



Produktivitetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste 2012-2016



Nr. 15/2017



Analysenotat 15/17 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten

Publikasjonens tittel: Produktivitetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste 2012-2016

Nr: 15 /2017

Utgitt av: Helsedirektoratet

Avdeling: Økonomi og Analyse

Kontaktperson: Marit Pedersen

Ansvarlig: Beate Margrethe Huseby

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Sluppenveien 12 C, Trondheim

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

Forfatter: Marit Pedersen

Illustrasjon: Bente Restad

SAMMENDRAG

Produktiviteten økte fra 2014 til 2016

Produktivitetsveksten i helseforetak, målt som nedgang i kostnad per DRG-poeng, var på 2 prosent i perioden fra 2012 til 2016. Forbedringen kom i løpet av de 2 siste årene i perioden. Bak produktivetsforbedringen var det en vekst i kostnadene på 6 prosent og en vekst i DRG-poengene på 8 prosent. Produktivetsforbedringen kan estimeres til en verdi av 1,2 mrd. kr.

Samtidig som produktiviteten økte gjennom perioden, så gikk kostnaden per liggedøgn opp med 8 prosent. Økt kostnad per liggedøgn skyldtes en nedgang i antall liggedøgn på 5 prosent samtidig som kostnadene til døgnbehandling økte med 3 prosent. Produktivetsveksten kom dermed samtidig med mer intensivert behandling både ved døgnavdelingene og ved poliklinikkene.

Helse Sør-Øst hadde i tråd med gjennomsnittet for landet samlet en produktivetsforbedring på 2 prosent gjennom perioden. I Helse Sør-Øst var både kostnads- og aktivitetsutviklingen sammenfallende med landsgjennomsnittet. Helse Sør-Øst hadde i 2016 et kostnadsnivå som var 3 prosent under gjennomsnittet. Korrigert for strukturkostnader var kostnadsnivået 1 prosent under gjennomsnittet.

I Helse Vest økte kostnadene med 7 prosent fra 2012 til 2016 mot 6 for landet. Aktiviteten økte med 9 prosent mot 8 samlet sett. Produktivetsveksten i Helse Vest ble dermed også 2 prosent. I 2016 var det relative kostnadsnivået for Helse Vest 5 prosent under landsgjennomsnittet, og korrigert for strukturkostnader var kostnadsnivået 4 prosent lavere.

Helse Midt-Norge hadde en svakere produktivetsutvikling, da produktiviteten var uendret fra 2012 til 2016. Her økte både aktiviteten og kostnadene med 7 prosent gjennom perioden. Svakere aktivitetsvekst og sterkere kostnadsvekst i Helse Midt-Norge relateres til utviklingen fra 2015 til 2016. Samtidig var det en økning i antall liggedøgn de to siste årene i perioden, mot en jevn nedgang i Helse Sør-Øst og i Helse Vest. I 2016 var det relative kostnadsnivået i Helse Midt-Norge 3 prosent over landsgjennomsnittet, men når det korrigeres for strukturkostnader så var kostnadsnivået 1 prosent høyere.

I Helse Nord økte kostnaden per DRG-poeng med 2 prosent gjennom perioden. Produktivetsnedgangen skyldtes i hovedsak en svakere vekst i aktiviteten på 3 prosent, mot 8 prosent for landet samlet. Svakere vekst i antall DRG-poeng relateres til perioden 2012-2014. Kostnadene til pasientbehandling økte noe mer i Helse Nord enn for landet samlet fra

2015 til 2016. Siste år i perioden økte også antallet liggedøgn for i Helse Nord. I 2016 var nivået på kostnad per DRG-poeng 22 prosent høyere enn gjennomsnittet for landet. Kostnadsnivået i 2016 reduseres til 14 prosent over landsgjennomsnittet når det korrigeres for strukturkostnader. Differansen mellom Helse Vest og Helse Nord har økt fra 2012 til 2016 på grunn av svakere aktivitetsutvikling i Helse Nord.

PRODUKTIVITETSUTVIKLING I SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE 2012-2016

Innledning

Dette notatet beskriver hvordan utviklingen i kostnad per DRG-poeng, eller produktivitet, har vært i perioden fra 2012 til 2016. Utviklingen for perioden presenteres på nasjonalt og regionalt nivå. Produktivitetsutviklingen dekomponeres i en kostnads- og en aktivitetseffekt. Kostnadsnivået beregnes både med og uten pensjonskostnader.

Utviklingen i kostnad per liggedøgn, dekomponert i utvikling i liggedøgn og i kostnader til behandling av innlagte pasienter, diskuteres sammen med utviklingen i kostnad per DRG-poeng. På nasjonalt nivå har det vært en nedgang i antall liggedøgn og i gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold, samtidig som aktiviteten i poliklinikkene har økt. Dette kan forstås som en endring i behandlingsprofilen, mot kortere og mer intensiv døgnbehandling og overgang til poliklinisk aktivitet.

De regnskapsførte pensjonskostnadene i helseforetak har variert i perioden, se tabell 1 nedenfor. Pensjonskostnadene utgjør andelsvis om lag 10 til 13 prosent av kostnadene i helseforetak. Ulikt nivå på pensjonskostnader skyldes endringer i forutsetninger for beregnet avsetning til pensjon.

Tabell 1: Pensjonskostnader i helseforetak 2012-2016. Mill. kr. løpende priser.

	2012	2013	2014	2015	2016
Pensjonskostnader i helseforetak	12 969	12 934	14 637	18 676	14 165

Når kostnadsutviklingen for helseforetak analyseres, så er det ønskelig å korrigere for lønns- og prisvekst. Pensjonskostnaden inngår som en del av lønnskostnadene. Statistisk sentralbyrå (SSB) sin indeks for prisvekst i statlige helsetjenester tar høyde for endringer i pensjonskostnaden. Det er verdt å merke seg at nedgangen i regnskapsførte pensjonskostnader fra 2015 til 2016 har resultert i at det beregnes negativ lønn- og prisvekst for statlige helsetjenester, se tabell 2.

I budsjettet fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til de regionale helseforetakene behandles endringer i pensjonskostnader separat. Justeringen for lønns- og prisvekst i budsjettet inkluderer ikke endringer i pensjonskostnader. Tabell 2 nedenfor viser hvor mye budsjettet til helseforetakene justeres årlig og akkumulert gjennom perioden som følge av lønns- og prisvekst.

Tabell 2: Prisvekst i helseforetak

	2012	2013	2014	2015	2016
Prosent prisvekst fra året før (SSB)		4,0	3,7	6,2	-3,1
Akkumulert deflator SSB	1,1101	1,0674	1,0297	0,9692	1
Prosent prisvekst fra året før (HOD)		3,3	3,1	3,1	2,7
Akkumulert deflator HOD	1,1277	1,0917	1,0588	1,0270	1



Det gis til slutt i notatet en oversikt over nivået på kostnad per DRG-poeng på foretaksnivå, og utviklingen fra 2015 til 2016.

Nasjonal utvikling

Kostnaden per DRG-poeng gikk ned med 2 prosent fra 2012 til 2016. Aktiviteten i form av DRG-poeng økte med 8 prosent, mens kostnadene til pasientbehandling økte med 6 prosent. Reduksjonen i kostnaden per DRG-poeng på nær 2 prosent, eller produktivetsforbedringen, kom i perioden fra 2014 til 2016, se figur 1.

Hvis vi forutsetter ingen nedgang i kostnad per DRG-poeng i løpet av perioden, så ville kostnadene til pasientbehandling ha vært drøyt 1,2 mrd. kr. høyere i 2016. Det vil si at verdien av produktivetsforbedringen kan estimeres til 1,2 mrd. kr.

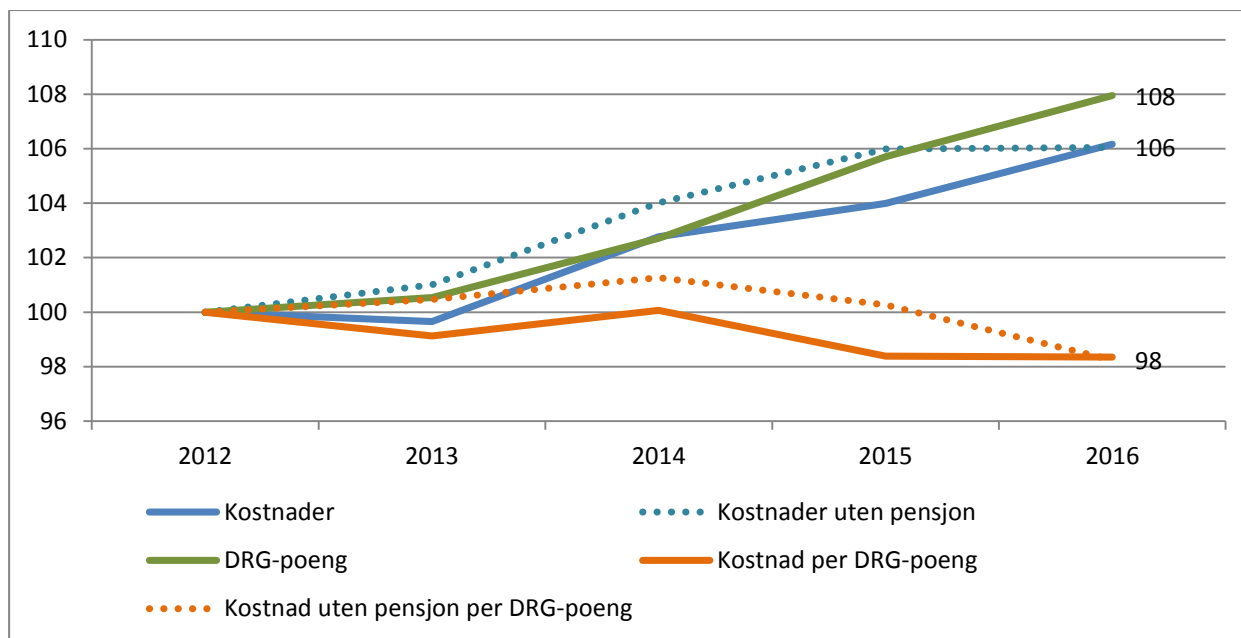
Figur 1 viser også at kostnadene og aktiviteten i form av DRG-poeng var stabil fra 2012 til 2013. Fra 2013 begynte både kostnadene og aktiviteten å øke. Fra 2014 til 2016 så økte aktiviteten i helseforetakene mer enn kostnadene, og dermed økte produktiviteten.

Frischsenteret leverte en rapport om produktivetsutvikling til HOD i juni 2016 (HERO – Working Paper 7:2016). I denne rapporten finner de en produktivetsvekst på 2-3 prosent for somatisk sektor i perioden fra 2012-2014, i motsetning til nullvekst eller svak nedgang som beregnes her. Det er flere metodiske forskjeller mellom arbeidet levert av Frischsenteret og denne beregningen. I arbeidet til Frischsenteret ble det benyttet en lengre tidsserie fra 1999 til 2014, DRG-poengene ble gruppert etter grupperingslogikk fra 2011, og DRG-poengene ble delt inn i fire grupper (poliklinikk, dagbehandling, innlagt ø-hjelp og innlagt elektivt). Beregningen i dette notatet benytter kortere tidsserie, grupperingslogikk fra 2016 og et felles aktivitetsmål som er sum DRG-poeng. I tillegg benyttet Frischsenteret DEA-analyse, mens beregningen her legger til grunn en brøk av kostnader dividert på DRG-poeng.

Hvis kostnadsutviklingen i denne analysen betraktes separat, så ser vi en vekst på 2 prosent fra 2015 til 2016 når kostnadene måles inkludert pensjon, og en flat kurve når kostnadene måles uten pensjon. Dette er et uttrykk for at det kan være utfordrende å beregne en korrekt årlig lønns- og prisvekst, og dermed en korrekt årlig deflator. Når kostnadsutviklingen gjennom hele perioden fra 2012 til 2016 betraktes, så finner vi en realvekst på 6 prosent både når kostnadene måles med og uten pensjon.

PRODUKTIVITETSUTVIKLING I SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE 2012-2016

Figur 1: Utvikling i kostnader til pasientbehandling (DRG), DRG-poeng-poeng og kostnad per DRG-poeng. 2012 = 100.



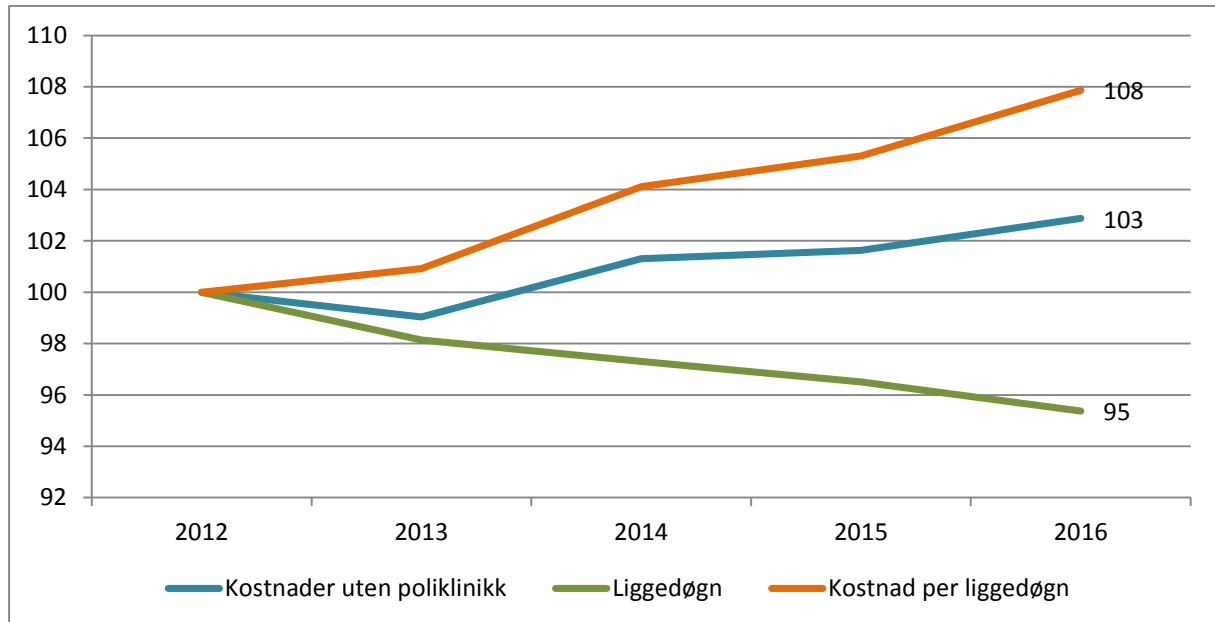
Kostnad per liggedøgn har økt med 8 prosent i perioden. Bak dette var det en vekst i kostnader til innlagt behandling på 3 prosent, og en reduksjon i antallet liggedøgn på 5 prosent. Se figur 2. Når kostnadene til pasientbehandling samlet har økt med 6 prosent, mot 3 prosent til innlagt behandling, så betyr det at veksten i kostnader gjennom perioden i sterkere grad har gått til poliklinikkene.

En reduksjon i antall liggedøgn med 5 prosent, samtidig som kostnadene til innlagt behandling økte med 3 prosent, indikerer en mer intensiv innlagt behandling og mer kostnadskrevede liggedøgn. Analysenotat 02/17 «Aktivitet, liggetid og gjennomstrømming i somatiske sykehus 2016» fra Samdata viser blant annet at DRG-indeksen for døgnpasienter på nasjonalt nivå har økt fra 1,29 i 2012 til 1,33 i 2016. Samtidig gikk gjennomsnittlig liggetid¹ for døgnopphold ned fra 4,3 døgn i 2012 til 4,0 i 2016.

Pasientbehandlingen foregår i økende grad i poliklinikkene. Dette innebærer mer ressurskrevende pasienter, og mer intensiv behandling, også i poliklinikkene. Mer intensiv pasientbehandling, både ved sengeavdelingene og i poliklinikkene, kom sammen med at kostnaden per DRG-poeng samlet sett gikk ned og at produktiviteten økte.

¹ Gjennomsnittlig liggetid korrigert for overførte pasienter – se analysenotat 02/17 fra Samdata.

Figur 2: Utvikling i kostnader til pasientbehandling (døgnaktivitet), liggedøgn og kostnad per liggedøgn. 2012=100.



Regional utvikling

Helse Sør-Øst

Fra 2012 til 2016 gikk kostnaden per DRG-poeng ned med 2 prosent for Helse Sør-Øst. Produktivitetsforbedringen var på linje med utviklingen for landet samlet, se figur 3. Både aktivitets- og kostnadsutviklingen var lik utviklingen for landet samlet, med en kostnadsvekst på 6 prosent og en aktivitetsvekst på 8-9 prosent. Aktivitetsveksten i form av DRG-poeng var litt sterkere i Helse Sør-Øst sammenlignet med landet samlet.

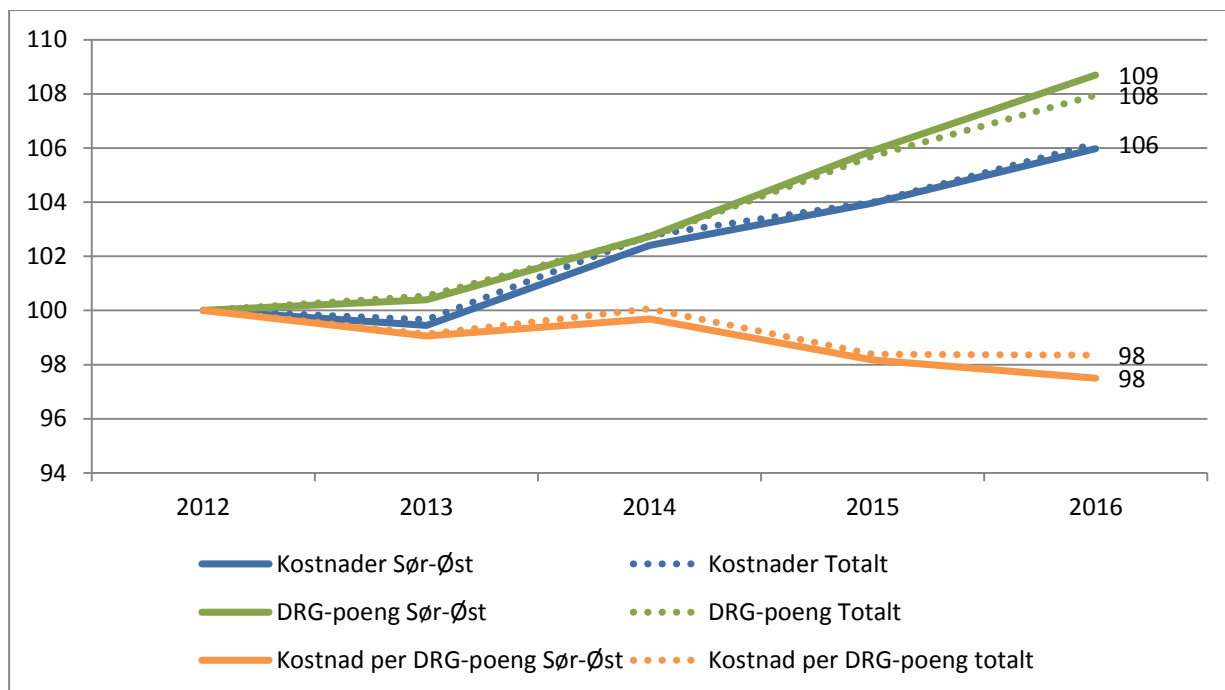
Også utviklingen i kostnad per liggedøgn i Helse Sør-Øst fulgte den nasjonale utviklingen, se figur 4. Kostnaden per liggedøgn økte med 8 prosent, og bak dette resultatet var det en vekst i kostnader til innlagt pasientbehandling på 3 prosent og en reduksjon i antall liggedøgn på 5 prosent.

Analysenotat 02/17 fra Samdata viser at Helse Sør-Øst i 2016 hadde den korteste gjennomsnittlige liggetiden for døgnopphold blant regionene, med en gjennomsnittlig liggetid på 3,9 døgn i 2016 mot 4,1-4,3 for de andre tre regionene. Helse Sør-Øst hadde også den høyeste DRG-indeksen for døgnopphold med en indeks på 1,36 siste år i perioden, mot et landsgjennomsnitt på 1,33. Kortere liggetider og høyere DRG-indeks kan relateres til Oslo Universitetssykehus.

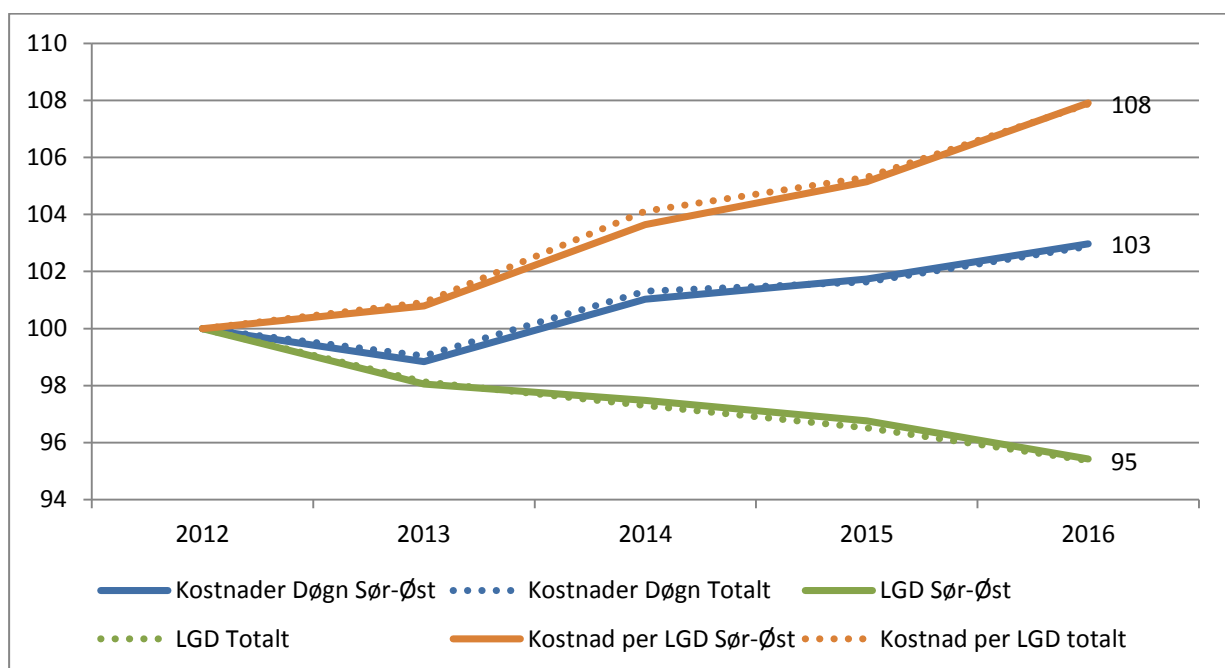
Helse Sør-Øst hadde gjennom perioden fra 2012 til 2016 samme utvikling i liggetid for døgnopphold og DRG-indeks for døgnopphold som for landet samlet. Dette kom sammen med at produktivitetsutviklingen i Helse Sør-Øst var lik produktivitetsutviklingen for landet samlet.

PRODUKTIVITETSUTVIKLING I SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE 2012-2016

Figur 3: Utvikling i kostnader til pasientbehandling (DRG), DRG-poeng og kostnad per DRG-poeng. Helse Sør-Øst. 2012=100.



Figur 4: Utvikling i kostnader til pasientbehandling (døgn), liggedøgn og kostnad per liggedøgn. Helse Sør-Øst. 2012=100.



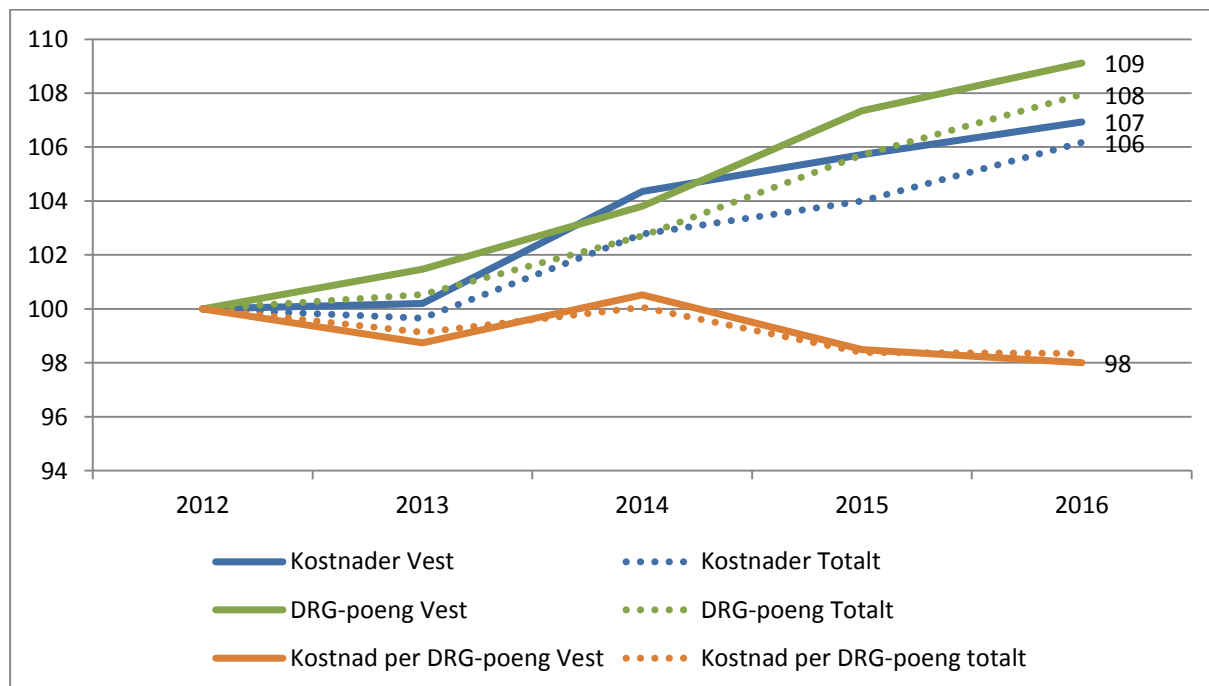
Helse Vest

Likt som for landet samlet så gikk kostnaden per DRG-poeng ned med 2 prosent i Helse Vest fra 2012 til 2016. Men både kostnads- og aktivitetsveksten var noe sterkere. Kostnadene til pasientbehandling økte med 7 prosent mot 6 prosent for landet samlet. Aktiviteten i form av DRG-poeng økte med 9 prosent i Helse Vest, mot 8 prosent for landet samlet.

Kostnaden per liggedøgn økte med 11 prosent i Helse Vest gjennom perioden, mot 8 prosent for landet samlet. Dette skyldes at nedgangen i antallet liggedøgn var sterkere, med en nedgang på 7 prosent, mot 5 prosent for landet samlet. Kostnadene til innlagt pasientbehandling økte med 3 prosent gjennom perioden i Helse Vest, som for landet samlet.

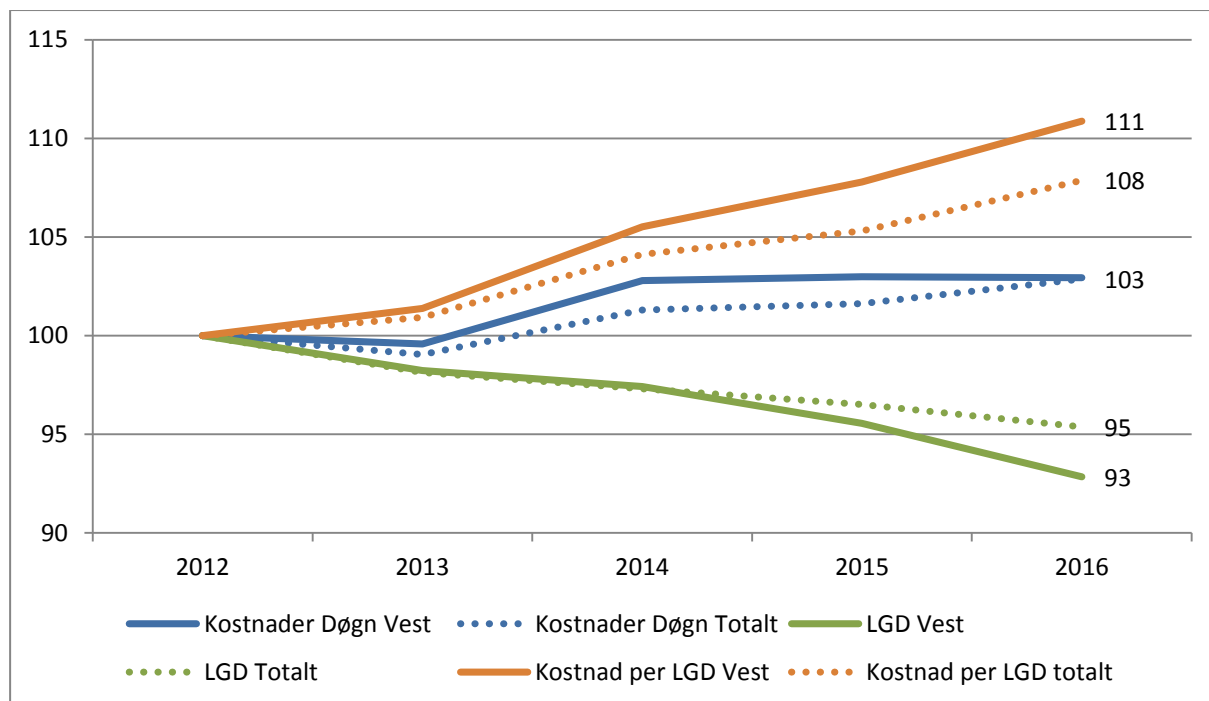
Gjennom perioden hadde Helse Vest en reduksjon i liggetid for døgnopphold fra drøyt 4,5 døgn i 2012 til i underkant av 4,1 døgn i 2016 – se Samdata Analysenotat 02/17. Helse Vest hadde dermed den sterkeste nedgangen i liggetid for døgnopphold. Produktivitetsutviklingen var på linje med utviklingen for landet samlet. DRG-indeksen for døgnopphold var i 2016 fortsatt lavere enn gjennomsnittet, med en DRG-indeks på om lag 1,27 for Helse Vest mot 1,33 for landet samlet.

Figur 5: Utvikling i kostnader til pasientbehandling (DRG), DRG-poeng og kostnad per DRG-poeng. Helse Vest. 2012=100.



PRODUKTIVITETSUTVIKLING I SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE 2012-2016

Figur 6: Utvikling i kostnader til pasientbehandling (døgn), liggedøgn og kostnad per liggedøgn. Helse Vest. 2012=100.



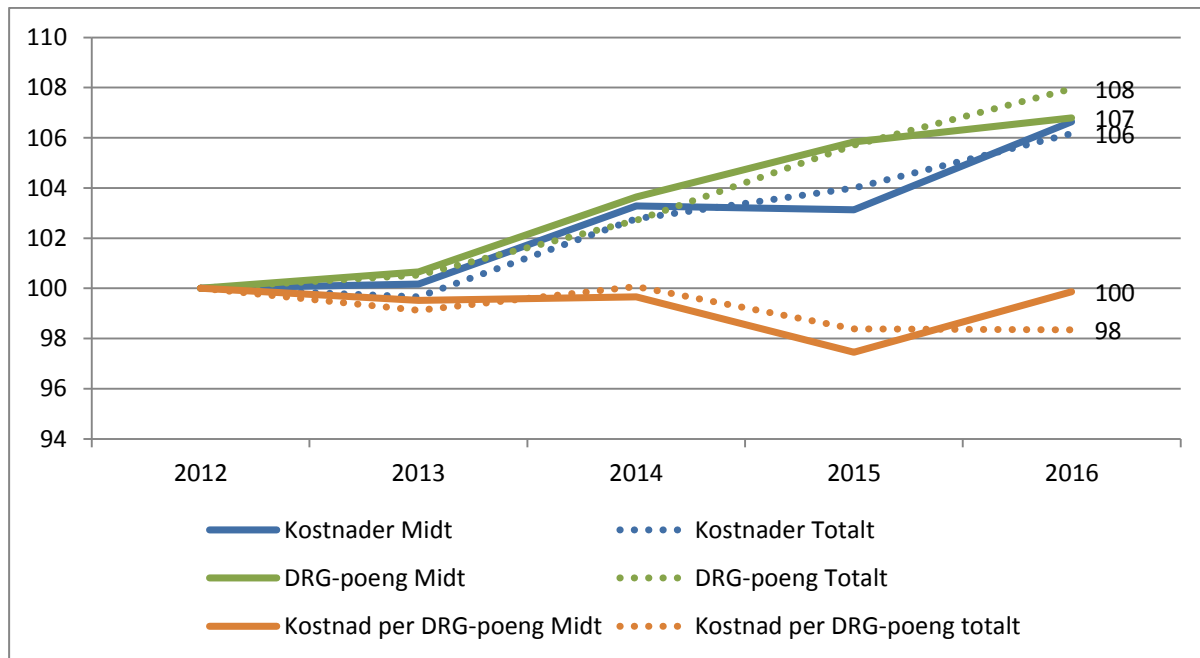
Helse Midt-Norge

Kostnaden per DRG-poeng var uendret i Helse Midt-Norge gjennom perioden 2012-2016, mot en produktivitetsforbedring på 2 prosent for landet samlet. Dette skyldtes noe sterkere kostnadsvekst og noe svakere aktivitetsvekst sammenlignet med gjennomsnittet. I Helse Midt-Norge økte kostnadene med 7 prosent mot 6 prosent for landet samlet. Aktiviteten i form av DRG-poeng økte med 7 prosent, mot 8 prosent for landet samlet. Svakere aktivitetsvekst og sterkere kostnadsvekst i Helse Midt-Norge relateres til utviklingen i siste år i perioden – se figur 7.

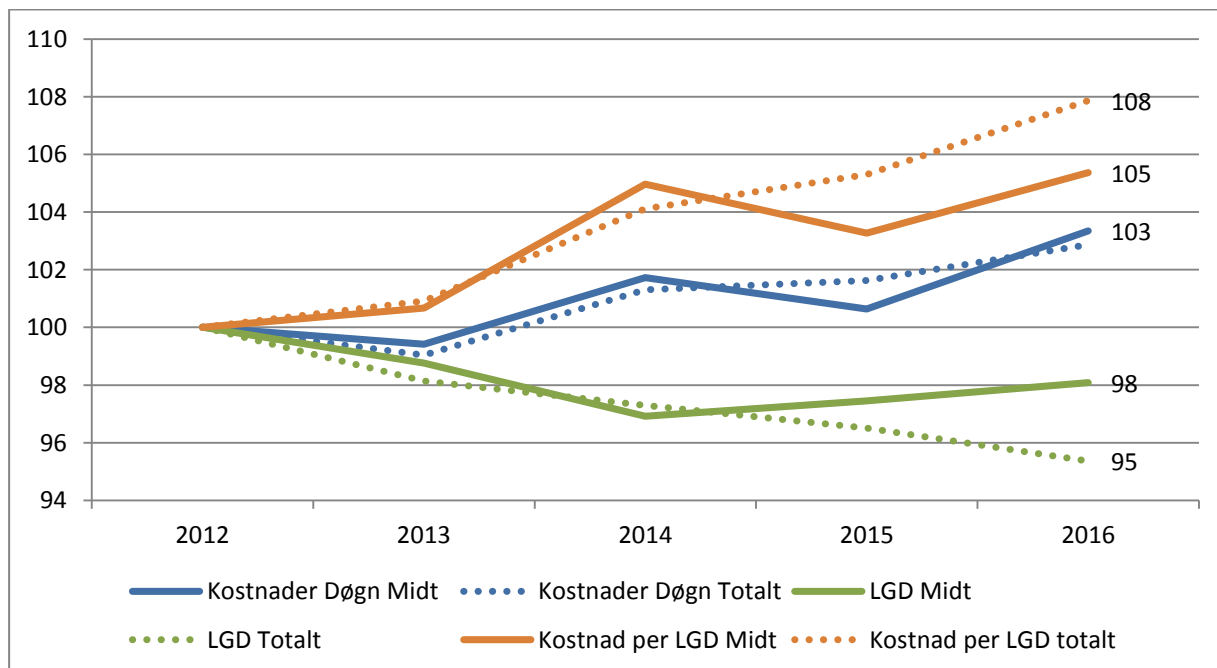
I Helse Midt-Norge økte kostnaden per liggedøgn økte med 5 prosent gjennom perioden, mot 8 prosent for landet totalt. Kostnadene til innlagt behandling økte med 3 prosent i tråd med utviklingen for landet samlet, men antall liggedøgn gikk ned med 2 prosent mot 5 prosent for landsgjennomsnittet. Fra 2014 til 2016 økte antallet liggedøgn med 1 prosent i Helse Midt-Norge, mot en nedgang på 2 prosent for landet samlet.

Fra Samdata Analysenotat 02/17 ser vi at gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold var omtrent uendret fra 2015 til 2016 i Helse Midt-Norge, mot en reduksjon på om lag 0,1 døgn for landet samlet. I 2016 var den gjennomsnittlige liggetiden for døgnoppholdene 4,1 døgn mot 4,0 for landet samlet. Svakere reduksjon i liggetid gjennom perioden sammenlignet med landsgjennomsnittet kommer sammen med svakere produktivitetsutvikling i Midt-Norge.

Figur 7: Utvikling i kostnader til pasientbehandling (DRG), DRG-poeng og kostnad per DRG-poeng. Helse Midt-Norge. 2012=100.



Figur 8: Utvikling i kostnader til pasientbehandling (døgn), liggedøgn og kostnad per liggedøgn. Helse Midt-Norge. 2012 = 100.



PRODUKTIVITETSUTVIKLING I SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE 2012-2016

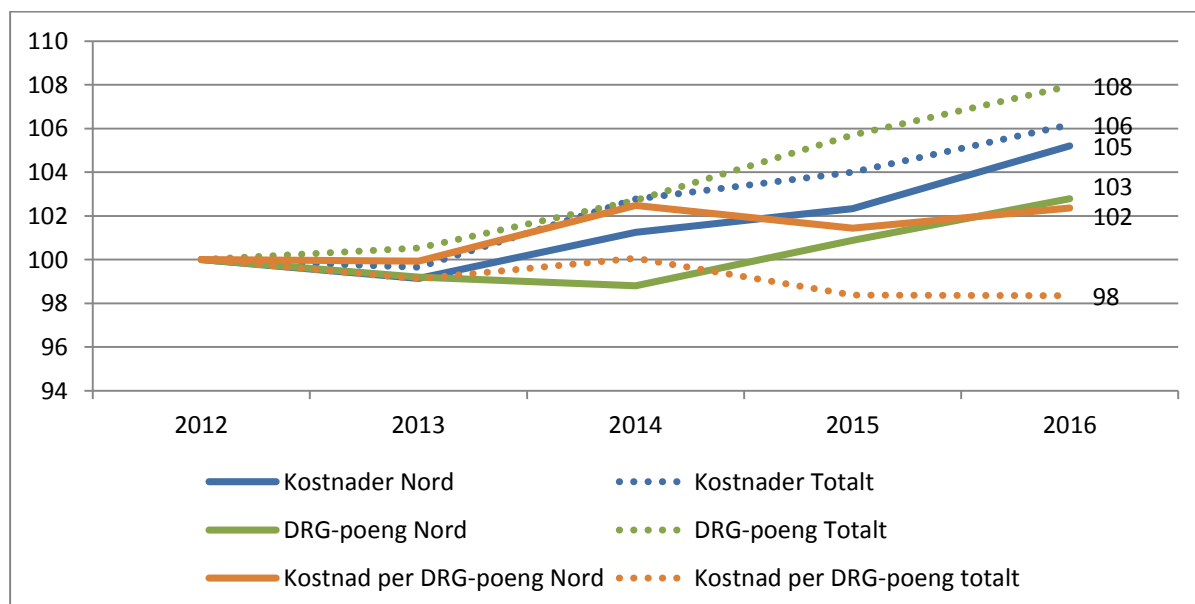
Helse Nord

Kostnaden per DRG-poeng økte med 2 prosent fra 2012 til 2016 i Helse Nord, mot en reduksjon på 2 prosent for landet samlet. Gjennom perioden ser vi dermed en produktivitetsnedgang i Helse Nord mot en forbedring for landet samlet. Svakere produktivitetsutvikling gjennom perioden skyldes i hovedsak en svakere vekst i DRG-poeng (aktivitet) fra 2012 til 2014. I de to første årene av perioden gikk antallet DRG-poeng ned med 1 prosent i Nord, mot en vekst på 3 prosent for landet samlet. Fra 2015 til 2016 økte kostnadene i Helse Nord med 3 prosent mot 2 prosent for landet samlet, samtidig som aktivitetsveksten var på linje med veksten for landet samlet.

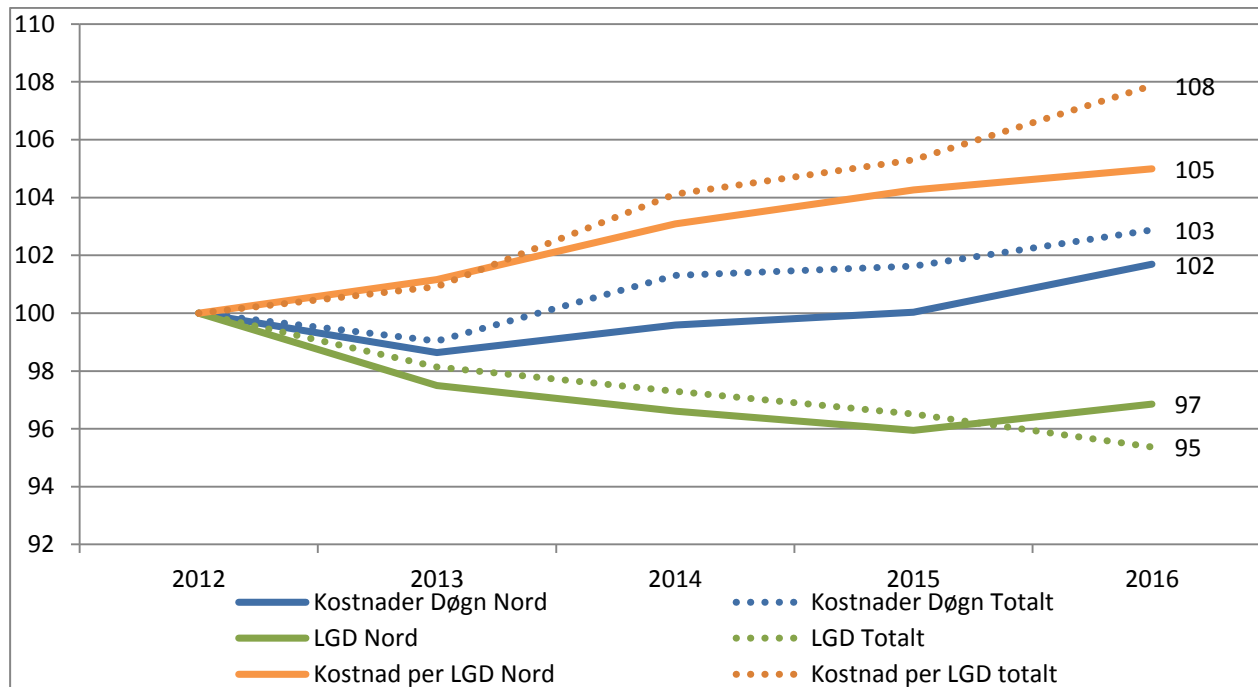
I Helse Nord økte kostnaden per liggedøgn med 5 prosent gjennom perioden, mot 8 prosent for landet samlet. Antallet liggedøgn gikk ned med 3 prosent mot en nedgang på 5 prosent totalt. Fra 2015 til 2016 økte antall liggedøgn i Helse Nord med 1 prosent, samtidig som det var en nedgang på 2 prosent for landet samlet.

Analysenotat 02/17 fra Samdata viser at gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold i Helse Nord lå uendret på 4,3 døgn både i 2012 og i 2016 – mot en reduksjon fra 4,3 til 4,0 for landet samlet. Fra 2015 til 2016 økte den gjennomsnittlige liggetiden for døgnopphold i Helse Nord fra 4,2 til 4,3 døgn. Det vil si at Helse Nord ikke tar del i nedgangen i liggetid for døgnopphold som vi ser for landet samlet. Dette faller sammen med en svakere aktivitets- og produktivitetsutvikling sammenlignet med gjennomsnittet for landet samlet.

Figur 9: Utvikling i kostnader til pasientbehandling (DRG), DRG-poeng og kostnad per DRG-poeng. Helse Nord. 2012=100.



Figur 10: Utvikling i kostnader til pasientbehandling (døgn), liggedøgn og kostnad per liggedøgn. Helse Nord. 2012=100.



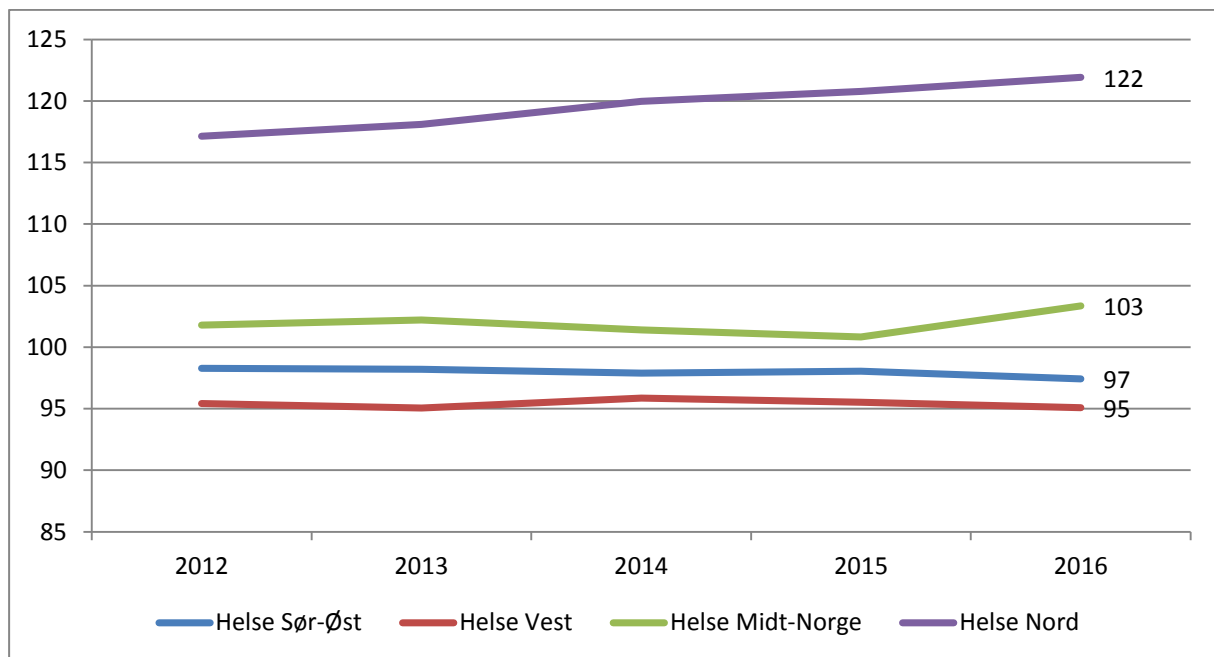
Regionale sammenligninger

Helse Sør-Øst og Helse Vest hadde gjennom perioden et stabilt nivå på kostnad per DRG-poeng, på henholdsvis 97-98 prosent og 95 prosent av landsgjennomsnittet. Helse Midt-Norge hadde også et relativt stabilt kostnadsnivå gjennom perioden, som varierte fra 1 til 3 prosent over gjennomsnittet for landet. Vi ser at kurven for Midt-Norge knekker litt fra 2015 til 2016, og det skyldtes som nevnt en kombinasjon av relativt sett sterkere kostnadsvekst og svakere aktivitetsvekst siste år.

Det relative nivået på kostnad per DRG-poeng for Helse Nord har økt fra 18 prosent over gjennomsnittet i 2012 til 22 prosent over gjennomsnittet i 2016. Dette betyr som vist over at produktivitetsutviklingen har vært svakere i Nord sammenlignet med øvrige regioner, og en svakere utvikling skyldes i hovedsak svakere aktivitetsutvikling i perioden 2012 til 2014. Den avvikende utviklingen for Helse Nord betyr også at det er større forskjeller i kostnadsnivå mellom regionene i 2016 sammenlignet med 2012.

PRODUKTIVITETSUTVIKLING I SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE 2012-2016

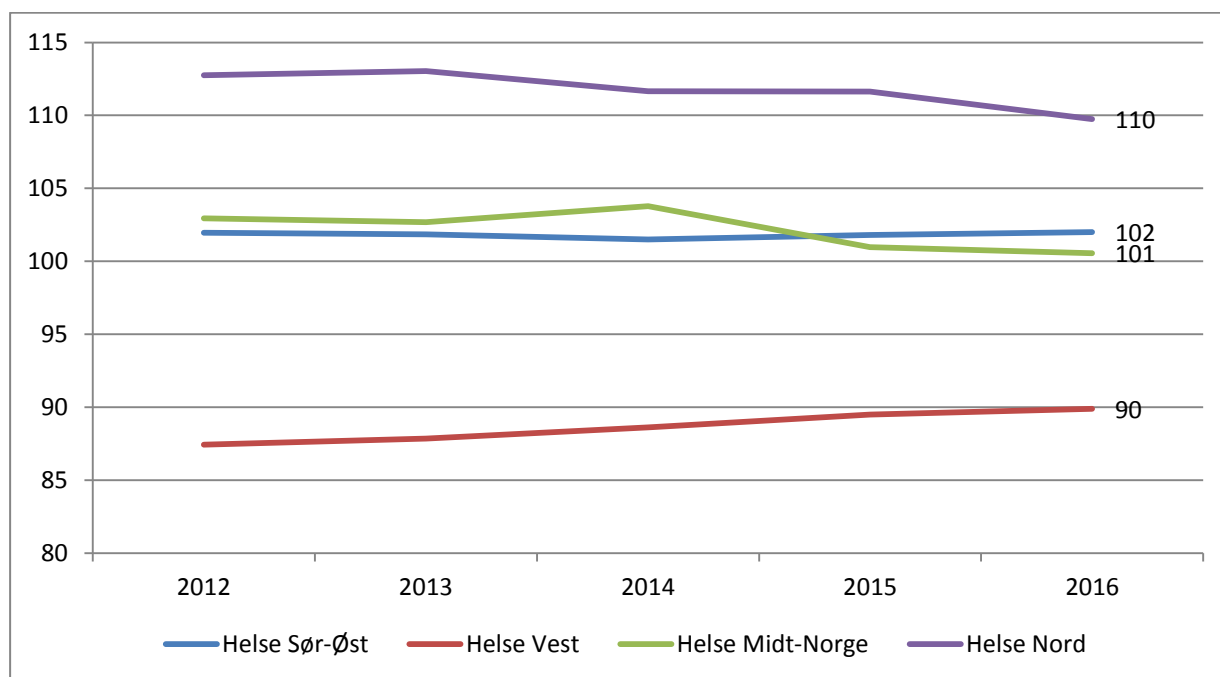
Figur 11: Relativt nivå på kostnad per DRG-poeng 2012-2016.



Figur 12 viser at det relative nivået på kostnad per liggedøgn var nokså stabilt gjennom perioden for Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge, med et kostnadsnivå som var 1-2 prosent over landsgjennomsnittet. I Helse Vest økte det relative kostnadsnivået per liggedøgn fra 88 prosent av landsgjennomsnittet i 2012 til 90 prosent i 2016. Helse Vest har hatt en relativt sett sterkere nedgang i antallet liggedøgn gjennom perioden, se figur 6. I Helse Nord så gikk det relative nivået på kostnad per liggedøgn ned fra 13 prosent over gjennomsnittet i 2012 til 10 prosent over i 2016. Figur 10 viser at Helse Nord hadde en svakere nedgang i antallet liggedøgn gjennom perioden.

De regionale forskjellene i nivået på kostnad per liggedøgn har blitt redusert gjennom perioden i og med at utviklingen i Helse Vest og Helse Nord innebar en bevegelse mot landsgjennomsnittet.

Figur 12: Relativt nivå på kostnad per liggedøgn 2012-2016.



Inntektsfordelingsmodellen for de regionale helseforetakene tar hensyn til strukturelle forhold, se NOU 2008: 2 kapittel 9. Det vil si at regionene gis en kompensasjon for eksempelvis kostnader knyttet til spredt bosettingsmønster og antatt høyere faste kostnader per pasient på grunn av mer spredt akuttberedskap. Reisetid var den variabelen som systematisk varierte med helseforetakenes kostnadsnivå, og det ble antatt denne variabelen kan være et uttrykk for strukturkostnader. Tabell 3 nedenfor viser hvor mye kostnadsgrunlaget for hver region justeres når det korrigeres for reisetid. Når det korrigeres for strukturkostnader så divideres de faktiske kostnadene per region med indeksen vist i tabell 3. Denne korreksjonen gjøres kun på regionalt nivå da vi ikke har grunnlagsinformasjon på lavere nivå.

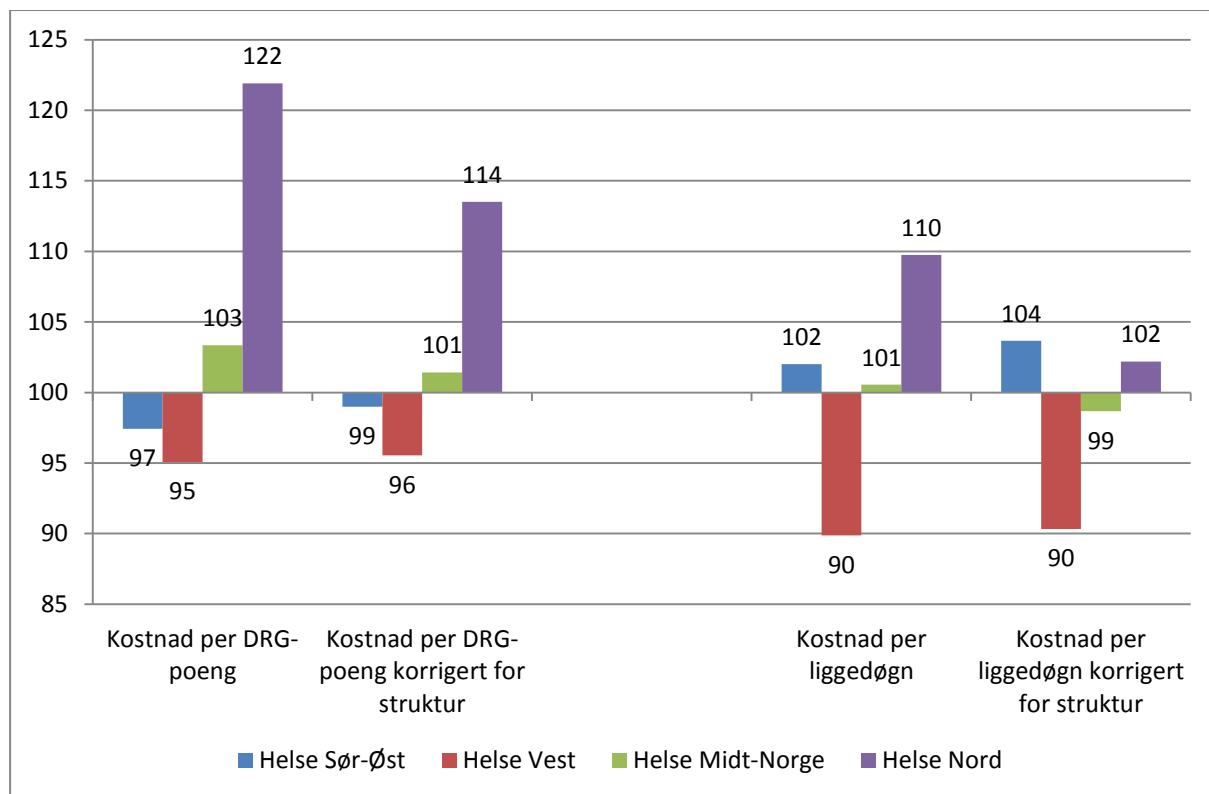
Tabell 3: Korreksjon for reisetid (struktur) – regional indeks.

Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
0,984	0,995	1,019	1,074

Figur 13 viser at de relative forskjellene, både i kostnad per DRG-poeng og i kostnad per liggedøgn, minker når det korrigeres for ulike strukturkostnader. Kostnad per DRG-poeng varierer i 2016 fra 4 prosent under gjennomsnittet i Helse Vest, til 14 prosent over i Helse Nord når det korrigeres for strukturkostnader. Uten korreksjon varierte det fra 5 prosent under i Helse Vest til 22 prosent over i Helse Nord, se også figur 11. Kostnad per liggedøgn varierte fra 10 prosent under gjennomsnittet i Helse Vest til 4 prosent over i Helse Sør-Øst når det blir korrigert for strukturkostnader. Uten korreksjon varierte kostnad per liggedøgn fra 10 prosent under gjennomsnittet i Helse Vest til 10 prosent over i Helse Nord.

PRODUKTIVITETSUTVIKLING I SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE 2012-2016

Figur 13: Nivå på kostnad per DRG-poeng og kostnad per liggedøgn 2016, korrigert for strukturkostnad.



Variasjoner mellom helseforetak i kostnad per DRG-poeng 2015-2016

For landet samlet er kostnaden per DRG-poeng stabil fra 2015 til 2016, når kostnadsgrunnlaget betraktes inkludert pensjonskostnader. Hvis kostnadsgrunnlaget defineres uten pensjonskostnader, så får vi en nedgang i kostnad per DRG-poeng (produktivitetsforbedring) på 2 prosent siste år, se figur 1. For perioden samlet beregner vi en produktivitetsforbedring på 2 prosent fra 2012 til 2016 både når kostnadsgrunnlaget defineres med og uten pensjon. Når kostnader med pensjon legges til grunn, så kommer produktivitetsforbedringen i hovedsak fra 2014 til 2015.

Ulik produktivitetutvikling siste år kan relateres til at korreksjonen for lønns- og prisvekst per år ikke er avstemt. Det kan også påpekes at SSB sin kostnadsdeflator, som gjelder når pensjonskostnadene er inkludert, kan bli revidert.

I kommentarene til produktivitetutvikling siste år på foretaksnivå, legges kostnader med pensjon til grunn. Men nivå og utvikling uten pensjonskostnader blir vist i figur 15 og tabell 5.



Helseforetak i Sør-Øst

Figurene 14 og 15 viser at de fleste foretakene i Sør-Øst hadde et nivå på kostnad per DRG-poeng som var lavere enn gjennomsnittet for landet samlet, eventuelt om lag på gjennomsnittet. Unntakene var Oslo Universitetssykehus som i 2016 lå 11-12 prosent over gjennomsnittet, og Diakonhjemmet Sykehus som var 4-5 prosent over.

Helse Sør-Øst hadde samlet sett en bedre produktivitetsutvikling enn gjennomsnittet fra 2015 til 2016. Tabell 4 viser at kostnaden per DRG-poeng gikk ned med 0,5 prosent i Helse Sør-Øst mot om lag ingen endring for landet samlet. Dette skyldtes noe sterkere aktivitetsvekst i Helse Sør-Øst, som hadde en økning i DRG-poengene på 2,6 prosent mot 2,1 prosent for landet samlet.

Sørlandet Sykehus HF og Lovisenberg Diakonale Sykehus hadde en sterkere produktivetsforbedring fra 2015 til 2016, på henholdsvis 2,2 og 3,6 prosent, mot 0,5 prosent for Helse Sør-Øst samlet. For Sørlandet Sykehus skyldtes dette svakere kostnadsvekst og sterkere aktivitetsvekst. Ved Sørlandet Sykehus økte kostnadene med 0,7 prosent mot 2,1 prosent for regionen samlet, og aktiviteten ved Sørlandet Sykehus økte med 3 prosent mot 2,6 prosent på regionalt nivå.

Ved Sykehuset i Vestfold var det en svakere produktivitetsutvikling. Kostnaden per DRG-poeng økte med 2,5 prosent mot en nedgang på 0,5 prosent for Helse Sør-Øst samlet. En svakere produktivitetsutvikling ved Sykehuset i Vestfold skyldtes i hovedsak svakere aktivitetsutvikling. Antallet DRG-poeng økte svakt med 0,2 prosent ved Sykehuset i Vestfold mot 2,6 prosent for regionen samlet. Kostnadsveksten var samtidig også noe sterkere ved Sykehuset i Vestfold.

Helseforetak i Vest

Helse Vest hadde samlet sett det laveste nivået på kostnad per DRG-poeng, med et nivå som er 5 prosent under gjennomsnittet for landet. I 2016 hadde Helse Stavanger, Helse Fonna, Helse Bergen og Haraldsplass Diakonale sykehus alle et kostnadsnivå som var 6-7 prosent under gjennomsnittet. Helse Førde HF hadde et kostnadsnivå som var 14 prosent over gjennomsnittet.

Fra 2015 til 2016 har foretakene i Vest samlet sett en bedre produktivitetsutvikling enn landsgjennomsnittet. Kostnad per DRG-poeng gikk ned med 0,5 prosent for foretakene i Vest, mot om lag ingen endring for landet samlet. Bedre produktivitetsutvikling i Vest skyldtes i hovedsak svakere kostnadsvekst. Kostnadene til pasientbehandling økte med 1 prosent i Vest mot om lag 2 prosent for landet samlet.

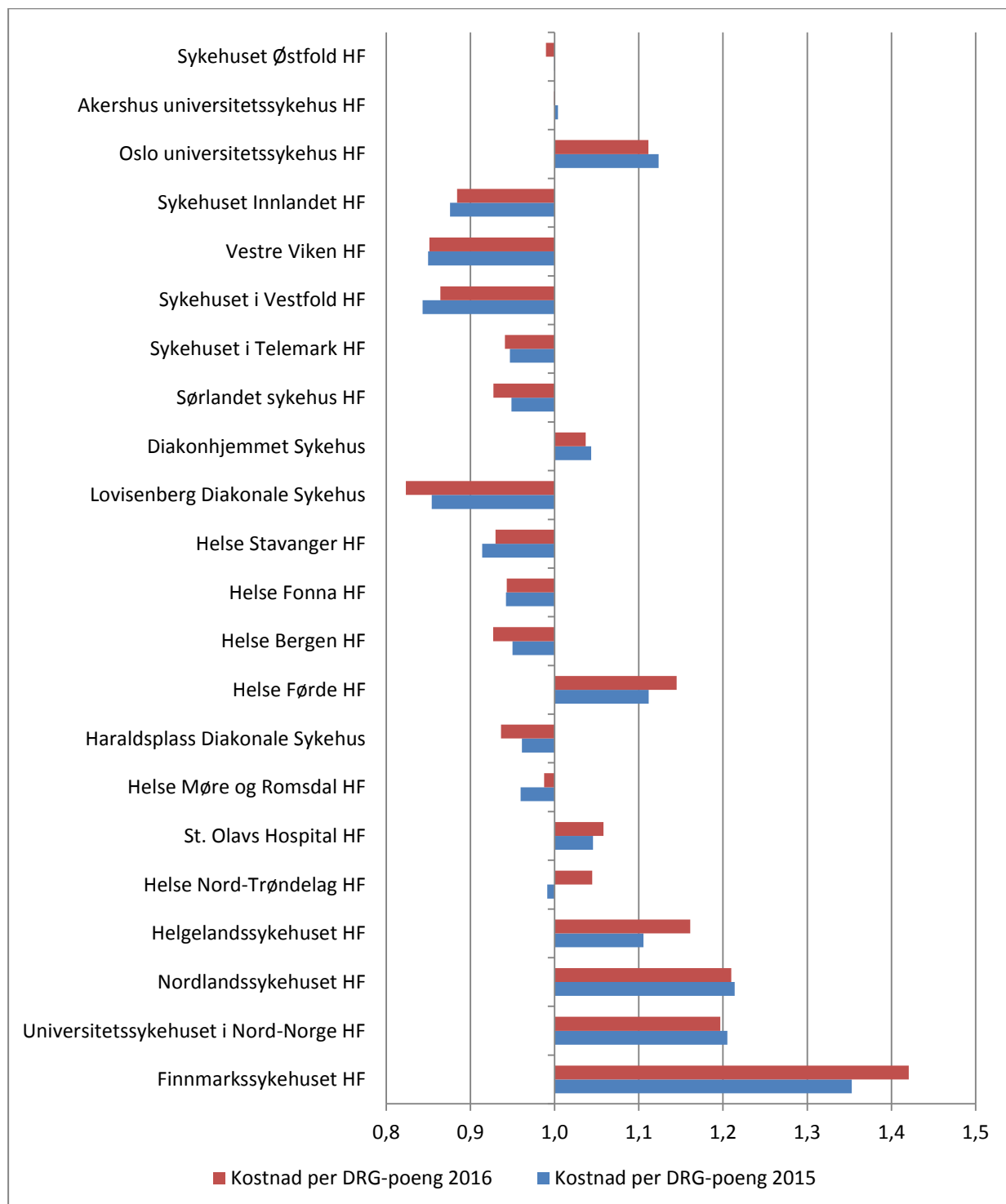
Produktivtetsutviklingen siste år var ulik mellom foretakene i Helse Vest. Det var en sterkere produktivetsforbedring ved Helse Bergen HF og ved Haraldsplass Diakonale Sykehus, som hadde en nedgang i kostnad per DRG-poeng på henholdsvis 2,4 og 2,5 prosent. Sterkere produktivetsforbedring ved Helse Bergen HF skyldtes i hovedsak nullvekst i kostnader siste år. Det samme var tilfellet for Haraldsplass Diakonale sykehus.

Helse Stavanger HF og Helse Førde HF hadde derimot en økning i kostnad per DRG-poeng fra 2015 til 2016, på henholdsvis 1,8 og 3 prosent. Økt kostnadsnivå ved Helse Stavanger skyldes både at kostnadene økte mer enn gjennomsnittet, og at aktivitetsveksten var svakere. Ved Helse Stavanger

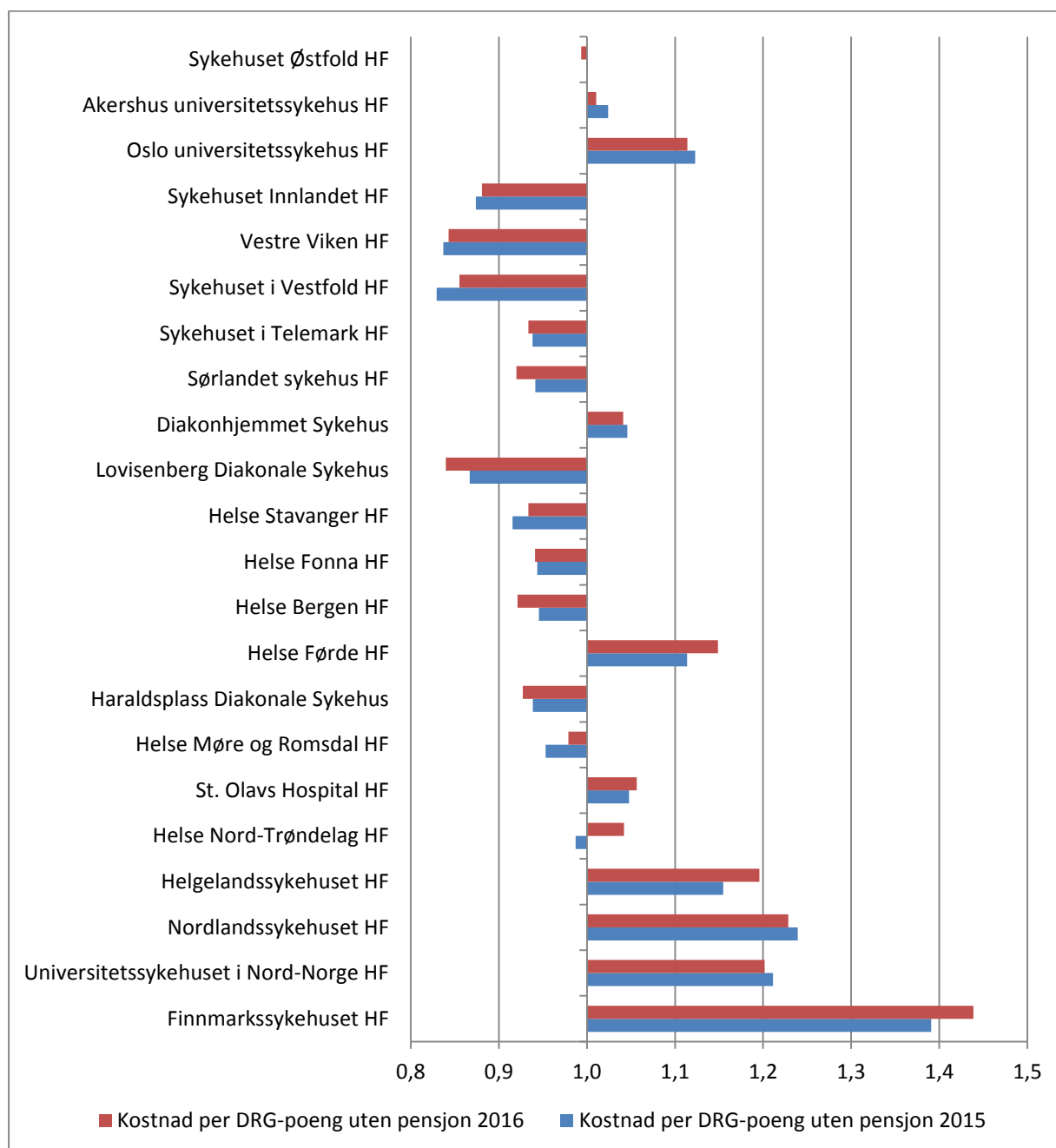
PRODUKTIVITETSUTVIKLING I SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE 2012-2016

Økte kostnadene med 2,7 prosent mot 1,1 prosent i gjennomsnitt for foretakene i Vest. Antall DRG-poeng økte med 0,9 prosent mot en samlet vekst i Helse Vest på 1,7 prosent. For Helse Førde så skyldtes den reduserte produktiveten at aktiviteten gikk ned med 1,8 prosent samtidig som at kostnadene økte på linje med gjennomsnittet for regionen.

Figur 14: Relativt nivå på kostnad per DRG-poeng 2015 og 2016. 1 = landsgjennomsnitt.



Figur 15: Relativt nivå på kostnad per DRG-poeng uten pensjon 2015 og 2016. 1 = landsgjennomsnitt.



Helseforetak i Midt-Norge

Fra 2015 til 2016 økte kostnadene per DRG-poeng med 2,5 prosent i Helse Midt-Norge, mot et stabilt kostnadsnivå for landet samlet. Produktivtetsnedgangen skyldtes at kostnadene økte med 3,4 prosent og at veksten i DRG-poeng var på 0,9 prosent. Sammenlignet med landsgjennomsnittet så var dermed kostnadsveksten sterkere i Helse Midt-Norge, samtidig som at aktivitetsveksten i form av DRG-poeng var svakere. I 2016 var nivået på kostnad per DRG-poeng 3 prosent over

PRODUKTIVITETSUTVIKLING I SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE 2012-2016

landsgjennomsnittet når foretakene betraktes samlet. Korrigert for strukturkostnader så var kostnadsnivået 1 prosent over gjennomsnittet – se figur 13.

Den samlede produktivitsnedgangen for Helse Midt-Norge siste år skyldtes økning i kostnad per DRG-poeng ved alle tre helseforetak. For Helse Nord-Trøndelag HF så økte kostnaden per DRG-poeng med 5,5 prosent siste år. Produktivitsnedgangen skyldtes kostnadsvekst på nær 6 prosent samtidig som at aktiviteten var omtrent uendret. Ved Helse Møre og Romsdal HF økte kostnadsnivået med 3 prosent. Bak økningen i kostnad per DRG-poeng var det en aktivitetsnedgang på 1,2 prosent samtidig som kostnadsveksten var om lag i tråd med gjennomsnittet for landet. St Olavs Hospital HF fikk en produktivitsnedgang på 1,2 prosent. Dette skyldtes at kostnadene økte med 3,6 prosent samtidig som at aktivitetsveksten på drøyt 2 prosent var i tråd med gjennomsnittet for landet.

Helseforetak i Nord

Kostnaden per DRG-poeng gikk opp med 0,8 prosent i Helse Nord fra 2015 til 2016, mot et stabilt kostnadsnivå for landet samlet. Produktivitsnedgangen skyldtes økning i kostnad per DRG-poeng for Helgelandssykehuset HF og Finnmarkssykehuset HF. For begge foretakene så økte kostnaden per DRG-poeng med 5 prosent, og dette skyldtes for begge foretakene kostnadsvekst på 4,5 prosent sammen med en liten nedgang i aktiviteten. Ved Nordlandssykehuset og ved Universitetssykehuset i Nord-Norge så var det en produktivitsforbedring på henholdsvis 0,3 og 0,7 prosent. Produktivitsforbedringen ved disse to foretakene skyldtes at aktivitetsveksten var noe sterkere sammenlignet med gjennomsnittet for landet, samtidig som at kostnadsveksten var lik.



Tabell 4: Kostnad per DRG-poeng 2016, endring 2015-2016 dekomponert i kostnads- og aktivitetseffekt.

Helseforetak	Kostnad per DRG-poeng 2016			Endring 2015-2016 dekomponert	
	Nivå (relativt)	Nivå (kr)	Pst. endr. 2015-16	Kostnads- endring	Aktivitets- endring
Helse Sør-Øst RHF	0,97	50 716	-0,5	2,1	2,6
Helse Vest RHF	0,95	49 495	-0,5	1,1	1,7
Helse Midt-Norge RHF	1,03	53 809	2,5	3,4	0,9
Helse Nord RHF	1,22	63 469	0,8	2,7	1,9
Totalt	1,00	52 060	0,1	2,2	2,1
Sykehuset Østfold HF	0,99	51 523	-0,9	4,6	5,5
Akershus universitetssykehus HF	1,00	52 011	-0,4	3,4	3,9
Oslo universitetssykehus HF	1,11	57 860	-1,0	0,9	1,9
Sunnaas sykehus HF	1,51	78 493	4,3	-1,1	-5,2
Sykehuset Innlandet HF	0,88	46 032	1,0	2,9	1,8
Vestre Viken HF	0,85	44 306	0,2	5,0	4,7
Sykehuset i Vestfold HF	0,86	44 984	2,5	2,7	0,2
Sykehuset i Telemark HF	0,94	48 984	-0,6	-0,5	0,1
Sørlandet sykehus HF	0,93	48 272	-2,2	0,7	3,0
Diakonhjemmet Sykehus	1,04	53 983	-0,5	2,4	3,0
Lovisenberg Diagonale Sykehus	0,82	42 853	-3,6	1,8	5,6
Martina Hansens Hospital	0,70	36 486	-4,6	-3,5	1,2
Revmatismesykehuset	0,83	43 234	4,7	-0,2	-4,7
Betanien Hospital	0,66	34 585	-2,3	-3,4	-1,1
Helse Stavanger HF	0,93	48 399	1,8	2,7	0,9
Helse Fonna HF	0,94	49 095	0,2	3,5	3,4
Helse Bergen HF	0,93	48 251	-2,4	-0,1	2,4
Helse Førde HF	1,14	59 605	3,0	1,2	-1,8
Haraldsplass Diagonale Sykehus	0,94	48 735	-2,5	0,1	2,7
Haugesund San.for. Revm.sykehus	1,14	59 464	-1,1	-7,2	-6,1
Helse Møre og Romsdal HF	0,99	51 403	3,0	1,8	-1,2
St. Olavs Hospital HF	1,06	55 076	1,2	3,6	2,4
Helse Nord-Trøndelag HF	1,04	54 379	5,5	5,8	0,3
Helgelandssykehuset HF	1,16	60 451	5,1	4,5	-0,6
Nordlandssykehuset HF	1,21	62 986	-0,3	2,0	2,3
Universitets.huset i Nord-Norge HF	1,20	62 295	-0,7	2,2	2,8
Finnmarkssykehuset HF	1,42	73 962	5,1	4,5	-0,5

PRODUKTIVITETSUTVIKLING I SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE 2012-2016

Tabell 5: Kostnad per DRG-poeng uten pensjon 2016, endring 2015-2016 dekomponert i kostnads- og aktivitetseffekt.

Helseforetak	Kostnad per DRG-poeng uten pensjon 2016			Endring 2015-2016 dekomponert	
	Nivå (relativt)	Nivå (kr)	Pst. endr. 2015-16	Kostnads- endring	Aktivitets- endring
Helse Sør-Øst RHF	0,97	45 496	-2,3	0,2	2,6
Helse Vest RHF	0,95	44 346	-2,4	-0,8	1,7
Helse Midt-Norge RHF	1,03	48 122	0,2	1,1	0,9
Helse Nord RHF	1,23	57 623	-1,7	0,1	1,9
Totalt	1,00	46 732	-1,9	0,1	2,1
Sykehuset Østfold HF	0,99	46 428	-2,6	2,7	5,5
Akershus universitetssykehus HF	1,01	47 217	-3,2	0,5	3,9
Oslo universitetssykehus HF	1,11	52 059	-2,7	-0,8	1,9
Sunnaas sykehus HF	1,47	68 721	4,2	-1,2	-5,2
Sykehuset Innlandet HF	0,88	41 155	-1,2	0,6	1,8
Vestre Viken HF	0,84	39 394	-1,2	3,5	4,7
Sykehuset i Vestfold HF	0,86	39 971	1,1	1,3	0,2
Sykehuset i Telemark HF	0,93	43 619	-2,4	-2,3	0,1
Sørlandet sykehus HF	0,92	42 996	-4,2	-1,3	3,0
Diakonhjemmet Sykehus	1,04	48 659	-2,4	0,5	3,0
Lovisenberg Diakonale Sykehus	0,84	39 245	-5,0	0,3	5,6
Martina Hansens Hospital	0,70	32 629	-6,7	-5,6	1,2
Revmatismesykehuset	0,81	37 825	4,2	-0,6	-4,7
Betanien Hospital	0,67	31 329	-3,4	-4,5	-1,1
Helse Stavanger HF	0,93	43 623	0,0	0,9	0,9
Helse Fonna HF	0,94	43 979	-2,2	1,1	3,4
Helse Bergen HF	0,92	43 053	-4,4	-2,2	2,4
Helse Førde HF	1,15	53 688	1,2	-0,7	-1,8
Haraldsplass Diakonale Sykehus	0,93	43 331	-3,1	-0,5	2,7
Haugesund San.for. Rev.m.sykehus	1,16	54 038	-3,0	-8,9	-6,1
Helse Møre og Romsdal HF	0,98	45 742	0,7	-0,4	-1,2
St. Olavs Hospital HF	1,06	49 373	-1,1	1,2	2,4
Helse Nord-Trøndelag HF	1,04	48 697	3,5	3,8	0,3
Helgelandssykehuset HF	1,20	55 877	1,6	1,0	-0,6
Nordlandssykehuset HF	1,23	57 411	-2,8	-0,6	2,3
Universitets.huset i Nord-Norge HF	1,20	56 166	-2,7	0,1	2,8
Finnmarkssykehuset HF	1,44	67 240	1,5	0,9	-0,5



Datagrunnlag og definisjoner

Utvalg

Beregninger av kostnad per DRG-poeng og kostnad per liggedøgn i somatiske sykehus er eksklusive private sykehus, Oslo legevakt, Bergen legevakt og Betanien Bergen. Private avtaleinstitusjoner er inkludert. Se tabell 4 og 5 for oversikt over hvilke enheter som inngår.

Kostnader

Informasjon om kostnader er hentet fra driftsregnskapene som offentlige helseforetak og private institusjoner har rapportert til Statistisk Sentralbyrå for perioden 2012 – 2016. Se også analysenotat 17/17 fra Samdata om Kostnader i Spesialisthelsetjenesten for en nærmere beskrivelse.

Pensjonskostnader

Dette er kostnader som er ført på konto 541 i helseforetakenes kontoplan. Grunnet regnskapsført effekt av reduserte fremtidige pensjonsforpliktelser er regnskapsførte pensjonskostnader kunstig lavt i 2014. Samdata og SSB har derfor estimert pensjonskostnader for 2014 ved å ikke ta inn planendringen i kostnadsgrunnlaget.

Deflator

Se beskrivelse innledningsvis.

Avgrensning av kostnader til pasientbehandling

Ved beregning av kostnadsindikatorer avgrenses kostnadsgrunnlaget til kostnader som kan relateres til foretakets pasientbehandling, og hvor det rapporteres pasientdata i form av DRG-poeng, opphold eller polikliniske kontakter.

Kostnader som gjelder aktivitet utover pasientbehandling er tatt ut av kostnadsgrunnlaget for indikatorberegningene og innrapporterte regnskapstall er tilrettelagt spesielt for å ivareta dette hensynet. Tilretteleggingen er gjort med bakgrunn i spesifiseringer fra det enkelte foretak og består i å korrigere for kostnader knyttet til følgende:

- For somatisk sektor ekskluderes polikliniske episoder som ikke genererer ISF-refusjoner (radiologi- og laboratorievirksomhet). Kostnadene estimeres på grunnlag av regnskapsførte refusjoner fra Helfo og egenandeler.
- Forskning, utvikling og øvrige prosjekter. Kostnader til forskning estimeres i utgangspunktet ved hjelp av forskningskostnader rapportert til NIFU, men andre metoder kan også benyttes i samråd med helseforetakene.
- Kostnader knyttet til hjemmeadministrerte medikamenter (H-resept), som ikke registreres som aktivitet i pasientdata.
- Kostnader for administrasjon av behandlingshjelpemidler.

PRODUKTIVITETSUTVIKLING I SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE 2012-2016

- Kostnadsførte fakturaer for pasienter i opptaksområdet behandlet ved andre helseforetak, avtaleinstitusjoner eller private institusjoner.
- Driftstilskudd til enheter/virksomheter som ikke inngår i institusjonenes eller helseforetakets pasientdata som rapporteres til NPR. Herunder inngår tilskudd til kommunalt samarbeid og kommunale øyeblikkelighjelp-plasser og drift av nasjonale og regionale kompetansesenter.
- Pasientskadeerstatning.
- Salg av varer og tjenester².
- Utleie av bygningsmasse.

Ved beregning av kostnad per liggedøgn i somatisk sektor korrigeres kostnadsgrunnlaget ytterligere for kostnader knyttet til polikliniske episoder. Kostnader for poliklinisk aktivitet estimeres ved å benytte andel av samlede DRG-poeng som er fra poliklinikk og trekke denne andelen ut av samlede driftskostnader for DRG-aktiviteten.

Kostnadene det korrigeres for antas å være inklusive pensjonskostnader. Når det beregnes kostnader til pasientbehandling eksklusive pensjonskostnader så justeres også korreksjonsstørrelsene nevnt i kulepunktene over for pensjon.

Aktivitet

DRG-poeng benyttes som et aktivitetsmål justert for forventet ressurskrav i pasientbehandlingen. Ved beregning av kostnad per DRG-poeng benyttes sum av DRG-poeng fra pasientdata for både døgn- dag og polikliniske episoder. DRG-poeng fra døgn- og dagvirksomheten tar utgangspunkt i korrigerede DRG-vekter for alle opphold, inkludert opphold knyttet til ordningen "Raskere tilbake" og opphold for utenlandske pasienter. DRG-poengene for 2012 – 2016 er standardiserte for å være sammenlignbare gjennom perioden. Se analysenotat 02/17 fra Samdata om aktivitetsnivå i somatiske sykehus for nærmere beskrivelse.

Liggedøgn beregnes som et aktivitetsmål knyttet til dag- og døgnepisoder. Episoder hvor pasienten er skrevet ut og inn samme dag er gitt liggetid lik 0,5 døgn.

² Kostnadene er estimert ved salgsinntekter og andre inntekter som ikke gjelder pasientbehandling, samt salg av varer og tjenester til andre helseforetak.





Postadresse: Pb. 7000,

St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no