

3 Effektivitetsutvikling somatisk spesialisthelsetjeneste 2003-2008

Jorid Kalseth og Marit Pedersen

Gjennom de årlige oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet settes, innenfor rammene av de nasjonale målsettingene med helsetjenesten, styringskravene til de regionale helseforetakene. En viktig premisse for utøvelsen av "sørge-for" ansvaret de regionale helseforetakene er tillagt er at de tilpasser virksomheten de økonomiske rammebetingelsene som stilles til rådighet gjennom oppdragsdokumentene. Dette innebærer at de regionale helseforetakene må ha god styring og kontroll med ressursbruken, eller sagt på en annen måte at tilgjengelige ressurser utnyttes på en kostnadseffektiv måte.

Her presenteres utvalgte hovedresultater fra analysen av utvikling i kostnadseffektivitet for pasientbehandling i somatisk spesialisthelsetjeneste i perioden fra 2003 til 2008 som vil bli presentert i sin helhet i SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2008.

Det er viktig å påpeke at utviklingen i kostnadseffektivitet som beregnes her er et uttrykk for ressursutnyttelse i produksjon og ikke effektivitet målt i forhold til resultat av pasientbehandlingen.

3.1 Datagrunnlag og metode

Analysen av utvikling i kostnadseffektivitet i perioden 2003-2008 er avgrenset til pasientbehandling i somatiske sykehus. Analysen omfatter både poliklinisk behandling og dag- og døgnbehandling som kommer inn under finansieringsordningen Innsatsstyrt finansiering (ISF).

Aktivitetmålene er basert på pasientdata fra NPR. Det spesifiseres to aktivitetsmål; ett for døgn- og dagvirksomhet og ett for poliklinisk virksomhet. Aktivitetsmålet for døgn- og dagbehandling tar utgangspunkt i antall opphold men korrigeres for forskjeller i behandlingstkostnader for ulike pasientgrupper (DRG-poeng). I aktivitetsmålet for opphold for innlagte pasienter inkluderes også en korreksjon for langtidsliggedøgn. For poliklinisk virksomhet måles aktiviteten som antall konsultasjoner, det vil si at det ikke tas hensyn til ulikheter i behandlingstkostnader for ulike typer konsultasjoner.

Kostnadstallene er basert på regnskapstall innrapportert fra helseforetakene til SSB og tilpasses analyseformålet. Kostnadstallene er korrigert for prisstigning ved bruk av SSB sin deflator for prisvekst i konsum av helsetjenester, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen¹.

Analysene gjennomføres på helseforetaksnivå. Det benyttes en metode (DEA) som håndterer at vi opererer med flere produksjonsmål i spesifikasjonen av aktivitet. DEA-metoden

¹ Se vedlegg SV6 i "Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008" på SAMDATA-prosjektets nettsider www.sintef.no/samdata.

beregner en effektivitetsskår for hvert helseforetak. Relativ kostnadseffektivitet beregnes gjennom sammenligning med en beste-praksis referansefront. Resultatene fra analysene presenteres her som vektete gjennomsnitt hvor effektivitetsskåren for hvert helseforetak vektet med størrelsen på helseforetaket målt ved kostnader.

Vi viser til SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2008 for nærmere beskrivelse av datagrunnlag og metode.

3.2 Hovedresultater

Den beregnede kostnadseffektiviteten ved helseforetakene økte fra 2007 til 2008. På nasjonalt nivå var den beregnede veksten på 2,3 prosent. Figur 1 viser utvikling i relativt kostnadsnivå i pasientbehandlingen i somatisk spesialisthelsetjeneste på nasjonalt nivå i perioden 2003 til 2008. Figuren viser at vi må tilbake til 2003-2004 for å finne en tilsvarende positiv utvikling i kostnadseffektiviteten.

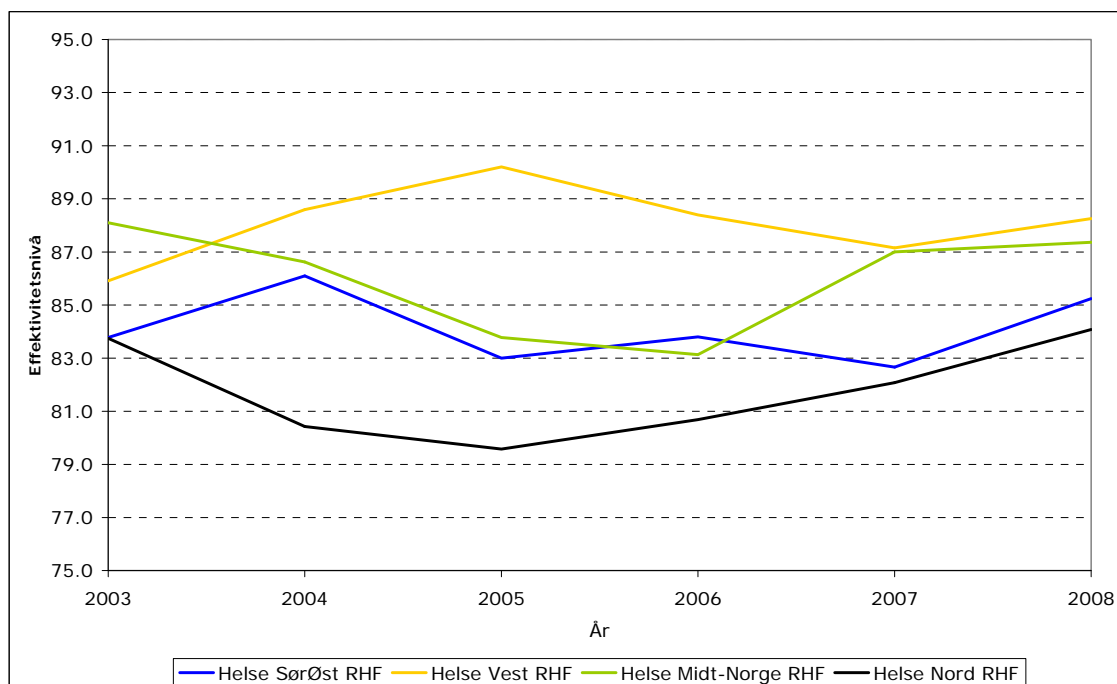


Figur 1 Relativ utvikling i kostnadseffektivitet 2003-2008. Resultater vektet med størrelse på helseforetaket

For perioden 2003 til 2008 beregnes en økning i kostnadseffektiviteten på nasjonalt nivå på 1,4 prosent.

Figur 2 viser utviklingen i beregnet kostnadseffektivitet for helseregionene². Prosentvis endring for perioden 2003-2008 og for det siste året i perioden er vist i tabell 1.

² Helse Øst og Helse Sør ble slått sammen til Helse Sør-Øst fra 1. juni 2007. I fremstillingen nedenfor er Helse Øst og Helse Sør slått sammen for alle årene i perioden, slik at det dannes en sammenhengende tidsserie for Helse Sør-Øst.



Figur 2 Utvikling i kostnadseffektivitet 2003-2008 for helseregioner. Resultater vektet med størrelse på helseforetak

Resultatene viser en positiv utvikling i kostnadseffektiviteten i alle helseregionene fra 2007 til 2008. Økningen var størst i Helse Sør-Øst (3,1 prosent) etterfulgt av Helse Nord (2,4 prosent) og Helse Vest (1,3 prosent), mens Helse Midt-Norge har lavest økning med 0,4 prosent når resultatene vektes med størrelse på helseforetakene. Helse Midt-Norge hadde avvikende positiv utvikling fra 2006 til 2007.

Alle helseregionene, med unntak av Helse Midt-Norge, har en positiv utvikling i perioden fra 2003 til 2008 sett under ett. Størst økning i perioden finner vi for Helse Vest med 2,7 prosent, mens Helse Sør-Øst hadde en økning på 1,8 prosent og Helse Nord hadde en økning på 0,4 prosent. For Helse Midt-Norge finner vi en nedgang på 0,8 prosent i perioden. Helse Midt-Norge lå imidlertid høyest i 2003 og har derfor fortsatt et relativt sett høyt nivå på beregnet kostnadseffektivitet. Utviklingen fra 2003 til 2004 og fra 2006 til 2007 er påvirket av omleggingene i ordningene med differensiert arbeidsgiveravgift i 2004 og 2007. Dette har i første rekke betydning for Helse Nord, som beregnes å ha en økning i kostnadseffektiviteten fra 2003 til 2004 og en nedgang fra 2006 til 2007 når kostnader til arbeidsgiveravgift ekskluderes i analysene.

Tabell 1 Regional utvikling i kostnadseffektivitet 2003-2008 og 2007-2008. Resultater med vektning for størrelse på helseforetak. Prosentvis endring

	Effektivitetsutvikling, Prosent endring	
	2003-2008	2007-2008
Helse Sør-Øst RHF	1,8	3,1
Helse Vest RHF	2,7	1,3
Helse Midt-Norge RHF	-0,8	0,4
Helse Nord RHF	0,4	2,4

3.3 Avsluttende kommentar

Det er forskjeller mellom helseforetakene i beregnet utvikling i kostnadseffektivitet. Flertallet av helseforetakene hadde økning i beregnet kostnadseffektivitet fra 2007 til 2008, men for noen helseforetak finner vi en negativ utvikling. Utvikling på nasjonalt og regionalt nivå som er presentert over er basert på beregninger hvor resultatene for helseforetakene vektet etter størrelse på helseforetakene. Dette gjøres for å få fange opp den økonomiske betydningen av utviklingen i beregnet kostnadseffektivitet for helseforetakene. Da teller resultatene for store helseforetak mer enn resultatene for små helseforetak. Men også når vi ser på utviklingen i *gjennomsnittet* for helseforetakene finner vi en økning i *gjennomsnittlig* kostnadseffektivitet både siste år og for perioden som helhet. Økningen for helseforetakene i *gjennomsnitt* var på 1,8 prosent fra 2007 til 2008, altså lavere enn når helseforetakenes resultater vektet etter størrelse. Dette indikerer en tendens til at relativt sett store helseforetak hadde en mer positiv utvikling enn mindre helseforetak. For landet som helhet er denne økningen i *gjennomsnittlig* kostnadseffektivitet signifikant også når vi tar hensyn til tilfeldig variasjon og spredningen mellom helseforetakene. Det samme gjelder for Helse Sør-Øst. Selv om *gjennomsnittet* også øker fra 2007 til 2008 for de tre andre regionene, finner vi ikke en signifikant økning når vi tar hensyn til tilfeldig variasjon og spredningen i beregnet kostnadseffektivitet blant helseforetakene innad i disse regionene.

Resultatene fra effektivitetsanalysene vil generelt kunne påvirkes av hvordan aktiviteten i helseforetakene måles. Beregninger fra Helsedirektoratet indikerer at økningen i DRG-poeng gjennom perioden overvurderer aktivitetsveksten.

Vi viser for øvrig til SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2008 for ytterligere diskusjon og tolkning av resultater.