

[www.pwc.no](http://www.pwc.no)

# *Helse Vest RHF*

## Legefordeling i Helse Vest 28. februar 2011



---

# ***Innhold***

## 1. Innledning

Bakgrunn, problemstilling, avgrensninger, tilnærming, samt gjennomført datafangst

## 2. Presentasjon av anvendt data

Fremstilling av siste års utvikling

## 3. Oppdaterte analyser

Fordeling av leger i Helse Vest

## 4. Oppsummering og konklusjoner

Samlet vurdering og øvrige observasjoner

---

# *Innledning*

## Om prosjektet



---

## ***Bakgrunn***

Helse Vest RHF fordeler hvert år nye legestillinger til helseforetakene som følge av tildeling fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennom Oppdragsdokumentet. Helse Vest RHF gjorde i 2008 en gjennomgang av fordelingen av legestillingene i regionene. Her ble det vurdert hvorvidt inntektsfordelingsmodellen ville være et egnet grunnlag også for fordeling av legehjemler i Helse Vest.

Konklusjonen var at inntektsfordelingsmodellen i hovedsak ga et godt uttrykk for hvordan legehjemlene burde fordeles innad i foretaksgruppen. Rapporten fra 2008 ble lagt til grunn for videre tildeling av hjemler.

Helse Vest RHF ønsker gjennom oppdatering av tidligere rapport og analyser kartlegge virkninger og effekter av de implementerte endringer i modell for fordeling av legehjemler i regionen.

Inntektsfordelingsmodellen er senere oppdatert og Helse Vest ønsker en oppdatert analyse både for å se om tildelinger fra 2008 har virket utjevnende, og hvordan endringer i inntektsfordelingsmodellen slår ut for legefordingen.

---

# ***Problemstilling***

I periode 2008 til 2011 har inntekstfordelingsmodellen (IFM) blir justert. Analysen gjennomført i denne sluttrapporten vil ta hensyn til justeringene i IFM. Målsetningen med analysen vil derfor være å besvare to hovedspørsmål:

- 1) Har fordelingen av legehjemler etter 2008 (dvs 2008-2010) vært i samsvar med anbefalingene gitt i analysen fra sluttrapporten fra 2008?***
- 2) Vurdere dagens legefording basert på oppdatert inntekstfordelingsmodell som grunnlag for videre tildeling av hjemler.***

Det er videre ønskelig at denne analysen reflekterer over om inntekstfordelingsmodellens kriterier fremdeles vil bli sett på som et godt modellmessig grunnlag for framtidig hjemmelsfordeling, eller om det er behov for modifiseringer.

---

# *Avgrensinger*

Denne rapporten er utarbeidet på bakgrunn av de forutsetninger og avgrensinger gjort i tidligere rapport (mai 2008), og basert på basert på følgende avgrensninger:

- Prosjektet har ikke hatt referansegruppe gjennom arbeidet, men har forholdt seg til det enkelte foretaks HR-ansvarlig for datainnsamling og kvalitetssikring
- Primærdatakilde for analysen har vært Helsedirektoratets NR base og HF'enes egenrapporterte tall (egen mal utarbeidet i denne analysen)
- Faktiske årsverk er basert på HF'enes egenrapportering, samt hentet fra den regionale HR kuben
- Analysen er avgrenset for å besvare de to hovedspørsmålene

---

# *Tilnærming*

Arbeidet med analysen gjennomført på følgende måte:

- Helse Vest RHF varslet i et notat det enkelte helseforetak slik at de kunne være forberedt
- Avstemming av forventning sammen med Helse Vest RHF i forhold til målsetning, leveranse og tilnærming
- Det ble utarbeidet en egen mal for datainnsamlingen som ble sendt kontaktpersonene i det enkelte HF
- Data ble også innhentet fra andre kilder, som NR-basen, regional HR kube og aktivitetskube, samt dokumentasjon på inntektsfordelingsmodellen
- Oppfølging med det enkelte HF for å avstemme og kvalitetssikre data
- Sammenstilling og analyser av innsamlede data for å svare til oppgavens målsetning
- Sammenfatning av analyseresultater og utarbeidelse av sluttrapport

---

## ***Gjennomført datafangst***

Følgende personer har bidratt til datainnsamling og utarbeidelse av denne sluttrapporten.

### **Helse Vest RHF**

- Ingvill Skogseth og Hans Stenby
- Anne May Sønstabø, Rune Rasmussen og Torleiv Bergland

### **Helse Bergen**

- Trond Søreide

### **Helse Stavanger**

- Maiken Jonassen

### **Helse Fonna**

- Helga Onarheim

### **Helse Førde**

- Mai-Liss Larsen

### **Helse Vest IKT**

- Lisa Eriksen

### **HDIR**

- Inger E. Østraat
- Carl H. Samuelsen

### **PwC**

- Svein Tore Svendsen, Barry Kr Ellingsen og Bjørn Hesthamar



---

## *Sammendrag*

Helse Vest har i perioden 2008 til 2010 tildelt i alt 103 legehjemler i regionen. Antall legehjemler for 2010 teller 2024,7 totalt basert på samlet stillingsbrøk for HF'ene, private ideelle institusjoner, og avtalespesialister i regionen.

Vurdering av hvorvidt inntektsfordelingsmodellen (IFM) har vært, og er et godt grunnlag for fordeling av legestillinger i Helse Vest impliserer flere forhold. Det er gjennom våre analyser lagt til grunn at dagens fordeling av hjemler gjenspeiler et behov basert på både belastning gjennom aktivitet, og funksjonsinndeling av spesifikke fag- og tjenestetilbud.

Hvis man legger til grunn en gjenfordeling av samtlige hjemler i regionen ved bruk av IFM, vil man få en ujevn fordeling av hjemlene sett i forhold til dagens fordeling.

Analyser viser samtidig at man for perioden 2008-2010 utjevner denne skjevheten relativt ved bruk av IFM ved *tildeling* av nye hjemler. IFM vurderes fremdeles som beste alternativ til modell for tildeling av fremtidige hjemler mellom opptaksområdene basert på at den ivaretar de samlede konsekvensene av behov, struktur, funksjonsspesifikke kostnader og aktivitet.

---

# *Presentasjon av anvendt data*

Fremstilling av siste års utvikling



# Legestillinger i Helse Vest – 2007

(fra rapport legefordeling mai 2008)

Bostedsområde	2007								
	Årsverk, heltidsekvivalenter								
	NR-basen	Hjemlede stillinger	Ansatte - Faktiske årsverk	U hjemlede stillinger	Turnusstillinger	Innleie	HF finansiert forskning	Regionale/ nasjonale kompetansesentra	Regionale og nasjonale tjenestetilbud
Helse Vest HF	1625,1	1659,7	1565,4	50,5	144,0	21,4	48,0	10,0	58,0
Private institusjoner Helse Vest	124,0	126,6	118,8	3,0	4,0	3,3	0,3	0,0	0,0
Private avtalespes. Helse Vest	135,6	135,6	135,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sum Helse Vest	1911,1**	1921,8	1819,7	53,5	148,0	24,7	48,3	10,0	58,0
Helse Bergen HF	799,9	812,2	769,4	8,0	40,0	2,5	31,5	9,2	42,5
Private institusjoner Bergen	98,5	101,1	98,0	3,0	4,0	1,9	0,3		
Private avtalespes. Bergen	73,9	73,9	73,9						
Sum Bergen	972,2	987,2	941,3	11,0	44,0	4,4	31,8	9,2	42,5
Helse Fonna HF	220,7	223,7	189,2		36,0	8,2	2,7		
Private institusjoner Fonna	14,5	14,5	11,5			0,4			
Private avtalespesialister Fonna	20,8	20,8	20,8						
Sum Fonna	256,0	259,0	221,5	0,0	36,0	8,6	2,7	0,0	0,0
Helse Førde HF	192,3	192,3	153,1		39,0	6,7	1,0		1,5
Private institusjoner Førde	0,0	0,0	0,0						
Private avtalespesialister Førde	5,4	5,4	5,4						
Sum Førde	197,7	197,7	158,5	0,0	39,0	6,7	1,0	0,0	1,5
Helse Stavanger HF	412,3	431,5	453,7	42,5	29,0	4,0	12,8	0,8	14,0
Private institusjoner Stavanger	11,0	11,0	9,3			1,0			
Private avtalespes. Stavanger	35,4	35,4	35,4						
Sum Stavanger	458,7	477,9	498,4	42,5	29,0	5,0	12,8	0,8	14,0

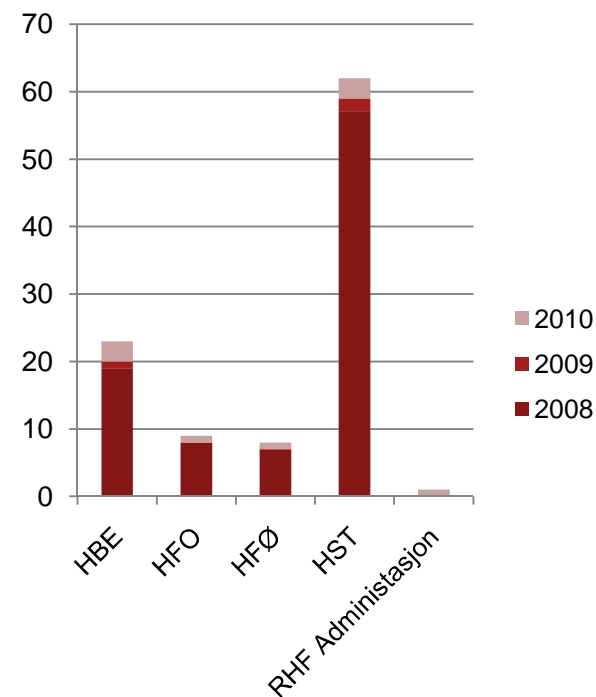
\*Leger ansatt hos private kommersielle institusjoner med kontrakt med RHF er ikke inkludert. Dataene har ikke latt seg innhente som del av dette prosjektet.

\*\*Noen hjemler i NR-basen er ikke registrert som fordelt mellom helseforetakene

# Tildeling av legestillinger i Helse Vest

I perioden 2008 til 2010 har Helse Vest delt ut i alt 103 legestillinger. Her vist pr opptaksområde.

HF-område	Institusjonsnavn	2008	2009	2010	Total
HBE	Haraldsplass Diagonale sykehus HF	2	1		3
	Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus HF (HUS)	16		3	19
	Hospitalet Betanien	1			1
HFO	Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus	1			1
	Helse Fonna, Haugesund sjukehus HF	5		1	6
	Helse Fonna, Stord sjukehus HF	2			2
HFØ	Helse Førde, Førde sentralsjukehus HF	6		1	7
	Helse Førde, Psykisk helsevern HF	1			1
HST	Helse Stavanger HF	4,5		1	5,5
	Helse Stavanger HF, Rogaland Psykiatriske sykehus HF	3		2	5
	Helse Stavanger HF, Sentralsjukehuset i Rogaland HF	49,5	2		51,5
RHF	Helse Vest RHF			1	1
<b>Grand Total</b>		<b>91</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>103</b>

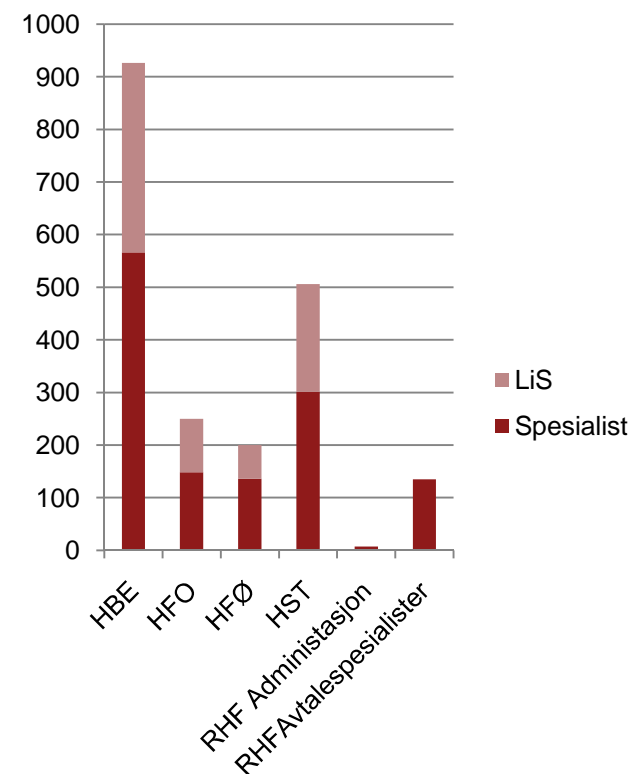


# Status legestillinger i Helse Vest - 2010

Oversikt fra NR-basen viser at det i 2010 er i alt 2024,7 Legespesialister og LiS i Helse Vest, her vist per opptaksområde.

Sum of Stillingsbrøk		Stillingsbetegnelse		
HF-område	Fag	LiS	Spesialist	Totalt
HBE	Psykiatri	56	90,4	146,4
	Somatikk	300,5	473	773,5
	(blank)	4	2,5	6,5
HFO	Psykiatri	23	26,9	49,9
	Somatikk	79	119	198
	(blank)		2,3	2,3
HFØ	Psykiatri	12	21	33
	Somatikk	52	113,3	165,3
	(blank)		2	2
HST	Psykiatri	46,5	49,5	96
	Somatikk	154	250,25	404,25
	(blank)	4	1,5	5,5
RHF Administrasjon*	Somatikk		6	6
	(blank)		1	1
RHFAvtalespesialister	Psykiatri		28,33	28,33
	Somatikk		106,75	106,75
<b>Totalt</b>		<b>731</b>	<b>1293,73</b>	<b>2024,73</b>

\* 1 ubenyttet, og 6 forbeholdt Forsvaret (se forklaring side 31)

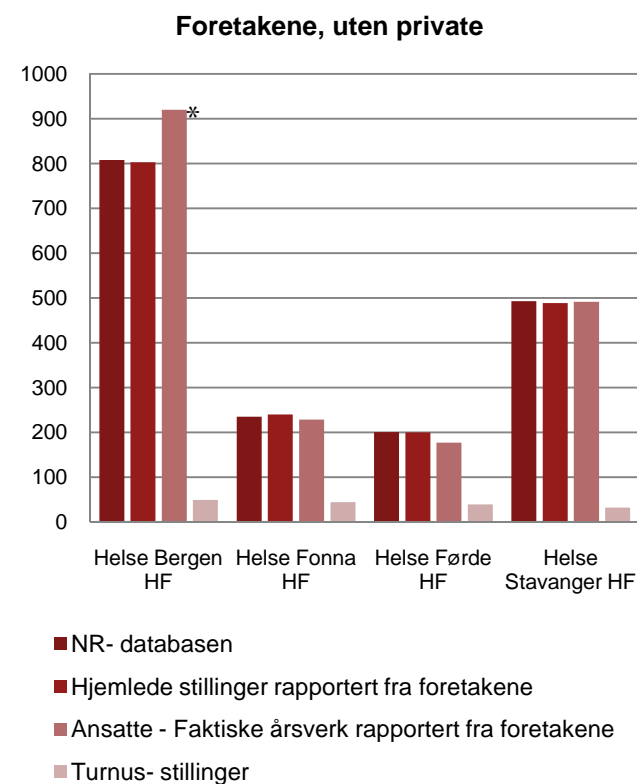


# Antall leger rapportert pr foretak

Leger rapportert fra foretakene i Helse Vest varierer noe basert på hvilke kilder og systemer foretakene har hatt tilgjengelige. Oppstillingen under er basert på ulike kriterier, og derfor i ulik grad egnet for sammenstilling mot NR-data.

Bostedsområde	NR-databasen	Hjemlede stillinger, rapportert fra foretakene	Ansatte - Faktiske årsverk rapportert fra foretakene	Turnusstillinger
<b>Helse Vest Totalt</b>	<b>2024,7</b>	<b>2014,0</b>	<b>1815,5</b>	<b>163,8</b>
Helse Vest RHF				
Helse Vest RHF Administrasjon	7,0	1,0		
Avtalespesialister Helse Vest	135,1			
<b>Bergen Totalt</b>	<b>1001,6</b>	<b>996,6</b>		
Helse Bergen HF	807,9	802,9	919,9*	48,8
Private Bergen	118,6	118,6		
Avtalespesialister Bergen	75,2	75,2		
<b>Fonna Totalt</b>	<b>269,9</b>	<b>275,2</b>		
Helse Fonna HF	234,7	240,0	228,0	44,0
Private Fonna	15,5	15,5		
Avtalespesialister Fonna	19,7	19,7		
<b>Førde Totalt</b>	<b>205,7</b>	<b>204,9</b>		
Helse Førde HF	200,3	199,5	176,9	39,0
Private Førde	0,0	0,0		
Avtalespesialister Førde	5,4	5,4		
<b>Stvanger Totalt</b>	<b>540,9</b>	<b>536,4</b>		
Helse Stavanger HF	492,8	488,3	490,8	32,0
Private Stavanger	13,0	13,0		
Avtalespesialister Stavanger	35,1	35,1		

\*brutto årsverk



---

# *Analyse*

## Fordeling av leger i Helse Vest

Det videre vil i hovedsak omfatte elementer som påvirker/påvirkes av inntektsfordelingsmodellen (IFM) som grunnlag for fordeling av legehjemler i Helse Vest.



---

# *Inntektsfordelingsmodellen*

Inntektsfordelingsmodellen (IFM) har siden 2008 vært revidert med hensyn til tildelinger basert på kostnadsstruktur. Innføringen av kostnadsindeksen\* i 2009 medfører en lavere tildeling til det HF'et som har lavest kostnad pr. DRG poeng. Det foretak med lavest kostnad pr DRG danner samtidig referansepunktet som de øvrige ”kompenseres” i forhold til. Dette skal justere for både objektive/strukturelle forhold, organisering og funksjonsspesifikke oppgaver.

Modellens intensjon er at man ved bruk av IFM 's logikk til fordeling av legehjemler tar høyde for både funksjonsfordeling og objektive karaktertrekk knyttet til drift av HF-ene i deres respektive opptaksområder.

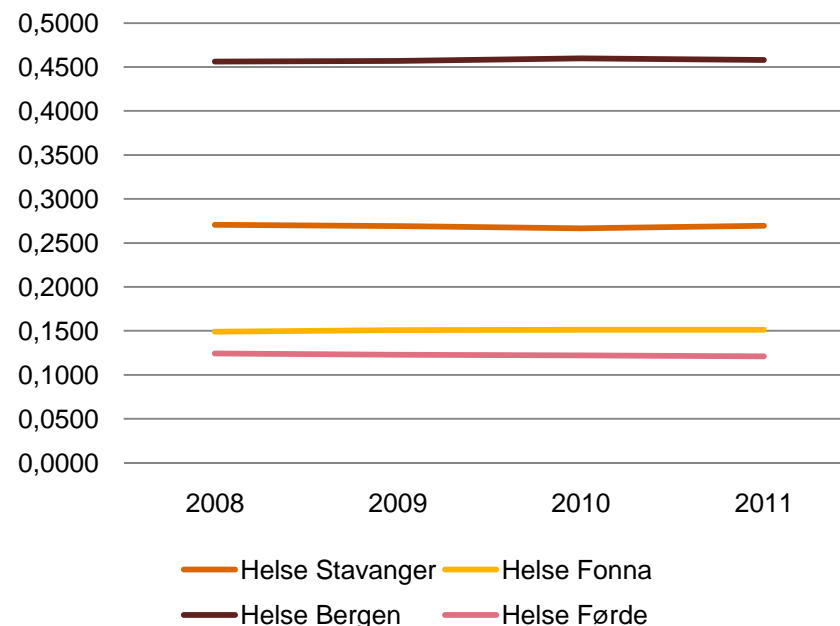
Dette betyr at IFM tar hensyn til både eksterne og interne faktorer. Pr i dag anses dette som det beste tilgjengelige alternativet for den samlede ressurstildelingen, herunder også legehjemler. En skal samtidig ha i mente at det kan være utfordringer knyttet til å måle de delene av (mangel på) kostnadseffektivitet som skyldes ineffektiv drift, og at en ikke straffer de mest kostnadseffektive HF-ene gjennom overkompensasjon, mellom HF-ene, verken når det gjelder budsjettmidler eller legehjemler. Dette forutsetter evne til å dekomponere kostnader pr DRG-poeng, slik at en kan isolere de årsakene som knyttes til ineffektivitet i drift fra mer ”objektive forhold”.



# Bruk av inntektsfordelingsmodellen

## Utvikling relative andel IFM:

Siste års utvikling av inntektsfordelingsmodellen viser at det har vært en svak nedgang i de relative tildelingene for Helse Stavanger, og marginalt for Helse Førde og Helse Fonna. For Helse Bergen er den relative tildelingen gått tilsvarende opp. Denne trenden er snudd gjennom IFM for 2011 når det gjelder Helse Bergen, Helse Stavanger, og Helse Fonna. Helse Førde har en relativ nedgang i IFM gjennom hele perioden.



Det legges til grunn for analyser av tildelingen av legehjemler at denne utviklingen er et resultat av at samtlige variabler som inngår i IFM er oppdatert og viser den reelle behovsutviklingen for regionen.

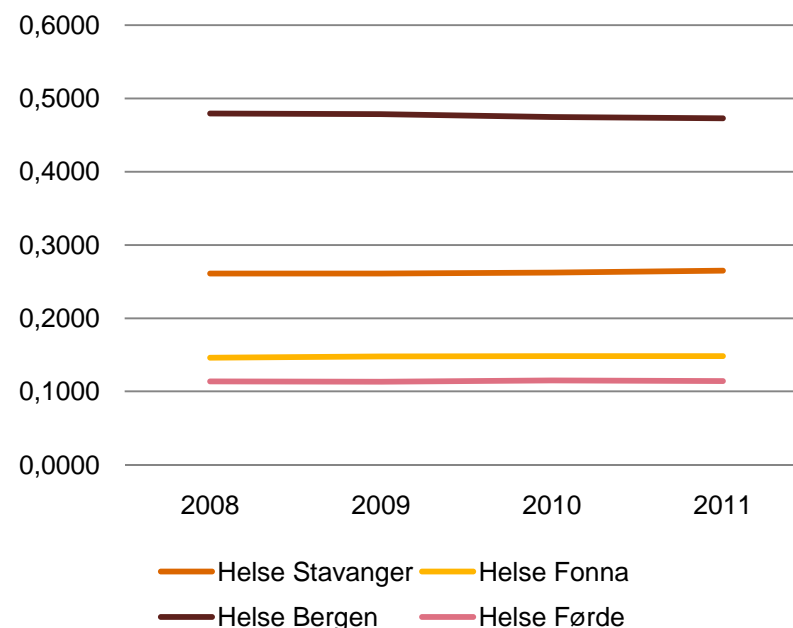
Utvikling IFM	2008	2009	2010	2011
Helse Stavanger	0,2707	0,2693	0,2665	0,2695
Helse Fonna	0,1490	0,1510	0,1513	0,1513
Helse Bergen	0,4561	0,4571	0,4600	0,4581
Helse Førde	0,1242	0,1227	0,1223	0,1212

# Bruk av inntektsfordelingsmodellen – inklusiv tilskudd til private

## Utvikling relative andel IFM:

Ser man på tildelinger i forhold til IFM for foretaksområdene, inklusiv private, jevnes trenden noe ut i forhold til foretaksområdene. Bergen går svakt tilbake (relativt ca 1%), mens Stavanger har en relativ økning på 0,5%). Fonna og Førde er forholdsvis uendret.

Med henblikk til bruk av IFM for tildelinger av legehjemler i samme periode kan det derfor synes som tildelinger gradvis vil jevne ut tidligere identifiserte skjevfordelinger basert på opptaksområde, da med relativt vekt med bruk av private.



Utvikling IFM	2008	2009	2010	2011
Stavanger	0,2608	0,2608	0,2622	0,2647
Fonna	0,1461	0,1476	0,1484	0,1484
Bergen	0,4793	0,4783	0,4744	0,4730
Førde	0,1139	0,1133	0,1150	0,1140

# Analyse – tildeling i perioden

## Fordeling i perioden basert på opptaksområde.

Med unntak av 2008, som anses som et år for korreksjoner av tidligere identifiserte skjevfordelinger, har det relativt sett vært få tildelinger i perioden. Sammenligningen er vanskelig for 2009, siden det kun var tildelt 3 hjemler, men for 2010 viser faktiske tildelinger å ha vært relativt i samsvar med tildelinger basert på bruk av inntektsfordelingsmodellen.

HF-område	2008		2009		2010	
	Tildelt Faktisk	Tildelt v bruk av IFM*	Tildelt Faktisk	Tildelt v bruk av IFM*	Tildelt Faktisk	Tildelt v bruk av IFM*
HST	57	43,5	2	1,4	3	2,5
HFO	8	11,8	0	0,4	1	1,2
HBE	19	10,3	1	0,3	3	4,3
HFØ	7	25,4	0	0,8	1	1,0
RHF Administrasjon	0	0,0	0		1	0,0
<b>Grand Total</b>	<b>91</b>	<b>91</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>9</b>

Analysen viser at tildelinger over perioden har virket utjevne i forhold til inntektsfordelingsmodellens fordeling i 2008, men at det fremdeles er skjevfordelinger mellom foretaksområdene basert på oppdatert inntektsfordelingsmodell.

# Effekter ved bruk av inntektsfordelingsmodellen

For å illustrere effekten ved bruk av IFM til fordeling, og dens endringer, har man sammenstilt dette basert på fordeling av de 2018 legehjemler for 2010.

Dagens fordeling sees opp mot fordeling av 2018 hjemlene basert på IFM for 2010, målt opp mot fordelingen av 2018 hjemlene gitt bruk av IFM for 2011.

Fordeling av hjemler 2011					
2018 hjemler	Faktisk fordeling 2010	Fordeling av hjemler 2010 ved bruk av IFM 2010	Avvik	Fordeling av hjemler 2010, ved bruk av IFM 2011	Avvik
Stavanger	540,85	529,16	-11,69	534,07	-6,78
Fonna	269,85	299,45	29,60	299,39	29,54
Bergen	1001,56	957,37	-44,19	954,46	-47,10
Førde	205,74	232,02	26,28	230,08	24,34

Tabellen viser at man *før* tildeling i 2011 har et endret behov mellom foretaksområdene basert på IFM. Stavanger går fra 12 relativt for mange hjemler, til 7. Fonna er relativt uforandret. Bergen går fra 44 relativt for mange stillinger, til 47. Mens Førde går fra å mangle 26 til 24 relativt stillinger.

# Effekter ved bruk av ulike fordelingsnøkler

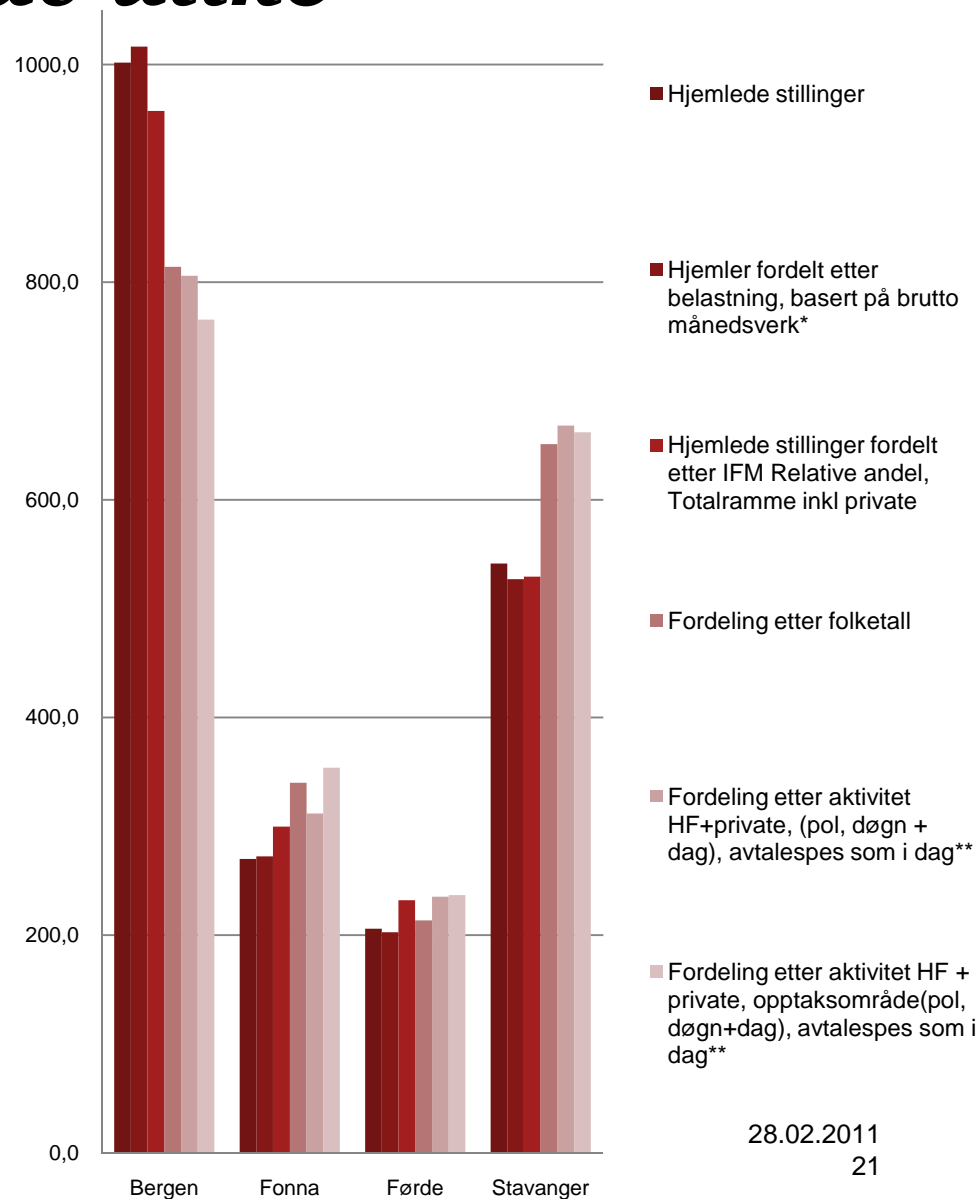
Figuren illustrerer effekter ved fordeling av de ulike kriteriene gjennomgått i analysen. 2018 hjemler (7 holdt utenfor) for 2010, fordelt over opptaksområde.

Det synes fremdeles å være en skjevfordeling innen regionen basert på dagens fordeling av hjemler.

Inntektsfordelingsmodellen synes likevel å fremdeles gi det et godt anslag for fremtidig tildeling relativt mellom opptaksområdene basert på at den ivaretar de samlede konsekvensene av behov, struktur, funksjonsspesifikke kostnader og aktivitet.

\* Bto månedsverk for HF'ene. Private og avtalespes fordelt som i dag

\*\* aktivitet for avtalespesialister ikke inkludert, men hjemler fordelt som i dag. (135 hjemler)

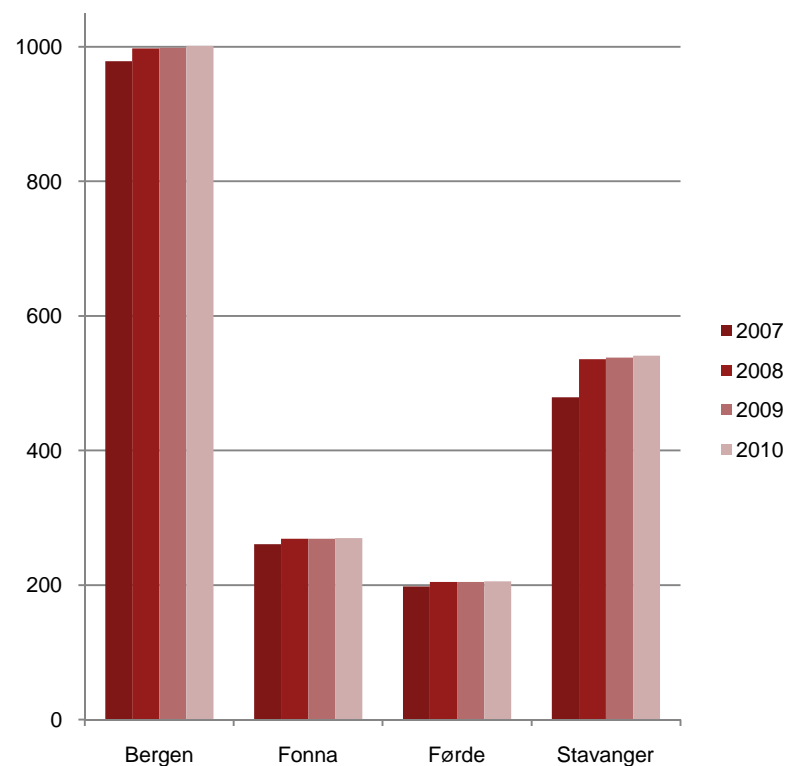


# Effekter av tildelinger

For å illustrere hvor vidt siste års tildeling har bidratt til å jevne ut tidligere identifisert skjevfordeling er det vurdert faktiske hjemler registrert i NR-basen. Figuren under illustrerer siste års utvikling i antall hjemler, basert på opptaksområde.

Figuren til høyre viser at både Bergen og Stavanger har økt gjennom perioden, mens Fonna og Førde har hatt en marginal økning.

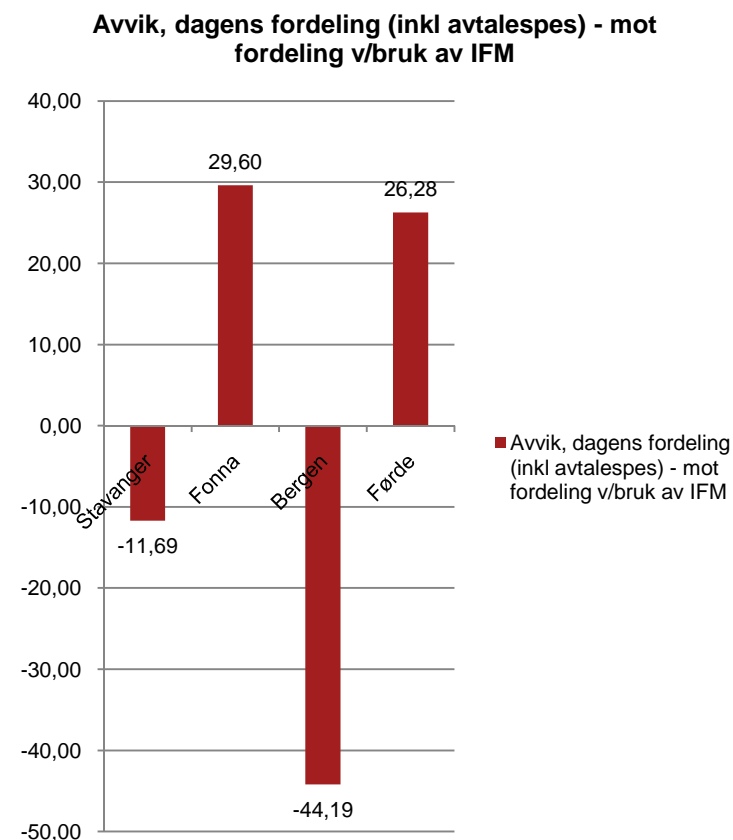
Ytterligere analyser viser at dette, målt opp mot avvik i forhold til fordeling ved bruk av IFM for tilsvarende perioder, antyder at den relative "skjevfordelingen" gradvis vil jevnes ut over tid, men vil endre seg i tråd med utviklingen i IFM.



# Effekter av tildelinger

Figurene under illustrerer det relative behovet teoretisk sett ved bruk av IFM som til grunnlag for fordeling av legehjemler for 2010.

Målt mot dagens fordeling, er avviket mot en "re-fordeling" ved bruk av IFM skjevfordelt med hensyn til Fonna og Førde. Bergen og Stavanger har da relativt sett for mange stillinger.



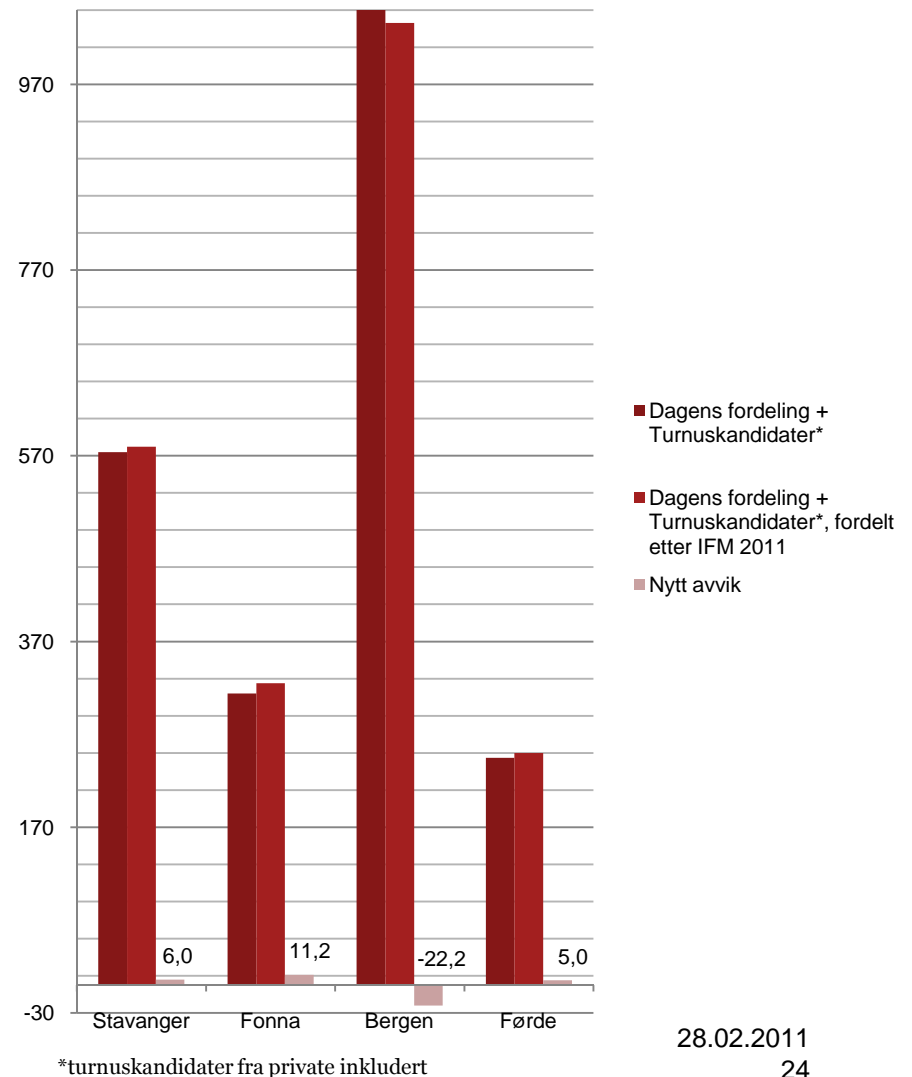
\*basert på foretakene, avtalespesialister og private fordelt som i dag 28.02.2011

# Effekt av tildeling – inkl turnuskandidater

Rapporterte tall fra foretakene viser ulikt forhold mellom spesialiststillinger og turnusstillinger i foretakene.

Det er grunn til å tro at turnusleger til en viss grad anvendes ulikt i mellom foretakene, og det er derfor gjort en oppstilling av hvordan *totalfordelingen* for både turnusleger og spesialister i regionen gir utslag.

Figuren til høyre viser at skjevfordelingen fra forrige oversikt i stor grad kompenseres for ved bruk av turnusleger. Legger man totalantallet til grunn har Bergen da 22 stillinger for mye. Fonna har 11 for lite, Stavanger mangler 6, og Førde mangler ca 5.





---

# *Oppsummering og konklusjoner*

## Samlet vurdering



---

# *Samlet vurdering - elementer*

Analyseresultatene i dette arbeidet gir et tilstrekkelig grunnlag for å gi svar på de spørsmål som ble stilt i problemstillingen innledningsvis.

**Spørsmål 1:** Har fordelingen av legehjemler etter 2008 (dvs 2008-2010) vært i samsvar med anbefalingene gitt i analysen fra sluttrapporten fra 2008?

**Tilsvar:** Analyseresultatene viser at tildelinger av legehjemler etter 2008 har vært i samsvar med anbefalingene i analysen fra 2008. For 2009 og 2010 er tildelingene relativt sett for lave for vurdering. Det har samtidig vært en utvikling av IFM over perioden, som gir utslag i form av skjevfordelinger av legestillinger mellom foretakene.

**Vurdering:** Man vurderer at inntektsfordelingsmodellens kriterier blir sett på som det beste modellmessige grunnlag for tildeling av legehjemler. Vi ser at det fremdeles er en skjevfordeling innen regionen basert på dagens fordeling av hjemler, men inntektsfordelingsmodellen syntes å være et godt anslag for fordeling av tildelte fremtidige hjemler ut fra at konsekvenser i forhold til behov, struktur, befolkning og funksjonsspesifikke forhold blir ivaretatt.

---

# *Samlet vurdering - elementer*

**Spørsmål 2:** Vurdere dagens legefordeling basert på oppdatert inntektsfordelingsmodell som grunnlag for videre tildeling av hjemler.

**Tilsvar:** Analyser viser at det fremdeles synes å være en skjevfordeling av legehjemler mellom regionene basert på fordeling gitt ved inntektsfordelingsmodellen. Det legges til grunn at IFM er beste modellgrunnlag for tildeling av hjemler, og anbefales derfor at man i tildelingen gjennom 2011 gjennomfører en fordeling basert på samlet vurdering av skjevfordeling basert på IFM, og tildeling for lukking av til dels historisk betinget skjevfordeling.

**Vurdering:** Analyseresultatene viser at det har vært en utvikling i både aktivitet og belastning for samtlige foretak som tilsier en økt tildeling av hjemler. Samtidig har utvikling i IFM over perioden relativt sett endret noe på den teoretiske fordelingen av legehjemler i regionen. Samlet sett, vil det fremdeles være behov for å jevne ut skjevfordeling mellom opptaksområdene basert på IFM, og det må gjennom tildelingen av legehjemler for 2011 vurderes hvor "hurtig" man ønsker å korrigere for historiske forhold.

---

© 2010 PricewaterhouseCoopers. All rights reserved.  
“PricewaterhouseCoopers” refers to the network of member firms of  
PricewaterhouseCoopers International Limited, each of which is a  
separate and independent legal entity.

---

# ***Vedlegg til innledning og sammenstilling***

---

# ***Forbehold og kildebruk***

## **Antall hjemler – forsinkelser i både rapportering og registrering**

Det er meldt tilbake fra både H-Dir og foretakene at bruken av statistikker basert på NR-basen (Nasjonalt Register) kan fremkomme unøyaktig. Dette grunnet 1) forsinkelser i innrapportering av hjemler, og 2) forsinkelser i registrering av innrapporterte data i NR-basen. Man legger likevel til grunn i de videre analyser at informasjon innhentet gjennom utvidet uttrekk fra NR-basen er beste grunnlag for fremstilling av antall legehjemler i Helse Vest. Registrering av ”ubesatte” stillinger er ikke oppdatert for 2010, og er derfor ikke behandlet i det følgende.

## **Antall årsverk – ulik rapportering fra foretakene**

Foretakene har i de rapporterte tallene lagt forskjellige kriterier til grunn for antall årsverk. Dette grunnet ulike systemer og ulik mulighet for datafangst. Det er derfor kun i begrenset grad man kan anvende verdien ”antall årsverk” på kryss av foretakene. Dette har påvirket arbeidet med det utfall at man ikke kan vurdere antall hjemler opp mot det faktiske behovet i Bergensregionen. Analyser er basert på antall hjemler fordelt – og siste års tildeling gjennom bruk av IFM. Enkelte av foretakene har heller ikke klart å fremskaffe omfang for innleie, og samlet belastning/utnyttelse av besatte legehjemler vil holdes utenfor i de videre analyser. Andelen innleie anses som å være av lav betydning.

---

# ***Forbehold og kildebruk forts..***

## **Funksjonsinndeling**

Helse Bergen har ikke hatt anledning å rapportere på antall årsverk besatt i forskningsbaserte stillinger for perioden, og analysen har derfor lagt til grunn den funksjonsinndelingen som den kommer til uttrykk gjennom funksjonsspesifikke stillinger, og gjennom inntektsfordelingsmodellens kostnadskomponent i de videre vurderinger av inntektsfordelingsmodellen som grunnlag for fordeling av legehjemler.

## **Annet – hjemler i ”stillingsbanken”**

Det er gjennom analyser av utvidet uttrekk fra NR-basen fremkommet 6 legehjemler tildelt Helse Vest, som er forbeholdt Forsvaret. Hjemlene er i den videre vurdering lagt til grunn som ”ikke tildelt”. Helse Vest har fra før 1 hjemmel i ”stillingsbanken”. Samlet utgjør disse 7 ledige stillinger for regionen, av de 2024,7 identifiserte. Hjemlene er operative på Haukeland (4 – Generell Kirurgi), og Stavanger (2 – Anestesi).

---

# *Kriterier for kildebruk*

## **Rapportering av hjemler:**

Helse Bergen, basert på NR-basen

Helse Fonna, basert på egen oversikt

Helse Førde, basert på egen oversikt

Helse Stavanger, basert på NR-basen

## **Rapportering av årsverk:**

Helse Bergen har rapportert antall ansatte basert på "lønnsmasse" som fremkommer gjennom årlig uttrekk fra lønnsystemet som gjøres i forbindelse med lønnsoppgjøret (april/mai). Dette er å oppfatte som brutto antall leger ansatt på gjeldende tidspunkt.

Helse Fonna rapporterer brutto årsverk, korrigert for leger i ulønnet permisjon.

Helse Førde har rapportert antall årsverk, basert på besatte hjemler.

Helse Stavanger har rapportert netto årsverk i hjemlede stillinger. Antall årsverk er korrigert for både langtidsfravær, og leger ansatt i stillinger med overvekt av administrativ funksjon. Dette reflekterer den faktiske utnyttelsen av tildelte hjemler.



---

# *Tolking av rapportert informasjon fra foretakene*

## **Rapportering av hjemler**

Det er i oversikten ovenfor avvik mellom sum antall hjemler rapportert fra foretakene, og sum antall hjemler registrert i NR-basen. Årsaken til dette er at de offentlig tilgjengelige rapportene fra Helsedirektoratets hjemmesider nødvendigvis ikke er oppdaterte når man tar ut rapporter basert på eget foretak. Det er gjennom arbeidet med denne rapporten bedt H-dir om et utvidet uttrekk fra NR-basen, og gjennomgang av materialet viser at en del hjemler ligger under Helse Vest, uten at tilhørighet er oppdatert i NR-basen. Dette er oppdatert i analysegrunnlaget.

De 6 hjemler som er forbeholdt Forsvaret er tatt ut av den eksisterende fordelingsoversikten, og lagt til Helse Vest RHF, sammen med den ene hjemmelen i ”stillingsbanken”.

For de foretakene som har rapportert på faktisk besatte hjemler er det ikke identifisert uhjemlede stillinger i særlig grad. Det har ikke vært mulig å kontrollere dette for private institusjoner, eller for Helse Bergen. Øvrige gjennomganger viser at Helse Stavanger har i utgangspunktet netto 2,6 stillinger over sum stillingsbrøk i rapporterte hjemler (488,3 hjemler vs 490,8 årsverk), mens de i det utvidede uttrekket i realiteten har 492,8 – altså har ubesatte stillinger. Videre viser netto tall for Helse Fonna 5 ubesatte stillinger, mens hvis man bryter opp er dette et resultat av 9,9 ubesatte innen psykiatri – og 5,2 ”grå stillinger” innen somatikk i henhold til NR-basen. Tall fra Helse Førde viser 22,5 ubesatte stillinger.

---

# *Vedlegg til Analysen*

---

# *Inntektsfordelingsmodellens viktigste faktorer*

Rapporten, og gjennomførte analyser har ikke gjennomgått samtlige faktorer som inngår i inntektsfordelingsmodellen i denne sammenheng. Det er lagt til grunn at alle elementer i IFM har vært oppdaterte for gjeldende år som basis.

Samtidig er det ved bruk av IFM som grunnlag for fordeling av legehjemler interessant å se på den faktiske endringen i både aktivitet og belastning de siste årene.

Det er derfor gjort en oppstilling av utvikling aktivitet for årene 2009 og 2010\* basert på aktivitetskuben, samt gjort en oppstilling av pasientflyten i regionen basert på samme informasjon.

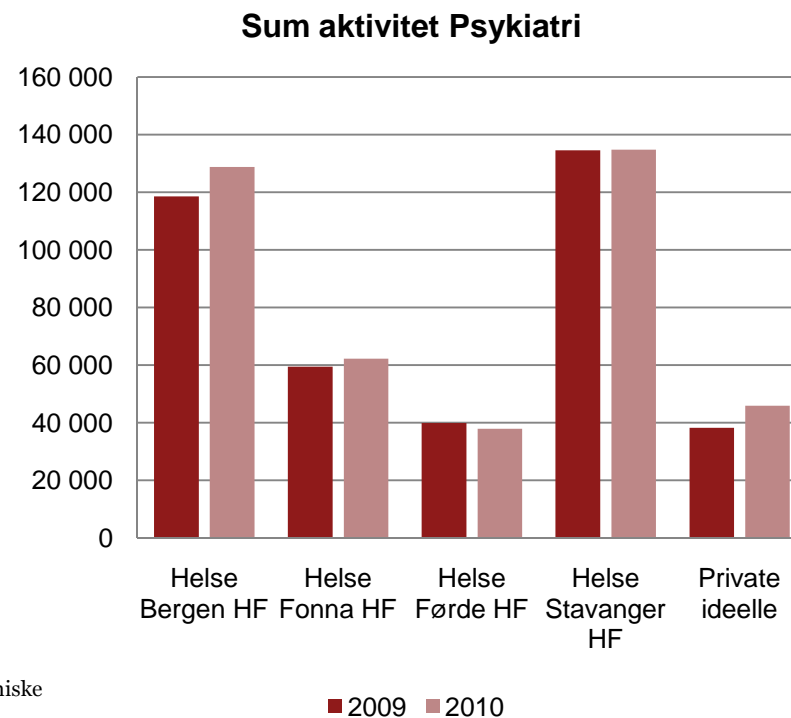
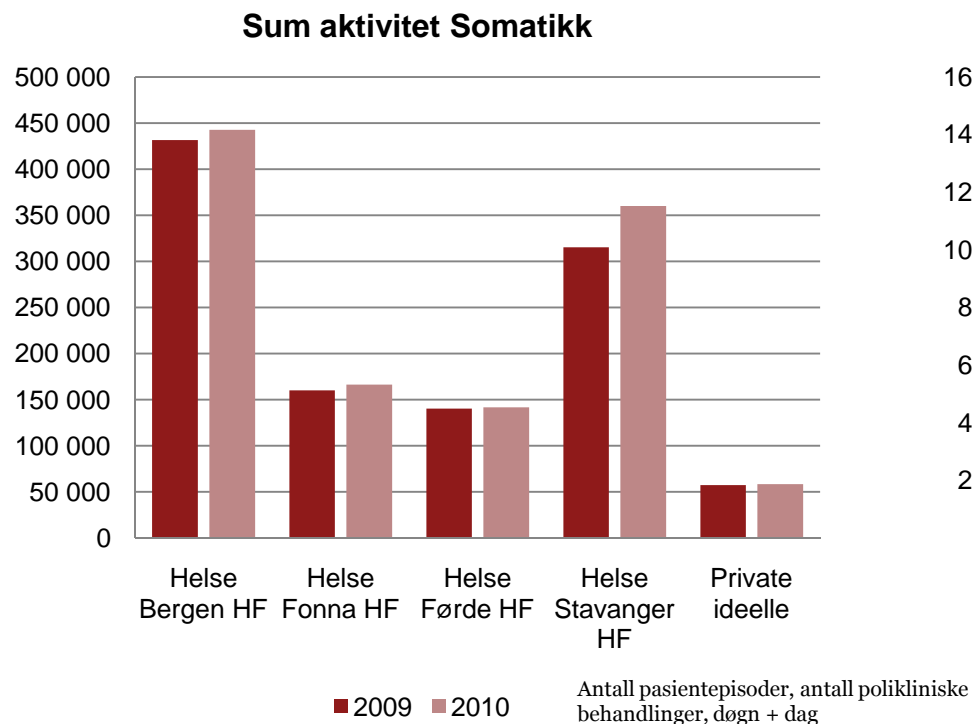
Aktivitet representerer antall pasientbesøk uttrykt gjennom ”Sum polikliniske besøk, døgn- og dagopphold. Aktivitetsdata er ikke innhentet for avtalespesialister.

For å måle ”belastningen” på foretakene for samme periode, er det utformet egen fordelingsnøkkel basert på sum antall månedsverk (bto) fra HR-kuben. Sum brutto månedsverk vil etter vår oppfatning relativt sett representere belastningen over foretakene, og derfor kunne brukes til oppstilling og felles grunnlag for presentasjon av utviklingen. Brutto månedsverk er ikke innhentet fra private ideelle, eller avtalespesialister.

# Utvikling aktivitet

Utvikling totalt antall polikliniske besøk, døgn+dagopphold i perioden 2009-2010 viser en økning innen somatiske tjenester, og en svak økning for psykiatrisk behandling.

Her fremstilt basert på behandlende foretak.



# Analyse – egendekning i perioden (2010)

Med egendekning menes det her antall pasientbehandlinger innenfor/utenfor eget opptaksområde. Oversikten under viser pasientstrøm som sum HF'ene- og private ideelles behandlinger i perioden 2010, basert på pasientens opptaksområde. Pasientbesøk ved avtalespesialister er ikke inkludert i denne oversikten. Andel egendekning for 2009 er beregnet på samme måte, og lagt til grunn for å vise utviklingen.

Opptaksområde:	Helse Bergen HF			Helse Fonna HF			Helse Førde HF			Helse Stavanger HF			Ikkje angitt*	Øvrige**
	Annet foretak innen HV	Eget foretak	Private ideelle	Annet foretak innen HV	Eget foretak	Private ideelle	Annet foretak innen HV	Eget foretak	Private ideelle	Annet foretak innen HV	Eget foretak	Private ideelle		
<b>Behandlende :</b>														
<b>Fag / Omsorgsnivå</b>													Ikkje angitt	Annet RHF
<b>Psykatri (Voksen +BUP)</b>	<b>553</b>	<b>123 780</b>	<b>24 374</b>	<b>2 113</b>	<b>60 812</b>	<b>124</b>	<b>833</b>	<b>37 285</b>	<b>64</b>	<b>785</b>	<b>97 484</b>	<b>21 162</b>	<b>36 559</b>	<b>3 553</b>
(1) Døgnopphald	35	6 707	1 135	57	3 786	20	39	1 290	11	88	3 382	660	156	200
(2) Dagbehandling		8 857	5 377	20	510		49	1 607		20	6 543	74	429	51
(3) Poliklinisk konsultasjon	518	108 216	17 862	2 036	56 516	104	745	34 388	53	677	87 559	20 428	35 974	3 302
<b>Somatikk</b>	<b>5 059</b>	<b>376 600</b>	<b>32 271</b>	<b>35 782</b>	<b>157 580</b>	<b>21 457</b>	<b>15 645</b>	<b>136 858</b>	<b>361</b>	<b>12 680</b>	<b>346 410</b>	<b>3 815</b>	<b>407</b>	<b>24 014</b>
(1) Døgnopphald	1 328	61 577	10 950	6 503	33 466	970	3 423	18 515	110	2 638	49 449	861	75	4 834
(2) Dagbehandling	314	21 804	3 461	1 370	4 825	29	731	10 672	17	594	22 226	9	1	1 898
(3) Poliklinisk konsultasjon	3 417	293 219	17 860	27 909	119 289	20 458	11 491	107 671	234	9 448	274 735	2 945	331	17 282
<b>Grand Total</b>	<b>5 612</b>	<b>500 380</b>	<b>56 645</b>	<b>37 895</b>	<b>218 392</b>	<b>21 581</b>	<b>16 478</b>	<b>174 143</b>	<b>425</b>	<b>13 465</b>	<b>443 894</b>	<b>24 977</b>	<b>36 966</b>	<b>27 567</b>
<b>Andel egendekning 2010</b>	1,0 %	88,9 %	10,1 %	13,6 %	78,6 %	7,8 %	8,6 %	91,2 %	0,2 %	2,8 %	92,0 %	5,2 %		
<b>Andel egendekning 2009</b>	1,0 %	89,8 %	9,2 %	13,5 %	77,9 %	8,6 %	8,0 %	91,9 %	0,2 %	3,0 %	92,3 %	4,7 %		

\*Opptaksområde ikke angitt i aktivitetskuben: Behandlet stort sett av Helse Stavanger

\*\* Opptaksområde utenfor HV. Behandler: HBE: 56%, HFO: 8%, HFØ: 10%, HST: 24%, og Private ca 2%

---

# *Egendekning*

Når det gjelder pasientflyten innen Helse Vest i 2010 viser oversikten en høy variasjon mellom foretakene i grad av egendekning innen eget opptaksområde, men en jevn utvikling mellom årene 2009 og 2010.

Fonna viser en betydelig lavere andel egenbehandlinger enn andre foretak, med egendekning på 78,6%. Det er egendekningsgrad for somatiske behandlinger som trekker ned med 73,4% av totale behandlede innen eget HF, og 16,7% ble behandlet av annet foretak innen Helse Vest.

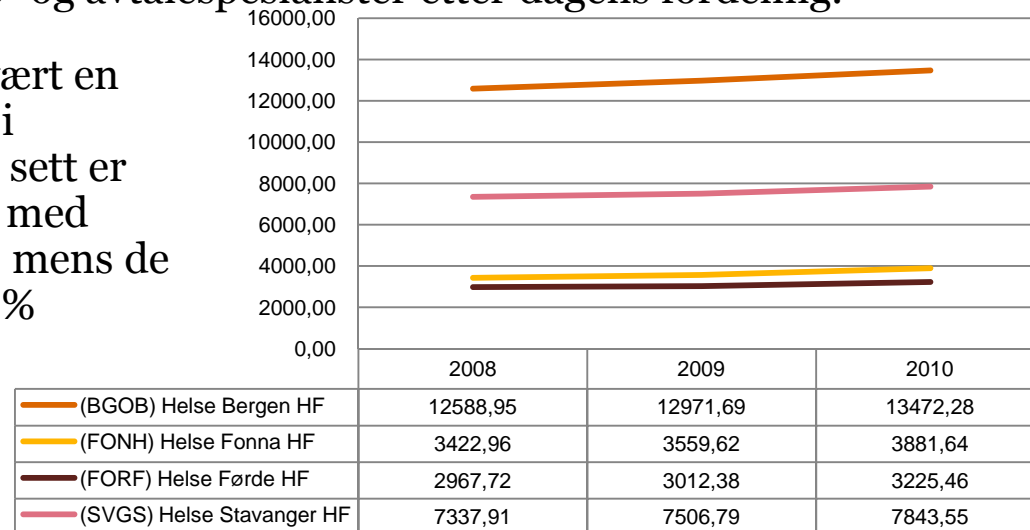
Bergen og Fonna skiller seg ut ved relativt høyere andel behandlinger ved Private institusjoner. For Bergen er det psykiatrisk dagbehandlinger som trekker spesielt opp, mens det for Fonna i hovedsak er behandlinger på poliklinikk hvor andelen private er relativt høyere enn for andre foretak.

# Utvikling belastning

Det er ikke uproblematisk å vise utvikling av foretakenes relative belastning på en ensartet måte på tvers av foretakene. Behovet for nye stillinger kan heller ikke leses direkte ut av en slik oversikt, da behov innen type spesialisering og de respektive avdelingers behov ikke vil komme direkte til uttrykk gjennom rapporterte totaltall for foretakene.

Til grunn for analysene av utvikling i belastning er det anvendt brutto månedsverk på tvers av foretakene, og til sammenstilling med øvrige alternative fordelingsgrunnlag er det presentert fordeling av private- og avtalespesialister etter dagens fordeling.

Figuren til høyre viser at det har vært en økning for samtlige av foretakene i belastning over perioden. Relativt sett er økningen høyest for Helse Fonna, med økning på 13%. Fra 2008 til 2010, mens de øvrige ligger på en økning rundt 8% gjennom perioden.



---

# *Observasjoner*

## **Mulighet for rapportering av hjemler**

Det fremstår gjennom øvelsen som om det eksisterer ulike system og rutiner for rapportering av antall legehjemler i foretakene. Basert på tilbakemeldinger er det samtidig kommet frem at det i løpet 2011 vil fremkomme eget felt i personal- og lønssystemet eget felt som viser ID-nummer for legene. Det antas gjennom dette at også personalkuben i fremtiden vil gi et godt grunnlag for rapportering av antall legehjemler.

## **Rapportering av faktiske årsverk**

Det er ikke enkelt å definere antall årsverk i forhold til antall hjemler gjennom eksisterende systemer. Selv om forespørselen har lagt til grunn brutto årsverk, korrigert for ulønnet langtidsfravær har dette vist seg vanskelig, spesielt for Helse Bergen, å rapportere på. Bakgrunnen er at fraværstatistikker ettersom rapporteres i forhold til lønns- og personalsystemene.

## **Administrative stillinger og bruk av hjemler**

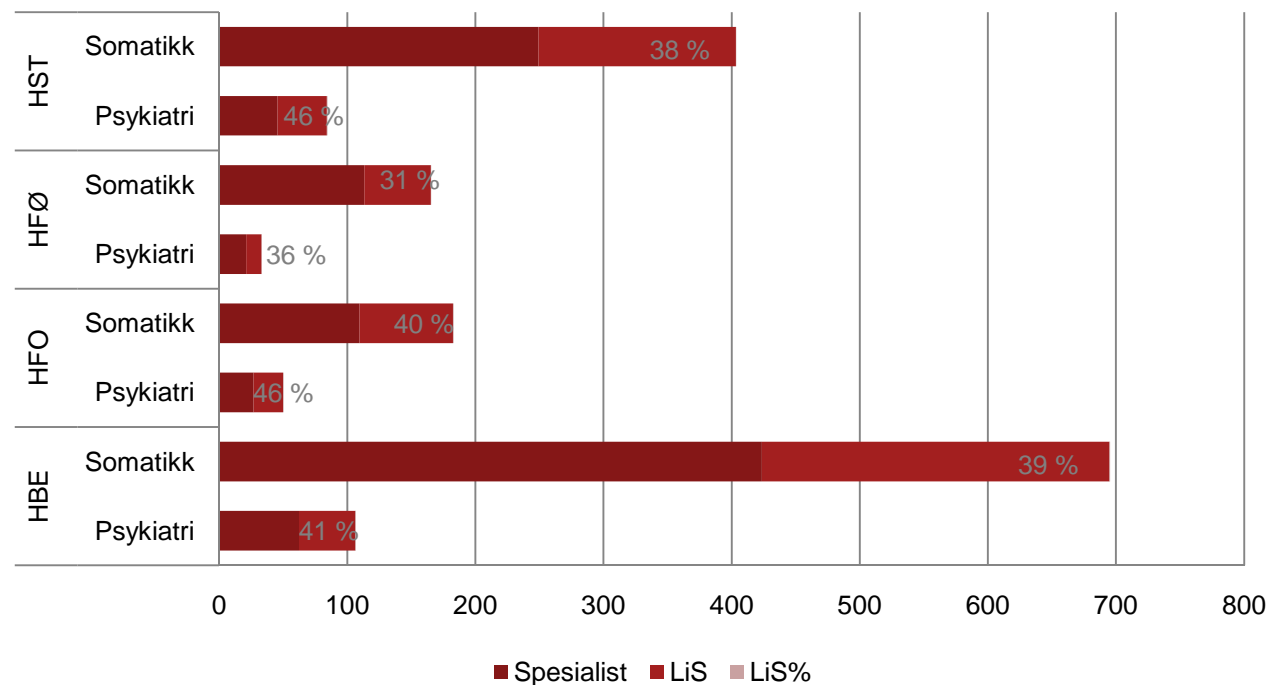
Det er ulik praksis i foretakene vedrørende bruk av hjemler i stillinger med overvekt av administrativ funksjon. Basert på at spesialister som opererer under 50% klinisk virksomhet i grunn ikke behøver å oppta egen hjemmel, er det grunn til at det er ”slakk” i utnyttelsen av eksisterende hjemler i enkelte av foretakene.



# *Øvrige observasjoner*

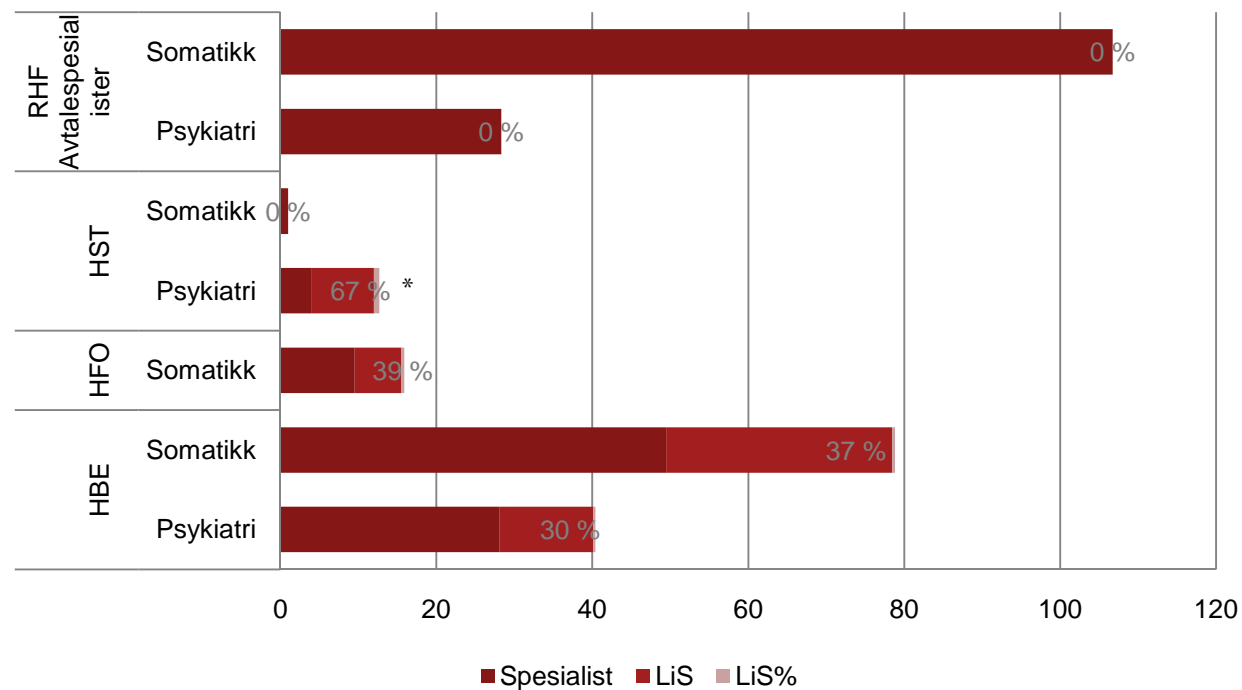
# Antall leger etter opptaksområde (2010)

Fordelingen mellom psykiatri/somatikk og Spesialist/LiS i foretakene basert på opptaksområde innen foretakene.



# Antall leger etter opptaksområde (2010)

Fordelingen mellom psykiatri/somatikk og Spesialist/LiS i foretakene basert på opptaksområde for private ideelle. Avtalespesialister ligger her foredelt under RHFet.



\*Høyt grunnet Jæren DPS, med 8 LiS over 3 Spesialister