



# Innst. S. nr. 110

(2003-2004)

## Innstilling til Stortinget fra kontroll- og konstitusjonskomiteen

Dokument nr. 3:3 (2003-2004)

### **Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen vedrørende Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus - en sammenligning av organiseringen av hofteoperasjoner**

Til Stortinget

#### **1. INNLEDNING**

Stortinget har understreket at det overordnede målet i helsepolitikken er å sikre at hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn og bosted, gis god tilgang på helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet i en offentlig styrt helse- og omsorgssektor. Ventetid på behandling er et viktig aspekt i befolkningens tilgjengelighet til sykehustjenestene. For å redusere pasientenes ventetid på behandling er sykehusene blitt tilført betydelige ressurser gjennom hele 1990-tallet. Samtidig har det vært en negativ utvikling i kostnadseffektiviteten i den samme perioden.

Det er et overordnet mål for de somatiske spesialisthelsetjenestene å redusere antall pasienter som venter på behandling, og tiden disse står på venteliste.

Samtidig er det et mål å bedre effektiviteten og organiseringen av tjenesteproduksjonen i og mellom de ulike forvaltningsnivåer på en slik måte at en sikrer kvaliteten gjennom hele behandlingsskjeden, jf. St.prp. nr. 1 (1997-1998).

Riksrevisjonen har undersøkt om det finnes et potensial for å effektivisere organiseringen av behandlingsaktiviteten ved sykehusene. Formålet med Riksrevisjonens undersøkelse har vært å belyse om ulike måter å organisere behandlingsaktiviteten på kan forklare forskjeller i effektiviteten mellom sykehusene.

Undersøkelsen tar utgangspunkt i organiseringen av en bestemt type behandling: innsetting av hofteproteser. Denne tilnærmingen er valgt fordi det er enklere å finne sammenhenger mellom ulike organisering og vari-

asjoner i effektivitet for en avgrenset og ensartet behandlingsform, enn for hele sykehus.

Riksrevisjonen har i undersøkelsen identifisert organisatoriske løsninger som kjennetegner behandlingsaktiviteten i en effektiv behandlingssituasjon. Videre har Riksrevisjonen undersøkt om det er lik tilgjengelighet for pasientene, målt i ventetid til operasjon.

#### **2. OPPSUMMERING AV UNDERSØKELSEN**

Gjennomsnittlig liggetid fra innleggelse til utskrivning er brukt som indikator på hofteoperasjonenes ressursforbruk ved sykehusene. I undersøkelsen er et effektivt sykehus definert som et sykehus der liggetiden er kort - et liggetidseffektivt sykehus. Beregningene av effektivitet omfatter 28 sykehus som utførte 62 pst. av alle landets hofteoperasjoner i årene 2000 og 2001. Analysen av hvordan behandlingsaktiviteten ved sykehusene er organisert, er basert på en intervjuundersøkelse ved 12 sykehus. Målet med intervjuundersøkelsen har vært å identifisere forskjeller i den interne organiseringen som kan forklare forskjeller i effektivitet mellom sykehusene.

Intervjuundersøkelsen er supplert med en spørreskjemaundersøkelse til alle landets sykehus som omhandler kvaliteten på styringsinformasjonen i de avdelingene som har ansvar for hofteoperasjonene. Videre har Riksrevisjonen gjennomført en statistisk analyse av årsaker til variasjoner i liggetid. Formålet med dette har vært å belyse i hvilken grad andre faktorer enn organisering kan forklare forskjeller i effektivitet mellom sykehusene. Årsaker til variasjoner i ventetid er også belyst ved en statistisk analyse.

##### **2.1 Likeverdig tilgang til viktige helsetjenester**

I behandlingen av Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak sluttet sosialkomiteen seg til at alle som har behov, skal sikres tilgang til nødvendige omsorgs- og helsetjenester, uavhengig av inntekt, bosted, etnisk bakgrunn og kjønn, jf. Innst. O. nr. 118

(2000-2001). Undersøkelsen viser at det ikke er lik geografisk tilgjengelighet for hofteprotesepasientene.

Pasientene bosatt i helseregionene Helse Vest og Helse Midt-Norge ventet vesentlig lenger på operasjon enn pasientene bosatt i de tre andre helseregionene i 2001.

Innenfor pasientgruppen som får satt inn en hofteprotese, skilles det mellom førstegangsoperasjoner (primæroperasjoner) og reoperasjoner. Reoperasjonene er normalt mer ressurskrevende enn primæroperasjonene, men refusjonen/inntekten gjennom innsatsstyrt finansiering var den samme i perioden fra 1998 til 2001. Undersøkelsen viser at det i denne perioden har vært en vridning bort fra reoperasjonene til de relativt mer lønnsomme primæroperasjonene, slik at ventetiden for reoperasjoner har økt, mens den har vært synkende for primæroperasjoner.

Retten til fritt sykehusvalg ble innført i 2001. Målet med pasientenes rett til fritt sykehusvalg er å forene ønsket om økt valgfrihet for pasientene med verdien om lik fordeling av tjenestetilbudet ved at ledig kapasitet ved et sykehus kan utnyttes av pasienter fra andre sykehus. Undersøkelsen viser at flere sykehus har prioritert de relativt mest lønnsomme hofteprotesepasientene for å hindre at de velger å bli operert ved andre sykehus. Dette kan også være en forklaring på at ventetiden er blitt lengre for pasientene som skal reopereres.

Undersøkelsen viser at mange kirurgiske avdelinger ikke hadde etablert systemer som kunne fange opp uønskede vridningseffekter mellom pasientgrupper i 2001.

## 2.2 Effektivitet og ressursbruk

Undersøkelsen av hofteproteseoperasjoner viser at det er store effektivitetsforskjeller mellom sykehusene. Merforbruket i form av liggetid kan være opp mot 35 pst. Denne beregningen må tolkes med varsomhet, men undersøkelsen viser samtidig at mange sykehus kan realisere et betydelig effektiviseringspotensial gjennom å organisere behandlingsaktiviteten på en bedre måte.

Når man bruker gjennomsnittlig liggetid som indikator på effektivitet, er det viktig å være oppmerksom på at mange faktorer påvirker pasientenes liggetid ved sykehuset. Liggetiden kan ha sammenheng med både omgivelsene, egenskaper ved pasientene og med den interne organiseringen ved sykehuset og i avdelingene. Den statistiske analysen viser at det er få faktorer i omgivelsene og egenskaper ved pasientene som kan forklare forskjeller i gjennomsnittlig liggetid mellom sykehusene. Unntaket er rehabiliteringstilbudet i pasientenes bostedsfylker og hvorvidt sykehuset er et regionsykehus eller ikke. Den statistiske analysen indikerer derfor at den interne organiseringen ved sykehuset og i avdelingene forklarer betydelige forskjeller i effektiviteten mellom sykehusene.

Intervjuundersøkelsen viser at det er mer kontinuitet i pasientbehandlingen i de liggetidseffektive sykehusene. Disse sykehusene koordinerer bedre behandlingsaktiviteten mellom avdelingene enn de liggetids-

ineffektive sykehusene. I tillegg bruker de liggetidseffektive sykehusene i større grad rehabiliteringsinstitusjonene som en integrert del av pasientbehandlingen.

Sengekapasiteten er en av de viktigste flaskehalsene i sykehusene. En reduksjon av liggetiden vil frigi sengekapasitet som kan brukes til å behandle flere pasienter som står på venteliste. Organisatoriske tiltak som kan redusere liggetiden for hofteprotesepasientene med bare én dag, vil kunne frigjøre nesten 7 000 liggedøgn. Dette tilsvarer liggetiden for ca. 650 hofteprotesepasienter på sengeposten.

Hoftepasientene generer en av de største andelene av statens utgifter knyttet til innsatsstyrt finansiering. Flere elementer ved organiseringen av hofteproteseoperasjonene kan sammenlignes med organiseringen av behandlingsaktiviteten for andre pasientgrupper.

Undersøkelsen indikerer at effektivitetspotensialet for spesialisthelsetjenesten er betydelig, og at en vesentlig del av dette kan tas ut gjennom bedre organisering av driften ved sykehusene.

## 2.3 Årsaker til forskjeller i effektivitet innen hoftekirurgien

I St.prp. nr. 47 (1999-2000) Om sykehusøkonomi og budsjett 2000 vises det til at det er store forskjeller i kostnader mellom sykehusene selv om disse grupperes etter type sykehus. Riksrevisjonens undersøkelse viser at måten å organisere arbeidet på kan forklare en betydelig del av forskjellene i effektivitet mellom sykehusene.

### *Pasientforløp før innleggelse til operasjon*

Ved de liggetidseffektive sykehusene venter pasientene kortere på den polikliniske undersøkelsen enn pasientene ved de liggetidsineffektive sykehusene.

De liggetidseffektive sykehusene opplever i mindre grad at poliklinikken er en flaskehals. Undersøkelsen indikerer at mange etterkontroller av ferdigbehandlede hofteprotesepasienter på poliklinikken er en viktig årsak til at ventetiden for nyhenviste pasienter blir lang. Det er stor variasjon mellom sykehusene med hensyn til hvor mange ganger hofteprotesepasientene kontrolleres etter at de er skrevet ut.

Blant sykehusene med lengst ventetid før den polikliniske undersøkelsen kontrolleres hofteprotesepasientene to eller flere ganger etter at de er skrevet ut.

For å motvirke kapasitetsproblemer på poliklinikken har flere av sykehusene begynt å overføre ansvaret for etterkontrollene av hofteprotesepasientene til primærlegene. Flere av sykehusene har også begynt å stille tydeligere krav til hvilke preoperative undersøkelser primærlegene har ansvar for å gjennomføre.

Det er grunn til å stille spørsmål ved om ikke flere sykehus kan overføre oppgaver knyttet til behandlingen av hofteprotesepasientene til primærlegene.

Pasientene i de liggetidseffektive sykehusene venter også kortere tid mellom den polikliniske undersøkelsen og operasjonen. De liggetidseffektive sykehusene er bevisste på at tiden mellom den polikliniske under-

søkelsen og innleggelsestidspunktet for operasjon skal være kort for å unngå at pasientens medisinske tilstand endres, og legger også større vekt på å koordinere de preoperative undersøkelsene og å utrede pasientene ferdig før de legges inn.

Videre viser undersøkelsen at flere av de liggetidseffektive sykehusene har formulert klare servicemål til hofteprotesepasientene om en forventet ventetid før operasjon. Ved flere av de liggetidseffektive sykehusene er hofteprotesepasientene også med på å fastsette operasjonsdatoen allerede ved den polikliniske undersøkelsen. Begrunnelsen for dette er et ønske om at pasienten skal ha et "eierskap" til behandlingen og operasjonstidspunktet. Dette fører til at færre pasienter avbestiller operasjonen før innleggelsen.

Disse organisatoriske tiltakene, både i forbindelse med den polikliniske undersøkelsen og i forhold til primærlegene før innleggelsen, reduserer antall utsettelse og strykninger i det planlagte operasjonsprogrammet.

Tiltakene fører dessuten til at pasientene ligger kortere tid før operasjonen. Undersøkelsen viser at to av de liggetidseffektive sykehusene har etablert rutiner som gjør det mulig å operere de minst kompliserte pasientene samme dag som de legges inn. Ved de fleste liggetidseffektive sykehusene ligger pasientene likevel normalt én dag før operasjonen, mens pasientene legges oftere inn to eller flere dager før operasjonen ved de liggetidsineffektive sykehusene. De sistnevnte sykehusene må bruke mye tid og ressurser til å gjennomføre nye undersøkelser etter at pasienten er lagt inn. Ved disse sykehusene skyldes utsettelse og strykninger fra operasjonsprogrammet ofte at pasientene ikke er ferdig utredet ved innleggelsen.

### **Operasjonsvirksomheten**

Undersøkelsen viser at avdelingslederne for de kirurgiske avdelingene som behandler hofteprotesepasientene, ser på utnyttelsesgraden av operasjonsstue som den mest relevante indikatoren for å styre ressursutnyttelsen i sin avdeling. Samtidig mener de at kapasiteten på operasjonsstua er den viktigste flaskehalsen. Til tross for dette har kun 7 pst. av avdelingslederne informasjon om utnyttelsesgraden av operasjonsstue i sine ledelsesrapporter.

Over 40 pst. av avdelingslederne hadde heller ikke informasjon om utnyttelsesgraden av operasjonsstua fra andre kilder. Det kan derfor stilles spørsmål ved om avdelingslederne har tilstrekkelig informasjon til å organisere og tilrettelegge operasjonsvirksomheten på en mest mulig effektiv måte.

De liggetidseffektive sykehusene opplever i mindre grad at kapasiteten på operasjonsstua er en viktig flaskehals. De liggetidseffektive sykehusene oppgir i tillegg at de kan gjennomføre flere operasjoner på et dagsprogram enn de andre sykehusene.

De fleste av sykehusene begynner ikke å operere før klokken ni om morgenen. Et kjennetegn ved to av de mest liggetidseffektive sykehusene er at de starter den første operasjonen klokken åtte. En grunn til at disse

sykehusene kan starte opp så tidlig, er at de i større grad klargjør operasjonsstue kvelden før.

Ved de liggetidsineffektive sykehusene tar det lang tid mellom operasjonene. Undersøkelsen viser at det er et skille mellom de sykehusene som organiserer aktivitetene i pasientbyttet etter hverandre, og de sykehusene som i større grad organiserer bytteaktivitetene parallelt.

Flere av de liggetidsineffektive sykehusene opplever at manglende fleksibilitet ved avslutningen av dagen hindrer gjennomføringen av det planlagte operasjonsprogrammet. Dette kan blant annet innebære at de av og til ikke får begynt på en planlagt operasjon fordi en ikke kan risikere å gå utover den ordinære arbeidstiden.

Undersøkelsen viser at det er organiseringen og planleggingen av operasjonsvirksomheten, og ikke nødvendigvis operasjonskapasiteten, som fører til at operasjonsstua er en flaskehals ved mange sykehus.

Undersøkelsen viser at organisatoriske tiltak som øker personalets "eierfølelse" til pasientbehandlingen, kan bidra til å få til en bedre utnyttelse av operasjonsstua.

### **Pasientforløp etter operasjonen**

De liggetidseffektive sykehusene legger vekt på å informere hofteprotesepasientene tidligst mulig i pasientforløpet om hvor lenge de kan bli liggende på sykehuset etter operasjonen. Undersøkelsen viser at liggetiden kan reduseres når pasientene er forberedt og mentalt innstilt på hvor lenge de kan ligge på sykehuset etter operasjonen.

Opplæring av pasientene er en viktig oppgave for sykehusene. Ved de fleste sykehusene skjer store deler av opplæringen av hofteprotesepasientene først etter operasjonen. To av de mest liggetidseffektive sykehusene skiller seg fra de andre sykehusene ved at de har organisert en "hofteskole" i forbindelse med den polikliniske undersøkelsen. Her får pasientene både grundig informasjon og undervisning, noe som motiverer dem til å trene seg opp etter operasjonen.

Dette øker kvaliteten på pasientbehandlingen, men bidrar også til å øke effektiviteten ved sykehuset ved at pasientene kan skrives ut tidligere. Erfaringene med systematisk opplæring i tilknytning til den polikliniske undersøkelsen synes å være så positive at andre sykehus bør vurdere å innføre denne rutinen i pasientbehandlingen.

De fleste sykehusene i undersøkelsen oppgir å ha en høy beleggsprosent på sengen. De liggetidseffektive sykehusene opplever likevel at det i mindre grad ligger utskrivningsklare pasienter i avdelingene, og at det sjeldnere ligger korridorpatienter på avdelingene.

En grunn til at de liggetidseffektive sykehusene har færre utskrivningsklare pasienter liggende på avdelingene, er at de i større grad har etablert rutiner og praksis for pasientbehandlingen etter operasjonen som sikrer at pasientene oftere kan skrives ut til en rehabiliteringsinstitusjon. De liggetidseffektive sykehusene bruker rehabiliteringsinstitusjonene som en integrert del av pasientbehandlingen og har ofte avtaler om rehabiliteringsplasser for hofteprotesepasientene.

De avklarer tidlig i pasientforløpet hvilken institusjon pasienten skal skrives ut til, og bekrefter pasientoppholdet som allerede er avtalt når pasienten legges inn på sykehuset. Flere av sykehusene kan også skrive ut pasientene fra sykehuset etter relativt kort tid på grunn av god tilgang på rehabiliteringsinstitusjoner med en høy pleiefaktor.

### ***Styrings- og rapporteringssystem***

Gode styrings- og rapporteringssystemer i sykehusavdelingene er en nødvendig forutsetning for effektiv drift av avdelingene. Undersøkelsen viser at det finnes avdelinger som har god styringsinformasjon, og som bruker den aktivt i styringen. Mange avdelinger ser imidlertid ikke sammenhengen mellom behandlingsaktiviteten og økonomien klart nok til å kunne oppnå en effektiv drift. Undersøkelsen viser at kun hver fjerde avdeling ved landets sykehus hadde indikatorer i ledelsesrapportene i 2001 som viste hvor produktiv avdelingen var, og kun hver femte avdeling hadde gjennomført analyser av hva det koster å behandle noen av pasientgruppene. Kunnskap om kostnadsforhold gir et grunnlag for forbedringer av interne prosesser og for å ivareta en god kostnadskontroll når behandlingsaktiviteten blir endret.

Undersøkelsen viser i den sammenheng at 70 pst. av avdelingslederne ikke hadde de nødvendige verktøyene som gjør det mulig å beregne de økonomiske konsekvensene av endringer i behandlingsaktiviteten.

Undersøkelsen viser at en stor del av kostnadene ved en hofteproteseoperasjon genereres i andre avdelinger enn i den avdelingen som har det medisinske ansvaret for disse. Hver tredje av landets avdelingsledere svarer at de har liten kjennskap til hvilke økonomiske konsekvenser økt behandlingsaktivitet i egen avdeling vil ha for de andre avdelingene ved sykehuset. Det må være en utfordring for kostnadskontrollen ved sykehuset at den avdelingen som tar beslutningen om å behandle flere hofteprotesepasienter enn planlagt, kun må dekke deler av merkostnadene for sykehuset i eget avdelingsbudsjett.

Undersøkelsen viser at 44 pst. av avdelingslederne ikke fikk styringsinformasjon i sine ledelsesrapporter om noen av de forholdene de selv så på som de viktigste flaskehalsene i sin avdeling i 2001.

Dette gir grunn til å spørre om styrings- og rapporteringssystemene gir avdelingsledelsen nok informasjon til å drive et kontinuerlig arbeid for å bedre organiseringen av behandlingsaktiviteten ved sykehusene.

### **3. DEPARTEMENTETS KOMMENTARER**

Rapporten ble i brev av 27. juni 2003 lagt fram for Helsedepartementet, som i brev av 19. august 2003 har avgitt uttalelse til Riksrevisjonen om de forholdene som er tatt opp i rapporten.

Helsedepartementet uttaler at rapporten vil være et viktig grunnlag for det arbeidet de regionale helseforetakene nå setter i verk for å videreutvikle spesialisthelsetjenesten og bedre kvaliteten i tjenestene.

Departementet viser til at undersøkelsen bygger på registerdata fra før sykehusreformen som blant annet var begrunnet med ulik effektivitet mellom sykehus.

Siden sykehusreformen har det vært betydelig fokus på bedret intern organisering, logistikk, økonomistyring og rapportering. Departementet forventer at dette gir seg utslag i større effektivitet.

Departementet peker på at effektivitetsanalyser basert på forskjeller i liggetid må ta tilstrekkelig høyde for hvorvidt det er den samme behandlingen og de samme pasientene som sammenlignes. Når det gjelder hofteprotesepasienter, er det spesielt viktig å ta høyde for at rehabiliteringen i forlengelse av selve operasjonen er organisert svært ulikt fra sykehus til sykehus. Departementet mener at det i rapporten ikke går fram i tilstrekkelig grad hvordan de observerte variasjonene i liggetid er korrigert for ulik organisering ved de sykehusene undersøkelsen bygger på.

Etter departementets vurdering kan fokuset på at ISF-refusjonen gir tilstrekkelig dekningsbidrag for primæroperasjoner, men ikke for reoperasjoner, tyde på at det både i Riksrevisjonen og ved sykehusene er en oppfatning av ISF-systemet som kostnadsdekkende for alle behandlinger. I 2003 skal ISF-ordningen dekke 60 pst. av gjennomsnittskostnadene ved pasientbehandlingen, og prisen vil derfor i gjennomsnitt ikke være kostnadsdekkende per pasientbehandling.

Departementet peker på at dersom sykehusene forventer at prisen skal være kostnadsdekkende per pasientbehandling, så kan det hevdes at ordningen har store svakheter.

Departementet peker videre på at undersøkelsen viser at mange kirurgiske avdelinger ikke har etablert systemer som kunne fange opp uønskede vridningseffekter mellom pasientgrupper i 2001. I den sammenheng opplyser departementet at det er oppmerksomt på at ISF-systemet kan gi vridningseffekter, men mener at det foreløpig ikke er indikasjoner på slike effekter. Overfor de regionale helseforetakene legger departementet vekt på at pasientprioriteringene skal foretas ut fra de reglene og retningslinjene som lover og forskrifter angir. Prioriteringene skal ikke styres ved at ressurser settes inn mot såkalt "lønnsomme" pasienter.

### **4. RIKSREVISJONENS BEMERKNINGER**

Undersøkelsen indikerer at effektivitetspotensialet for sykehusene er betydelig, og at en vesentlig del av dette kan tas ut gjennom bedre intern organisering av driften ved sykehusene. Riksrevisjonen peker på at det i undersøkelsen gis klare indikasjoner på hvilke organisatoriske tiltak som sikrer en mer effektiv pasientbehandling. De liggetidseffektive sykehusene har etablert rutiner som gjør at den polikliniske undersøkelsen blir en del av et helhetlig pasientforløp.

De organisatoriske tiltakene i det preoperative pasientforløpet reduserer både antall strykninger i det planlagte operasjonsprogrammet og liggetiden før og etter operasjon.

Videre opplever de liggetidseffektive sykehusene i mindre grad operasjonsstua som en flaskehals.

Undersøkelsen indikerer at årsakene til dette er en kombinasjon av flere forhold, blant annet variasjoner knyttet til oppstarttidspunkt, byttetiden mellom operasjonene og fleksibiliteten ved avslutningen av dagen. Dette viser at det først og fremst er organiseringen som fører til at operasjonsstua blir en flaskehals ved mange sykehus.

De liggetidseffektive sykehusene bruker dessuten rehabiliteringsinstitusjonene som en integrert del av behandlingen og har videre ofte inngått avtaler om rehabiliteringsplasser. Disse sykehusene har også i større grad utarbeidet rutiner som sikrer at pasientene oftere kan skrives ut til en rehabiliteringsinstitusjon, og som dermed også bidrar til at de har færre utskrivningsklare pasienter liggende inne på sykehuset.

Nasjonalt Register for Leddproteser (Hofteregisteret) ved Haukeland universitetssykehus har levert data til undersøkelsen og har derfor fått rapporten til gjennomsyn. Hofteregisteret gir støtte til at det kan være mulig å korte ned både ventetid, preoperativ liggetid og samlet liggetid med organisatoriske grep og mener videre at rapporten gir en grundig beskrivelse av hva som kjennetegner liggetidseffektive sykehus. Hofteregisteret tror at mange sykehus kan ha nytte av en detaljert gjennomgang av rapporten og håper derfor at rapporten gjøres kjent blant ortopediske kirurger og sykehus.

Helsedepartementet uttaler at det i effektivitetsanalyser basert på forskjeller i liggetid må tas tilstrekkelig høyde for hvorvidt det er den samme behandlingen og de samme pasientene som sammenlignes.

Departementet mener videre at det ikke i tilstrekkelig grad framgår hvordan de observerte variasjonene i liggetid er korrigert for ulik organisering av rehabiliteringsopplegget etter operasjonen. Riksrevisjonens undersøkelse viser at rehabiliteringstilbudet i pasientenes bostedsfylke har betydning for liggetiden ved sykehuset. Av denne grunn er alle sykehus i regioner med dårlig rehabiliteringstilbud tatt ut av effektivitetsberegningene. Undersøkelsen viser dessuten at også de liggetidsineffektive sykehusene sender mange pasienter til rehabilitering. Dette viser at bare deler av variasjonen i liggetid mellom sykehusene kan skyldes ulike opplegg for rehabilitering.

Da innsatsstyrt finansiering ble innført i 1997, ble det framhevet at det var en risiko for at sykehusene ville prioritere pasientgrupper som de oppfatter som mer lønnsomme enn andre. Helsedepartementet peker på at prioriteringene ikke skal styres ved at ressurser settes inn mot såkalt "lønnsomme" pasienter, og mener at det foreløpig ikke er indikasjoner på slike effekter. Riksrevisjonens undersøkelse viser imidlertid at det i perioden fra 1998 til 2001 har vært en vridning bort fra reoperasjoner til primæroperasjoner som sykehusene oppfatter som mer lønnsomme.

Riksrevisjonen er kjent med at innsatsstyrt finansiering ikke skal dekke alle kostnadene ved pasientbehandlingen.

Intervjuundersøkelsen viser imidlertid at det er stor oppmerksomhet ved de undersøkte sykehusene om

hvilke typer pasienter som er "lønnsomme" i ISF og hvilke pasienter som er "ulønnsomme". Riksrevisjonen understreker at det blant annet av den grunn er et klart ledelsesansvar å etablere interne styrings- og oppfølgingssystemer som hindrer at enkelte pasientgrupper blir nedprioritert av økonomiske årsaker.

## 5. HELSEDEPARTEMENTETS SVAR

Saken har vært forelagt Helsedepartementet som i brev av 3. oktober 2003 har svart:

"Riksrevisjonen viser til at undersøkelsen indikerer at potensialet for effektivisering i sykehusene er betydelig, og at en vesentlig del av dette kan tas ut gjennom bedre intern organisering av driften ved sykehusene.

Det pekes også på at det i undersøkelsen gis klare indikasjoner på hvilke organisatoriske tiltak som sikrer en mer effektiv pasientbehandling.

Departementets styring av sykehusene er basert på at det er et stort potensiale for effektivisering i sykehusene.

Basert på Stortingets behandling av St.prp. nr. 59 (2001-2002), jf. Innst. S nr. 243 (2001-2002) er det forutsatt at det skal gjennomføres en betydelig effektivisering i sykehusene. Dette vil skje gjennom en rekke tiltak, herunder ved bedre intern organisering av driften. Dette er fulgt opp i styringsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2003 og vil også bli fulgt opp i styringsdokumentet for 2004. Riksrevisjonens rapport vil bli sendt de regionale helseforetakene.

Helt fra etableringen av ISF-ordningen har det for Helsedepartementet vært et viktig poeng at de insitamenten som følger av ISF-systemet ikke må gi vridningseffekter i strid med de krav til prioritering som følger av lovbestemmelser og forskrifter (jf. særlig pasientrettighetslov og prioriteringsforskrift) og at systemet heller ikke må gi vridningseffekter i strid med andre vedtak om prioriteringer som er truffet av overordnede politiske organer.

ISF-systemet er et finansieringssystem og ikke et prioriteringssystem. Også i den videre oppfølgingen av sykehusene vil departementet vektlegge at prioritering av pasienter skal foretas ut fra de regler og retningslinjer som lover og forskrifter angir. Riktig prioritering vil være et styringsmessig satsningsområde i 2004. Riksrevisjonens rapport framhever endringer som har skjedd i perioden 1998-2001 og med bakgrunn i intervjuundersøkelsen vises det til at det er stor oppmerksomhet i de undersøkte sykehusene om hvilke typer pasienter som er "lønnsomme" og hvilke pasienter som er "ulønnsomme". Riksrevisjonen understreker at det blant annet av den grunn er et klart ledelsesansvar å etablere interne styrings- og oppfølgingssystemer som hindrer at enkelte pasientgrupper blir nedprioritert av økonomiske årsaker.

Departementet vil også vise til at det såkalte Hagenutvalget i NOU 2003:1 "Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten" i kapitlet om effekter av innføring av ISF foretar en gjennomgang av foreliggende materiale om problemstillingen (s. 91- 92). Utvalget uttaler at "Faren for vridning er et empirisk spørsmål som til nå ikke er entydig besvart." Helsedepartementet går ikke inn på vurderinger av endringer som skjedde før den statlige overtakelsen av sykehusene, men slutter seg helt ut til påpekningen av at det er et ledelsesansvar å etablere interne styrings- og oppfølgingssystemer som hindrer at enkelte pasientgrupper blir nedprioritert av økonomiske årsaker. Det er nå under gjennomføring et nasjonalt ledelsesutviklingsprogram i 2003-2004 og det arbeides ut fra at det skal skje en videreføring i mer varige former fra 2005."

## 6. RIKSREVISJONENS UTTALELSE

Riksrevisjonens undersøkelse indikerer at potensialet for effektivisering i sykehusene er betydelig, og at en vesentlig del av dette kan tas ut gjennom en bedre organisering av driften. Undersøkelsen viser en rekke organisatoriske grep som kan bidra til kortere ventetider til behandling, kortere liggetider i sykehusene og færre avlyste operasjoner, og derved frigjøre kapasitet til å behandle flere pasienter. Etter Riksrevisjonens vurdering bør erfaringene med gode organisatoriske løsninger i større grad overføres mellom sykehusene slik at mindre effektive sykehus kan lære av de mest effektive sykehusene.

Riksrevisjonen konstaterer at Helsedepartementet er enig i at det er et stort potensial for effektivisering i sykehusene. Riksrevisjonen har videre merket seg at departementet i styringsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2004 vil følge opp med tiltak som vil bidra til effektivisering.

Riksrevisjonen har merket seg at departementet gir uttrykk for at ISF-systemet er et finansieringssystem og ikke et prioriteringssystem, og at de insitamenter som følger av ISF-systemet, ikke må gi vridningseffekter i strid med de krav til prioriteringer som følger av lovgivningen. Riksrevisjonens undersøkelse viser at innsatsstyrt finansiering i praksis kan ha betydning for sykehusenes prioriteringer. Etter Riksrevisjonens vurdering er det et klart eieransvar å utvikle et finansieringssystem som støtter opp om de prioriteringer som lover og forskrifter legger til grunn, blant annet gjennom at ISF-systemet oppdateres med jevne mellomrom. Oppdateringen må skje i takt med den medisinske utviklingen og kvaliteten i den medisinske registreringspraksisen, slik Stortinget har forutsatt. Dette vil kunne bidra positivt til at uønskede vridningseffekter unngås.

Riksrevisjonen har merket seg at departementet slutter seg til at det er et ledelsesansvar å etablere interne styrings- og oppfølgingssystemer som hindrer at enkelte pasientgrupper blir nedprioritert av økonomiske årsaker. Riksrevisjonen understreker betydningen av at det etableres systemer som også kan avdekke om finansieringssystemet gir utilsiktede effekter på sykehusenes prioritering av pasienter.

## 7. KOMITEENS MERKNADER

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Berit Brørby, Kjell Engebretsen og Jørgen Kosmo, 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, viser til Dokument nr. 3:3 (2003-2004) Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus - en sammenligning av organiseringen av hofteoperasjoner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti, viser til at det fra Stortingets side har vært en uttrykt målsetting å redusere antallet pasienter som venter på behandling ved somatiske sykehus, og tiden disse står på venteliste. Flertallet viser videre til at tilføringen av betydelige økonomiske ressurser gjennom hele 1990-tallet ikke ga den ønskede effekt, og at det forelå betydelige utfordringer knyttet til å øke kostnadseffektiviteten for de somatiske spesialisthelsetjenestene. Flertallet har på bakgrunn av Riksrevisjonens rapport merket seg at ulike måter å organisere behandlingsaktiviteten på har stor betydning for så vel ressursutnyttelse som kvaliteten på helsetjenestene ved flere av landets somatiske sykehus.

Flertallet har merket seg at det var opptil 35 pst. i forskjell i liggetid for hoftepasienter i de sykehusene som var med i undersøkelsen. Flertallet viser til at det kan foreligge flere ulike og samvirkende årsaker til dette, men understreker samtidig at Riksrevisjonens rapport avdekker at det finnes et betydelig rom for effektivisering ved organisatoriske endringer. Flertallet har merket seg at sykehus som har gjort den polikliniske undersøkelsen av pasientene til en del av et helhetlig pasientforløp, har formulert klare servicemål for hva hoftepasientene kan forvente av ventetid og er seg bevisste på at tiden mellom den polikliniske undersøkelsen og innleggelsestidspunktet skal være kortest mulig, gjennomgående kommer bedre ut i Riksrevisjonens undersøkelse.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet konstaterer at det ikke er noen beviselig sammenheng mellom kort liggetid og antall reoperasjoner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti, viser til at Riksrevisjonens undersøkelse indikerer at sykehus som på sin side i liten grad koordinerer de preoperative undersøkelsene og ikke har gjennomført utredning av den enkelte pasient før innleggelse, på sin side kommer vesentlig dårligere ut. Flertallet har også merket seg at de mest liggetidseffektive sykehusene benytter rehabiliteringsinstitusjonene som en integrert del av behandlingen.

Flertallet har spesielt merket seg at rapporten avdekker at flere av avdelingslederne for de kirurgiske avdelingene som behandler hofteprotesepasientene synes å ha manglende oversikt over utnyttelsesgraden i operasjonsstuen, og at organiseringen og planleggingen av operasjonsvirksomheten har vel så stor betydning som operasjonskapasiteten for å unngå at operasjonsstuen tjener som flaskehals. Flertallet understreker betydningen av at erfaringene med gode organisatoriske løsninger i større grad enn i dag tilflytter mindre effektive sykehus. Flertallet registrerer at Regjeringen vektlegger behovet for bedre intern organisering i styringsdokumentene til de regionale

helseforetakene og forutsetter at Regjeringen følger utviklingen nøye.

Flertallet påpeker betydningen av at de insitamentene som følger av ISF-systemet, ikke må gi vridningseffekter som kan stride mot de prioriteringer som følger av lovgivningen.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti, har merket seg at det på det nåværende tidspunkt ikke finnes tilstrekkelig empiri til å verken bekrefte eller avkrefte en hypotese om faren for denne type vridning, men vil i likhet med Riksrevisjonen understreke betydningen av at det etableres systemer som kan avdekke om finansieringssystemet kan gi utilsiktede effekter på sykehusenes prioritering av pasienter.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til Riksrevisjonens analyse av liggetidseffektiviteten ved 28 sykehus som gjennomførte cirka 62 pst. av hofteoperasjonene i 2001, altså på et tidspunkt hvor fylkeskommunene fortsatt hadde driftsansvaret for spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer viser til at fra 1. januar 2002 overtok staten driftsansvaret for sykehusene som ble organisert i fem regionale helseforetak og enkeltsykehus. Det har i 2002 og 2003 skjedd betydelig omorganisering i sykehusene og sykehusene imellom. Det gjelder også kirurgisk og ortopedisk aktivitet, og disse medlemmer mener derfor at konklusjonen i foreliggende rapport fra Riksrevisjonen ikke fullt ut er relevant i forhold til dagens driftsstruktur også når det gjelder hofteoperasjoner. Svakheter ved rapporten slik disse medlemmer ser det, er at det ikke foreligger noen dokumentasjon på forskjellen i kvalitet når det gjelder de liggetidseffektive sykehusene og de som har lengre liggetid. Disse medlemmer kan heller ikke se at det fremgår av rapporten om reinnleggelser oppstår hyppigere ved de liggetidseffektive sykehusene enn de øvrige. Disse medlemmer er fullt ut enig i at effektiviteten i norske sykehus kan bli langt bedre enn tilfellet er i dag, og disse medlemmer er videre enig i at dette har svært meget med ledelse og organisering å gjøre i det enkelte sykehus. Når det gjelder operasjonsstusene som flaskehals i sykehusene, mener disse medlemmer at dette er en flaskehals som man må gjøre noe med så raskt som mulig. Det kan etter disse medlemmers mening ikke lenger aksepteres at et stort antall elektive pasienter får utsatt sin behandling fordi man oversitter behandlingstiden med en halv time til en time. Her må det større smidighet inn fra personalets side, ikke minst fra sykepleierens side.

Når det gjelder ISF-finansieringen, er det korrekt som departementet hevder at dette er en del av det totale finansieringssystemet og har intet med prioritering å gjøre. Stykkprisfinansieringen skal være et incitament for bedre effektivitet, bedre rasjonell drift og bedre behandlingskvalitet. Disse medlemmer vil

derfor sterkt beklage at Stortingets flertall under budsjettbehandlingen i 2003 har redusert den innsatsbaserte finansieringsdelen fra 60 til 40 pst., noe som disse medlemmer mener vil merkes for driften av sykehusene i 2004. Ventetiden og økt venteliste vil bli resultatet av en redusert ISF-prosent for 2004.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti viser til at det ikke er lik geografisk tilgjengelighet for hofteoperasjonspasienter. Pasienter som sogner til Helse Vest og Midt-Norge opplever vesentlig lengre ventetid enn i de øvrige tre helseregioner. Disse medlemmer peker på at basisbevilgningen til disse helseforetakene er forholdsvis lavere enn basisbevilgningene til de andre helseregionene. I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004) uttrykte sosialkomiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet at de var kjent med at Helse Vest mener at foretaket får for liten basisbevilgning i forhold til de øvrige regionale helseforetak. Disse medlemmene fremmet derfor i den forbindelse følgende forslag: "Stortinget ber Regjeringen vurdere hvorvidt bevilgningen til Helse Vest er riktig sett i forhold til de øvrige foretakene."

Regionene Helse Vest og Midt-Norge er også de regionene som har dårligst dekning av rehabiliteringsplasser. (Jf. Uttalelse fra Nasjonalt register for leddproteser, vedlegg 1 i Riksrevisjonsrapporten). Disse medlemmer har merket seg at det er en klar sammenheng mellom lengden på liggetid og effektiviteten på sykehusene, og muligheten for å bruke rehabiliteringsinstitusjonene som en integrert del av behandlingen.

Videre vil disse medlemmer vise til at Hagenutvalget i NOU 2003:1 uttalte om mulige vridningseffekter av ISF-systemet at "Faren for vridning er et empirisk spørsmål som til nå ikke er entydig besvart". Disse medlemmer vil peke på at riksrevisjonsrapporten om hofteoperasjoner nå gir oss en dokumentasjon på vridningseffekt. For det første påvisningen av en vridning bort fra reoperasjoner til de relativt mer lønnsomme primæroperasjonene, slik at ventetiden har økt for reoperasjoner, mens den har sunket for primæroperasjoner. Og for det andre intervjuundersøkelser som viser at det er stor oppmerksomhet ved sykehusene om hvilke typer pasienter som er "lønnsomme" og hvilke pasienter som er "ulønnsomme" i ISF-systemet. Disse medlemmer vil derfor understreke at Innsatsstyrt finansiering (ISF) i praksis kan ha betydning for sykehusenes prioriteringer.

På denne bakgrunn fremmer komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti, følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen iverksette systematiske undersøkelser for å bringe på det rene i hvilken grad det innsatsstyrte finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten påvirker sykehusenes prioritering av pasienter."

**8. KOMITEENS TILRÅDING**

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

vedtak:

I

Stortinget ber Regjeringen iverksette systematiske undersøkelser for å bringe på det rene i hvilken grad

det innsatsstyrte finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten påvirker sykehusenes prioritering av pasienter.

II

Dokument nr. 3:3 (2003-2004) - Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus - en sammenligning av organiseringen av hofteoperasjoner - vedlegges protokollen.

Oslo, i kontroll- og konstitusjonskomiteen, den 27. januar 2004

**Ågot Valle**  
leder

**André Dahl**  
ordfører