

## **Indikatorer intern effektivitet i spesialisthelsetjenesten: Rapport fra pilot 2013**

Trondheim, 13. november 2013

### **Dokumenthåndtering**

<b>Organisatorisk nivå</b>	<b>Behandling</b>	<b>Dato</b>	<b>Versjon</b>
Styingsgruppe/regionalt økonomidirektørmøte	Kvalitetssikring og godkjenning	11.11.2013	
AD-møte	Godkjenning for oversending	18.11.2013	
Helsedepartementet	Behandling av rapport		

## **Innhold**

<b>1. Bakgrunn, oppdrag og organisering.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Beskrivelse av konseptet og pilotutprøvingen .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Om datagrunnlaget og prosess for tilrettelegging.....</b>	<b>8</b>
<b>4. Pilotutprøving: Forberedelse og gjennomføring .....</b>	<b>9</b>
<b>5. Pilot: Resultater .....</b>	<b>13</b>
<b>6. Drøfting av erfaringer .....</b>	<b>22</b>
<b>7. Videre arbeid og anbefaling .....</b>	<b>23</b>
<b>Referanser.....</b>	<b>24</b>
<b>Vedlegg 1: PHA - ett aktivitetsmål psykisk helsevern .....</b>	<b>25</b>

## 1. Bakgrunn, oppdrag og organisering

Det har i mange år vært stor oppmerksomhet knyttet til intern effektivitet i sykehus (Edvardsen et al, 2010; Helsedirektoratet, 2013). Indikatorer som både kan dokumentere helseforetakenes kostnadsnivå og produktivitet på ulike tjenesteområder, og ikke minst indikatorer som kan peke på områder hvor det er mulig å sette inn tiltak, har vært etterspurt.

I oktober 2010 leverte de fire RHF'ene rapporten "*Intern effektivitet i sykehus - beskrivelse av pågående arbeid og forslag til tiltak*" til Helsedepartementet (HOD). Rapporten ga (1) en beskrivelse av effektiviseringsarbeidet i de fire regionale helseforetakene og (2) forslag til tiltak på dette området.

I januar 2011 ba HOD de fire RHF'ene om arbeide videre med å utarbeide «*indikatorer for produktivitet og effektivitet med utgangspunkt i rapporten*». En ny rapport ble oversendt departementet i juni 2012: «*Felles sett av indikatorer for regionale helseforetak: Produktivitet og kostnadsnivå i spesialisthelsetjenesten*». I januar 2013 ble følgende protokollert i møte mellom HOD og RHF'ene:

*«Foretaksmøtet ba om at arbeidet videreføres med pilotutprøving i 2013, og ba om en rapport senest innen 15. januar 2014 som beskriver resultater, erfaringer og anbefalt videre framdrift».*

**Denne rapporten er de fire RHF'enes svar på bestillingen gitt i foretaksprotokollen i januar 2013.**

Arbeidet med pilotutprøvingen og rapporten har vært ledet av en RHF-arbeidsgruppe som har hatt følgende deltakere;

- Lars Rønning (Helse SørØst RHF)
- Anne May Sønstabø (Helse Vest RHF)
- Kirsti Freibu (Helse Nord RHF)
- Vidar Halsteinli (Helse Midt-Norge RHF, leder)

Arbeidsgruppen har hatt et tett og godt samarbeid med ni helseforetak som har deltatt i pilotutprøvingen og velvillig rapportert data for 2012:

- Sykehuset Østfold HF
- Sykehuset i Vestfold HF
- OUS HF
- Helse Stavanger HF
- Helse Bergen HF
- St Olav HF
- Helse Nord-Trøndelag HF
- Nordlandssykehuset HF
- UNN HF

Styringsgruppen for indikatorprosjektet og pilotutprøvingen har hatt følgende sammensetning:

- Atle Brynstad, konserndirektør Helse SørØst RHF

## Pilot indikatorprosjektet

- Per Karlsen, økonomi- og finansdirektør Helse Vest RHF
- Anne Marie Barane, økonomidirektør Helse Midt-Norge RHF
- Hilde Rolandsen, eierdirektør Helse Nord RHF (leder)
- Ellen Wøhni (UNIO, representant for konserntillitsvalgte)
- Svein Øverland (LO, representant for konserntillitsvalgte)

Rapporten beskriver først konseptet for et felles sett av indikatorer og støtteindikatorer, som igjen danner grunnlag for pilotutprøvingen basert på 2012-data. Dernext redegjøres det for resultater og erfaringer fra pilotutprøvingen, og avslutningsvis gis det anbefalinger om videre arbeid.

## 2. Beskrivelse av konseptet og pilotutprøvingen

Konsept for indikatorer for kostnadsnivå og produktivitet, og tilhørende støtteindikatorer, dekker alle tjenesteområder. Alle HF og RHF har i dag en rekke *egne* indikatorer til bruk for styringsformål. Et *felles* sett av indikatorer vil gi muligheter for bredere sammenlikninger av helseforetakene enn tilfelle er i dag, det vil si sammenlikning både på tvers av helseforetak og av utvikling over tid - noe som kan gi nyttig informasjon til virksomhetsstyringen både for RHF'ene og HF'ene.

Konseptet bygger på følgende hovedprinsipp for kostnader:

- Helseforetakenes regnskap, fordelt på organisasjonssteder, tilordnes funksjoner (i henhold til SSB's justerte funksjonskontoplan) – heretter også kalt tjenesteområder.
- Alle felleskostnader (dvs. ikke direkte henførbare kostnader) fordeles på tjenesteområder
- Kostnader per tjenesteområde sammenholdes med tilhørende aktivitet, men det korrigeres for kostnader som ikke direkte eller indirekte er relevant å relatere til den målte aktiviteten. Det siste innebærer at de kostnadene som sammenholdes med aktivitet, vil kunne avvike fra de regnskapsmessig fordelte kostnadene jfr. første kulepunkt.

Konseptet bygger på følgende hovedprinsipp for månedsverk:

- Helseforetakenes månedsverktall fra lønns- og personalkubene tilordnes tjenesteområder (i henhold til SSB's justerte funksjonskontoplan)
- Alt fellespersonell (alt personell som ikke direkte kan henføres til et tjenesteområde) fordeles i henhold til generelle prinsipp for fordeling
- Månedsverk per tjenesteområde sammenholdes med aktivitet, men med nødvendige korreksjoner for de månedsverk som ikke direkte eller indirekte er relevant å relatere til den målte aktiviteten

Konseptet bygger på følgende hovedprinsipp for aktivitet:

- Aktivitetsmålet innen det enkelte tjenesteområde "styrer" hvilke kostnader og ressurser som skal tas med og hvilke som ikke er relevante å ta med
- Det er kun aktivitet knyttet til foretakenes egen virksomhet som skal tas med.
- Det korrigeres ikke for tekniske endringer i aktivitetstallene, for eksempel endringer i vekter og logikk i DRG-systemet.

Basert på disse hovedprinsippene, utarbeides det **indikatorer** for kostnadsnivå og produktivitet, mens **støtteindikatorer** skal kunne kaste lys over hvorfor det er forskjeller mellom helseforetak og forklare utvikling. Kostnadsnivå og produktivitet skal beregnes for alle tjenesteområder. Støtteindikatorene utarbeides spesifikt for det enkelte tjenesteområde

Konseptet baserer seg videre på at

- indikatorene utarbeides i første omgang årlig, med så oppdaterte tall som mulig (og dermed ikke nødvendigvis offisielle). Indikatorene utarbeides så snart regnskapstall, månedsverktall og aktivitetstall for året foreligger, tentativt medio mars.

## Pilot indikatorprosjektet

- I den grad det er overlapp med indikatorer som publiseres i de årlige Samdata-rapportene, skal tilrettelegging av data søkes samordnet med Helsedirektoratet slik at eventuelle forskjeller minimeres.

Ut fra dette kan indikatorsettet basert på ferske tall oppfattes som intern styringsinformasjon, mens Helsedirektoratets Samdata-rapport basert på offisielle tall, representerer den offisielle statistikken for spesialisthelsetjenesten.

### Tjenesteområder

Indikatorer for de enkelte tjenesteområdene skal ta utgangspunkt i data slik de rapporteres i henhold til funksjonsinndelingen i dagens funksjonsrapportering til SSB. Som tabellen nedenfor viser, velger vi å slå sammen funksjon 620 og 630 i vår inndeling i tjenesteområder. Dette fordi det i praksis er svært krevende å skille ut rehabiliteringskostnader og bemanning fra ulike avdelingers regnskap og lønns- og personaldatabase.

Tabell 2.1: Funksjoner i SSB-rapportering og tjenesteområder for indikatorer

	Funksjon - SSB	Tjenesteområde	Utprøving i pilot
600	Ambulanse	<b>Ambulanse</b>	Kostnader og årsverk
606	Pasienttransport	<b>Pasienttransport</b>	Kostnader og årsverk
620	Somatiske tjenester	<b>Somatiske tjenester</b>	Komplett
630	Somatisk habilitering og rehabilitering		
635	Lab/røntgen	<b>Lab</b>	Kostnader og årsverk
		<b>Røntgen</b>	Kostnader og årsverk
641	VOP - Psykisk helsevern voksne; sykehus	<b>VOP - Psykisk helsevern voksne; sykehus</b>	Komplett
642	VOP - Psykisk helsevern voksne; DPS	<b>VOP - Psykisk helsevern voksne; DPS</b>	Komplett
651	BUP - Psykisk helsevern for barn og unge	<b>BUP - Psykisk helsevern for barn og unge</b>	Kostnader og årsverk
681	RUS - Tverrfaglig spesialisert behandling	<b>RUS - Tverrfaglig spesialisert behandling</b>	Kostnader og årsverk

I tillegg har vi valgt å splitte funksjon 635 i hhv. lab og røntgen, samt å opprettholde skillet mellom DPS (funksjon 642) og sykehus i VOP (funksjon 641). Begrunnelsen er at det er et spesielt ledelsesmessig fokus på dette. Begge disse to "skillene" kan imidlertid være utfordrende i praksis.

I pilotutprøvingen inngår BUP, ambulanse, pasienttransport, lab, røntgen og TSB kun med ressursinnsats. Dette ble gjort for å avgrense pilotutprøvingen, og i tillegg må datagrunnlaget for aktivitet på disse tjenesteområdene utredes nærmere.

Noen felles utfordringer som gjelder alle tjenesteområder:

### Fordeling av felleskostnader og fellesbemanning

Ulik praktisering av fordeling av felleskostnader og fellesbemanning ut på de enkelte funksjonene, vil påvirke resultatene i produktivitetsanalysene. Dette kan tenkes å gjelde

- Sentral administrativ ledelse
- IKT-kostnader
- Vaskeritjenester
- Kjøkkentjenester
- Regnskapstjenester

## Pilot indikatorprosjektet

- Vikarpool
- m.m.

Fordeling blir i HF'enes regnskapsføring løst på ulike måter, f.eks. gjennom sentral føring av felleskostnader, internfakturering av felleskostnader, utskilling av fellesfunksjoner i egne selskaper m.m. I forhold til reglene for gjeldende funksjonskontoplan skal alle fellesfunksjoner og felleskostnader fordeles ut på den enkelte fagfunksjon (ambulans, pasienttransport, somatiske tjenester osv). I og med at HF'ene i utgangspunktet har ført disse kostnadene ulikt, vil det ikke umiddelbart være like enkelt å identifisere hvordan disse kostnadene fordeler seg ut på den enkelte funksjon.

Noe som er minst like utfordrende, er en tilsvarende fordeling av *årsverkene* knyttet til produksjonen av fellestjenestene. Konkret er det lagt opp til at en benytter samme fordelingsmatrise som kostnadene blir fordelt etter, slik at det blir samsvar mellom fordelingen av kostnader og fordelingen av månedsverk.

### Spesifisere kostnadsarter som skal håndteres særskilt (f eks pensjon og kapital)

Ikke alle kostnadsarter skal nødvendigvis være med når kostnad per aktivitet skal beregnes. Dette gjelder f eks finanskostnader, kjøpe av eksterne helsetjenester, arbeidsgiveravgift, pensjon og kapitalutgifter. En nærmere drøfting og redegjørelse for hvordan dette er håndtert, er gitt i kapittel 3.

### Trekke ut kostnader knyttet til ekstern virksomhet

Kostnader knyttet til ekstern virksomhet skal i prinsippet holdes utfor når kostnad per aktivitet skal fastsettes. Jfr. Samdata dreier dette seg om

- *Driftstilskudd og kjøp av pasientbehandling fra private aktører og andre HF/RHF (jfr. spesifiseringer i tilleggsskjema).*
- *Poliklinisk behandling som ikke genererer ISF-refusjon (lab/røntgen)*
- *Pasientskadeerstatning*
- *Annen ikke pasientrelatert virksomhet*
- *Ekstern virksomhet*
  - *Spesifiseres av HF-ene i tilleggsskjema, eksempelvis*
    - *Forskning og utvikling/ undervisning*
    - *TNF-hemmere og lignende som ikke gjelder inneliggende pasienter*
    - *Administrasjon av behandlingshjelpemidler*
    - *Tilskudd, f eks til kommunalt samarbeid og lignende*

En nærmere redegjørelse for hvordan dette er håndtert, er gitt i kapittel 3.

Med dette utgangspunktet har det i 2013 blitt gjennomført en pilotutprøving hvor ni helseforetak har deltatt. Kostnader og årsverk ble tilrettelagt for alle tjenesteområder, men aktivitetsdata ble kun tilrettelagt for tre tjenesteområder.

I pilotutprøvingen har det vært fokus på å tilrettelegge data for kostnadsnivå og produktivitet. I tillegg er det utarbeidet enkelte støtteindikatorer, men på dette området er det behov for mer utviklingsarbeid – i tett samarbeid med helseforetakene.

### 3. Om datagrunnlaget og prosess for tilrettelegging

Tre typer data danner grunnlaget for indikatorprosjektet:

- Regnskapsdata
- Årsverksdata
- Aktivitetsdata

#### Regnskapsdata:

Helseforetakene fremskaffer selv regnskapsdata med basis i funksjonsfordelt regnskap rapportert til Statistisk Sentralbyrå (SSB). I tillegg benyttes informasjon fra "Tilleggsskjema om helseforetak" (rapporteres også til SSB/Helsedirektoratet) og fra NIFU-Step-rapportering om forskning.

Datagrunnlaget er i all hovedsak det samme som Helsedirektoratets Samdata-rapport bygger på. Prosedyrene med å tilrettelegge data og dernest lage indikatorer, er imidlertid annerledes i indikatorprosjektet enn i Samdata. I indikatorprosjektet er det helseforetakene selv som tilrettelegger datagrunnlaget, og da basert på en felles mal. I Samdata-arbeidet er det Helsedirektoratet som selv foretar tilretteleggingen av data. Med andre ord er prosessen annerledes, men i tillegg er selve tilretteleggingsmetodikken også noe annerledes.

#### Årsverksdata

Helseforetakene fremskaffer selv årsverksdata basert på uttak fra egen lønns- og personalkube. Årsverkstall hentes ut og fordeles etter samme metodikk som for det funksjonsfordelte regnskapet og tilrettelegges etter samme mal som regnskapsdata.

Samdata-rapporten benytter registerbaserte årsverkstall fra SSB og datagrunnlaget i indikatorprosjektet er derfor *ikke* det samme som i Samdata.

#### Aktivitetsdata

For tjenesteområdene "somatikk", "psykisk helsevern voksne - sykehus" og "psykisk helsevern voksne - DPS" er aktivitetsdata basert på pasientdata fra Norsk Pasientregister (NPR). Aktivitetsdata ble hentet inn av RHF-arbeidsgruppen og tilrettelagt felles for alle helseforetakene.

Datagrunnlaget er identisk med det som ligger til grunn for Helsedirektoratets Samdata-rapport. For psykisk helsevern er det imidlertid laget ett felles aktivitetsmål hvor døgnaktivitet og poliklinisk aktivitet "veies" sammen. Se vedlegg 1 for en nærmere beskrivelse av dette.

For tjenesteområdet "radiologi" har det foregått et utviklingsarbeid med sikte på å lage ett aktivitetsmål basert på nytt kodeverk. Det er imidlertid behov for å innhente særskilte radiologidata for "DRG-aktivitet" fra helseforetakene, og dermed har datamaterialet ikke foreligget tidsnok til å bli innlemmet i rapporteringen fra pilot 2012.



## 4. Pilotutprøving: Forberedelse og gjennomføring

### Prosess:

Høsten 2012 ble det utarbeidet en excel-basert mal for avlevering og tilrettelegging av regnskapsdata og årsverksdata. Det ble samtidig laget en veiledning til bruk av malen. Malen er bygget opp som følger (se også tabell 4.1):

- Funksjonsfordelt regnskap legges inn ("OX-skjema")
- Funksjonene "lab/radiologi" splittes i hvert sitt tjenesteområde
- Spesifikke kostnader basert på konto/art trekkes ut basert på kontonummer - og for alle tjenesteområdene. Årsverk legges inn
- Kostnader og årsverk knyttet til virksomhet/aktivitet som ikke har noe med den målte pasientaktiviteten å gjøre, trekkes ut.
- Årsverk knyttet til innleid arbeidskraft legges inn.
- Kostnader og årsverk som kan relateres til aktivitet, fremkommer automatisk for de ulike tjenesteområdene. Kostnader er splittet på tre kostnadstyper: Lønn, varekostnader og andre kostnader. Årsverk er splittet på leger/psykologer, sykepleiere, annet klinisk personell, annet personell og administrasjon/ledelse.

Tabell 4.1: Skjematisk fremstilling av tilrettelegging regnskapsdata og årsverksdata

Datafangst kostnader og HR-tall til Nasjonalt Indikatorprosjekt	
Klikk på lenkene (tekstene) i kolonnen "Område/fane" for å komme til hver fane	
Område/fane	Forklaring / instruks
<a href="#">Fane "OX skjema"</a>	I dette arket legger (limer) du inn foretakets OX-fil (resultatregnskap sendt til SSB). Du har anledning til å justere beløpene i egen kolonne.
<a href="#">Fane "Splitt LabRad"</a>	I dette arket splitter du funksjon 635 lab/røntgen på underfunksjonene 635L (Lab) og 635R (Røntgen). Splittingen gjøres pr kontokode ved å angi beløp for 635L. Beløp på 635R utregnes automatisk (lik "reten av F635").
<a href="#">Fane "1 Justering kostnad og input HR"</a>	Her trekker du ut kostnadsarter som i sin helhet skal ut av analysen. Øvrige fradrag trekkes fra under fanen "andre områder".
<a href="#">Fane "2. Uttrekk andre områder"</a>	Alle andre områder der kostnadene/årsverk ikke kan henføres til et tjenesteområde og aktiviteten innen dette området. Fungerer som en residual for å avstemme alle fordelinger mot totalkostnaden/HR i det off. årsregnskapet.
<a href="#">Fane "3 Oppsummert funksjonsområder"</a>	Rapport som viser en oppsummering av kostnader og årsverk (brutto og netto) før innleie pr funksjonsområde. <b>Du gjør INGEN input her.</b>
Tjenesteområder A-I (klikk på lenkene under):	I hver av TO-fanene vises tjenesteområdets kostnads- og HR-tall (resultat av din input i punktene over). <b>I disse fanene legger du kun inn innleieårsverk (omregnet fra beløp).</b>
<a href="#">Fane "A TO Somatikk"</a>	
<a href="#">Fane "B TO lab"</a>	
<a href="#">Fane "C TO Røntgen"</a>	

Malen ble først testet ut på 2011-data av fire helseforetak. Denne rapporteringen ble gjennomgått, og basert på erfaringene ble en forbedret versjon av malen utarbeidet. Denne ble dernest brukt av alle ni helseforetak for 2012-data. 2011-data-rapporteringen var med andre ord kun en test på malen som sådan, og rapporteringen ble ikke brukt i det videre arbeidet.

## Pilot indikatorprosjektet

Hvert helseforetak sendte inn 2012-data via malen, og disse ni excel-filene ble så videre brukt til å koble kostnads- og årsverksdata til aktivitetstall slik at indikatorene kostnadsnivå og produktivitet kunne bli beregnet.

Støtteindikatorer ble laget med utgangspunkt i enten kostnadstall, årsverkstall eller aktivitetstall.

### Hva ligger i "justering"?

For alle tjenesteområder trekkes enkelte kontoer ut i sin helhet, og dette gjøres likt for alle HF. Denne justeringen foretas hovedsakelig fordi det er de aktivitetsrelaterte kostnadene som skal identifiseres. Følgende kostnadsarter er holdt utenfor:

- Arbeidsgiveravgift
- Pensjon
- Kjøp av behandling eller helsetjenester
- Avskrivninger
- Leie av lokaler
- Pasientskadeerstatning
- Tap på fordringer

Det kan diskuteres om kapitalkostnader skal holde utenfor eller ikke. Det som taler *for* inklusjon er at kapitalkostnader er en del av foretakets totale kostnader og således bør inkluderes for å få et best mulig totalbilde. Helseforetakene har ikke bare ansvar for drift, men også kapital.

Det som kan tale *for* å trekke kapitalkostnader ut, er at nivået på disse kostnadene kan svinge stort mellom HF'ene i forhold til om de har nybygg eller ikke. Og på kort sikt er det primært driftskostnader som helseforetakene kan påvirke.

I pilotutprøvingen har vi valgt å holde kapitalkostnader utenfor, men i fortsettelsen bør kapitalkostnader inngå i det samlede bildet.

På samme måte kan det diskuteres om arbeidsgiveravgift og pensjon skal holdes utenfor kostnadsgrunnlaget. Arbeidsgiveravgiften er ulik i ulike deler av landet og vil således «forstyrre» en sammenligning. Pensjonskostnader kan variere mye fra år til år og kan tilsvarende «forstyrre» en sammenligning over tid. I pilotutprøvingen har vi derfor valgt å holde arbeidsgiveravgift og pensjon utenfor.

### Hva ligger i "uttrekk"?

Utgangspunktet er at vi skal fange kostnader knyttet til produksjon innenfor de ulike tjenesteområdene. Det betyr at en del kostnader knyttet til annen virksomhet må trekkes ut. Kostnader til forskning representerer i denne sammenheng det største enkeltelementet. I pilotprosjektet har vi i utgangspunktet lagt til grunn NIFU step rapporteringen ved beregningen av forskningskostnader. Det er likevel en utbredt oppfatning at denne rapporteringen er av blandet kvalitet, og vi har derfor åpnet for at en kan bruke annen beregning dersom en mener at det blir mer presist. Det har i tillegg i pilotgruppen vært diskutert hvorvidt det er relevant å trekke ut alle kostnader til forskning, men i denne fasen har en likevel valgt å trekke ut beregnet totalkostnad.

## Pilot indikatorprosjektet

Utover dette har HFene trukket ut litt ulike kostnader. Noen av foretakene har lagt til grunn samme korreksjon som i SSB-rapporteringen, mens andre har brukt den som utgangspunkt og gjort tilføyelser/fratrekk. Tabellen under viser hvilke korreksjoner som er gjort i de enkelte foretakene:

Tabell 4.2: Korreksjoner i kostnadsgrunnlaget per HF (uttrekk)

Helse Bergen	Helse Stavanger	OUS	UNN	Helse Nord Trøndelag	Vestfold	Østfold	St. Olav	Nordlandssykehuset
H-resept	H-resept	Mammografiscreening, Utdanningskandidater, Hormonlab, Trykktanken, Kontor for utenlandsbehandling, Medisinsk genetik, Forebyggende medisin (Sykehushygiene), Videreutdanningen i stråleterapi, Drift av GOPP, SSE, BKL - Geilomo, Benmargsgiverregisteret, Strålesatelitt ved VAS (Sørlandet), Strålesatelitt ved Gjøvik (helse øst), Behandlingshjelpemidler.	Longyearbyen	H-resept	Virksomhet som ikke er en del av ordinær pasientbehandling, eksempel kompetansesentre (uten aktivitet)	H-resept	Uttrekk basert på tilleggskjema til SSB og	Uttrekk ihht Samdata
Salg av blod eksternt (Blodbanken) - Varekost	Behandlingshjelpemidler		Behandlingshjelpemidler	Behandlingshjelpemidler		Behandlingshjelpemidler	kostnadsvektarbeidet . De største postene er salg av behandlingshjelpemidler, TNF-hemmere, pasienttransport og eksterne lab-kostnader	
Tjenester levert eksternt; hospitaaldrift, kantine, kjøkkendrift, catering, parkering.	Eksternfinansierte prosjekter		Nasjonalt senter for telemedisin	Eksternt finansiert prosjekt		OU-prosjekter - nytt sykehus		
Intermediær enhet Straume	Stokka sykehjem	Ekstern finansierte prosjektregnskap (ekskludert arter trukket ut i ark 1. justering kostnad og input HR)	Diverse kostnadssteder med kompetansesentra	Primærhelsetjenesten (legevakt)				
Storetveit sykehjem, Lindrende enhet Askøy	EVA- prosjekt hos psyk		Egenfinansierte prosjekter					
Kompetansesentre og tjenester	Nasjonale og regionale kompetansesentre							

Vi ser at det er noe ulikt hva som er trukket ut. Dette har skjedd til tross for at en har hatt en felles mal med tilhørende forklaringer. For å bedre kvaliteten på uttrekkene og sikre at alle foretakene trekker ut samme type kostnader, foreslås det det lages en «sjekkliste». Det vil at ved en videreføring av pilotprosjektet lager en liste over de ulike uttrekkene som er gjort i de ulike foretakene slik at alle foretakene kan gjøre en vurdering av hvorvidt de må korrigere for tilsvarende kostnader. På sikt vil en på denne måten kunne oppnå en sammenlignbar justert kostnad i foretakene.

### Felleskostnader og fellespersonell

Det eksisterer i nasjonal rapportering overordnede prinsipper for fordeling av felleskostnader. Det er likevel fullt mulig at det innenfor disse rammene er store forskjeller både i forhold til hvilke kostnader som fordeles og hvilke fordelingsnøkler som benyttes. Dette vil påvirke fordelingen av kostnader mellom de ulike tjenestoområdene. Dette er for så vidt ikke en problemstilling som er særskilt for indikatorprosjektet – dette gjelder i så fall også for SSB og Samdata-rapporteringen.

For å sikre større trygghet for at en har sammenlignbare data, bør det gjøres et arbeid med å gjennomgå praksis for fordeling av felleskostnader samt å etablere felles rutiner på dette feltet.

## Pilot indikatorprosjektet

Fordeling av årsverksressurser knyttet til fellestjenester er en tilsvarende problemstilling. I piloten har en lagt til grunn en metodikk der en fordeler fellestjenesteårsverkene i samme forhold som lønnskostnadene knyttet til fellestjenestene.

### Om HR-data og årsverk spesielt

HFene har i piloten selv hentet ut årsverksdata fra sine HR-kuber. I piloten har det kommet fram tre hovedområder der det må gjøres et stykke arbeid for å forbedre datakvaliteten:

1. Fordeling av stillinger pr. tjenesteområde
2. Stillingskategorier – gjennomgå regionenes/HF'enes praksis mht. kategorisering av stillinger
3. Datakvalitet på netto årsverk

Prosjektet har adressert disse problemstillingene inn mot det nasjonale HR-nettverket, og det viser seg at problemstillingene også er relevante i andre rapporteringssammenhenger. Vi ser det som positivt at prosjektet på denne måten kan bidra til å heve kvaliteten på andre deler av nasjonal rapportering. Det er viktig å sikre at HR-dataene som trekkes ut er sammenlignbare mot kostnadsuttrekkene og at de er sammenlignbare på tvers av foretakene.

### Lab- og røntgentjenester som inngår i DRG-basert aktivitet

Kostnadene er fordelt på tjenesteområder, men ved beregning av produktivitet på somatikkområdet, må vi legge til en viss andel av lab/radiologi-kostnadene for å få med kostnadene knyttet til produksjonen av DRG-poeng. Vi har vurdert to tilnærminger, og har landet på at vi kalkulerer inn en viss prosentandel av lab og radiologikostnader basert på skjønnsmessig vurdering fra HF'ene. I malen har vi lagt inn en default på 50 % av både lab og radiologikostnadene for alle.

Samdata har en annen tilnærming, og tar utgangspunkt i polikliniske inntekter og multipliserer dette med 2. Dette antas å representere kostnaden knyttet til polikliniske lab-prøver og radiologiske undersøkelser. Vår vurdering så langt er at denne metoden vil undervurdere kostnadene knyttet til inneliggende pasienter, og vi har derfor valgt å legge til grunn en løsning der HFene selv styrer andelen kostnader som skal legges til somatikkostnaden.

Hva som er den mest adekvate måten å håndtere lab-/røntgenkostnader på, kan diskuteres. Problemstillingen bør i fortsettelsen være gjenstand for videre undersøkelse.

## 5. Pilot: Resultater

### Oversikt – kostnadsgrunnlaget for tjenesteområdene samlet

Tabell 5.1 viser hvor stor andel av brutto utgifter som samlet sett inngår i beregning av kostnadsnivå. Tabellen viser hvor store beløp som (1) er tatt ut knyttet til uttrekk av spesifikke konti ("justering") og (2) uttrekk relatert til andre forhold enn pasientaktivitet ("uttrekk"). Ett eksempel: Brutto utgifter i regnskapet for Helse Bergen var 8 931 millioner kroner. Av dette trekkes først 2 106 millioner ut («justering») og deretter 867 millioner («uttrekk»), til sammen 3 019 millioner, slik at vi står igjen med 5 912 millioner som skal fordeles på tjenesteområder – og som i neste omgang kan relateres til aktivitet per tjenesteområde.

Tabell 5.1: Fra brutto utgifter til kostnader til fordeling på tjenesteområder. Ni helseforetak, driftsåret 2012.

Alle tjenesteområder samlet	HSØ	HV	HM	HN	HSØ	HV	HM	HN	HSØ
	SiV	Stavanger	HNT	Nordland	OUS	Bergen	St Olav	UNN	Østfold
Brutto utgifter (mill kr)	3 855	5 321	2 476	3 497	18 639	8 931	7 848	6 111	4 844
"Justering" - konti - SUM	1 189	1 454	705	828	4 713	2 312	2 196	1 437	1 329
- i prosent av brutto	31 %	27 %	28 %	24 %	25 %	26 %	28 %	24 %	27 %
Særskilte "uttrekk" - SUM	105	275	132	142	2 142	707	867	291	147
- i prosent av brutto	3 %	5 %	5 %	4 %	11 %	8 %	11 %	5 %	3 %
Kostnader - fordelt tjenesteområder	2 561	3 592	1 639	2 527	11 784	5 912	4 785	4 383	3 368
- i prosent av brutto	66 %	68 %	66 %	72 %	63 %	66 %	61 %	72 %	70 %

Tabellen viser at:

#### **Kostnadsgrunnlaget for aktivitet utgjør 60-70 % av de regnskapsførte utgiftene.**

En første kontroll med tanke på sammenlignbarhet, er om prosentandelene «justering» og «uttrekk» er like eller ulike. Tabellen viser at det er visse forskjeller mellom HF'ene. I utgangspunktet er det forventet at forskjellene kan være større på «uttrekk» enn på «justering», noe som tallene også viser at der.

Tabellen viser at St Olav har et høyere prosentvis uttrekk enn både Helse Bergen og OUS, og en nærmere kontroll har avdekket at dette *kan* ha sammenheng med måten "justering" og "uttrekk" er håndtert på. Konkret dreier det seg om at f eks pensjon og arbeidsgiveravgift kan være trukket ut to ganger for enheter som inngår i "uttrekk". På samme måte er det også i andre helseforetak avdekket "forskjeller" som krever ytterligere undersøkelse. Innenfor pilotprosjektets rammer har det imidlertid ikke vært mulig å gå alle detaljer etter i sømmene og rette opp det som måtte være feil, men dette illustrerer en viktig erfaring fra piloten:

#### **Det er viktig å sette av tid og ressurser til å foreta den nødvendige kontrollen for å sikre sammenlignbarhet.**

Kvaliteten på kostnadstallene vurderes likevel som tilstrekkelig gode for pilotutprøvingen, slik at de kan brukes til å beregne både indikatorer og støtteindikatorer. I den videre presentasjonen har vi imidlertid valgt å «anonymisere» helseforetakene og benevne dem med nummer. Begrunnelsen er

## Pilot indikatorprosjektet

at denne rapporten primært skal beskrive erfaringene fra piloten og ikke være en publikasjon med styringsdata for spesifikke HF som sådan. Det er viktig å si at kvalitetskontrollen må ytterligere intensiveres ved en videreføring av indikatorprosjektet.

### Oversikt – årsverksgrunnlaget fordelt på tjenesteområdene

Tabell 5.2 viser en oversikt over årsverk til fordeling per tjenesteområde. Dette er altså årsverk etter at "uttrekk" har vært gjort.

Tabell 5.2: Årsverk til fordeling på tjenesteområder. Ni helseforetak, driftsåret 2012.

Antall brutto årsverk m/innleie	Somatikk	VOP sykehus	VOP DPS	BUP	TSB	Lab	Radio-logi	Ambulanse	Pasient-transport	Hele foretaket
Sykehuset i Vestfold HF	2 379	347	319	181	164	208	118	144	-	3 861
Helse Stavanger HF	3 167	610	492	299	136	309	174	-279	45	4 953
Helse Nord-Trøndelag HF	1 210	320	92	107	46	81	74	-449	16	1 497
Nordlandssykehuset HF	1 743	152	567	191	32	209	114	209	29	3 247
OUS HF	9 582	1 313	313	413	434	1 327	959	720	-	15 062
Helse Bergen HF	5 234	874	540	330	213	757	227	268	79	8 523
St. Olavs Hospital HF	4 795	729	489	236	0	514	252	8	31	7 054
UNN HF	3 571	442	413	173	248	400	270	415	28	5 960
Sykehuset Østfold HF	2 378	522	445	262	202	256	188	220	14	4 486

Det er første gang at årsverkstall fra lønns- og personalkubene har vært tilrettelagt på denne måten. Vi må derfor ta høyde for at tilretteleggingen kan inneholde enkelte feil (minustall kan være et uttrykk for det) og at sammenlignbarheten mellom helseforetak ikke er like god som for kostnader. Det siste er knyttet til "uttrekk".

Tabell 5.2 illustrerer også at ikke alle helseforetak dekker alle tjenesteområder. St Olav HF har for eksempel null årsverk i TSB og kun åtte knyttet til ambulanse, noe som skyldes foretaksorganiseringen i Helse Midt-Norge i 2012.

I piloten viste det seg at det å trekke ut og fordele netto årsverk var spesielt arbeidskrevende. Det ble derfor gjort «frivillig» og noen av HF'ene rapporterte bare brutto årsverk. Resultattabellene nedenfor vil derfor vise at netto årsverk fremstår som ulikt rapportert, og disse tallene brukes også kun til å se netto som andel av brutto. I alle andre sammenheng er det brutto årsverk som benyttes.

Gitt disse forbeholdene vurderes kvaliteten på årsverkstallene som lovende, og så gode, at de kan brukes til fremstilling av indikator for produktivitet og støtteindikatorer.

### Kostnadsnivå, produktivitet og støtteindikatorer somatikk

Tabellen nedenfor viser tjenesteområdet "somatikk" med tilrettelagte grunnlagstall (aktivitet, årsverk og kostnader), indikatorer (kostnadsnivå og produktivitet) og støtteindikatorer for de ni helseforetakene. Kostnadsnivå og produktivitet har lys blå bunn for å skille de ut fra øvrige tall. Tabellen illustrerer hvordan indikatorer og støtteindikatorer kan settes sammen til et samlet bilde, på tvers av helseforetak.

## Pilot indikatorprosjektet

*Tabell 5.3: Indikatorer og støtteindikatorer tjenesteområdet «somatikk». Illustrasjon basert på driftsåret 2012. HF'ene er «anonymisert» og tallene må brukes med forsiktighet fordi det fremdeles er noe usikkerhet knyttet til sammenlignbarhet.*

		Somatikk									
		HF 1	HF 2	HF 3	HF 4	HF 5	HF 6	HF 7	HF 8	HF 9	
		2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	
GRUNNDATA	<b>Aktivitet</b>	Antall DRG poeng	55 034	69 536	30 022	34 631	210 955	119 962	96 804	61 454	53 458
	<b>Årsverk</b>	Antall brutto årsverk m/innleie	2 379	3 167	1 210	1 743	9 582	5 234	4 795	3 571	2 378
		Antall netto årsverk m/innleie	1 908	2 469	1 006	1 743	87	4 162	3 780	3 303	9
	<b>Kostnader</b>	Driftskostnader (1 000 kr)	1 718 512	2 393 049	1 095 777	1 475 832	8 221 847	4 232 983	3 724 737	2 851 114	2 067 122
	- i prosent av alle tjenesteområder	64 %	63 %	64 %	55 %	64 %	65 %	74 %	61 %	58 %	
INDIKATORER	<b>Kostnadsnivå</b>	Driftskostnad per DRG poeng	31 227	34 415	36 500	42 616	38 974	35 286	38 477	46 394	38 668
		- avvik fra gjennomsnitt	0,82	0,90	0,96	1,12	1,02	0,93	1,01	1,22	1,02
	<b>Produktivitet</b>	DRG poeng per brutto årsverk	23,1	22,0	24,8	19,9	22,0	22,9	20,2	17,2	22,5
STØTTEINDIKATORER	<b>Aktivitet - sammensetning</b>	Gjennomsnittlig liggetid	3,8	4,5	3,8	4,2	4,6	4,3	4,5	4,6	3,4
		Andel DRG poeng innlagt heldøgn	76,6 %	77,4 %	76,7 %	77,0 %	77,1 %	79,9 %	76,6 %	77,5 %	75,3 %
		Andel DRG-poeng polikli. og dagbeh.	23,4 %	22,6 %	23,3 %	23,0 %	22,9 %	20,1 %	23,4 %	22,5 %	24,7 %
	<b>Månedsværk - sammensetning</b>	Andel netto årsverk m/innleie av brutto	80 %	78 %	83 %	100 %	1 %	80 %	79 %	92 %	0 %
		Andel innleie av brutto årsverk	0,3 %	1,5 %	0,4 %	1,1 %	0,9 %	0,5 %	0,4 %	1,1 %	0,4 %
		Andel årsverk leger/psykologer (brutto)	14 %	17 %	18 %	18 %	18 %	14 %	15 %	17 %	24 %
	<b>Kostnader - sammensetning</b>	Andel årssverk sykepleiere (brutto)	41 %	44 %	31 %	41 %	58 %	45 %	49 %	46 %	47 %
		Andel varekostnader	20 %	20 %	16 %	18 %	18 %	22 %	20 %	19 %	16 %
		Andel lønnskostnader	66 %	68 %	79 %	69 %	70 %	66 %	65 %	69 %	73 %
	<b>Dekomponere kostnadsnivå</b>	Andel andre kostnader	14 %	11 %	13 %	13 %	12 %	12 %	16 %	12 %	11 %
		Lønnskostnad per DRG poeng	18 899	21 483	24 067	26 705	23 463	21 470	23 427	28 637	25 832
		Varekostnad per DRG poeng	5 763	6 411	5 451	6 947	6 174	7 066	7 124	7 939	5 683
Lønnskostn. per brutto årsv. (ekskl. innleie)		438 589	478 796	599 819	536 659	521 286	494 316	475 115	498 365	582 921	
	- avvik fra gjennomsnitt	0,85	0,93	1,17	1,04	1,01	0,96	0,92	0,97	1,13	

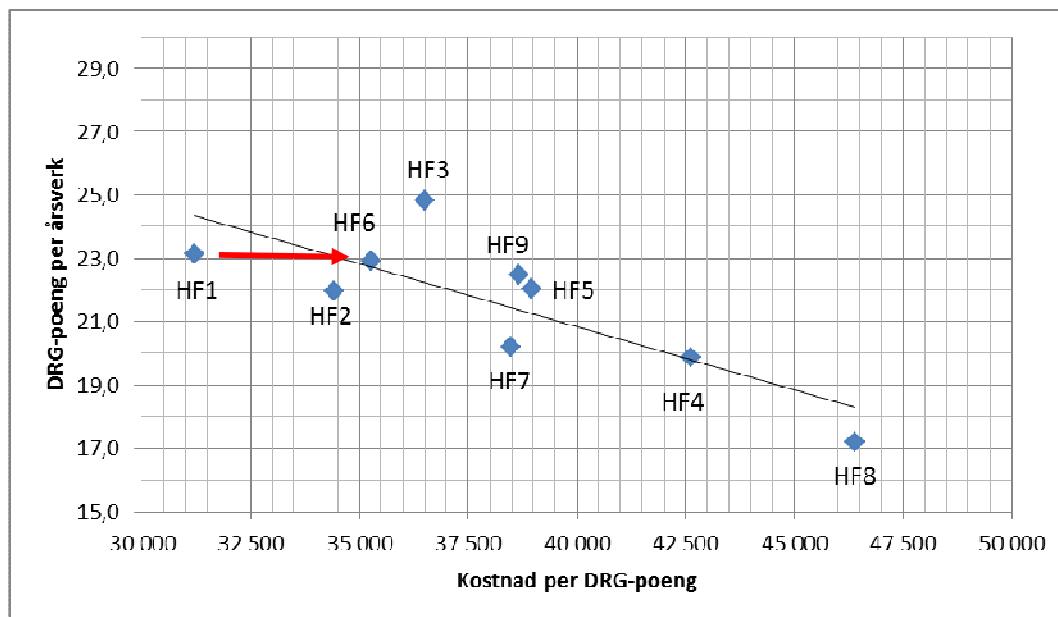
I linjene med kostnadsnivå, produktivitet, lønnskostnad per DRG-poeng og lønnskostnad per brutto årsverk er *laveste* og *høyeste* verdi markert med hvit bakgrunn i tabellen. Driftskostnad per DRG-poeng varierer fra 31 227 kr til 46 394 kr. Vi ser samtidig at foretaket som har lavest kostnadsnivå (HF 1, 0,82 av gjennomsnittet), har høy produktivitet (23,1 DRG-poeng per brutto årsverk) – men ikke høyest. Foretaket har videre lavest lønnskostnad per DRG-brutto årsverk. Gjennomsnittlig liggetid og andel DRG-poeng poliklinikk og dagbehandling er blant de laveste. Foretaket er det tredje minste i størrelse, målt med driftskostnader og årsverk.

Tabell 5.3 inneholder en stor mengde tall, og det vil åpenbart være behov for å ekstrahere tall og foreta mer lett tilgjengelige sammenstillinger. Ett eksempel på en slik sammenstilling kan være følgende:

I figur 5.1 er HF'ene satt inn i et diagram med kun produktivitet og kostnadsnivå. Den rette linjen illustrerer en estimert lineær sammenheng mellom kostnadsnivå og produktivitet og som forventet er denne sammenhengen negativ/fallende: Høyt kostnadsnivå er assosiert med lav produktivitet. De enkelte HF'enes avvik fra den rette linjen kan betraktes som avvik fra det som er «forventet» ut fra den observerte lineære sammenhengen.

## Pilot indikatorprosjektet

Figur 5.1: Sammenstilling av kostnadsnivå og produktivitet for ni HF. Driftsåret 2012



Figuren viser at HF 1 og HF6 har relativt lik produktivitet, men kostnadsnivået er ulikt. HF6 har et kostnadsnivå som er 13 prosent høyere enn HF 1. I tabell 5.4 er utvalgte støtteindikatorer plukket ut fra tabell 5.3 for å belyse potensielle årsaker til at kostnadsnivået er høyere for HF 6.

Tabell 5.4: Utvalgte støtteindikatorer for to HF med lik produktivitet men ulikt kostnadsnivå

	Gjennomsnittlig liggetid	Andel DRG-poeng innlagt heldøgn	Andel lønnskostnader	Lønnskostnad per årsverk
HF1 - lavt kostnadsnivå	3,8	76,6 %	66 %	438 589
HF6 - høyt kostnadsnivå	4,3	79,9 %	66 %	494 316

For HF6 viser tabellen følgende:

- Gjennomsnittlig liggetid er høyere
- Andel aktivitet knyttet til døgnpasienter er høyere
- Lønn som andel av driftskostnader er lik
- Lønnskostnad per årsverk er høyere

Det kan selvsagt være gode grunner til at de observerte forskjellene er som de er, og det kan være andre faktorer som kan være relevant å trekke inn enn de som er trukket frem her. Denne sammenstillingen er primært ment som en illustrasjon på hvordan tallmaterialet i tabell 5.3 kan brukes.



## Pilot indikatorprosjektet

### Indikatorprosjektet og Samdata

I helsedirektoratets Samdata-rapport, presenteres også "driftskostnad per DRG-poeng". Den kostnadsnivå-indikatoren er imidlertid systematisk høyere enn kostnadsnivået i tabell 5.3, og da av i hovedsak to grunner:

- Samdata inkluderer arbeidsgiveravgift og pensjon, indikatorprosjektet har holdt disse utenfor
- Indikatorprosjektet korrigerer for poliklinisk laboratorie- og radiologiaktivitet på en annen måte en Samdata.

Tabellen nedenfor illustrerer forskjellene mellom indikatorprosjektet og Samdata.

Tabell 5.5: Kostnadsnivå indikatorprosjektet og Samdata. Driftsåret 2012.

	HF 1	HF 2	HF 3	HF 4	HF 5	HF 6	HF 7	HF 8	HF 9
<b>Indikatorprosjektet:</b>									
Driftskostnad per DRG-poeng	31 227	34 415	36 500	42 616	38 974	35 286	38 477	46 394	38 668
- avvik fra gjennomsnittet (=1)	0,82	0,90	0,96	1,12	1,02	0,93	1,01	1,22	1,02
<b>Samdata:</b>									
Driftskostnad per DRG-poeng	36 068	41 488	43 592	50 670	52 293	42 163	49 316	53 801	42 048
- avvik fra gjennomsnittet (=1)	0,79	0,91	0,95	1,11	1,14	0,92	1,08	1,18	0,92

Tabellen viser at kostnadsnivået i Samdata ligger 5-10 000 kr høyere. Forskjellen er ulik for de ulike HF'ene, men *rangeringen* basert på avvik fra gjennomsnittet er i all hovedsak lik.

Som tidligere nevnt kan det argumenteres for og i mot det å ekskludere arbeidsgiveravgift og pensjon. I indikatorprosjektet har vi vært opptatt av å beregne et kostnadsnivå basert på faktorer som helseforetakene kan influere på. Arbeidsgiveravgift er per definisjon gitt og i tillegg er det geografisk variasjon. Pensjonskostnader kan endre seg vesentlig fra år til et annet av mer eller mindre tekniske grunner. Samdata har ansvar for nasjonale og offisielle indikatorer og kan ha et noe bredere siktemål. At det er forskjeller mellom Samdata og indikatorprosjektet kan følgelig forsvares, og forskjellene er så store at man umiddelbart vil skjønne at de baserer seg på to ulike spesifikasjoner og tjener to noe ulike formål.

Det *kan* imidlertid oppfattes som en ulempe at det utarbeides to ulike «kostnad per DRG-poeng». For de som ikke er kjent med årsaken til forskjellen, kan det virke forvirrende. På den annen side er forskjellen så stor at det er åpenbart at det ligger to ulike spesifikasjoner til grunn.

### Kostnadsnivå, produktivitet og støtteindikatorer psykisk helsevern voksne - sykehus

Tabellen nedenfor viser tjenesteområdet "psykisk helsevern voksne - sykehus" med tilrettelagte grunnlagstall, indikatorer og støtteindikatorer for de ni helseforetakene. Tabellen viser blant annet kostnad per psykisk helsevernaktivitet (PHA) og produktivitetsindikatoren PHA per brutto årsverk.

## Pilot indikatorprosjektet

Tabell 5.6: Indikatorer og støtteindikatorer tjenesteområdet "PH - sykehus". Driftsåret 2012. HF'ene er «anonymisert» og tallene må brukes med forsiktighet fordi det fremdeles er noe usikkerhet knyttet til sammenlignbarhet.

Psykisk helsevern voksne - sykehus		HF 1	HF 2	HF 3	HF 4	HF 5	HF 6	HF 7	HF 8	HF 9	
		2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	
GRUNNDATA	<b>Aktivitet</b>	PHA - Psykisk HelsevernAktivitet	143 838	210 764	111 889	187 413	242 974	223 899	223 127	111 218	171 091
	<b>Årsverk</b>	Antall brutto årsverk m/innleie	347	610	320	152	1 313	874	729	442	522
		Antall netto årsverk m/innleie	272	484	243	152	11	705	556	392	2
	<b>Kostnader</b>	Driftskostnader (1 000 kr)	217 758	284 638	195 177	84 614	902 758	551 880	436 428	256 503	315 274
- i prosent av alle tjenesteområder		8 %	7 %	11 %	3 %	7 %	9 %	9 %	6 %	9 %	
INDIKATORER	<b>Kostnadsnivå</b>	Driftskostnad per PHA	1 514	1 351	1 744		3 715	2 465	1 956	2 306	1 843
		- avvik fra gjennomsnitt	0,72	0,64	0,83		1,76	1,17	0,93	1,09	0,87
	<b>Produktivitet</b>	PHA per brutto årsverk	414	346	350		185	256	306	252	328
STØTTEINDIKATORER	<b>Aktivitet - sammensetning</b>	Andel PHA knyttet til døgnopphold	85 %	89 %	67 %	87 %	79 %	98 %	91 %	98 %	99 %
		Andel PHA knyttet til poliklinikk	15 %	11 %	33 %	13 %	21 %	2 %	9 %	2 %	1 %
		Andel PHA sykehus/DPS av VOP samlet	61 %	58 %	79 %	89 %	76 %	57 %	57 %	42 %	57 %
	<b>Månedsværk - sammensetning</b>	Andel netto årsverk m/innleie av brutto	78 %	79 %	76 %	100 %	1 %	81 %	76 %	89 %	0 %
		Andel innleie av brutto årsverk	2,3 %	0,3 %	0,1 %	1,1 %	0,8 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %
		Andel årsverk leger/psykologer (brutto)	14 %	11 %	19 %	17 %	9 %	12 %	14 %	7 %	22 %
	<b>Kostnader - sammensetning</b>	Andel årssverk sykepleiere (brutto)	34 %	30 %	40 %	16 %	49 %	29 %	32 %	30 %	24 %
		Andel varekostnader	9 %	5 %	3 %	7 %	5 %	9 %	13 %	4 %	4 %
		Andel lønnskostnader	74 %	88 %	83 %	76 %	78 %	78 %	78 %	83 %	85 %
	<b>Dekomponere kostnadsnivå</b>	Andel andre kostnader	17 %	8 %	14 %	17 %	17 %	13 %	9 %	12 %	11 %
		Lønnskostnad per PHA	1 116	1 185	1 448		2 885	1 924	1 527	1 922	1 567
		Varekostnad per PHA	134	64	59		183	212	261	99	76
Lønnskostn. per brutto årsv. (ekskl. innleie)		473 176	410 691	507 249	428 523	538 253	494 245	467 436	484 365	514 803	
	- avvik fra gjennomsnitt	0,99	0,86	1,06	0,89	1,12	1,03	0,97	1,01	1,07	

I linjene med kostnadsnivå, produktivitet, lønnskostnad per PHA og lønnskostnad per brutto årsverk er laveste og høyeste verdi markert med hvit bakgrunn i tabellen. Vi ser at kostnad per PHA varierer fra kr 1351 til 3715. Det er en relativt stor differanse, men vi ser samtidig at dette gjenspeiles i tilsvarende forskjell i produktivitet, dvs. PHA per brutto årsverk. HF 2 har dog lavest kostnadsnivå, men ikke høyest produktivitet. Kostnad per PHA og PHA per brutto årsverk har vi kunnet beregne fordi vi har laget ett aktivitetsmål, noe som ikke er gjort tidligere. For en nærmere beskrivelse av PHA og vektingen som ligger til grunn, se vedlegg 1.

Helseforetak 4 skiller seg ut ved at driftskostnader for tjenesteområdet "psykisk helsevern – sykehus" kun utgjør 3 % av de samlede driftskostnadene, mens de andre HF'ene ligger mellom fem og 11 prosent. Vi ser videre at HF 4 har en høy andel av PHA-aktiviteten knyttet til dette tjenesteområdet sammenlignet med de øvrige HF'ene (89 % mot de fleste andre 50-60 %). Når vi i tillegg ser det motsatte på tjenesteområdet for DPS, viser det at det ikke er overenstemmelse mellom fordeling av kostnader/årsverk på den ene siden og rapportering av aktivitet på den annen side. For dette foretaket er derfor indikator for kostnadsnivå og produktivitet utelatt. Dette er samtidig et eksempel på hvordan feil i data kan oppdages ved å se ulike støtteindikatorer i sammenheng.

Et eksempel på hvordan tallmaterialet kan brukes: HF 2 og HF 3 har relativt lik produktivitet (346 mot 350), men HF3 har et vesentlig høyere kostnadsnivå (1 351 mot 1 744). I tabell 5.7 er utvalgte støtteindikatorer plukket ut fra tabell 5.6 for å belyse potensielle årsaker til at kostnadsnivået er høyere for HF 3.

## Pilot indikatorprosjektet

Tabell 5.7: Utvalgte støtteindikatorer for to HF med lik produktivitet men ulikt kostnadsnivå

	Andel aktivitet (PHA) knyttet til døgntil behandling	Andel årsverk leger/psykolog.	Varekostnad per PHA	Lønns-kostnad per årsverk
HF2 - lavt kostnadsnivå	0,89	11 %	64	410 691
HF3 - høyt kostnadsnivå	0,67	19 %	59	507 249

For HF3 viser tabellen følgende:

- Andel døgntil basert aktivitet er *lavere*, med andre ord mer poliklinisk aktivitet
- Andel årsverk for leger og psykologer er *høyere*
- Lønnskostnad per årsverk er *høyere*
- Varekostnad er *lavere*

Og så er det selvsagt en sammenheng mellom de tre første kulepunktene. Det kan være gode grunner til at de observerte forskjellene er som de er, og det kan være andre faktorer som kan være relevant å trekke inn enn de som er trukket frem her. Her er denne sammenstillingen primært ment som en illustrasjon på hvordan tallmaterialet i tabell 5.6 kan brukes.

### Kostnadsnivå, produktivitet og støtteindikatorer psykisk helsevern voksne - DPS

Tabellen nedenfor viser tjenesteområdet "psykisk helsevern voksne - DPS" med tilrettelagte grunnlagstall, indikatorer og støtteindikatorer for de ni helseforetakene. Tabellen viser blant annet kostnad per PHA og produktivitetsindikatoren PHA per brutto årsverk.

Tabell 5.8: Indikatorer og støtteindikatorer tjenesteområdet "PH - DPS". Driftsåret 2012. HF'ene er «anonymisert» og tallene må brukes med forsiktighet fordi det fremdeles er noe usikkerhet knyttet til sammenlignbarhet.

Psykisk helsevern voksne - DPS		HF 1	HF 2	HF 3	HF 4	HF 5	HF 6	HF 7	HF 8	HF 9	
		2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	
GRUNDDATA	Aktivitet	PHA - Psykisk HelsevernAktivitet	91 113	155 714	29 182	22 041	75 903	166 406	171 584	154 382	131 446
	Årsverk	Antall brutto årsverk m/innleie	319	492	92	567	313	540	489	413	445
		Antall netto årsverk m/innleie	246	398	74	567	2	444	377	395	5
Kostnader	Driftskostnader (1 000 kr)	211 785	269 297	56 622	336 583	199 731	316 808	268 448	260 313	282 975	
	- i prosent av alle tjenesteområder	8 %	7 %	3 %	13 %	2 %	5 %	5 %	6 %	8 %	
INDIKATORER	Kostnadsnivå	Driftskostnad per PHA	2 324	1 729	1 940		2 631	1 904	1 565	1 686	2 153
		- avvik fra gjennomsnitt	1,17	0,87	0,97		1,32	0,96	0,79	0,85	1,08
	Produktivitet	PHA per brutto årsverk	285	316	318		243	308	351	373	295
STØTTEINDIKATORER	Aktivitet - sammensetning	Andel PHA knyttet til døgntil opphold	43 %	64 %	66 %	67 %	44 %	61 %	54 %	63 %	63 %
		Andel PHA knyttet til poliklinikk	57 %	36 %	34 %	33 %	56 %	39 %	46 %	37 %	37 %
		Andel PHA sykehus/DPS av VOP samlet	39 %	42 %	21 %	11 %	24 %	43 %	43 %	58 %	43 %
	Månedssverk - sammensetning	Andel netto årsverk m/innleie av brutto	77 %	81 %	80 %	100 %	1 %	82 %	77 %	96 %	1 %
		Andel innleie av brutto årsverk	0,3 %	0,0 %	0,4 %	0,3 %	0,8 %	0,4 %	0,3 %	0,5 %	1,2 %
		Andel årsverk leger/psykologer (brutto)	20 %	15 %	18 %	14 %	13 %	18 %	29 %	26 %	23 %
	Kostnader - sammensetning	Andel årssverk sykepleiere (brutto)	37 %	27 %	31 %	27 %	40 %	29 %	25 %	16 %	24 %
		Andel varekostnader	5 %	5 %	6 %	4 %	4 %	8 %	5 %	5 %	6 %
		Andel lønnskostnader	81 %	83 %	79 %	82 %	80 %	79 %	86 %	79 %	83 %
	Dekomponere kostnadsnivå	Andel andre kostnader	14 %	12 %	15 %	14 %	16 %	13 %	9 %	17 %	12 %
		Lønnskostnad per PHA	1 877	1 433	1 526		2 112	1 509	1 347	1 329	1 778
		Varekostnad per PHA	127	83	121		96	151	56	79	127
	Lønnskostn. per brutto årsv. (ekskl. innleie)	537 288	453 549	487 056	490 505	516 101	467 030	473 730	498 445	531 102	
	- avvik fra gjennomsnitt	1,09	0,92	0,98	0,99	1,04	0,94	0,96	1,01	1,07	

## Pilot indikatorprosjektet

I linjene med kostnadsnivå, produktivitet, lønnskostnad per PHA og lønnskostnad per brutto årsverk er laveste og høyeste verdi markert med hvit bakgrunn i tabellen. Vi ser at kostnad per PHA varierer fra kr 1565 til 2 631. Det er en relativt stor differanse, men vi ser samtidig at dette gjenspeiles i tilsvarende forskjell i produktivitet, dvs. PHA per brutto årsverk. HF 7 har dog lavest kostnadsnivå, men ikke høyest produktivitet. Kostnad per PHA og PHA per brutto årsverk har vi kunnet beregne fordi vi har laget ett aktivitetsmål, noe som ikke er gjort tidligere. For en nærmere beskrivelse av PHA og vektingen som ligger til grunn, se vedlegg 1.

Et eksempel på hvordan tallmaterialet kan brukes: HF 1 og HF 9 tilhører samme RHF, og HF9 er noe større enn HF1. I tabell 5.9 er utvalgte støtteindikatorer plukket ut fra tabell 5.8.

Tabell 5.9: Indikatorer og utvalgte støtteindikatorer for to HF av sammenlignbar størrelse.

	Driftskostnad per PHA	PHA per brutto årsverk	Andel aktivitet (PHA) knyttet til poliklinisk behandling	Andel årsverk leger/psykolog.	Varekostnad per PHA	Lønnskostnad per årsverk
HF1	2 324	285	0,57	20 %	127	537 288
HF9	2 153	295	0,37	23 %	127	531 102

Vi ser at

- HF1 har litt høyere kostnadsnivå, og samtidig lavere produktivitet.
- Andel poliklinisk aktivitet er vesentlig høyere i HF1
- Lønnskostnad per årsverk er svakt høyere i HF1
- Varekostnad er lik

Her er denne sammenstillingen primært ment som en illustrasjon på hvordan tallmaterialet kan brukes.

## Pilot indikatorprosjektet

### Eksempel: Samlet fremstilling av ett helseforetak – alle tjenesteområder

Tabellen nedenfor viser indikatorer og støtteindikatorer alle tjenesteområder for ett helseforetak (HF 1).

Tabell 5.7: Indikatorer og støtteindikatorer alle tjenesteområder, HF 1. Driftsåret 2012.

	Tjenesteområde	Somatikk	VOP sykehus	VOP DPS	BUP	TSB	Lab	Radiologi	Ambulanse	Pasienttransport	
GRUNNDATA	<b>Aktivitet</b>	PHA - Psykisk HelsevernAktivitet	143 838	91 113							
		Antall DRG poeng	55 034								
	<b>Årsverk</b>	Antall brutto årsverk m/innleie	2 379	347	319	181	164	208	118	144	-
		Antall netto årsverk m/innleie	1 908	272	246	133	125	165	94	125	-
<b>Kostnader</b>	Driftskostnader (1 000 kr)	1 718 512	217 758	211 785	134 672	138 395	175 049	104 048	-306	-	
	- i prosent av alle tjenesteområder	64 %	8 %	8 %	5 %	5 %	6 %	4 %	0 %		
INDIKATORE	<b>Kostnadsnivå</b>	Driftskostnad per PHA	1 514	2 324							
		Driftskostnad per DRG poeng	31 227								
	<b>Produktivitet</b>	PHA per brutto årsverk	414,2	285,3							
		DRG poeng per brutto årsverk	23,1								
STØTTEINDIKATORER	<b>Aktivitet - sammensetning</b>	Gjennomsnittlig liggetid	3,82								
		Andel DRG poeng innlagt heldøgn	76,6 %								
		Andel PHA knyttet til døgnopphold		85,0 %	42,6 %						
		Andel DRG-poeng polikl. og dagbeh.	23,4 %								
	<b>Månedssverk - sammensetning</b>	Andel PHA knyttet til poliklinikk		15,0 %	57,4 %						
		Andel PHA sykehus/DPS av VOP samlet		61 %	39 %						
		Andel netto årsverk m/innleie av brutto	80 %	78 %	77 %	74 %	76 %	79 %	80 %	87 %	-
		Andel innleie av brutto årsverk	0,3 %	2,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %	-
	<b>Kostnader - sammensetning</b>	Andel årsverk leger/psykologer (brutto)	14 %	14 %	20 %	37 %	17 %	7 %	25 %	0 %	-
		Andel årsverk sykepleiere (brutto)	41 %	34 %	37 %	2 %	25 %	0 %	0 %	10 %	-
		Andel varekostnader	20 %	9 %	5 %	3 %	13 %	34 %	8 %		-
	<b>Dekomponere kostnadsnivå</b>	Andel lønnskostnader	66 %	74 %	81 %	82 %	73 %	56 %	65 %		-
		Andel andre kostnader	14 %	17 %	14 %	15 %	13 %	10 %	27 %		-
		Lønnskostnad per DRG poeng	18 899								
Lønnskostnad per PHA			1 116	1 877							
	Varekostnad per DRG poeng	5 763									
	Varekostnad per PHA		134	127							
	Lønnskostn. per brutto årsv. (ekskl. innleie)	438 589	473 176	537 288	609 319	621 091	472 662	572 343		-	

Tabellen illustrerer at piloten dekker alle tjenesteområder, men et fullt sett med indikatorer og støtteindikatorer er kun laget for tre tjenesteområder.

## 6. Drøfting av erfaringer

For det første: Systematisk kvalitetskontroll er spesielt viktig for å sikre sammenlignbarhet på tvers av helseforetak.

Hva er gevinsten? Noen momenter:

- I piloten har vi gjort forsøk med kostnadsnivå/produktivitet basert på *ett* aktivitetsmål for psykisk helsevern (PHA), og ikke bare for somatikk (DRG). Indikatorprosjektet er en arena for å utvikle indikatorer og støtteindikatorer for alle tjenesteområder.
- I piloten har vi gjort forsøk med indikatorer basert på årsverk fra helseforetakenes lønns- og personalkuber. Indikatorprosjektet er en arena for å utnytte disse HR-dataene til for å forstå forskjeller i kostnadsnivå og produktivitet.
- Vi benytter eksisterende rapportering til SSB og NIFU-step. Helseforetakene får kjennskap til bruk av disse dataene, noe som over tid kan bidra til bedre kvalitet på innrapporterte data.
- Helseforetakene får bedre kjennskap til hvordan egne tall fremkommer og kan 1) lettere sammenligne seg med andre og 2) lettere tolke egen utvikling.
- Helseforetakene kan influere på hvordan indikatorer beregnes og fremstilles.
- Det er en realistisk mulighet at tallene for fjoråret kan ferdigstilles rundt påsketider, og dermed kunne være aktuelle som *bakgrunnsmateriale* for budsjettarbeidet.

Hva kreves av RHF'ene?

- Indikatorprosjektet er ressurskrevende, det "gjør seg ikke selv". Det må settes av tid og ressurser til organisering, gjennomføring og tilbakemelding av resultater til helseforetakene. Det er også viktig at det settes av tid til utviklingsoppgaver som det å utvikle aktivitetsmål på nye tjenesteområder, jobbe videre med nye støtteindikatorer, samt effektivisere tilrettelegging av data og produksjon/fremstilling av resultater gjennom nye tekniske løsninger.

Hva kreves av HF'ene?

- Basert på rapportering til SSB må Helseforetakene selv legge data inn og gjøre første tilrettelegging for produksjon av indikatorer og støtteindikatorer. De må også supplere med egne NIFU-step-tall. Dette er isolert sett et merarbeid for HF'ene. Dette gjelder spesielt HR-data.

Relasjon til Helsedirektoratet/Samdata

- Indikatorprosjektet overlapper til en viss grad Helsedirektoratets arbeid med Samdata-rapporten. Mens Samdata representerer nasjonale, offisielle tall, kan indikatorprosjektet tillate seg å lage indikatorer til intern bruk innen den samlede helseforetaksgruppen og i den forbindelse fokusere spesielt på å utvikle indikatorer på nye områder. Det er likevel viktig å unngå unødvendig dobbeltarbeid og det må utvikles gode og hensiktsmessige samarbeidsrelasjoner med Helsedirektoratet.
- For enkelte vil det telle negativt at det lages to ulike utgaver av "kostnad per DRG-poeng". Også for enkelte støtteindikatorer vil det kunne forekomme "dublisering" og ulike tall. Dette

## Pilot indikatorprosjektet

er sterkt knyttet til somatikken. Dette må sees i lys av at indikatorprosjektet dekker flere tjenesteområder og tar i bruk HR-data med andre muligheter enn det Samdata per dato gir mulighet for.

## 7. Videre arbeid og anbefaling

Piloten har vist at konseptet i indikatorprosjektet er gjennomførbart, det kan gi nyttig bakgrunnskunnskap til ledelse og styring og det vurderes som realistisk å utvide med alle helseforetak som deltagere. Indikatorprosjektet vil kunne virke positivt på kvaliteten av innrapportering til SSB og til NIFU-step.

En videreføring krever imidlertid at det må settes av tilstrekkelig med ressurser på RHF-nivå, og organisering av samarbeidet mellom RHF'ene må spesifiseres mht. roller og ansvar.

Det anbefales at

- indikatorprosjektet videreføres i 2014 og at alle helseforetak inviteres inn som deltagere
- Helsedirektoratet/Samdata inviteres til samarbeid om tilrettelegging av grunnlagsdata
- indikatorprosjektet får fortsatt status som et utviklingsarbeid, slik at spørsmål om videreføring i 2015 vurderes på nytt i lys av erfaringene i 2014.

Pilot indikatorprosjektet

## Referanser

Edwardsen DF, Førsvund F, Kittelsen SAC (2010): *Effektivitets- og produktivitetsanalyser basert på StatRes-data*. Rapport 2/2010, Frischsenteret.

Helsedirektoratet (2013): *Samdata Spesialisthelsetjenesten 2012*.



## Vedlegg 1: PHA - ett aktivitetsmål psykisk helsevern

I psykisk helsevern brukes vanligvis både antall oppholdsdøgn, antall utskrivninger og antall polikliniske konsultasjoner som mål på aktiviteten. I somatikken brukes DRG-poeng som ett samlemål på aktiviteten. I indikatorprosjektet er det generelt et ønske om å etablere ett aktivitetsmål per tjenesteområde, også for psykisk helsevern sykehus og DPS. Vi har valgt å prøve ut et samlet aktivitetsmål kalt PHA, Psykisk Helsevern Aktivitet. Det er basert på at døgnaktivitet og poliklinisk aktivitet vektet sammen. Metoden er enkel og den har vært prøvd ut i Helse Midt Norge siden 2012 i forbindelse aktivitetsrapportering fra HF til RHF'et og ved tallfesting av forventet aktivitet knyttet til inntekt. Enkelheten gjør at metodikken kun kan brukes på helseforetaksnivå. PHA bør med andre ord ikke brukes på avdelinger eller poster. Nedenfor gjør vi kort rede for hvordan PHA er konstruert for hhv. tjenesteområdene "sykehus" og "DPS".

Steg 1 starter med *polikliniske konsultasjoner*. De telles på basis av takstene, som igjen dekker ulike typer konsultasjoner:

- Førstegangskonsultasjon med diagnostisering og testing (P10)
- Oppfølging (utredning og behandling (P12)
- Møter med førstelinjetjenesten (P13)
- Telefonkonsultasjon (P14)

Ved hjelp av relative takster regnes alle typer takster om til P12-konsultasjoner (utredning og behandling) og benevnes V-konsultasjoner. "V" står for "vektede" konsultasjoner. Relative takster (vekter) er gjengitt i tabell V1.1.

Tabell V1.1: Relative takster/vekter benyttet for å beregne antall v-konsultasjoner.

	Voksne	Takster 2012	Relativt
Inntak og førstegangskons.	P10	362	3,26
Utredning og behandling	P12	111	1,00
Utredning og behandling	P12a	111	1,00
Utredning og behandling	P12b	111	1,00
Oppfølgingsmøte førstelinjen	P13	94	0,85
Oppfølgingssamtale tlf	P14	42	0,38
Tester	P15	319	2,87
Gruppe	P16	386	3,48

Antall av en takst multipliseres med vekten, og deretter summeres det over alle takster.

Steg 2 er å regne sammen v-konsultasjoner og døgnaktivitet. Utskrivninger og oppholdsdøgn vektet sammen med v-konsultasjoner på grunnlag av gjennomsnittlig kostnad per v-konsultasjon, per utskrivning og per oppholdsdøgn. Gjennomsnittskostnader (eller enhetskostnader) er laget på grunnlag av tallmateriale fra Helsedirektoratets Samdata-rapport. Det skilles mellom sykehus og DPS. For v-konsultasjon er det gjort en særskilt beregning. Se tabell V1.2 for detaljer.

## Pilot indikatorprosjektet

Tabell V1.2: Enhetskostnader og vekter for å komme frem til PHA.

Nasjonale vekter	Enhetskostnad	Vekt	Kommentar
V-konsultasjon	2 439	1,00	Enhetskostnad basert på beregnet gjennomsnittet for de HF'ene som er med her, basert på Samdata-tall
Samlet: Oppholdsdøgn	9 241	3,79	Enhetskostnad nasjonalt nivå i Samdata-tabell 6.8
Samlet: Utskrivninger	740 706	98,69	Enhetskostnad nasjonalt nivå i Samdata-tabell 6.8
DPS: Oppholdsdøgn	6 584	2,70	Enhetskostnad nasjonalt nivå i Samdata-tabell 6.9
DPS: Utskrivninger	149 265	61,20	Enhetskostnad beregnet på basis av Samdata-tall
Sykeh: Oppholdsdøgn	10 983	4,50	Enhetskostnad nasjonalt nivå i Samdata-tabell 6.9
Sykeh: Utskrivninger	746 730	101,16	Enhetskostnad beregnet på basis av Samdata-tall
<b>Forslag - SYKEHUS:</b>	Utskr versus døgn	Vekter - initielt	<b>Vekter i bruk SH</b>
V-konsultasjon		1,00	<b>1,00</b>
Oppholdsdøgn	50%	4,50	<b>2,25</b>
Utskrivninger	50%	100,00	<b>50,00</b>
<b>Forslag - DPS:</b>	Utskr versus døgn	Vekter - initielt	<b>Vekter i bruk DPS</b>
V-konsultasjon		1,00	<b>1,00</b>
Oppholdsdøgn	50%	2,70	<b>1,35</b>
Utskrivninger	50%	60,00	<b>30,00</b>

V-konsultasjon får vekten 1. Basert på en kostnad per v-konsultasjon på kr 2 439, per utskrivning på kr 246 730 og per oppholdsdøgn 10 983, får utskrivning fra sykehus en initiell vekt på 101,16 (rundes av til 100) og oppholdsdøgn i sykehus vekten 4,5 – og tilsvarende for DPS. Vi lar utskrivninger og døgn hver telle 50 %, slik at initielle vekter multipliseres med 0,5 for å komme frem til vektene som faktisk brukes i beregningen jfr. tabell V1.2.

Antall PHA for tjenesteområdet "sykehus" får vi da ved å ta antall oppholdsdøgn og utskrivninger, multiplisere med hver sin vekt og summere sammen med v-konsultasjoner. Tilsvarende gjøres for tjenesteområdet "DPS".

Datagrunnlag for utskrivninger, oppholdsdøgn og takster per helseforetak er pasientdata fra Norsk Pasientregister.

Dagaktivitet er ikke inkludert som egen komponent i PHA av to grunner. For det første er svært mye dagaktivitet over tid organisert som poliklinisk behandling og fanges dermed opp av takster. For det andre viser pasientdata fra NPR at det er store forskjeller i omfanget av dagaktivitet i helseforetakene og det er grunn til å tro at dette har med ulike registreringsrutiner å gjøre. Datakvaliteten synes følgelig ikke å være tilfredsstillende.

Tabell V1.3 viser antall utskrivninger, oppholdsdøgn og v-konsultasjoner som ligger til grunn for PHA for 2012, og tabell V1.4 viser antall PHA per helseforetak som er med piloten,

## Pilot indikatorprosjektet

Tabell V1.3: Grunnlagsdata driftsåret 2012 (datakilde NPR).

Helseforetak	DPS_utskr_sum	DPS_dogn_sum	DPS_vkons_sun	SH_utskr_sum	SH_dogn_sum	SH_vkons_sum
Sykehuset Østfold HF	1 331	31 510	48 977	1 780	35 682	1 806
Sykehuset i Vestfold HF	568	16 154	52 265	1 488	21 252	21 621
Oslo universitetssykehus HF	448	14 508	42 877	1 126	60 390	50 796
Helse Stavanger HF	1 463	41 185	56 224	1 804	43 274	23 198
Helse Bergen HF	1 566	40 102	65 288	2 048	52 051	4 384
St. Olavs Hospital HF	1 677	31 738	78 428	2 217	41 325	19 296
Helse Nord Trøndelag HF	276	8 040	10 048	873	13 865	37 043
Nordlandssykehuset HF	348	3 260	7 200	1 412	40 769	25 082
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	2 160	24 334	56 731	1 190	22 048	2 110

Tabell V1.4: Antall PHA for hhv. sykehus og DPS, driftsåret 2012.

Helseforetak	PHA_SH_sum	PHA_DPS_sum	Andel PHA sykehus	Andel PHA DPS
Sykehuset Østfold HF	171 091	131 446	57 %	43 %
Sykehuset i Vestfold HF	143 838	91 113	61 %	39 %
Oslo universitetssykehus HF	242 974	75 903	76 %	24 %
Helse Stavanger HF	210 764	155 714	58 %	42 %
Helse Bergen HF	223 899	166 406	57 %	43 %
St. Olavs Hospital HF	223 127	171 584	57 %	43 %
Helse Nord Trøndelag HF	111 889	29 182	79 %	21 %
Nordlandssykehuset HF	187 413	22 041	89 %	11 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	111 218	154 382	42 %	58 %

Aktivitet målet PHA kan brukes til å beregne kostnadsnivå (se tabell V1.5) og produktivitet, dvs. kostnad per PHA og PHA per årsverk, men det kan også brukes til å fremstille andre støtteindikatorer. I tabell V1.4 presenteres andel aktivitet knyttet til henholdsvis sykehus og DPS av samlet aktivitet psykisk helsevern for voksne. Andelene varierer, men ligger for mange helseforetak på rundt 60 % for sykehus og 40 % for DPS. Andelene kan ha sammenheng med organisering. Helse Nord-Trøndelag har f. eks. en stor del av sine DPS-tjenester integrert i sykehusavdelinger og kommer følgelig ut med en høy andel på sykehus. Tallmaterialet for Nordlandssykehuset er beheftet med feil mht. til plassering på sykehus og DPS og dette helseforetaket holdes derfor utenfor i en del tabeller.

Det er viktig å være klar over at andel PHA ved sykehus og DPS vil være påvirket av de valgte vektene, og da spesielt vektleggingen av utskrivninger versus oppholdsdøgn, men også på valg av enhetskostnader (døgn versus poliklinikk, og sykehus versus DPS). I piloten er det gjort et skjønnsmessig valg mht. til at utskrivninger og oppholdsdøgn teller 50 % hver. I tabell V1.5

## Pilot indikatorprosjektet

nedenfor viser vi hvordan kostnadsnivå endrer seg ved hvis det kun legges vekt på oppholdsdøgn (0/100) eller kun utskrivninger (100/0).

Tabell V1.5: Kostnad per PHA for tjenesteområdet "sykehus", alternative vekter.

	Kostnad per PHA Sykehus utskrivn./døgn	Kostnad per PHA Sykehus Alternativ	Kostnad per PHA Sykehus Alternativ	Gj.sn. oppholdstid sykehus
	50/50	0/100	100/0	
Sykehuset Østfold HF	1 843	1 942	1 753	20,0
Sykehuset i Vestfold HF	1 514	1 857	1 278	14,3
Oslo universitetssykehus HF	3 715	2 799	5 525	53,6
Helse Stavanger HF	1 351	1 306	1 398	24,0
Helse Bergen HF	2 465	2 313	2 638	25,4
St. Olavs Hospital HF	1 956	2 126	1 811	18,6
Helse Nord Trøndelag HF	1 744	1 963	1 570	15,9
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	2 306	2 531	2 118	18,5
<b>Gjennomsnitt</b>	<b>2 112</b>	<b>2 105</b>	<b>2 261</b>	<b>23,8</b>

Tabell V1.6: Kostnad per PHA for tjenesteområdet "DPS", alternative vekter.

	Kostnad per PHA DPS utskrivn./døgn	Kostnad per PHA DPS Alternativ	Kostnad per PHA DPS Alternativ	Gj.sn. oppholdstid DPS
	50/50	0/100	100/0	
Sykehuset Østfold HF	2 153	2 111	2 196	23,7
Sykehuset i Vestfold HF	2 324	2 209	2 453	28,4
Oslo universitetssykehus HF	2 631	2 434	2 863	32,4
Helse Stavanger HF	1 729	1 608	1 870	28,2
Helse Bergen HF	1 904	1 825	1 989	25,6
St. Olavs Hospital HF	1 565	1 636	1 499	18,9
Helse Nord Trøndelag HF	1 940	1 783	2 128	29,1
Universitetssykehuset i Nord-Norge H	1 686	2 126	1 397	11,3
<b>Gjennomsnitt</b>	<b>1 992</b>	<b>1 967</b>	<b>2 050</b>	<b>24,7</b>

Tabellene viser for det første at kostnadsnivået varierer mellom helseforetakene. Forskjellene er størst for sykehus, noe mindre for DPS. Tabellen viser videre at de som har lang gjennomsnittlig oppholdstid kommer bedre ut ved å legge "all" vekt på oppholdsdøgn, mens de med kort gjennomsnittlig oppholdstid kommer bedre ut dersom "all" vekt legges på utskrivninger. Kostnadsnivået vil med andre ord være noe følsomt overfor hvilke vekter som velges.

Som et supplement til tabellene V1.5 og V1.6 presenterer vi nedenfor relativt kostnadsnivå for helseforetakene, det vil si avviket i forhold til gjennomsnittlig kostnadsnivå.

## Pilot indikatorprosjektet

Tabell V1.7: Relativt kostnadsnivå for tjenesteområdet "sykehus", alternative vektorer.

	Kostnad per PHA Sykehus utskrivn./døgn	Kostnad per PHA Sykehus Alternativ	Kostnad per PHA Sykehus Alternativ	Gj.sn. oppholdstid sykehus
	50/50	0/100	100/0	
Sykehuset Østfold HF	0,87	0,92	0,78	20,0
Sykehuset i Vestfold HF	0,72	0,88	0,57	14,3
Oslo universitetssykehus HF	1,76	1,33	2,44	53,6
Helse Stavanger HF	0,64	0,62	0,62	24,0
Helse Bergen HF	1,17	1,10	1,17	25,4
St. Olavs Hospital HF	0,93	1,01	0,80	18,6
Helse Nord Trøndelag HF	0,83	0,93	0,69	15,9
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	1,09	1,20	0,94	18,5
<b>Gjennomsnitt</b>	1,00	1,00	1,00	<b>23,8</b>

Tabell V1.8: Relativt kostnadsnivå for tjenesteområdet "DPS", alternative vektorer.

	Kostnad per PHA DPS utskrivn./døgn	Kostnad per PHA DPS Alternativ	Kostnad per PHA DPS Alternativ	Gj.sn. oppholdstid DPS
	50/50	0/100	100/0	
Sykehuset Østfold HF	1,08	1,07	1,07	23,7
Sykehuset i Vestfold HF	1,17	1,12	1,20	28,4
Oslo universitetssykehus HF	1,32	1,24	1,40	32,4
Helse Stavanger HF	0,87	0,82	0,91	28,2
Helse Bergen HF	0,96	0,93	0,97	25,6
St. Olavs Hospital HF	0,79	0,83	0,73	18,9
Helse Nord Trøndelag HF	0,97	0,91	1,04	29,1
Universitetssykehuset i Nord-Norge H	0,85	1,08	0,68	11,3
<b>Gjennomsnitt</b>	1,00	1,00	1,00	<b>24,7</b>

### Oppsummert:

PHA er et enkelt og intuitivt aktivitetsmål som kan brukes til å beregne kostnadsnivå og produktivitet for tjenesteområdene "sykehus" og "DPS". PHA kan også brukes som grunnlag for ulike støtteindikatorer.

PHA er konstruert for bruk på helseforetaksnivå. Bruk av vektorer og tilhørende skjønn for å beregne PHA, kan med fordel utredes videre før man lander på et endelig valg.