepasientene etter innføringen av ISF. Undersøkelsen viser tvert imot at antallet planlagte behandlinger er noe lavere i 2000 enn i 1996. Dette kan ha sammenheng med at sykehusene fortsatt ikke i tilstrekkelig grad klarer å skille planlagt og akutt virksomhet. Veksten i behandlingsaktiviteten etter innføringen av ISF skyldes i hovedsak at antallet behandlinger av akutte pasienter har økt. For øvrig er det ikke mulig å sammenligne utviklingen i ventetiden for pasienter og antall garantibrudd etter 1999 med situasjonen før ISF ble innført i 1997. Først og fremst kommer dette av svak kvalitet på datamaterialet for årene før 1999.

Ventetidsgarantiordningen ble innført samtidig med ISF og skulle bidra til en sterkere prioritering

av pasienter med alvorlig sykdom. Undersøkelsen viser at ventelistepasienter med garanti er ressursmessig vesentlig tyngre enn andre pasienter. Det innebærer at fylkeskommuner som i sterkere grad prioriterer å behandle garantipasienter, vil få en vekst i pasienttyngden (DRG-indeksen). Undersøkelsen viser at det har vært en sterk vekst i behandlingen av ressursmessig tunge pasienter etter innføringen av ISF. Dette har ført til at samtlige fylkeskommuner har fått avkorting i DRG-refusjonen fra staten gjennom de såkalte krypreglene innenfor ISF-ordningen.

I St.meld. nr. 44 (1995–96) pekes det på at ISF kan forsterke geografiske ulikheter i behandlingstilbudet på grunn av ulik finansiell situasjon i fylkeskommunene. I undersøkelsen er det imidlertid ikke påvist at innføringen av ISF har ført til større forskjeller i behandlingstilbudet mellom fylkeskommunene. Tvert imot er det etter innføringen av ISF blitt noe mindre forskjeller i antall heldøgnsopphold mellom fylkeskommuner med et lavt og et høyt inntektsnivå. Det har vært en spesiell sterk vekst i ressursmessig tunge heldøgnsopphold i fylkeskommunene med et lavt inntektsnivå. Til tross for at det har skjedd en utjevning i antall heldøgnsopphold, er det fortsatt store forskjeller i behandlingstilbudet mellom fylkeskommunene.

Undersøkelsen viser at ISF har hatt sterkest effekt på behandlingsaktiviteten i sykehusene i fylkeskommunene med et lavt inntektsnivå. Dette kan blant annet ha sammenheng med at disse sykehusene er mer kostnadseffektive enn andre sykehus. Sykehusene i fylkeskommunene med et lavt inntektsnivå kan derfor samlet sett ha klart å utnytte de tilgjengelige ressursene på en mer effektiv måte enn andre sykehus. Følgelig kan det være et potensial for en ytterligere økt behandlingsaktivitet i sykehusene gjennom en effektivisering av ressursbruken. Undersøkelsen viser blant annet at styringsinformasjonen i svært mange sykehus ikke er tilrettelagt for at et aktivitetsbasert finansieringssystem skal fungere etter intensjonene.

Finansieringssystemet for sykehusene skal bidra til å gi en god kostnadskontroll i sektoren. Undersøkelsen indikerer at det ikke har vært en god nok kostnadskontroll i sektoren etter innføringen av ISF. Veksten i behandlingsaktiviteten i sykehusene etter innføringen av ISF har vært høyere enn det har vært finansielt grunnlag for. Fylkeskommunenes økonomiske situasjon har forverret seg betydelig etter 1997. De fylkeskommunene som har hatt høyest

vekst i behandlingsaktiviteten etter innføringen av ISF, har også fått de største økonomiske problemene. Fylkeskommunene med et lavt inntektsnivå hadde samlet sett et underskudd både i 1999 og i 2000. I den sammenheng kan det reises spørsmål ved om styring, oppfølging og kontroll er tilstrekkelig prioritert ved driften av sykehus.

7.3 OM STYRING, OPPFØLGING OG KONTROLL AV SYKEHUSDRIFTEN UT FRA ISF-ORDNINGEN

Gode styrings- og rapporteringssystemer i sykehusene er en nødvendig forutsetning for effektiv drift av sykehusene. Undersøkelsen viser at sykehusene gjennomgående har fastsatt mål, og at de rapporterer om behandlingsaktiviteten i sine ledelsesrapporter. Sykehusene har imidlertid bare i begrenset grad fastsatt mål knyttet til ressursutnyttelsen og ventelistepasienter. Mange sykehus rapporterer heller ikke om ressursutnyttelsen og ventelistepasienter i sine ledelsesrapporter. Manglende fokus på disse forholdene kan ha betydning for ressursutnyttelsen i sykehusene og dermed også for muligheten til å gi flere pasienter tilbud om behandling.

Få områder har vært omfattet av så stor helsepolitisk oppmerksomhet av Stortinget som utviklingen i ventetiden for pasientene før behandling. Ventetiden er viktig for befolkningens tilgjengelighet til helsetjenester, og lang ventetid vil ofte også være svært belastende for den enkelte pasient. Til tross for dette viser undersøkelsen at svært mange sykehus mangler viktige indikatorer om ventelistepasienter i ledelsesrapportene. Eksempelvis gir ledelsesrapportene i halvparten av sykehusene ikke informasjon om ventetider for pasientene. Undersøkelsen viser at sykehus i fylkeskommunene hvor ISF har hatt sterkest effekt på behandlingsaktiviteten, i større grad enn andre sykehus rapporterer om ventelistepasientene i ledelsesrapportene. Det kan stilles spørsmål ved om manglende fokus på ventelistepasienter i ledelsesrapportene kan føre til at ventetiden for disse ikke vektlegges i tilstrekkelig grad fra sykehusledelsen.

Ved innføringen av ISF ble det framhevet at det var en risiko for at sykehusene ville prioritere pasientgrupper som de oppfatter som mer lønnsomme enn andre pasientgrupper, jf. St.meld. nr. 44 (1995–96). I Innst. S. nr. 27 (1996–97) til St.meld. nr. 44 (1995–96) forutsetter flertallet i sosialkomiteen samtidig at den gjennomsnittlige ventetiden blir redusert for alle pasientgrupper. Undersøkelsen viser at få sykehus har ledelsesrapporter som gir informasjon om behandlingsaktiviteten og ventetider for de enkelte pasientgruppene. Et sentralt spørsmål blir dermed hvor raskt sykehusledelsen kan avdekke eventuelle uønskede endringer i prioriteringen mellom pasientgrupper i sykehusene.

ISF har som et viktig mål å stimulere til effektiv ressursutnyttelse gjennom å få sykehusene til å fokusere på kostnadsforhold. Et sykehus vil som følge av ISF ha incentiv til å behandle pasientgrupper som sykehuset kan behandle mer kostnadseffektivt enn andre sykehus. Den viktigste motiverende faktoren når ISF-refusjonen for ulike pasientgrupper er gitt, er i prinsippet at sykehus med et høyt kostnadsnivå antas å ville redusere behandlingstkostnadene. ISF skulle derfor ført til at kunnskap om tjenestekostnader er viktigere enn tidligere.

Undersøkelsen viser at halvparten av sykehusene ikke har gjennomført analyser av hva det koster å behandle noen av pasientgruppene i sykehuset. Dette kan være en forklaring på at hver tredje sykehusdirektør opplyser om at de har relativt dårlig kjennskap til hva det koster å behandle ulike pasientgrupper i sykehuset. Manglende kunnskap om kostnadsstrukturen i sykehuset vil svekke muligheten til fullt ut å realisere potensialet med ISF som finansieringsordning. Kostnadskalkyler kan gi et grunnlag for forbedringer av interne driftsprosesser for derved å kunne gi tilbud til flere pasienter og for å ivareta en god kostnadskontroll i forbindelse med endringer i behandlingsaktiviteten.

ISF skal stimulere sykehusene til en effektiv ressursutnyttelse gjennom at sykehusene identifiserer flaskehalsen som hindrer en effektiv pasientbehandling. Undersøkelsen viser at nesten halvparten av sykehusdirektørene ikke får informasjon i sine ledelsesrapporter om noen av de fire forholdene de selv ser på som de viktigste flaskehalsene i sykehuset. Videre viser undersøkelsen at nesten ingen av sykehusene rapporterer om utnyttelsesgraden av operasjonsstuen i ledelsesrapportene. Etter sykehusdirektørens oppfatning er en god utnyttelse av operasjonsstuen den viktigste faktoren for å styre ressursutnyttelsen i sykehuset. Dette gir grunn til å stille spørsmål ved om sykehusledelsen har fokusert tilstrekkelig på forhold som hindrer en god pasientflyt i sykehuset.

Med et aktivitetsbasert finansieringssystem i sykehusene er det viktig for sykehusledelsen å ha kjennskap til forholdet mellom ressursinnsatsen og behandlingsaktiviteten i sykehuset. Undersøkelsen viser at de fleste sykehusene har rapporter som gir informasjon om ressursinnsatsen og om behandlingsaktiviteten i sykehuset. Kun hvert fjerde sykehus har imidlertid indikatorer i rapportene som viser forholdet mellom ressursinnsatsen og behandlingsaktiviteten, det vil si om hvor produktivt sykehuset er. Dessuten oppgir godt over halvparten av økonomisjefene at sykehuset ikke har verktøy som gjør det mulig å beregne de økonomiske konsekvensene av endringer i behandlingsaktiviteten. Det vil dermed være vanskelig for sykehusledelsen å kunne vurdere de økonomiske konsekvensene av endringer i sykehusets behandlingsaktivitet.

Sykehusene er personellintensive arbeidsplasser,

og de ansattes kompetanse og kvalifikasjoner er derfor avgjørende for å oppnå en god ressursutnyttelse i sykehusene. Undersøkelsen viser at ledelsen i mange sykehus ikke har tilgang til informasjon om viktige forhold knyttet til de ansatte, som for eksempel turnover, antall innleide årsverk og personaltilfredshet. I tillegg har svært få sykehus ledelsesrapporter som inneholder indikatorer som viser forholdet mellom behandlingsaktiviteten og bruk av ulike typer personell. Dette kan være en forklaring på at mer enn halvparten av sykehusdirektørene oppgir at de gjennom sine ledelsesrapporter ikke kan oppdage hvorvidt personellressursene er skjævt fordelt innenfor sykehuset sett i forhold til behandlingsaktiviteten. For sykehuset under ett vil det dermed være vanskelig å få til en effektiv bruk av de samlede personellressursene.

I et aktivitetsbasert finansieringssystem er det flere utilsiktede virkninger som kan oppstå. Ved innføringen av ISF ble det fra ulike miljøer blant annet stilt spørsmål ved om DRG-systemet ville påvirke behandlingskvaliteten i negativ retning. Undersøkelsen viser at kun hvert tredje sykehus rapporterer regelmessig om behandlingskvaliteten i ledelsesrapportene, og blant disse sykehusene er årlig rapportering det vanligste. En viktig kvalitetsindikator vil være omfanget av reinnleggelser. Over halvparten av sykehusdirektørene oppgir at de ikke har tilgang til informasjon om reinnleggelser ved sykehuset som ikke er planlagt. Dette gir grunn til å reise spørsmål ved om sykehusene har rapporteringssystemer som vil gjøre ledelsen tidlig nok oppmerksom på en eventuell uheldig utvikling i behandlingskvaliteten i sykehusene.

7.4 MEDISINSK REGISTRERINGS- PRAKSIS I SYKEHUSENE

ISF er utformet slik at sykehusene får refundert et beløp fra staten per behandlet pasient. Refusjonens størrelse er avhengig av i hvilken DRG pasienten er klassifisert. Undersøkelsen viser at 18 prosent av 336 undersøkte pasientopphold er klassifisert i feil DRG. Det vil si at de tre undersøkte sykehusene med riktig medisinsk registrering ville ha fått et annet refusjonsbeløp for nesten hvert femte pasientopphold. Nesten halvparten av de feilklassifiserte pasientoppholdene skulle ha vært klassifisert i en DRG som gir et refusjonsbeløp fra staten som avviker mer enn 50 prosent fra DRG-en som pasientoppholdet faktisk var klassifisert i.

De tre sykehusene ville med korrekt medisinsk registrering samlet sett mottatt 2,5 prosent mer i refusjon fra staten enn det de faktisk har fått for pasientene i utvalget. Alle tre sykehusene ville isolert sett ha mottatt mer i refusjon for de undersøkte pasientoppholdene med riktig medisinsk registrering. Selv om refusjonsbeløpet endres relativt mye for alle

pasientene som er klassifisert i feil DRG, er likevel de økonomiske konsekvensene samlet sett for utvalget relativt små. Dette skyldes at undersøkelsen ikke har påvist systematisk medisinsk feilregistrering med konsekvenser for DRG-grupperingen. I store materialer vil usystematiske feil føre til at positive og negative avvik i refusjonsbeløp oppveier hverandre.

Undersøkelsen viser likevel at feil i den medisinske registreringen kan føre til betydelige avvik som ikke jevnes ut innenfor avdelingene i det enkelte sykehus. Ved ett av sykehusene får en avdeling beregningsmessig 23 prosent for lite i refusjon. Dette viser at feil i den medisinske registreringen kan få betydelige konsekvenser for ressurstilgangen på avdelingsnivå i sykehusene. Feil i den medisinske registreringen kan derfor på en utilsiktet måte påvirke i hvilket omfang ulike pasientgrupper behandles i sykehusene.

Undersøkelsen viser at nesten hvert tredje pasientopphold er registrert med feil hoveddiagnose. Disse feilene fører ikke nødvendigvis til at oppholdet blir klassifisert i feil DRG fordi også andre faktorer enn hoveddiagnosen bestemmer DRG-klassifiseringen. Siden medisinske registreringer av diagnoser gir grunnlag for pasientstatistikken, bidrar imidlertid en høy feilprosent i vesentlig grad til å redusere tilliten til pasientstatistikken. Denne statistikken benyttes som grunnlag for planlegging, styring og evaluering av helsetjenestene lokalt og nasjonalt.

Sosial- og helsedepartementet har gjennom kryptreglene innenfor ISF-ordningen satt en øvre grense for hvor mye DRG-indeksen (pasienttyngden) kan øke i en periode. Kryptgrensen ble innført for å sikre at det kun ble gitt refusjon til sykehusene for en faktisk økning i behandlingsaktiviteten og ikke som følge av en bedre registrering av pasientbehandlingen. De økonomiske virkningene av den medisinske registreringen gjør at det er en risiko for at det registreres bidiagnoser som gir økt DRG-refusjon, men som det ikke er medisinsk grunnlag for. I undersøkelsen er det imidlertid ikke påvist tegn til taktisk medisinsk registrering i sykehusene for derigjennom å oppnå en uberettiget høy refusjon fra staten. For de undersøkte pasientoppholdene har sykehusene tvert imot registrert for få bidiagnoser per pasientopphold. Dette innebærer at utbetalingene fra staten til sykehusene fortsatt kan øke som følge av en mer komplett medisinsk registrering av diagnoser i sykehusene. Samtidig vil en vekst i behandlingen av ressursmessig tunge pasienter (for eksempel ventelistepasienter med garanti) gi en høyere DRG-indeks. Dette reiser spørsmål ved om kryptreglene innenfor ISF-ordningen har motvirket intensjonen med ventetidsgarantiordningen om en sterkere prioritering av alvorlig syke pasienter.

Verken antall reviderte pasientjournaler eller antall pasientgrupper i undersøkelsen er tilstrekkelig for å trekke vitenskapelig generaliserbare konklusjo-

ner om kvaliteten på den medisinske registreringen i landets sykehus som helhet. Funnene samsvarer imidlertid godt med en tilsvarende undersøkelse som er utført av Fylkesrevisjonen i Sør-Trøndelag med andre pasientgrupper og med data fra 2000. Riksre-

visjonens undersøkelse gir derfor klare indikasjoner på at det er behov for å iverksette tiltak fra departementet for å bedre den medisinske registreringen i sykehusene.

Vedlegg – spørreskjema til sykehusdirektørene

Vi har først noen innledende spørsmål

1. Med pasientgruppe menes her en inndeling av pasientene basert på hvilken spesialitet lidelsen eller sykdommen hører inn under. DRG-systemet er et eksempel på en pasientgruppering.

Ta stilling til følgende påstand: «**Jeg har god kjennskap til hva det koster å behandle ulike pasientgrupper i mitt sykehus.**»

- Helt enig
- Delvis enig
- Verken enig eller uenig
- Delvis uenig
- Helt uenig

2. Pasientbehandlingen omfatter ofte flere deltjenester som diagnostisering, røntgen, operasjon, pleie mv.

Ta stilling til følgende påstand: «**Jeg har god kjennskap til hvor mye ressurser som brukes på de ulike deltjenestene for pasientgruppene i mitt sykehus.**»

- Helt enig
- Delvis enig
- Verken enig eller uenig
- Delvis uenig
- Helt uenig

3. **Er det gjennomført analyser av de faktiske behandlingstkostnadene for spesifikke DRGer i ditt sykehus?**

- Ja
- Nei

Hvis ja – for hvor mange DRGer? _____ (Oppgi ca. antall)

4. Ta stilling til følgende påstand: «**Det er godt samsvar mellom DRG-vektene og hva det koster å behandle de enkelte pasientgruppene i mitt sykehus.**»

- Helt enig
- Delvis enig
- Verken enig eller uenig
- Delvis uenig
- Helt uenig

5. Ta stilling til følgende påstand: «**Jeg har god kjennskap til de økonomiske konsekvensene for mitt sykehus ved å behandle flere pasienter enn planlagt.**»

- Helt enig
- Delvis enig
- Verken enig eller uenig
- Delvis uenig
- Helt uenig

6. Har ditt sykehus de nødvendige verktøy som gjør det mulig å simulere økonomiske konsekvenser av endringer i behandlingsaktivitet og/eller pasientsammensetning?

- Ja
 Nei

I de neste spørsmålene vil vi gjerne høre litt om ledelsesrapportene på sykehuset.

Med ledelsesrapporter menes rapporter som kommer regelmessig og gir informasjon om de samme forholdene hver gang. Ledelsesrapportene kan gi deg som leder informasjon om områder som økonomi, behandlingsaktivitet (produksjon), ventelister, behandlingskvalitet, personell m.v. i en og samme rapport, eller i flere forskjellige rapporter.

7. Hvor ofte rapporteres det på følgende områder i ledelsesrapportene for ditt sykehus?

	Ingen rapportering	Hver måned	Hvert kvartal	Hvert tertial	Hvert halvår	Hvert år	Kun ad hoc rapportering
Økonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlingsaktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventelister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlingskvalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Først litt om forhold knyttet til behandlingsaktivitet (produksjon) og resursutnyttelse

8. Hvor relevant er det å kjenne til følgende forhold knyttet til behandlingsaktiviteten for å styre ditt sykehus?

	Lite relevant	Relevant	Svært relevant
Antall behandlinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antall DRG-poeng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DRG-indeks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antall behandlinger fordelt på poliklinikk, dagkirurgi og innleggelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antall behandlinger fordelt på medisin og kirurgi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antall behandlinger fordelt på medisinske spesialiteter/fagområder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antall behandlinger fordelt på ulike DRGer	q	q	q

9. Fra hvilke kilder har du tilgang til informasjon om følgende forhold for ditt sykehus?

	Ledelses rapporter	Andre kilder	Har ikke tilgang til denne typen informasjon
Antall behandlinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antall DRG-poeng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DRG-indeks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antall behandlinger fordelt på poliklinikk, dagkirurgi og innleggelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antall behandlinger fordelt på medisin og kirurgi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antall behandlinger fordelt på medisinske spesialiteter/fagområder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antall behandlinger fordelt på ulike DRGer	q	q	q

10. Hvor relevant er det å kjenne til følgende forhold knyttet til ressursutnyttelsen for å styre ditt sykehus?

	Lite relevant	Relevant	Svært relevant
Liggetid før operasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total liggetid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antall utskrivningsklare pasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektivandel av samlet antall behandlinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andelen av de elektive operasjonene som gjennomføres etter planen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antall ventelistepasienter som behandles akutt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antall strykninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antall liggedøgn over trimpunkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beleggsprosent for senger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utnyttelsesgrad av operasjonsstuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utnyttelsesgrad for servicefunksjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Fra hvilke kilder har du tilgang til informasjon om følgende forhold for ditt sykehus?

	Ledelses rapporter	Andre kilder	Har ikke tilgang til denne typen informasjon
Liggetid før operasjon			
Total liggetid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antall utskrivningsklare pasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektivandel av samlet antall behandlinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andelen av de elektive operasjonene som gjennomføres etter planen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antall ventelistepasienter som behandles akutt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antall strykninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antall liggedøgn over trimpunkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beleggsprosent for senger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utnyttelsesgrad av operasjonsstuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utnyttelsesgrad for servicefunksjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Kryss av for hvilke faktorer det er utarbeidet målsettinger for ditt sykehus:

- Antall behandlede pasienter
- Antall produserte DRG-poeng
- DRG-indeks
- Antall pasientbehandlinger fordelt på poliklinikk, dagkirurgi og innleggelser
- Antall pasientbehandlinger fordelt på medisin og kirurgi
- Antall pasientbehandlinger fordelt på medisinske spesialiteter/ fagområder
- Antall pasientbehandlinger fordelt på ulike DRGer
- Liggetid før operasjon
- Total liggetid
- Antall utskrivningsklare pasienter
- Elektivandel av samlet antall behandlinger
- Andelen av de elektive operasjonene som gjennomføres etter planen
- Antall ventelistepasienter som behandles akutt
- Antall strykninger
- Antall liggedøgn over trimpunkt
- Beleggsprosent for senger
- Utnyttelsesgrad av operasjonsstuer
- Utnyttelsesgrad for servicefunksjoner

13. Med pasientgruppe menes her en inndeling av pasientene basert på hvilken spesialitet lidelsen eller sykdommen hører inn under. DRG-systemet er et eksempel på en pasientgruppering.

Kryss av for hvilke faktorer målsettingene er brutt ned på pasientgrupper:

- Antall behandlede pasienter
- Antall produserte DRG-poeng
- Liggetid før operasjon
- Total liggetid
- Antall utskrivningsklare pasienter
- Elektivandel av samlet antall behandlinger
- Andelen av de elektive operasjonene som gjennomføres etter planen
- Antall ventelistepasienter som behandles akutt
- Antall strykninger
- Antall liggedøgn over trimpunkt
- Beleggsprosent for senger
- Utnyttelsesgrad av operasjonsstuer
- Utnyttelsesgrad for servicefunksjoner

Så litt om ventelister

Ny lov om pasientrettigheter trådte i kraft 1.januar 2001, noe som blant annet fører til at tildeling av ventelistegaranti for behandling opphører. Denne spørreskjemaundersøkelsen retter seg imidlertid mot ledelsesrapporteringen i 2000, noe som gjør at vi likevel spør om dette.

14. **Hvor relevant var det å kjenne til følgende forhold knyttet til ventelister i 2000 for å styre ditt sykehus?**

	Lite relevant	Relevant	Svært relevant
Antall på venteliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andel med garanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventetid med garanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventetid uten garanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antall garantibrudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. **Fra hvilke kilder hadde du tilgang til informasjon om følgende forhold i 2000 for ditt sykehus?**

	Ledelses rapporter	Andre kilder	Hadde ikke tilgang til denne typen informasjon
Antall på venteliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andel med garanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventetid med garanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventetid uten garanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antall garantibrudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. **Kryss av for hvilke faktorer sykehuset hadde utarbeidet målsettinger for 2000?**

- Andel med behandlingsgaranti
- Ventetid med garanti
- Ventetid uten garanti
- Antall garantibrudd

17. **Kryss av for hvilke faktorer målsettingene var brutt ned på pasientgrupper i 2000?**

Med pasientgruppe menes her en inndeling av pasientene basert på hvilken spesialitet lidelsen eller sykdommen hører inn under.

- Andel med behandlingsgaranti
- Ventetid med garanti
- Ventetid uten garanti
- Antall garantibrudd

Videre litt om behandlingskvalitet

18. Hvor relevant er det å kjenne til følgende forhold knyttet til behandlingskvalitet for å styre ditt sykehus?

	Lite relevant	Relevant	Svært relevant
Mortalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infeksjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikke planlagte reinnleggelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revisjoner (f eks utskiftning av hofteproteser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liggetid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasienttilfredshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korridorpasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Fra hvilke kilder har du tilgang til informasjon om følgende forhold for ditt sykehus?

	Ledelses rapporter	Andre kilder	Har ikke tilgang til denne typen informasjon
Mortalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infeksjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikke planlagte reinnleggelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revisjoner (f eks utskiftning av hofteproteser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liggetid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasienttilfredshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korridorpasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Til slutt litt om personellet

20. Hvor relevant er det å kjenne til følgende forhold knyttet til personellet for å styre ditt sykehus?

	Lite relevant	Relevant	Svært relevant
Antall årsverk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antall årsverk innleid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruk av vikarer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruk av overtid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fravær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Turnover	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personaltfredshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalsammensetning (kunnskapsprofil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Fra hvilke kilder har du tilgang til informasjon om følgende forhold for ditt sykehus?

	Ledelses rapporter	Andre kilder	Har ikke tilgang til denne typen informasjon
Antall årsverk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antall årsverk innleid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruk av vikarer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruk av overtid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fravær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Turnover	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personaltfredshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalsammensetning (kunnskapsprofil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vi har nå noen nærmere spørsmål om ledelsesrapportene

22. **Kryss av for hvilke målsettinger det rapporteres på avvik i ledelsesrapportene for ditt sykehus:**
- budsjettmål
 - mål knyttet til ventelistepasienter
 - mål knyttet til behandlingsaktivitet (produksjon)
 - mål knyttet til effektiv ressursutnyttelse (produktivitet)
 - mål knyttet til behandlingskvalitet
 - mål knyttet til personalet
23. **Har du tilgang til informasjon via elektroniske medier (PC) som gjør det mulig å gjennomføre egne analyser av årsaker til avvik i ledelsesrapportene for ditt sykehus?**
- Ja
 - Nei
24. Med pasientgruppe menes her en inndeling av pasientene basert på hvilken spesialitet lidelsen eller sykdommen hører inn under.
- Kryss av dersom ledelsesrapportene for ditt sykehus inneholder informasjon om følgende:**
- Kostnads-/utgiftsdata brutt ned på pasientgrupper.
 - Ventelistedata brutt ned på pasientgrupper
 - Behandlingsaktivitetsdata brutt ned på pasientgrupper
 - Behandlingskvalitetsdata brutt ned på pasientgrupper
25. **Inngår økonomi- og behandlingsaktivitetsdata i samme ledelsesrapport for ditt sykehus?**
- Ja
 - Nei
26. **Inneholder ledelsesrapportene for ditt sykehus indikatorer som viser forholdet mellom utgifter og behandlingsaktivitet, dvs. produktivitet?**
- Ja
 - Nei Gå til spørsmål 28
27. **Er noen av produktivitetsindikatorerne brutt ned på pasientgrupper?**
- Ja
 - Nei
28. **Inneholder ledelsesrapportene for ditt sykehus indikatorer som viser forholdet mellom lønnsutgifter og behandlingsaktivitet?**
- Ja
 - Nei
29. **Inneholder ledelsesrapportene for ditt sykehus indikatorer som viser forholdet mellom behandlingsaktivitet og bruk av ulike typer personell?**
- Ja
 - Nei
30. **Ta stilling til følgende påstand: «Ledelsesrapportene for mitt sykehus inneholder tilstrekkelig informasjon for å oppdage om personellressursene er fordelt skjevt innen sykehuset sett i forhold til behandlingsaktiviteten.»**
- Helt enig
 - Delvis enig
 - Verken enig eller uenig
 - Delvis uenig
 - Helt uenig

31. **Kryss av for områder hvor ledelsesrapportene for ditt sykehus inneholder prognoser for den resterende delen av året:**

- budsjettet
- mål knyttet til ventelistepasienter
- mål knyttet til behandlingsaktivitet (produksjon)
- mål knyttet til behandlingskvalitet
- mål knyttet til personalet

32. **Hva opplever du som de fire viktigste produksjonsbegrensningene for ditt sykehus?**

- Kapasiteten i polikliniske avdelinger
- Kapasiteten i anestesivdelingen
- Kapasiteten i operasjonsstuer
- Kapasiteten i intensivavdeling
- Kapasiteten til postoperative funksjoner
- Kapasiteten i røntgenavdelingen
- Kapasitet i andre serviceavdelinger
- Sengekapasiteten
- Tilgang på leger
- Tilgang på operasjonssykepleiere
- Tilgang på anestesi- eller intensivsykepleiere
- Tilgang på annet pleiepersonell
- Utskrivning av ferdigbehandlede pasienter
- Andre: _____

33. **Hvor mange av de produksjonsbegrensningene som du krysset av for i forrige spørsmål gis det informasjon om i ledelsesrapportene for ditt sykehus?**

- 4 (alle)
- 3
- 2
- 1
- 0 (ingen)

34. **Har du tilgang til ledelsesinformasjon via elektroniske medier (for eksempel gjennom intranett)?**

- Ja
- Nei

Vi vil til slutt vite hva du mener om ledelsesrapportene

35. **Hvor enig er du i at ledelsesrapportene for ditt sykehus inneholder informasjon som du har tillit til?**

- Helt enig
- Delvis enig
- Verken enig eller uenig
- Delvis uenig
- Helt uenig

36. **Hvor enig er du i at ledelsesrapportene for ditt sykehus inneholder informasjon som er lett å lese og forstå?**

- Helt enig
- Delvis enig
- Verken enig eller uenig
- Delvis uenig
- Helt uenig

- 37. Hvor enig er du i at det er raskt å finne frem til nødvendig informasjon i ledelsesrapportene for ditt sykehus?**
- Helt enig
 - Delvis enig
 - Verken enig eller uenig
 - Delvis uenig
 - Helt uenig
- 38. Hvor enig er du i at ledelsesrapportene for ditt sykehus kommer tidsnok til å kunne foreta handlingsrettede beslutninger?**
- Helt enig
 - Delvis enig
 - Verken enig eller uenig
 - Delvis uenig
 - Helt uenig
- 39. Hvor enig er du i at ledelsesrapportene for ditt sykehus kun inneholder indikatorer som sykehuset selv kan styre og påvirke?**
- Helt enig
 - Delvis enig
 - Verken enig eller uenig
 - Delvis uenig
 - Helt uenig