

# Styresak

---

Går til: Styremedlemmer  
Føretak: Helse Vest RHF  
Dato: 13.08.2009  
Sakhandsamarar: Gjertrud Jacobsen og Anne May Sønstabø  
Saka gjeld: **SAMDATA rapport og ECON rapport. Oppsummering av hovudkonklusjonar.**

**Arkivsak**  
2009/349/504  
**Styresak 086/09 O**

**Styremøte 02.09. 2009**

---

## Bakgrunn:

Det er i sommar lagt fram to ulike rapportar som seier noko om både ressursauken og veksten i behandling i spesialisthelsetenesta. Vi vil i denne saka gi ei oppsummering av hovudkonklusjonane i desse rapportane og også vise samanhangen inn mot Helse Vest sine egne presentasjonar av veksttal. Vi fokuserer i denne saka aller mest på SAMDATA rapporten, som er ein offisiell årleg rapport for helsesektoren, og som også er den mest omfattande rapporten.

## Kommentarar:

### 1. Oppsummering av SAMDATA (Nøkkeltal for spesialisthelsetenesta) rapport

#### 1.1. Innleiing

Samdatarapporten blir gitt ut av SINTEF ein gong i året på oppdrag av Helsedirektoratet. Føremålet er å utarbeide og publisere styringsinformasjon om ressursinnsats, bruk av spesialisthelsetenestene og utnytting av ressursane. Sjølve rapporten er på om lag 300 sider og inneheld i all hovudsak tabellar som viser tal for ulike fagområde og økonomiske nøkkeltal.

Sintef Helse har oppsummert hovudfunna i rapporten for 2008 slik:

- Svakare kostnadsvekst i spesialisthelsetenesta frå 2007 til 2008 enn tidlegare år
- Veksten i kostnadene for tenestemråda er i høve til ønska prioritering for rusbehandling, men berre eit av fire RHF-a innfrir kravet om større vekst innan det psykiske helsevernet enn for somatisk sektor frå 2007 til 2008
- Reduserte driftskostnader per korrigerede opphald (DRG-poeng)
- Det er framleis skilnad i dekningsgrad innan barne- og ungdomspsykiatri mellom regionane

I det følgjande er det fokusert på nokre utviklingstrekk i perioden 2003 - 2008. Alle figurar og tabellar er henta frå SAMDATA nøkkeltal for spesialisthelsetenesta 2008 rapport 1/09.

## 1.2. Utviklingstal i somatisk spesialisthelsetenesta 2003 – 2008

Hovudutviklinga i vår region for perioden 2003-2008 er at samla forbruk målt som DRG-poeng per 1000 innbyggjar innan somatikk auka fram til 2005 for deretter å flate ut. Befolkninga i regionen har framleis eit relativt lavt forbruk av somatiske helsetenester samanlikna med befolkninga i dei andre regionane.

Om dette er eit rimeleg trekk kan ein få eit bilete av ved å kopla kostnader opp mot *behov* i befolkninga. I rapporten har ein difor kopla dei observerte forskjellane i kostnader og forbruk opp mot ressursbehovsindeksane som er lagt fram i Magnussen-utvalet sitt forslag til inntektssystem.

Tabell 2.3 Avvik mellom kostnader per innbygger og estimert ressursbehov per innbygger basert på NOU 2008: 2. 2007 og 2008. Prosentpoeng. Helseregioner

	Somatisk sektor		Psykisk helsevern		Rusbehandling	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Helse Sør-Øst	2,3	1,4	0,9	1,4	10,3	7,8
Helse Vest	-3,4	-3,6	1,9	1,3	-4,5	-1,3
Helse Midt-Norge	-1,0	0,9	-8,9	-8,9	-25,5	-25,3
Helse Nord	-1,6	-2,1	4,0	2,9	-12,3	-5,1

Tala i tabellen over viser prosentavviket mellom det ein i følge Magnussen-utvalet meiner er behovet i befolkninga og dei faktiske kostnadene. Innanfor t.d. somatikk i 2008 ser vi at det er eit kostnadsnivå som er 3,6 % lågare enn behovet skulle tilseie. Denne tabellen illustrerer at det for Helse Vest er relativt godt samsvar mellom kostnadsnivå og relativt behov både for rusvern og psykiatri, mens det er eit avvik mellom kostnadsnivå og behov på somatikk der ein har lågare kostnadsnivå enn det behovet skulle tilseie.

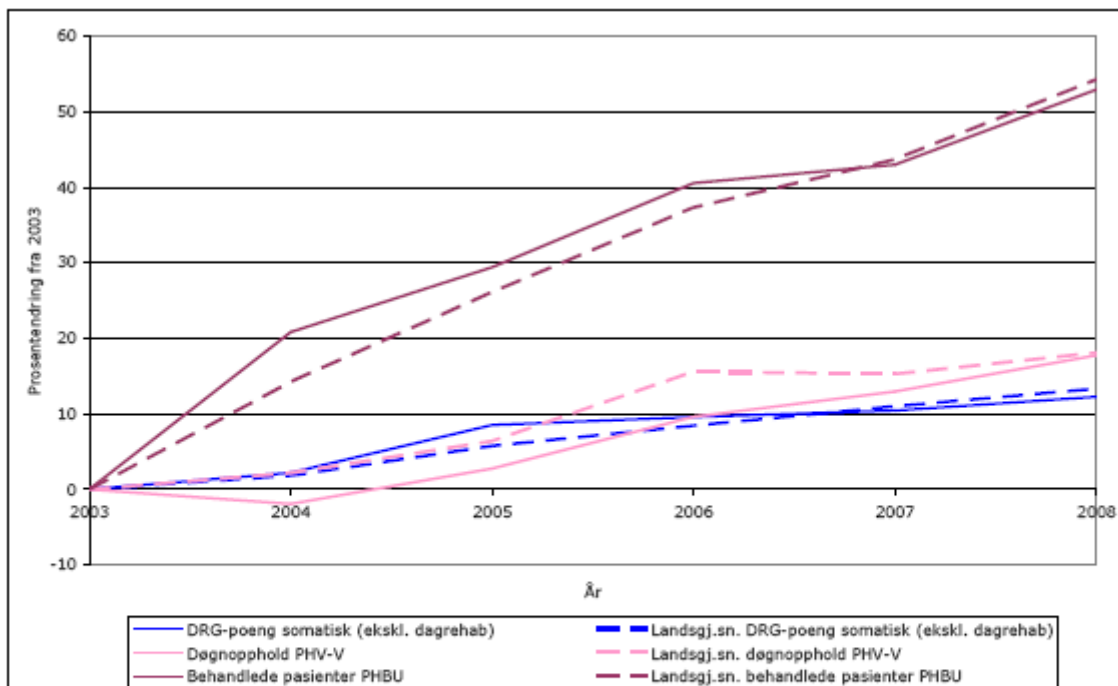
Totalt sett i 2008 har veksten innan dag- og døgnopphald i somatisk sektor nesten vore innanfor kravet som er stilt i Oppdragsdokumentet for 2008. For den polikliniske aktiviteten har veksten vore høgare.

## 1.3 Samanlikning av utviklinga i somatisk sektor og det psykiske helsevernet 2003 – 2008

Eit sentralt krav i oppdragsdokumenta frå Helse- og omsorgsdepartementet til dei regionale helseføretaka dei seinare år har vore at bruken av spesialisthelsetenester innan det psykiske helsevernet skulle auke meir enn innan somatisk sektor. På nasjonalt nivå syner indikatorane for bruk av tenester og tilgjengeleg kapasitet eit eintydig bilete. Veksten innan det psykiske helsevernet har vore større enn innan somatisk sektor gjennom perioden.

Figur 3.7 under viser aktivitetsutviklinga i helseregion Vest. Også her har den prosentvise auken i aktivitet vore markant større i det psykiske helsevernet for barn og unge (BUP) enn i det psykiske helsevernet elles og somatisk sektor, men ikkje så høg som i andre regionar. I tillegg må det peikast på at Helseregion Vest i utgangspunktet hadde ein langt lågare dekningsgrad (prosent av befolkninga 0- 17 år under behandling) enn dei andre regionane for BUP, og derfor framleis er den regionen med lågast dekningsgrad. I 2008 hadde Helse Vest ein dekningsgrad på 3,7 prosent. Gjennomsnitt for landet var på 4,8 prosent. Tilsvarende tal for 2007 var 3,5 og 4,5.

Det har og vore ein markant auke i kapasitet målt i form av fagårsverk innan psykisk helsevern for barn og unge.



Figur 3.7 Utvikling i antall DRG-poeng eksklusive dagrehabilitering, antall døgnopphold innen det psykiske helsevernet for voksne og antall behandlede pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge bosatt i helseregion Vest. Prosentendring fra 2003 til 2008

I psykisk helsevern for voksne ser ein noko mindre auke i talet på døgnopphald enn på landsbasis. Talet på døgnopphald per innbyggjar har tradisjonelt vore relativt høgt i vår region. Dette er ikkje tilfelle for poliklinisk behandling der helseregion Vest både i 2003 og 2008 hadde lågast behandlingsrate blant regionane. Saman med helseregion Sør-Øst har Vest også den lågaste auken i den polikliniske aktiviteten.

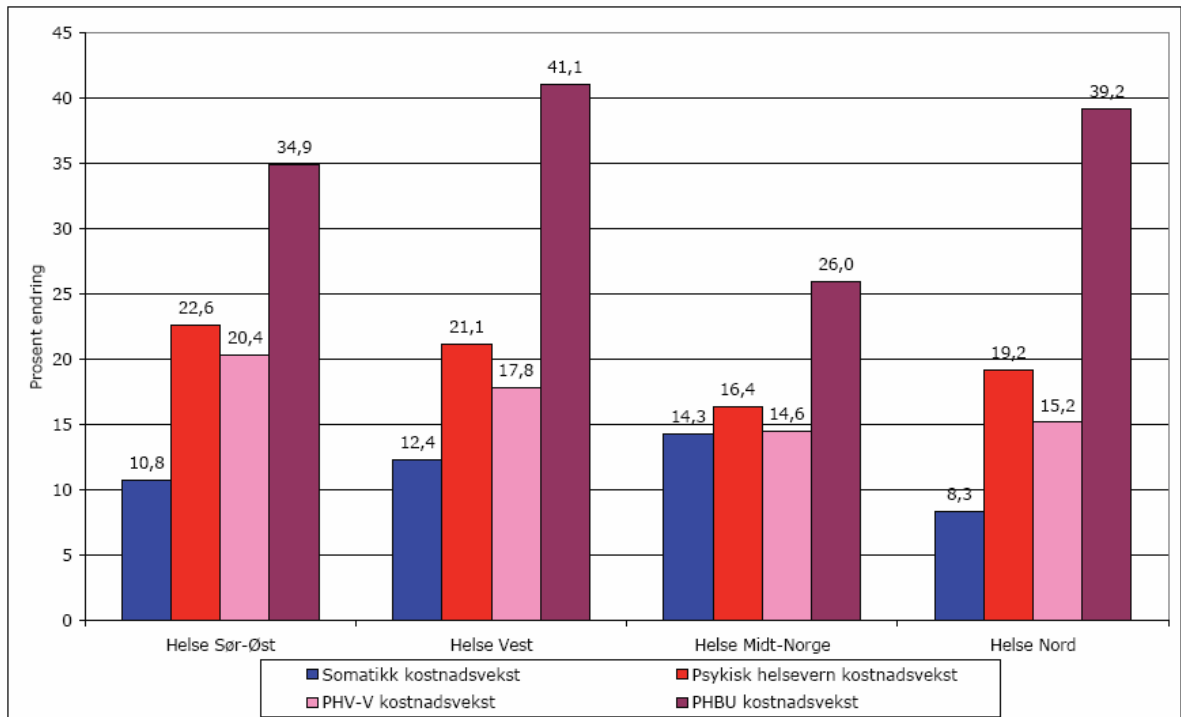
I somatisk sektor har region Vest hatt nokså lik utvikling av DRG-poengproduksjon som elles i landet. På rusvernområdet er det ingen aktivitetsdata. Rusvern blir difor berre omtala under avsnittet om kostnadsutvikling.

## 1.4 Kostnadsutvikling

Når det gjeld kostnadsvekst<sup>1</sup> i sektoren totalt går det fram av SAMDATA rapporten at totale kostnader per innbyggjar auka med 8,3 prosent i den siste femårsperioden. Det er då korrigert for nye oppgåver og prisvekst i sektoren. For Helse Vest isolert er den reelle kostnadsveksten per innbyggjar (kostnader korrigert for pris- og lønsvækst og nye oppgåver) for den siste femårsperioden på 8 prosent.

### 1.4.1 Kostnadsutvikling somatikk og psykiatri 2003 – 2008

<sup>1</sup> SINTEF held utanfor avskrivningar i sine berekningar med bakgrunn i at desse ikkje vart rapportert systematisk før 2005.



Figur 2.19 Vekst i kostnader somatisk sektor og psykisk helsevern. 2003-2008. Korrigert for nye oppgaver. Ressursinnsats til psykisk helsevern fordelt på PHV-V og PHBU. Faste 2008-kroner. Helseregioner

Figur 2.19 viser at kostnadsveksten i perioden -03 til -08 har vore betydeleg lågare i somatisk sektor i Helse Vest samanlikna med psykisk helsevern og ein oppfyller såleis på dette nivået styringskravet om større vekst i psykiatri enn i somatikk. Som det likevel går fram av hovudkonklusjonane i innleiinga er det frå 2007 til 2008 likevel berre eit RHF (Helse Sør-Øst) som innfrir kravet om større vekst innan psykiatri og rusvern enn innan somatikk.

#### 1.4.2 Kostnadsutvikling rusvern

Kostnader til tverrfagleg behandling av rusmiddelmissbrukarar i spesialisthelsetenesta auka med 8,8 prosent (justert for prisvekst) frå 2007 til 2008 på nasjonalt nivå. Alle regionane auka kostnadene frå 2007 til 2008, særleg i Helse Vest og Helse Nord. Dette blir illustrert i tabell 11.2 under.

Tabell 11.2 Totale driftskostnader per helseregion i 2007 og 2008, samt prosentvis endring. Millioner kroner i faste 2008-priser

RHF	2007	2008	Prosentvis endring
Helse Sør-Øst	1 549	1 645	6,2
Helse Vest	433	486	12,3
Helse Midt	232	250	8,1
Helse Nord	233	267	14,9
<b>Totalt</b>	<b>2 446</b>	<b>2 648</b>	<b>7,7</b>

Datakilde: SSB og SINTEF.

## 2. Hovudkonklusjonar i rapport frå Econ

Rapporten frå Econ er bestilt av Den norske legeförening, og har til hensikt å vurdere i kva for omfang spesialisthelsetenesta reelt sett er tilført auka ressursar over statsbudsjettet. Dersom ein ser på dei reine løyvingane til helseføretaka, så er desse nær dubla frå 2002 til 2009. I rapporten frå Econ ser ein på kva for korrigerande element som må trekkast ifrå for å finna den reelle veksten i løyvingane. Det er i

hovudsak tre forhold som det må korrigerast for; nye oppgåver, oppgang i pensjonskostnadene og løns- og prisvekst. Når ein korrigerer for dette finn Econ at løyvingane reelt sett har auka med kr 3,5 til 5,5 mrd. Dette vil igjen seie at auken i løyvingane isolert sett gir rom for ein aktivitetsauke på om lag 0,75 til 1,25 prosent i gjennomsnitt pr. år i perioden.

Tala som er presenterte i Econ rapporten er samla tal for heile landet, og det er ikkje gjort forsøk på å skilje regionane frå kvarandre i analysen.

### **3. Oppsummering**

Sjølv om utgangspunktet til desse rapportane er ulikt, ser vi likevel at det er samsvar i konklusjonane i rapportane. Hovudbiletet er at spesialisthelsetenesta har blitt tilført betydelege ressursar frå reformstart til 2008, men at dette biletet må korrigerast for nye oppgåver, auka pensjonskostnader og løns- og prisvekst. Gjer ein dette ser ein at veksten i løyvingane til sektoren er lågare enn den tilsvarande veksten i produksjonen. Konklusjonen er difor at det har skjedd ei ikkje ubetydeleg effektivisering i sektoren etter reformstart og at fleire pasientar får behandling. Dette forholdet har administrasjonen også gjort greie for i Styresak 052/09.

#### **Forslag til vedtak:**

Styret tar saka til orientering.

Vedlegg:

SINTEF rapport – SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008