



Representantforslag 23 S

(2009–2010)

fra stortingsrepresentantene Per Arne Olsen, Kari Kjønås Kjos og Jon Jæger Gåsvatn

Dokument 8:23 S (2009–2010)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Per Arne Olsen, Kari Kjønås Kjos og Jon Jæger Gåsvatn om tiltak for å sikre økonomisk styring og kostnadskontroll ved helseforetakene

Til Stortinget

Bakgrunn

Forslagsstillerne mener at det over flere år har vært manglende kostnadskontroll og budsjett disiplin i sykehussektoren. Dette er grundig og godt beskrevet i Dokument 3:3 (2009–2010). Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene. Forslagsstillerne mener det er et sterkt behov for endringer knyttet til struktur, langsiktighet og kostnadskontroll knyttet til helseforetakenes virksomhet, og vil fremme flere forslag som vil bidra til økt kostnadskontroll og bedre økonomistyring ved helseforetakene.

Årlig sykehusproposisjon

Spesialisthelsetjenesten er et av de største kapitalområdene på det årlige statsbudsjettet. Overføringene til de regionale helseforetakene utgjør om lag 98 mrd. kroner for budsjettåret 2010.

Denne sektoren har vært, og er fortsatt, under store omstillinger og endringer. Det vil alltid være store endringer i denne sektoren, spesielt sett i lys av tekniske og medisinske fremskritt, samt endringer i den geografiske og aldersmessige sammensetningen av befolkningen.

Politiske beslutninger fra år til år vil også ha stor påvirkning med hensyn til hva et sykehus har mulighet til å tilby av tjenester, vedlikehold og investeringer, enten beslutningene er av finansiell art, eller av

strukturelle karakter. Dette har, slik forslagsstillerne ser det, medført at mulighetene for langsiktig planlegging og omstilling har vært vanskelig å gjennomføre i praksis. En viktig grunn til dette er den meget korte tiden mellom vedtatt statsbudsjett og budsjettperiodens virkeperiode. Statsbudsjettet blir vedtatt i midten av desember, med de endringer som der måtte ligge i finansiering og struktur, mens virkeperioden for budsjettet starter 1. januar, altså få uker etter vedtatt budsjett.

Forslagsstillerne mener det er behov for en egen sykehusproposisjon som hvert år legges frem i samme periode som kommuneproposisjonen. Det vil påvirke at helseforetakenes mulighet for, og evne til, å planlegge de nødvendige og ønskelige endringer for det påfølgende år.

Forslagsstillerne ser klare paralleller mellom den langsiktighet som er nødvendig i kommunesektoren og sykehussektoren, blant annet dersom man ser på omstillingskrav, størrelse på sektoren og ikke minst innbyggernes krav om gode tjenester.

Omstillingsproblematikk i sykehussektoren

Sykehusene har vært, og vil alltid være, under en kontinuerlig omstillingsprosess. Dette som en naturlig konsekvens av endrede muligheter på det medisinske området, befolkningsutvikling så vel i alder som i geografi, og endrede politiske vedtak hva gjelder prioriteringer og føringer. Problemene knyttet til omstilling blir, slik forslagsstillerne ser det, forsterket av budsjetteringspraksisen ved mange helseforetak. Blant annet vil det være vanskelig å planlegge behovet for endringer i bemanningssituasjonen i løpet av en tidsperiode av den karakter man har i dag. Konkret kan en sykehusproposisjon på dette området bidra til at rekruttering til ledige stillinger, eventuelt opphør av unødvendige stillinger for det påløpende år, gjøres enklere. Dagens situasjon med rekrutte-

ringsproblemer i sektoren, samt en oppsigelsestid på 6 måneder, er faktorer som ville vært mindre problematiske dersom man på forsommeren året før budsjettperioden hadde fått de nødvendige signaler til å fatte de grep som kreves for å imøtekomme det bemanningsbehovet man ser seg tjent med i det kommende år.

Forslagsstillerne viser videre til behovet for langsiktighet knyttet til forskning og forskningsbasert undervisning. En årlig sykehusproposisjon vil i så måte være av god hjelp knyttet til å videreutvikle og formidle forskning og forskningsbasert kunnskap på en slik måte at man utnytter ressursene på en god måte, noe som selvsagt også kommer pasientene, studentene og samfunnet til gode over tid.

Når det gjelder behovet for vedlikehold, nyinvesteringer og strukturendringer på eksisterende bygningsmasse og utstyr, så vil dette også være enklere å gjennomføre dersom man får på plass en egen proposisjon som avspeiler de politiske forventningene til oppnådd resultat det påfølgende år, noe som igjen vil komme pasientene til gode i form av at tilbudet som gis, avspeiler de forventninger som er i befolkningen. Opprettelse/utvidelse av nye avdelinger, nytt medisinsk utstyr, flytting av funksjoner, kan være noen av endringene som lettere lar seg gjennomføre dersom man gir de nødvendige føringer på et tidligere tidspunkt i form av en egen sykehusproposisjon, noe som igjen vil medføre at prosessene går på en bedre og smidigere måte, noe som er til det beste for pasientene, ansatte og helseforetakenes økonomiske situasjon.

Endrede oppgavefunksjoner for sykehusene

Et annet viktig element er de stadig nye oppgavene som er tillagt de regionale helseforetakene og det enkelte sykehus. Politiske vedtak som fattes i desember, for så å gjennomføres fra 1. januar det påfølgende år, medfører store utfordringer for sykehusenes mulighet til langsiktighet og god økonomistyring. Av de oppgaver som er blitt tillagt sykehusenes budsjetter og ansvarsområder, uten en fullfinansiert dekning av kostnadene fra statens side, kan man nevne syke-transporten, TNF-hemmerne og MS-medisinen Ty-sabri. I tillegg bør store sektorer som rusomsorg og rehabilitering nevnes, da dette er viktige oppgaver som er tillagt de regionale helseforetakene uten å være fullfinansierte. Dette er bare noen av eksemplene på nye oppgaver som i løpet av en kort tidsfrist fra politisk vedtak til praktisk gjennomføring er tillagt sykehusene de siste årene. Det er, slik forslagsstillerne ser det, uheldig at sykehusene ikke blir gitt det nødvendige tidsrom til å planlegge for de nye oppgavene, særlig når det ikke medfører en fullfinansiering fra statens side. Forslagsstillerne mener det er et politisk ansvar å tydeliggjøre prioriteringene i helseve-

senet, spesielt i de tilfeller hvor nye oppgaver tilføres uten fullfinansiering.

Teknisk beregningsutvalg

En sykehusproposisjon bør videre inneholde en gjennomgang av den reelle situasjonen for det inneværende år, utført av et teknisk beregningsutvalg. Det vises til at det i budsjetttrammene blir foretatt en rekke kostnadsanslag, blant annet hva gjelder lønnsutgifter, medisintgifter, øvrige pris- og kostnadsendringer, samt pasientanslag. Et teknisk beregningsutvalg bør derfor opprettes for å påvise hva de faktiske kostnadene blir, slik at man fra politisk side blir gitt muligheten for de nødvendige korrigeringer av det løpende års budsjett.

Forslagsstillerne vil videre vise til Riksrevisjonens Dokument 3:3 (2009–2010), hvor følgende står å lese:

"Undersøkelsen viser at både de regionale helseforetakene og helseforetakene etterlyser mer forutsigbarhet, tydeligere krav og mer langsiktig fokus i styringen fra eier".

Og videre:

"Et kjennetegn ved helseforetak med høy realisering av omstillingstiltak er at de starter budsjettprosessen tidligere sammenlignet med mange andre helseforetak. Dermed har de tilstrekkelig tid til både å identifisere, planlegge, og iverksette omstillingstiltak før budsjettårets begynnelse. Etter Riksrevisjonens mening må budsjettprosessen starte så tidlig at den bidrar til en tilstrekkelig forankring av omstillingstiltakene i de kliniske enhetene, og etter Riksrevisjonens vurdering er dette området spesielt egnet for erfaringsoverføring mellom helseforetakene."

Forslagsstillerne er enig i dette, og mener derfor at en årlig sykehusproposisjon ivaretar Riksrevisjonens vurderinger om budsjettprosesser og effekter av omstillingstiltak.

Gjennomgang av pasientklassifiseringssystemet diagnoserelaterte grupper (DRG)

Forslagsstillerne har merket seg de uheldige utslag pasientklassifiseringssystemet diagnoserelaterte grupper-ordningen (DRG) har hatt knyttet til manglende balanse i vekting. Forslagsstillerne ser derfor et behov for en gjennomgang av DRG-systemet, med sikte på å finne løsninger som ivaretar et innsatsbasert finansieringssystem, men som samtidig sørger for en rettferdig og fleksibel vekting av DRG-koder. Forslagsstillerne mener også det er behov for å se på DRG-systemets påvirkning knyttet til tidsbruk av interne prosesser ved helseforetakene, med sikte på en betydelig effektivisering. Et av elementene det må ses nærmere på i denne sammenheng, er muligheten for å utdanne og ansette merkantilt personale til å ta

seg av disse prosessene, slik at leger og annet helsepersonells ressurser i størst mulig grad blir benyttet til pasientrelatert virksomhet.

Forslagsstillerne har videre merket seg Riksrevisjonens påpekning om at den interne organiseringen knyttet til DRG-systemet ved mange helseforetak er problematisk. Dette gjelder både fastsetting av riktig DRG og bevisst eller ubevisst feilrapportering av DRG-koder. Det er derfor nødvendig med en gjennomgang av de interne prosessene, med det siktemål å sørge for en effektiv og god struktur knyttet til DRG-fastsetting og andre organisatoriske forhold som i dag er kostnadsdrivende.

Forslagsstillerne mener derfor det er nødvendig å sette ned en evalueringsgruppe som får i mandat å foreta en gjennomgang av DRG-ordningen, med sikte på å fremme forslag i tråd med intensjonene som er beskrevet foran.

Gjennomgang av administrasjon og ledelse

Forslagsstillerne viser til Riksrevisjonens Dokument 3:3 (2009–2010), hvor følgende står å lese:

"Etter Riksrevisjonens vurdering er det bekymringsfullt at over halvparten av helseforetakene skiftet direktør i perioden 2006 til 2008. Videre har 15 av 19 helseforetak i undersøkelsen skiftet økonomidirektør i samme periode."

Og videre:

"Riksrevisjonen mener at kontinuitet og langsiktig fokus i ledelsen er en forutsetning for å lykkes med omstilling."

Forslagsstillerne deler Riksrevisjonens bekymring og mener derfor det er behov for å iverksette tiltak som sørger for en langsiktig og strukturert ledelse av helseforetakene.

Forslagsstillerne viser videre til Riksrevisjonens Dokument 3:3 (2009–2010), hvor følgende står å lese:

"Manglende realisering av omstillingstiltak er en svært viktig årsak til at de regionale helseforetakene ikke tilfredsstilte eiers økonomiske styringskrav i 2008."

Forslagsstillerne mener god ledelse, gode styringsstrukturer og rutiner er avgjørende for gode omstillingsprosesser, kostnadskontroll og budsjett disiplin. Det er, slik forslagsstillerne ser det, grunn til å sette spørsmålsteget ved om disse forholdene er ivare tatt på en tilstrekkelig god måte.

Forslagsstillerne mener derfor det må foretas en ekstern gjennomgang av ledelsen ved helseforetakene, med tanke på sertifisering, prosjektledelse, økonomistyring mv. Dette kan utføres av Det Norske Veritas (DNV), eller andre aktører som utfører denne typen tjenester.

Forslagsstillerne mener det mest hensiktsmessige er om man lager en struktur på dette som omfatter alle helseregionene, for på den måten å fange opp forbedringsmuligheter i helseforetakene som helhet.

Forslagsstillerne er kjent med at blant annet USA og Storbritannia utfører denne typen ekstern kontroll av rutiner og prosesser i sykehussektoren.

Forslagsstillerne vil videre vise til gjentatte forslag om nedleggelse av de regionale helseforetakene, noe som vil være nødvendig for å få en god og effektiv drift av sykehusene.

Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

I

Stortinget ber Regjeringen innføre en egen årlig sykehusproposisjon.

II

Stortinget ber Regjeringen nedsette en evalueringsgruppe med sikte på å gjennomgå og forbedre pasientklassifiseringssystemets diagnoserelaterte gruppeordninger (DRG).

III

Stortinget ber Regjeringen sørge for at det iverksettes en ekstern gjennomgang av helseforetakene, med tanke på blant annet sertifisering, administrativ styring og økonomikontroll.

18. november

