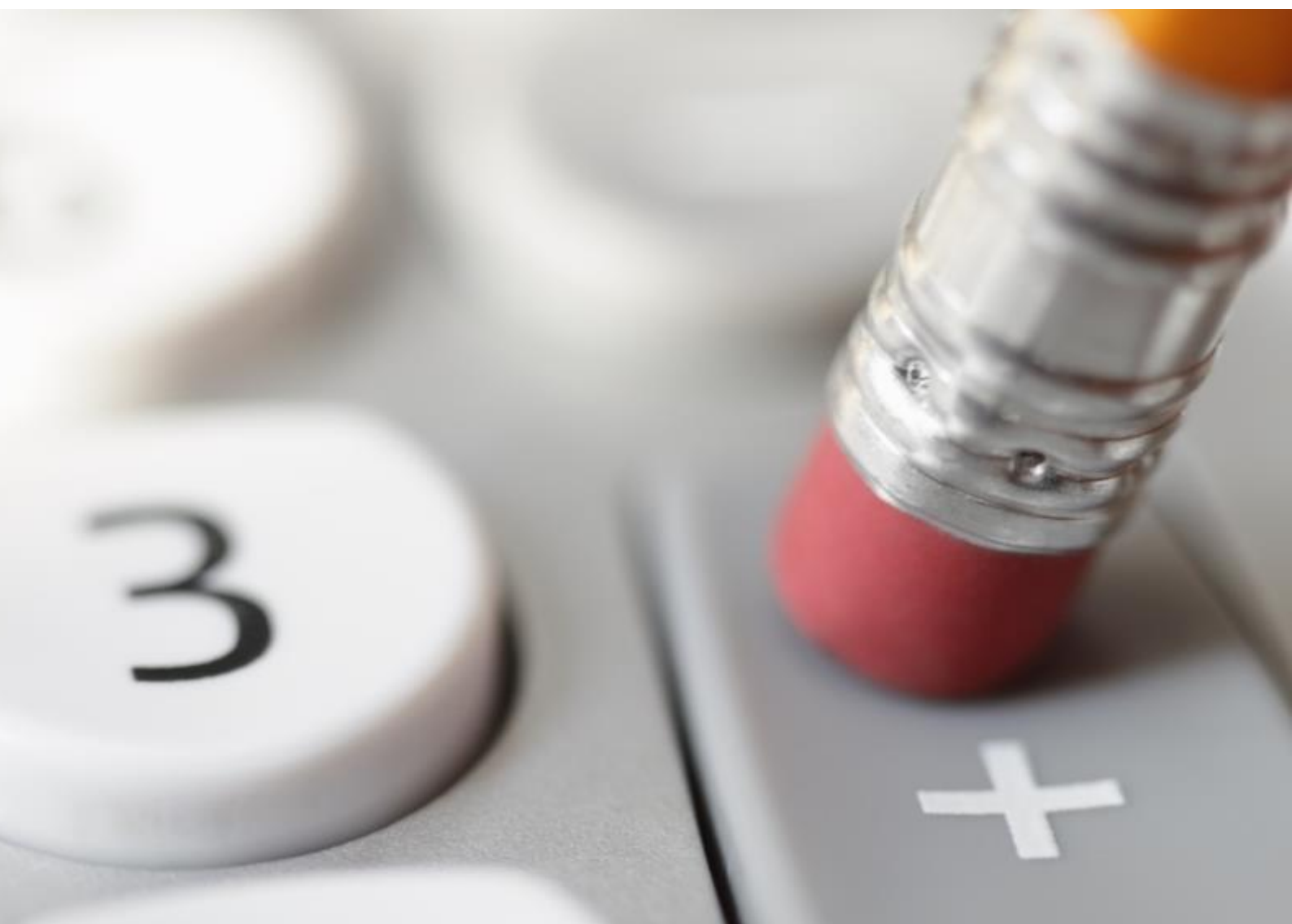


# Kostnader i spesialisthelsetjenesten

SAMDATA Spesialisthelsetjeneste

---

Rapport  
IS-2847



# Innhold

Forord	2
Sammendrag	4
Innledning	5
<b>1. Kostnadsutvikling 2008-2018</b>	<b>6</b>
<b>2. Kostnadsutvikling i somatisk sektor versus psykisk helsevern og rusbehandling – Gylne regel</b>	<b>10</b>
<b>3. Regionale variasjoner i kostnad per innbygger</b>	<b>14</b>
3.1 Helse Sør-Øst	17
3.2 Helse Vest	18
3.3 Helse Midt-Norge	19
3.4 Helse Nord	20

# Forord

Formålet med SAMDATA er å utarbeide sammenlignbar statistikk og analyser av utvikling og forskjeller i spesialisthelsetjenesten. Resultatene utgjør et av grunnlagene for styring og utvikling av tjenestene. Kostnader, produktivitet, aktivitet og bruk av tjenester er sentrale tema i SAMDATA.



# Sammendrag

## **Sterkere realvekst i perioden 2013-2018 sammenlignet med 2008-2013**

Kostnadene til spesialisthelsetjenester utgjorde 142,5 mrd. kr i 2018. Det var en realvekst i kostnadene på 17 prosent fra 2008, samtidig som folketallet økte med 11 prosent. Realveksten i kostnader var sterkere de siste fem årene i perioden sammenlignet med de fem første. Fra 2008 til 2013 økte kostnadene og folketallet i takt. Det vil si at kostnadene økte mer enn folketallet gjennom de siste fem årene i perioden som betraktes. Det siste året, fra 2017 til 2018, var realveksten 0,9 prosent, og befolkningen økte med 0,6 prosent.

## **Sterkere vekst i somatisk sektor siste fem år**

Fra 2008 til 2018 var realveksten i somatisk sektor 17 prosent, mot 8 prosent for det psykiske helsevernet. Fram til 2013 økte kostnadene i somatisk sektor og psykisk helsevern noenlunde i takt. De siste fem årene i perioden var veksten i somatisk sektor, korrigert for budsjettstyrkinger knyttet til legemidler, sterkere enn i psykisk helsevern.

## **Siste år var det lik vekst i kostnader til somatisk sektor og til psykisk helsevern**

Også når kostnadene måles uten pensjon, legemidler og kapital, ser vi i siste femårsperiode sterkere vekst i somatisk sektor sammenlignet med psykisk helsevern. Dette bildet gjelder for alle regioner. Det siste året i perioden, fra 2017 til 2018, var veksten i kostnader til somatikk og psykisk helsevern noenlunde jevn på nasjonalt nivå. Bak dette var det regionale variasjoner. Helse Nord hadde som eneste region sterkere vekst i psykisk helsevern enn i somatisk sektor i 2018.

## **Regionale variasjoner i kostnader per innbygger kan knyttes både til ulik tilgang og ulik produktivitet**

Korrigert for ulikheter i både behov og strukturelle forhold, hadde regionene ulik kostnad per innbygger til somatisk sektor og til psykisk helsevern. Helse Midt-Norge og Helse Nord brukte mer kostnader per innbygger til somatisk sektor, sammenlignet med Helse Sør-Øst og Helse Vest. Mer kostnader per innbygger i Helse Midt-Norge og Helse Nord assosieres i begge regioner både med høyere pasientrater og lavere produktivitet. Helse Vest brukte mer kostnader per innbygger til psykisk helsevern. Høyere kostnader per innbygger assosieres med høyere pasientrater, samt lavere produktivitet i behandlingen av voksne.

# Innledning

## **Denne analysen belyser tre hovedspørsmål:**

I: Hvordan har utviklingen i kostnader til spesialisthelsetjenester vært i perioden fra 2008 til 2018? Herunder, er kostnadsutviklingen jevn gjennom perioden og mellom tjenesteområdene?

II: Har det vært sterkere vekst i kostnader til psykisk helsevern og rusbehandling sammenlignet med somatisk sektor? Herunder, er det regionale variasjoner i utviklingen?

III: Er det regionale variasjoner i kostnader per innbygger til tjenesteområdene somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling? Herunder diskuteres det om ulikt nivå på kostnad per innbygger kan assosieres med: i) ulik tilgang til tjenestene? og/-eller ii) ulik produktivitet i pasientbehandlingen?

Spørsmål I er aktuelt å belyse fordi det er et mål at ressursene i helsetjenesten vris mot tilbud på lavest mulig nivå. Det vil isolert sett si at over tid så bør kostnadsinnsatsen i spesialisthelsetjenesten dempes. På den andre siden gir ny teknologi, nye legemidler, og sterk økonomi - kombinert med høy kunnskap om mulige behandlingstilbud - sterkt press på kostnadene i spesialisthelsetjenesten. Dermed er det interessant å se hvordan kostnadene utvikler seg.

Over flere år har det vært et uttalt politisk mål at psykisk helsevern og rusbehandling kostnadmessig skal prioriteres foran somatisk sektor. En befolkningsutvikling med sterkere vekst i antall eldre gir imidlertid økende behov for somatiske helsetjenester. Den medisinsk-tekniske utviklingen, inkludert nye kostbare legemidler, gir også et kostnadspress på den somatiske sektoren. Dreining mot polikliniske tilbud i det psykiske helsevernet for voksne, herunder også kortere liggetider og økende kostnadseffektivitet, utfordrer muligheten til sterkere vekst i psykisk helsevern. Del II i dette notatet ser nærmere på hvordan kostnadene til de tre ulike tjenesteområdene har utviklet seg, herunder om det er regionale variasjoner. Det er interessant å belyse om vedvarende politisk fokus på denne målsettingen gir resultater over tid.

I del III presenteres regionale variasjoner i kostnader per innbygger for 2018. Kostnadene korrigeres for ulikheter i behov og strukturelle forhold. Regionale variasjoner i kostnader til per innbygger diskuteres i lys av indikatorer for tilgang til tjenester, og indikatorer for produktivitet. Dette kan gi pekepinner på om ulik korrigert kostnad per innbygger kan knyttes til ulikt omfang av pasienter, ulik produktivitet, eller begge deler.

Innføringen av nøytral merverdiavgift i 2017 medførte at 6,4 mrd. kr ble holdt utenom resultatregnskapene, sammenlignet med om merverdiavgiften fortsatt skulle blitt kostnadsført. Ved framstillingen av kostnadsutvikling i kapittel 1 og 2, så presenteres vekstkurvene ved hjelp av indekserte størrelser. Grunnlagsdata for kostnadene vises også i tabeller, hvor kostnadstallene for 2017 vises både med og uten merverdiavgift. Fordeling av merverdiavgiften i 2017 mellom tjenesteområdene er estimert av Helsedirektoratet.

# **1. Kostnadsutvikling 2008-2018**

Kostnadene til spesialisthelsetjenesten var 142,5 mrd. kr i 2018. Korrigerert for prisutvikling og budsjettstyrking knyttet til legemidler, så var realveksten i kostnader 17 prosent fra 2008 til 2018. I samme periode økte folketallet med 11 prosent. Figur 1 nedenfor viser at realveksten i kostnader var sterkere enn befolkningsveksten i perioden fra 2013 til 2018. Fram til 2013 økte kostnadene, korrigerert for prisvekst og budsjettstyrking for legemidler, omtrent i tråd med befolkningsveksten.

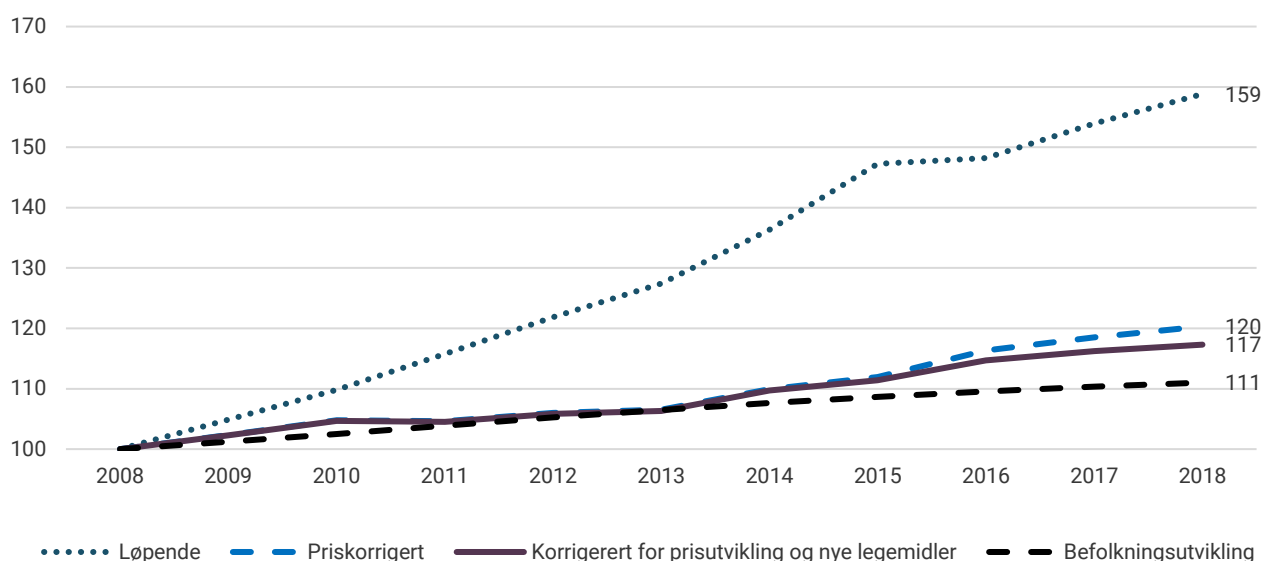
Figur 2 viser at realveksten i kostnader til somatikk var sterkere enn veksten i folketallet i siste del av perioden fra 2013 til 2018. Samtidig var realveksten i kostnader til psykisk helsevern svakere enn befolkningsveksten. I første del av perioden, fra 2008 til 2013, økte kostnadene til både somatikk og psykisk helsevern med om lag 5 prosent, samtidig som befolkningen økte med om lag 6-7 prosent.

Gjennom hele perioden fra 2008 til 2018 så har veksten i antall eldre, som i større grad enn gjennomsnittet bruker somatiske spesialisthelsetjenester, vært sterkere enn veksten i folketallet samlet – se figur 3. Dette gir både et økende antall og en økende andel eldre i befolkningen. En økende andel eldre i befolkningen gir i seg selv en vekst i behovet for somatiske spesialisthelsetjenester ut over befolkningsveksten. Det er midlertid kun i de siste fem årene av perioden som betraktes at kostnadsveksten har vært sterkere enn befolkningsveksten. Ny medisinsk teknologi, herunder nye kostbare legemidler, gir også press på kostnadene i somatisk sektor.

Det framgår også av figur 2 at kostnadene til ambulanser og pasienttransport har økt med 38 prosent i tiårsperioden, og at kostnadene til rusbehandling har økt med 51 prosent. Disse tjenestekområdene har dermed den sterkeste kostnadsveksten. Kostnadene til ambulanser og pasienttransport utgjorde ca. 6,7 prosent av totale kostnader i 2018, og kostnadene til rusbehandling utgjorde ca. 3,7 prosent.

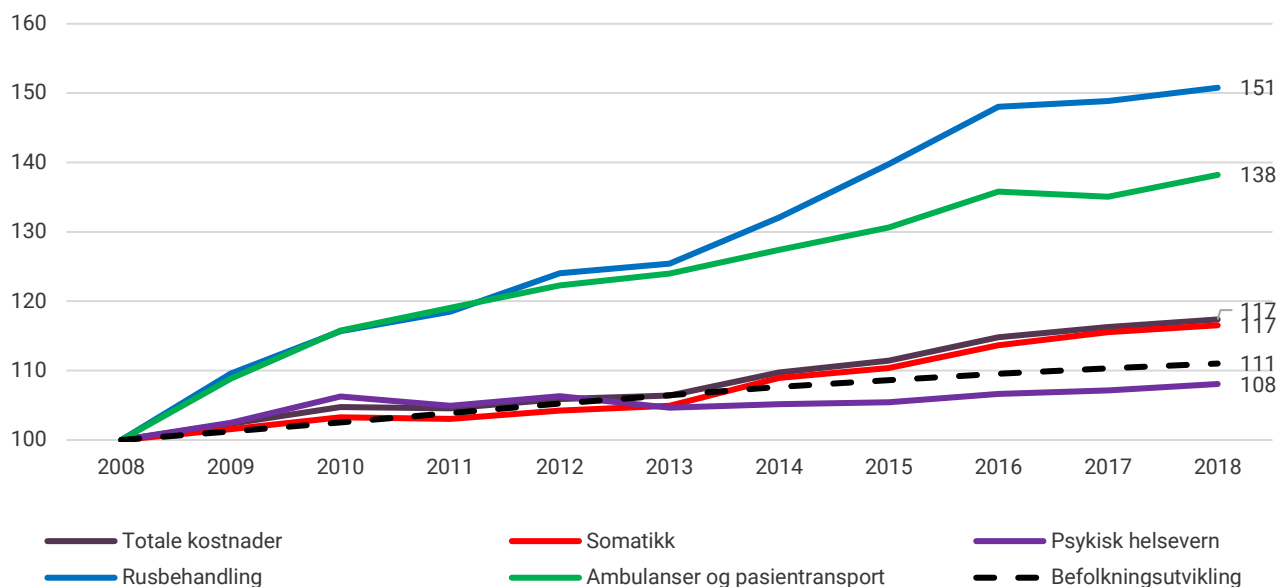
Siste år i perioden, fra 2017 til 2018, var realveksten i kostnader til både somatikk og psykisk helsevern lik, og den var i underkant av 1 prosent. Befolkningsveksten siste år var 0,6 prosent.

Figur 1: Utvikling i totale kostnader for spesialisthelsetjenesten 2008-2018, indeksert hvor 2008=100.

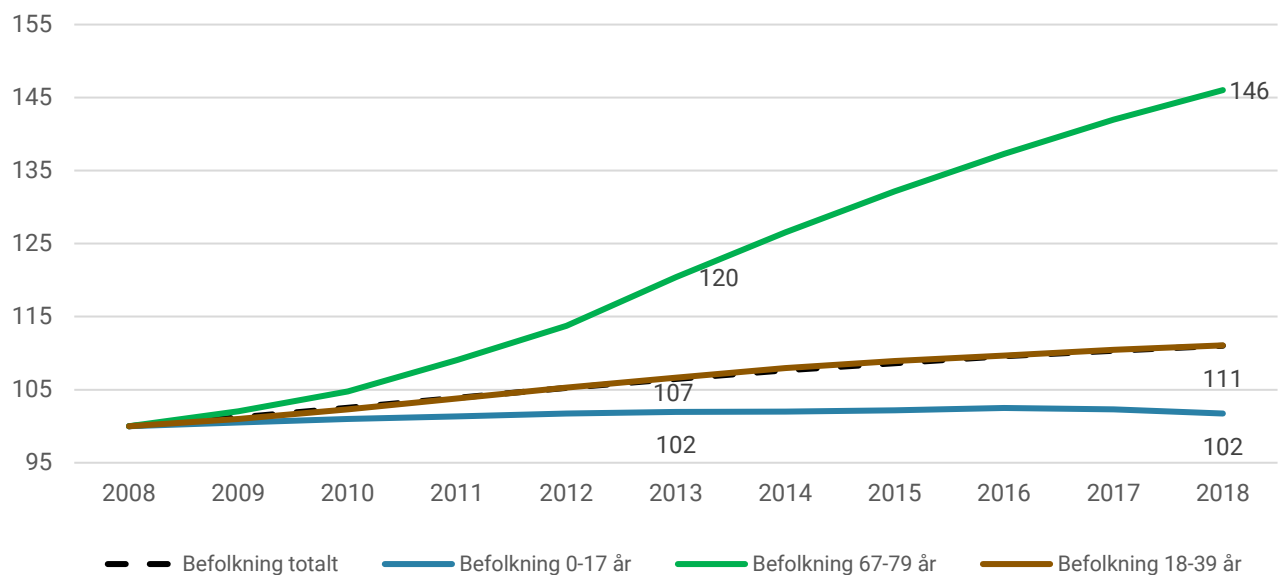




Figur 2: Utvikling i kostnader for ulike tjenestekområder i spesialisthelsetjenesten 2008-2018, indeksert hvor 2008 = 100. Korrigert for prisutvikling og nye legemidler.



Figur 3: Befolkningsutvikling totalt og for ulike aldersgrupper, indeksert hvor 2008 = 100.



Tabell 1: Løpende kostnader i spesialisthelsetjenesten, mill. kr., 2008-2018.

	Mva inkludert						Mva ekskludert	
	2008	2012	2014	2015	2016	2017	2017	2018
Totale kostnader, fordelt på:	93 874	114 412	127 980	138 248	139 114	144 536	138 186	142 540
- Somatikk	67 310	80 775	91 203	98 399	99 350	103 812	98 558	101 830
- Psykisk helsevern	17 024	20 811	22 193	23 609	23 117	23 700	23 272	23 845
- Rusbehandling	2 822	4 025	4 621	5 190	5 320	5 458	5 196	5 346
- Ambulanser og pasienttransport	5 388	7 575	8 513	9 260	9 319	9 455	9 199	9 564
- RHF-adm og annet	1 330	1 227	1 451	1 790	2 009	2 111	1 961	1 955
Herav:								
Budsjett nye legemidler	658			300	1200	730	584	841
Pensjonskostnader	9 234	12 969	14 637	18 676	14 165	13 267	13 267	11 799

Tabell 2: Årlig prisvekst i prosent og akkumulert deflator hvor 2008 = 1. 2008-2018.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Prisvekst	1,059	1,025	1,022	1,056	1,039	1,040	1,037	1,061	0,968	1,020	1,016
Deflator	1,320	1,288	1,260	1,193	1,148	1,104	1,064	1,003	1,036	1,016	1,000

Tabell 3: Totale kostnader justert for prisvekst og korrigeret for budsjettstyring knyttet til nye legemidler i spesialisthelsetjenesten, mill. kr., 2008-2018.

	Mva inkludert						Mva ekskludert	
	2008	2012	2014	2015	2016	2017 <sup>1</sup>	2017	2018
Totale kostnader, delt på:	127 167	134 685	139 571	141 742	145 969	147 894	141 233	142 540
- Somatikk	92 180	96 068	100 422	101 761	104 758	106 520	100 972	101 830
- Psykisk helsevern	22 469	23 891	23 625	23 687	23 958	24 078	23 644	23 845
- Rusbehandling	3 725	4 621	4 918	5 207	5 513	5 546	5 279	5 346
- Ambulanser og pasienttransport	7 112	8 696	9 062	9 291	9 658	9 606	9 346	9 564
- RHF-adm og annet	1 756	1 408	1 544	1 796	2 082	2 144	1 993	1 955
Herav legemidler (prisjustert)								
- Årlig budsjettstyrking	868			301	1 244	742	593	841
- Akkumulert til 2018	3 338	3 338	3 338	3 037	1 793	1 051	841	

1 Fordeling av mva mellom tjenestoområder er estimert av Helsedirektoratet.

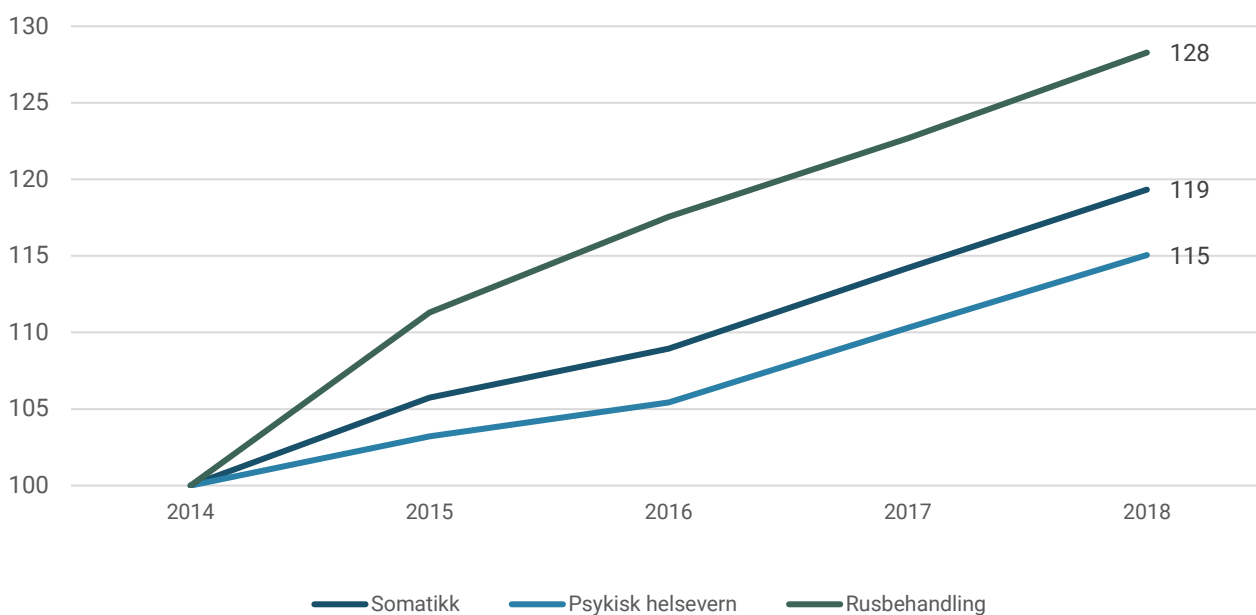
## **2. Kostnadsutvikling i somatisk sektor versus psykisk helsevern og rusbehandling – Gyldne regel**

Når vekst i kostnader sammenlignes mellom sektorene somatisk, psykisk helsevern og rusbehandling, så måles kostnadene løpende, uten pensjon, kapital og legemidler. Fra 2014 til 2018 økte kostnadene i somatisk sektor med 19 prosent, mot 15 prosent for det psykiske helsevernet. Figur 4 viser at sterkere vekst i somatisk sektor enn for det psykiske helsevernet i kom i perioden fra 2014 til 2016. Fra 2016 til 2018 så var veksten noenlunde jevn for disse to tjenesteområdene.

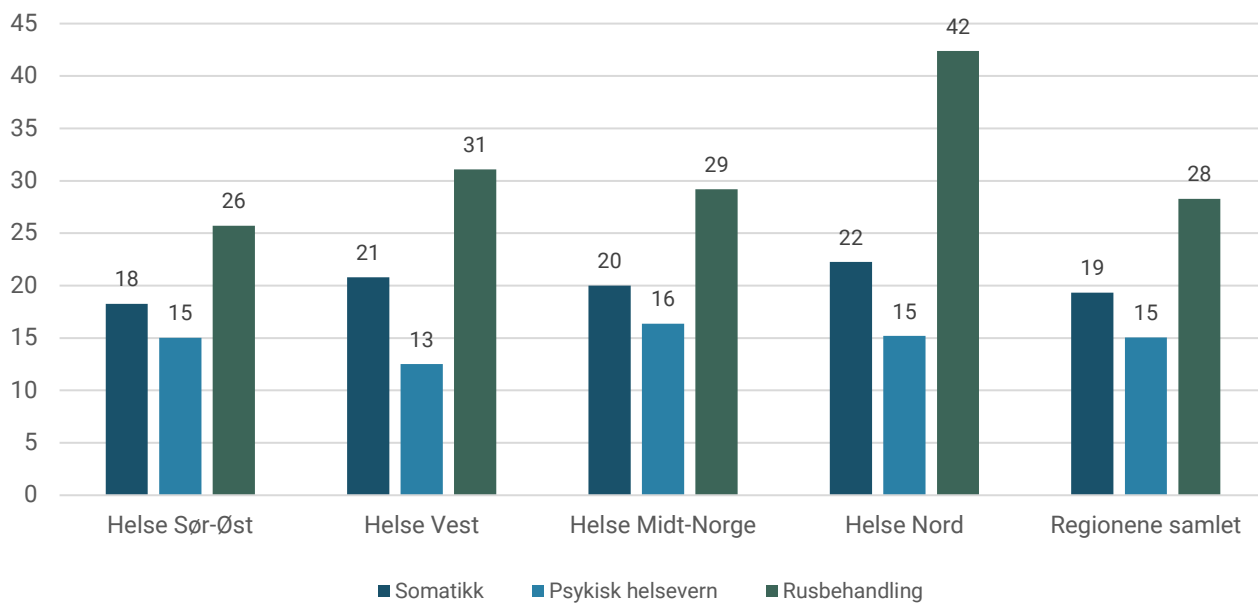
Kostnadene til rusbehandling har økt med 28 prosent fra 2014 til 2018. Sterkere vekst i kostnader til rusbehandling enn til somatisk sektor kom også i hovedsak de to første årene i perioden.

Alle regionene har hatt sterkere vekst i kostnader til somatisk sektor sammenlignet med psykisk helsevern gjennom perioden som betraktes – se figur 5. Siste år i perioden, fra 2017 til 2018, så var veksten i kostnader til psykisk helsevern og somatikk noenlunde lik – se figur 6. Helse Nord hadde, som eneste region, sterkere vekst i det psykiske helsevernet sammenlignet med somatisk sektor.

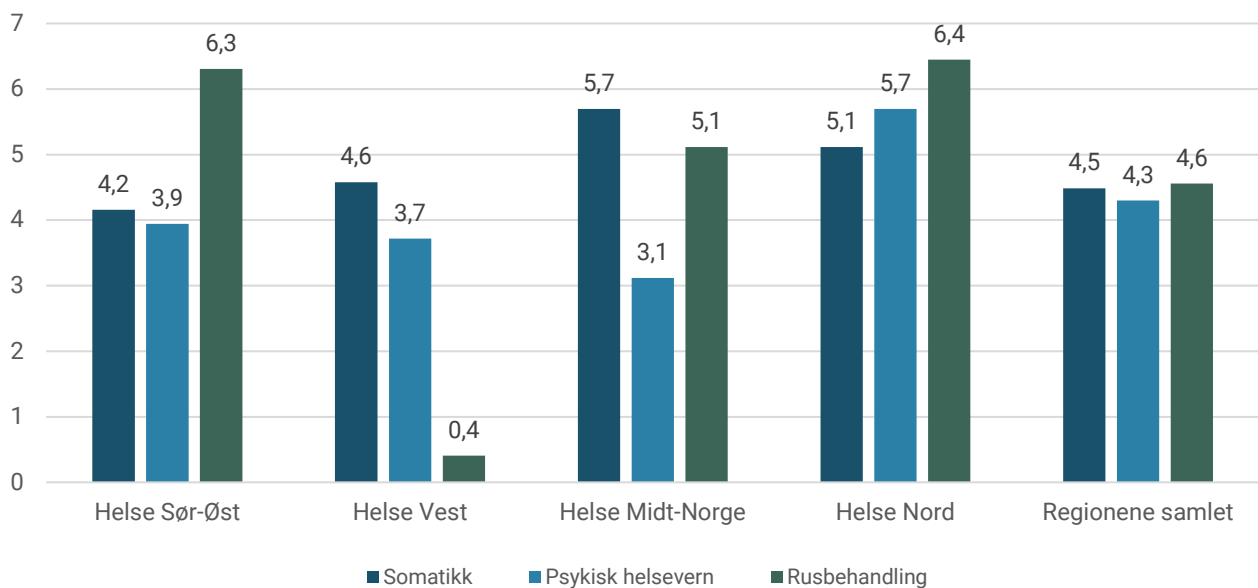
Figur 4: Nasjonal utvikling i kostnader til somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling. 2014 = 100. Kostnader målt uten pensjon, legemidler og kapital, løpende priser.



Figur 5: Regionale variasjoner for vekst i kostnader til somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling 2014-2018. Kostnader målt uten pensjon, legemidler og kapital, løpende priser.



Figur 6: Regionale variasjoner for vekst i kostnader til somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling 2017-2018. Kostnader målt uten pensjon, legemidler og kapital.



Tabell 4: Regionale kostnader målt uten pensjon, legemidler og kapital, 2014-2018. Mill.kr., løpende priser.

Region, tjenesteområde		Mva inkludert				Mva ekskludert	
		2014	2015	2016	2017 <sup>1</sup>	2017	2018
Helse Sør-Øst	Somatikk	39 315	41 740	42 537	44 639	42 751	44 529
	Psykisk helsevern	10 254	10 570	10 756	11 348	11 110	11 548
	Rusbehandling	2 249	2 418	2 571	2 659	2 542	2 702
Helse Vest	Somatikk	13 360	14 123	14 837	15 434	14 787	15 464
	Psykisk helsevern	3 760	3 841	3 986	4 079	4 036	4 186
	Rusbehandling	830	996	1 023	1 084	1 045	1 049
Helse Midt-Norge	Somatikk	10 498	10 941	11 364	11 919	11 372	11 953
	Psykisk helsevern	2 279	2 441	2 515	2 572	2 518	2 661
	Rusbehandling	441	479	505	542	513	529
Helse Nord	Somatikk	8 328	8 799	9 160	9 685	9 217	9 689
	Psykisk helsevern	1 892	1 913	1 910	2 062	1 995	2 109
	Rusbehandling	282	317	362	377	357	380
Regionene samlet	Somatikk	71 530	75 637	77 921	81 691	78 142	81 648
	Psykisk helsevern	18 185	18 769	19 172	20 061	19 659	20 504
	Rusbehandling	3 832	4 265	4 504	4 701	4 495	4 700

<sup>1</sup> Fordeling av mva mellom tjenesteområder er estimert av Helsedirektoratet.

### **3. Regionale variasjoner i kostnad per innbygger**

I 2018 var den gjennomsnittlige kostnaden per innbygger til i) somatiske spesialisthelsetjenester 19 100 kr., ii) psykisk helsevern 4 480 kr, og iii) rusbehandling 1 000 kr. For tjenesteområdene samlet var kostnaden per innbygger 24 580 kr. Det var imidlertid regionale variasjoner i nivået på kostnad per innbygger. For tjenesteområdene samlet så varierte kostnaden per innbygger fra 6 prosent under landsgjennomsnittet i Helse Vest til 22 prosent over i Helse Nord – se figur 7.

Når de regionale helseforetakene får tildelt inntekter i tråd med gjeldene inntektsmodell, så blir inntektene korrigert for kostnader knyttet til ulikheter i behov - og for kostnader knyttet til ulikheter i struktur. Strukturkomponenten skal korrigere for kostnadsulemper knyttet til f. eks. reiseavstander og befolkningstetthet, og gjelder forskjeller i kostnadsnivå som ikke kan knyttes til produktivitetsforskjeller. Behovskomponenten er spesifikk for hvert tjenesteområde, og oppdateres årlig. Strukturkomponenten i inntektsmodellen beskrives i NOU 2008:2 – Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak - kapittel 9. Strukturkomponenten er generell for alle tjenesteområder, og den er etter kjennskap ikke oppdatert etter NOU 2008:2. Tabell 5 oppsummerer behovs- og strukturindeksen for regionene.

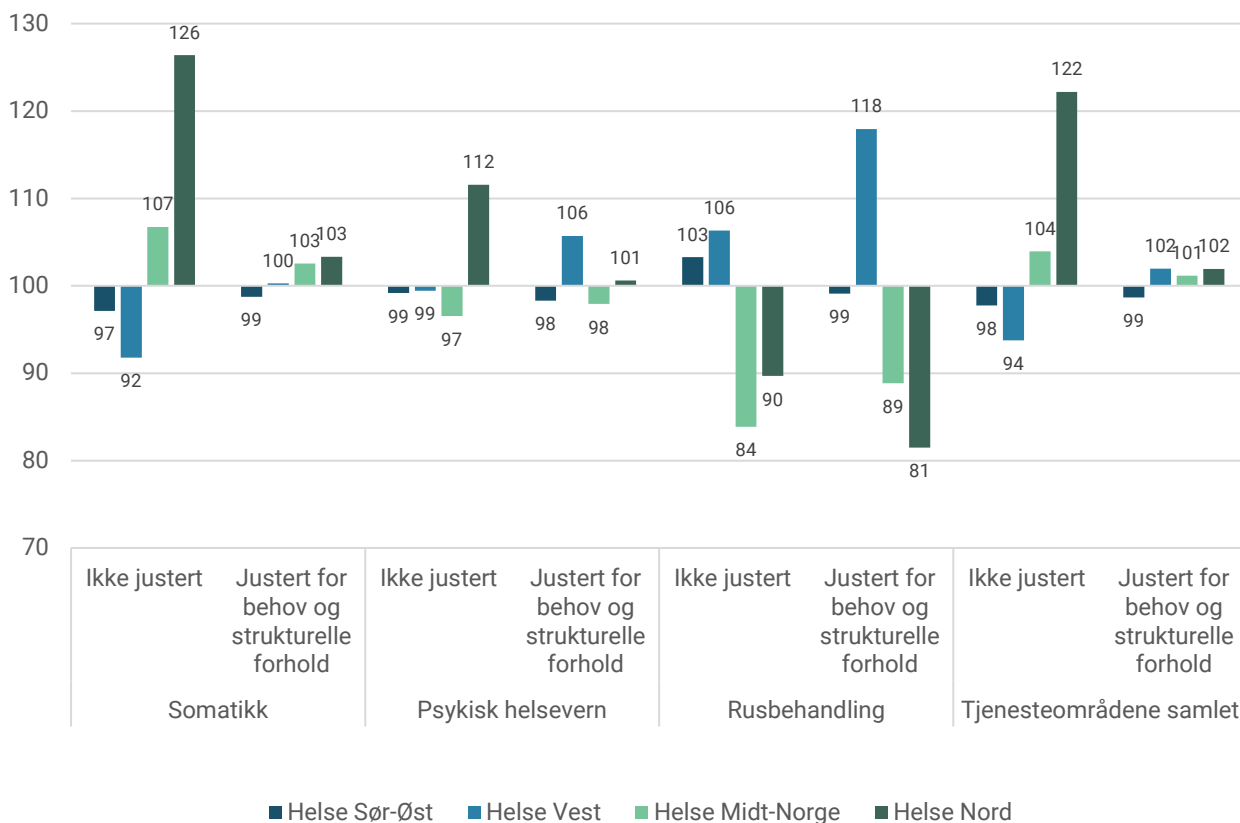
Tabell 5: Behovsindeks 2018 (A), strukturindeks (B) og samlet indeks (C = A\*B).

A: Behovsindeks 2018	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
Somatikk	0,9997	0,9349	1,0213	1,1182
Psykisk helsevern	1,0224	0,9582	0,9649	1,0108
Rusbehandling	1,0525	0,9150	0,9207	0,9999
Samlet	1,0062	0,9385	1,0085	1,0968
B: Strukturindeks	0,9850	0,9800	1,0200	1,095
C: = A*B Indeks behov og struktur				
Somatikk	0,9847	0,9162	1,0417	1,2244
Psykisk helsevern	1,0071	0,9391	0,9842	1,1068
Rusbehandling	1,0367	0,8967	0,9391	1,0949
Samlet	0,9911	0,9197	1,0286	1,2010

Når kostnadene per innbygger korrigeres for både behov og strukturelle forhold, så reduseres de regionale variasjonene i kostnadene per innbygger til spesialisthelsetjenester. Når tjenesteområdene betraktes samlet blir forskjellene små, og de varierer fra 1 prosent under gjennomsnittet for Helse Sør-Øst til 2 prosent over for Helse Midt-Norge og Helse Nord. Se figur 7.



Figur 7: Kostnad per innbygger korrigeret for behov og struktur. Gjennomsnitt = 100. Somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling, tjenesteområdene samlet. 2018.



De regionale variasjonene i kostnad per innbygger, etter korreksjon for behov og struktur, er større for de tre tjenesteområdene somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling separat, enn for tjenesteområdene samlet. En høyere korrigeret kostnad per innbygger for et tjenesteområde kan tas ut som høyere tilgang til helsetjenester, eller lavere produktivitet. Ulik produktivitet kan romme flere forhold, som f. eks. både ledig kapasitet og ulike priser på innsatsfaktorer.

Vi vil diskutere ulik korrigeret kostnad per innbygger tjenesteområde i lys av indikatorer for tilgang til spesialisthelsetjenester (pasientrate), og produktivitetsindikatorer. Produktivitetsindikatoren som det tas utgangspunkt for somatisk sektor er kostnad per DRG-poeng. For psykisk helsevern tas det utgangspunkt i kostnad per pasient. Framstillingen gjøres dermed for hvert tjenesteområde, og diskuteres for hver av regionene separat.

- Somatisk sektor. Pasientratene er standardiserte i forhold til alder og kjønn. For somatisk sektor vises pasientrater i) totalt for døgnpasienter og polikliniske pasienter samlet, og ii) kun døgnpasienter. Produktivitetsindeksen tar utgangspunkt i kostnad per DRG-poeng, hvor en indeks over 100 betyr at kostnad per DRG-poeng er under gjennomsnittet (høyere produktivitet). Produktivitetsindeksen er korrigeret for strukturelle forhold.
- Psykisk helsevern. Pasientratene i det psykiske helsevernet for voksne er justerte i forhold til behovsindeksen. Pasientratene i det psykiske helsevernet for barn og unge er ikke justerte, fordi kjønns- og aldersstandardisering veier tungt i en behovsjustering – og for barn og unge er det en

avgrenset aldersgruppe. Produktivetsindeksen, hvor det tas utgangspunkt i kostnad per pasient, er korrigert for strukturelle forhold.

- Rusbehandling. Pasientratene er justerte i forhold til behovsindeksen. Kostnad per innbygger sammenholdes ikke med produktivetsindeksen, fordi produktivetsindeksen baseres kun på rusbehandlingen i helseforetakene. Kostnad per innbygger og pasientratene inkluderer den private rusbehandlingen som kjøpes av helseforetakene.

Kostnader til ambulanser, pasienttransport og RHF-administrasjon er ikke med i denne framstillingen. Overskudd i driftsregnskapene knyttet til pasientbehandling vil gjenspeiles som lavere kostnadsbruk, og tilsvarende høyere kostnadsbruk ved underskudd.

### **3.1 Helse Sør-Øst**

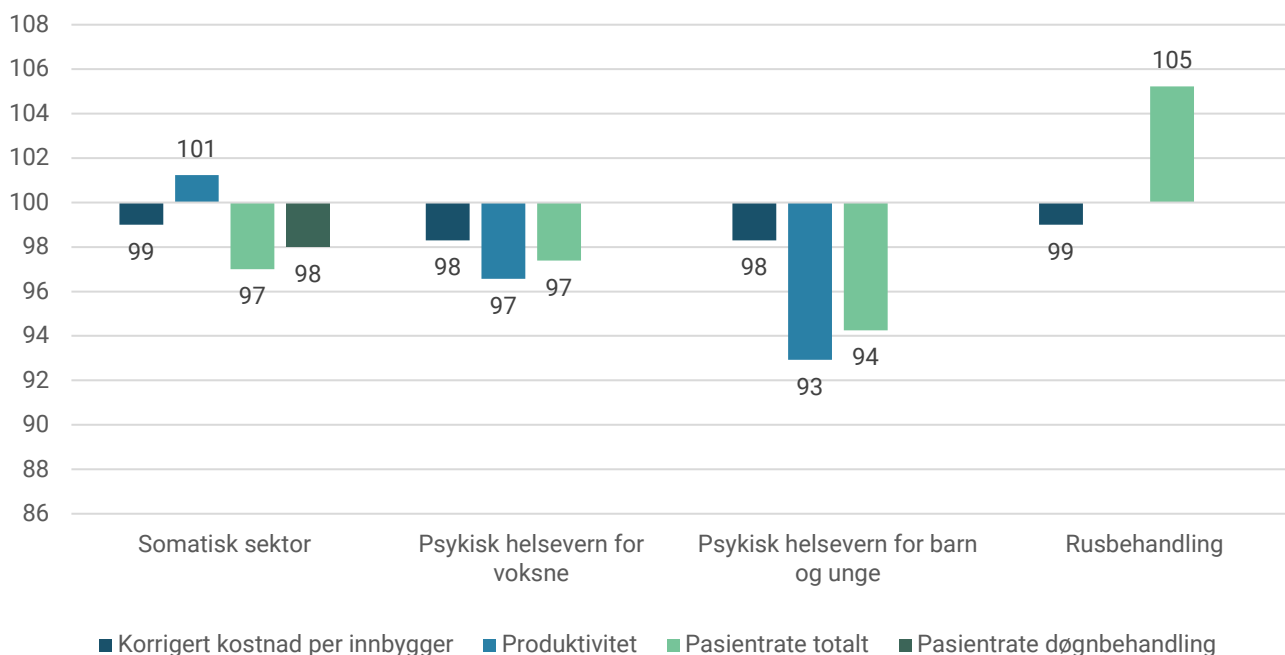
Når kostnadene per innbygger blir korrigert for ulikhet i behov og struktur, så bruker Helse Sør-Øst om lag 1 prosent mindre enn gjennomsnittet til somatiske spesialisthelsetjenester.

Lavere kostnad per innbygger somatiske spesialisthelsetjenester i Helse Sør-Øst kommer sammen med lavere pasientrate. Lavere pasientrater gjelder både for alle pasienter, det vil si døgnpasienter og polikliniske pasienter, og for døgnbehandlingen isolert – se figur 8. Det vil si at lavere kostnad per innbygger assosieres med lavere tilgang til spesialisthelsetjenester. Det må presiseres at aktivitet hos avtalespesialistene ikke inngår i den totale pasientraten. Figur 8 viser også høyre produktivitet i somatisk sektor, med en produktivetsindeks på 101. Det vil si at lavere kostnader per innbygger til somatiske tjenester knyttes både til høyere kostnadseffektivitet og lavere tilgang til tjenestene.

Helse Sør-Øst har også en lavere kostnad per innbygger til psykisk helsevern. Figur 8 viser at når kostnadsgrunnlaget korrigeres for behov og struktur, så har regionen 2 prosent lavere kostnader til psykisk helsevern enn gjennomsnittet. Lavere kostnadsnivå gjenspeiles i lavere pasientrater både i det psykiske helsevernet for barn og unge og for voksne. Samtidig er produktiviteten også lavere, noe som isolert sett trekker i retning av høyere kostnad per innbygger.

Kostnadene per innbygger til rusbehandling, korrigert for behov og struktur, ligger rett under gjennomsnittet i Helse Sør-Øst. Omfanget av pasienter som får tilgang til behandling er derimot høyere enn gjennomsnittet. Dette kan indikere høyere produktivitet for den samlede rusbehandlingen i Sør-Øst, som skjer både i helseforetak og ved private behandlingstilbud.

Figur 8: Korrigert kostnad per innbygger til somatiske spesialisthelsetjenester, psykisk helsevern<sup>1</sup> og rusbehandling, samt indeks for pasientrate og produktivitet<sup>2</sup>. Helse Sør-Øst, landsgjennomsnitt = 100.



- 1 Korrigert kostnad per innbygger for det psykiske helsevernet samlet.
- 2 Produktivitetsindeksene i det psykiske helsevernet er basert på data fra 2017.

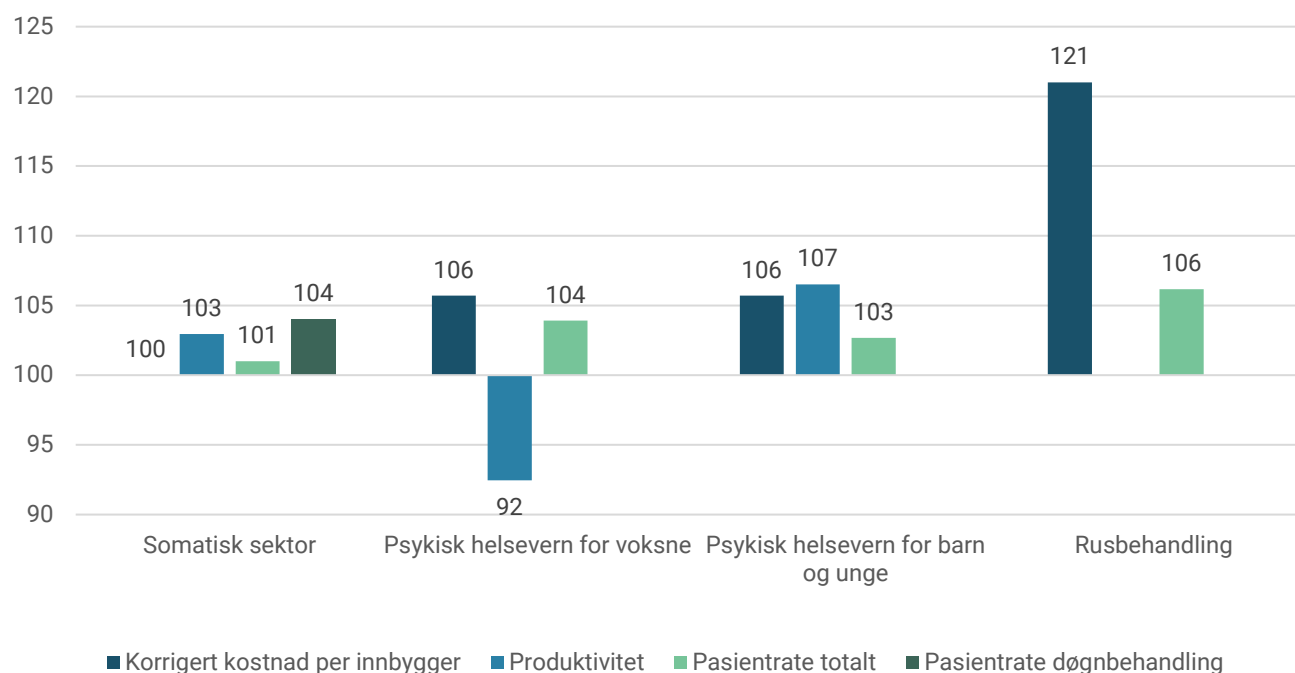
### 3.2 Helse Vest

Korrigert for ulikheter i behov og struktur, så har Helse Vest en gjennomsnittlig kostnad per innbygger til somatiske spesialisthelsetjenester akkurat på gjennomsnittet. Figur 9 viser at Helse Vest har en høyere pasientrate i somatisk sektor, og det gjelder særlig for døgnpasienter. Når kostnadsinnsatsen allikevel er som forventet, så kan det assosieres med høyere produktivitet.

I det psykiske helsevernet er kostnaden per innbygger, korrigert for behov og struktur, 6 prosent over gjennomsnittet. Høyere kostnadsnivå går til å gi flere pasienter, både i det psykiske helsevernet for barn og unge og for voksne, tilgang til tjenester. Høyere kostnadsnivå tas også ut som lavere produktivitet i det psykiske helsevernet for voksne. På den andre siden så er produktiviteten i det psykiske helsevernet for barn og unge høyere.

Figur 9 viser at Helse Vest har en høyere kostnader til rusbehandling, med en korrigert kostnad per innbygger som er drøyt 20 prosent høyere enn forventet. Høyere kostnader per innbygger går til å gi flere pasienter tilgang til rusbehandling.

Figur 9: Korrigert kostnad per innbygger til somatiske spesialisthelsetjenester, psykisk helsevern<sup>1</sup> og rusbehandling, samt indeks for pasientrate og produktivitet<sup>2</sup>. Helse Vest, landsgjennomsnitt = 100.



- 1 Korrigert kostnad per innbygger for det psykiske helsevernet samlet.
- 2 Produktivitetsindeksene i det psykiske helsevernet er basert på data fra 2017.

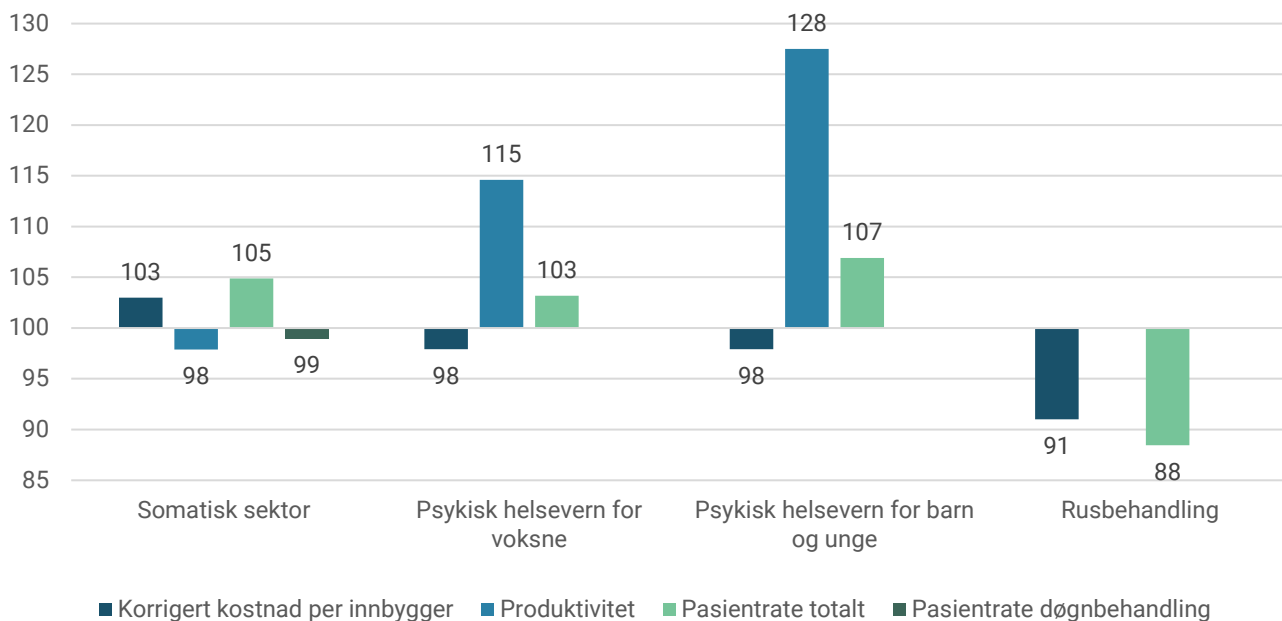
### 3.3 Helse Midt-Norge

Det er høyere kostnader til somatiske spesialisthelsetjenester i Helse Midt-Norge. Kostnaden per innbygger, korrigert for behov og struktur er 3 prosent høyere enn forventet (gjennomsnittet). Figur 10 viser at høyere kostnader per innbygger i somatisk sektor går til å både gi flere pasienter tilgang til somatiske spesialisthelsetjenester, men også til lavere produktivitet i pasientbehandlingen. Høyere pasientrate gjelder poliklinisk behandling.

Figur 10 viser lavere korrigerede kostnader per innbygger til psykisk helsevern i Midt-Norge. Lavere kostnadsnivå kommer sammen med høyere produktivitet både i tjenestene for voksne og for barn og unge. Pasientratene i det psykiske helsevernet er imidlertid også høyere. Lavere kostnad per innbygger, høyere produktivitet og høyere pasientrater indikerer en poliklinisk profil for pasientbehandlingen i det psykiske helsevernet i Midt-Norge.

De korrigerede kostnadene per innbygger til rusbehandling er 9 prosent under gjennomsnittet, når det korrigeres for ulikt behov og ulike strukturelle forhold. Dette reflekteres i en omtrent tilsvarende lavere pasientrate.

Figur 10: Korrigert kostnad per innbygger til somatiske spesialisthelsetjenester, psykisk helsevern<sup>1</sup> og rusbehandling, samt indeks for pasientrate og produktivitet<sup>2</sup>. Helse Midt-Norge, landsgjennomsnitt = 100.



- 1 Korrigert kostnad per innbygger for det psykiske helsevernet samlet.
- 2 Produktivitetsindeksene i det psykiske helsevernet er basert på data fra 2017.

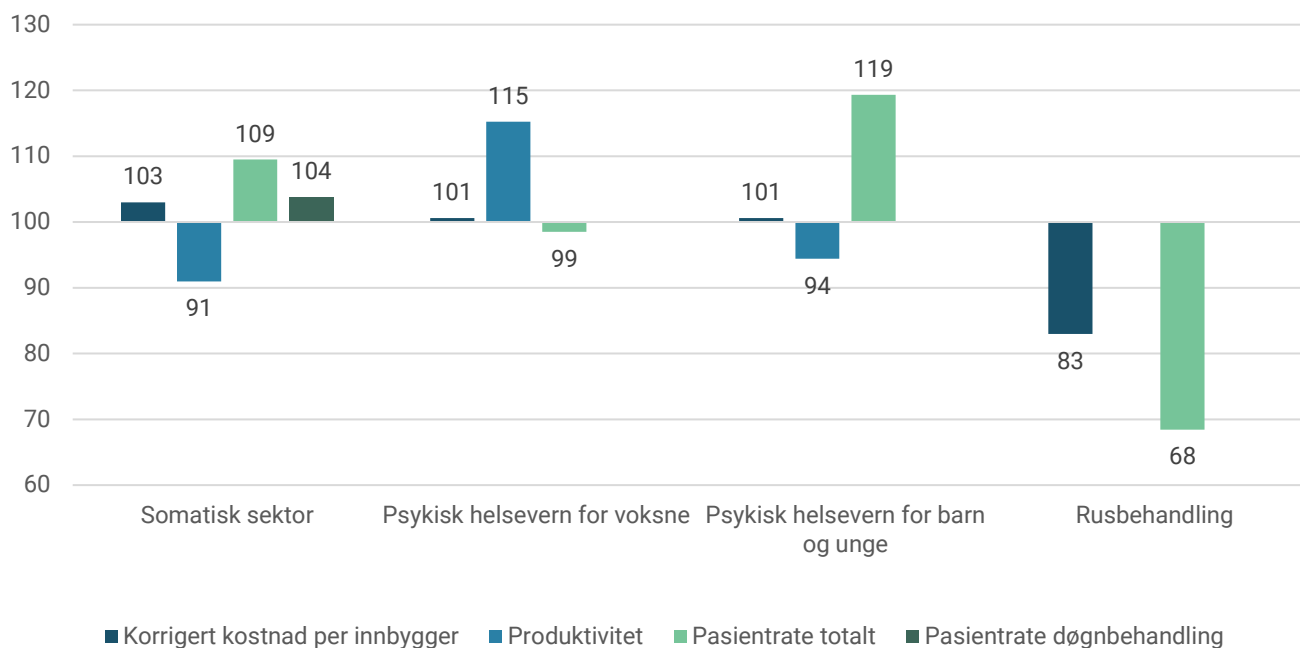
### 3.4 Helse Nord

Figur 11 viser at Helse Nord har høyere kostnader per innbygger til somatiske spesialisthelsetjenester. Likt som for Helse Midt-Norge, så reflekteres høyere kostnadsnivå i somatisk sektor i at flere pasienter får tilgang til spesialisthelsetjenester – samtidig som at produktiviteten er lavere.

Helse Nord har kostnader per innbygger til psykisk helsevern som er 1 prosent over gjennomsnittet, når det korrigeres for behov og struktur. Produktiviteten i det psykiske helsevernet for voksne er høyere, samtidig som at pasientraten er rett under gjennomsnittet. Produktivitetsgevinsten i det psykiske helsevernet for voksne reflekteres i høyere pasientrater og lavere produktivitet for behandlingen av barn og unge.

Helse Nord har, korrigert for behov og struktur, lavere kostnad per innbygger i rusbehandlingen. Dette reflekteres i lavere pasientrate.

Figur 11: Korrigert kostnad per innbygger til somatiske spesialisthelsetjenester, psykisk helsevern<sup>1</sup> og rusbehandling, samt indeks for pasientrate og produktivitet<sup>2</sup>. Helse Nord, landsgjennomsnitt = 100.



- 1 Korrigert kostnad per innbygger for det psykiske helsevernet samlet.
- 2 Produktivitetsindeksene i det psykiske helsevernet er basert på data fra 2017.

## Kostnader i spesialisthelsetjenesten

### Utgitt

September - 2019

**Publikasjonsnummer:**

IS-2847

### Utgitt av

Helsedirektoratet

Telefon: 47 47 20 20

(fra utlandet: +47 477 06 366)

### Oslo

Helsedirektoratet

#### Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

#### Besøksadresse

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

### Trondheim

#### Helsedirektoratet

avd. Helseregistre

avd. Komparativ statistikk og  
styringsinformasjon

Postboks 6173, Torgarden

7435 Trondheim

### Forsidefoto

Bryan Mullennix/Mostphotos

### Design

Itera as

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