

Innst. S. nr. 172

(2001-2002)

Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av innsatsstyrt finansiering i somatiske sykehus

Dokument nr. 3:6 (2001-2002)

Til Stortinget

1. INNLEDNING

Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført i 1997 på grunnlag av Stortingets behandling av St.meld. nr. 44 (1995-1996) Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering, jf. Innst. S. nr. 27 (1996-1997). Hovedmålet med ISF var å øke behandlingsaktiviteten ved landets somatiske sykehus på en effektiv måte som igjen skulle bidra til å redusere unødig venting og sikre innfrielse av ventetidsgarantien. Tilskuddet er i inneværende år på ca. 15 mrd. kroner og utgjør en vesentlig del av finansieringen av sykehusene.

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. 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 som har betydning for refusjonen som sykehusene mottar fra staten via fylkeskommunene.

2. OPPSUMMERING AV UNDERSØKELSEN

Det er gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant de somatiske sykehusene. I tillegg er det med utgangspunkt i et utvalg pasientjournaler ved tre sykehus undersøkt om den medisinske registreringen er i samsvar med de medisinske fagkodeverkene.

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.

Undersøkelsen er inndelt på følgende områder:

- Effektene av ISF på behandlingsaktiviteten
- Om styring, oppfølging og kontroll av sykehusdriften ut fra ISF-ordningen
- Medisinsk registreringspraksis i sykehusene

3. SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENTETS KOMMENTARER

Sosial- og helsedepartementet har i sitt svarbrev av 3. desember 2001 kommentert følgende:

- Styring, oppfølging og kostnadskontroll
- Fokus på kostnader
- Medisinsk registreringspraksis
- Ventelistepasienter og avkorting av ISF-utbetalinger på grunn av krypregler.

4. RIKSREVISJONENS BEMERKNINGER

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.

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

Helsedepartementet uttaler i sitt svarbrev av 15. januar 2002:

"...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 ett 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 opp-

følgningen 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.

Etter Riksrevisjonens vurdering vil foretaksorganiseringen skjerpe kravene til en mest mulig oppdatert dokumentasjon og ensartet rapportering.

Som ledd i komiteens behandling av saken ble det 16. april 2002 rettet en henvendelse til Helsedepartementet hvor komiteen ønsket opplyst hvorvidt det forelå tilleggsopplysninger som kunne være av interesse for komiteen å innhente før avgivelse.

I sitt svarbrev 22. april 2002 viste departementet til at det i St.prp. nr. 1. Tillegg nr. 4 (2001-2002) varsles at det skal arbeides med en gjennomgang av de mer langsiktige løsningene for finansieringsordningene for spesialisthelsetjenesten. Med dette som mandat ble et offentlig utvalg nedsatt 1. februar. Utvalget har som oppgave å foreslå et framtidig finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten og skal levere sin innstilling innen 31. desember 2002. Vedlagt innstillingen følger departementets svar samt mandatet og utvalgets sammensetning.

7. KOMITEENS MERKNADER

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Dag Terje Andersen, Berit Brørby og Kjell Engebretsen, fra Høyre, André Dahl og Martin Engeset, fra Fremskrittspartiet, Carl I. Hagen og Henrik Rød, fra Sosialistisk Venstreparti, Siri Hall Arnøy og lederen Ågot Valle og fra Kristelig Folkeparti, Modulf Aukan, er oppmerksom på at staten overtok de somatiske sykehusene fra fylkeskommunene fra 1. januar 2002, jf. Ot.prp. nr.66 (2000-2001), og at sykehusene skal drives som hundre prosent statlig eide helseforetak, med ett regionalt helseforetak i hver region. Hovedstruktu-

ren i dagens finansieringsordning for spesialisthelsetjenesten vil likevel i første omgang videreføres. Komiteen merker seg at helsedepartementet i sitt svar til Riksrevisjonen understreker at synspunktene og vurderingene i Dokument nr. 3:6 (2000-2001) skal danne et grunnlag for sitt videre arbeid. Komiteen viser også til at det offentlige utvalget som har til oppgave å foreslå et fremtidig finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten er i gang med sitt arbeid, og at utvalgets innstilling vil foreligge innen 31. desember 2002. Komiteen forutsetter at de avdekkede svakheter i Riksrevisjonens undersøkelse om ISF vies den nødvendige oppmerksomhet fra departementets side i den videre prosess.

Komiteen har merket seg at ordningen med ISF har bidratt til å øke behandlingsaktiviteten i sykehusene, men at veksten i DRG-poeng har vært høyere enn veksten i antall behandlingsdøgn. Komiteen har også merket seg at denne veksten i perioden for Riksrevisjonens undersøkelse i hovedsak skyldes at antallet behandlinger av "øyeblikkelig hjelp"-pasienter har økt, mens antallet planlagte behandlinger har blitt noe redusert i perioden. Komiteen har særlig merket seg at undersøkelsen også viser at for få sykehus har fokusert tilstrekkelig på det som oppfattes som flaskehalsene for effektiv pasientbehandling.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti har videre merket seg at det i rapporten hevdes at ISF-systemet så langt ikke kan sies å ha gått utover kronikerne, slik enkelte var bekymret for forut for endringen av finansieringssystemet. Flertallet vil understreke faren for at ytterligere økning av ISF-finansieringen kan gi en slik negativ effekt.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti har videre merket seg det gledelige i at ISF-systemet ikke kan sies å ha gått utover kronikerne, slik enkelte var bekymret for forut for endringen av finansieringssystemet.

Komiteen bemerker at ledelsesrapportene er viktige styringsdokumenter for det enkelte sykehus, men at disse ledelsesrapportene blant utvalget av sykehus i Riksrevisjonens undersøkelsesutvalg dessverre mangler flere viktige indikatorer, som for eksempel produktivitetsindikatorer, kostnadsindikatorer, bruk av personell, kvalitet på behandlingen og utnyttelsesgraden ved operasjonsstuer. Komiteen er oppmerksom på at rapportens opplysninger om den medisinske registreringspraksis baserer seg på undersøkelser gjort ved et mindre antall sykehus på et lite antall diagnoser og at måleåret var 1999. Dette året ble det foretatt betydelige endringer i ISF. Komiteen anmoder imidlertid departementet om å iverksette egnede tiltak for å bedre den medisinske registreringen i sykehusene for å oppnå bedre samsvar mellom kostnader og den reelle

behandlingsaktiviteten ved sykehusene. Komiteen merker seg i denne sammenheng at feil registrering ved det enkelte sykehus har ført til at disse i undersøkelsesperioden har mottatt uriktig oppgjør i ISF-systemet. Komiteen forventer at dette for fremtiden vies tilbørlig oppmerksomhet slik at sykehusene refunderes korrekte beløp. Komiteen er av den oppfatning at utfordringen fremover blir å sørge for at DRG-systemet og ISF korresponderer med sykehusenes reelle kostnader.

Komiteen bemerker at ISF som finansieringsordning stiller store krav til styring, oppfølging og kostnadskontroll og at dette er sykehuseiers ansvar. Komiteen understreker betydningen av at det fokuseres på disse forhold med vesentlig større oppmerksomhet enn tilfellet ser ut til å ha vært til nå. Foretaksorganiseringen stiller ytterligere krav til oppdatert dokumentasjon og ensartet rapportering, og komiteen vil følge utviklingen på dette området svært nøye. I denne sammenheng har komiteen merket seg departementets vektlegging av klargjøring av ansvarsforholdene i den nye styringsmodellen, styringsteknikker og at hensiktsmessig IT-verktøy brukes aktivt for å sikre bedre kostnadskontroll.

Komiteen er oppmerksom på at fylkeskommunenes økonomiske situasjon samlet sett har forverret seg betraktelig etter 1997 og at de fylkeskommunene som har hatt høyest vekst i behandlingsaktiviteten etter innføring av ISF, også har fått de største økonomiske problemene. Komiteen understreker igjen betydningen av styring, oppfølging og kontroll for å sikre at den økte behandlingsaktiviteten gir seg utslag i et reelt bedre behandlingstilbud, men samtidig forholder seg til det finansielle grunnlaget.

Komiteen har imidlertid merket seg at netto driftsresultat som prosentvis andel av driftsinntektene i perioden 1996 til 2000 i fylkeskommuner med lavt inntektsnivå som for eksempel Akershus, Østfold og Hordaland, har hatt en signifikant mer negativ utvikling enn de andre fylkeskommunene etter innføringen av ISF. Fylkeskommunene med lavt nivå på de frie inntekter har ifølge Riksrevisjonens undersøkelse en høyere arbeidsproduktivitet enn de øvrige fylkeskommuner samtidig som de har lavere kostnadsnivå. Komiteen merker seg i denne sammenheng at undersøkelsen viser at rapporteringsrutinene ved sykehus i fylker med lavt inntektsnivå er til dels mer presise enn i fylkeskommuner med høyt inntektsnivå. Komiteen merker seg spesielt at rapporten antyder at økningen i behandlingsaktivitet i fylker med lavt inntektsnivå har blitt finansiert ved at disse fylkene har svekket det økonomiske resultatet til fylkeskommunen, jf. St.prp. nr.62 (1999-2000) og St.prp. nr.82 (2000-2001). Dokument nr. 3:6 (2000-2001) viser igjen at fylker med lave frie inntekter grunnet skjevhet i inntektssystemet, kombinert med vekstproblematikk skaper ytterligere nye og særegne utfordringer for disse fylkene. Komiteen viser til at Regjeringen skal

fremlegge en egen storbymelding hvor slike forhold forutsettes å vies oppmerksomhet.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti vil presisere at driften av sykehusene må være mest mulig forutsigbar, og at en større andel av finansieringen i dag derfor bør skje gjennom rammefinansiering. Riksrevisjonens rapport viser at ISF-ordningen med det omfanget den har i dag på hele 55 % av finansieringen, setter spesialisthelsetjenesten foran unødig mye byråkrati. Den innsatsstyrte finansieringen bidrar dessuten til konkurranse om pasientene mer enn samarbeid, samt til å favorisere de største driftsenhetene på bekostning av lokalsykehusene.

Disse medlemmer ser positivt på Riksrevisjonens konklusjon om at de medisinskfaglige prioriteringene går foran de økonomiske i de undersøkte virk-

somhetene. Disse medlemmer er likevel overbevist om at vektleggingen av hvor mye en pasient er verd for sykehusets driftsbudsjett vil være større i et ISF-basert inntektssystem enn ved rammeoverføringer. En del enkeltsaker i pressen kan tyde på dette.

8. KOMITEENS TILRÅDING

Komiteen har ellers ingen merknader, viser til dokumentet og råår Stortinget til å gjøre slikt

vedtak:

Dokument nr. 3:6 (2001-2002) - Riksrevisjonens undersøkelse av innsatsstyrt finansiering i somatiske sykehus - vedlegges protokollen.

Oslo, i kontroll- og konstitusjonskomiteen, den 8. mai 2002

Ågot Valle
leder

André Dahl
ordfører

Kjell Engebretsen
sekretær

Vedlegg**Brev fra Helsedepartementet til kontroll- og konstitusjonskomiteen, datert 22. april 2002****Ad. Dokument nr 3:6 (2001-2002) - Riksrevisjonens undersøkelse av innsatsstyrt finansiering i somatiske sykehus til behandling**

Helsedepartementet viser til brev av 16.04.2002 hvor det ønskes opplyst hvorvidt det foreligger tilleggsopplysninger som kan være av interesse for komiteen å innhente før avgivelse.

I St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (2001-2002) varsles det at det skal arbeides med en gjennomgang av de mer langsiktige løsningene for finansieringsordningene for spesialisthelsetjenesten.

Med dette som mandat ble et offentlig utvalg nedsatt 1. februar. Utvalget har som oppgave å foreslå et framtidig finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten og skal levere sin innstilling innen 31.12.2002.

Vedlagt følger mandatet og utvalgets sammensetning.

Mandat og sammensetning for utvalg som skal vurdere framtidig finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten

I St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (2001-2002) varsles det at det skal arbeides med en gjennomgang av de mer langsiktige løsningene for finansieringsordningene for spesialisthelsetjenesten. Med dette mandat nedsettes et offentlig utvalg som har som oppgave å foreslå et framtidig finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten.

Siktemålet med utredningen er at det med utgangspunkt i ansvars- og eierskapsreformen for spesialisthelsetjenesten skal etableres en enhetlig finansiering som understøtter styringsmodellen og den etablerte rolle- og ansvarsdeling i spesialisthelsetjenesten. I tillegg er siktemålet at det etableres en finansiering som understøtter viktige mål om en produktiv sektor med høy kvalitet i tjenestetilbudet, tilrettelegge for utdanning og forskning i samarbeid med universiteter og høyskoler, samt en finansiering som bidrar til et bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og annen helsetjeneste. Gjennomgangen må derfor favne vidt, dvs. at det også er nødvendig å se på grensesnittet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, grensesnittet mellom folketrygdens ansvar og de regionale helseforetakenes ansvar samt forholdet til private tjenesteytere slik at disse utnyttes best mulig. Utvalget skal legge til grunn de finansieringsordninger som i dag gjelder for fastlegeordningen. Videre ligger det utenfor utvalgets mandat å foreslå endringer i finansieringsordningene for opptrenings-institusjoner, da det vil bli nedsatt en egen arbeidsgruppe/utvalg for å vurdere dette.

I sitt arbeid bør utvalget legge vekt på følgende prioriterte mål for en finansieringsmodell:

- stimulere til høy aktivitet og rask behandling av pasienter
- legge til rette for god kostnadskontroll
- stimulere til effektiv ressursbruk, herunder bruk av både drifts- og kapitalressurser
- understøtte målet om et likeverdig helsetilbud geografisk og mellom pasienter og grupper av pasienter (somatikk, psykiatri, rusmiddelmissbrukere, rehabilitering og habilitering)
- stimulere til god kvalitet i pasientbehandling
- legge til rette for utdannings- og forskningsvirksomhet
- stimulere til utnyttelse av private helsetilbud
- være enkelt og forutsigbart

Der hvor de ulike målene er motstridende, bør utvalget drøfte vektleggingen av ulike hensyn. Utvalget må basere sine vurderinger og tilrådinger på evalueringer av nåværende finansieringsordninger og nyere empirisk og teoretisk kunnskap om hvordan ulike finansieringsordninger virker i helsesektoren. Det forutsettes at utvalget innhenter erfaringer også fra andre land.

Utvalget bør drøfte flere alternative finansieringsmodeller, og hvorvidt det er ønskelig å kombinere flere av dem i forslag til et samlet finansieringssystem. Utvalget må legge til grunn at finansieringssystemet mellom staten og de regionale foretakene er en separat beslutning, og systemet mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene en annen. Det vises ellers til Sem-erklæringen, der det står det at "Samarbeidsregjeringen vil utrede et sterkere organisatorisk og praktisk skille mellom oppgavene som bestiller og utfører av sykehus tjenester". Utvalget bør drøfte hvordan ulike finansieringsmodeller kan bidra til å understøtte bruk av et slikt skille, herunder drøfte alternative kontrakts- og styringsformer mellom regionale helseforetak (bestillere) og helseforetakene (utøvere). Utvalget bør i denne sammenheng også drøfte nødvendige forbedringer i systemer for ledelsesinformasjon og styringsgata i sykehus.

Det legges til grunn at et framtidig system skal understøtte resultater, og som i kombinasjon med fritt sykehusvalg innebærer at "pengene følger pasienten".

Utredningen bør bl.a. ta opp følgende problemstillinger og utfordringer:

- utviklingstrekk innen pasientbehandlingen, både den medisinsk-faglige utviklingen
- teknologisk utvikling og organisatorisk utvikling innen behandlingen, herunder telemedisin
- utvikling innen organisering av sykehus og sykehusfunksjoner, herunder utvikling i sykehusstruktur
- finansiering av kapitalkostnader

- ulike finansieringsordninger for kjøp av helsetjenester i utlandet og folketrygdens kjøp av helsetjenester for sykmeldte med enkle lidelser
- behovet for et felles finansieringssystem for innlagte pasienter og polikliniske pasienter
- behov for å finne gode løsninger for "gråsoner" mellom behandling i og utenfor
- sykehus (ambulant behandling, lindrende behandling, sykestuenes plass i forhold til primærhelsetjenesten, ansvar for ferdigbehandlede pasienter, ansvarsdelingen for legemiddelbehandling mellom folketrygden og de regionale helseforetak m.m.)
- finansiering av utdanning av helsepersonell og klinisk forskning i sykehus
- finansiering av høyspesialiserte funksjoner i sykehus
- prinsipper for fordeling av aktivitetsuavhengig tilskudd mellom de regionale helseforetakene

Disse problemstillinger og utfordringer bør drøftes i lys av hvilke implikasjoner de gir i utformingen av et finansieringssystem. For enkelte av problemstillingene er det allerede satt i gang utredningsarbeid, som utvalget vil kunne ha nytte av. Bl.a. gjelder dette finansiering av kapital. Dette vil bli gjort kjent for utvalget. Videre bes utvalget benytte en nylig avgitt rapport fra en arbeidsgruppe med deltakelse fra Helsedepartementet,

Utdannings- og forskningsdepartementet, universitetssektoren og sykehussektoren som gjennomgår funksjoner som finansieres av regionsykehus-tilskuddet.

Utvalget skal levere sin innstilling innen 31.12.2002.

UTVALGETS SAMMENSETNING

Professor Terje P. Hagen, leder, Bærum

Avdelingsdir. Olav Slåttebrekk, Sosial- og helsedirektoratet, Oslo

Fung. Dir. Jon Magnussen, SINTEF Unimed, Trondheim

Adm.dir. Lars Erik Flatø, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo

Kommunelege Daniel Haga, Alta kommune, Alta
Overlege, Psykiater Kjetil Hustoft, Jæren distriktspsykiatriske senter, Bryne

Fylkestrygdedirektør Elisabet Blørstad, Rikstrygdeverket, Kristiansand

Pasientombud Grethe Brundtland, Pasientombud i Hordaland, Bergen

Fagdirektør Trine Magnus, Helse Nord, Tromsø

Avdelingssjef Ursula Falkmer, St Olavs Hospital HF, Trondheim

Universitetsdir. Vigdis Moe Skarstein, NTNU, Trondheim