

Hovedresultater SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2013-2017



Tittel: Hovedresultater Samdata Spesialisthelsetjenesten 2013-2017

Nummer: 10/2018

Utgitt av: Helsedirektoratet

Avdeling: Komparativ statistikk og styringsinformasjon

Ansvarlig: Beate Margrethe Huseby

Beate.Margrethe.Huseby@helseidir.no

Sentralbord: 810 20 050

Nettsted: www.helsedirektoratet.no

Forfattere: Lars Rønningen (red), Per B Pedersen, Marit Pedersen, Kari H Mehus, Tone R Myrli, Solfrid Lilleeng, Marit Sitter, Ragnild Bremnes, Silje Mortensen.

Forsidebilder: © [Antonio Guillem](#) /Mostphotos (illustrasjonsbilde)

© [Anders Ludvigson](#) /Mostphotos (illustrasjonsbilde)

© [leungchopan](#)/Mostphotos (illustrasjonsbilde)

© [HalfPoint s. r. o.](#) /Mostphotos (illustrasjonsbilde)

© [racorn](#) /Mostphotos (illustrasjonsbilde)

© [racorn](#) /Mostphotos (illustrasjonsbilde)

© [Andrey Popov](#) /Mostphotos (illustrasjonsbilde)

Kostnader og aktivitet øker mest for somatikken

SAMDATA Spesialisthelsetjenesten er en publikasjon som forsøker å gi et bredt bilde av utviklingen og situasjonen i spesialisthelsetjenesten. Gjennomgangen er i all hovedsak beskrivende og danner grunnlag for vurderinger om behov for å sette inn tiltak. Målet for publikasjonen er å gi en objektiv beskrivelse av viktige aspekter ved tjenesten etter at data er gjort så sammenlignbare som mulig.

De viktigste funnene i årets publikasjon er:

- Sterkere vekst i antall pasienter enn i antall personer i befolkningen
- Veksten for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har stoppet opp siste år
- Størst vekst i kostnader og aktivitet for somatisk virksomhet
- Tenåringsjenter bruker psykisk helsevern mest
- Reduksjon i enklere rehabilitering i sykehusene
- Svak produktivetsforbedring i somatisk virksomhet

Veksten i pasienter sterkere enn befolkningsveksten

Antall unike pasienter i spesialisthelsetjenesten har økt mer enn antall innbyggere de siste fem årene. Det er derfor en stadig større andel av innbyggerne som mottar tjenester eller er i kontakt med en eller flere deler av spesialisthelsetjenesten. Pasientraten (antall pasienter i spesialisthelsetjenesten per 1000 innbyggere) har økt fra 467 i 2013 til 488 i 2017. Deler av denne veksten skyldes en sterk økning i antall eldre innbyggere som påvirker pasientraten for somatisk virksomhet. Andre forhold som sterkere ressurstilgang de siste årene og overgang fra døgn- til dag/poliklinisk behandling spiller også inn.

Veksten i rusbehandling har stoppet opp siste år

Det har lenge vært en forholdsvis sterk årlig vekst i aktivitet og kostnader for rusbehandling i spesialisthelsetjenesten (5-6 prosent), men fra 2016 til 2017 var kostnadsveksten korrigeret for prisstigning bare 0,6 prosent. Det var tilsvarende trendbrudd også i aktivitet. Antall pasienter i rusbehandling var i underkant av 33 000 både i 2016 og 2017. Det var også bare marginale forskjeller i antall døgnbehandlinger (oppholdsdøgn) og polikliniske konsultasjoner de siste to årene.

Den relativt sterke veksten tidligere år medfører likevel at rusbehandling (TSB) har en høy vekst i kostnader og aktivitet siste femårsperiode (2013-2017).

Størst kostnadsvekst for somatisk virksomhet

Det har vært en tydelig vekst i aktivitet og kostnader for somatisk virksomhet de siste årene. Tidligere har den prosentvise veksten vært sterkere for rusbehandling enn for somatikk, men dette har altså ikke vært tilfelle fra 2016 til 2017. For somatisk virksomhet var realveksten i kostnader fra 2016 til 2017 på 1,9 prosent, markert høyere enn for psykisk helsevern og rusbehandling (henholdsvis 0,7 og 0,6 prosent).

For siste femårsperiode sett under ett økte likevel kostnader til rusbehandling mest (18 prosent korrigert for prisstigning). Somatisk virksomhet hadde en vekst på 10 prosent, mens veksten i psykisk helsevern bare var på 2 prosent.

Tenåringsjenter største brukere av psykisk helsevern

Drøyt 11 prosent av jenter i alderen 15-19 år var pasienter i psykisk helsevern i 2017 (12 prosent i 2016). Det var spesielt jentene i 16-17 årsalderen som var i kontakt med tjenesten. Jenter i denne aldersgruppen hadde høyere pasientrate enn alle andre grupper av kjønn og alder. Guttene på sin side har en høyere pasientrate for de yngste (opp til 14 år), mens jentene har en høyere pasientrate for de andre aldersgruppene.

Reduksjon av enklere rehabilitering i sykehusene

De siste årene har det vært en gradvis reduksjon i antall pasienter som har mottatt rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Nedgangen i antall pasienter kommer hovedsakelig for rehabilitering i sykehus, hvor det var en reduksjon på 3,4 prosent siste år. Det er de «lettere» formene for rehabilitering som går ned (primær enkel (tidligere vanlig) døgnrehabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering), mens antall pasienter som mottar primær kompleks døgnrehabilitering og sekundær døgnrehabilitering har økt siste år.

Produktivitetsforbedring i somatisk sektor

Kostnadene økte med 7 prosent de siste fem årene. Aktiviteten i form av ressurskorrigerte opphold (DRG-poeng) økte med 8 prosent. Kostnadsnivået gikk dermed litt ned i løpet av perioden. Også siste år fra 2016 til 2017 var den en svak nedgang i kostnadsnivået på 0,4 prosent.

SAMMENDRAG

Innhold

1	Innledning	5
2	Sammendrag av resultater for spesialisthelsetjenesten	8
2.1	Utviklingen i aktivitet og bruk av tjenester	10
2.1.1	Somatisk virksomhet	10
2.1.2	Psykisk helsevern	22
2.1.3	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	34
2.2	Kostnader	37
2.2.1	Kostnadsutviklingen	37
2.2.2	Regionale variasjoner i kostnadsutviklingen	40
2.2.3	Regionale variasjoner i kostnad per innbygger til spesialisthelsetjenester	43
2.3	Produktivitet og kostnadsnivå	46
2.3.1	Somatisk virksomhet	47
2.3.2	Psykisk helsevern	53
2.3.3	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	56
2.4	Prioritering av psykisk helsevern og TSB	59
2.4.1	Utvikling i kostnader	59
2.4.2	Utvikling i aktivitet	63
2.5	Helseforetakenes økonomiske situasjon	65
3	Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten	68
	Vedlegg A: Kompensasjon for nøytral merverdiavgift i 2017	73

HOVEDRESULTATER SAMDATA SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

1 INNLEDNING

Dette notatet beskriver utvikling i ressursbruk og aktiviteter i hele spesialisthelsetjenesten de siste årene. Beskrivelsen er i hovedsak basert på tall og analyser fra Helsedirektoratets publiserte SAMDATA analysenotater og web-sider. Formålet er å gi en oppsummering av utviklingen og å forsøke å gi svar på sentrale og grunnleggende helsepolitiske spørsmål som; Hvor store ressurser brukes på spesialisthelsetjenesten og hvordan har utviklingen vært de siste årene? Er det flere pasienter i spesialisthelsetjenesten nå enn tidligere år? Er det forskjeller i ulike deler av landet i bruken av ulike type tjenester?

Mange av disse spørsmålene kan kategoriseres inn under to hovedspørsmål:

- Hvilke endringer har funnet sted i spesialisthelsetjenesten de siste årene?
- Hvilke forskjeller er det mellom bostedsområder og mellom helseforetak/sykehus?

En viktig del av analysearbeidet er å korrigere for forhold som reduserer sammenlignbarheten mellom ulike enheter og år. Å sikre god sammenlignbarhet er et utfordrende arbeid, og to nye endringer har gjort arbeidet spesielt utfordrende i år.

For det første ble det i 2017 innført nøytral merverdiavgift i spesialisthelsetjenesten, hvor drøyt 6 mrd. ble trukket ut av regnskapstallene. Dersom vi skal sammenligne kostnader for 2017 med tidligere år må vi korrigere for denne endringen. Det er særlig fordelingen mellom tjenesteområdene som da har vært utfordrende. Vi har imidlertid foretatt en slik estimering som vi mener er så god som det lar seg gjøre uten å gå gjennom detaljerte regnskapsbilag.

Den andre endringen som særlig utfordrer sammenlignbarheten er endring i registreringspraksis av takstkoder i psykisk helsevern og TSB. Overgang i 2017 fra takstbasert finansiering til innsatsstyrt finansiering for poliklinisk psykisk helsevern og TSB har endret grunnlaget for finansiering fra registrerte takster til grupperte opphold per DRG. I 2017 ble takstkoder fortsatt registrert, men regler for registrering av takstkode for gruppebehandling ble endret. I 2017 skulle det registreres takstkode for alle pasienter som mottok gruppebehandling, mens det tidligere kun skulle registreres på en pasient per gruppe. Dette har medført en sterkere vekst i konsultasjoner med registrert takstkode, hvor en vesentlig del av veksten ikke er reell. Det er ikke mulig å korrigere fullt ut for dette, men vi har forsøkt å ta høyde for denne endringen så langt det lar seg gjøre.

SAMDATA Spesialisthelsetjenesten skal bidra med underlag for å vurdere måloppnåelse i spesialisthelsetjenesten. Dersom ventetiden skal reduseres må kapasiteten i tjenestene øke, og/eller man behandler flere pasienter med samme ressurser som tidligere. SAMDATA gir informasjon om kapasitet gjennom data for antall døgnplasser/senger og kostnader, som er en viktig forutsetning for å kunne øke behandlingsskapasiteten.

Økt kapasitet og redusert ventetid kan også skje gjennom mer effektiv utnyttelse av de ressurser man har. Dette kan måles på ulike nivå, fra nasjonalt og regionalt nivå ned til sykehus og enheter innenfor sykehusene. Det å utarbeide indikatorer på sykehus eller lavere nivå krever ofte særskilt rapporterte data, og inngår rutinemessig ikke i SAMDATA. SAMDATA utarbeider derfor indikatorer for ressursutnyttelse/produktivitet på nasjonalt, regionalt og helseforetaksnivå (samt enkelte sykehus) for både somatisk virksomhet, psykisk helsevern og TSB.

En risiko ved for sterkt fokus på produktivetsforbedringer er at dette kan gi uønskede effekter på kvalitet. Kvalitetsaspektet inngår ikke som en del av SAMDATA Spesialisthelsetjenesten, men følges opp gjennom Helsedirektoratets arbeid med kvalitetsindikatorer. Det er gjennom å sammenstille med data for kvalitet at man kan få et mest mulig helhetlig bilde på situasjon og utvikling i spesialisthelsetjenesten.

Lik tilgang til helsetjenester uavhengig av innbyggeres diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og livssituasjon har i mange år vært et sentralt politisk mål. Det å utarbeide data som viser om tilgangen til helsetjenester er lik uavhengig av ovennevnte forhold har vært, og er fortsatt en sentral del av SAMDATA Spesialisthelsetjenesten. Dette gjøres ved å se på indikatorer for bruk av tjenester mellom ulike deler av landet, regioner og bostedsområder.

Årets SAMDATA Spesialisthelsetjenesten består av noe færre analysenotat enn i 2017. Samtidig har det blitt foretatt forbedringer og til dels utvidelser av data som publiseres på web (<https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>). Færre analysenotat skyldes delvis at vi i år også har arbeidet med analysegrunnlag inn mot kommende nasjonale helse- og sykehusplan. Disse analysene oppsummerer blant annet utviklingen i aktivitet og forskjeller de siste årene, samt gir en nærmere beskrivelse av kjennetegn ved ressurskrevende pasienter, og overlapper en del med årlige tema i SAMDATA publikasjonen.

HOVEDRESULTATER SAMDATA SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

Dette notatet har 2 deler:

- Del 1: Gir en oppsummering av hovedresultatene fra analysenotatene i årets SAMDATA Spesialisthelsetjenesten.
- Del 2: Nøkkeltall SAMDATA spesialisthelsetjeneste nasjonalt og regionalt.

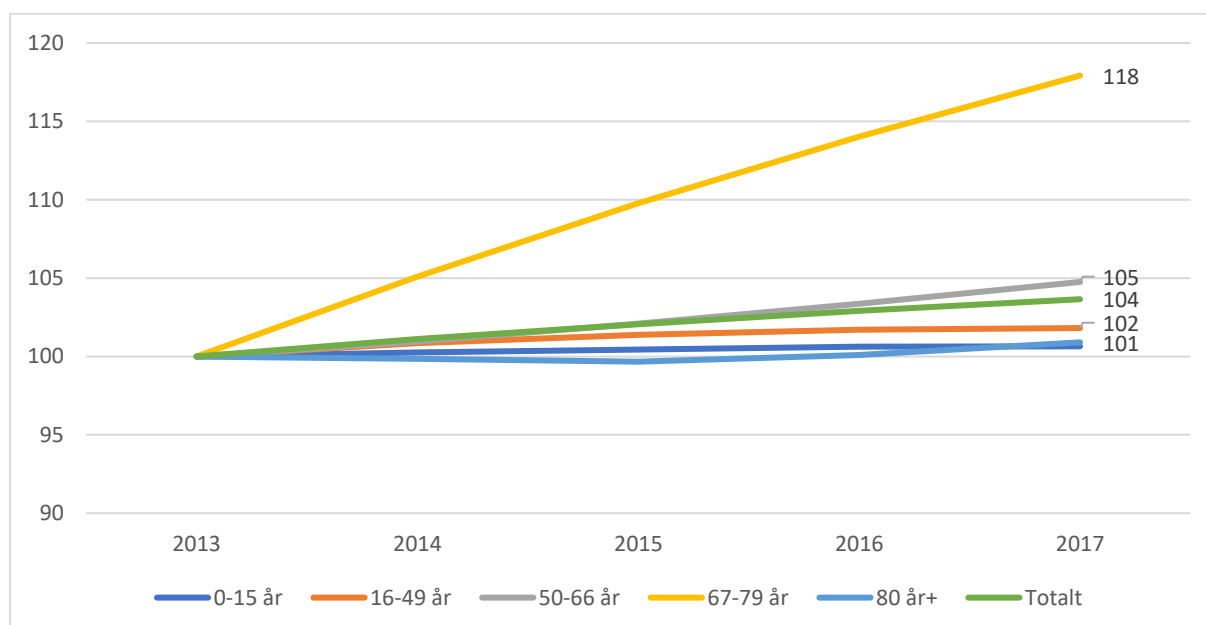
Det er i tillegg gitt en nærmere beskrivelse av prinsipper for fordeling av beløp for nøytral merverdiavgift i vedlegg sist i notatet.

2 SAMMENDRAG AV RESULTATER FOR SPESIALISTHELSETJENESTEN

Vi er inne i en periode hvor befolkningsutviklingen er spesielt sterk for eldre. I publikasjonen er pasientene inndelt i aldersgrupper, og for de eldre er det delt mellom 67 til 79 år og de som er 80 år og eldre.

Figur 1 viser utviklingen i antall innbyggere etter aldersgruppe. Vi ser at veksten for de mellom 67 og 79 år er vesentlig høyere enn for de andre gruppene. Befolkningsøkningen blant eldre har innvirkning på behovet for helsetjenester, og da særlig for somatiske tjenester. I de eldste aldersgruppene er bruken av tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) lav, mens bruken av somatiske helsetjenester er høyere enn for yngre aldersgrupper. Figuren viser videre at det er små endringer i befolkningstallet for de aller eldste (80 år og eldre). Det forventes imidlertid en vekst også i denne gruppen i årene fremover. I den største aldersgruppen, 16-49 år, økte befolkningen med to prosent i femårsperioden.

Figur 1 Endring i antall innbyggere nasjonalt i definerte aldersgrupper fra 2013 til 2017



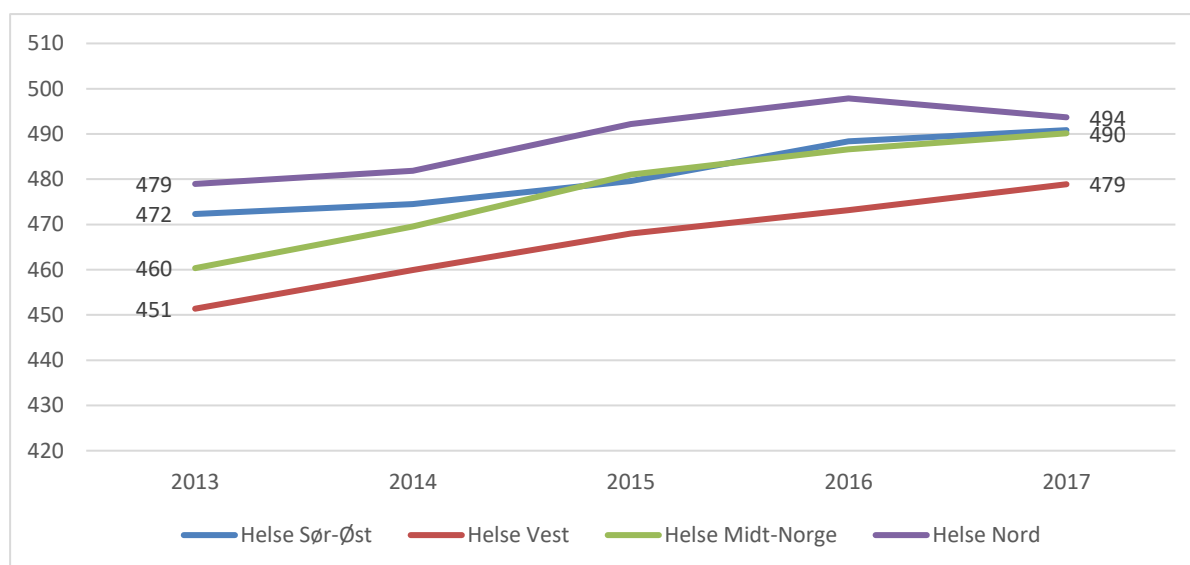
HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

Andelen av befolkningen som benytter spesialisthelsetjenesten er økende. I figur 2 ser vi utviklingen i antall pasienter per 1000 innbyggere for hele spesialisthelsetjenesten samlet (psykisk helsevern, rusbehandling, somatisk virksomhet, alle omsorgsnivå inkludert poliklinisk konsultasjon hos private avtalespesialister). Pasientene har hatt minst et opphold eller kontakt med et eller flere tjenesteområder.

De siste fem årene har antall pasienter per 1000 innbyggere økt (Figur 2). Dette betyr at veksten i antall pasienter har vært større enn veksten i antall innbyggere. Dette gjelder for alle regioner, også for Helse Nord hvor det var en tilbakegang fra 2016 til 2017. Økningen skyldes delvis veksten i antall eldre innbyggere, som særlig påvirker bruk av somatiske tjenester. Det er også andre sannsynlige forklaringer på veksten i pasienter, som økt ressurstilgang, nye behandlingsmuligheter og mer effektive sykehus.

Figur 2 Utviklingen i unike pasienter per 1000 innbygger regionalt for tjenesteområdene samlet i perioden 2013-2017



I det følgende gis det en oppsummering av hovedresultater for tema og tjenesteområder som inngår i SAMDATA Spesialisthelsetjenesten.

2.1 Utviklingen i aktivitet og bruk av tjenester

2.1.1 Somatisk virksomhet

Aktivitet i helseforetak – opphold og DRG-poeng

I dette avsnittet tas det utgangspunkt i ved hvilken institusjon pasienten har mottatt tjeneste (institusjonsperspektiv) og ikke hvor pasienten er bosatt.

I 2017 var det i underkant av 798 000¹ døgnopphold², etter en reduksjon fra 2016 med 1,1 prosent (Figur 3). Det har vært en reduksjon i antall døgnpasienter, mens antall døgnopphold per pasient holdt et stabilt nivå siste år.

Alle regionene hadde nedgang i antall døgnopphold fra 2016 til 2017, med størst nedgang i Helse Sør-Øst. Akershus universitetssykehuset HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset i Telemark HF hadde en reduksjon på rundt 4-5 prosent siste år, samt en reduksjon i antall døgnopphold samlet for hele femårsperioden. Helse Nord hadde også en nedgang i antall døgnopphold totalt i femårsperioden, hvor Helgelandssykehuset pekte seg ut med en sterkere prosentvis reduksjon på 9,5 prosent fra 2013 til 2017 (største reduksjonen kom siste år). Reduksjonen i antall døgnopphold for landet samlet var sterkest for medisinsk øyeblikkelig-hjelpsopphold. For de eldste pasientene var det det siste året en vekst i antall døgnopphold for pasienter 67 til 79 år³ og en reduksjon i antall døgnopphold for pasienter 80 år eller eldre.

Antall dagbehandlinger⁴ ble redusert med en prosent det siste året, mens antall pasienter som mottok dagbehandling økte noe. Det var dermed en nedgang i antall behandlinger per pasient fra 2016 til 2017. Nedgangen i antall dagbehandlinger var knyttet til dagmedisinsk behandling. For landet samlet var det for pasienter 67 år og eldre vekst i antall dagbehandlinger, både det siste året og i femårsperioden samlet.

Antall polikliniske konsultasjoner⁵ for landet samlet økte med 2,8 prosent fra 2016 til 2017. Veksten var prosentvis størst i Helse Midt-Norge og i Helse-Sør Øst. Alle regionene hadde vekst både i antall polikliniske pasienter og i antall poliklinisk konsultasjoner per pasient. For landet samlet var veksten i konsultasjoner fra 2016 til 2017 5,5 prosent for aldersgruppen 67 til 79 år og 4,4 prosent for aldersgruppen 80 år og eldre. For pasientene i alderen 67 til 79 år var siste

¹ Eksklusive Oslo legevakt, Bergen legevakt, Rusakutten ved Bergen legevakt og private sykehus.

² Døgnopphold er definert som innleggelse med en eller flere liggedøgn (overnattinger).

³ Veksten for aldersgruppen 67-79 år vil delvis skyldes befolkningsøkning som vist i figur 1.

⁴ Dagbehandling er definert som innleggelse uten overnattinger samt dagkirurgiske opphold.

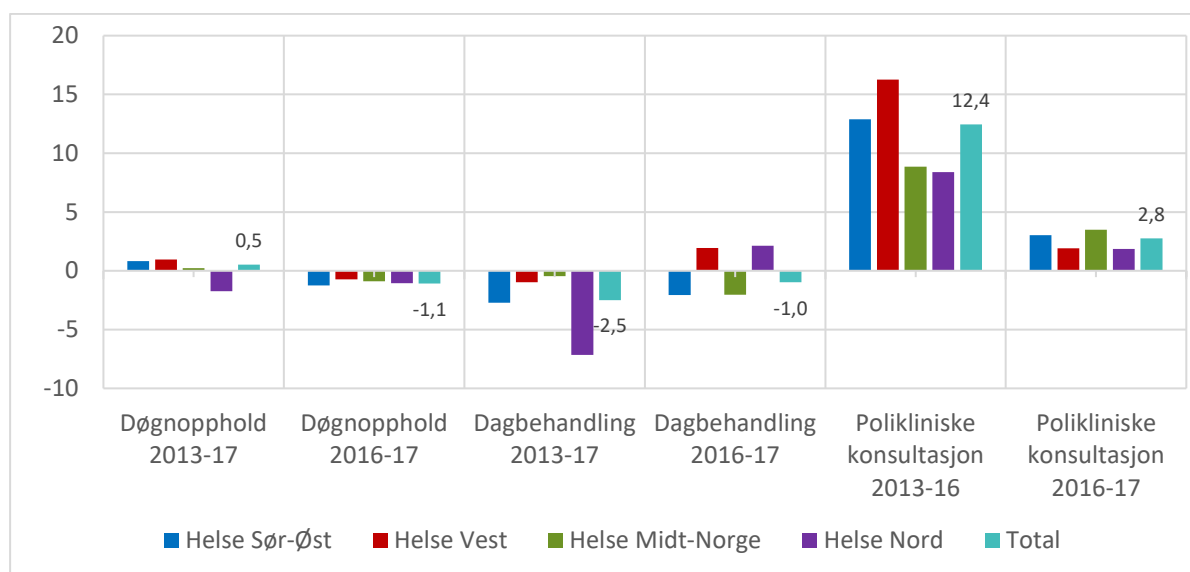
⁵ Polikliniske konsultasjoner omfatter konsultasjoner ved poliklinikker, samt innleggelse ved private sykehus som ikke er gruppert til kirurgisk DRG. For polikliniske konsultasjoner er det definert egen underkategorier for rehabilitering, kjemoterapi, stråleterapi og dialyse.

HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

års vekst i konsultasjoner størst i Helse Midt-Norge (7,9 prosent), mens for pasientene 80 år og eldre var den prosentvise veksten størst i Helse Nord (6,7 prosent).

Figur 3 Prosentvis utvikling i antall døgnopphold, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner⁶ for regionene og landet samlet. For perioden 2013-2017 og 2016-2017.

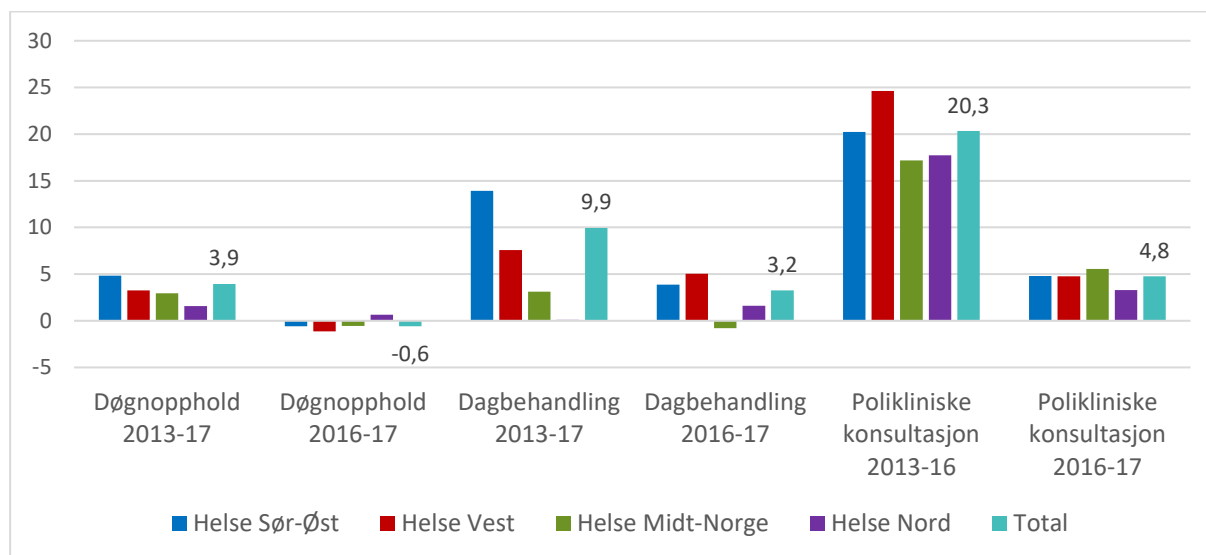


I Figur 4 vises aktivitetsutviklingen når det korrigeres for ulik ressursbruk mellom pasienter og behandlinger (DRG-poeng). Alle regionene, med unntatt av Helse Nord, hadde en reduksjon i antall DRG-poeng⁷ for døgnaktivitet siste år. For landet samlet var det en reduksjon på 6 200 poeng, som utgjør i overkant av 0,6 prosent. DRG-poeng for døgnbehandling utgjorde 73,1 prosent av det totale antallet DRG-poeng i 2017, en reduksjon på nær et prosentpoeng fra 2016.

⁶ Tall for utvikling i antall polikliniske konsultasjoner har en annen tidsperiode enn for døgnopphold og dagbehandling. Dette er på grunn av ny aggregeringsregel for konsultasjoner samme dag for samme pasient fra og med 2016. 2016 tall ble estimert for å være sammenlignbar med tidligere år.

⁷ DRG-poengene er et aktivitetsmål hvor det forsøkes å korrigere for at ulike helseforetak og sykehus har ulik pasientsammensetning. Dette gjøres ved å benytte kostnadsvekstene som brukes i ordningen Innsatsstyrt finansiering (ISF). Vektene uttrykker hva et opphold for en pasientgruppe (DRG) koster i gjennomsnitt, relativt til en annen pasientgruppe (annen DRG). DRG-poeng i dette notatet er korrigert for systemendringer i ISF.

Figur 4 Prosentvis utvikling i ressurskorrigert aktivitet (DRG-poeng) for døgnopphold, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner⁸ for regionene og landet samlet. For perioden 2013-2017 og 2016-2017.



For landet samlet var det en økning i DRG-poeng for dagbehandling siste år med om lag 3 300 poeng. Helse Midt-Norge hadde en liten nedgang i antall DRG-poeng for dagbehandling siste år, mens de andre regionene hadde en økning. Det var en vekst i polikliniske DRG-poeng på i overkant 13 000 poeng for landet samlet siste år, som utgjør 4,8 prosent. Helse Midt-Norge hadde den sterkeste veksten i polikliniske DRG-poeng siste år, mens Helse Vest hadde den sterkeste veksten for perioden fra 2013 til 2016.

Regionale forskjeller i liggetidsutviklingen

Gjennomsnittlig liggetid for somatiske døgnopphold ekskludert rehabiliteringsopphold var stabil i alle regionene fra 2016 til 2017, og variasjonen⁹ mellom helseforetakene var 21 prosent begge årene. Figur 5 viser at det for landet samlet var en nedgang i liggetid på 0,2 dager fra 2013 til 2017. Helse-Vest hadde størst nedgang i denne perioden på 0,4 dager, som vist i Figur 6 hvor nivået i 2012 også er inkludert. Det fremgår også av Figur 6 at det er regionale forskjeller i liggetidsutviklingen. Helse Sør-Øst og Helse Vest har en vedvarende reduksjon i liggetiden fra 2012 til 2017, mens i de to andre regionene flater liggetiden noe ut, først i Helse Nord. Vi har i dette arbeidet ikke sett nærmere på mulige årsaker til den ulike utviklingen i liggetid, men dette vil det være interessant å analysere noe videre.

⁸ Tall for utvikling i polikliniske DRG-poeng har en annen tidsperiode enn for døgnopphold og dagbehandling. Dette er på grunn av ny aggregeringsregel for konsultasjoner samme dag for samme pasient fra og med 2016. Tall fra 2016 ble estimert for å være sammenlignbar med tidligere år.

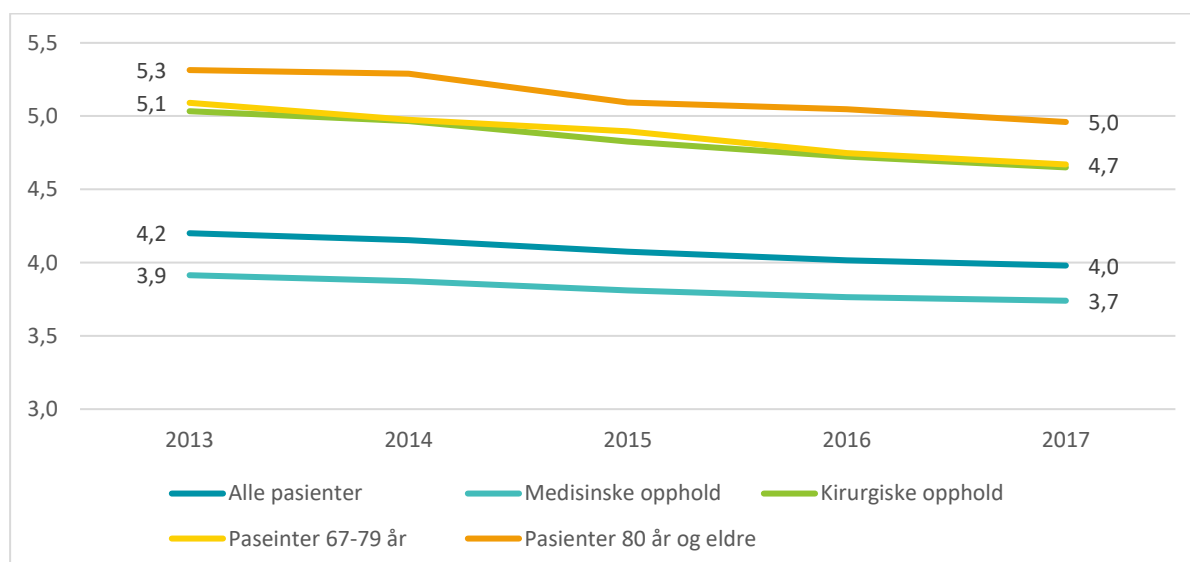
⁹ Målt ved bruk av variasjonskoeffisienten som er standardavvik dividert med gjennomsnitt.

HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

Samlet antall liggedager ble redusert med nær 70 000 siste år, hvorav 48 000 gjaldt medisinske døgnopphold. Den resterende reduksjonen var knyttet til kirurgiske døgnopphold. Nedgangen i sum liggedager var i hovedsak knyttet til nedgang i antallet døgnopphold. Det var en liten reduksjon i gjennomsnittlig liggetid for pasienter 67 år og eldre siste år. Gjennomsnittlig liggetid for pasienter i aldersgruppene 67 til 79 år og 80 år og eldre var henholdsvis 4,7 og 5,0 dager i 2017. For begge aldersgruppene gikk gjennomsnittlig liggetid ned med 0,4 dager i femårsperioden. For utvalgte pasientgrupper¹⁰ var det stabilt nivå eller en liten nedgang i gjennomsnittlig liggetid siste år.

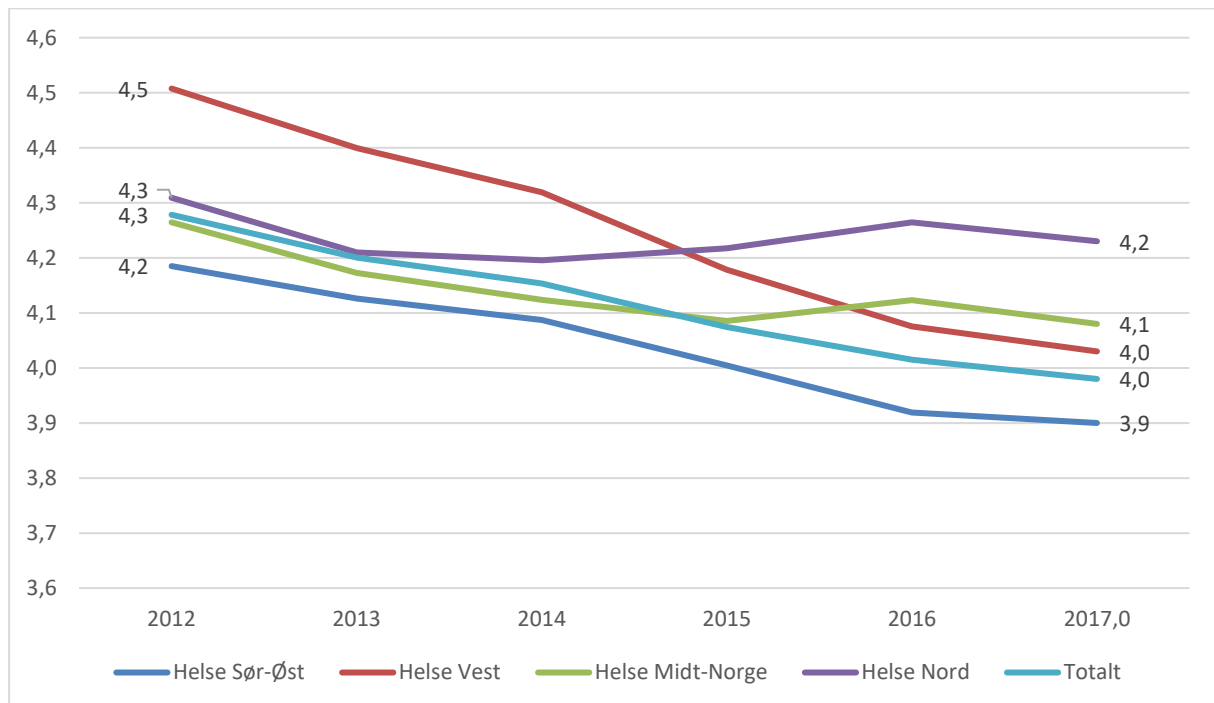
Figur 5 Gjennomsnittlig liggetid¹¹ for døgnopphold eksklusive rehabilitering etter alder og type opphold 2013-2017.



¹⁰ Innsetting av primære proteser i hofte, hoftebrudd, korsbånd, tykktarmskreft, coronary artery bypass graft og prostataectomy.

¹¹ Korrigert for overføringer.

Figur 6 Gjennomsnittlig liggetid eksklusive overføringer for døgnopphold samlet regionalt i perioden 2012-2017.



Økt poliklinisk aktivitet førte til økning i pasienttallet i somatisk virksomhet

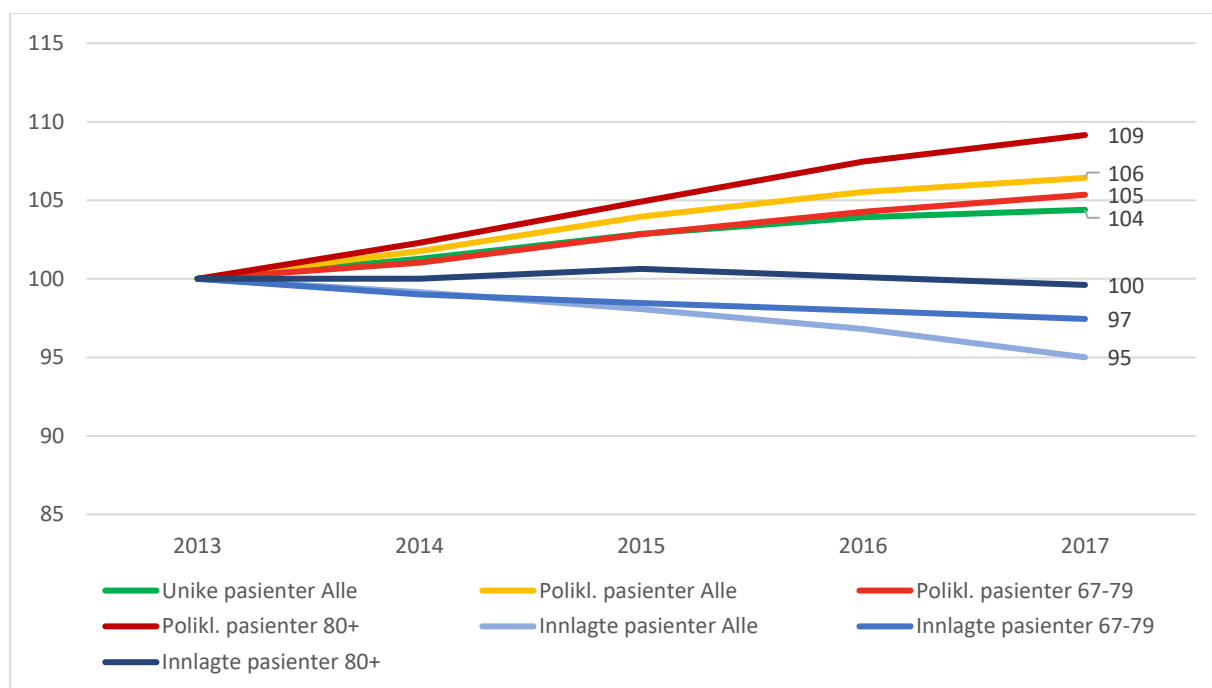
I de følgende avsnittene ser vi nærmere på bruk av tjenester med utgangspunkt i pasientens bostedsområde (befolkningsspektiv).

De siste fem årene, 2013 til 2017, har pasientraten for landet samlet økt med i overkant av seks prosent (Figur 7). Deler av denne økningen skyldes den sterke veksten av innbyggere i aldersgruppen 67 til 79 år (Figur 1). Samtidig som den totale pasientraten økte, gikk raten for innlagte pasienter ned. Dette betyr at den totale pasientraten har økt som en følge av vekst i antall pasienter med kun poliklinisk oppfølging. Trenden er lik for alle helseregionene, med økning i total pasientrate og rate for polikliniske pasienter samtidig med nedgang for innlagte pasienter.

HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

Figur 7 Prosentvis utvikling i pasientrate totalt, rate for innlagte pasienter og rate for polikliniske pasienter i perioden 2013-2017. Aldersgrupper



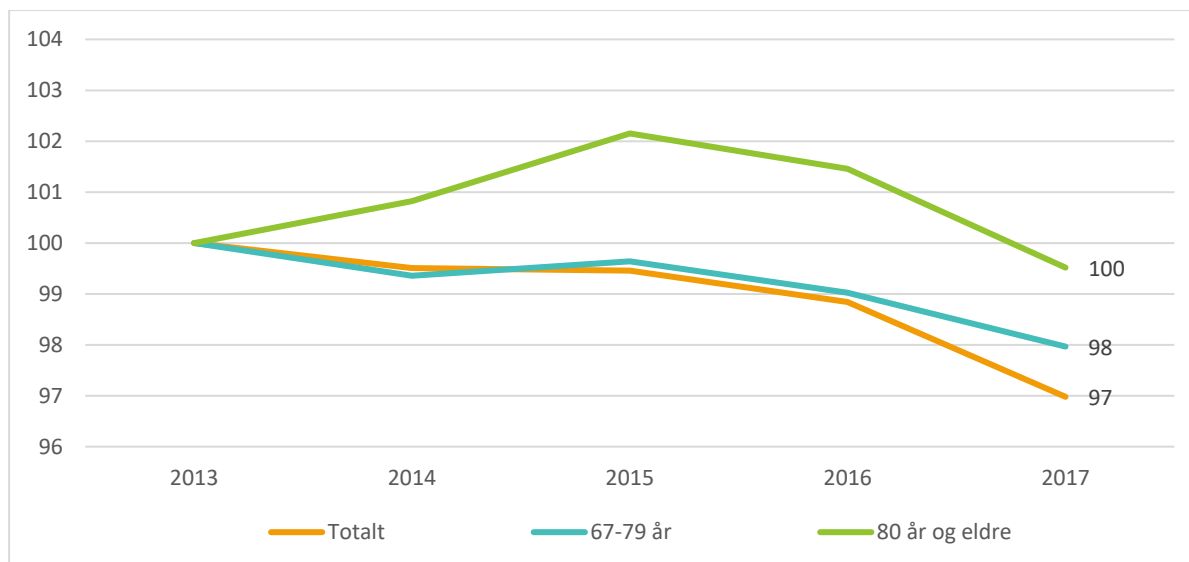
Reduksjon i døgnopphold per innbygger

I dette avsnittet ser vi på pasientenes bruk av ulike typer tjenester. Figur 8 viser utvikling i døgnopphold per innbygger for hele befolkningen og for de to eldste aldersgruppene. Som vist tidligere (Figur 3) var det en vekst i antall døgnopphold i perioden 2013 til 2016, mens det siste år var en nedgang. Figur 8 viser at det i hele perioden har vært en nedgang i antall døgnopphold per innbygger både for befolkningen samlet og for aldersgruppen 67 til 79 år. Selv om antall døgnopphold for aldersgruppen 67 til 79 år økte fra 2016 til 2017, var det reduksjon i antall døgnopphold per 1000 innbyggere for aldersgruppen. Nedgang i rate samtidig med økning i antall forklares av den sterke befolkningsveksten for aldersgruppen. Når det gjelder aldersgruppen 80 år og eldre, var det først i perioden en økning i raten, men etter 2015 var det en reduksjon også for denne aldersgruppen.

Medisinske øyeblikkelig-hjelp innleggelser utgjør den største andelen av døgnoppholdene (over 60 prosent). Denne andelen har vært stabil hele femårsperioden. Og det er særlig for denne typen døgnopphold at raten ble redusert i femårsperioden, med en nedgang på fire prosent fra 2013 til 2017. Også for de to eldste aldersgruppene var det en reduksjon i

medisinske øyeblikkelig-hjelp innleggelser. For hele befolkningen ble raten for planlagt medisin og akutt kirurgi samtidig redusert noe siste fem år. Raten for planlagt kirurgi hadde en vekst fra 2013 til 2016, mens det var en svak nedgang fra 2016 til 2017.

Figur 8 Prosentvis utvikling i døgnopphold per innbygger etter alder, 2013-2017



Regionale forskjeller i bruk av poliklinikker og avtalespesialister

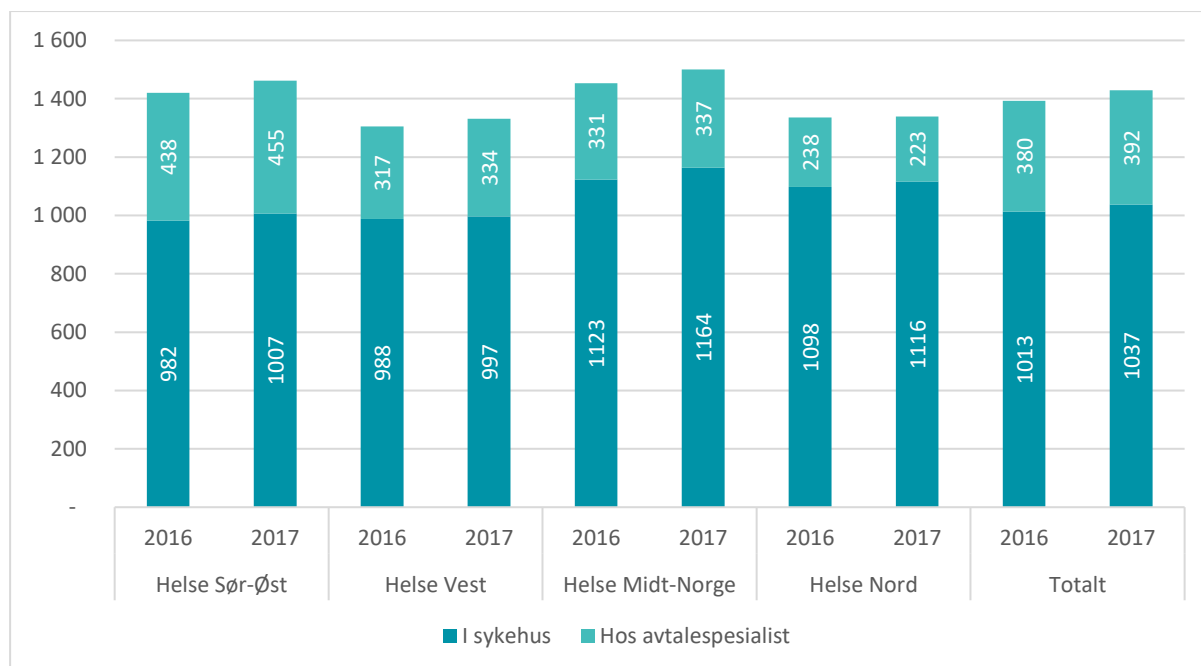
Det har de siste årene vært en vekst i antall polikliniske konsultasjoner i sykehus, og veksten har vært sterkere enn befolkningsveksten, det vil si at konsultasjonsraten (konsultasjoner per 1000 innbyggere) har økt. Figur 9 viser konsultasjoner per innbygger både i sykehus og hos avtalespesialist for regionene og landet samlet. Fra 2016 til 2017 økte antall konsultasjoner per innbygger inklusive avtalespesialister med 2,6 prosent. Som det fremgår av Figur 9 er det til dels store forskjeller i bruk av avtalespesialister mellom regionene, med høyest nivå i Helse Sør-Øst og lavest i Helse Nord. Vi ser også at Helse Nord var den eneste regionen med nedgang i raten for konsultasjoner hos avtalespesialist fra 2016 til 2017, og var den regionen med lavest prosentvis økning i antall konsultasjoner per innbygger.

Også for de to eldste aldersgruppene (67-79 år og 80 år over) var det en økning i antall konsultasjoner per innbygger samlet for sykehus og avtalespesialist fra 2016 til 2017, både nasjonalt og i alle regionene. For begge aldersgruppene var det svakest prosentvis vekst i Helse Nord, samt at det i denne regionen var en nedgang i bruken av avtalespesialist målt per innbygger. I Helse Midt-Norge var det også en nedgang i antall konsultasjoner per innbygger hos avtalespesialist for aldersgruppen 67 til 79 år.

HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

Figur 9 Polikliniske konsultasjoner i sykehus og avtalespesialist per 1000 innbygger for regionene og totalt, 2016-2017



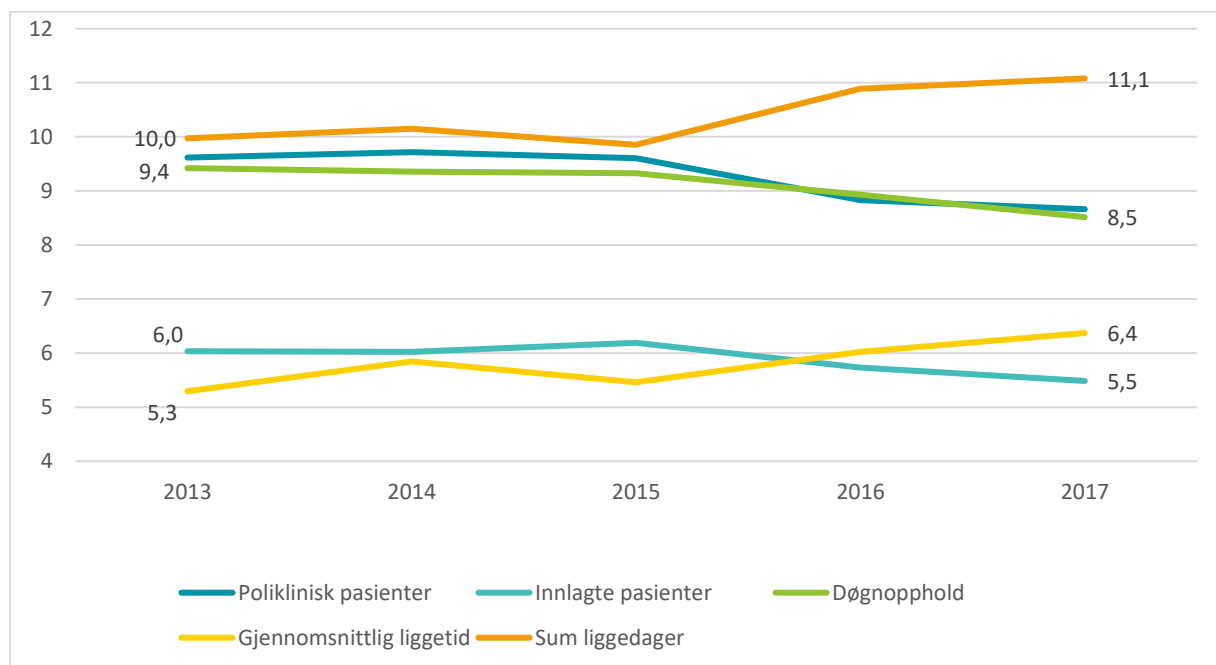
Har forskjellene i bruk av tjenester blitt større eller mindre?

Det har vært en økende oppmerksomhet de siste årene om å identifisere og helst redusere forskjeller nivå mellom områder i landet. Dette omfatter også bruk av tjenester. Samtidig har det "alltid" vært et mål for helsetjenesten at tilgangen til tjenester skal være uavhengig av bosted, økonomi og andre personlige forhold. Det å følge utviklingen i forskjeller mellom ulike områder i landet er derfor en viktig oppgave for Helsedirektoratet.

Figur 10 viser utvikling i forskjeller mellom bostedsområdene.¹² Med unntak av gjennomsnittlig liggetid og sum liggedager per innbygger, var forskjellen mellom bostedsområdene stabil i perioden 2013 til 2015, mens det etter 2015 har blitt noe mindre forskjeller. Det samme gjelder også forskjeller i polikliniske konsultasjoner i sykehus per innbygger (ikke vist her). For gjennomsnittlig liggetid og sum liggedager (eksklusive rehabilitering) har forskjellene økt fra 2015 til 2017. Gjennomsnittlig liggetid har i femårsperioden blitt noe redusert for de aller fleste bostedsområdene, men vi ser at forskjellene mellom områdene øker noe.

¹² Målt med variasjonskoeffisienten som er standardavvik dividert med gjennomsnitt.

Figur 10 Utvikling i variasjon mellom bostedsområdene for poliklinisk pasienter, innlagte pasienter, døgnopphold og liggedager per innbygger (standardiserte rater), samt gjennomsnittlig liggetid for årene 2013-2017.



Stadig færre mottar rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

De siste årene har det vært en gradvis reduksjon i antall pasienter som har mottatt rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Tabell 1 viser at i 2017 var det i underkant av 54 000 rehabiliteringspasienter som var fordelt omtrent likt mellom sykehusene og de private rehabiliteringsinstitusjonene. Samlet sett er dette en nedgang på 972 pasienter eller 1,8 prosent fra 2016.

Nedgangen i antall pasienter kommer hovedsakelig for rehabilitering i sykehus, hvor det var en reduksjon på 3,4 prosent siste år. Det er de «lettere» formene for rehabilitering som går ned (primær enkel døgnrehabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering), mens antall pasienter som mottar primær kompleks døgnrehabilitering og sekundær døgnrehabilitering har økt siste år. Disse endringene kan muligens ha sammenheng med at en del av de «lettere» rehabiliteringstjenestene gradvis overføres til kommunene, jamfør de politiske intensjonene om oppgaveoverføring av tjenester til kommunesektoren.¹³

¹³ Meld. St. 14 (2015-2015): Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner.
Særtrykk til Prop. 1 S (2016-2017): Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019).

HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

Antall pasienter som har mottatt rehabilitering i de private rehabiliteringsinstitusjonene har vært relativt stabilt de siste årene. I 2017 mottok omtrent 27 400 pasienter slik rehabilitering (0,3 prosent færre enn i 2016, se Tabell 1 for detaljer).

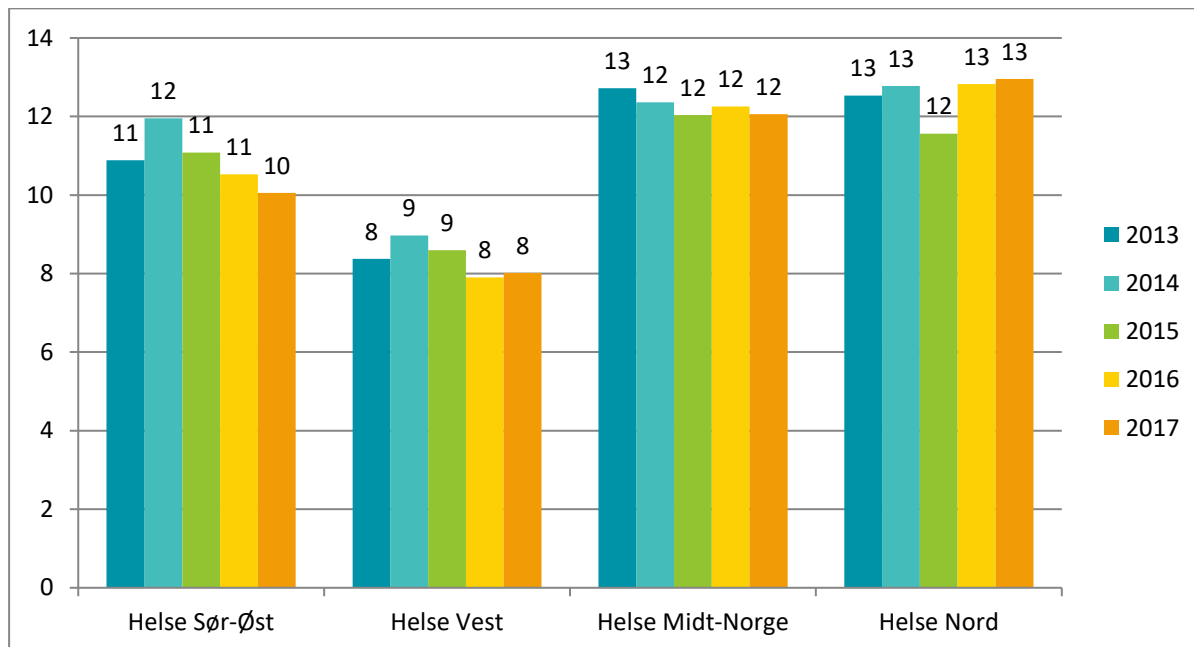
Tabell 1 Antall rehabiliteringspasienter i spesialisthelsetjenesten 2013-2017

Institusjon	Type rehabilitering	Antall pasienter				
		2013	2014	2015	2016	2017
Sykehus	Primær kompleks døgner rehabilitering	6 275	6 415	6 485	6 504	6 645
	Primær enkel døgner rehabilitering	3 942	3 403	3 199	3 007	2 572
	Sekundær døgner rehabilitering	8 314	8 618	7 523	6 733	7 255
	Dag- og poliklinisk rehabilitering	14 864	15 796	15 568	14 247	12 861
	<i>Rehabilitering ved sykehus totalt</i>	<i>31 398</i>	<i>32 447</i>	<i>31 047</i>	<i>28 847</i>	<i>27 870</i>
Private rehab.inst	Døgner rehabilitering	23 819	21 827	21 873	22 144	22 671
	Dag- og poliklinisk rehabilitering	1 955	5 901	5 287	6 394	5 731
	<i>Private rehab.inst. totalt</i>	<i>25 229</i>	<i>27 107</i>	<i>26 434</i>	<i>27 472</i>	<i>27 393</i>
<i>Spesialisthelsetjenesten totalt</i>		<i>54 993</i>	<i>59 195</i>	<i>55 970</i>	<i>54 820</i>	<i>53 848</i>

Flest rehabiliteringspasienter per innbygger i Helse Nord og Helse Midt-Norge

Det er flest pasienter som mottar rehabilitering i Helse Midt-Norge og Helse Nord med pasientrater på henholdsvis 12 og 13 pasienter per 1 000 innbyggere i 2017. Pasientraten var lavest i Helse Vest gjennom hele perioden med 8 pasienter per 1000 innbyggere i 2017.

Figur 11 Antall rehabiliteringspasienter per 1 000 innbyggere i spesialisthelsetjenesten totalt (sykehus + private institusjoner) etter region, 2013-2017



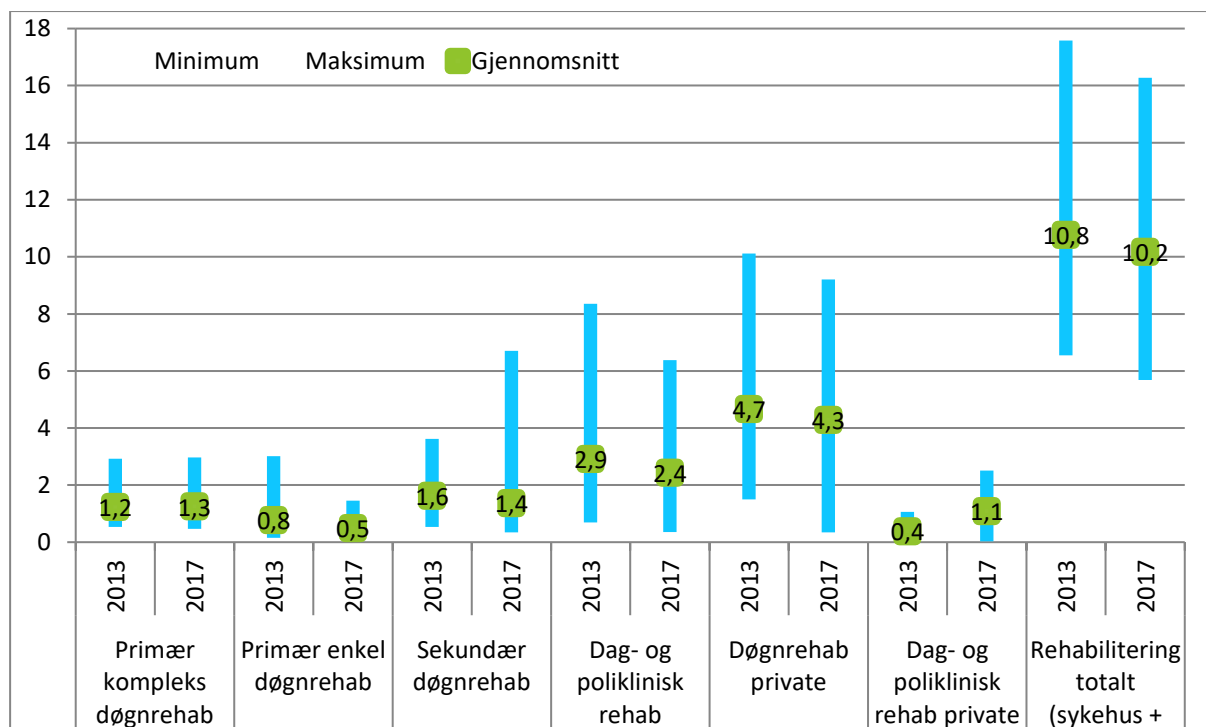
Det er enda større forskjeller mellom bostedsområdene enn mellom regionene. Variasjonen mellom områdene er særlig stor for dag- og poliklinisk rehabilitering og sekundær rehabilitering i sykehus, samt døgnrehabilitering i private institusjoner (Figur 12). Det har i hele perioden vært relativt store forskjeller i døgnrehabilitering ved private institusjoner. Bostedsområdene i Helse Nord har hatt høy bruk, mens Helse Vest har hatt lavere. For sekundær døgnrehabilitering¹⁴ i sykehus har forskjellen mellom bostedsområdene med høyest og lavest pasientrate blitt større i femårsperioden og det er spesielt bostedsområdet Helgeland som skiller seg ut med en høy pasientrate for denne type rehabilitering.

¹⁴ Sekundær døgnrehabilitering tilsier at det ikke var rehabilitering som er hovedårsak til innleggelsen, men at det ble gitt i forlengelsen av initial behandling.

HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

Figur 12 Forskjeller mellom bostedsområder i pasientrater for ulike typer rehabilitering i 2013 og 2017



2.1.2 Psykisk helsevern

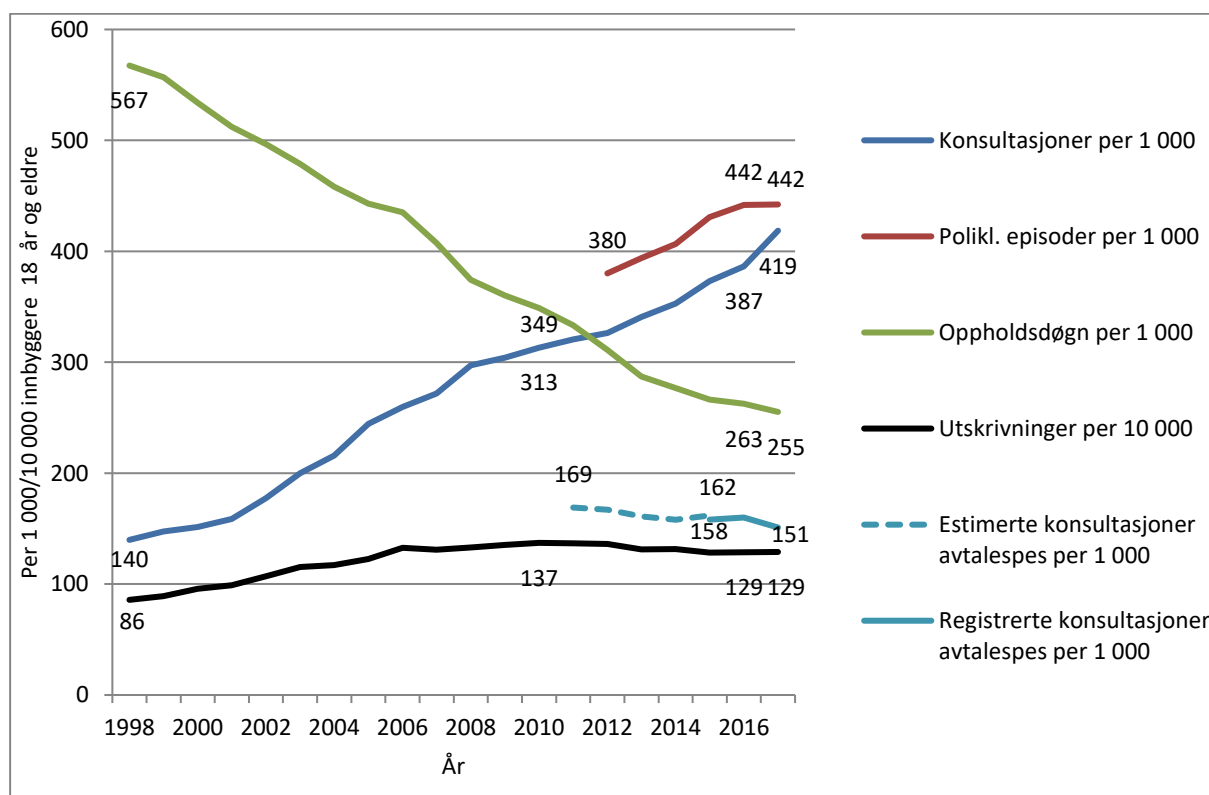
Nasjonale utviklingstrekk i psykisk helsevern for voksne

Figur 13 viser utviklingen i behandlingsaktiviteten i det psykiske helsevernet for voksne fra 1998 til 2017. Indikatorene er målt som rater i forhold til innbyggertall 18 år og eldre. Tallene for avtalespesialistene omfatter bare pasienter 18 år og eldre.

I 2017 var i alt 193 000 pasienter i kontakt med det psykiske helsevernet for voksne, om lag samme antall som året før.

Siden 1998 har raten for oppholdsdøgn blitt redusert med 55 prosent, men utskrivningsraten økte likevel fram til 2011. Etter 2011 har utskrivningsraten blitt svakt redusert til 129 utskrivninger per 10 000 innbyggere. Utskrivningsraten var likevel i 2017 50 prosent høyere enn i 1998. Konsultasjonsraten ved poliklinikkene har siden 1998 blitt tre-doblet. Konsultasjonsraten hos avtalespesialistene har blitt noe redusert.

Figur 13 Bruk av døgn- og polikliniske tjenester for pasienter i psykisk helsevern for voksne i perioden 1998 til 2017.



HOVEDRESULTATER SAMDATA

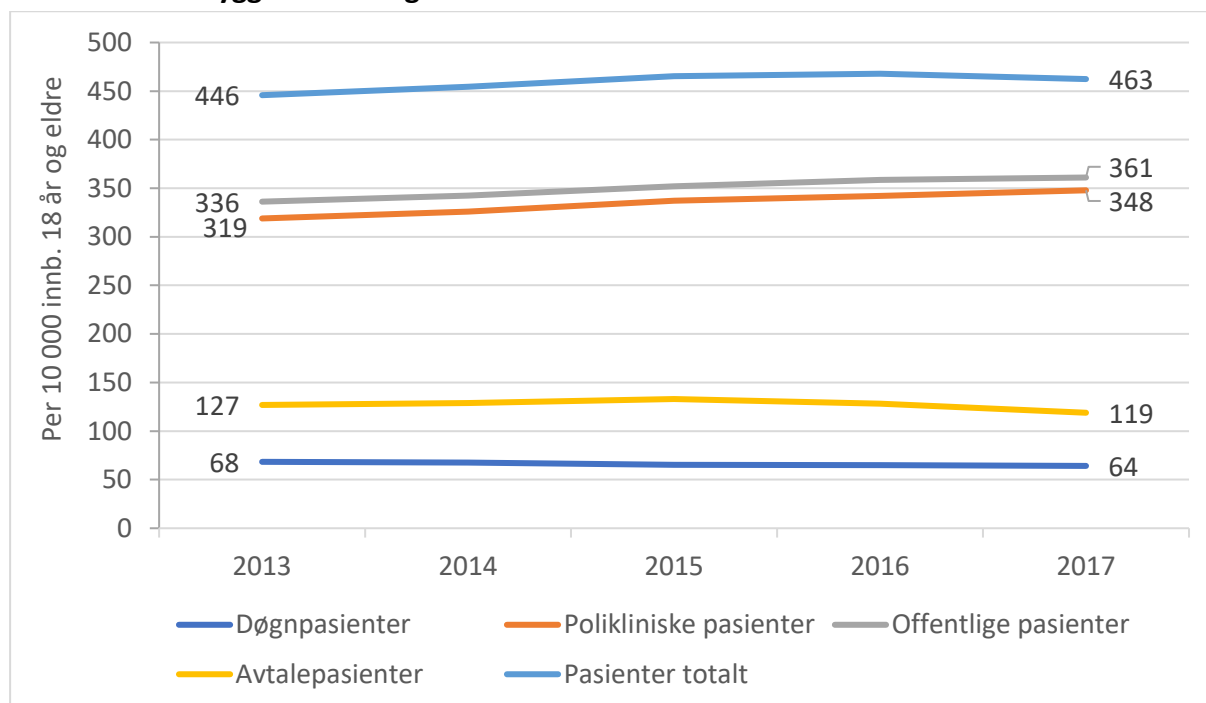
SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

Figur 14 viser utviklingen antall pasienter som har vært i kontakt med ulike tjenester i det psykiske helsevernet for voksne i perioden 2013-2017. Tallene er fremstilt som rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Fram til 2015 var ikke pasientdata for avtalepasientene komplette. For perioden 2013 til 2015 benyttes derfor estimerte tall for avtalepasienter og pasienter totalt.

Siden 2013 har pasientraten økt med 4 prosent. I 2017 var 4,6 prosent av den voksne befolkningen i kontakt med det psykiske helsevernet.

Det er særlig antallet polikliniske pasienter som har økt. I 2017 ble 145 000 pasienter behandlet ved poliklinikkene. Dette gir en økning i pasientraten på 9 prosent siden 2013. Raten for døgnpasienter (om lag 27 000 pasienter) og raten for avtalespesialistene (om lag 50 000 pasienter) har gått noe ned.

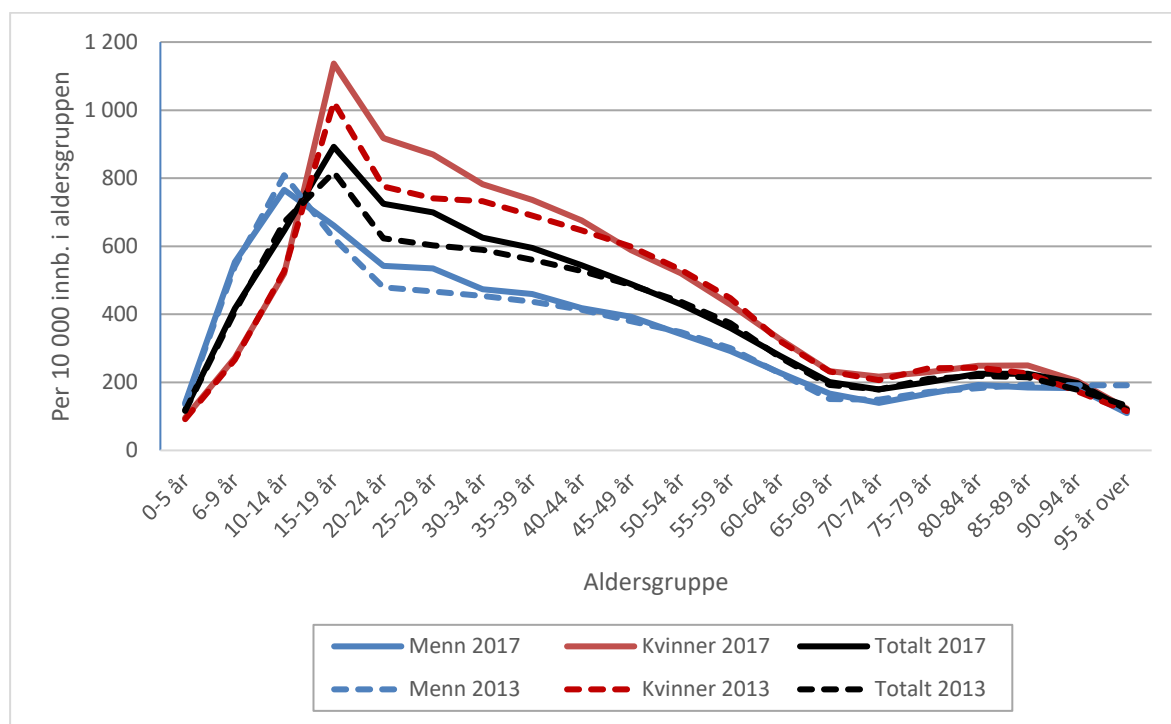
Figur 14 Pasienter etter behandlingsform i det psykiske helsevernet for voksne 2010-2017. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre.



Figur 15 viser aldersfordelingen for pasienter totalt inklusive pasienter hos avtalespesialistene i 2013 og i 2017. Figuren omfatter både psykisk helsevern for voksne og for barn og unge.

For begge år finner vi gjennomgående det samme mønsteret: Pasientraten øker fram til aldersgruppen 10-14 år for guttene, der nær 8 prosent er i kontakt med tjenestene, og fram til aldersgruppen 15-19 år for kvinnene, der drøyt 11 prosent er i kontakt med tjenestene i løpet av et år. Veksten i pasientratene har i all hovedsak kommet for kvinner i alder 15 til 29 år, samt for menn i alder 20 til 29 år. For øvrige aldersgrupper er ratene tilnærmet de samme begge år.

Figur 15 Pasienter i det psykiske helsevernet etter kjønn og alder i 2013 og i 2017. Rater per 10 000 innbyggere i hver aldersgruppe



HOVEDRESULTATER SAMDATA SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

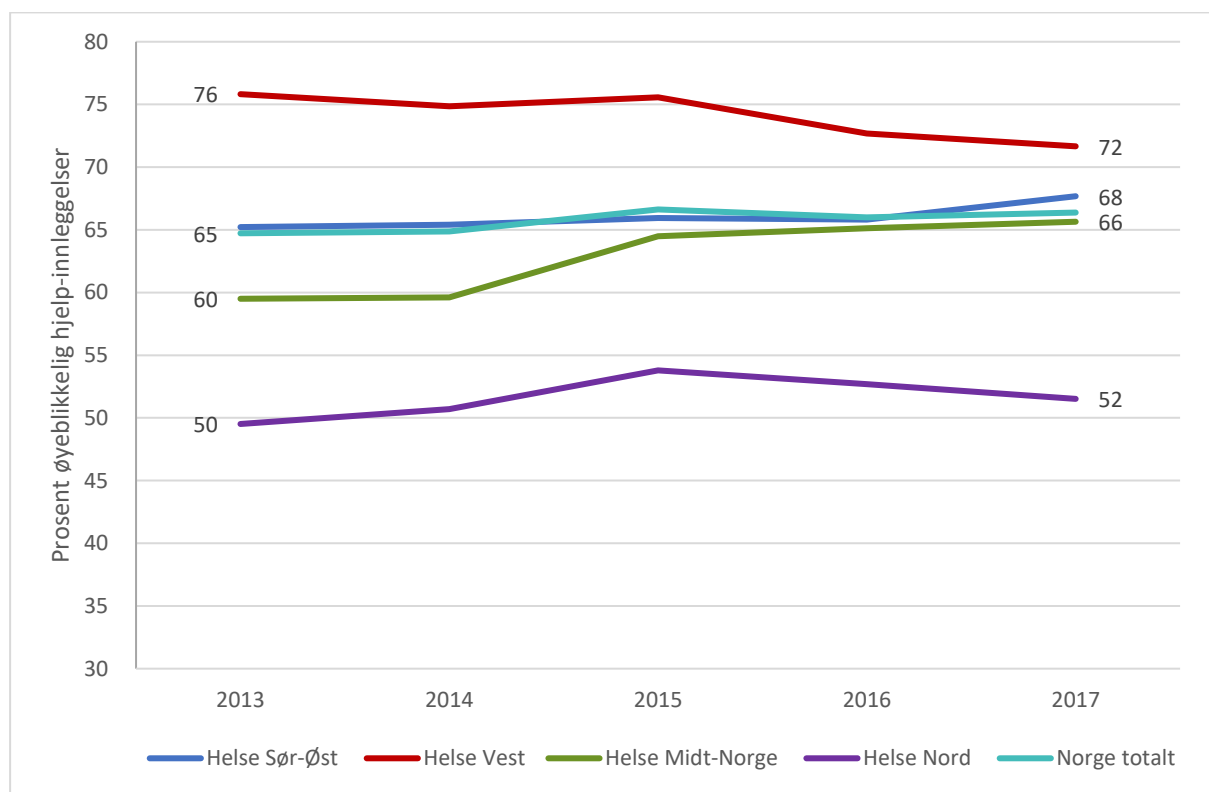
Regionale utviklingstrekk i psykisk helsevern for voksne

Lik regional utvikling i døgnbehandling

I perioden 2013 til 2017 har raten for oppholdsdøgn blitt redusert med 11 prosent, mens utskrivningsraten i samme periode ble redusert med 2 prosent. Trenden er gjennomgående den samme i alle regioner, med unntak av Helse Nord som hadde en økning fra 2016 til 2017. Helse Vest og Helse Nord har gjennomgående flere oppholdsdøgn og utskrivninger enn Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge.

Med færre og kortere opphold kan det oppstå et press i retning flere øyeblikkelig-hjelp innleggelser. Figur 16 viser utviklingen i andel slike innleggelser over perioden 2013 til 2017.

Figur 16 Prosent øyeblikkelig-hjelp innleggelser i det psykiske helsevernet for voksne 2013-2017.



Fra 2013 til 2017 har andel øyeblikkelig-hjelp innleggelser holdt seg relativt stabil på landsbasis (ett prosentpoeng økning). Helse Vest har gjennom hele perioden en høyere andel øyeblikkelig-hjelp, men har hatt en nedgang de senere årene. I Helse Midt-Norge har andel

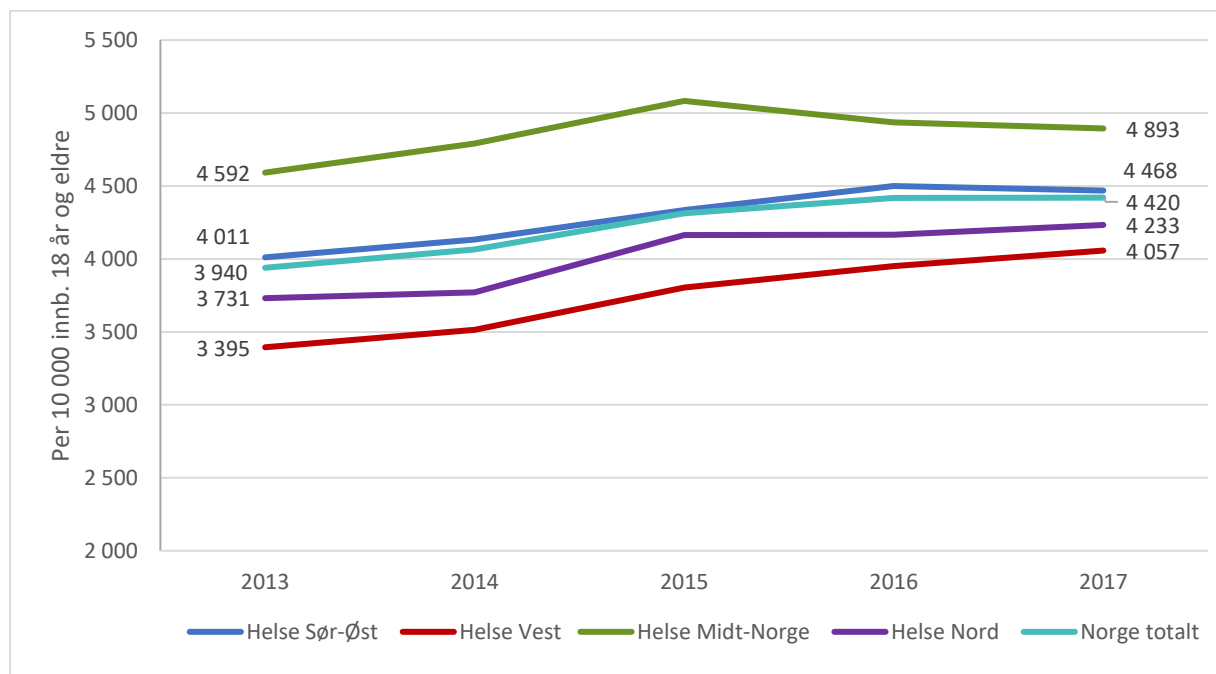
øyeblikkelig-hjelp økt. Helse Nord har gjennomgående hatt en lavere andel øyeblikkelig-hjelp enn de øvrige. Dette må sees på bakgrunn av høyere døgnkapasitet enn i de øvrige regioner.

Poliklinisk behandling

Finansieringen av poliklinisk virksomhet ble lagt om fra 2017 ved at slik virksomhet ble inkludert i innsatsstyrt finansiering. I denne omleggingen ble registrering av blant annet gruppebehandling endret som omtalt innledningsvis. Dette medførte blant annet en økning i omfanget av konsultasjoner med registrert takstkode for gruppebehandling.

Siden 2013 har raten for konsultasjoner med registrert takstkode økt med 23 prosent. Fra 2016 til 2017 var økningen 8 prosent. Økningen skyldes imidlertid i stor grad endringer i regler ved omlegging av finansieringssystemet, ved at takstkode for gruppebehandling skulle registreres på alle pasienter i gruppen, ikke bare for en pasient i gruppen. Hvis vi i stedet ser på polikliniske kontakter totalt (med og uten refusjon) var økningen 12 prosent fra 2013 til 2017, mens det var ingen økning fra 2016 til 2017 (Figur 17). Det kan derfor se ut til at økningen i den polikliniske aktiviteten har stoppet opp det siste året.

Figur 17 Polikliniske kontakter totalt i det psykiske helsevernet for voksne 2013-2017. Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre



Regionalt har Helse Midt-Norge gjennomgående høyere rater enn de øvrige regionene for begge indikatorer, mens Helse Vest har lavere rater. Målt ved refusjonsberettigede konsultasjoner er det gjennomgående en økning gjennom hele perioden for begge

HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

indikatorerne. Målt ved kontakter totalt finner vi en utflating de siste par årene i Helse Midt-Norge.

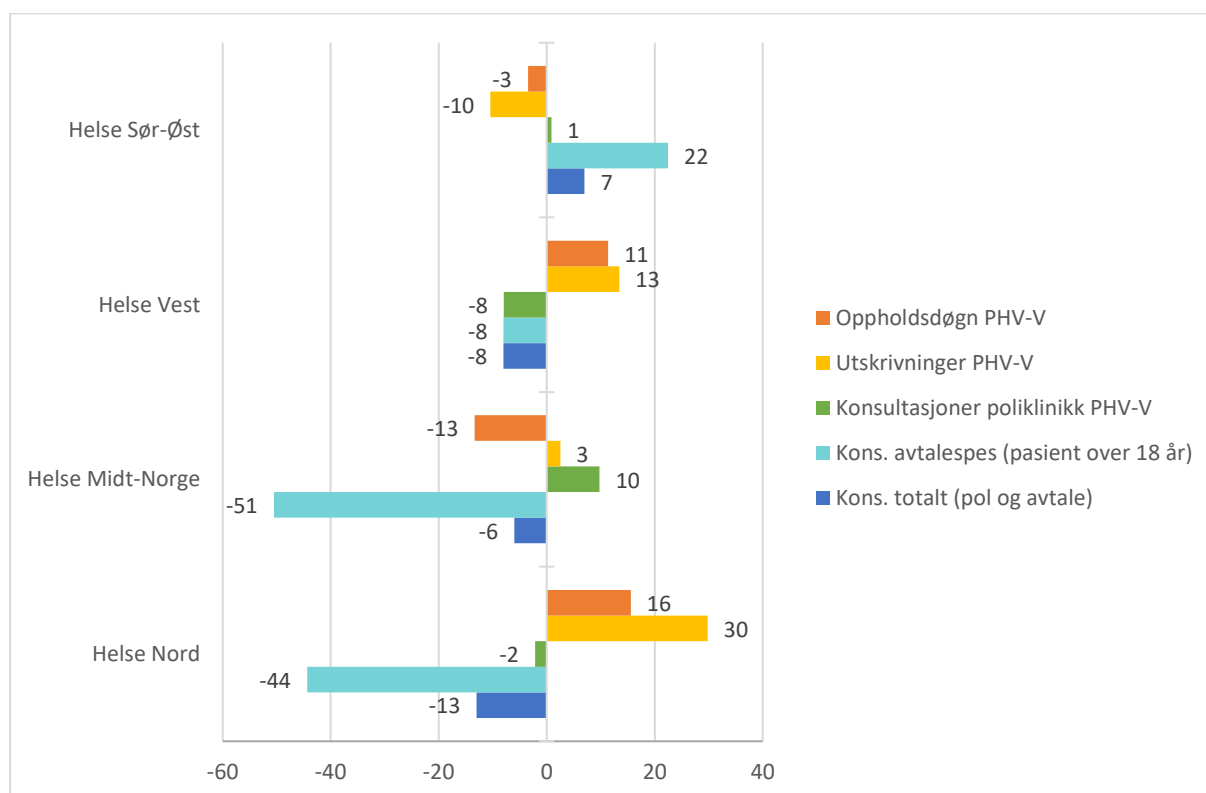
Redusert aktivitet hos avtalespesialistene siste år

Konsultasjonsraten hos avtalespesialistene har holdt seg relativt stabile de siste årene. Fra 2016 til 2017 observerte vi likevel en nedgang, som særlig har kommet i Helse Sør-Øst og i Helse Vest. Disse regionene har samtidig langt høyere konsultasjonsrate enn de øvrige regionene.

Behandlingsprofiler

Helseregionene har fortsatt ulik vektlegging av ulike typer tjenester. Dette er illustrert i Figur 18 som viser ratene for ulike tjenester målt i prosent avvik fra landsgjennomsnittet i 2017.

Figur 18 Behandlingsprofiler i det psykiske helsevernet for voksne. Rate for ulike tjenester målt som prosent avvik fra landsgjennomsnittet.



Helse Sør-Øst har oppholdsøgn rett under landsgjennomsnittet, men lavest rate for utskrivninger. Regionen har med andre ord få, men relativt lange opphold. Regionen ligger

også nær snittet for konsultasjoner ved poliklinikkene, men pga. desidert flest konsultasjoner hos avtalespesialistene, har regionen likevel den høyeste samlede konsultasjonsraten.

Med rater for oppholdsdøgn og utskrivninger over landsgjennomsnittet, kombinert med konsultasjonsrater både for poliklinikker og avtalespesialister under landsgjennomsnittet, har Helse Vest fortsatt en klar "døgnprofil" sammenlignet med de øvrige regionene.

Helse Midt-Norge har den klareste "polikliniske" profilen av regionene. Regionen har den laveste raten for oppholdsdøgn. Pga. korte opphold ligger regionen likevel noe over landsgjennomsnittet for utskrivninger. Regionen har den desidert høyeste raten for offentlige poliklinikker, men pga. få konsultasjoner hos avtalespesialister, ligger samlet konsultasjonsrate likevel noe under landsgjennomsnittet.

Også Helse Nord har en klar "døgnprofil" med de høyeste ratene både for oppholdsdøgn og utskrivninger. Regionen har rater for poliklinikkene nær landsgjennomsnittet, men pga. lav aktivitet hos avtalespesialistene, likevel den laveste raten for konsultasjoner totalt.

Pasienter i psykisk helsevern for barn og unge

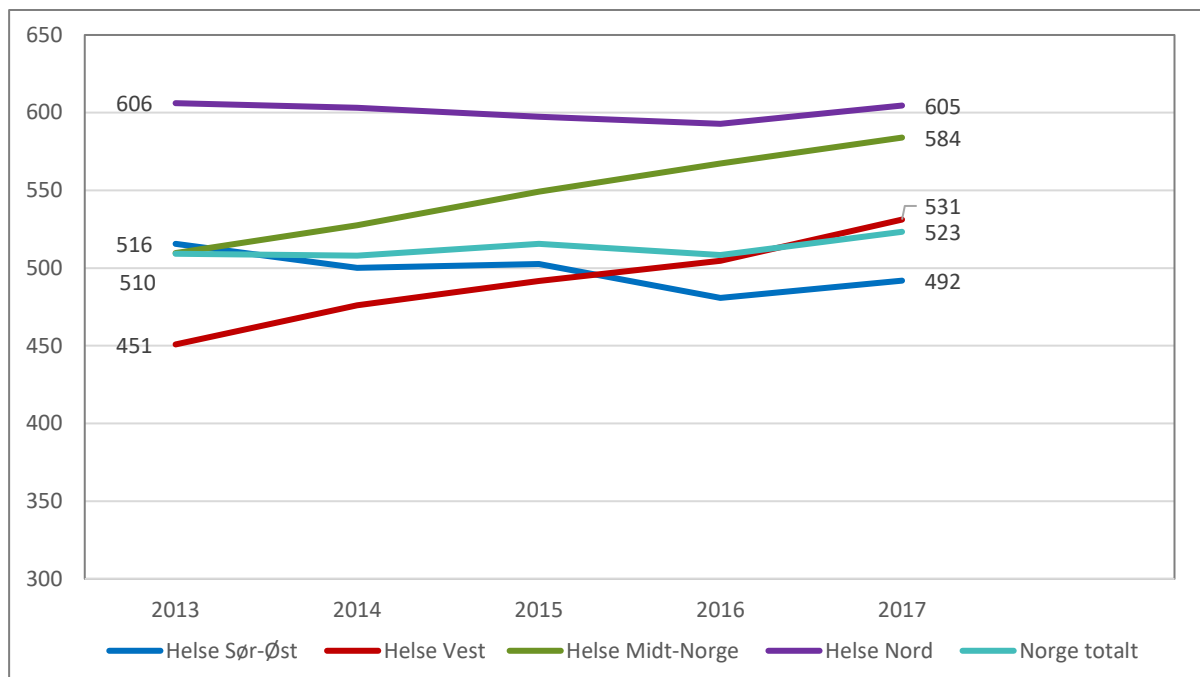
I 2017 var 59 085 pasienter i kontakt med det psykiske helsevernet for barn og unge (PHV-BU). Dette omfattet både pasienter behandlet i offentlige tjenester (PHV-BU) og hos avtalespesialister. I perioden 2013 til 2016 var det en tilnærmet stabil pasientrate på nasjonalt nivå. Fra 2016 til 2017 økte raten med 2,9 prosent.

Det har i hele perioden vært en høyere pasientrate i Helse Nord enn i de øvrige regionene (Figur 19). I løpet av perioden har forskjellen mellom regionene blitt noe mindre. Dette skyldes først og fremst økning i pasientraten i Helse Vest.

I perioden 2013 til 2017 var det en kraftig vekst i pasientraten i Helse Vest (opp 17,8 prosent) og Helse Midt-Norge (opp 14,6 prosent), mens raten var avtagende i Sør-Øst (ned 4,6 prosent) og Helse Nord (ned 0,3 prosent). Fra 2016 til 2017 økte pasientraten i alle regioner, størst var veksten i Helse Vest med 5,3 prosent og lavest i Helse Nord med 2,0 prosent.

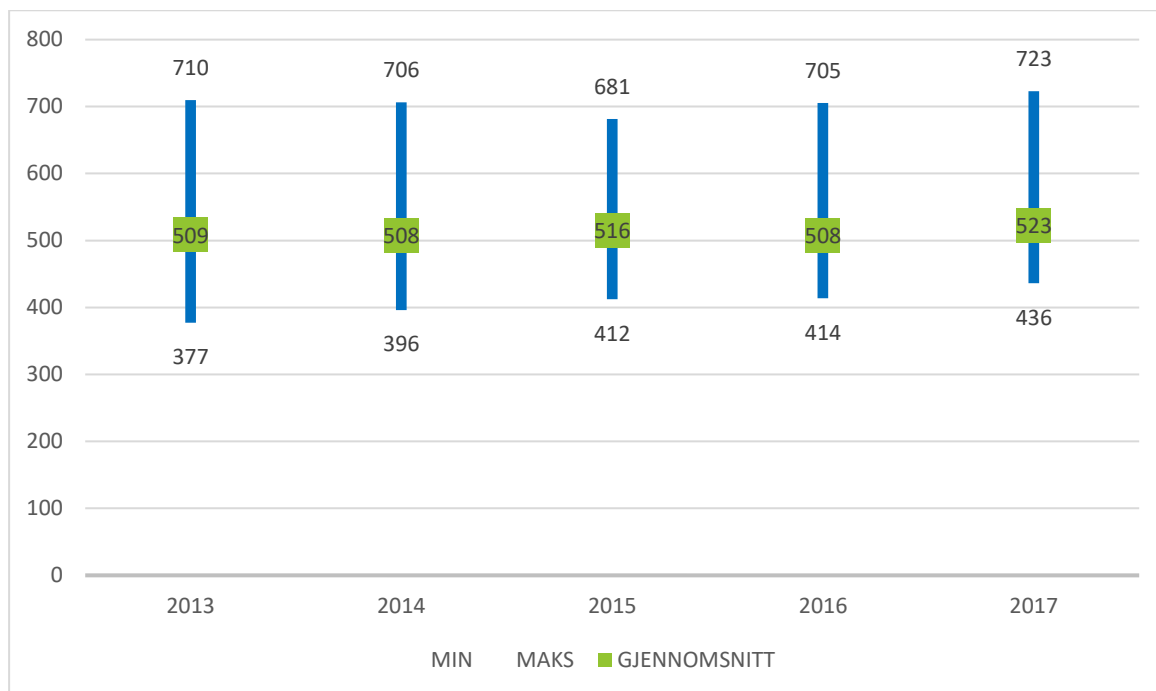
HOVEDRESULTATER SAMDATA SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

Figur 19 Pasientrater i PHV-BU og hos avtalespesialister etter bostedsregion 2013-2017.



Figur 20 viser hvordan forskjellen mellom høyest og lavest pasientrate for bostedsområdene har utviklet seg i perioden 2013 til 2017. Det var noe mindre forskjeller mellom bostedsområdet med høyeste og laveste pasientrate i 2017 sammenlignet med 2013. Den nasjonale pasientraten vises i de grønne boksene.

Figur 20 Forskjeller i pasientrate mellom bostedsområder i PHV-BU i perioden 2013-17.



Bruk av polikliniske tjenester for barn og unge

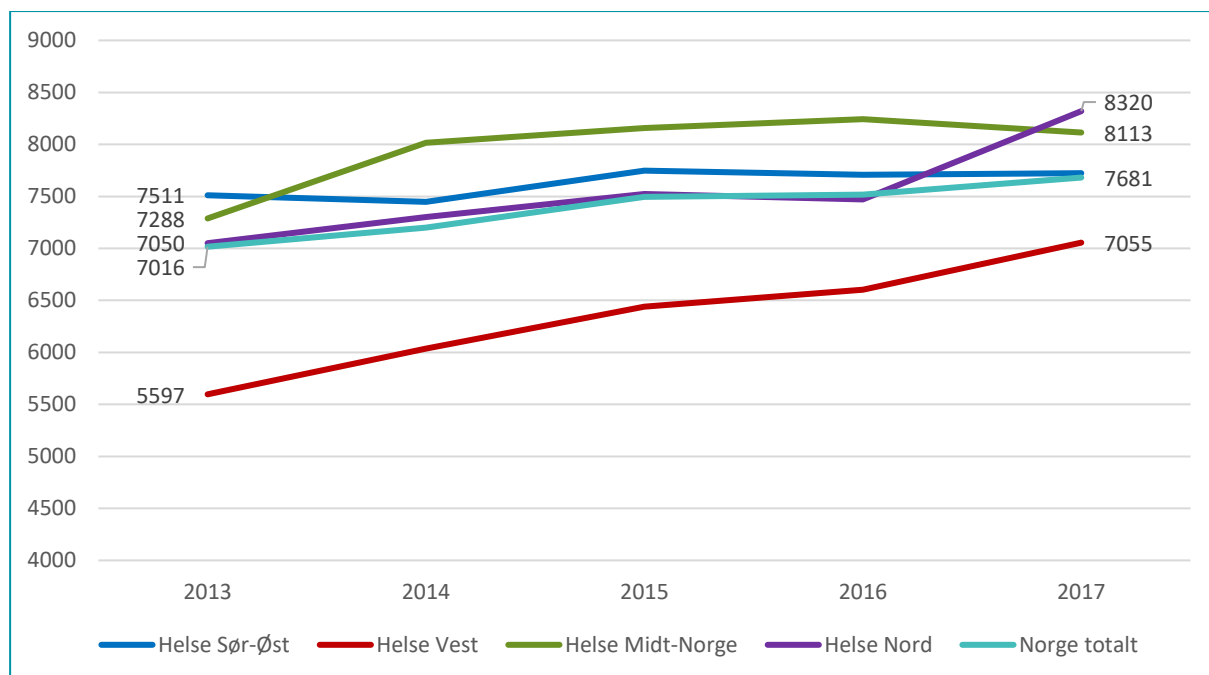
Det har vært en klar vekst i bruken av polikliniske tjenester i det psykiske helsevernet for barn og unge i perioden 2013 til 2017. Konsultasjonsraten økte med 9,5 prosent. Den årlige veksten har variert mellom år, og fra 2016 til 2017 var veksten i konsultasjonsraten på 2,2 prosent på nasjonalt nivå.

Figur 21 viser regionale utviklingstall for perioden 2013 til 2017 for konsultasjoner med registrert takst i offentlige institusjoner og hos avtalespesialister samlet. I hele perioden har konsultasjonsraten i Helse Vest vært lavere enn i andre regioner. Samtidig har Helse Vest hatt den klart høyeste veksten i perioden (26,1 prosent). I 2017 var konsultasjonsraten høyest i Helse Nord etter klar økning i raten fra 2016 til 2017 (11,4 prosent). I følge de aktuelle helseforetakene er dette delvis en reell aktivitetsøkning, men også knyttet til registreringsendringer. Konsultasjonsraten økte også i Helse Vest fra 2016 til 2017 (6,9 prosent). I Helse Midt-Norge gikk konsultasjonsraten svakt tilbake fra 2016 til 2017 (ned 1,6 prosent), mens det var liten endring i Helse Sør-Øst (opp 0,2 prosent).

HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

Figur 21 Konsultasjonsrater i offentlige institusjoner og hos avtalespesialister i PHV-BU 2013-2017.

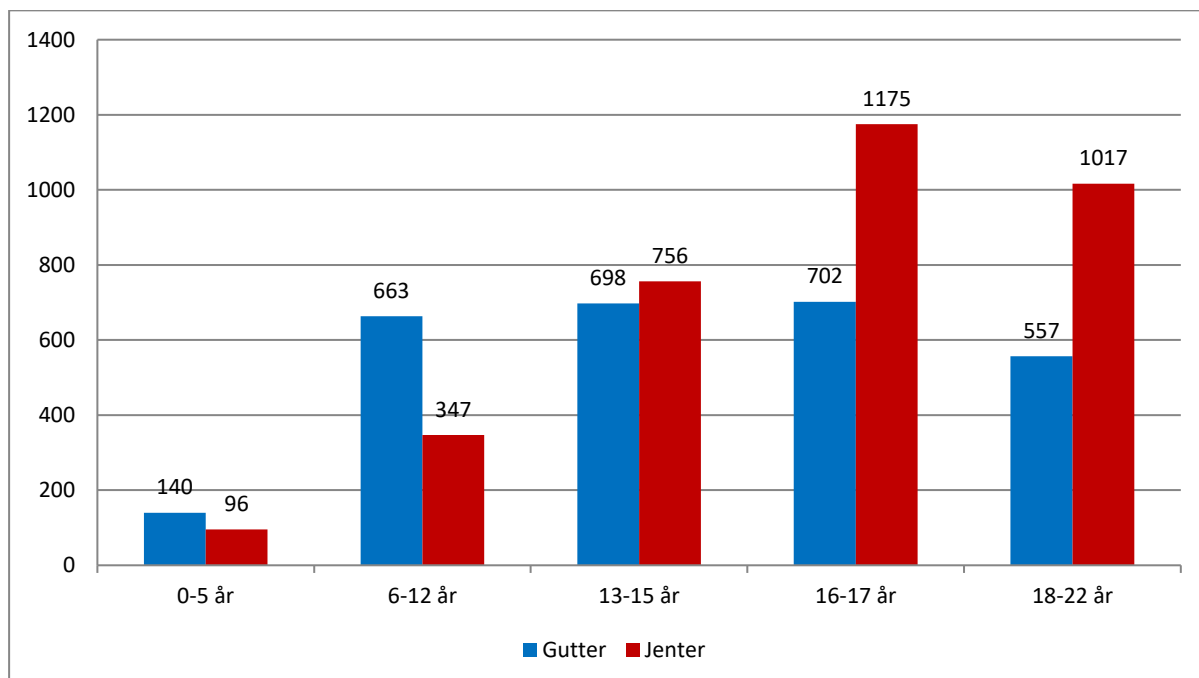


Tenåringsjenter har fortsatt høy bruk av tjenester i psykisk helsevern

Tenåringsjenter bruker tjenester i psykisk helsevern mer enn andre grupper og analyser har også vist at de har et høyt forbruk av antidepressiva og sovemedisin.¹⁵ Figur 22 viser at jenter i alderen 16-17 år hadde den klart høyeste pasientraten i psykisk helsevern i 2017 (1 175 pasienter per 10 000 innbygger). Pasientraten er betydelig lavere for gutter i samme aldersgruppe. I aldersgruppen 13 til 15 år er kjønnsforskjellene små.

¹⁵ <https://fhi.no/nyheter/2018/stadig-flere-tenaringsjenter-far-hjelp-for-psykiske-lidelser/>

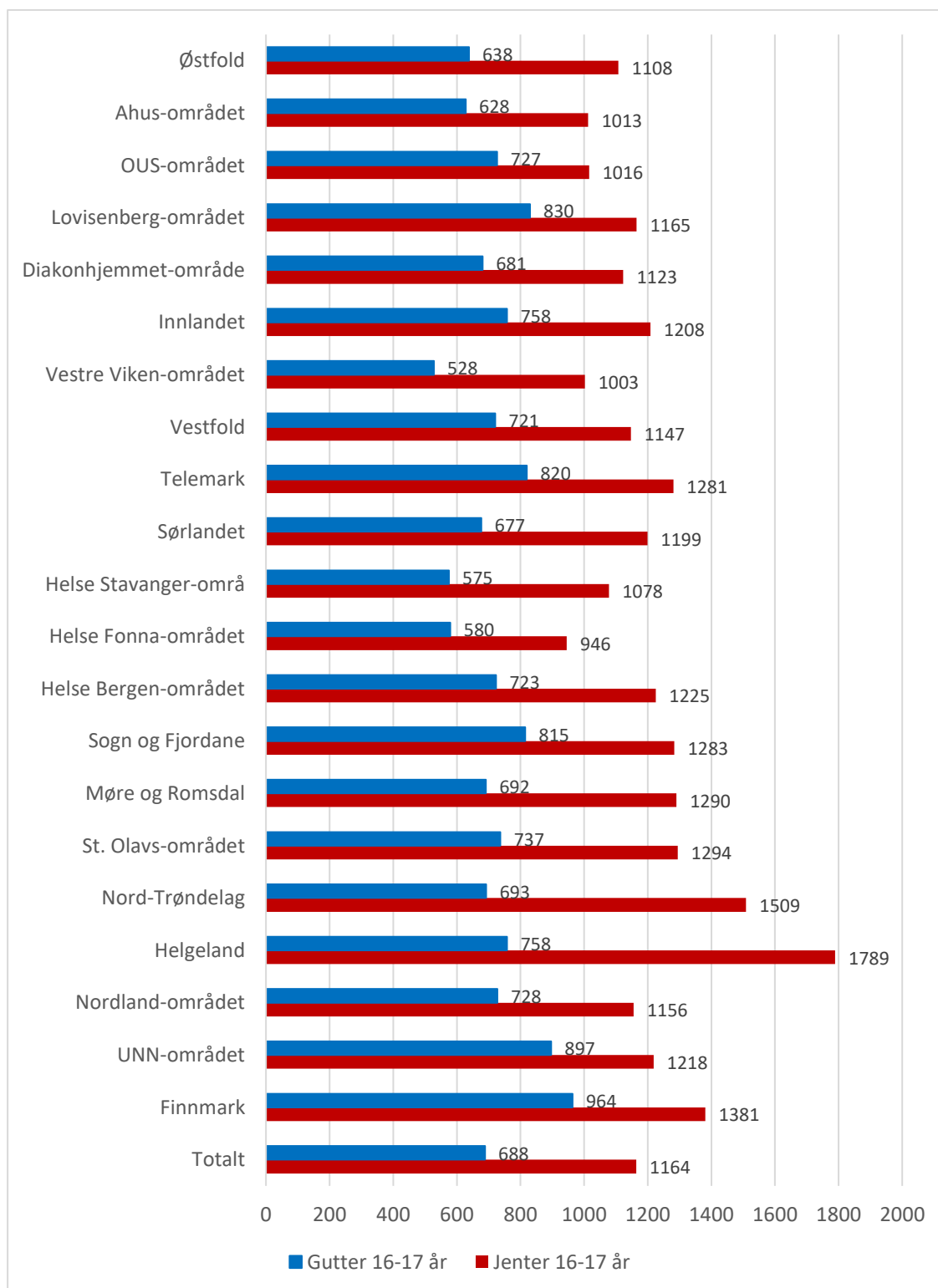
Figur 22 Pasientrater i psykisk helsevern og hos avtalespesialister etter kjønn og alder i 2017.



Figur 23 under viser pasientrater for jenter og gutter i alderen 16-17 år etter bostedsområde. Det er betydelig høyere pasientrater i psykisk helsevern for barn og unge for jenter enn gutter i alderen 16-17 år, og dette gjelder i samtlige bostedsområder i 2017. Jenter bosatt i Helgeland og Nord-Trøndelag har de høyeste ratene, mens Helse Fonna- og Vestre Viken-områdene har blant de laveste ratene for begge kjønn. Forskjellene mellom bostedsområdene er noe større blant jenter enn gutter.

HOVEDRESULTATER SAMDATA SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

Figur 23 Pasientrater for 16-17 åringer i PHV-BU etter bostedsområde og kjønn i 2017.



2.1.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Ingen vekst i tverrfaglig spesialisert rusbehandling siste år

I underkant av 33 000 pasienter mottok behandling i sektoren tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017. Dette var omtrent like mange som i 2016. Mens antall pasienter i døgnbehandling økte med om lag en prosent fra året før, var det ingen økning i antall pasienter som kun mottok poliklinisk behandling. Det var heller ingen vekst i antall oppholdsdøgn, mens antall innleggelser økte med 5 prosent.

Det var kun en marginal vekst i poliklinisk virksomhet samlet sett fra 2016 til 2017. Disse utviklingstallene omfatter både konsultasjoner med og uten refusjonsgivende takst. Fra og med 2017 er poliklinisk virksomhet i TSB inkludert i finansieringsordningen innsatsstyrt finansiering (ISF). Endringen i regelverket for registrering av takstkoder nevnt innledningsvis i notatet (vedr gruppebehandling) har også betydning for registrert aktivitet i TSB. Når vi ser på utvikling i poliklinisk aktivitet fra 2016 til 2017 gjøres dette med basis i alle konsultasjoner, inkludert de uten registrert takstkode.

Antall polikliniske konsultasjoner var stabilt i Helse Sør-Øst fra 2016 til 2017, mens det gikk samtidig tilbake med fem prosent i Helse Nord. I Helse Vest og Helse Midt-Norge økte poliklinisk virksomhet samlet sett og økningen fant sted ved helseforetakene. Den polikliniske virksomheten ved de private avtaleinstitusjoner ble redusert i alle regionene.

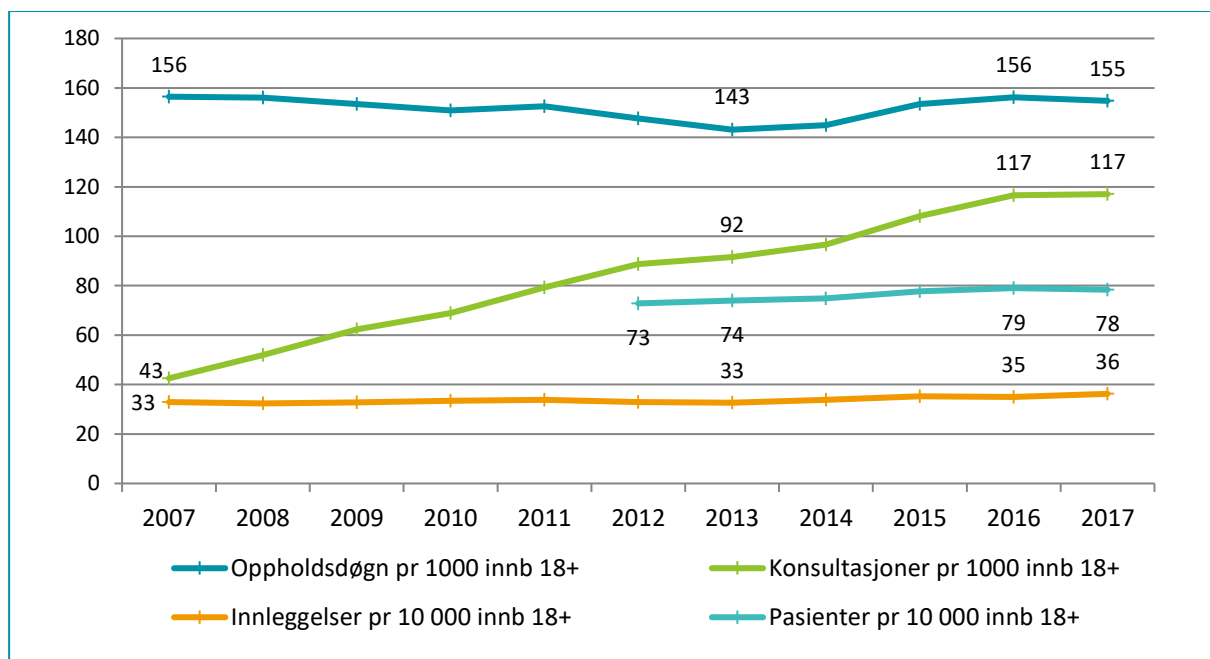
Figur 24 viser utviklingen i bruk av tjenester i TSB i perioden 2007/2012 til 2017. Pasientraten økte fra 73 til 78 per 10 000 voksne innbyggere fra 2012 til 2017, men vi ser en svak nedgang siste år. Ratene for oppholdsdøgn, innleggelser og konsultasjoner har også økt i løpet av denne perioden, men utviklingen det siste året viser liten endring. Med unntak av noen flere innleggelser har veksten i rusbehandlingstilbudet stoppet opp.

Figur 25 viser de regionale pasientratene for pasienter med og uten døgnbehandling i TSB. Det er små forskjeller mellom regionene i andelen av befolkningen som er i døgnbehandling. Det er imidlertid forskjeller mellom regionene i andel av befolkningen som bare mottar poliklinisk rusbehandling, med lavt nivå i Helse Nord og Helse Midt-Norge og høyere nivå i Helse Vest og Helse Sør-Øst. Disse forskjellene har blitt mindre siden 2013.

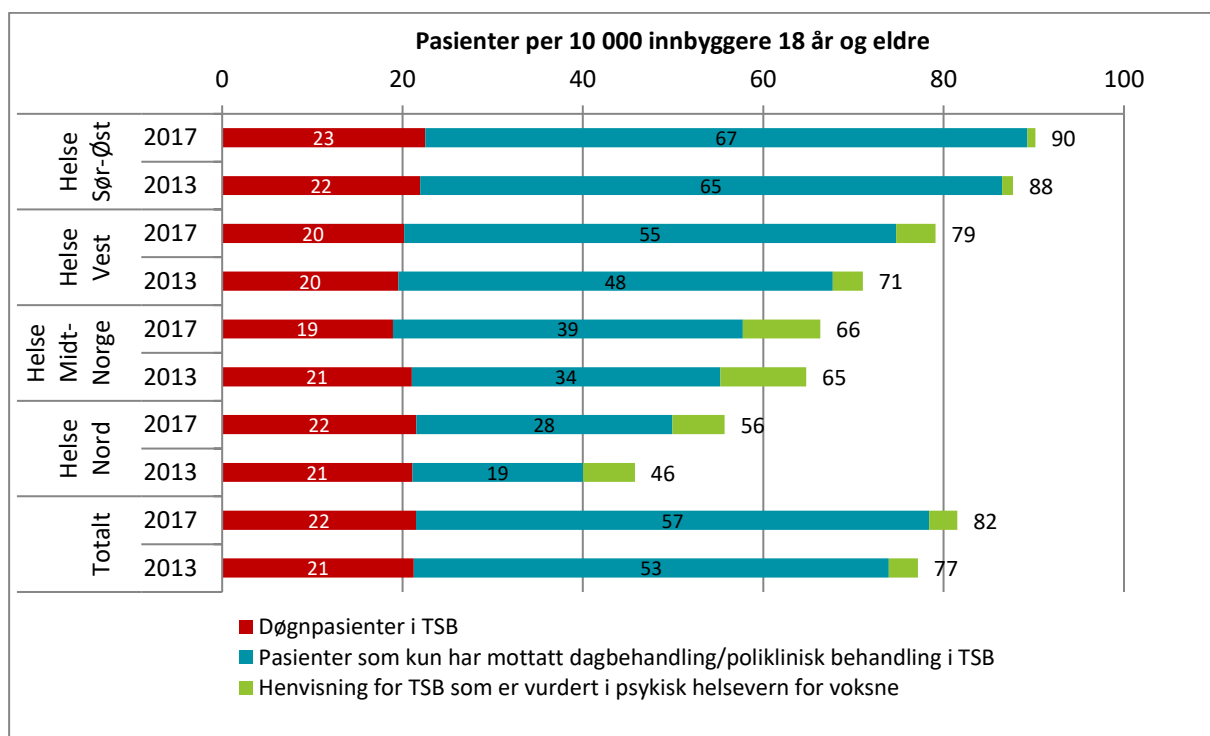
HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

Figur 24 Antall oppholdsdøgn, innleggelser, konsultasjoner og pasienter per innbygger etter bostedsregion i TSB for perioden 2007-2017.

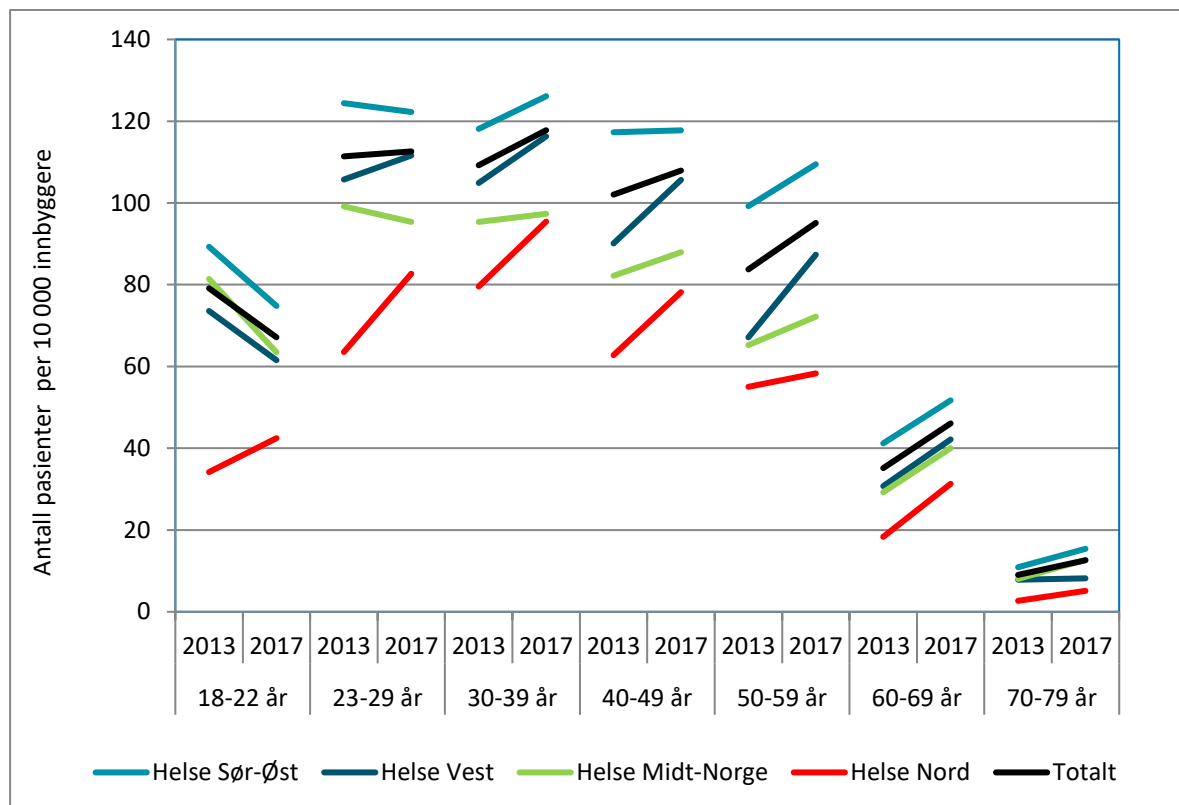


Figur 25 Pasientrater etter bostedsområde for pasienter i TSB og/eller henvist og eventuelt utredet/behandlet i psykisk helsevern for voksne i 2013 og 2017



I figur 26 er endringene i pasientrater fra 2013 til 2017 presentert for utvalgte aldersgrupper.

Figur 26 Pasientrate etter bostedsregion per aldersgruppe for pasienter i TSB og/eller henvist og eventuelt utredet/behandlet i psykisk helsevern for voksne i 2013 og 2017



Figur 26 viser at det er lavere pasientrate for aldersgruppen 18-22 år innen rusbehandling i 2017 sammenlignet med fire år tidligere. Unntaket er Helse Nord hvor pasientraten for de unge har økt. Videre er økningen i pasientrate for aldersgruppen 30 år og eldre gjennomgående i alle regionene. De regionale forskjellene gjenfinnes i de fleste aldersgruppene. Helse Nord har en økning i pasientratene i alle aldersgruppene, men var allikevel den regionen som hadde den laveste pasientraten i alle aldersgruppene i 2017 slik som fire år tidligere. Antall pasienter i aldersgruppen 70-79 år øker mer enn veksten i antall innbyggere i denne aldersgruppen i perioden. Pasientratene er imidlertid fremdeles lave i alle regionene.

HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

2.2 Kostnader

2.2.1 Kostnadsutviklingen

I 2017 ble det innført en kompensasjon for merverdiavgift i helseforetakene. Dette innebar at merverdiavgiften ble finansiert særskilt. Det ble også besluttet at merverdiavgifts-kostnaden skulle holdes ute fra helseforetakenes resultatregnskap, i motsetning til tidligere år hvor den har inngått. Merverdiavgiftskostnaden for helseforetakene utgjorde 6,3 mrd. kr i 2017. Kostnaden for merverdiavgift er lagt til de regnskapsførte kostnadene når realutviklingen kommenteres og fortolkes. Til slutt i notatet gis en oversikt over regionale kostnader knyttet til merverdiavgiften i 2017.

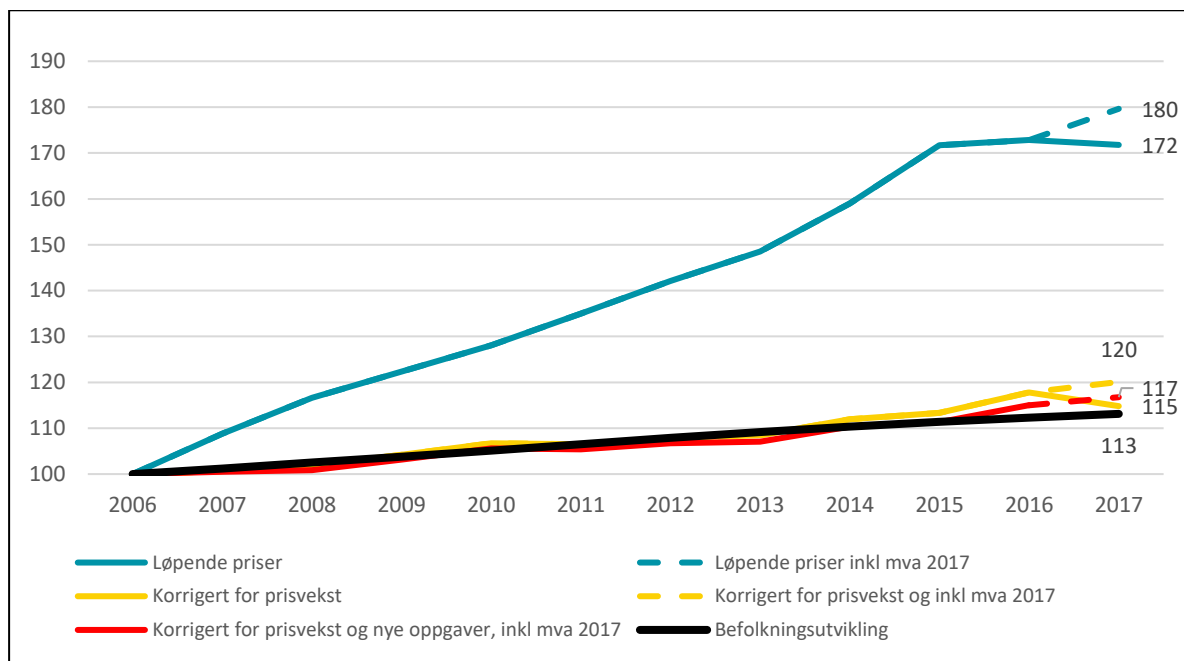
Gjennom perioden har helseforetakene fått styrket sine budsjetter på grunn av innføring av nye legemidler. Det korrigeres også for dette når realutviklingen i kostnader betraktes. Til slutt prisjusteres kostnadene med SSB sin indeks for lønns- og prisvekst for statlige helsetjenester.

Realvekst i kostnader fra 2013 til 2017, etter reduksjon fra 2006 til 2013

Kostnadene i spesialisthelsetjenesten var 144,6 mrd. kroner i 2017, inkludert kostnadene til kompensasjon for nøytral merverdiavgift på 6,3 mrd. kroner. Regnskapsførte driftskostnader uten merverdiavgift var dermed 138,3 mrd. kroner. (Tabell 2).

Fra 2006 til 2017 var realveksten i kostnader til spesialisthelsetjenesten 17 prosent, samtidig som befolkningstallet økte med 13 prosent. Figur 27 viser at realvekst i kostnader ut over befolkningsveksten har kommet i perioden fra 2013 til 2017. I denne perioden økte kostnadene med 9 prosent, samtidig som befolkningsveksten var på 4 prosent. Fra 2006 til 2013 var realnedgangen i kostnader til spesialisthelsetjenester målt per innbygger 2 prosent.

Figur 27 Utvikling i totale kostnader for spesialisthelsetjenesten 2006-2017. 2006 = 100.



Tabell 2 Totale kostnader i spesialisthelsetjenesten 2006-2017, mill. kroner.

	2006	2010	2013	2016	2017 inkl mva (eks mva)
Totale kostnader - løpende	80 507	103 087	119 596	139 145	144 623 (138 274)
Totale kostnader – priskorrigert	120 436	128 503	130 607	141 859	144 623 (138 274)
Totale kostnader – korrigert for pris og nye oppgaver ¹	123 863	130 834	132 588	142 444	144 623 (138 274)
Befolkningstall	4 681 134	4 920 305	5 109 056	5 258 317	5 295 619
Deflator ²	1,496	1,247	1,092	1,020	1,000

1 Nye oppgaver gjelder budsjettstyrking på grunn av ansvar for nye legemidler gjennom perioden.

2 Alle priskorrigerte størrelser er deflaterte med SSB sin deflator for lønns- og prisvekst i statlige helsetjenester.

Sterkere vekst i somatisk sektor siste år

Kostnadene til somatiske spesialisthelsetjenester økte med nær 2 mrd. kroner fra 2016, og var på 104 mrd. kroner i 2017. Dette tilsvarte en realvekst på 1,9 prosent for somatisk sektor, mot 1,5 prosent for spesialisthelsetjenesten samlet. For det psykiske helsevernet og rusbehandlingen (TSB) var det en realvekst på henholdsvis 0,7 og 0,6 prosent. Sammenlignet med tidligere år i perioden var det en tydelig utflating av veksten i kostnader til rusbehandling

HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

siste år. I perioden fra 2013 til 2017 var det imidlertid en årlig kostnadsvekst på om lag 5-6 prosent for dette tjenesteområdet.

Kompensasjonen for nøytral merverdiavgift beregnes å treffe somatisk sektor og rusbehandling sterkere enn det psykiske helsevernet, se nærmere vurdering av dette sist i notatet.

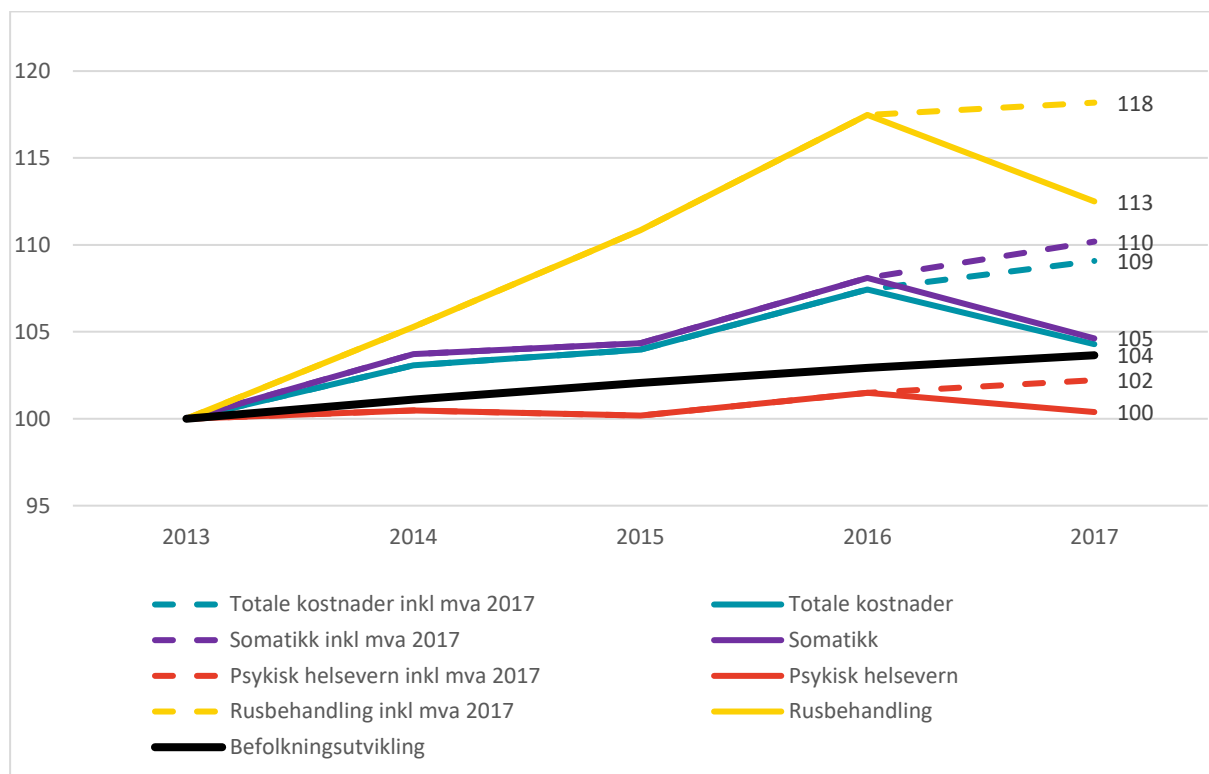
Nedgang i kostnad per innbygger til psykisk helsevern

Figur 28 viser at kostnadene til somatisk sektor hadde en realvekst på 10 prosent i perioden fra 2013 til 2017, mot 9 prosent for spesialisthelsetjenesten samlet. I samme periode økte kostnadene til psykisk helsevern med 2 prosent, og kostnadene til rusbehandling økte med 18 prosent. Veksten i antall innbyggere var 4 prosent i perioden. Dette indikerer en nedgang i kostnader per innbygger til psykisk helsevern. Samtidig kan det være utfordrende å skille mellom kostnader til psykisk helsevern og til rusbehandling. Hvis det psykiske helsevernet og rusbehandlingen betraktes sammen, så var det en samlet kostnadsvekst på 5 prosent i perioden (se Figur 29).

Tabell 3 Kostnader i spesialisthelsetjenesten 2013-2017 fordelt på tjenesteområder. Mill. kroner., justert for prisvekst og nye oppgaver. Med og uten kompensasjon for merverdiavgift i 2017.

	2013	2016	2017 eks. mva	2017 inkl. mva
Totale kostnader, herav:	132 588	142 444	138 274	144 623
- Somatikk	94 417	102 065	98 784	104 038
- Psykisk helsevern	23 266	23 613	23 355	23 783
- Rusbehandling	4 623	5 431	5 201	5 464
- Ambulanser og pasienttransport	8 728	9 516	9 223	9 479
- Annet	1 554	1 819	1 710	1 860

Figur 28 Utvikling i kostnader totalt og for ulike tjenesteområder i spesialisthelsetjenesten. Korrigert for prisutvikling og nye oppgaver, med og uten kompensasjon for merverdiavgift i 2017. 2006 = 100.



2.2.2 Regionale variasjoner i kostnadsutviklingen

Kostnadene til somatisk sektor økte i samme takt i alle regioner

Fra 2013 til 2017 var realveksten i kostnader til spesialisthelsetjenesten 9 prosent. Det var tilnærmet ingen regionale forskjeller i kostnadsutviklingen. Helse Sør-Øst og Helse Nord hadde marginalt svakere kostnadsvekst med i underkant av 9 prosent, mens Helse Vest og Helse Midt-Norge hadde marginalt sterkere kostnadsvekst med om lag 10 prosent.

For kostnadsutviklingen i somatisk sektor er bildet nokså likt som for samlede kostnader. På nasjonalt nivå var det en realvekst i kostnader på 10 prosent, og veksten varierte marginalt mellom 9,6 prosent i Helse Sør-Øst til 11,3 prosent i Helse Vest.

Regionale forskjeller i kostnadsutvikling for psykisk helsevern og rusbehandling

Kostnadsutviklingen for det psykiske helsevernet og rusbehandlingen varierer noe mer mellom regionene. Figur 29 viser at kostnadene for psykisk helsevern og rusbehandling samlet

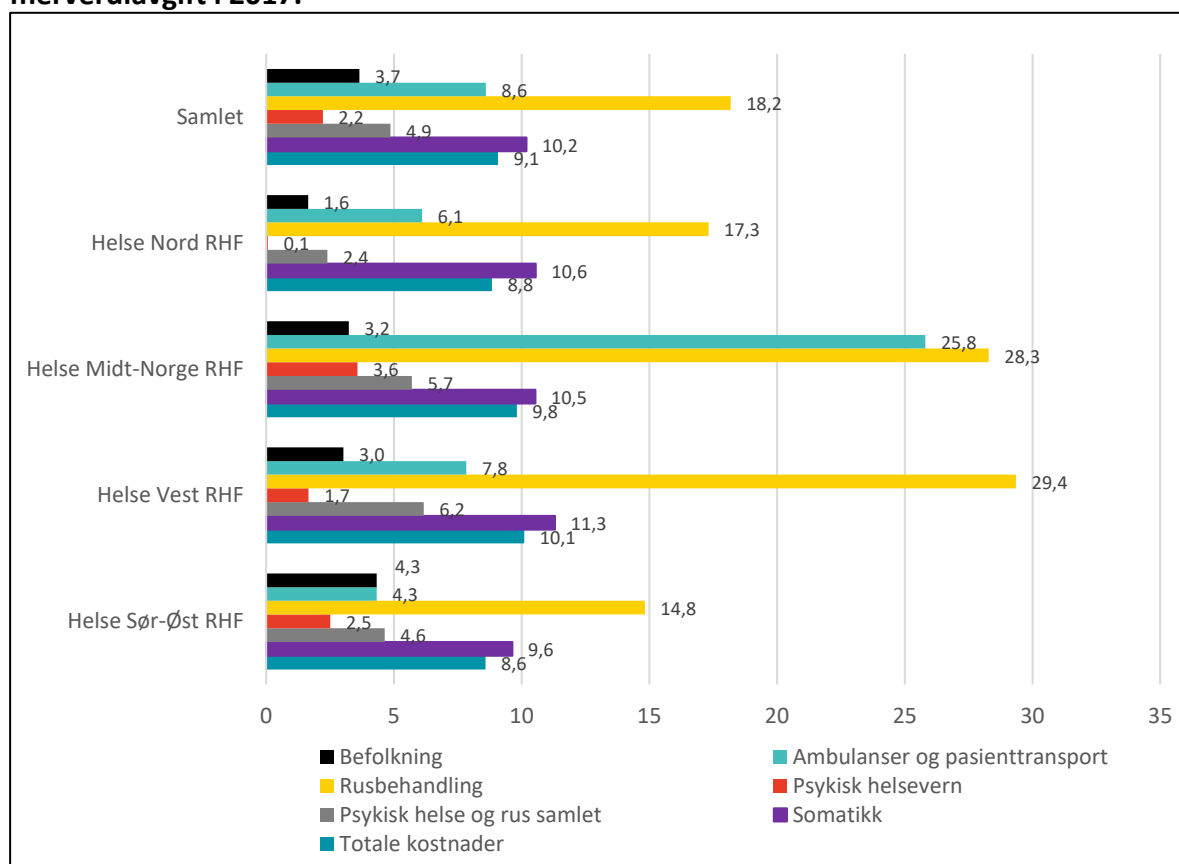
HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

Økte med nær 5 prosent fra 2013 til 2017, og at realveksten varierte fra 2,4 prosent i Helse Nord til 6,2 prosent i Helse Vest. En svakere realvekst for Helse Nord knyttes til nullvekst for psykisk helsevern gjennom perioden, mens kostnadene til rusbehandling følger utviklingen for landet samlet. En sterkere realvekst i Helse Vest knyttes til rusbehandling, hvor kostnadene økte med 29 prosent mot 18 prosent for landet samlet. Kostnadsutviklingen for det psykiske helsevernet i Helse Vest var på linje med utviklingen for landet samlet.

Helse Midt-Norge hadde en sterkere vekst i kostnader til ambulanser og pasienttransport gjennom perioden. For Helse Midt-Norge økte kostnadene til disse tjenesteområdene med 25 prosent fra 2013 til 2017, mot 4-8 prosent for de øvrige tre regionene.

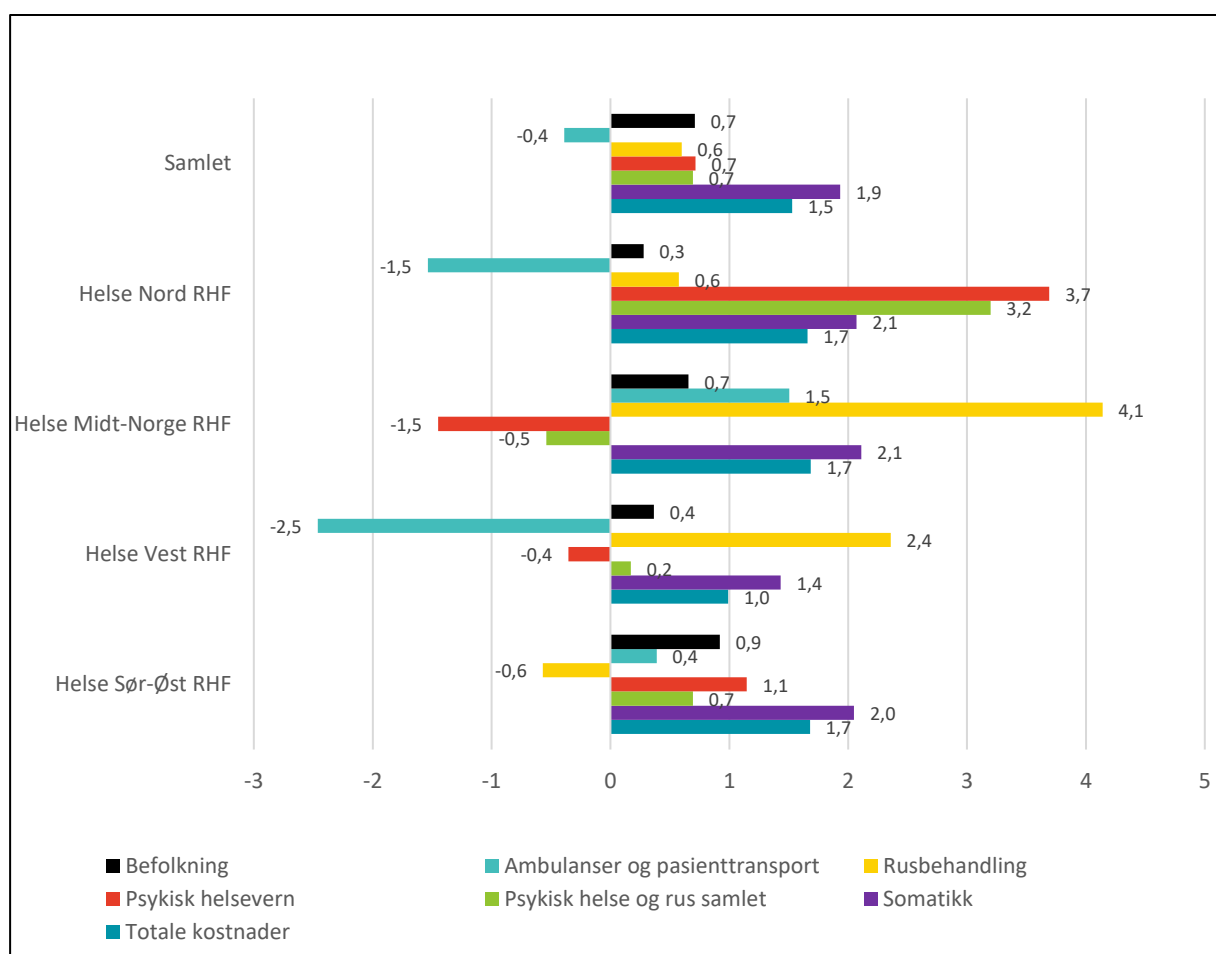
Figur 29 Regional vekst i kostnader for ulike tjenesteområder i spesialisthelsetjenesten 2013-2017. Korrigert for prisutvikling og nye oppgaver. Inkludert kompensasjon for nøytral merverdiavgift i 2017.



Lik regional vekst i somatisk sektor også siste år

Siste år i perioden var det en realvekst i kostnader til spesialisthelsetjenesten på 1,5 prosent, som vist i Figur 30. Kostnadsveksten varierte marginalt mellom regionene, fra 1 prosent i Helse Vest til 1,7 prosent for de øvrige tre regionene. For somatisk sektor økte kostnadene med 1,9 prosent. Den regionale kostnadsveksten i somatikken varierte også lite fra 2016 til 2017, fra 1,4 prosent i Helse Vest til 2,1 prosent i Helse Nord og i Helse Midt-Norge.

Figur 30 Regional vekst i kostnader for ulike tjenesteområder i spesialisthelsetjenesten 2016-2017. Korrigert for prisutvikling og nye oppgaver. Inkludert kompensasjon for nøytral merverdiavgift i 2017.



Helse Nord hadde sterkere vekst i psykisk helsevern og rusbehandling siste år

Kostnadene til psykisk helsevern og rusbehandling økte med 0,7 prosent fra 2016 til 2017 for landet samlet. Utviklingen for Helse Nord avviker med en vekst på 3,2 prosent. Sterkere vekst i Helse Nord relateres til utviklingen for psykisk helsevern, hvor kostnadene økte med 3,7 prosent siste år. For perioden fra 2013 til 2017 var det nullvekst i kostnader til psykisk

HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

helsevern, noe som betyr en nedgang de første årene i perioden. Kostnadene til rusbehandling i Helse Nord hadde en utvikling i tråd med gjennomsnittet for landet siste år.

2.2.3 Regionale variasjoner i kostnad per innbygger til spesialisthelsetjenester

Kun mindre regionale forskjeller når det korrigeres for behov og kostnadsnivå

Kostnadene per innbygger til spesialisthelsetjenester varierte fra 23 600 kroner per innbygger i Helse Vest til 29 000 kroner i Helse Nord i 2017. De regionale inntektsoverføringene fra staten til RHF-ene blir justert i forhold til behovsvariasjoner og variasjoner i kostnadsnivå mellom regioner. Under dette punktet beregnes regionale variasjoner i kostnad per innbygger til spesialisthelsetjenester, når kostnadene justeres for variasjoner i behov og kostnadsnivå.

Tabell 4 Regionale kostnader (mill. kr) og kostnader per innbygger (kr) til somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling 2017.

		Somatikk	Psykisk helsevern	Rusbehandling
Kostnad (mill. kr)	Helse Sør-Øst	54 188	13 078	2 971
	Helse Vest	18 716	4 870	1 169
	Helse Midt-Norge	14 566	3 060	607
	Helse Nord	11 300	2 347	430
Kostnad per innbygger (kr)	Helse Sør-Øst	18 198	4 392	998
	Helse Vest	16 917	4 402	1 056
	Helse Midt-Norge	20 074	4 217	836
	Helse Nord	23 251	4 830	884

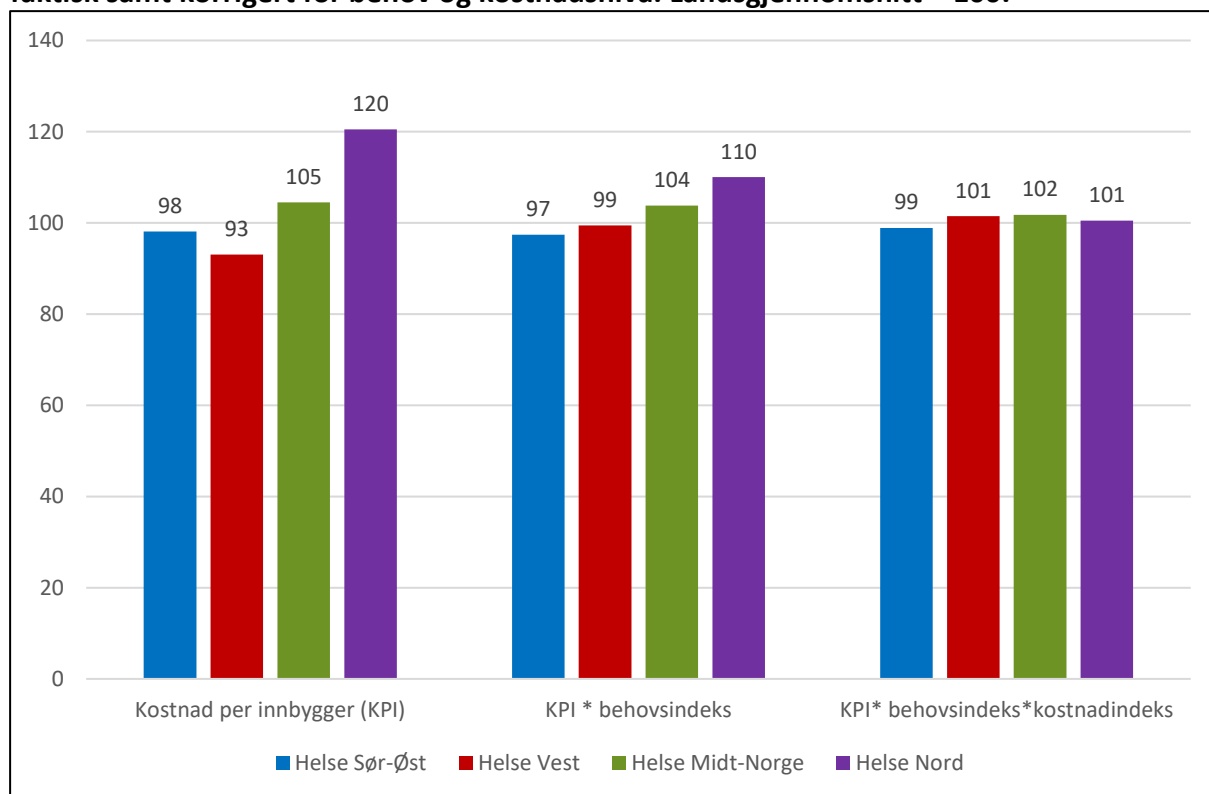
Tabell 5 Regionale behovsindekser, kostnadsindeks og samlet budsjettjustering.

	Behovsindeks			Kostnadsindeks	Behovsindeks*kostnadsindeks		
	Somatikk	Psykisk helsevern	Rus-behandling	Felles	Somatikk	Psykisk helsevern	Rus-behandling
Helse Sør-Øst	1,0010	1,0229	1,0520	0,9850	0,9860	1,0075	1,0362
Helse Vest	0,9316	0,9575	0,9152	0,9800	0,9130	0,9383	0,8969
Helse Midt-Norge	1,0209	0,9645	0,9184	1,0200	1,0413	0,9838	0,9368
Helse Nord	1,1181	1,0108	0,9989	1,0950	1,2243	1,1068	1,0937

Figur 31 viser at de regionale forskjeller i kostnader per innbygger til spesialisthelsetjenester samlet (somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling (TSB)) varierte fra 7 prosent under landsgjennomsnittet for Helse Vest til 20 prosent over for Helse Nord. Når det korrigeres for

ulikt behov reduseres de regionale variasjonene til 3 prosent under for Helse Sør-Øst til 10 prosent over i Helse Nord. Hvis den faktiske kostnaden per innbygger justeres både for behov og ulikt kostnadsnivå, reduseres de regionale variasjonene til 1 prosent under landsgjennomsnittet for Helse Sør-Øst og 2 prosent over for Helse Midt-Norge. En fortolkning av dette er at helseregionene i noenlunde lik grad benytter de ressursene de blir tildelt til drift. Videre kan en ytterligere fortolkning være at Helse Sør-Øst benytter noe mindre enn de andre regionene til drift, mens Helse Midt-Norge benytter noe mer til drift. Kostnader til ambulanser og pasienttransport inngår ikke her, og det kan påvirke resultatene i Figur 31.

Figur 31 Regionale forskjeller i kostnad per innbygger til spesialisthelsetjenester 2017, faktisk samt korrigert for behov og kostnadsnivå. Landsgjennomsnitt = 100.



Helse Midt-Norge og Helse Nord har en høyere kostnad per innbygger for somatisk sektor

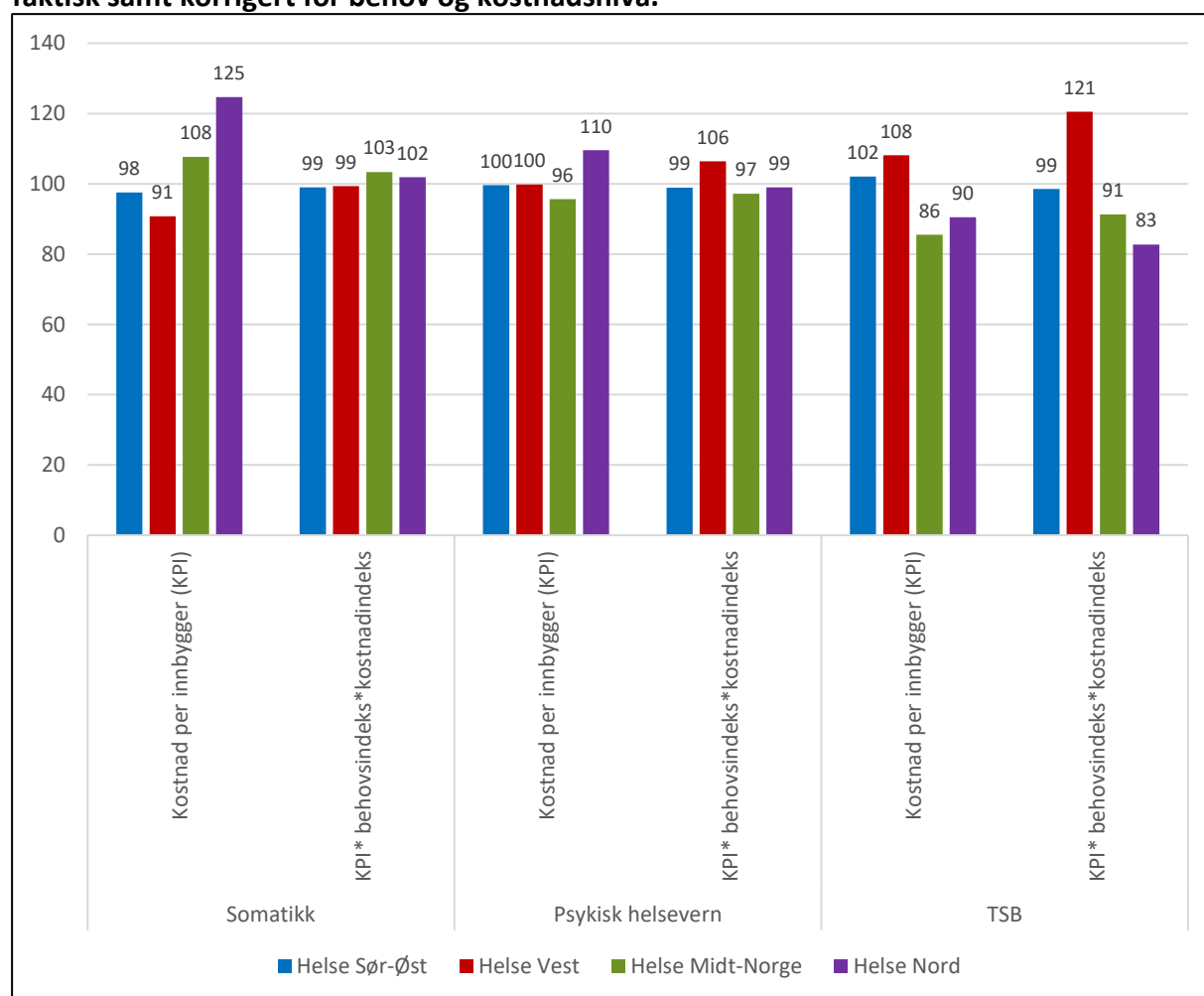
Regionale variasjoner i kostnad per innbygger justert for behov og kostnadsnivå kan betraktes for de ulike tjenesteområdene separat. Figur 32 viser at de regionale variasjonene i kostnad per innbygger til somatiske spesialisthelsetjenester i utgangspunktet varierer fra 9 prosent under gjennomsnittet i Helse Vest til 25 prosent over i Helse Nord. Når det justeres både for ulikt behov og ulikt kostnadsnivå, så varierer kostnad per innbygger til somatikk fra 1 prosent under gjennomsnittet i Helse Sør-Øst og Helse Vest til 2-3 prosent over for Helse Nord og Helse Midt-Norge. Dette viser at de regionale variasjonene i kostnad per innbygger til somatikk

HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

jevnes ut når det justeres for ulikt behov og ulikt kostnadsnivå. Imidlertid kan det være en indikasjon på at Helse Midt-Norge og Helse Nord i større grad enn Helse Vest og Helse Sør-Øst prioriterer ressurser til somatisk sektor.

Figur 32 Regionale forskjeller i kostnad per innbygger til ulike tjenesteområder 2017, faktisk samt korrigert for behov og kostnadsnivå.



Regionale forskjeller i kostnader per innbygger for psykisk helsevern og rusbehandling

Kostnaden per innbygger til psykisk helsevern varierte i utgangspunktet fra 4 prosent under landsgjennomsnittet i Helse Midt-Norge til 10 prosent over i Helse Nord. Etter korreksjon for behov og kostnadsnivå varierte kostnaden per innbygger fra 3 prosent under gjennomsnittet i Helse Midt-Norge til 6 prosent over i Helse Vest. De regionale forskjellene i kostnad per innbygger til psykisk helsevern reduseres dermed noe med justering for behov og

kostnadsnivå, men vi ser ikke utjevning i samme grad som for somatisk sektor. Resultatene kan indikere at Helse Vest i sterkere grad enn andre regioner prioriterer kostnader til psykisk helsevern, mens det motsatte er tilfellet for Helse Midt-Norge.

Kostnaden per innbygger til rusbehandling varierte i utgangspunktet fra 14 prosent under landsgjennomsnittet i Helse Midt-Norge til 8 prosent over for Helse Vest. Etter korreksjon for ulikt behov og ulikt kostnadsnivå varierte kostnaden fra 17 prosent under gjennomsnittet i Helse Nord til 21 prosent over i Helse Vest. Korreksjonen for ulikt behov og ulikt kostnadsnivå gir ikke noen regional utjevning av kostnad per innbygger til rusbehandling. Resultatet kan indikere at Helse Vest i sterkere grad enn andre regioner prioriterer kostnader til rusbehandling. Det motsatte kan se ut til å være tilfellet for Helse Nord og Helse Midt-Norge.

2.3 Produktivitet og kostnadsnivå

Produktivitetsanalyser studerer forholdet mellom *ressursinnsats* og *produksjon*, og økt produktivitet innebærer en reduksjon i ressursinnsats per produserte enhet. I helsetjenestene kan produksjon måles langs flere akser, herunder også kvalitet og behandlingsresultater. Produktivitetsanalyser er likevel oftest begrenset til å vurdere ressursinnsats målt opp mot kvantifiserbare mål for aktivitet. Denne begrensningen gjelder også resultatene som presenteres i de neste avsnittene om produktivitet i spesialisthelsetjenesten. Produktivitet vil derfor videre være fortolket og omtalt som kostnadsnivå og operasjonalisert ved kostnadsindikatorer som måler forholdet mellom behandlingsvolum og kostnader til pasientbehandling.

Alle kostnadsindikatorer og kostnadstall i avsnittet er justert for prisvekst med 2017 som referanseår. Kostnadsgrunnlagene for 2017 er også justert for effekt av nøytral merverdiavgift. Dette er nærmere omtalt i vedlegg A.

Grunnlaget for indikatorberegningene er aktivitet og regnskapstall rapportert for offentlige helseforetak inkludert private avtaleinstitusjoner med områdeansvar. I grunnlagene for indikatorer som gjelder tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) inngår også Borgestadklinikken, Rogaland A-senter, Bergensklinikkene og Lade behandlingssenter. Utvalget vil likevel videre være omtalt som *offentlige helseforetak* i gjennomgang av resultater for alle aktuelle tjenestoområder.

HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

2.3.1 Somatisk virksomhet

I dette avsnittet ser vi på kostnader til pasientbehandling i forhold til aktivitet. Alle kostnadsstørrelser er prisjustert til 2017-nivå ved hjelp av SSB sin indeks for lønns- og prisvekst i statlige helsetjenester.

Kostnadsnivået for 2017 presenteres både med og uten merverdiavgift i 2017. Se vedlegg sist i notatet for nærmere beskrivelse av hvordan den kompenserte merverdiavgiften har blitt fordelt mellom tjenesteområder i helseforetakene.

Nasjonal utvikling

Svak produktivetsforbedring fra 2013 til 2017

Kostnaden per DRG-poeng var 52 442 kroner i 2017. Det var en nedgang i kostnad per DRG-poeng, altså en produktivetsforbedring, på nær 1 prosent fra 2013 til 2017. (Siste år gikk kostnaden per DRG-poeng ned 0,4 prosent.

Bak den svake produktivetsforbedringen på 1 prosent fra 2013 var det en økning i kostnader til pasientbehandling på 7 prosent, og en vekst i DRG-poeng på 8 prosent. Sterkere vekst i aktiviteten enn i kostnadene kommer i hovedsak fra perioden 2013-2015. I de to siste årene i perioden har kostnadene og aktiviteten i form av DRG-poeng økt i omtrent samme takt.

Tabell 6 Utvikling i kostnad per DRG-poeng og kostnad per liggedøgn i perioden 2013 til 2017.

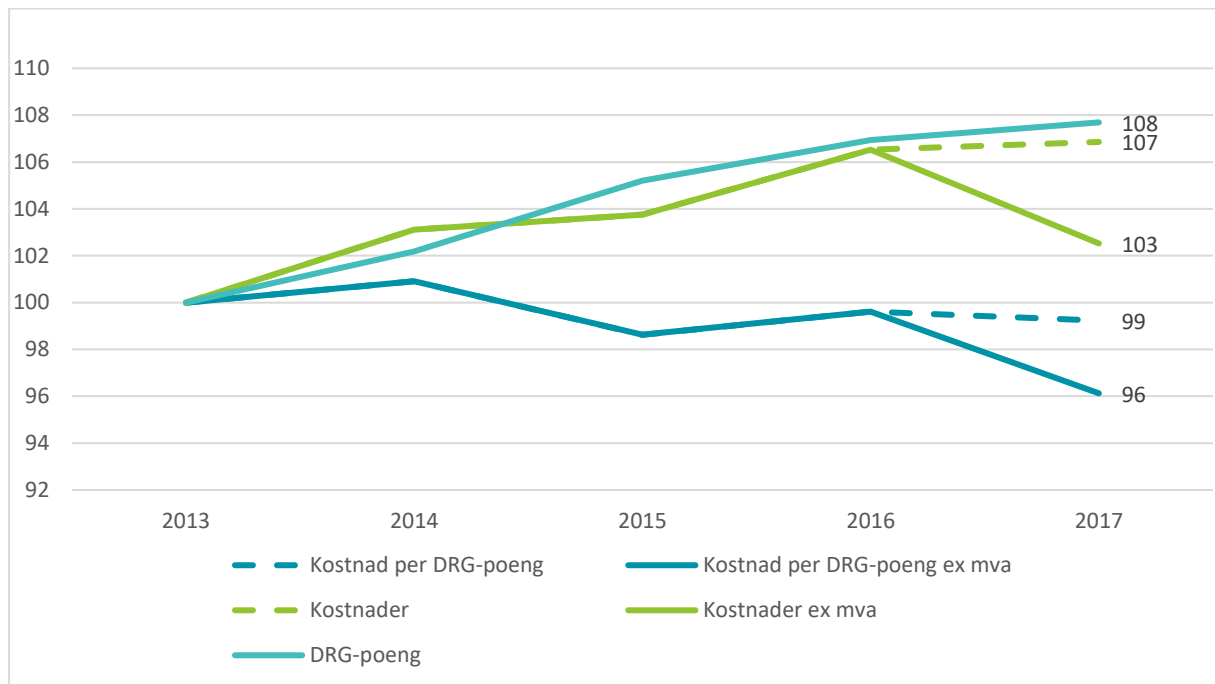
År	Kostnad per DRG-poeng (kr.)	Kostnad per liggedøgn (kr.)
2013	52 851	16 034
2014	53 333	16 537
2015	52 124	16 626
2016	52 645	17 207
2017	52 442	17 457
2017 ex. mva	50 804	16 749

Kostnad per liggedøgn øker, antall liggedøgn går ned

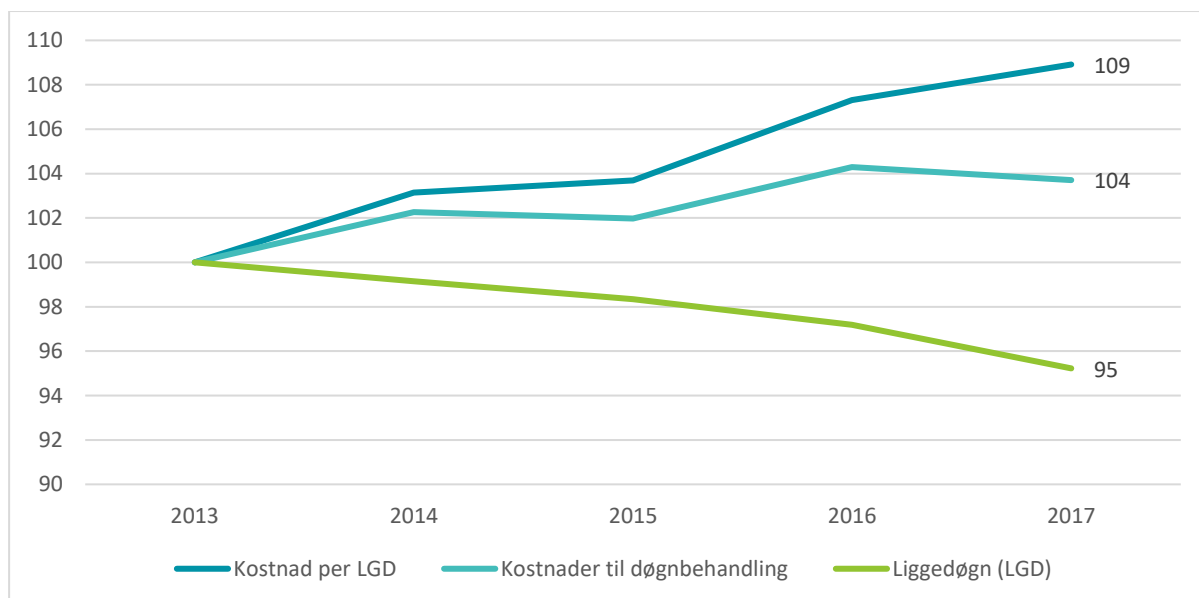
Fra 2013 til 2017 økte kostnaden per liggedøgn med 9 prosent. Bak dette var en nedgang i antall liggedøgn på 5 prosent, og en vekst i kostnader til døgnbehandling på 4 prosent. Dette indikerer en utvikling med intensivert døgnbehandling. Siste år i perioden gikk antall liggedøgn

ned med 2 prosent, samtidig som kostnadene til døgntilrettelagt behandling ble redusert med 0,6 prosent.

Figur 33 Utvikling i kostnad per DRG-poeng, kostnader og DRG-poeng. 2013 = 100.



Figur 34 Utvikling i kostnad per liggedøgn, kostnader til døgntilrettelagt behandling og liggedøgn. 2013 = 100



HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

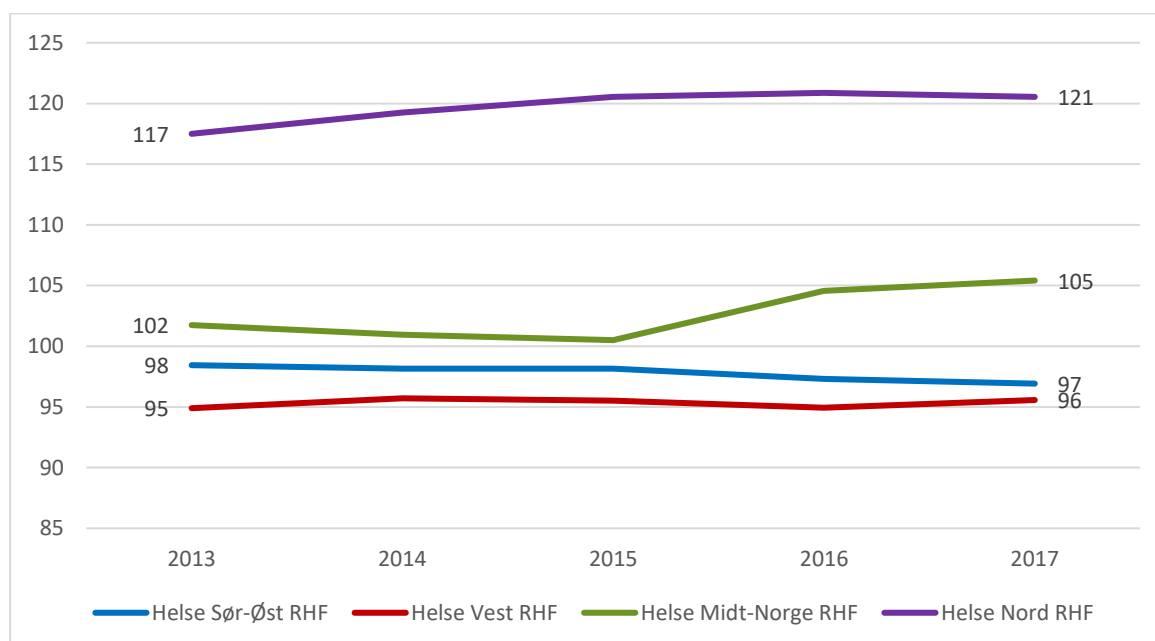
Regionale forskjeller i kostnadsnivå

Kostnad per DRG-poeng

Økte regionale variasjoner fra 2013 til 2017

I 2017 varierte det relative nivået på kostnad per DRG-poeng fra 4 prosent under landsgjennomsnittet for foretakene under Helse Vest RHF til 21 prosent over for foretakene under Helse Nord RHF. (Figur 35) De regionale variasjonene i nivået på kostnad per DRG-poeng har vært økende i perioden fra 2013 til 2017. Dette skyldes at både Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF har et kostnadsnivå som relativt sett er høyere over landsgjennomsnittet i 2017 enn i 2013.

Figur 35 Utvikling i relativt nivå på kostnad per DRG-poeng. Årlig landsgjennomsnitt = 100.



Økt produktivitet i Helse Sør-Øst RHF, nedgang i Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF

Figur 36 viser at Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF hadde en økning i kostnad per DRG-poeng på henholdsvis nær 3 og 2 prosent fra 2013 til 2017, mot en nedgang på nær 1 prosent for landet samlet. Det vil si at produktiviteten gikk ned i Helse Midt-Norge RHF og i Helse Nord RHF, i motsetning til en forbedring for landet samlet.

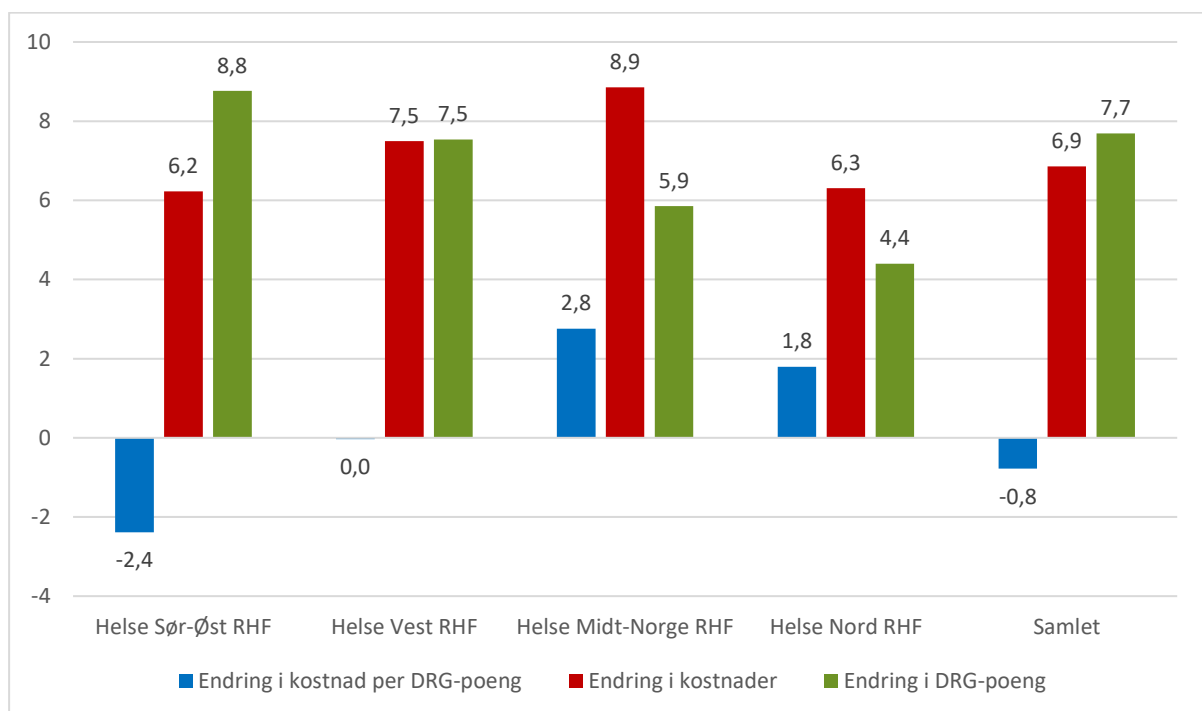
For Helse Sør-Øst RHF økte produktiviteten sterkere enn for landet samlet gjennom perioden, da nivået på kostnad per DRG-poeng gikk ned med drøyt 2 prosent. Helse Vest hadde ingen endring i kostnad per DRG-poeng.

Svakere produktivitetsutvikling fra 2013 til 2017 for Helse Midt-Norge RHF sammenlignet med landet samlet skyldes både sterkere vekst i kostnader og svakere vekst i DRG-poeng. Kostnadene til pasientbehandling økte med 9 prosent for Helse Midt-Norge RHF, mot 7 prosent for landet samlet. DRG-poengene i Helse Midt-Norge RHF økte med 6 prosent, mot 8 prosent samlet. Svakere utvikling for Helse Nord RHF skyldes mindre vekst i DRG-poengene gjennom perioden, mens kostnadsveksten kun var marginalt svakere enn for landet samlet.

En sterkere produktivetsforbedring for Helse Sør-Øst RHF fra 2013 til 2017 skyldes både sterkere vekst i DRG-poeng, og litt svakere vekst i kostnader. DRG-poengene økte med nær 9 prosent for Helse Sør-Øst RHF, mot nær 8 prosent samlet. Kostnadene økte med 6 prosent for Helse Sør-Øst RHF, mot nær 7 prosent samlet.

Helse Vest RHF hadde en kostnadsvekst på 7,5 prosent, som var noe sterkere enn veksten på nær 7 prosent for landet samlet. Økningen i DRG-poeng for perioden var på linje med utviklingen samlet.

Figur 36 Prosentvis endring i kostnad per DRG-poeng, kostnader og DRG-poeng, 2013-2017. Inkludert merverdiavgift i 2017.



HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

Fra 2016 til 2017 var det produktivitetsvekst i Helse Nord RHF og i Helse Sør-Øst RHF

Siste år i perioden, fra 2016 til 2017, så var den marginal nedgang på 0,3 prosent i kostnaden per DRG-poeng. (Figur 37) Den marginale produktivitetsforbedringen skyldtes at veksten i DRG-poengene på 0,7 prosent oversteg veksten i kostnader som var på 0,3 prosent.

Helse Sør-Øst RHF hadde, i tråd med tidligere år, en sterkere produktivitetsforbedring på 0,8 prosent siste år mot 0,3 prosent samlet. Dette skyldtes nullvekst i kostnader, og også at veksten i DRG-poeng var litt sterkere enn for landet samlet.

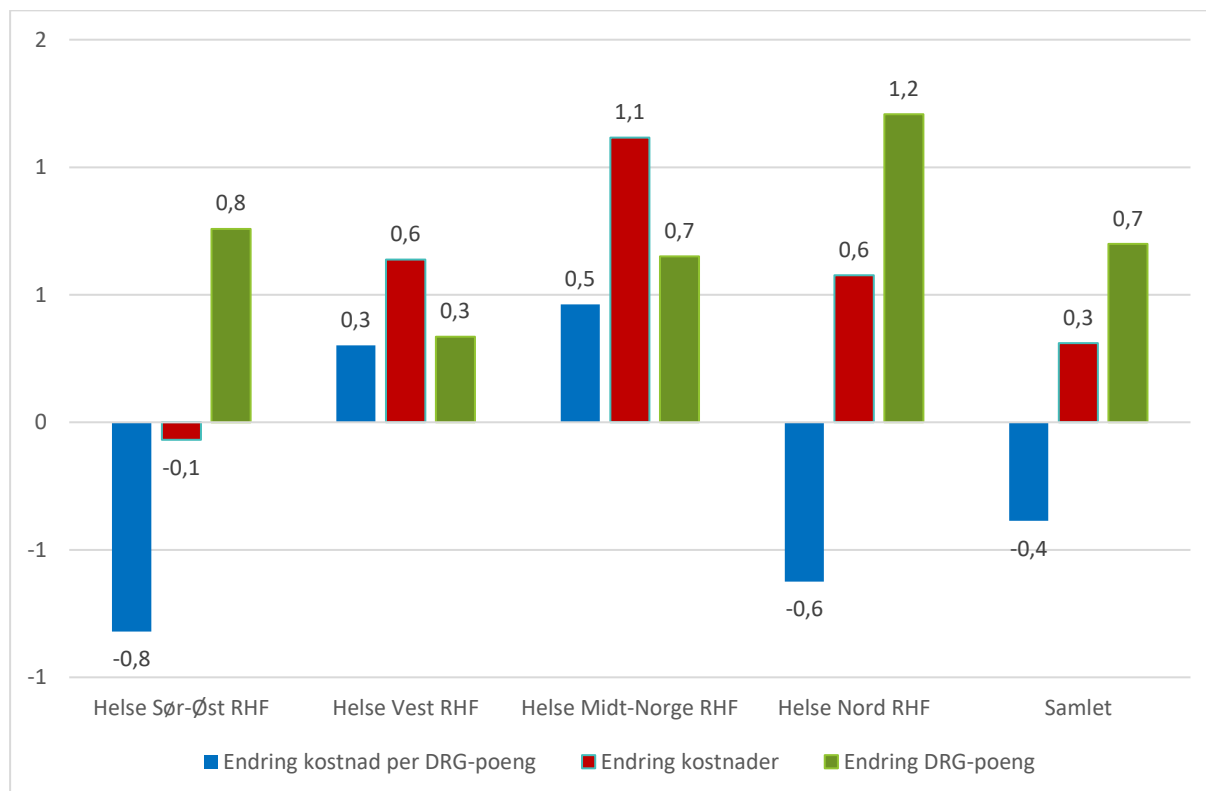
Helse Nord RHF hadde også en sterkere produktivitetsforbedring enn landet samlet siste år, i motsetning til de forutgående årene. Nedgangen i kostnad per DRG-poeng var på 0,6 prosent mot 0,3 prosent samlet. Dette skyldtes i hovedsak at DRG-poengene relativt sett økte mer for Helse Nord-RHF enn for landet samlet siste år. Helse Nord RHF har hatt en svakere vekst i DRG-poeng sammenlignet med de øvrige regionene i perioden fra 2013 til 2016.

Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF fikk derimot en økning i kostnad per DRG-poeng fra 2016 til 2017. Økningen var på henholdsvis 0,3 og 0,5 prosent – se figur 37. Helse Vest RHF hadde både en sterkere vekst i kostnader og en svakere vekst i aktiviteten enn landet samlet. For Helse Midt-Norge RHF så økte kostnadene sterkere med 1,1 prosent, samtidig som at aktiviteten i form av DRG-poeng økte med 0,7 prosent i tråd med utviklingen samlet.

Estimert merverdiavgift for 2017 påvirker ikke regionale variasjoner i produktivitetsutvikling

De regionale variasjonene i produktivitetsutviklingen siste år er i hovedsak konsistente når både når dette beregnes med og uten merverdiavgift i 2017. Det kan bemerkes at Helse Sør-Øst RHF får den sterkeste nedgangen i kostnad per DRG-poeng når utviklingen beregnes med merverdiavgift, mens Helse Nord RHF for den sterkeste nedgangen når den tilsvarende beregningen gjøres uten merverdiavgift.

Figur 37 Prosentvis endring i kostnad per DRG-poeng, kostnader og DRG-poeng, 2016-2017. Inkludert merverdiavgift i 2017.



Kostnad per liggedøgn

Reduserte variasjoner i kostnad per liggedøgn

De regionale forskjellene i kostnad per liggedøgn strekte seg i 2017 fra 9 prosent under landsgjennomsnittet for Helse Vest RHF til 10 prosent over for Helse Nord RHF. I Helse Sør-Øst RHF og i Helse Midt-Norge RHF var nivået på kostnader per liggedøgn omtrent på gjennomsnittet for landet gjennom perioden. Forskjellene mellom regionene har blitt redusert fra 2013 til 2017.

Antall liggedøgn går mest ned i Helse Vest

Alle regioner har hatt en vekst i kostnad per liggedøgn gjennom perioden fra 2013 til 2017. Helse Nord RHF hadde en svakere vekst på 6 prosent, og Helse Vest RHF en sterkere vekst på 12 prosent – jamfør utjevningen av de regionale variasjonene. En sterkere vekst i kostnad per liggedøgn for Helse Vest RHF skyldtes i hovedsak at en sterkere reduksjon i antall liggedøgn. Det motsatte var tilfellet for Helse Nord RHF.

HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

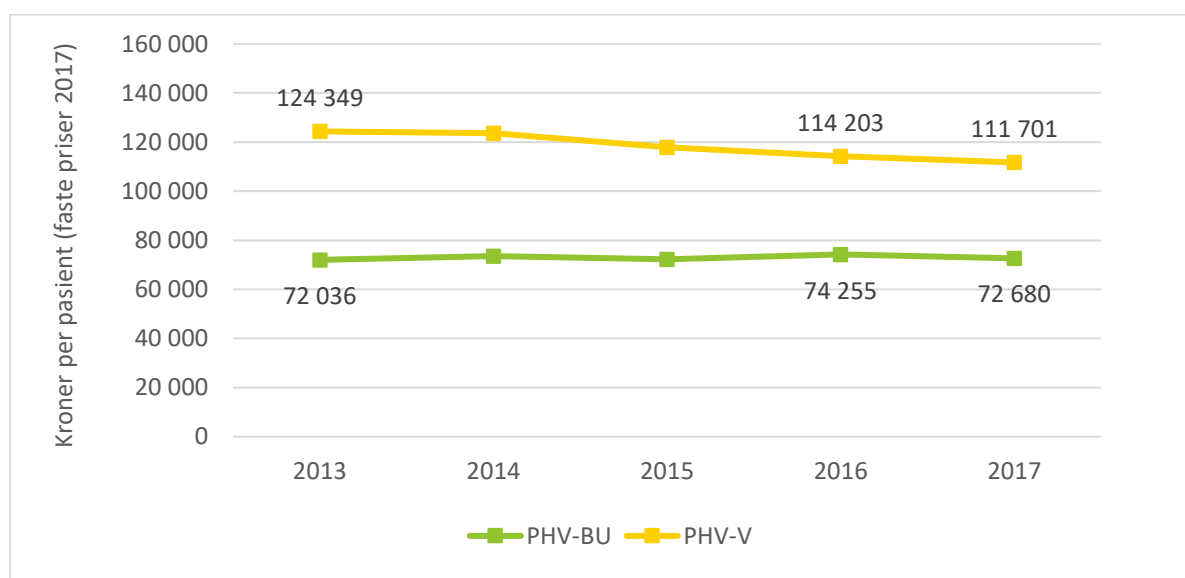
2.3.2 Psykisk helsevern

Totalt kostnader til psykisk helsevern utgjorde 23,8 mrd. kroner i 2017, hvilket innebar at ressursinnsatsen hadde økt 2,2 prosent fra 2013. Døgnplasskapasiteten er i samme periode redusert med om lag 400 plasser mens poliklinikkene, målt ved personell, økte sin kapasitet med 9 prosent eller nærmere 600 årsverk.

Mindre døgnbehandling gir lavere kostnad per pasient i psykisk helsevern for voksne

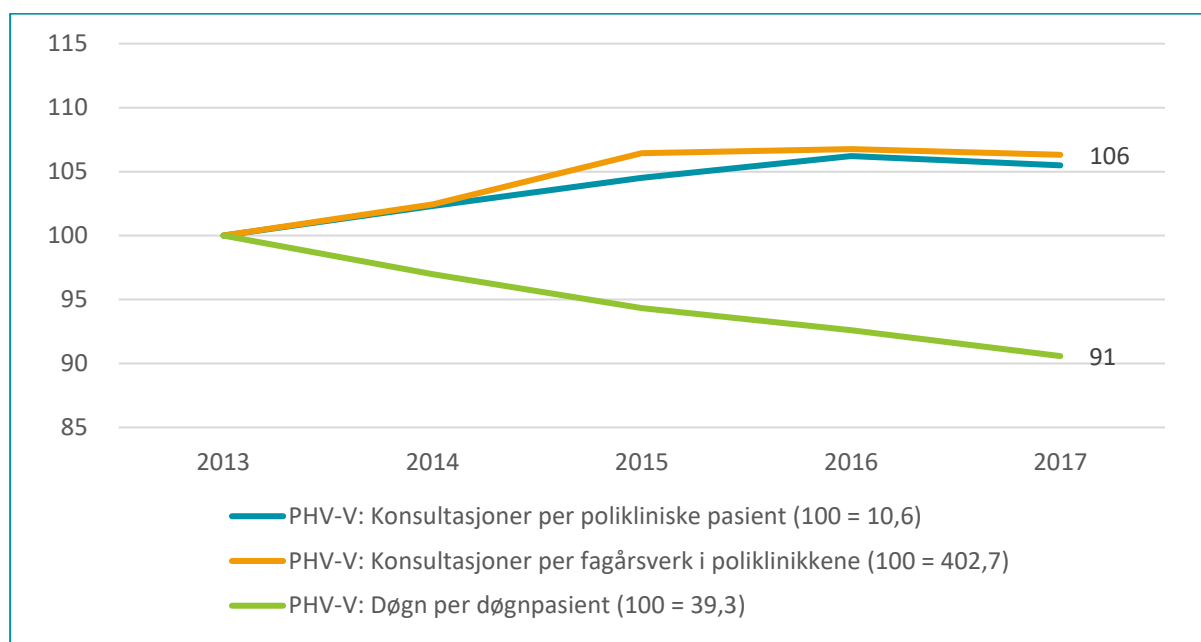
I det psykiske helsevernet for voksne (PHV-V) har vi over tid sett en utvikling med liten eller ingen vekst i ressursinnsatsen. Regnskapstall for siste femårsperiode viser at de offentlige helseforetakene har hatt 1 prosent vekst i kostnader til pasientbehandling for dette tjenesteområdet. I samme periode har aktiviteten økt med nærmere 13 prosent målt ved antall behandlede pasienter. Gjennomsnittlig kostnad per pasient er dermed redusert fra 124 000 kroner i 2013 til 112 000 kroner i 2017 (Figur 38). Dette tilsvarer reduksjon på 10 prosent for perioden samlet og 2 prosent fra 2016 til 2017. Vurdert isolert ved ressursinnsats per pasient kan produktiviteten i psykisk helsevern for voksne dermed beskrives som økende. Man kan likevel ikke trekke en slik konklusjon uten også å vurdere betydningen av samtidige endringer i tjenestenes innhold.

Figur 38 Kostnad per pasient i offentlige helseforetak i perioden 2013 til 2017. Psykisk helsevern.



Aktivitetsveksten i det psykiske helsevernet for voksne er i sin helhet knyttet til poliklinikkene, hvor det både har vært vekst i antall behandlede pasienter og i antall konsultasjoner per pasient. Vekst i antall polikliniske konsultasjoner er delvis muliggjort ved 6 prosent økning i konsultasjoner per fagårsverk, men behandlingsomfanget per pasient har økt tilsvarende (Figur 39). Denne produktivitetsforbedringen har derfor ikke bidratt til å øke antall behandlede pasienter i poliklinikkene. Økningen i antall polikliniske pasienter er dermed finansiert ved tilførsel av ressurser. Disse er delvis omfordelt fra døgnavdelingene. For perioden 2013 til 2017 innebærer likevel ikke nedbygging av døgnkapasiteten en faktisk reduksjon i antall døgnopphold eller døgnpasienter. Det er døgnoppholdenes varighet som reduseres. Reduksjonen tilsvarer i gjennomsnitt 3 oppholdsdøgn per døgnpasient, men gjelder i særlig grad for de lengste oppholdene.¹⁶

Figur 39 Behandlingsomfang og personellproduktivitet i psykisk helsevern for voksne. Endring fra 2013 til 2017 for offentlige helseforetak. 2013 = 100.



Økt ressursutnyttelse og redusert kostnadsnivå i døgnavdelingene

Samtidig som antall døgnplasser reduseres i psykisk helsevern for voksne, ser vi at belegget har økt fra 81 prosent i 2013 til 83 prosent i 2017. Fra 2016 til 2017 er også gjennomsnittlig kostnad per oppholdsdøgn redusert (Figur 40). Disse faktorene vil også bidra til reduksjon i kostnad per pasient. Om gjennomsnittlig døgnkostnad for 2017 legges til grunn, måtte totale kostnader til pasientbehandling i psykisk helsevern for voksne justeres opp med

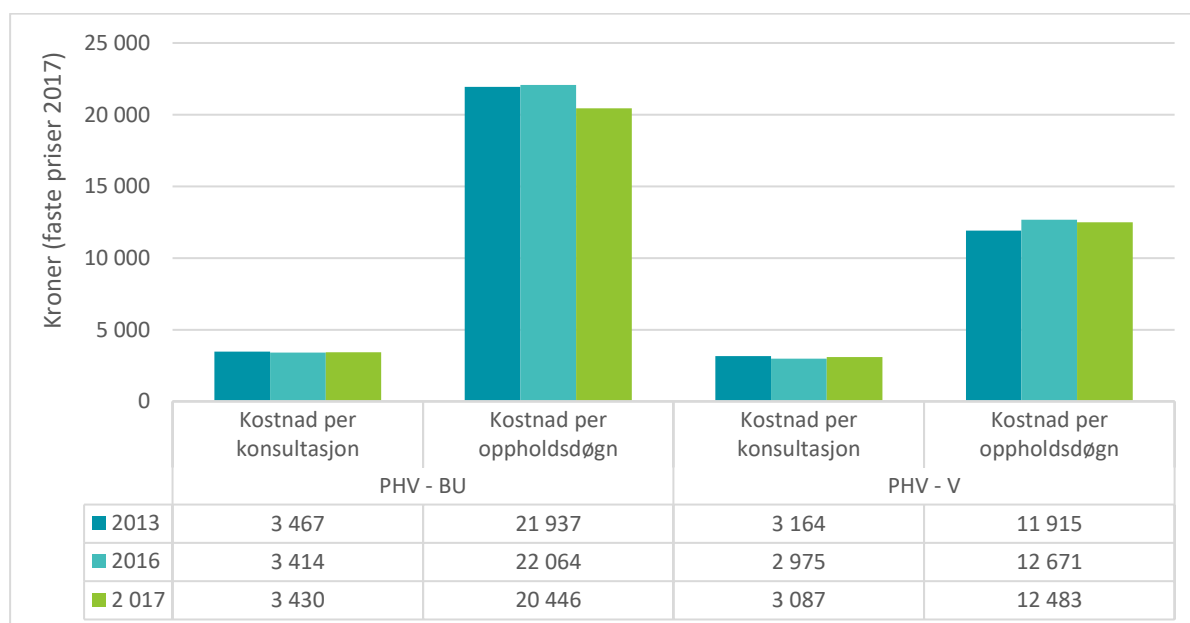
¹⁶ "Produktivitet, aktivitet og ressursinnsats i psykisk helsevern og TSB". Analysenotat 18/17. SAMDATA Spesialisthelsetjenesten, Helsedirektoratet 2018.

HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

1,1 mrd. kroner for 2017 dersom døgnbehandlingen skulle ha hatt samme omfang som i 2013. Dette ville ha gitt en gjennomsnittlig kostnad per pasient på 119 000 kroner i 2017, men fortsatt 4 prosent reduksjon i kostnad per pasient fra 2013. Selv om mye av reduksjonen i kostnadsnivå i psykisk helsevern for voksne kan forklares ved nedkorting av døgnopphold ser det dermed ut til at man i perioden også har økt ressursutnyttelse i tjenestene og at aktivitetsveksten har økt mer enn tilførte ressurser.

Figur 40 Kostnadsnivå i psykisk helsevern. Kostnad per konsultasjon og per oppholdsdøgn i offentlige helseforetak i perioden 2013 til 2017.



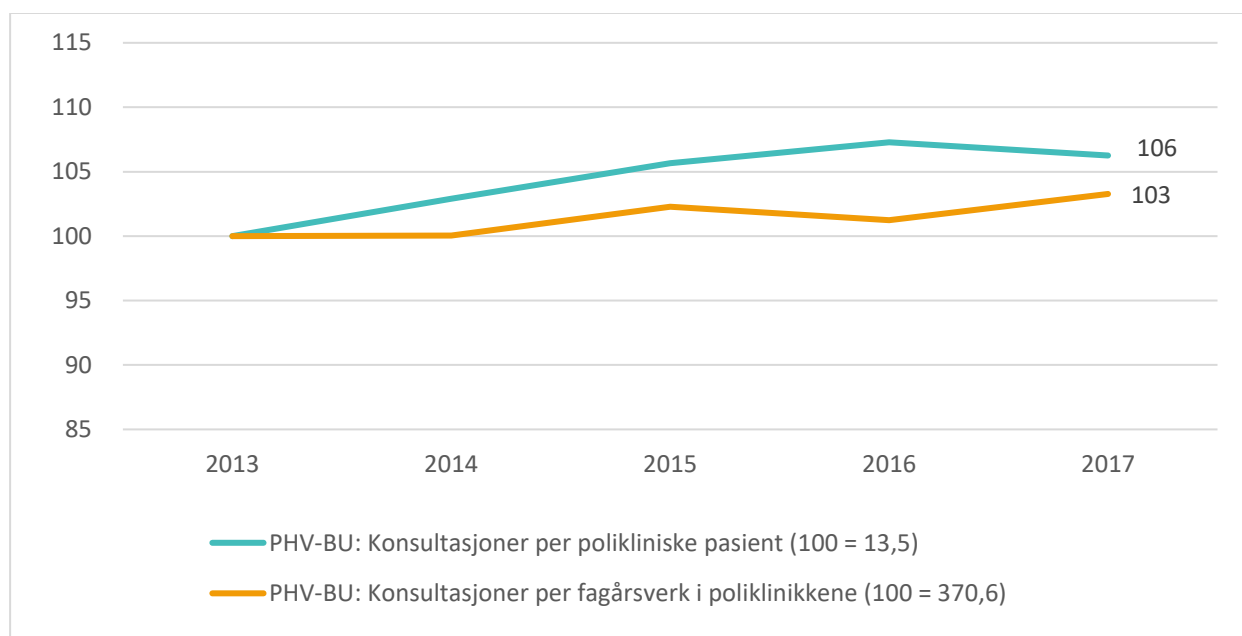
Stabilt kostnadsnivå i psykisk helsevern for barn og unge

I psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) er omfanget av døgnbehandling lite med en døgnplasskapasitet på om lag 300 plasser gjennom hele perioden fra 2013 til 2017. Det samlede kostnadsnivået for dette tjenesteområdet vil derfor i større grad enn i tjenester for voksne være påvirket av aktivitet og ressursutnyttelse i poliklinikkene. Kostnadsveksten i psykisk helsevern for barn og unge har vært noe sterkere enn i tjenester for voksne, og for femårsperioden samlet økte kostnader til pasientbehandling med til sammen 5 prosent. Dette er en litt sterkere kostnadsvekst enn økningen i antall behandlede pasienter. Gjennomsnittlig kostnad per pasient økte med 1 prosent for perioden samlet og utgjorde i underkant av 73 000 kroner i 2017. Fra 2016 til 2017 ser vi imidlertid reduserte kostnader per pasient for dette tjenesteområdet.

Nedgang i konsultasjoner per pasient siste år

Aktivitets- og personelltall viser samtidig at også i tjenester for barn og unge er effekten av økt personellproduktivitet tatt ut i form av mer behandling til hver pasient (Figur 41). Dette gjelder likevel ikke siste års utvikling, som viser 2 prosent vekst i konsultasjoner per fagårsverk samtidig med reduksjon i konsultasjoner per pasient.

Figur 41 Behandlingsomfang og personellproduktivitet i psykisk helsevern for barn og unge. Endring fra 2013 til 2017 for offentlige helseforetak. 2013 = 100.



2.3.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Etter flere år med aktivitet- og kostnadsvekst for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), viser pasientstatistikk og rapporterte kostnadstall for 2017 en utflating av veksten for dette tjenesteområdet. Dette gjelder både for TSB totalt, inkludert bidraget fra private døgninstitusjoner, og i driftskostnader og aktivitet ved de offentlige helseforetakene.

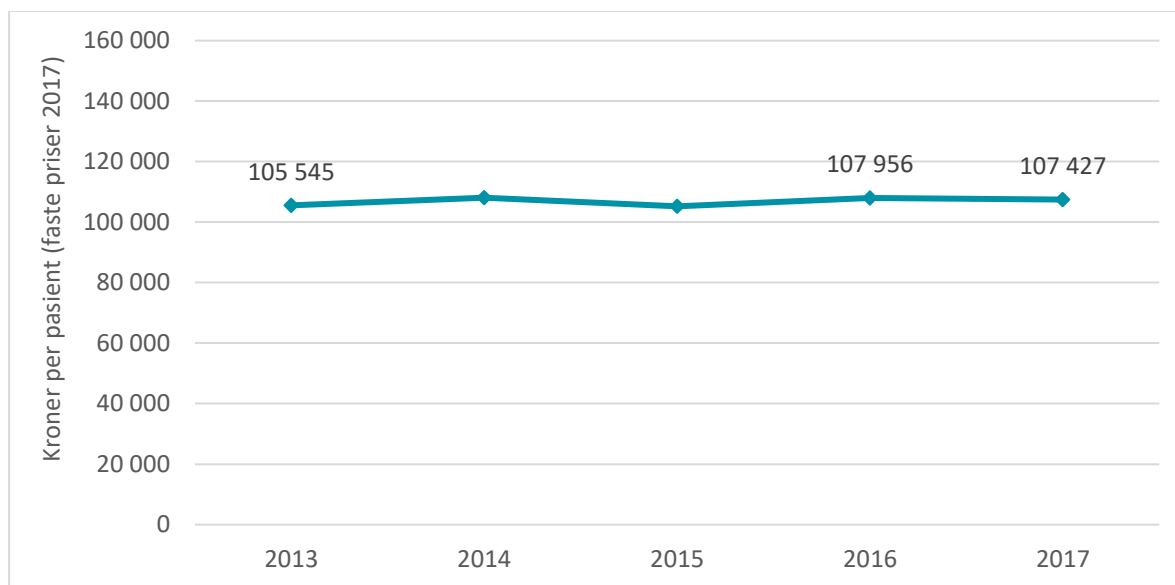
Ingen endring i kostnad per pasient fra 2016 til 2017

De totale behandlingstkostnadene til TSB ved offentlige helseforetakene økte med 14 prosent for perioden fra 2013 til 2017, og for femårsperioden sett under ett, har kostnadsveksten vært noe større enn aktivitetsveksten vurdert ved antall behandlede pasienter. Gjennomsnittlig kostnad per pasient ble med dette økt med 2 prosent i perioden (Figur 42). Fra 2016 til 2017 ble imidlertid både aktivitet og kostnader til pasientbehandling redusert med 1 prosent og kostnad per pasient er uendret fra 2016 til 2017.

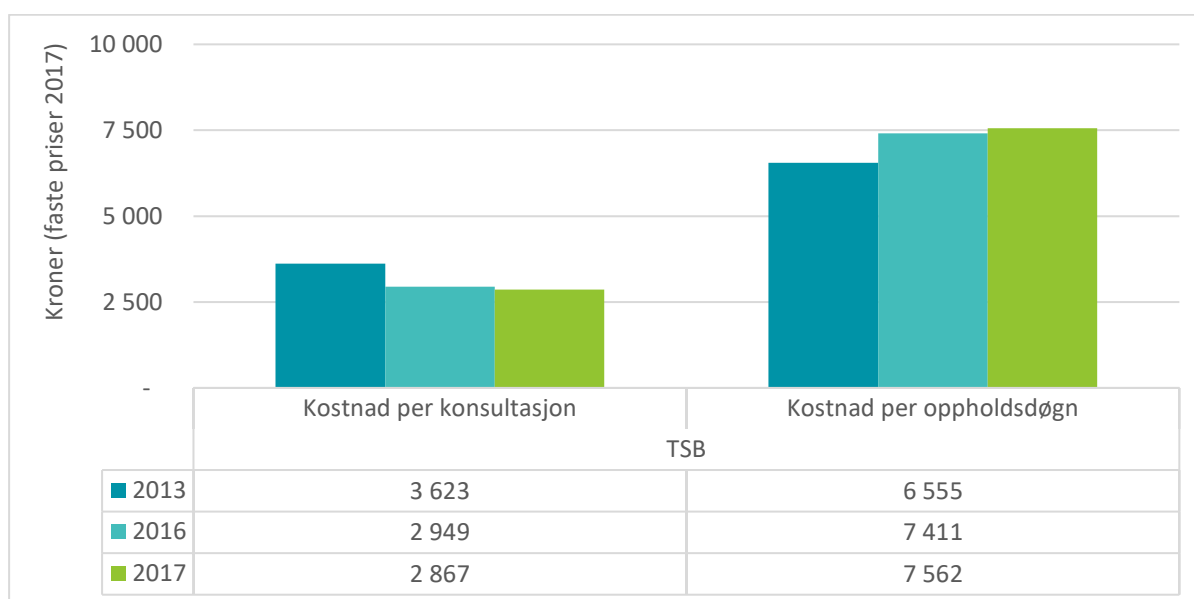
HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

Figur 42 Kostnad per pasient i offentlige helseforetak i perioden 2013 til 2017. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.



Figur 43 Kostnad per konsultasjon og per oppholdsdøgn i offentlige helseforetak i perioden 2013 til 2017. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.



Økt kostnad per oppholdsdøgn og redusert kostnad per konsultasjon i poliklinikkene

Veksten i kostnader til pasientbehandling til og med 2016 var fordelt mellom døgnavdelingene og poliklinikkene, mens nedgangen fra 2016 til 2017 var knyttet til døgnavdelingene. For perioden samlet har likevel kostnadsveksten i døgnavdelingene vært sterkere enn aktivitetsveksten målt ved oppholdsdøgn. Gjennomsnittlig kostnad per oppholdsdøgn har økt med 15 prosent i femårsperioden (Figur 43), mens varigheten av døgnbehandlingen reduseres. Utviklingen må fortolkes i lys av at aktivitetsveksten i de offentlige foretakene delvis har vært knyttet til oppbygging av beredskapskapasitet for å ivareta plikten til å tilby øyeblikkelig hjelp. Dette har bidratt til økt pasientgjennomstrømning i døgnavdelingene og en høyere andel korte og ressursintensive døgnopphold.

Som i psykisk helsevern har behandlere i poliklinikkene økt sin kapasitet målt i gjennomførte polikliniske konsultasjoner, og gjennomsnittlig kostnad per polikliniske konsultasjon ble redusert i takt med dette. Det gjennomsnittlige antall konsultasjoner per polikliniske pasient har dermed økt gjennom hele perioden uten økning i den samlede ressursinnsatsen per pasient (Figur 44).

Figur 44 Behandlingsomfang og personellproduktivitet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Endring fra 2013 til 2017 for offentlige helseforetak. 2013 = 100.

HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

2.4 Prioritering av psykisk helsevern og TSB

De regionale helseforetakene har de seneste årene hatt i oppdrag å prioritere psykisk helsevern og TSB fremfor somatisk virksomhet. De regionale helseforetakene gir i Årlig melding en vurdering av måloppnåelse for oppdragene gitt i oppdragsdokumentet. Denne vurderingen baserer seg på datagrunnlaget og informasjonen de har tilgjengelig ved utarbeidelse av Årlig melding.

I vårt arbeid med å etablere et analysegrunnlag for spesialisthelsetjenesten gjøres det tilrettelegginger av datagrunnlaget for best mulig å kunne sammenligne utvikling og nivå mellom ulike enheter og tjenesteområder. Det etableres derfor et datagrunnlag som også kan brukes til vurdering av utvikling i blant annet aktivitet og kostnader. Siden prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling (TSB) fremfor somatikk er et sentralt politisk mål, er det vår vurdering hensiktsmessig at vi benytter vårt datagrunnlag også til denne problemstillingen. I årets arbeid er dette gjort kun med basis i kostnads- og aktivitetsdata. Data for utvikling i ventetid og årsverk er ikke tilrettelagt for en slik vurdering i årets arbeid.

Det har vært større utfordringer å analysere utvikling i kostnader og poliklinisk aktivitet fra 2016 til 2017 enn tidligere år på grunn tidligere omtalte endringer i datagrunnlagene, se kapittel 1.

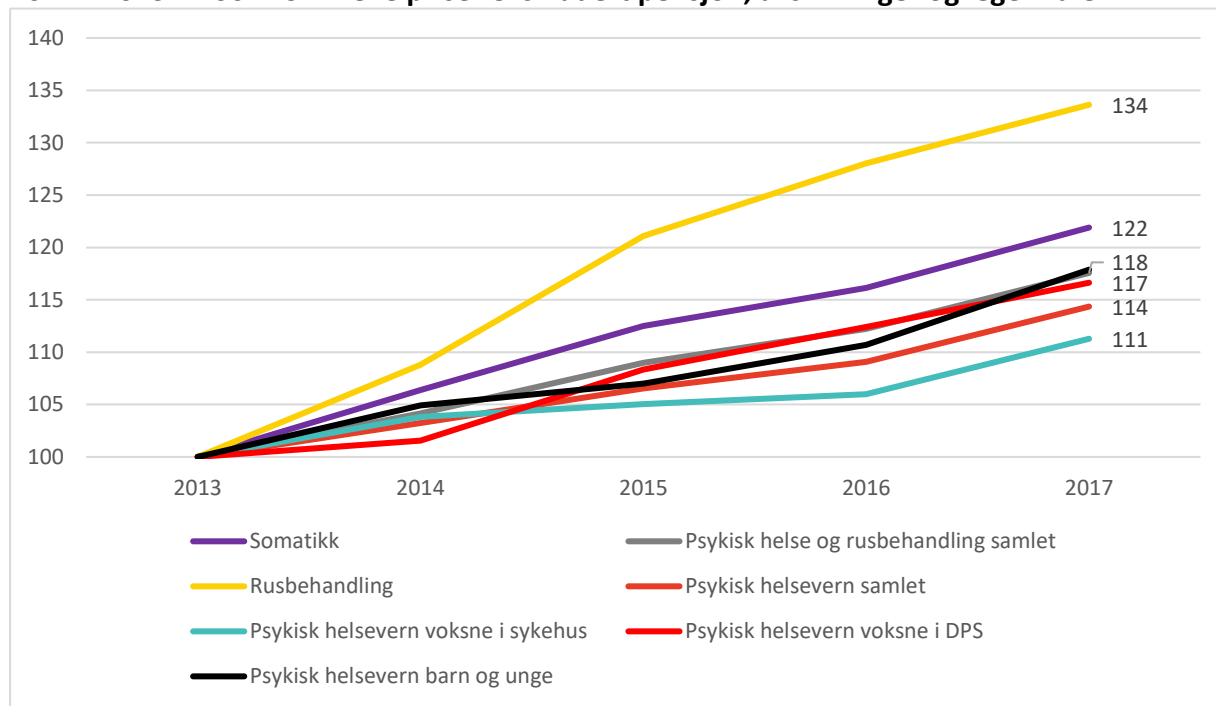
2.4.1 Utvikling i kostnader

Det tas utgangspunkt i løpende kostnader, eksklusive kostnader for pensjon, arbeidsgiveravgift og legemidler, i denne gjennomgangen. På nasjonalt nivå økte kostnadene til somatisk sektor med 22 prosent i perioden fra 2013 til 2017, som vist i Figur 45. For psykisk helsevern og rusbehandling samlet (PHR) økte kostnadene med 18 prosent, herunder en vekst på 34 prosent for rusbehandlingen og 14 prosent for det psykiske helsevernet samlet.

Psykisk helsevern samlet består av kostnader til i) voksne i sykehus, ii) voksne i distriktpsikiatriske sentra (DPS) og iii) barn og unge. Veksten i kostnader til voksne i sykehus var på 11 prosent fra 2013 til 2017, kostnadsveksten i DPS-ene var på 17 prosent, og kostnadene til barn og unge økte med 18 prosent.

I perioden fra 2013 til 2017 var det dermed en kostnadsmessig prioritering av rusbehandling foran somatisk virksomhet. Det var samtidig ingen kostnadsmessig prioritering av noen av feltene innenfor det psykiske helsevernet.

Figur 45 Utvikling i kostnader til somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling, 2013-2017¹. 2013 = 100. Nominelle priser ekskludert pensjon, avskrivninger og legemidler.



¹ Kostnader i 2017 er inkludert kompensasjon for nøytral merverdiavgift.

Likt som for landet samlet, så hadde alle regionene en kostnadmessig sterkere vekst for rusbehandlingen sammenlignet med somatisk sektor i siste femårsperiode. Helse Vest hadde den sterkeste veksten i kostnader til rusbehandling.

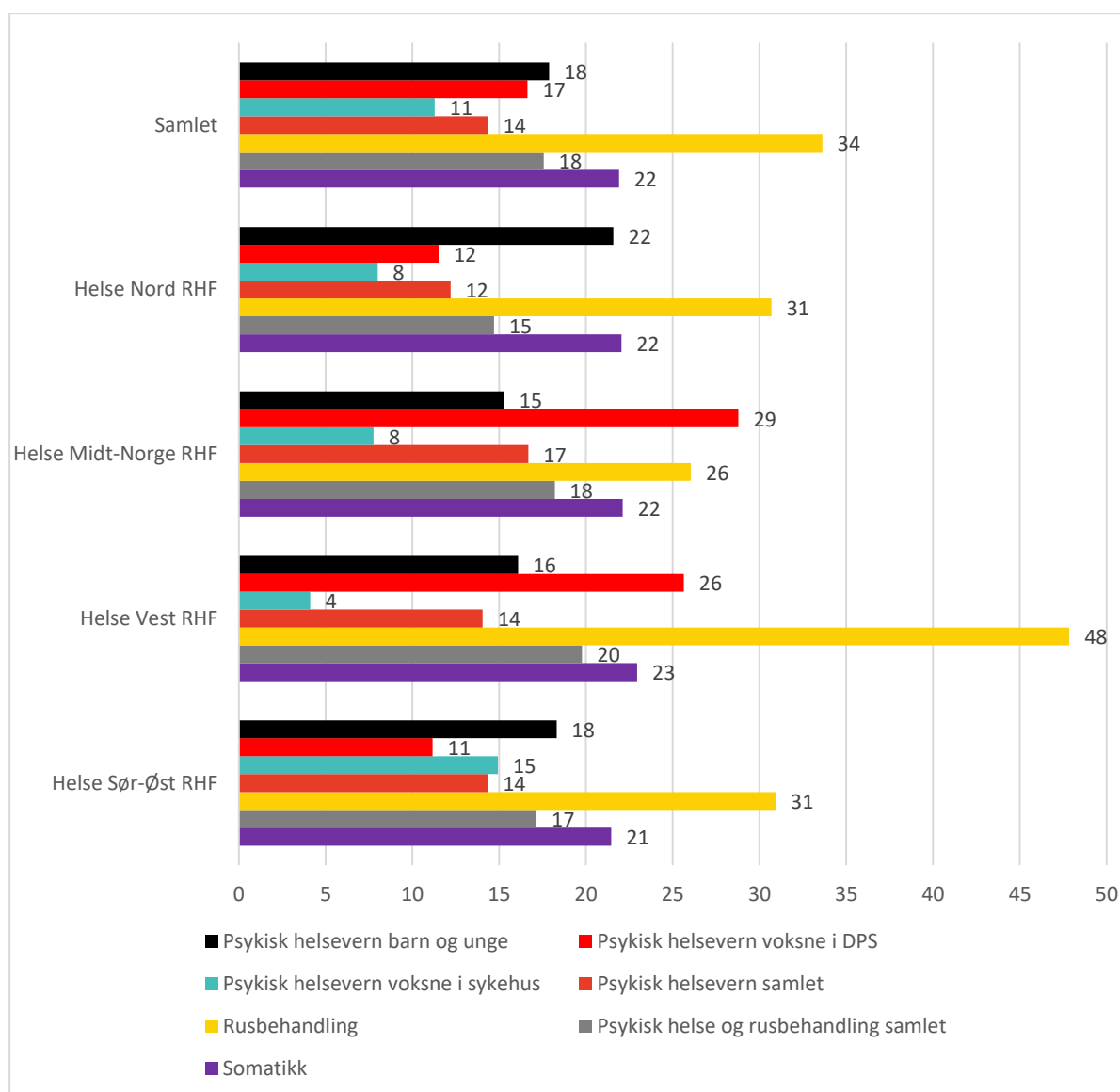
Alle regionene hadde imidlertid en kostnadmessig prioritering av somatisk sektor foran psykisk helsevern og TSB samlet (PHR) gjennom perioden fra 2013 til 2017. På nasjonalt nivå var veksten i kostnader til somatisk sektor 4 prosentpoeng sterkere enn veksten i kostnader til PHR.

Når det psykiske helsevernet betraktes samlet, så ser vi av Figur 46 at alle regionene hadde sterkere vekst i kostnader til somatikk enn til psykisk helsevern fra 2013 til 2017. Kostnadsveksten i somatisk sektor varierte fra 21 til 23 prosent mellom regionene, mens veksten i det psykiske helsevernet varierte fra 12 til 17 prosent. Dermed var det noe mer variasjon for veksten i kostnader til psykisk helsevern gjennom perioden. Ingen av regionene hadde en kostnadmessig prioritering av det psykiske helsevernet for barn og unge foran somatisk sektor i perioden fra 2013 til 2017.

HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

Figur 46 Prosentvis vekst i kostnader til somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling 2013-2017. Nominelle priser inkl. merverdiavgift i 2017, eks. pensjon, avskrivninger og legemidler.



Fra 2016 til 2017 var det på nasjonalt nivå en vekst på om lag 5 prosent for både somatisk sektor og psykisk helsevern/TSB samlet, som vist i Figur 47. Sammenlignet med tidligere år i perioden ser vi en sterkere vekst i psykisk helsevern/TSB siste år, men veksten er likevel svakere enn for somatisk sektor. Helse Nord hadde imidlertid sterkere vekst i kostnader til

psykisk helsevern/TSB enn for somatisk sektor siste år. Kostnadene til psykisk helsevern/TSB økte med drøyt 7 prosent mot nær 5 prosent for somatisk sektor for Helse Nord.

Prioritering av TSB

På nasjonalt nivå økte kostnadene til rusbehandling svakere siste år med 4 prosent sammenlignet med kostnadene til somatisk sektor som økte med 5 prosent. Dette er et brudd med tidligere år i perioden, hvor kostnadene til rusbehandling har økt markert sterkere enn for somatisk sektor. Helse Midt-Norge og Helse Vest hadde derimot noe sterkere vekst i kostnader til rusbehandling sammenlignet med somatisk sektor siste år, og det var dermed en kostnadmessig prioritering av rusbehandling for disse to regionene siste år.

Prioritering av psykisk helsevern

Kostnadene til psykisk helsevern samlet med om lag 5 prosent siste år for landet samlet, i tråd med veksten for somatisk sektor. Det var regionale variasjoner i kostnadsutviklingen for psykisk helsevern. Kostnadsveksten varierte fra 2 prosent i Helse Midt-Norge til 8 prosent i Helse Nord. Helse Nord hadde dermed en kostnadmessig prioritering av psykisk helsevern siste år, i motsetning til tidligere år i perioden hvor veksten var markert svakere. Både Helse Nord og Helse Sør-Øst hadde sterkere vekst i kostnader til psykisk helsevern sammenlignet med somatisk sektor siste år.

Prioritering av DPS-ene innen psykisk helsevern

Fra 2016 til 2017 økte kostnadene til psykisk helsevern for voksne i sykehus med 6 prosent på nasjonalt nivå. Kostnadsveksten for DPS-ene var svakere med 3 prosent. Dette er et brudd med tidligere år, hvor kostnadsveksten for DPS-ene har vært klart sterkere enn veksten for psykisk helsevern i sykehus. Det er kun Helse Sør-Øst som har sterkere vekst i kostnader til psykisk helsevern i sykehus enn i DPS-ene siste år.

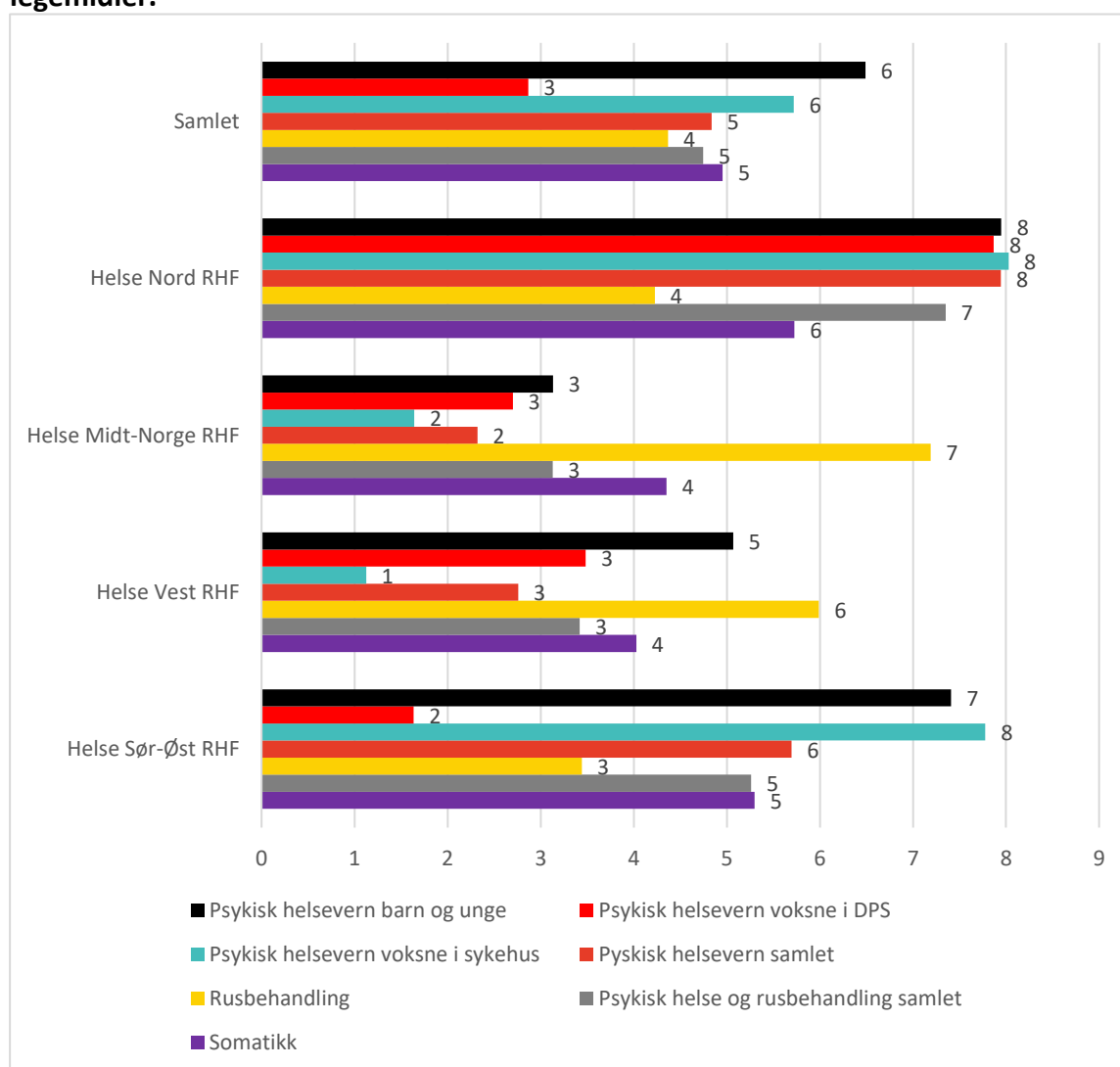
Prioritering av barn og unge innen psykisk helsevern

Innen psykisk helsevern økte kostnadene til barn og unge siste år sterkere enn til voksne når vi ser landet samlet. Også i Helse Vest og Helse Midt-Norge viser tallene at kostnadsveksten var sterkere for barn og unge. I Helse Nord og Helse Sør-Øst var kostnadsveksten mellom barn og unge og voksne tilnærmet lik.

HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

Figur 47 Prosentvis vekst i kostnader til somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling 2016-2017. Kostnader i løpende priser inkl. mva i 2017, eks. pensjon, avskrivninger og legemidler.

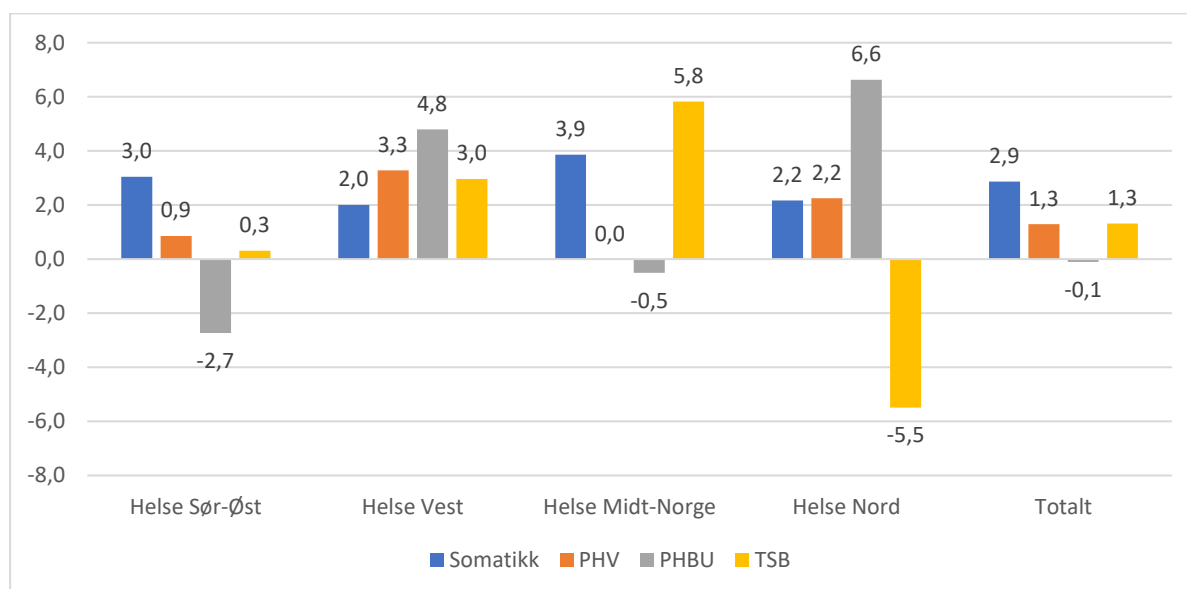


2.4.2 Utvikling i aktivitet

Det eksisterer ikke omforente aktivitetsmål som gjør det mulig å vurdere utviklingen i samlet aktivitet mellom tjenesteområdene. For aktiviteten ved somatiske sykehus kan man benytte DRG-poeng som aktivitetsmål, siden dette korrigerer for ulike ressursbruk mellom grupper av pasienter. Siden dette målet ikke benyttes i psykisk helsevern og rusbehandling (TSB) kan det ikke brukes til sammenligninger mellom tjenesteområdene.

Alternativt kunne det tenkes at man sammenlignet det som er samme type aktivitet mellom områdene. Aktiviteten i alle tjenesteområdene kan kategoriseres i døgnopphold, dagopphold og polikliniske konsultasjoner, med en del utfordringer på "gråsonaktivitet". Det er ikke alltid enkelt å definere om et opphold skal kategoriseres som et døgnopphold eller dagopphold. Og hvor går skillet mellom en konsultasjon og et dagopphold? Det gjøres imidlertid en inndeling av dette etter definerte prinsipper og regler. Selv etter at det er inndelt i ulike typer aktivitet gjenstår utfordringer med å sammenligne utvikling mellom områdene. Et døgnopphold i psykisk helsevern har ofte en annen profil og ressursbruk enn i somatiske tjenester. Tilsvarende vil gjelde mellom TSB og andre tjenesteområder. Det samme gjelder til dels for poliklinisk virksomhet, men her er forskjellene i gjennomsnittlig ressursbruk mellom tjenesteområdene mindre. Det er også et uttalt mål å vri aktiviteten mot mer bruk av polikliniske tjenester. Ved vurdering av om psykisk helsevern og TSB gis prioritet har det for aktivitetsdata blitt benyttet data om polikliniske konsultasjoner. På grunn av endring i registreringspraksis nevnt innledningsvis i avsnittet, har vi for psykisk helsevern og TSB benyttet sum polikliniske episoder, og ikke bare episoder med refusjonsberettiget takstkode.

Figur 48 Prosentvis endring i antall polikliniske konsultasjoner etter tjenesteområde og bostedsregion fra 2016 til 2017.



Figur 48 viser prosentvis endring i polikliniske episoder/konsultasjoner fra 2016 til 2017. Helse Vest har en sterkere vekst for psykisk helsevern og TSB enn for somatiske tjenester. Helse Sør-Øst har det motsatte bildet med en sterkere vekst innen somatikk enn psykisk helsevern og TSB. For de to siste regionene var det en sterkere vekst for TSB (Helse Midt-Norge) eller psykisk helsevern (Helse Nord) enn innen somatisk område. For regionene samlet viser tallene en sterkere prosentvis vekst for somatisk område enn for psykisk helsevern og TSB.

HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

2.5 Helseforetakenes økonomiske situasjon

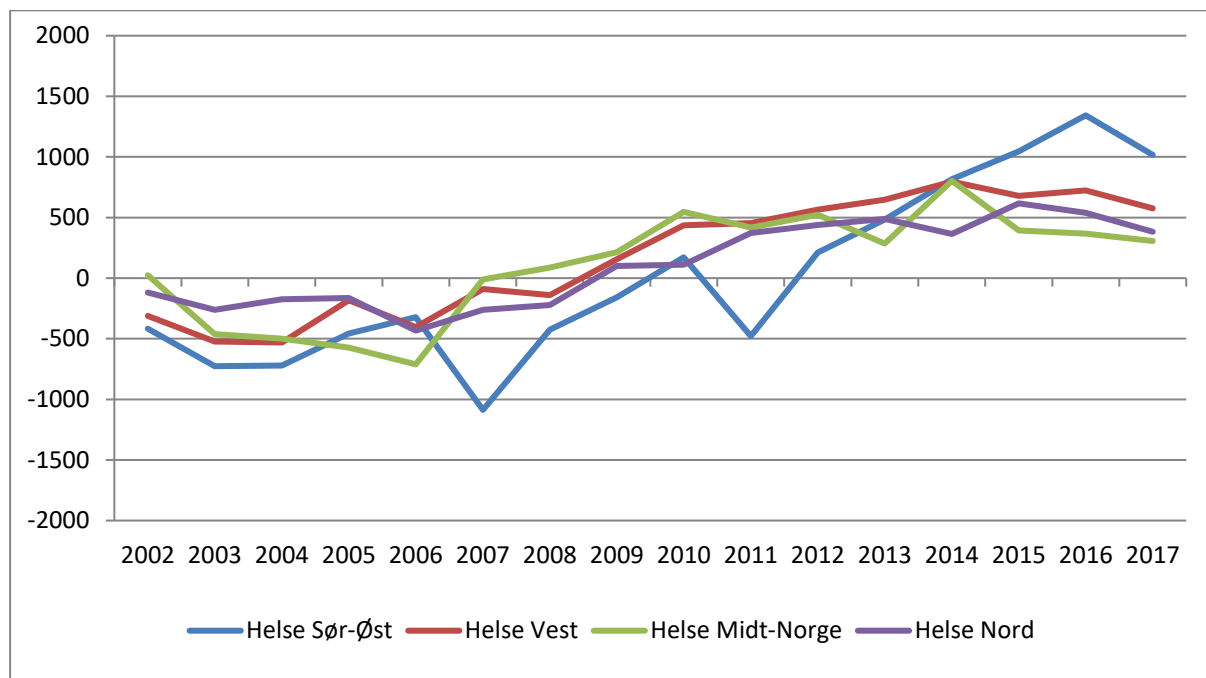
Foretaksgruppen¹⁷ i de regionale helseforetakene hadde hver for seg og samlet et positivt økonomisk resultat i 2018. Dette er sjetten år på rad hvor alle RHF-ene oppnår et positivt økonomisk resultat. Resultatet samlet siste år var på nær 2,3 mrd kroner, som vist i Tabell 7. Utviklingen i økonomisk resultat var stabil eller negativ de første årene etter foretaksreformen i 2002, men har siden 2006 i stor grad vært positiv, som vist i Figur 49. Utviklingen de siste fem årene varierer noe mellom RHF-ene, men det er en tendens til stabilisering eller lavere nivå i økonomisk resultat korrigert for eiers styringskrav.

Tabell 7 Regnskapsmessig resultat og eiers styringskrav for foretaksgruppen samlet i perioden 2013-2017, samt samlet for 2002-2017. Millioner kroner. Kilde: Årsregnskap RHF.

	2013	2014	2015	2016	2017	Akk. 2013-2017	Akk. 2002-2017
Eiers styringskrav	0	10 100	0	0	0	10 100	-298
Regnskapsført resultat	1 906	12 877	2 736	2 973	2 282	22 774	6 339
Avvik ift eiers styringskrav	1 906	2 777	2 736	2 973	2 282	12 674	6 637
Avvik i pst av inntekt	1,5 %	2,2 %	1,9 %	2,0 %	1,6 %	1,8 %	0,4 %

¹⁷ Foretaksgruppen omfatter alle helseforetak i de regionale helseforetakene, inkludert morselskapet (RHF-et).

Figur 49 Økonomisk resultat korrigert for eiers styringskrav i perioden 2002-2017.
Kilde: Årsregnskap RHF.



Investeringsnivået i helseforetak og for RHF samlet varierer ofte mellom år i takt med nivået på større byggeprosjekter. Slike prosjekter vil gi et vesentlig høyere investeringsnivå i en periode. Tabell 8 viser utviklingen i investeringer (tilgang) og endring i balanseførte verdier («netto investeringer») siste 5 år. Investeringsnivået økte først jevnt frem mot 2014 til 10,8 mrd kroner, men har i årene etterpå vært på et litt lavere nivå (om lag 8 mrd kroner). Balanseførte verdier for bygninger, utstyr og immaterielle (lisenser, programvare o.l) eiendeler har også økt siste 5 år, med omlag 12 mrd kroner. Det har dermed i denne perioden vært en oppbygging av realkapital når man ser RHF-ene samlet.

HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

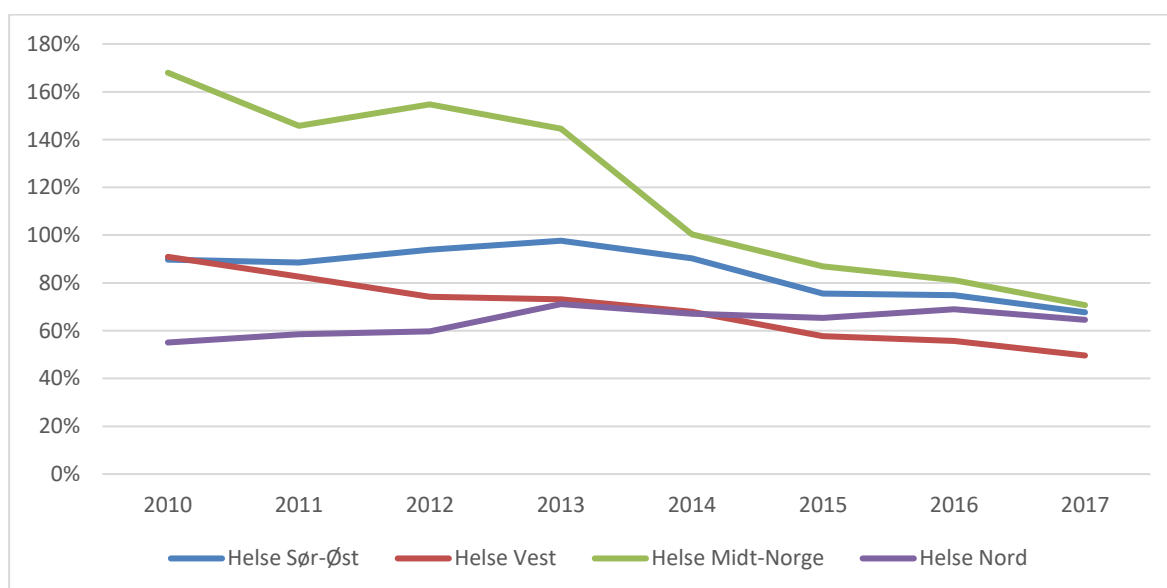
Tabell 8 Årlige investeringer og årlig endring i balanseførte verdier for immaterielle eiendeler og varige driftsmidler nasjonalt 2013-2017. Millioner kroner.

Kilde: Årsregnskap RHF.

	2013	2014	2015	2016	2017	Akk 2013- 2017
Investeringer (tilgang)	9 598	10 836	8 480	8 177	7 801	44 893
Av- og nedskrivninger	5 747	6 025	6 014	6 523	6 880	31 189
Korr for salg av anleggsmidler	172	176	217	124	280	969
Andre korr (for eksempel overføring av anleggsmidler)	609	111	177	-124	-66	707
Årlig endring i balanseførte verdier	3 069	4 523	2 073	1 655	707	12 027

Gjeldsgrad er definert som forholdstallet mellom gjeld og egenkapital, og skal gi et bilde på gjeldsbelastningen i de regionale helseforetakene. Figur 50 viser utviklingen i gjeldsgrad for de regionale helseforetakene siste åtte år. I tråd med positive økonomiske resultat (som bidrar til bedret egenkapital) og kun mindre endringer i langsiktig og kortsiktig gjeld, har gjeldsgraden blitt redusert de siste 5 årene for alle regioner, og særlig for Helse Midt-Norge. Figur 50 viser at gjeldsgraden for RHF-ene er nokså lik de siste tre årene.

Figur 50 Utvikling i gjeldsgrad (gjeld/egenkapital) regionalt 2010-2017. Prosent. Kilde: Årsregnskap RHF.



3 NØKKELTALL FOR SPESIALISTHELSETJENESTEN

Tabell 9 Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten nasjonalt i perioden 2013-2017.

Nøkkeltall:	2013	2014	2015	2016	2017	Pst endr. 2016-17	Pst endr. 2013-17
Sum unike pasienter inkl. avtalespes. ¹	2 433 058	2 461 851	2 515 565	2 563 827	2 595 459	1,2	6,7
Aktivitet somatisk behandling							
Pasienter totalt sykehus og avtalespesialister ²				2 417 839	2 451 850	1,4	
Pasienter totalt sykehus ³	1 815 686	1 858 476	1 905 818	1 941 536	1 964 142	1,2	8,2
Pasienter – innlagte ³	591 928	593 487	592 567	590 109	583 218	-1,2	-1,5
Pasienter – poliklinikk ³	1 652 251	1 699 979	1 753 513	1 795 018	1 822 678	1,5	10,3
Døgnopphold	806 652	810 075	816 441	818 181	808 693	-1,2	0,3
Innleggelser 0 lgd (ikke-kir.)	140 914	140 565	132 974	122 851	115 638	-5,9	-17,9
Dagbehandling kir.	207 778	211 244	216 575	219 161	222 836	1,7	7,2
Polikl. kons. totalt ⁴	5 363 217	5 553 384	5 832 791	6 073 350			
Polikl. kons. totalt – med aggregering ⁴				5 943 609	6 113 749	2,9	
-herav stråleterapi ⁵	193 063	193 788	201 382	187 377	186 825	-0,3	-3,2
-herav kjemoterapi ⁵	122 517	127 806	140 155	143 845	153 085	6,4	25,0
-herav dialyse ⁵	154 352	162 614	167 825	174 494	180 946	3,7	17,2
ISF avtalespesialister ⁶	1 454	819	867	926	817	-11,8	-43,8
Pasienter priv. avtalespes. ⁷				967 880	999 519	3,3	
Kons. priv. avtalespes. (estimert) ⁷	2 018 649	2 056 069	2 117 215				
Kons. priv. avtalespes. ⁷			1 905 820	1 995 869	2 076 158	4,0	
Sum DRG-poeng ⁸	1 358 139	1 387 846	1 428 855	1 458 855			
Sum DRG-poeng – med aggregering ⁸				1 452 581	1 462 698	0,7	
Liggedøgn døgnopphold (sum) ⁹	3 598 597	3 565 843	3 537 277	3 497 040	3 425 074	-2,1	-4,8
Gj.sn. liggetid døgnopphold ⁹	4,5	4,4	4,3	4,3	4,2	-0,9	-5,1

HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

Nøkkeltall:	2013	2014	2015	2016	2017	Pst endr. 2016-17	Pst endr. 2013-17
Aktivitet psykisk helsevern							
PHV-V Polikliniske konsultasjoner	1 357 317	1 425 917	1 525 223	1 595 304	1 744 119	9,3	28,5
PHV-V Polikliniske kons. priv. avtalespes. ⁷ (estimert)	640 236	639 637	662 511				
PHV-V Polikliniske kons. priv. avtalespes. (registrert)			639 288	661 887	627 490	-5,2	
PHV-V Utskrivninger	52 290	53 130	52 515	53 093	53 534	0,8	2,4
PHV-V Oppholdsdøgn	1 143 279	1 118 007	1 088 494	1 083 938	1 060 473	-2,2	-7,2
PHV-V Pasienter off. inst.	133 935	138 369	143 801	147 932	150 749	1,9	12,6
PHV-V Pas. priv. avtalespes. Estimert.	50 453	52 288	54 487				
PHV-V Pas. priv. avtalespes. Registrert			51 566	52 882	49 548	-6,3	
PHV-V Pas. totalt (estimert) ⁷	177 598	183 589	190 192				
PHV-V Pas. totalt Registrert			188 280	193 093	193 039	0,0	
PHV-BU Polikliniske kons. m/refusjon	761 435	783 015	817 529	821 669	840 569	2,3	10,4
PHV-BU Polikliniske kons. priv. avtalespes. ⁸	29 392,0	29 096,0	28 441,0	28 616,0	26 658,0	-6,8	-9,3
PHV-BU Pasienter off. inst.	55 304	55 263	56 162	55 527	57 252	3,1	3,5
PHV-BU Pas. priv. avtalespes. (estimert) ⁷	2 942	2 878	2 865	2 691	2 563	-4,8	-12,9
PHV-BU Pas. totalt (estimert) ⁷	57 380	57 355	58 234	57 507	59 085	2,7	3,0
PHV-BU Dekningsgrad ¹⁰	5,1	5,1	5,2	5,1	5,2	3,0	2,6
Aktivitet rusbehandling (TSB)							
Pasienter TSB ¹¹	29 768	30 517	32 063	32 821	32 865	0,1	10,4
Innleggelser TSB	12 989	13 596	14 392	14 433	15 104	4,6	16,3
Oppholdsdøgn TSB	570 138	585 735	627 118	644 576	645 023	0,1	13,1
Polikliniske konsultasjoner	364 847	390 190	442 124	481 270	487 604	1,3	33,6
Avtalte årsverk ekskl lange fravær^{12, 13}							
Årsverk spesialisthelsetjenesten totalt	102 079	104 710	111 093	112 840	114 007	1,0	11,7
Årsverk poliklinikk og ambulant PHV-V	3 789	3 835	4 043	4 194	4 258	1,5	12,4
Årsverk poliklinikk og ambulant PHV-BU	2 372	2 444	2 481	2 504	2 459	-1,8	3,6
Senger/døgnplasser							
Effektive senger somatikk	10 682	10 649	10 719	10 559	10 236	-3,1	-4,2
Døgnplasser PHV-V	3 857	3 769	3 664	3 541	3 444	-2,7	-10,7
Døgnplasser PHV-BU	305	293	295	298	302	1,2	-1,1
Døgnplasser TSB	1 712	1 906	1 947	1 917	1 905	-0,6	11,3

Nøkkel tall:	2013	2014	2015	2016	2017	Pst endr. 2016-17	Pst endr. 2013-17
Økonomisk resultat							
Regnskapsmessig resultat korr for eiers styringskrav (mill kr)	1 906	2 777	2 736	2 973	2 282		
Verdiendr varige og immatr eiendeler (mill kr)	3 069	4 523	2 073	1 655	707		
Gjeldsgrad (gjeld/egenkapital) (prosent)	94	84	72	71	64		
Langsiktig gjeld hos HOD (mill kr)	16 381	17 175	17 026	17 200	18 314		
Kostnader (millioner kr, løpende priser)							
Somatikk	86 457	92 962	99 772	100 112	104 038	3,9	20,3
PHV-V	17 366	18 038	19 203	18 795	19 243	2,4	10,8
PHV-BU	3 939	4 152	4 404	4 366	4 539,1	4,0	15,2
TSB	4 233,243	4 620,391	5 189,504	5 327,169	5 463,617	2,6	29,1
Ambulanse	5 035,154	5 377,938	5 981,690	6 023,187	6 167,044	2,4	22,5
Pasienttransport	2 957	3 135	3 279	3 311	3 312	0,0	12,0
Personalpolitiske tiltak	272	289	302	294	270	-8,1	-0,5
RHF-administrasjon	1 151	1 162	1 488	1 490	1 589	6,7	38,1
Spesialisthelsetjenesten totalt 23	121 411	129 736	139 619	139 719	144 623	3,5	19,1
-herav pensjonskostnader	12 934	14 637	18 676	14 165	13 267	-6,3	2,6
-herav kapitalkostnader	4 896	5 032	4 978	5 311	5 327	0,3	8,8
-herav nye legemidler	1 960	1 997	1 721	577	-		
Kostnader (millioner kr, faste priser¹⁴)							
Deflator SSB (akkumulert)							
Somatikk	94 417	97 931	98 514	102 065	104 038	1,9	10,2
PHV-V	18 965	19 002	18 961	19 162	19 243	0,4	1,5
PHV-BU	4 301	4 374	4 349	4 452	4 539	2,0	5,5
TSB	4 623	4 867	5 124	5 431	5 463,6	0,6	18,2
Ambulanse	5 499	5 665	5 906	6 141	6 167	0,4	12,2
Pasienttransport	3 230	3 302	3 237	3 375	3 312	-1,9	2,6
Personalpolitiske tiltak	297	304	298	300	270	-9,9	-8,9
RHF-administrasjon	1 257	1 224	1 469	1 519	1 589	4,7	26,4
Spesialisthelsetjenesten totalt	132 588	136 671	137 859	142 444	144 623	1,5	9,1
Produktivitet somatikk (DRG-virksomhet)^{15,16}							
Driftskostnad per DRG-poeng	52 851	53 333	52 124	52 645	52 442	-0,4	-0,8
Driftskostnad per liggedag	16 034	16 537	16 626	17 207	17 457	1,4	8,9

HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

Nøkkeltall:	2013	2014	2015	2016	2017	Pst endr. 2016-17	Pst endr. 2013-17
Produktivitet psykisk helsevern voksne^{15,16}							
Driftskostnader per pasient	124 349	123 638	117 908	114 203	111 701	-2,2	-10,2
Driftskostnader per konsultasjon	3 164			2 975	3 087	3,8	-2,4
Driftskostnader per oppholdsdøgn	11 915			12 671	12 483	-1,5	4,8
Polikliniske konsultasjoner per fagårsverk	403	413	429	430	428	-0,4	6,3
Polikliniske pasienter per fagårsverk	38	38	39	38	38	0,3	0,8
Beleggsprosent	81	81	81	82	83	2,3	3,1
Produktivitet i psykisk helsevern for barn og unge^{15,16}							
Driftskostnader per pasient	72 036	73 549	72 317	74 255	72 680	-2,1	0,9
Driftskostnader per konsultasjon	3 467			3 414	3 430	0,5	-1,1
Driftskostnader per oppholdsdøgn	21 937			22 064	20 446	-7,3	-6,8
Polikliniske konsultasjoner per fagårsverk	371	371	379	375	383	2,0	3,3
Polikliniske pasienter per fagårsverk	27	27	27	26	27	3,0	-2,8
Produktivitet TSB^{15,16}							
Driftskostnader per pasient	105 545	108 078	105 226	107 956	107 427	-0,5	1,8
Driftskostnader per konsultasjon	3 623			2 949	2 867	-2,8	-20,1
Driftskostnader per oppholdsdøgn	6 555			7 411	7 562	2,0	15,4
Polikliniske konsultasjoner per årsverk	318	329	357	389	400	2,9	26,0
Polikliniske pasienter per årsverk	31	30	30	30	31	1,2	0,5

Tabellnoter

¹ Når NPR aggregerer sum pasienter på tvers av institusjoner og sektorer (SOM, PHV, TSB og private avtalespesialister) vil mangel på personidentifiserbar informasjon kunne medføre at en pasient telles flere ganger. I 2017 varierte dette på nasjonalt nivå fra 1,4 prosent ved somatiske sykehus til 0,3 prosent for psykisk helsevern voksne og TSB.

² På grunn av manglende komplette data for avtalespesialister tidligere år er det kun beregnet antall pasienter for de to siste årene.

³ Tall på pasienter i somatiske sykehus er eksklusive pasienter som er behandlet hos private spesialister, men inklusive pasienter hos ISF avtalespesialister.

⁴ I 2016 ble det tatt i bruk en ny aggregeringsregel for samme-dags polikliniske konsultasjoner. Det er knyttet spesifikke regler til aggregeringen som er nærmere beskrevet i dokumentasjonen for Norsk Pasientklassifisering (NPK). Konsekvensen av dette ble estimert til om lag 130 000 konsultasjoner. Det presenteres derfor to tall for 2016, slik det fremkommer i datagrunnlaget og et estimert antall som er sammenlignbart med 2015 og tidligere.

⁵ For episoder knyttet til strålebehandling, kjemoterapi og dialyse er det ikke estimert eventuell effekt av ny aggregeringsregel. Endringen fra 2015 til 2016 kan derfor delvis skyldes dette.

⁶ Tallene er eksklusive private spesialister som inngår i ISF. Disse inngår i konsultasjoner totalt.

⁷ Data fra de private avtalespesialistene har ikke vært komplette og antallet pasienter og konsultasjoner ble estimert for 2015 og tidligere år. For pasienter/polikliniske konsultasjoner hos avtalespesialist er følgende ekskludert: enkle

kontakter (ikke konsultasjon med legespesialist, laboratorieundersøkelser/prøver, kontakter som kun inkluderer allmennlegetakster, radiologitakster og legeerklæringstakster.

⁸ DRG-poengene er korrigeret for systemendring i ISF beregnet gjennom årlig regruppering av data. Inkluderer Betanien Bergen, men eksklusiv Oslo Legevakt og Bergen Legevakt.

⁹ Døgnopphold inkluderer ikke opphold hvor pasient skrives ut samme dato som innleggelsesdato.

¹⁰ Sektoren har de siste årene gradvis er skiftet pasientdatasystem fra BUPdata til DIPS. Dette har påvirket rapporteringen av aktivitet, spesielt kontakttypen utredning, men også i noen grad kontakter knyttet til behandling. Den rapporterte aktiviteten går betydelig ned, spesielt året etter innføring av nytt system. Omfanget varierer fra foretak til foretak. Dette er viktig å ta hensyn til i analyse og bruk av resultater spesielt på regionalt og helseforetaksnivå.

Helseforetak som har tatt i bruk DIPS som pasientadministrativt system:

- 2010: Helse Stavanger HF
- 2011: Vestre Viken HF, Helse Fonna HF og Helse Førde, to avtaleinstitusjoner i Helse Sør-Øst 2012: Helseforetak i Helse og Helse Bergen HF
- 2013: Sykehuset Østfold HF og Telemark HF
- 2014: Oslo Universitetssykehus HF og Sørlandet sykehus HF
- 2015: Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF
- 2016: Sykehuset i Vestfold HF

¹¹ Antall pasienter er beregnet på grunnlag av pasientdata innrapportert til Norsk pasientregister. I den forbindelse er det forhold vedrørende identifisering av rusbehandlingssenheter i pasientdata som kan påvirke pasienttallene som presenteres for sektoren:

- Sykehuset Innlandet: Ruspoliklinikk ved Lillehammer DPS er mangelfullt identifisert i pasientdata.
- Sykehuset Telemark: Akuttposten kan ikke identifiseres i sin helhet i pasientdata. Poliklinisk virksomhet er delvis identifisert frem til 2015.
- Helse Stavanger: Etterverns plassene inngår ikke i pasientdatarapporteringen.
- Helse Fonna: Rusposten kan ikke identifiseres i sin helhet i pasientdata. Ruspoliklinikkene i Odda og Stord er delvis identifisert. Stord er identifisert i 2015.
- Nordlandssykehuset: Rusbehandling ved Salten DPS er identifisert i sin helhet i pasientdata først i 2015 og er mangelfull for 2012-2014.

¹² Antall årsverk eksklusiv lange fravær er ikke beregnet for hvert tjenesteområde på grunn av utfordringer med å fordele deler av fellespersonellet på en robust måte. Det tas derfor kun med årsverk samlet for alle tjenesteområder. Kilde: SSB.

¹³ Årsverk for poliklinisk og ambulant personell er basert på en rapportering som Helsedirektoratet gjør i egen regi.

¹⁴ Kostnadene er deflatert med prisindeks for arbeids- og produktinnsats for statlige helsetjenester (SSB). Akkumulert prisvekst er beregnet til 9,2 prosent fra 2013 til 2017. Kostnadene er korrigeret for finansieringsansvar knyttet nye legemidler.

¹⁵ Kostnadstallene er oppgitt i faste priser 2017. Kostnadsfordelingen mellom døgnavdelinger og poliklinikker i psykisk helsevern og TSB er for 2016 og 2017 estimert ved bruk av informasjon om polikliniske kostnader slik dette er rapportert i grunnlagene for direktoratets arbeid med kostnadsvektene. For 2013 er kostnadsfordelingen estimert ved at det for poliklinikkene er trukket ut et fast beløp per polikliniske årsverk. Uttrekket per årsverk er satt lik ressursinnsats per årsverk rapportert for 2016. Samme metode er benyttet for private institusjoner og helseforetak som ikke rapporterer kostnadstall til kostnadsvektarbeidet.

¹⁶ Alle offentlige helseforetak, alle private avtaleinstitusjoner med områdeansvar samt fire større private institusjoner som leverer tjenester innen TSB inngår i grunnlagene for analysene. Andre private tilbydere inkluderes ikke. Utvalget dekker med dette 90-100 prosent av den polikliniske aktiviteten i tjenestene og mer enn 90 prosent av døgnaktiviteten for psykisk helsevern. Private langtidsinstitusjoner i TSB oppfyller ikke inkluderingskriteriene. Utvalget dekker derfor bare om lag halvparten av oppholds døgnene for dette tjenesteområdet. Beregnet døgnkostnad for TSB-utvalget er antagelig høyere enn det som gjelder for TSB totalt.

HOVEDRESULTATER SAMDATA SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

VEDLEGG A: KOMPENSASJON FOR NØYTRAL MERVERDIAVGIFT I 2017

Kompensasjonen for nøytral merverdiavgift utbetales til de regionale helseforetakene (RHF), på bakgrunn av spesifiserte krav per helseforetak som er organisert under gjeldende RHF. Merverdiavgift knyttet til driftsåret 2017 som er utbetalt til RHF-ene framgår av siste kolonne "Sum direkte" angitt i tabell A1 nedenfor. Kompensasjonen knyttet til hvert enkelt helseforetak framgår av kompensasjonskravet som RHF-ene sender til Helsedirektoratet. Det framgår ikke av kompensasjonskravet hvor mye av merverdiavgiften som tilordnes de ulike tjenesteområdene i spesialisthelsetjenesten. Det er estimert en fordeling av kompensasjon for merverdiavgift mellom tjenesteområder i Samdata for 2017. De sentrale prinsippene for fordelingen skisseres nedenfor.

1) Fordeling av merverdiavgift fra felleseide helseforetak

Som første trinn har kompensasjon for nøytral merverdiavgift innkrevd fra felleseide foretak som driver støttefunksjoner blitt fordelt ut til helseforetak som driver pasientbehandling. Eksempler på slike støtteforetak er Helsetjenestens Driftsorganisasjon for Nødnett HF og Sykehuspartner HF. Kompensasjon for merverdiavgift knyttet til disse nasjonale og regionale støtteforetakene er fordelt ut til helseforetak som driver pasientbehandling, med mva-kostnader som fordelingsnøkkel. Før 2017 ble kostnader inkludert mva for støtteforetakene fakturert ut til pasientbehandlende helseforetak. Etter 2017 ble kostnader fra støtteforetakene fakturert ut til pasientbehandlende foretak uten mva.

2) Fordeling av merverdiavgift mellom tjenesteområder til helseforetak

De regionale helseforetakene beregnet merverdiavgift basert på regnskapsførte kostnader i 2014 og 2015. Denne beregningen lå til grunn for uttrekket til kompensasjon for nøytral merverdiavgift fra basisrammen. Grunnlaget for uttrekket var ikke spesifisert per tjenesteområde, men det var spesifisert på kostnadsgruppenivå. Metodikken for å beregne hvor stor andel av kompensasjonen for nøytral merverdiavgift som fordeles til de ulike tjenesteområdene tar utgangspunkt i en gjennomgang av merverdiavgift knyttet til ulike

kostnadsgrupper. For hver kostnadsgruppe ble det vurdert om merverdiavgiften antas å fordels likt eller skjevt mellom tjenesteområdene. Hovedantakelse gjennomgås punktvis nedenfor:

- Merverdiavgift knyttet til legemidler og medisinsk forbruksmateriell knyttet i hovedsak til somatisk sektor. 95 prosent fordeles til somatisk sektor, 4 prosent legges til rusbehandling og resten til psykisk helsevern.
- Merverdiavgift knyttet til private kjøp av ambulansetjenester og drift av egne biler legges til ambulansesfunksjon.
- Merverdiavgift knyttet til pasienttransport legges til funksjon for pasienttransport.
- Merverdiavgift knyttet til kjøp av private laboratorie- og røntgentjenester legges til funksjon for laboratorie- og røntgenkostnader (somatikk).
- Merverdiavgift knyttet til kjøp av private helsetjenester, inkludert avtalespesialister legges til det tjenesteområdet kjøpet av tjenesten gjelder.
- Merverdiavgift knyttet til fellestjenester som eksempelvis vedlikehold, reparasjoner, oppvarming, konsulenter fordeles etter nøkler for fordeling av felleskostnader. Her har eksempelvis 76 prosent blitt lagt til somatisk sektor, 19 prosent til psykisk helsevern og 2,5 prosent til rusbehandling.

Med dette som utgangspunkt beregnes det på nasjonalt nivå at 83 prosent av merverdiavgiften legges til somatisk sektor, 7 prosent til psykisk helsevern, 4 prosent til rusbehandling, 1,5 prosent til ambulanser, 2,5 prosent til pasienttransport og 2 prosent knyttet til RHF-administrasjon. Det er noe regionale variasjoner i denne fordelingen, da regionene har ulikt innslag av kjøpte varer og tjenester per område.

Tabell A1: Kompensasjon for nøytral merverdiavgift 2017 (mill. kr). Merverdiavgift knyttet til nasjonale fellesforetak fordelt mellom regioner.

Region	Somatikk	Psykisk helsevern	Rus-behandling	Amb-ulanse	Pers.-poli. tiltak	Pasient-transport	RHF	Sum	Sum direkte ¹
Helse Sør-Øst	2 837	250	154	50	0	49	85	3 425	3 474
Helse Vest	986	50	49	15	0	34	15	1 149	1 134
Helse Midt-N.	799	58	35	16	0	27	38	974	967
Helse Nord	631	69	25	15	0	50	12	801	775
Totalt	5 254	427	263	97	0	159	149	6 349	6 349

¹ Kostnad per region uten fordeling av nasjonale fellesforetak.

Tabell A2: Regionale kostnader 2017 inkludert kompensasjon for nøytral merverdiavgift (mill. kr).

Region	Somatikk	Psykisk helsevern	Rus-behandling	Amb-ulanse	Pers.-poli. tiltak	Pasient-transport	RHF	Sum
Helse Sør-Øst	57 025	13 328	3 125	2 607	143	1 343	904	78 476

HOVEDRESULTATER SAMDATA

SPESIALISTHELSETJENESTEN 2013-2017

Helse Vest	19 702	4 920	1 217	1 043	80	571	231	27 764
Helse Midt-N.	15 365	3 118	642	1 101	3	528	251	21 008
Helse Nord	11 931	2 416	441	1 416	44	870	204	17 322
Totalt	104 024	23 783	5 425	6 167	270	3 312	1 589	144 570

Tabell A3: Kompensasjon for nøytral merverdiavgift som andel av kostnad 2017.

Region	Somatikk	Psykisk helsevern	Rus-behandling	Ambulanse	Pers.-poli. tiltak	Pasient-transport	RHF	Sum
Helse Sør-Øst	5,0	1,9	4,9	1,9	0,0	3,6	9,4	4,4
Helse Vest	5,0	1,0	4,0	1,5	0,0	6,0	6,4	4,1
Helse Midt-N.	5,2	1,9	5,5	1,5	0,0	5,0	15,2	4,6
Helse Nord	5,3	2,9	5,6	1,1	0,0	5,7	5,7	4,6
Totalt	5,1	1,8	4,8	1,6	0,0	4,8	9,4	4,4

