

# **SAMDATA**

## **Spesialisthelsetjenesten**

### **2004**

Beate M. Huseby  
(Red.)

SINTEF Helse  
7465 Trondheim  
Telefon: 4000 25 90  
Telefax 932 70 800





# SINTEF RAPPORT

## SINTEF Helse

Postadresse:

7465 Trondheim/

Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:

40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)

Telefaks:

22 06 79 09 (Oslo)

930 70 800 (Trondheim)

TITTEL

## SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2004

FORFATTER(E)

Beate M. Huseby (red.)

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. STF78 A055024	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Marit Getz Wold	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03835-9	PROSJEKTNR. 78H06030	ANTALL SIDER OG BILAG 76
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7850 NIS\Prosjekt\SAMDATA 2005\SAMDATA Spesialisthelsetjenesten	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Beate M. Huseby <i>Beate M. Huseby</i>	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)	
ARKIVKODE E	DATO 2005-10-14	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Forskningsjef Kari Nyland <i>Kari Nyland</i>	

### SAMMENDRAG

Formålet med denne rapporten er å gi en kortfattet beskrivelse av utviklingen i den samlede spesialisthelsetjenesten i perioden fra 2001 til 2004. I kapittel 1 setter rapporten fokus på forholdet mellom spesialisthelsetjenestens ulike sektorer (somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern) og endringer i hver av sektorene i perioden fra 2001 til 2004. I kapittel 2 og 3 beskrives både generelle og spesielle utviklingstrekk i tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester i perioden etter eierskapsreformen for henholdsvis somatisk spesialisthelsetjeneste (kapittel 2) og for psykisk helsevern (kapittel 3).

I perioden fra 2001 til 2004 har den prosentvise økningen i driftsutgiftene vært noe større for den somatiske spesialisthelsetjenesten (12,9 prosent) enn for psykisk helsevern (11,4 prosent). Forskjellen kan knyttes til utviklingen fra 2003 til 2004.

Forskjellene mellom sektorene med hensyn til prosentvis økning av driftskostnadene gjelder ikke alle regionene. I Helse Vest har driftskostnadene per innbygger til økt mer for psykisk helsevern enn for den somatiske spesialisthelsetjenesten. I to av regionene (Helse Nord og Helse Sør) har den prosentvise økningen i driftskostnader per innbygger til somatikk og psykisk helsevern vært like stor.

Ratene for årsverk har også økt noe sterkere innen den somatiske spesialisthelsetjenesten enn for psykisk helsevern i perioden fra 2001 til 2004.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Spesialisthelsetjenesten	Specialized health care services
EGENVALGTE	Statistikk	Statistics
	Sykehus	Hospitals
	Psykisk helsevern	Mental Health



# Forord

Formålet med SAMDATA er å presentere bearbejdede og sammenlignbare styringsindikatorer, samt analyser av utviklingstendenser for spesialisthelsetjenesten. Denne rapporten sammenfatter sentrale utviklingstrekk innen psykisk helsevern og somatisk spesialisthelsetjeneste og gir en samlet beskrivelse av utviklingen i sektorene. Det er tidligere publisert to rapporter med omfattende og detaljert informasjon om hver av disse sektorene: SAMDATA Somatikk sektorrapport 2004 og SAMDATA Psykisk Helsevern sektorrapport 2004.

Datamaterialet i denne rapporten er basert på tallgrunnet for disse sektorrapportene. Pasientdata er innsamlet og kvalitetskontrollert av Norsk pasientregister (NPR). Statistisk Sentralbyrå (SSB) har samlet inn data for senger, personell og regnskap. Dataene er kvalitetskontrollert i samarbeid med SINTEF Helse.

Rapporten er utarbeidet av SINTEF Helse på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Kontaktperson i Sosial- og helsedirektoratet har vært Marit Getz Wold.

Heidi Torvik og Marit Pedersen har bidratt til analysene av driftskostnader i denne rapporten. Rapportens forskjellige bidrag er sydd sammen av prosjektsekretær Hanne Kvam. Beate M. Huseby har vært prosjektleder for rapporten.

Trondheim, 15. oktober 2005

Beate M. Huseby (red.)



# Innholdsfortegnelse

Forord .....	1
Innholdsfortegnelse .....	3
1 Utviklingen i spesialisthelsetjenesten .....	11
1.1 Formålet med rapporten .....	11
1.2 Sentrale utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten 2004 .....	12
1.3 Den spesialiserte rusomsorgen.....	13
1.4 Utviklingen nasjonalt .....	13
1.5 Utviklingen i regionene .....	17
1.6 Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene?.....	22
2 Somatisk spesialisthelsetjeneste etter eierskapsreformen: Økt tilgjengelighet – for hvem – i hvilke regioner? .....	25
2.1 Har tilgjengeligheten og ressursforbruket økt i samme takt? .....	25
2.2 Aktivitetsvekst i alle regioner – for alle pasientgrupper?.....	25
2.3 Økt aktivitet betyr ikke nødvendigvis økt tilgjengelighet .....	26
2.4 Regionale forskjeller i omfanget av seriebehandlinger og reinnleggelser .....	27
2.5 Veksten i oppholdsrate var størst i helseregion Midt-Norge om vi korrigerer for endringer i seriebehandlinger og reinnleggelser .....	28
2.6 Økningen i seriebehandlinger og reinnleggelser etter oppholdstype .....	29
2.7 Sykehusbruk blant 50-åringene har økt mer enn sykehusbruken blant eldre .....	30
2.8 Oppholdsratene øker mer for menn enn for kvinner .....	31
2.9 Hvilke pasientgrupper i hvilke regioner har fått økt tilgjengelighet? .....	32
2.10 Regionale endringer i ressursbruk og tilgjengelighet.....	36

3	Psykisk helsevern etter eierskapsreformen: Økt tilgjengelighet – for hvem – i hvilke regioner .....	39
3.1	Har tilgjengeligheten til det psykiske helsevernet økt i takt med driftskostnadene? .....	39
3.2	Aktivitet og kostnader i tjenestene for barn og unge .....	40
3.3	Økt tilgjengelighet for hvem, i hvilke regioner. Psykisk helsevern for barn og unge .....	42
3.3.1	Økt tilgjengelighet for gutter? .....	42
3.3.2	Behandlingsratene øker mest for ungdom .....	43
3.3.3	Fordeling etter henvisningsgrunn .....	44
3.4	Aktivitet og driftskostnader i tjenestetilbudet for voksne .....	46
3.5	Økt tilgjengelighet for hvem – i hvilke regioner. Psykisk helsevern for voksne. ....	49
3.6	Hvem nyter godt av den økte polikliniske behandlingsaktiviteten? .....	50
3.6.1	Økt tilgjengelighet for kvinner.....	50
3.6.2	Økt tilgjengelighet for de yngste voksne .....	51
3.6.3	Fordeling etter diagnose.....	51
3.6.4	Endringer i de polikliniske pasientenes sosioøkonomiske bakgrunn .....	52
3.7	Pasientsammensetningen ved døgninstitusjoner etter eierskapsreformen .....	53
4	Oppsummering .....	57
5	Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten – kostnader .....	59
5.1	Nasjonalt nivå .....	59
5.2	Regionalt nivå .....	60
5.3	Somatisk spesialisthelsetjeneste – finansiering .....	63
5.4	Psykisk helsevern samlet – finansiering .....	64
5.5	Psykisk helsevern for barn og unge – finansiering .....	65
5.6	Psykisk helsevern for voksne – finansiering.....	66
5.7	Grunnlagstall.....	67
	Vedlegg Datagrunnlag og definisjoner kostnader og finansiering .....	71
	Referanser .....	75



## Tabelloversikt

Tabell 1.1	Utvikling i totale driftskostnader til somatikk og psykisk helsevern 1998-2004. Målt i faste 2004-kroner og prosent endring. ....	14
Tabell 1.2	Sum driftskostnader per innbygger for psykisk helsevern og somatisk spesialisthelsetjeneste korrigert for gjestepasienter og endringer i rusomsorg <sup>1</sup> . Faste priser 2004. ....	20
Tabell 2.1	Antall pasientgrupper som har økt eller redusert oppholdsratene med minimum 5 opphold per 10 000 innbygger etter region <sup>1</sup> . ....	34
Tabell 2.2	Oversikt over hvilke pasientgrupper som har hatt vesentlig endring i oppholdsratene fra 2001 til 2004 kontrollert for økning i seriebehandlinger og reinnleggelser når pasienten har lik hoveddiagnose. ....	35
Tabell 2.3	Prosentvis endring i oppholdsrate og driftskostnader per innbygger for somatiske spesialisthelsetjenester fra 2001 til 2004. ....	38
Tabell 3.1	Absolutt og relativ endring i driftskostnader og dekningsgrad innen psykisk helsevern for barn og unge i forhold til innbyggere 0-17 år. Endring 2001-2004. Helseregioner. ....	42
Tabell 3.2	Absolutte og relative endringer 2001-2004 i kostnader og aktivitet innen psykisk helsevern for voksne. ....	49
Tabell 3.3	Prosentvis diagnosefordeling ved poliklinikker i psykisk helsevern for voksne i 2000 og 2004. ....	52
Tabell 3.4	Økning i antall pasienter per 10 000 innbyggere fra 2000 til 2004 etter diagnosekategori og helseregion. Poliklinikker i psykisk helsevern for voksne. ....	52
Tabell 3.5	Pasienter under behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge etter viktigste henvisningsgrunn. Korrigerte rater* per 10 000 innbyggere 0-17 år. Bostedsregioner 2001 og 2004. ....	54
Tabell 5.1	Totale driftskostnader fordelt på somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og rusomsorg. 2001-2004. Millioner kroner målt i fast 2004 kroner. Prosentvis endring. ....	59
Tabell 5.2	Totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, rusomsorg, ambulanse, personalpolitiske tiltak, syketransport, felles RHF og samlet i 2004. Millioner kroner. Driftskostnader prosentvis fordelt på kostnadsartene lønn, varer og tjenester og andre driftskostnader. .	60

Tabell 5.3	Totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, rusomsorg, ambulanse, personalpolitiske tiltak, syketransport, felles RHF og samlet i 2004 korrigert for gjestepasientoppgjør. Helseregioner. Millioner kroner. ....	60
Tabell 5.4	Totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, rusomsorg, ambulanse, personalpolitiske tiltak, syketransport, felles RHF og samlet i 2004 korrigert for gjestepasientoppgjør. Helseregioner. Prosentandeler. ....	61
Tabell 5.5	Totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og rusomsorg, korrigert for gjestepasientoppgjør. Helseregioner. Kroner per innbygger og avvik fra gjennomsnitt. 2003. I 2004 kroner. ....	61
Tabell 5.6	Totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og rusomsorg, korrigert for gjestepasientoppgjør. Helseregioner. Kroner per innbygger og avvik fra gjennomsnitt. 2004 .....	62
Tabell 5.7	Driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og sum somatikk og psykisk helsevern. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. Millioner kroner samt prosentvis fordeling. 2004. ....	62
Tabell 5.8	Driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. Millioner kr målt i faste 2004 kr. Regionale helseforetak. ....	63
Tabell 5.9	Driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering prosentvis fordelt på ulike finansieringsposter. 2004. Regionale helseforetak. ....	63
Tabell 5.10	Kostnader til og finansiering av psykisk helsevern. Finansiering fordelt på ulike finansieringskilder. 2004. Helseregioner. Millioner kr. ....	64
Tabell 5.11	Kostnader til og finansiering av psykisk helsevern totalt. Finansiering fordelt på ulike finansieringskilder. 2004. Helseregioner. Prosentandeler. ....	64
Tabell 5.12	Kostnader til og finansiering av psykisk helsevern for barn og unge. Finansiering fordelt på ulike finansieringskilder. Millioner kr. 2004. ....	65
Tabell 5.13	Kostnader til og finansiering av psykisk helsevern for barn og unge. Finansiering fordelt på ulike finansieringskilder. Prosentandeler. 2004. ....	65
Tabell 5.14	Kostnader til og finansiering av psykisk helsevern for voksne. Finansiering fordelt på ulike finansieringskilder. Millioner kr. 2004. ....	66
Tabell 5.15	Kostnader til og finansiering av psykisk helsevern for voksne. Finansiering fordelt på ulike finansieringskilder. Prosentandeler. 2004. ....	66

Tabell 5.16	Totalt driftskostnader somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, rusomsorg, ambulanse/luftambulans, personalpolitiske tiltak, syketransport og felles RHF. Helseforetak. 1000 kroner. 2004. ....	67
Tabell 5.17	Gjestepasientkostnader og –inntekter for somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, rusomsorg og spesialisthelsetjenesten samlet. Regionale helseforetak. 1000 kroner. 2004. ....	69

## Figuroversikt

Figur 1.1	Prosentvis endring i rater for årsverk og totale driftskostnader for psykisk helsevern og somatisk spesialisthelsetjeneste fra 2001 til 2004. 2001=100. ...	15
Figur 1.2	Prosentvis endring i oppholdsrater for somatiske spesialisthelsetjeneste, døgnopphold innen psykisk helsevern for voksne og rater for behandlede pasienter i psykisk helsevern for barn og unge fra 2001 til 2004. ....	16
Figur 1.3	Prosentvis endring i rater for polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne, somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern for barn og unge fra 2001 til 2004. ....	17
Figur 1.4	Prosentvis endring i rater for døgnopphold i somatikk og i psykisk helsevern for voksne fra 2001 til 2004 etter helseregion. ....	18
Figur 1.5	Prosentvis endring i årsverksrater for somatisk spesialisthelsetjeneste og for psykisk helsevern totalt fra 2001 til 2004 etter helseregion. ....	18
Figur 1.6	Prosentvis endring i driftskostnader per innbygger 2001-2004 etter sektor og helseregion. Driftskostnader per innbygger i faste priser 2004 korrigert for rusreformen, befolkningsendringer og gjestepasientoppgjør. ....	19
Figur 1.7	Driftskostnader per innbygger i prosent av landsgjennomsnittet for somatisk spesialisthelsetjeneste og hver av sektorene for 2001 etter helseregion. ....	21
Figur 1.8	Utviklingen i regionale forskjeller i aktivitet, personell og kostnader innen den somatiske spesialisthelsetjenesten fra 2001 til 2004 uttrykt gjennom variasjonskoeffisienter. ....	23
Figur 1.9	Utviklingen i regionale forskjeller i aktivitet, personell og kostnader innen psykisk helsevern fra 2001 til 2004 uttrykt gjennom variasjonskoeffisienter. .	24
Figur 2.1	Rate for samlet antall opphold per 1000 innbygger i prosent av landsgjennomsnittet 2004 etter region med og uten kontroll for seriebehandlinger og reinnleggelser. ....	28

Figur 2.2	Prosent endring i oppholdsreter for samlet antall opphold (døgn og dag) fra 2001 til 2004 etter helseregion med og uten korrigering for seriebehandlinger og reinnleggelser. ....	29
Figur 2.3	Prosent endring i oppholdsreter fra 2001 til 2004 etter type opphold med og uten korrigering for endring i seriebehandlinger og reinnleggelser. ....	30
Figur 2.4	Prosent endring i oppholdsreter fra 2001 til 2004 for ulike aldersgrupper med og uten korrigering for reinnleggelser og seriebehandlinger med lik hoveddiagnose. ....	31
Figur 2.5	Prosent endring i oppholdsreter fra 2001 til 2004 for menn og kvinner i ulike aldersgrupper. ....	32
Figur 3.1	Driftskostnader til psykisk helsevern for barn og unge 2001 og 2004. Kroner per innbygger 0-17 år. Faste priser (2004). ....	40
Figur 3.2	Prosent av barn og unge 0-17 år som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater for 2001 og 2004, samt økning i raten over perioden. Helseregioner. ....	41
Figur 3.3	Prosent av barn og unge 0-17 år som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter kjønn for 2001 og 2004, samt økning i raten over perioden. Helseregioner. ....	43
Figur 3.4	Prosent av barn og unge 0-17 år som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter alder for 2001 og 2004, samt økning i raten over perioden. Helseregioner. ....	44
Figur 3.5	Behandlingsreter etter viktigste henvisningsgrunn. Psykisk helsevern for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. Helseregioner 2001 og 2003. ....	45
Figur 3.6	Økning i behandlingsrate etter viktigste henvisningsgrunn 2001-2004 innen psykisk helsevern for barn og unge. Endring i rate per 10 000 innbyggere 0-17 år. ....	45
Figur 3.7	Driftskostnader til psykisk helsevern for voksne inklusive rusomsorg. Kroner per innbygger 18 år og eldre 2001 og 2004. Faste priser 2004. ....	47
Figur 3.8	Døgnopphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre innen psykisk helsevern for voksne. Helseregioner 2001 og 2004. ....	47
Figur 3.9	Polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne per 10 000 innbyggere 18 år og eldre 2001 og 2004. Etter poliklinikkens tilknytningsregion. ....	48
Figur 3.10	Antall pasienter per 10 000 innbyggere etter kjønn og helseregion. Poliklinikker i psykisk helsevern for voksne. 2002 og 2004. ....	50

Figur 3.11 Antall pasienter per 10 000 innbyggere etter alder og helseregion.  
Poliklinikker i psykisk helsevern for voksne. 2000 og 2004. ....51



# 1 Utviklingen i spesialisthelsetjenesten

Beate M. Huseby

## 1.1 Formålet med rapporten

Formålet med denne rapporten er å gi en kortfattet beskrivelse av utviklingen i den samlede spesialisthelsetjenesten i perioden fra 2001 til 2004. Rapporten setter fokus på forholdet mellom spesialisthelsetjenestens ulike sektorer (somatikk, psykisk helse og rusomsorg) og gir en kortfattet beskrivelse av utviklingen i dette forholdet i perioden fra 2001 til 2004. I fortsettelsen (kapittel 2 og 3) diskuteres forholdet mellom *endringene* i ressursbruk og tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten for henholdsvis somatikk (kapittel 2) og psykisk helsevern (kapittel 3). Disse kapitlene gir en beskrivelse av både generelle og spesielle utviklingstrekk i tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester i perioden etter eierskapsreformen og setter i særlig grad fokus på variasjoner mellom de regionale helseforetakene.

Denne rapporten fokuserer i stor grad på *relative endringer* (prosent endring) og stiller spørsmål ved om de relative endringene i driftskostnader, aktivitet og årsverksrater er like store for somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern, samt mellom regionene. Det er imidlertid viktig å huske at det er betydelige forskjeller i størrelse mellom sektorene. En prosent økning i driftskostnadene til den somatiske spesialisthelsetjenesten utgjør 466 millioner kroner, mens en prosent økning i de totale driftskostnadene til psykisk helsevern tilsvarer 115 millioner kroner (2004-nivå). Når døgnoppholdene innen somatikk øker med en prosent, er økningen på 8417 opphold, mens en prosent økning i døgnoppholdene innen psykisk helsevern for voksne tilsvarer en økning på 457 opphold. Når den relative økningen i sektorene er like stor, er dermed den faktiske økningen i kostnader eller antall pasienter som får økt tilbud/tilgjengelighet langt større innen den somatiske spesialisthelsetjenesten enn innen det psykiske helsevernet.

Rapporten bygger i stor grad på tall og fakta som er presentert i sektorrapportene SAMDATA Somatikk 2004 og SAMDATA Psykisk helsevern 2004, og det henvises til disse for en mer detaljert beskrivelse av utviklingen innen den enkelte sektor.

Hovedvekten av beskrivelsene i denne rapporten legges på utviklingen i perioden etter eierskapsreformen, og tar utgangspunkt i siste år med fylkeskommunalt eierskap (2001). I denne sammenhengen vil vi påpeke at utgangsåret for analysene (2001) var preget av en sterk økning i driftskostnader og aktivitet innen den somatiske spesialisthelsetjenesten. For den somatiske spesialisthelsetjenesten vil derfor beskrivelser av utviklingen fra 2001 til 2004 fremstå noe annerledes enn de beskrivelsene av utviklingen fra 2000 til 2004 som er gjort i SAMDATA Somatikk sektorrapport 2004 (for eksempel kapittel 7). Analysene innebærer heller ikke en beskrivelse av hele perioden for Opptappingsplanen i psykisk helse. For analyser og beskrivelser av status for Opptappingsplanen i psykisk helse henviser vi til SAMDATA Psykisk helse sektorrapport 2004.

I perioden fra 2001 til 2004 økte befolkningen i Norge med 1,8 prosent. Befolkningsøkningen var betydelig større i enkelte regioner (helseregion Øst) enn i andre regioner (helseregion Nord). Utviklingstrekkene i driftskostnader, aktivitet og årsverk i spesialisthelsetjenestens ulike sektorer, målt gjennom befolkningsbaserte rater, gir derfor et noe annet bilde av utviklingen enn om vi bare analyserer endringer i absolutte tall. De fleste av beskrivelsene i

denne rapporten er derfor gjort på bakgrunn av befolkningskorrigerede rater, men det vises også til endringer i absolutte størrelser når det gjelder driftskostnader. Benevnelsen helseregion benyttes når størrelsene er korrigeret for befolkningsstørrelser og gjestepasienter, mens det refereres til Helse X RHF når tallene referer til produksjonsområder. Alle kostnadstall i denne rapporten er gjengitt i faste priser 2004.

## 1.2 Sentrale utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten 2004

I statsbudsjettet for 2004 (St. prp. nr. 1 (2003-2004)) ble økt satsing på sykehus og Opptrappingsplanen for psykisk helse fremmet som et prioritert område. Det ble understreket at psykisk helse skulle prioriteres høyt, og påpekt at økningen i bevilgningen til Opptrappingsplanen var den sterkeste økningen i løpet av ett år som hadde blitt gjennomført siden planen ble vedtatt i Stortinget. I pressemeldingen fra Helsedepartementet i forbindelse med statsbudsjettet for 2004 ble det påpekt at:

”Ressursbruk og innsats skal være i tråd med overordnede helsepolitiske målsetninger og prioriteringer. Det er nødvendig å rette styringsmessig oppmerksomhet mot at ressursene brukes på prioriterte områder, og motvirke vridningen bort fra områder som ikke omfattes av innsatsstyrt finansiering som for eksempel psykiatri.” (Pressemelding fra Helsedepartementet 08.10.2003)

Betydningen av økt prioritering mellom pasientgrupper og prioritering av nasjonale mål ble også understreket i retningslinjene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene for 2004. Innledningsvis i styringsdokumentene ble det understreket at en ”sterkere vekt på at prioriteringer samsvarer med mål, rammer og retningslinjer som er trukket opp av overordnede politiske organer” ville stå sentralt i styringen av de regionale helseforetakene dette året. Under punktet om pasientbehandling påpekes det at ”det er et behov for klarere prioritering av behandling av kreftsykdommer, lindrende behandling, rusrelaterte lidelser, psykiske lidelser, pasienter med kroniske sykdommer, og innenfor habilitering og rehabilitering”.

Når det gjelder prioritering av psykisk helsevern versus somatisk spesialisthelsetjeneste kan det hevdes at variasjonene i finansieringsordningene har gitt sterkere incitament til å øke aktiviteten i somatikk enn innen det spesialiserte psykiske helsevernet. Finansieringsordningen for somatiske sykehustjenester (innsatsstyrt finansiering – ISF) innebærer at økt aktivitet gir økte inntekter, mens aktiviteten i det psykiske helsevernet finansieres gjennom rammetilskudd (basistilskudd og øremerkede midler) samt takstrefusjon for polikliniske behandlinger.

For å legge til rette for en bedre balanse mellom aktivitetsfinansiering og basisbevilgning foreslo regjeringen å redusere satsen for innsatsstyrt finansiering fra 60 til 40 prosent i 2004<sup>1</sup> og gjennomførte en tilsvarende reduksjon i poliklinikkattsene for å unngå vridninger i aktiviteten som en direkte følge av disse endringene. Dette innebar at også de polikliniske refusjonssattsene for psykisk helsevern ble redusert på tross av målsettingen om å øke den polikliniske aktiviteten innen psykisk helsevern. Som et resultat av denne endringen, samt andre tekniske endringer<sup>2</sup> i budsjetteringene økte andelen driftskostnader finansiert av RHF-enes basis fra 38 til 58 prosent innen den somatiske spesialisthelsetjenesten og fra 77 til 79 prosent for psykisk helsevern.

I denne rapporten sammenligner vi utviklingen innen psykisk helsevern og den somatiske spesialisthelsetjenesten når det gjelder både driftskostnader, årsverk og aktivitet. Sektorrapportene SAMDATA Psykisk helsevern 2004 og SAMDATA Somatikk 2004 viser at

---

<sup>1</sup> ISF-finansieringen av DRG-aktiviteten var 55 prosent i 2002, 60 prosent i 2003 og 40 prosent i 2004.

<sup>2</sup> Fra 2003 til 2004 ble basisrammen til de regionale helseforetakene også økt som følge av at regionsykehustilskuddet ble lagt inn i basistilskuddet, tilskuddene til Nasjonal kreftplan (som ble avsluttet i 2003) ble lagt inn under basisrammen, omlegging av den differensierte arbeidsgiveravgiften, og ved at tilskuddene til Norsk pasientskadeerstatning, sykebehandling i utlandet, tilskudd til velferdsarbeid, samt takstoppgjøret for privatpraktiserende spesialister ble lagt inn under basisrammen. Basisrammen ble også noe redusert på grunn av avviklinger i el-avgiften.



den relative veksten i driftskostnader var sterkere innen den somatiske spesialisthelsetjenesten enn innen det psykiske helsevernet i 2004. Når det gjelder ratene for årsverk, døgnopphold<sup>3</sup> og polikliniske konsultasjoner<sup>4</sup> var imidlertid økningen innen psykisk helsevern sterkere enn for den somatiske spesialisthelsetjenesten. På regionalt nivå finner vi imidlertid store forskjeller når det gjelder den relative økningen i både driftskostnader, årsverk og aktivitet for henholdsvis somatikk og psykisk helsevern. I dette kapitlet beskrives disse variasjonene nærmere for perioden fra 2001 til 2004.

### 1.3 Den spesialiserte rusomsorgen

Fra årsskiftet 2003/2004 overtok de regionale helseforetakene ansvaret for det spesialiserte behandlings- og helsetilbudet for rusmiddelmissbrukere. I følge St. prp. nr. 1 (2004-2005) var det i alt 74 institusjoner som ble omfattet av rusreformen. 42 av disse er privateid og driftet gjennom avtaler med helseforetakene.

For 2004 overførte Stortinget totalt 1,304 milliarder til de regionale helseforetakene for at de skulle ivareta sitt nye "sørge-for-ansvar" innen rusomsorgen (St. prp. nr. 1 (2004-2005)). Dette inkluderte en økning på 100 millioner til LAR (Legemiddelassistert rehabilitering) som ble vedtatt ved revidert statsbudsjett (St. prp. nr. 63 (2003-2004)). Regnskapene for 2004 viser at de regionale helseforetakene brukte 1,713 milliarder på rusomsorg dette året. Dette inkluderer den andelen av aktiviteten/kostnadene som tidligere har vært underlagt og finansiert gjennom det psykiske helsevernet. I regnskapene for 2003 ble denne delen av rusomsorgen identifisert til en størrelsesorden på 144 millioner (faste priser 2004). Grovt regnet var inntektene til rusomsorgen (polikliniske refusjoner, andre inntekter, andre pasient- og behandlingsrelaterte inntekter samt egenandeler) omtrent 232 millioner. Innen rusomsorgen finansieres dermed omtrent 86 prosent av driftskostnadene gjennom RHF-enes driftsmidler/basisramme.

SAMDATA mangler i dag aktivitetstall for den spesialiserte rusomsorgen, og regnskapstall for rusomsorgen før 2004. Vi har derfor ikke kunnet inkludere den spesialiserte rusomsorgen i våre beskrivelser av den relative utviklingen for perioden fra 2001 til 2004.

### 1.4 Utviklingen nasjonalt

Huseby (2002) påpekte at ressursutviklingen var ulik for de ulike sektorene av spesialisthelsetjenesten (somatikk og psykisk helsevern) i perioden fra 1993 til 2001. I denne perioden økte de offentlige kostnadene til psykisk helsevern med 19 prosent mens kostnadene til somatiske sykehus økte med 37 prosent. Pettersen, Jørgenvåg og Nyland (2004) viste imidlertid at den relative veksten i totale driftskostnader for perioden etter eierskapsreformen (2001-2003) var like høy (9 prosent) for både somatikk og psykisk helsevern.

For 2004 viser sektorrapportene SAMDATA Somatikk og SAMDATA Psykisk helsevern at økningen i totale driftskostnader var 3,2 prosent i somatikk og 1,9 prosent for psykisk helsevern. Dette medfører at den relative veksten i driftskostnader etter eierskapsreformen har vært høyere for den somatiske spesialisthelsetjenesten enn for psykisk helsevern. Tabell 2.1 viser at de totale driftskostnadene for somatikk og psykisk helsevern har økt med henholdsvis 12,9 og 11,4 prosent etter eierskapsreformen.

---

<sup>3</sup> Rater for døgnopphold innen psykisk helsevern for voksne sammenlignet med rater for døgnopphold innen somatikk.

<sup>4</sup> Både polikliniske tiltak innen psykisk helsevern for barn og unge og polikliniske konsultasjoner innen det psykiske helsevernet for voksne økte sterkere enn polikliniske konsultasjoner innen den somatiske spesialisthelsetjenesten.

Tabell 1.1 Utvikling i totale driftskostnader til somatikk og psykisk helsevern 1998-2004. Målt i faste 2004-kroner og prosent endring.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Endr % 1998- 2004	Endr % 2001- 2004
<b>Psykisk helsevern</b>									
Tot. driftskostnader inkl. rusomsorg <sup>1</sup>	9 791	10 106	10 249	10 413	11 013	11 391	11 601	18,5	11,4
Prosent endring fra året før	4,6	3,2	1,4	1,6	5,8	3,4	1,8		
Tot. driftskostnader ekskl. rusomsorg <sup>1</sup>						11 246	11 456		
Prosent endring fra året før							1,9		
<b>Somatisk spesialisthelsetjeneste</b>									
Totale driftskostnader	36 823	38 536	39 122	41 335	43 145	45 217	46 670	26,7	12,9
Prosent endring fra året før	4,9	4,7	1,5	5,7	4,4	4,9	3,2		

<sup>1</sup> Gjelder den delen av rusomsorgen som inntil 2004 var inkludert i regnskapstallene for psykisk helsevern (144,7 millioner).

I perioden fra 2001 til 2004 har de totale driftskostnadene til somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern økt med totalt 6,378 milliarder kroner. Av dette har 84 prosent (5,33 milliarder kroner) har vært knyttet til den somatiske spesialisthelsetjenesten, mens 16 prosent (1,04 milliarder) gjelder økninger i driftskostnader til psykisk helsevern.

Tallene i tabell 1.1 er eksklusive korrigeringer for befolkningsutviklingen og gjestepasientoppgjør. Driftskostnadene per innbygger, korrigert for gjestepasientoppgjør og endringer i rusomsorgen<sup>5</sup> har økt med 10,4 prosent i den somatiske spesialisthelsetjenesten og 8,6 prosent for psykisk helsevern.

Når det gjelder forholdet mellom styringssignalene fra myndighetene, gitt i statsbudsjettet og gjennom styringsdokumentene til de regionale helseforetakene om prioritering av psykisk helsevern og utviklingen i totale driftskostnader for henholdsvis somatikk og psykisk helsevern vil vi understreke at en vesentlig del av økningen i totale driftskostnader for psykisk helsevern er finansiert gjennom de regionale helseforetakenes egne driftsmidler/basisramme. Kalseth (2005:47-48) viser at omtrent 2/3 av kostnadsøkningen i psykisk helse de tre siste årene med fylkeskommunalt eierskap ble finansiert med øremerkede statlige tilskudd, mens bare 1/3 av økningen i kostnader til psykisk helse etter eierskapsreformen er finansiert med øremerkede statlige tilskudd. I rapporten påpekes det også at det ikke har vært forutsatt at fylkeskommunene eller de regionale helseforetakene skulle omprioritere egne ressurser for å finansiere Opptrappingsplanen. I henhold til St. prp. nr. 63 (1997-1998) skal Opptrappingsplanen i hovedsak finansieres med øremerkede tilskudd. I statsbudsjettet for 2004 påpekes det også at økningen i øremerkede midler til spesialisthelsetjenesten i perioden fra 1998 til 2004 dekker bare 35 prosent av måltallene for Opptrappingsplanen. Økningen i øremerkede midler til kommunehelsetjenesten og statlige tjenester i forbindelse med Opptrappingsplanen dekker imidlertid måltallene med henholdsvis 43 og 65 prosent (St. prp. nr. 1 (2003-2004):161-162).

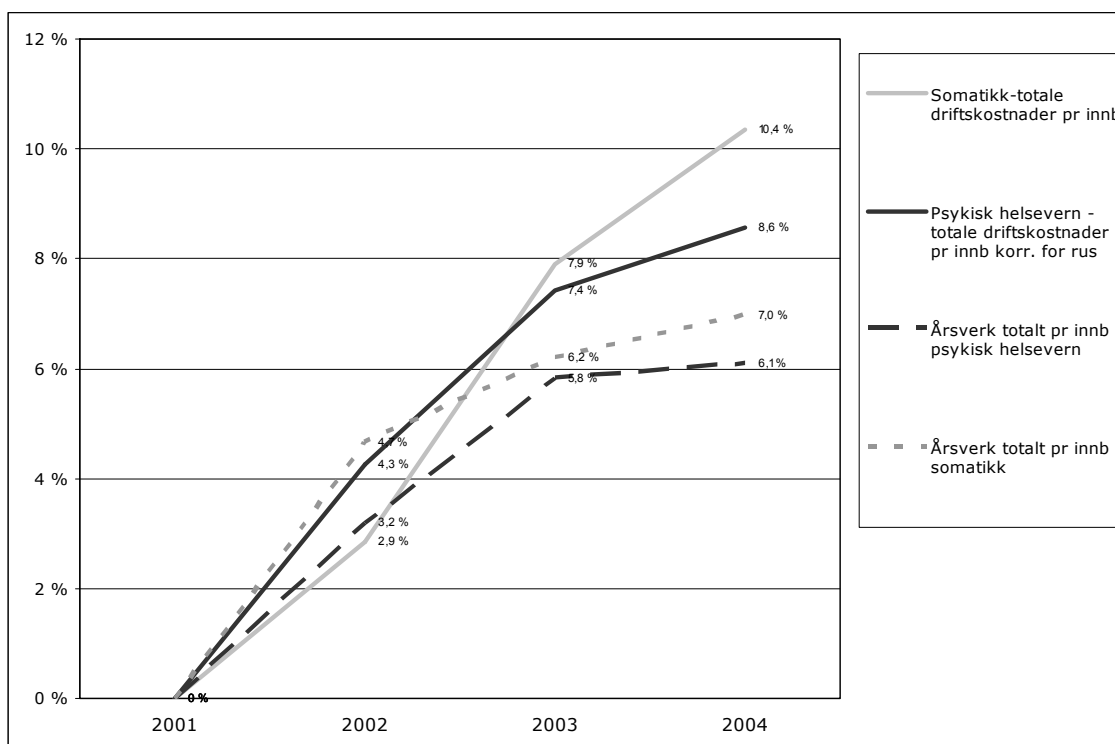
I denne sammenhengen bør det også nevnes at den relative endringen i driftskostnader for psykisk helsevern varierer sterkt mellom psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. Fra 1998 til 2004 har driftskostnadene til psykisk helsevern for barn og unge økt med 48 prosent, mens tilsvarende tall for psykisk helsevern for voksne er 14

<sup>5</sup> Korrigeringer for rusomsorgen er gjort ved at utgiftene til rusomsorg i psykisk helse, som er inkludert i regnskapstallene for 2001-2003, også er lagt til driftskostnadene for 2004.

prosent. Disse forskjellene er nærmere beskrevet i SAMDATA Psykisk helsevern sektorrapport 2004 (se eksempelvis kapittel 6 om nasjonale utviklingstrekk).

Forskjellen mellom somatikk og psykisk helsevern i relativ endring av totale driftskostnader gjenspeiler også forskjeller mellom sektorene når det gjelder prosentvis endring i antall årsverk. I perioden etter eierskapsreformen har ratene for årsverk økt med 6,1 prosent i psykisk helsevern og 7 prosent i somatikk. I motsetning til driftskostnadene, er imidlertid ikke årsverksratene korrigert for endringer i rusomsorgen. Det er derfor mulig at økningen i årsverk for de to sektorene ville vært mer lik dersom årsverksratene for 2004 inkluderte den delen av psykisk helsevern som var knyttet til rusomsorgen, og ble tatt ut av årsverkstillene i 2004. Utviklingen i driftskostnader korrigert for endringer i arbeidsgiveravgift, rusomsorg, priser og befolkningsutviklingen, samt årsverk, er illustrert i figur 1.1.

Figur 1.1 Prosentvis endring i rater for årsverk og totale driftskostnader for psykisk helsevern og somatisk spesialisthelsetjeneste fra 2001 til 2004. 2001=100.



Når det gjelder aktivitet er utviklingen for psykisk helsevern og somatisk spesialisthelsetjeneste etter eierskapsreformen noe vanskeligere å sammenligne ettersom det psykiske helsevernet skiller mellom tilbudet til voksne og barn og unge. Et overblikk over den prosentvis endringen i aktivitet innen hver av sektorene kan likevel være relevant ved sammenligninger av utviklingstrendene i sektorene.

Innen somatikk har døgnoppholdene<sup>6</sup> økt med 6,7 prosent mens dagbehandlingene<sup>7</sup> har økt med 38 prosent fra 2001 til 2004. Samlet antall opphold<sup>8</sup> økte med 16,9 prosent. Innen det psykiske helsevernet for voksne har ratene for døgnopphold økt med 16 prosent, mens

<sup>6</sup> Endringen er eksklusiv opphold for fødsler/nyfødte, rehabilitering, dialyse og kjemoterapi fordi disse behandlingene er registrert og/eller organisert ulikt i ulike regioner. I noen regioner er eksempelvis rehab. underlagt sykehusene, i andre regioner utføres rehab. i hovedsak på private inst. Nyfødte ble registrert først i 2002 og bidrar til en økning i antallet sykehusopphold. Inklusive alle opphold økte ratene for døgnopphold med 7,1 prosent

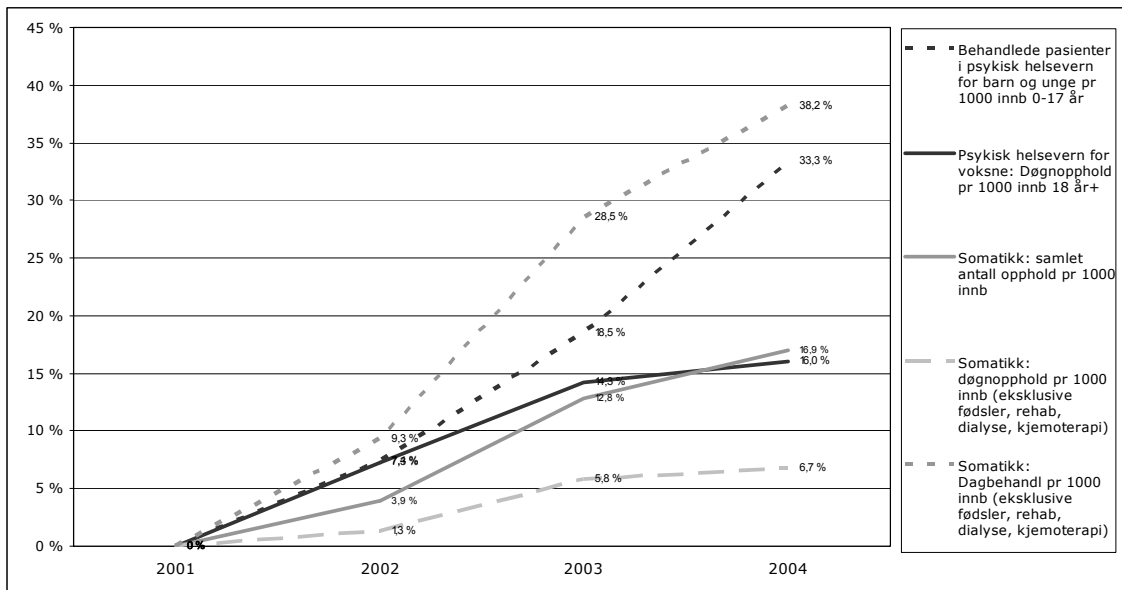
<sup>7</sup> Eksklusiv opphold for fødsler/nyfødte, rehabilitering, dialyse og kjemoterapi. Inklusive slike opphold økte ratene for dagbehandling med 40,3 prosent.

<sup>8</sup> Inklusive opphold for fødsler/nyfødte, rehabilitering, dialyse og kjemoterapi.

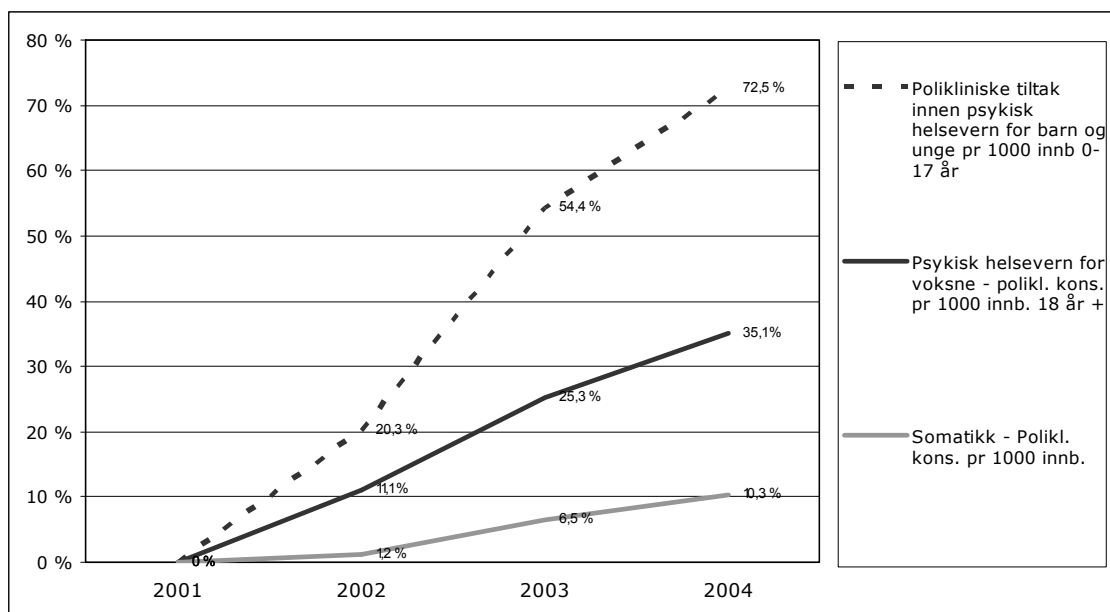
ratene for behandlede pasienter i psykisk helsevern for barn og unge økte med 33 prosent. Døgnoopholdene for voksne innen psykisk helsevern har dermed økt sterkere enn døgnoopholdene i somatikk etter eierskapsreformen (se figur 1.2).

Ratene for poliklinisk behandling har også økt sterkere for psykisk helsevern enn for somatiske spesialisthelsetjenester i perioden fra 2001 til 2004. På nasjonalt nivå økte ratene for polikliniske tiltak for barn og unge per innbygger i alderen 0 til 17 år med 73 prosent og polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne med 35 prosent, mens de polikliniske konsultasjonene innen somatikk økte med 10 prosent fra 2001 til 2004 (se figur 1.3).

Figur 1.2 Prosentvis endring i oppholdsrate for somatiske spesialisthelsetjeneste, døgnoophold innen psykisk helsevern for voksne og rater for behandlede pasienter i psykisk helsevern for barn og unge fra 2001 til 2004.



Figur 1.3 Prosentvis endring i rater for polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne, somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern for barn og unge fra 2001 til 2004.



## 1.5 Utviklingen i regionene

Når vi sammenligner utviklingen mellom psykisk helsevern og somatisk spesialisthelsetjeneste i totale driftskostnader, årsverk og aktivitet på regionalt nivå for perioden fra 2001 til 2004, finner vi at utviklingstrendene innen aktivitet i hovedsak følger de nasjonale trendene. I alle regioner viser endringene i polikliniske konsultasjoner sterkest økning i tiltak innen psykisk helse for barn og unge (økning mellom 59 og 102 prosent<sup>9</sup>), en betydelig økning i polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne (mellom 20 og 44 prosent<sup>10</sup>) og svakest økning i polikliniske konsultasjoner innen somatikk (mellom 6 og 16 prosent<sup>11</sup>). Når det gjelder endringene i driftskostnader, årsverk og døgnopphold finner vi imidlertid visse avvik fra de nasjonale utviklingstrendene i noen av regionene.

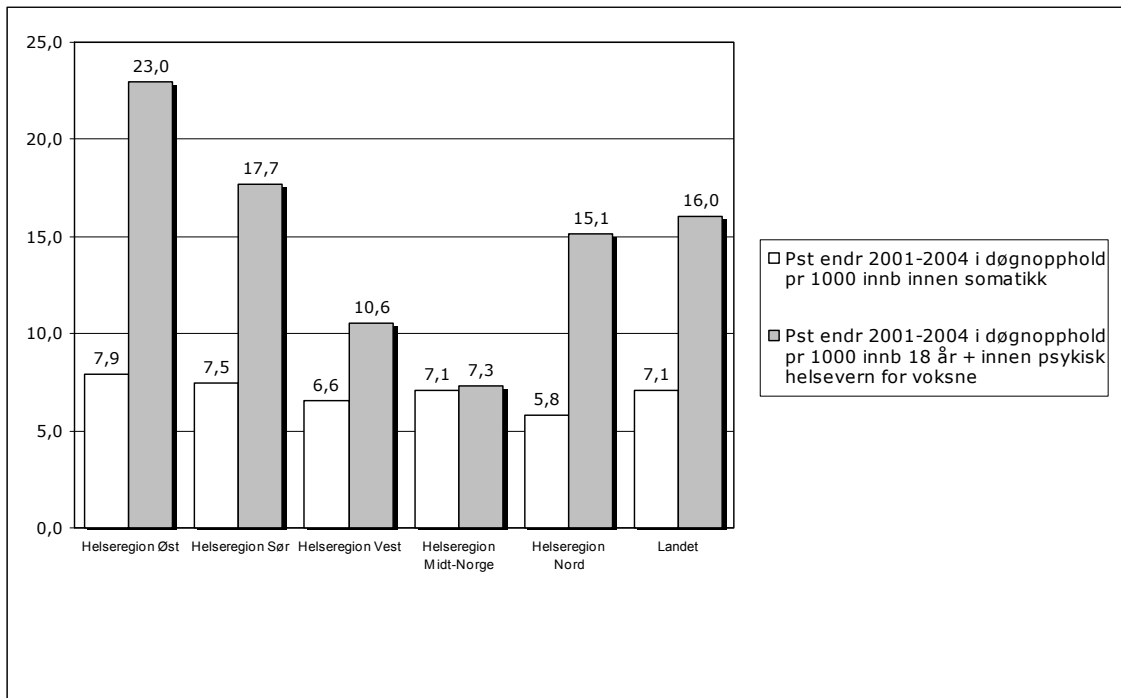
I fire av regionene var den relative veksten i rater for døgnopphold innen det psykiske helsevernet for voksne sterkere enn veksten i ratene for døgnopphold i somatikk. I helseregion Midt-Norge har imidlertid ratene for døgnoppholdene innen psykisk helsevern for voksne økt med samme takt som døgnoppholdene innen somatikk (7 prosent). I denne helseregionen er dermed veksten i ratene for døgnopphold innen psykisk helsevern for voksne lavere enn i de andre regionene. Prosentvis endring i rater for døgnopphold for somatikk og psykisk helsevern for voksne er illustrert i figur 1.4. Figuren viser også at det er større variasjoner mellom helseregionene i prosentvis endring i døgnopphold for voksne innen psykisk helsevern enn i prosentvis økning i døgnopphold innen den somatiske spesialisthelsetjenesten.

<sup>9</sup> 59 prosent økning i ratene for polikliniske tiltak for barn og unge i helseregion Øst og 102 prosent økning i helseregion Sør.

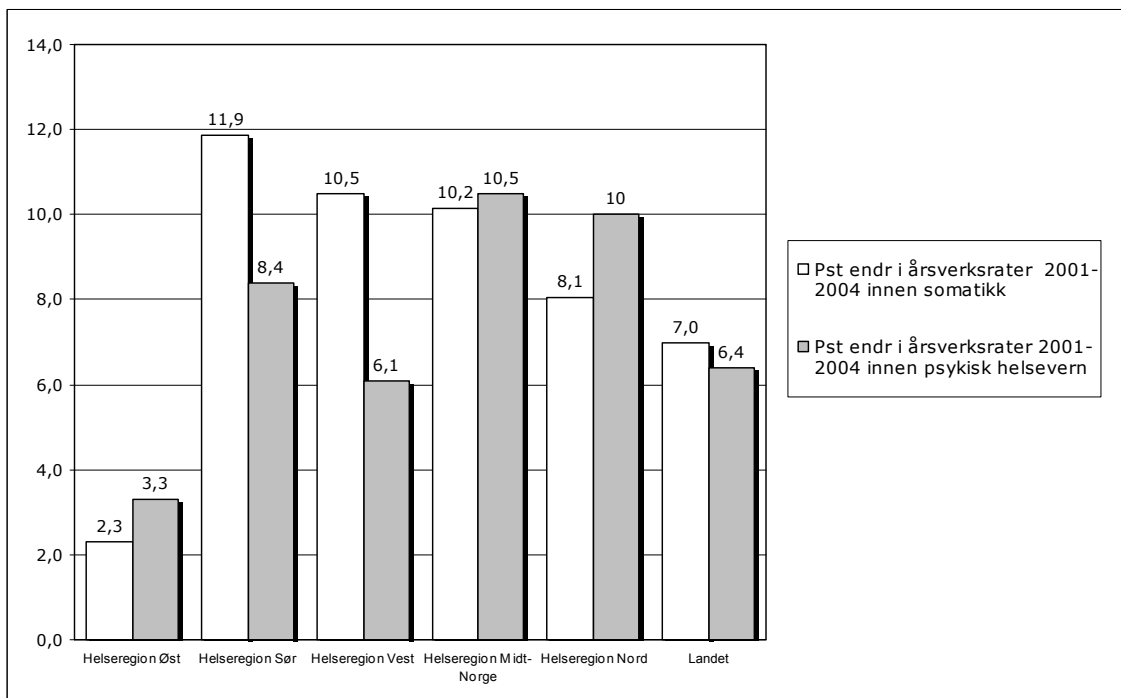
<sup>10</sup> 20 prosent økning i ratene for polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne i helseregion Midt-Norge og 44 prosent økning i helseregion Sør.

<sup>11</sup> 6 prosent økning i ratene for polikliniske konsultasjoner innen somatikk i helseregion Øst og 16 prosent økning i ratene for polikliniske konsultasjoner innen somatikk i helseregion Sør.

Figur 1.4 Prosentvis endring i rater for døgnopphold i somatikk og i psykisk helsevern for voksne fra 2001 til 2004 etter helseregion.



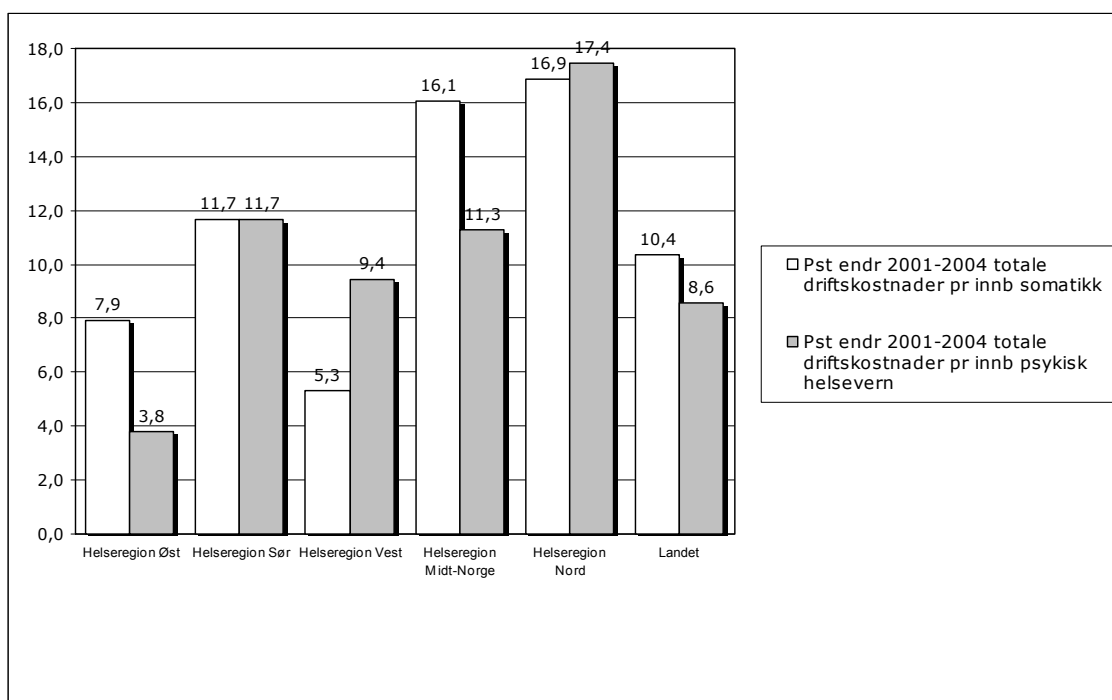
Figur 1.5 Prosentvis endring i årsverkrater for somatisk spesialisthelsetjeneste og for psykisk helsevern totalt fra 2001 til 2004 etter helseregion.



I figur 1.5 vises regionale forskjeller i den prosentvise endringer i årsverksratene for psykisk helsevern og somatikk etter eierskapsreformen. Figuren viser at ratene for samlede årsverk har økt sterkere i psykisk helsevern enn i somatikk i tre av regionene. I helseregionene Vest og Sør har imidlertid årsverksratene innen somatikk økt sterkere enn i psykisk helse.

Når det gjelder driftskostnader, har vi påpekt at driftskostnadene i den somatiske spesialisthelsetjenesten har økt noe sterkere enn driftskostnadene i psykisk helsevern i siste fireårsperiode. På regionalt nivå finner vi imidlertid at økningen i driftskostnader<sup>12</sup> innen somatikk og psykisk helsevern har vært like sterk i to av regionene (helseregion Sør og helseregion Nord). I helseregion Vest har økningen i driftskostnader vært sterkere innen psykisk helsevern (9 prosent) enn for somatisk spesialisthelsetjeneste (5 prosent). I helseregion Øst og helseregion Midt-Norge har imidlertid økningen i driftskostnader innen somatikk vært betydelig sterkere enn innen psykisk helsevern<sup>13</sup>. I helseregion Øst økte driftskostnadene til somatikk med 8 prosent, og driftskostnadene til psykisk helsevern med 4 prosent. I helseregion Midt-Norge økte driftskostnadene til somatikk med 16 prosent og driftskostnadene til psykisk helsevern med 11 prosent. Dette er illustrert i figur 1.6.

Figur 1.6 Prosentvis endring i driftskostnader per innbygger 2001-2004 etter sektor og helseregion. Driftskostnader per innbygger i faste priser 2004 korrigert for rusreformen, befolkningsendringer og gjestepasientoppgjør.



Figur 1.6 viser at det er betydelige forskjeller mellom regionene når det gjelder økningen i driftskostnader i perioden fra 2001 til 2004. Figuren illustrerer også at den samlede veksten i driftskostnader har vært langt svakere i både helseregion Øst og helseregion Vest enn i de andre tre regionene. Figuren gir imidlertid også indikasjoner på at disse regionene har prioritert ulikt når det gjelder de to sektorene. Forskjellene kan i noen grad relateres til den relative økningen i øremerkede midler til psykisk helsevern, som var 29 prosent for Helse Øst RHF og 40 prosent for Helse Vest RHF fra 2001 til 2004. Variasjonene må også forstås i sammenheng med forskjellene i nivået av driftskostnader til psykisk helsevern i disse to regionene. I 2001 var driftskostnadene til psykisk helsevern per innbygger i helseregion Øst

<sup>12</sup> Korrigert for rusomsorg, pris- og befolkningsutviklingen.

<sup>13</sup> Gjelder driftskostnader korrigert for rusomsorg, pris- og befolkningsutvikling.

14,5 prosent over landsgjennomsnittet, mens driftskostnadene per innbygger til psykisk helsevern var 4,4 prosent under landsgjennomsnittet i helseregion Vest. I 2004 var forskjellene mellom disse to regionene redusert når det gjaldt driftskostnader per innbygger til psykisk helsevern. I helseregion Øst var driftskostnadene per innbygger til psykisk helsevern 9,5 prosent høyere enn landsgjennomsnittet, mens helseregion Vest hadde 3,6 prosent lavere driftskostnader enn landsgjennomsnittet i 2004.

Når det gjelder regionenes prioriteringer av psykisk helsevern versus somatisk spesialisthelsetjeneste mer generelt må disse sees i lys av den samlede utviklingen i driftskostnader i regionene. I helseregion Nord har de samlede driftskostnadene til psykisk helsevern og somatikk<sup>14</sup> økt med 17 prosent, mens økningen i samlede driftskostnader for helseregion Vest og helseregion Øst var henholdsvis 6 og 7 prosent i perioden fra 2001 til 2004. I tabell 1.2 er utviklingen i samlede driftskostnader for regionene, og sektorenes andeler av disse presentert.

Tabell 1.2 Sum driftskostnader per innbygger for psykisk helsevern og somatisk spesialisthelsetjeneste korrigert for gjestepasienter og endringer i rusomsorg<sup>1</sup>. Faste priser 2004.

		2001	2002	2003	2004	Pst endr. 2001-2004
Sum driftskostnader somatikk og psykisk helsevern i millioner kroner 2004	Helsereg. Øst	11 090	11 525	11 876	11 862	7,0
	Helsereg. Sør	12 533	13 093	13 789	13 995	11,7
	Helsereg. Vest	10 730	10 774	11 153	11 390	6,1
	Helsereg. Midt-Norge	11 239	11 501	12 321	12 951	15,2
	Helsereg. Nord	12 697	13 200	14 034	14 851	17,0
	Landet	11 484	11 844	12 380	12 632	10,0
Prosentandel somatikk	Helsereg. Øst	76,3	76,6	77,0	77,0	0,7 <sup>2</sup>
	Helsereg. Sør	83,8	83,4	83,9	83,8	0,0 <sup>2</sup>
	Helsereg. Vest	79,5	78,7	79,2	78,9	-0,6 <sup>2</sup>
	Helsereg. Midt-Norge	82,3	81,7	82,0	82,9	0,6 <sup>2</sup>
	Helsereg. Nord	82,0	81,9	81,2	81,9	-0,1 <sup>2</sup>
	Landet	80,0	79,8	80,1	80,2	0,3 <sup>2</sup>
Prosentandel psykisk helsevern	Helsereg. Øst	23,7	23,4	23,0	23,0	-0,7 <sup>2</sup>
	Helsereg. Sør	16,2	16,6	16,1	16,2	0,0 <sup>2</sup>
	Helsereg. Vest	20,5	21,3	20,8	21,1	0,6 <sup>2</sup>
	Helsereg. Midt-Norge	17,7	18,3	18,0	17,1	-0,6 <sup>2</sup>
	Helsereg. Nord	18,0	18,1	18,8	18,1	0,1 <sup>2</sup>
	Landet	20,0	20,2	19,9	19,8	-0,3 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Den delen av kostnadene til rusomsorgen som var inkludert i psykisk helsevern i 2001-2003 (144,7 millioner i 2003-(faste priser 2004)) er også inkludert i 2004 for å få sammenlignbare tall for perioden.

<sup>2</sup> Endring i prosentpoeng.

<sup>14</sup> Eksklusive ambulanser, personalpolitiske tiltak, syketransport og felleskostnader for RHF-ene og den delen av rusomsorgen som ble overført til de regionale helseforetakene i 2004.



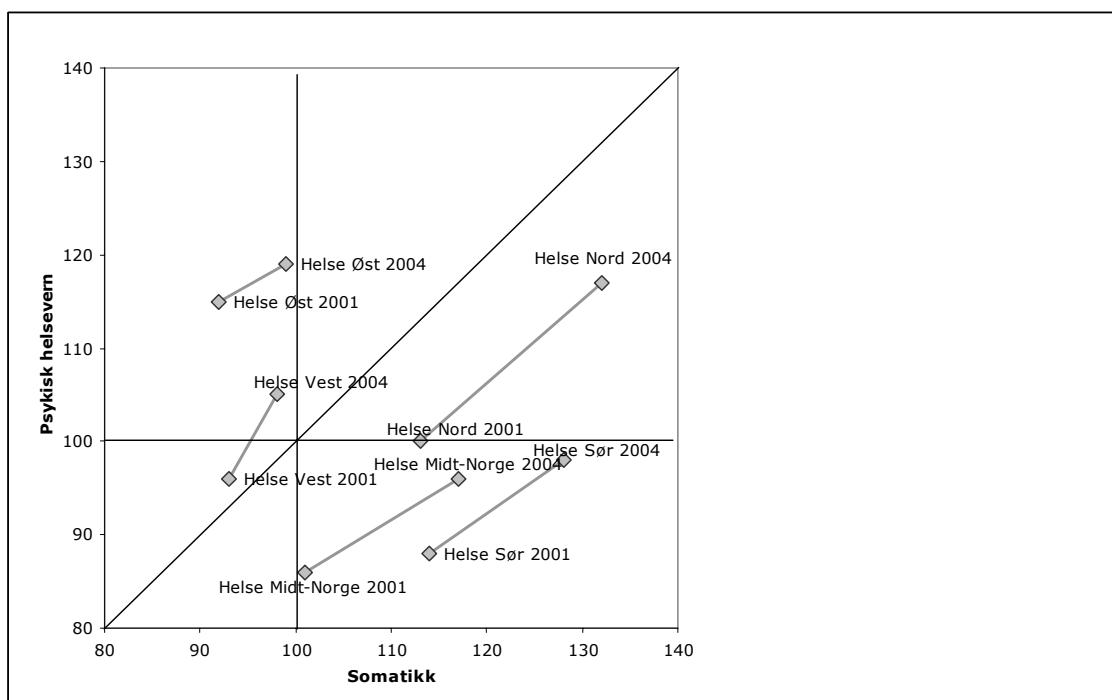
Samlet sett, har andelen driftskostnader til den somatiske spesialisthelsetjenesten økt med 0,3 prosentpoeng i perioden fra 2001 til 2004.

På regionalt nivå, viser tabellen at andelen driftskostnader til psykisk helsevern har økt i helseregion Vest, og er redusert i helseregion Øst og i helseregion Midt-Norge. Helseregion Øst har likevel det høyeste nivået av driftskostnader per innbygger til psykisk helsevern, men har i perioden 2001-2004 nærmet seg nivået i de andre helseregionene. Innen somatisk spesialisthelsetjeneste hadde imidlertid helseregion Øst det laveste nivået av driftskostnader per innbygger i 2001. På tross av at helseregion Øst har økt den relative andelen av driftskostnader i favør av den somatiske spesialisthelsetjenesten, er avstanden fra landsgjennomsnittet økt når det gjelder driftskostnader per innbygger til somatikk i helseregion Øst.

Helseregion Midt-Norge hadde det laveste nivået av driftsutgifter per innbygger til psykisk helsevern i både 2001 og 2004. På tross av at andelen driftsutgifter til psykisk helsevern er redusert i perioden, er likevel nivået av driftsutgifter til denne sektoren nærmere landsgjennomsnittet i 2004 enn i 2001. Innen somatisk spesialisthelsetjeneste har imidlertid helseregion Midt-Norge økt avstanden fra landsgjennomsnittet.

I helseregion Nord og helseregion Sør har andelen driftskostnader til psykisk helsevern vært uendret. I helseregion Nord har likevel driftskostnadene per innbygger til psykisk helsevern økt mer enn landsgjennomsnittet. I denne regionen var driftskostnadene på nivå med landsgjennomsnittet i 2001, men er økt til 7,6 prosent høyere enn landsgjennomsnittet i 2004.

Figur 1.7 Driftskostnader per innbygger i prosent av landsgjennomsnittet for somatisk spesialisthelsetjeneste og hver av sektorene for 2001 etter helseregion.



Utviklingen for regionene fra 2001 til 2004 i driftskostnader pr innbygger til den somatiske spesialisthelsetjenesten og til psykisk helsevern er også vist i figur 1.7. I figuren er landsgjennomsnittet i 2001 for henholdsvis somatikk og psykisk helsevern definert lik 100, og all endring er målt ut fra dette. Når linjene skifter diagonalt (45 grader) indikerer dette at den prosentvise økningen fra landsgjennomsnittet i 2001 har vært like stor i somatikk og psykisk helsevern, og når linjenes stigning er mindre enn 45 grader (skifter mer mot høyre

enn mot venstre) indikerer dette at den prosentvise økningen innen somatikk har vært større enn innen psykisk helsevern. Tilsvarende, vil en linje som skifter mellom 45 og 90 grader indikere at den prosentvise økningen i driftskostnader pr innbygger har vært sterkere innen psykisk helsevern enn innen somatikk. Linjenes lengde illustrerer endringens størrelse ved at en lang linje viser stor prosentvis økning, mens en kort linje viser lavere prosentvis økning fra landsgjennomsnittet i 2001.

Figur 1.8 viser at Helse Nord har hatt stor prosentvis økning i driftskostnader pr innbygger i perioden fra 2001 til 2004, og omtrent like stor økning for både psykisk helsevern og somatisk spesialisthelsetjeneste (linjens stigning er omtrent 45 grader). Dette gjelder også i hovedsak for Helse Sør, men her ser vi at den prosentvise økningen fra landsgjennomsnittet i 2001 har vært noe høyere innen somatisk spesialisthelsetjeneste (13 prosentpoeng) enn for psykisk helsevern (10 prosentpoeng).

I Helse Midt-Norge ser vi et mer markert skift mot somatisk spesialisthelsetjeneste; driftskostnadene pr innbygger innen somatikk økte med 16 prosentpoeng, mens kostnadene innen psykisk helsevern har økt med 10 prosentpoeng fra landsgjennomsnittet i 2001. Den sterkeste vridningen i forhold til sektorene og i favør av somatisk spesialisthelsetjeneste finner vi i Helse Øst. Kurven for Helse Øst er også relativt kort og indikerer at den prosentvise endringen har vært relativt liten i denne regionen.

Figuren viser også at Helse Vest er den eneste helseregionen hvor stigningen i linjen er brattere enn 45 grader, d.v.s. at den prosentvise økningen i driftskostnader til psykisk helse, har vært større enn den prosentvise økningen i driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste i denne helseregionen i perioden fra 2001 til 2004.

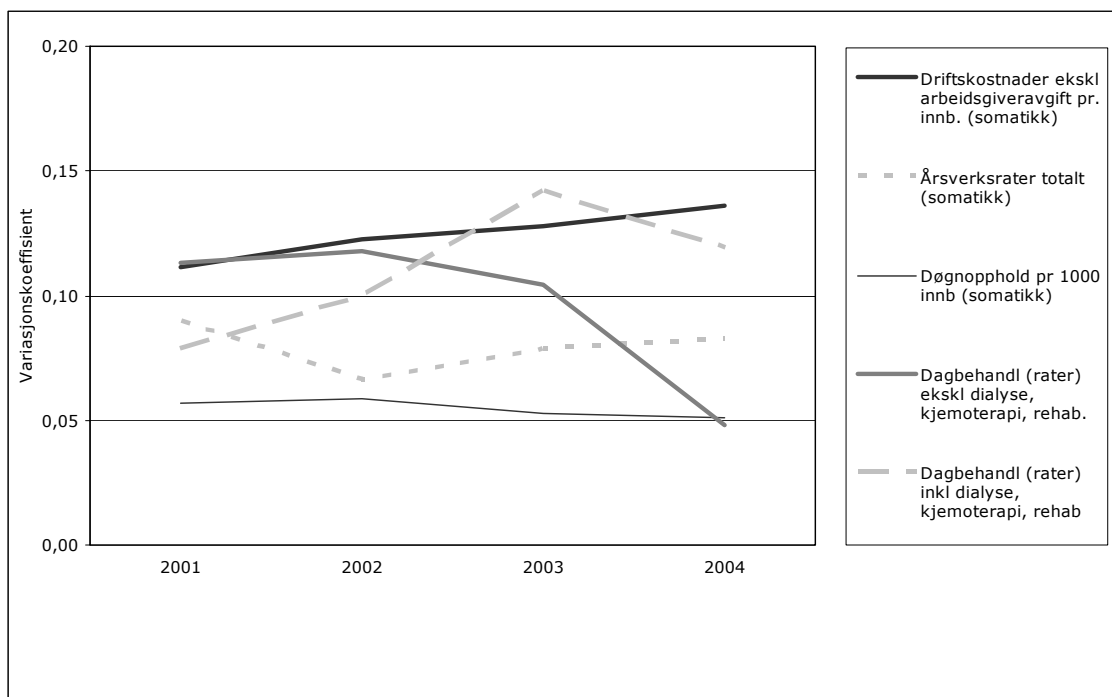
## 1.6 Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene?

Beskrivelsene av endringer i andel driftskostnader til psykisk helsevern og den somatiske spesialisthelsetjenesten illustrerer betydningen av forskjellen mellom *endringer* i kostnader og *nivået* av kostnader per innbygger. Selv om enkelte regioner har hatt en svakere økning i driftskostnader enn andre regioner, betyr ikke dette at kostnadsnivået per innbygger er lavere enn i andre regioner. Beskrivelsen av endringen må sees i sammenheng med utgangspunktet for endringen. Spørsmålet om forskjellene mellom regionene er endret, kan hevdes å være mer vesentlig enn spørsmålet om hvilke regioner som har hatt den største og laveste endringen. Vi har derfor sett nærmere på om utviklingen går i retning av konvergens eller divergens mellom regionene innen hver av sektorene. Dette er analysert ved hjelp av variasjonskoeffisienter<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Variasjonskoeffisienten er et standardisert uttrykk for spredningen mellom enhetene og uttrykker forholdet mellom standardavviket og gjennomsnittet for fordelingen (standardavvik dividert på gjennomsnittet).

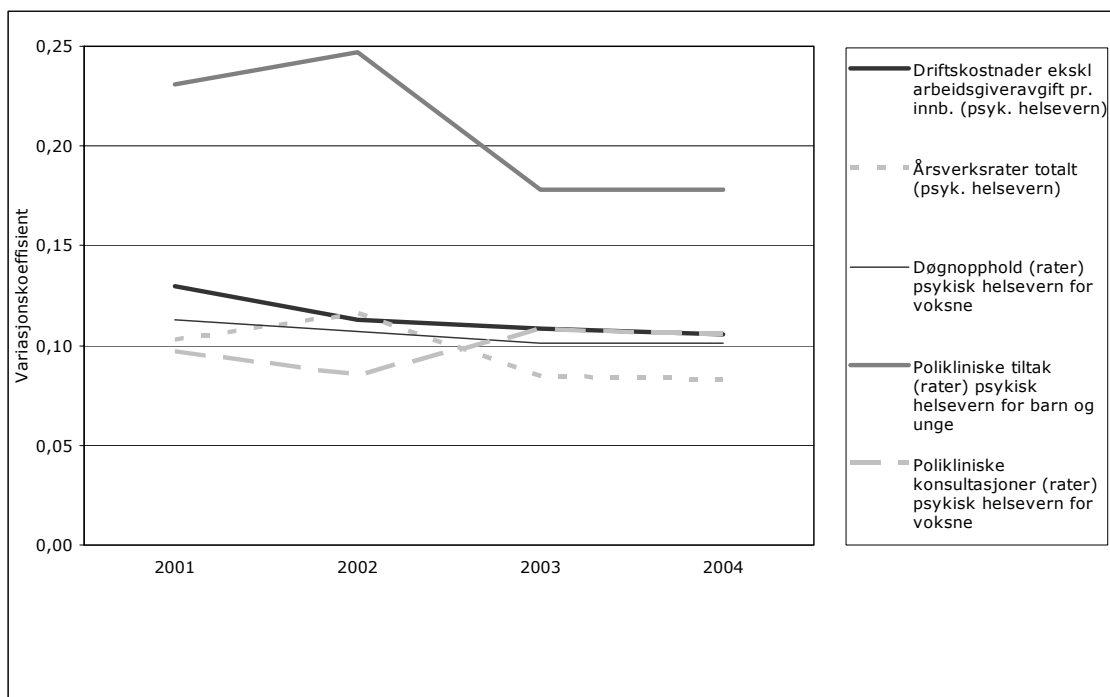
Figur 1.8 Utviklingen i regionale forskjeller i aktivitet, personell og kostnader innen den somatiske spesialisthelsetjenesten fra 2001 til 2004 uttrykt gjennom variasjonskoeffisienter.



I SAMDATA Somatikk påpeker Pedersen at forskjellene i kostnadsnivå mellom regionene har økt, men at den økte variasjonen delvis kan tilskrives økningen i arbeidsgiveravgift i helseregion Nord (Pedersen 2005). Vi har derfor beregnet variasjonskoeffisienter for driftskostnader per innbygger korrigeret for arbeidsgiveravgift, gjestepasienter og befolkningsendringer. Utviklingen i driftskostnader innen somatikk går likevel i retning av økte forskjeller mellom regionene. Innen somatikk har *alle* regionene økt avstanden fra landsgjennomsnittet i perioden fra 2001 til 2004. Utviklingen av regionale forskjeller i driftskostnader per innbygger er beregnet ved hjelp av variasjonskoeffisienter og er vist i figur 1.8.

Figuren viser også utviklingen i regionale forskjeller for årsverksratene, døgnopphold og dagbehandling inklusive og eksklusive rehabilitering, dialysebehandlinger og kjemoterapi. De regionale forskjellene i døgnopphold har vært stabile fra 2001 til 2004, mens forskjellene mellom regionene når det gjelder årsverksrater ble noe redusert fra 2001 til 2002, men er uendret for den samlede perioden. Når det gjelder dagbehandling, viser imidlertid figuren en klar utvikling i retning av konvergens når det gjelder dagbehandling eksklusive opphold for rehabilitering, kjemoterapi og dialysebehandlinger, men en divergerende tendens dersom disse oppholdene inkluderes i beregningsgrunnlaget for ratene. Dette illustrerer betydningen av å analysere aktiviteten i regionene både med og uten disse pasientgruppene/ behandlingene ettersom de bidrar sterkt til de regionale forskjellene.

Figur 1.9 Utviklingen i regionale forskjeller i aktivitet, personell og kostnader innen psykisk helsevern fra 2001 til 2004 uttrykt gjennom variasjonskoeffisienter.



Innen psykisk helsevern har utviklingstendensen gått i retning av *økt konvergens* mellom regionene. Forskjellene mellom regionene er noe redusert når det gjelder driftskostnader korrigert for arbeidsgiveravgift, endringer i rusomsorgen, gjestepasienter og befolkningsendringer<sup>16</sup>. Den reduserte variasjonen kan i stor grad knyttes til at driftskostnadene i helseregion Øst ligger nærmere landsgjennomsnittet i 2004 enn i 2001, men avstanden fra landsgjennomsnittet er også redusert i helseregion Sør, helseregion Vest og helseregion Midt-Norge.

Regionene viser også en konvergerende tendens når det gjelder årsverk og rater for polikliniske tiltak innen psykisk helsevern for barn og unge. Forskjellene mellom regionene er imidlertid uendret eller noe økt<sup>17</sup> når det gjelder polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne, men er uendret eller noe redusert<sup>18</sup> når det gjelder rater for døgnopphold innen psykisk helsevern for voksne. Utviklingen i disse indikatorene er illustrert i figur 1.9.

På tross av at eierskapsreformen var knyttet til en klar politisk målsetting om å redusere regionale forskjeller i tilgjengelighet og bruk av sykehustjenester, viser utviklingen de første tre årene etter eierskapsreformen ingen entydig trend i retning av økt konvergens mellom regionene. De regionale enhetene "skjuler" imidlertid store forskjeller mellom helseforetaksområdene, og det kan hevdes at spørsmålet om konvergens eller divergens gir klarere konklusjoner på dette nivået.

<sup>16</sup> variasjonskoeffisienten var 0,13 i 2001 og 0,11 i 2004.

<sup>17</sup> Endring i variasjonskoeffisienter fra 0,10 i 2001 til 0,11 i 2004.

<sup>18</sup> Endring i variasjonskoeffisienter fra 0,11 i 2001 til 0,10 i 2004.

## 2 Somatisk spesialisthelsetjeneste etter eierskapsreformen: Økt tilgjengelighet – for hvem – i hvilke regioner?

Beate M. Huseby

### 2.1 Har tilgjengeligheten og ressursforbruket økt i samme takt?

I kapittel 1 påpekte vi at Helse Vest RHF har økt andelen ressursinnsats<sup>19</sup> til psykisk helsevern i perioden fra 2001 til 2004, mens Helse Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF har økt den relative andelen med ressursinnsats til somatisk spesialisthelsetjeneste. Også i Helse Sør RHF har tendensen gått i retning av økte andeler til somatikken, mens andelen driftskostnader per innbygger til somatikk og psykisk helsevern er uendret i Helse Nord.

SAMDATA Somatikk Sektorrapport viste også vesentlige variasjoner mellom regionene når det gjaldt økningen i totale driftskostnader per innbygger innen den somatiske spesialisthelsetjenesten. I siste fireårsperiode har kostnadsratene i somatikk økt mest i Helse Midt-Norge RHF, Helse Sør RHF og Helse Nord RHF<sup>20</sup>. Helse Vest RHF har hatt den laveste økningen i driftskostnader per innbygger til den somatiske spesialisthelsetjenesten.

I dette kapitlet stiller vi spørsmål om *hvilken betydning disse endringene kan hevdes å ha hatt for tilgjengeligheten til somatiske spesialisthelsetjenester i de ulike regionene*. Viser aktivitetsutviklingen i regionene klare tegn på at somatiske spesialisthelsetjenester har blitt mindre prioritert i Helse Vest RHF enn i Helse Øst RHF, Helse Sør RHF og Helse Midt-Norge RHF? Gjenspeiler kostnadsøkningen for helseregion Midt-Norge en sterkere økning i tilgjengelighet enn i de andre regionene?

I dette kapitlet vil vi nærme oss disse spørsmålene gjennom en beskrivelse av både generelle og spesielle utviklingstrekk ved tilgjengeligheten til somatiske spesialisthelsetjenester i de fem helseregionene i perioden fra 2001 til 2004. Avslutningsvis i kapitlet sammenfattes utviklingstrekkene i regionene for å gi svar på om ressursutviklingen gir grunnlag for å forstå forskjeller mellom regionene i tilgjengelighets,- og aktivitetsutviklingen i denne perioden. Formålet med dette kapitlet er altså ikke å analysere den kausale sammenhengen mellom endringer i kostnader og endringer i tilgjengelighet, men å stille spørsmål om endringene i driftskostnader på aggregert nivå gir grunnlag for en forståelse av den aggregerte og generelle utviklingen i tilgjengelighet.

### 2.2 Aktivitetsvekst i alle regioner – for alle pasientgrupper?

I SAMDATA Somatikk Sektorrapport 2004 viser Jørgenvåg m.fl. at aktiviteten i den somatiske spesialisthelsetjenesten har økt i alle regioner for både døgnopphold og dagbehandling i perioden fra 2001 til 2004. Ratene for dagbehandling økte mellom 28 prosent

---

<sup>19</sup> Andel av samlede driftskostnader per innbygger til den somatiske spesialisthelsetjenesten og psykisk helsevern.

<sup>20</sup> Kostnadsratene i somatikk har økt mest i Helse Nord, men deler av kostnadsøkningen forklares av omleggingen av arbeidsgiveravgiften. Kontrollert for disse endringene, er økningen størst i Helse Midt-Norge RHF (16,5 prosent), og omtrent like høy for Helse Sør RHF og Helse Nord RHF (11,5 prosent).

(helseregion Øst) og 54 prosent (helseregion Sør), mens ratene for døgnopphold økte mellom 5,8 prosent (helseregion Nord) og 7,9 prosent (helseregion Øst) i denne perioden. I 2004 var ratene for både dagbehandling og døgnopphold lavest for innbyggerne i helseregion Øst og nesten like lavt i helseregion Vest. Nivået av dagbehandling var høyest blant innbyggerne i helseregion Sør, mens nivået av døgnopphold var høyest for innbyggerne i helseregion Nord.

I SAMDATA Somatikk sektorrapport 2004, kapittel 7, setter Kalseth fokus på aktivitetsutviklingen og prioriteringer av pasienter i siste femårsperiode. Hun viser hvilke kirurgiske prosedyrer, fordelt på døgn og dagbehandling, som har økt mest i denne perioden og diskuterer utviklingen i tilgjengelighet for pasientgrupper med kronisk sykdom. Hun finner at antallet døgnopphold i DRG 112: terapeutiske perkutane kardiovaskulære prosedyrer (for eksempel utblokkning av kransarteriene i hjertet ved fortetting av årene) og operasjoner på kneledd eksklusive proteseoperasjoner (DRG 221-døgnbehandling) er doblet, mens noen dagbehandlinger som operasjoner på åndedrettssystemet (DRG 77) har økt med mer enn 800 prosent og 3800 behandlinger i disse årene.

Det stilles også spørsmål ved om tilgjengeligheten til sykehustjenester for enkelte pasientgrupper har økt på bekostning av andre. Rapporten setter fokus på pasienter med ulike kroniske sykdommer og analyserer utviklingen i sykehusbruk i siste femårsperiode for disse pasientene. Kalseth viser at de fleste av pasientgruppene med kroniske sykdommer har hatt stabile ventetider ved elektiv behandling, og økte oppholdsrate. Det konkluderes derfor med at den sterke veksten i aktivitet innen enkelte fagområder generelt sett ikke har gått ut over tilbudet til kronikere, men at reduksjonen i ventetid har vært større for pasientgrupper som har fått enklere kirurgisk behandling.

Jørgenvåg (2005) viser også utviklingen i rater for ventende etter helseregion, og påpeker at antallet pasienter som venter på behandling og utredning<sup>21</sup> har økt i fire av fem regioner siste år (fra 1. tertial 2004 til 1. tertial 2005). For perioden etter eierskapsreformen (fra 1. tertial 2002 til 1. tertial 2005) har ratene for ventede blitt mest redusert i helseregion Midt-Norge (-38 prosent) og i helseregion Øst (-29 prosent), men har økt i helseregion Sør (+16 prosent). Median ventetid for ventende har blitt redusert i alle regioner, og varierer lite mellom regionene per 1. tertial 2005.

Formålet med dette kapitlet, er å analysere utviklingen i tilgjengelighet nærmere gjennom analyser av utviklingen i aktivitet relatert til omfanget av reinnleggelser og seriebehandling. Vi stiller spørsmål om hvilke pasientgrupper som har fått størst økning i tilgjengelighet til sykehustjenester – og om det er regionale forskjeller i de endringene vi ser for siste fireårsperiode. Når aktiviteten i den somatiske spesialisthelsetjenesten er i sterk endring, er det viktig å ha kunnskap om hvilke pasientgrupper som får bedret (eller redusert) tilgjengelighet til helsetjenestene.

## 2.3 Økt aktivitet betyr ikke nødvendigvis økt tilgjengelighet

I siste fireårsperiode har antallet innbyggere i helseregion Øst økt med 2,5 prosent, mens antallet innbyggere i helseregion Nord er redusert med 0,1 prosent. Befolkningen i Norge har økt med 1,8 prosent i denne perioden. Dette medfører at i siste fireårsperiode har *antallet opphold* økt med 19,1 prosent, mens *oppholdsratene* har økt med "bare" 16,9 prosent. Når vi skal beskrive endringer i tilgjengelighet er det derfor viktig å ta utgangspunkt i endringer i *oppholdsratene* fremfor endringer i antall opphold. Analysene i dette kapitlet tar utgangspunkt i rater og opphold for innbyggerne i regionene og inkluderer dermed opphold som innbyggerne i disse regionene har hatt også ved sykehus i andre helseregioner.

Økningen i oppholdsrate gir likevel ikke nødvendigvis en god beskrivelse av endringene i tilgjengelighet. I perioden etter eierskapsreformen har det vært gjennomført mange strukturendringer i den somatiske spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene inkluderer

---

<sup>21</sup> Antall ventende per 1000 innbygger.

eksempelvis flere rehabiliteringsinstitusjoner enn det som tidligere var underlagt sykehusene. En naturlig følge av dette, er at oppholdsratene for rehabilitering har økt sterkt.

For noen pasientgrupper er også organiseringen av behandlingen endret. Pasientbehandlingen organiseres i økende grad som en serie behandlinger hvor pasientene legges inn og skrives ut flere ganger i løpet av kalenderåret. Denne formen for pasientbehandling medfører trolig at sykehusene sparer ressurser gjennom reduserte kostnader knyttet til overnatting, og får økte inntekter fra ISF. Pasientene får derfor registrert mange utskrivninger/opphold i løpet av et kalenderår, og kortere liggetid per opphold. Oppholdene er oftest planlagte, og har også bidratt til den betydelige økningen i planlagte opphold som har kjennetegnet siste femårsperiode. Fra 2001 til 2004 har antallet planlagte seriebehandlinger (pasientenes andre, tredje, og fjerde opphold o.s.v.) økt fra omtrent 260 000 opphold til omtrent 360 000 opphold (+ 39 prosent). Ved 75 prosent av disse oppholdene hadde pasientene samme hoveddiagnose. I et tilgjengelighetsperspektiv er det naturlig å stille spørsmål ved om denne økningen gir uttrykk for økt tilgjengelighet eller gir uttrykk for endringer i organiseringen av pasientbehandlingen.

I tillegg til de planlagte fleroppholdene/seriebehandlingene, har også omfanget av reinnleggelser (definert som innleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 eller 60 dager etter en utskrivning) økt i perioden fra 2001 til 2004. Økningen i slike opphold var på 19 prosent, men *omfanget* av reinnleggelser er mindre enn omfanget av seriebehandlinger/fleropphold. I 2004 var det omtrent 111 000 reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 60 dager etter utskrivning ved norske sykehus<sup>22</sup>. Mens det er en viss uenighet i kliniske miljøer om denne økningen kan tolkes som et uttrykk for at kvaliteten ved pasientbehandlingen er redusert, er det imidlertid klart at denne økningen ikke uttrykker økt tilgjengelighet til somatiske sykehustjenester for befolkningen.

For å kunne gi en best mulig beskrivelse av utviklingen i tilgjengelighet, har vi derfor analysert aktivitetsutviklingen både med og uten kontroll for seriebehandlinger og reinnleggelser. Både omfang og endringer i seriebehandlinger og reinnleggelser varierer mellom regionene og påvirker dermed både oppholdsrate og endringene i disse.

Sist, men ikke minst, bør det nevnes at en reduksjon i oppholdsratene for spesifikke diagnosegrupper ikke nødvendigvis betyr at tilgjengeligheten til sykehustjenester er redusert. På diagnosnivå, vil eksempelvis systematiske endringer i koding kunne resultere i at noen pasientgrupper øker mens andre får reduserte oppholdsrate. Økt bruk og tilbud av private spesialister vil også kunne medføre reduserte rater for enkelte pasientgrupper. I en periode hvor både aktiviteten og driftskostnadene til den somatiske spesialisthelsetjenesten har økt relativt sterkt, er det også mer sannsynlig at reduserte oppholdsrate for enkelte pasientgrupper reflekterer redusert behov for denne typen tjenester enn redusert tilgjengelighet. Det er likevel viktig å være oppmerksom på at en vesentlig nedgang i ratene for enkelte pasientgrupper kan bety at økt tilgjengelighet for enkelte grupper har gått på bekostning av andre. Beskrivelsene av utviklingen for diagnosegruppene i dette kapitlet viser eksempelvis at ratene for innleggelse grunnet medisinsk observasjon (Z03) er vesentlig redusert i helseregionene Sør og Midt-Norge. Det er mulig at dette indikerer at terskelen for innleggelse på sykehus ved generell nedsettelse av allmentilstanden er økt i disse regionene.

## 2.4 Regionale forskjeller i omfanget av seriebehandlinger og reinnleggelser

Omfanget av reinnleggelser og seriebehandlinger varierer mellom regionene, både når det gjelder andel av oppholdene og oppholdsrate. Ratene for både reinnleggelser for øye-

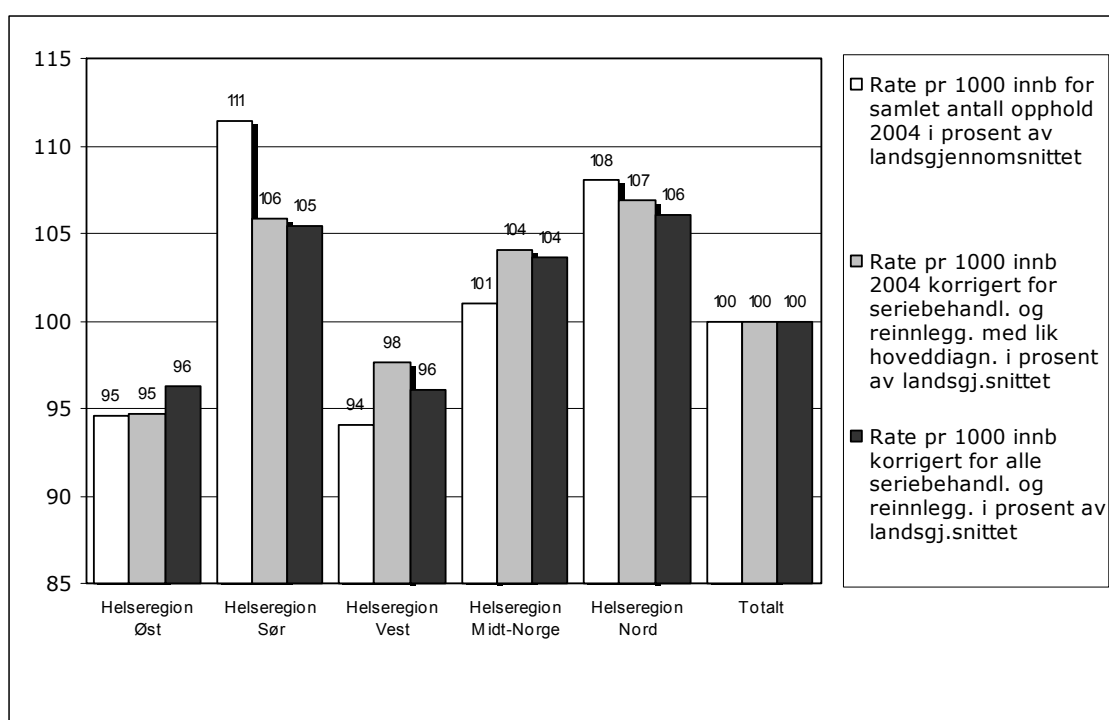
---

<sup>22</sup> Pasientene hadde ikke nødvendigvis samme diagnose ved reinnleggelse som ved utskrivning. Ved 95 prosent av disse oppholdene (106 000 opphold) hadde imidlertid pasientene samme hoved- eller bidagnose ved reinnleggelsen som ved utskrivning. Ved 32 prosent av oppholdene i 2004 hadde pasientene samme hoveddiagnose.

blikkelig hjelp og seriebehandlinger/fleropphold (eksklusive pasientenes første opphold i en serie) er høyest i de regionene som har de høyeste ratene totalt sett (helseregionene Sør og Nord). Deler av forskjellene mellom regionene når det gjelder bruk av sykehustjenester kan altså knyttes til forskjeller i omfanget av seriebehandlinger og reinnleggelser. Dette medfører at variasjonene mellom regionene blir mindre når vi korrigerer oppholdsratene for denne typen opphold. I figur 2.1 viser vi oppholdsrate totalt, samt oppholdsrate kontrollert for alle reinnleggelser og seriebehandlinger og oppholdsrate kontrollert for seriebehandlinger og reinnleggelser med lik hoveddiagnose. Figuren viser at forskjellene mellom regionene jevnes noe ut for de kontrollerte oppholdsratene.

Rangeringen mellom regionene endres imidlertid lite når vi kontrollerer for reinnleggelser og seriebehandlinger. I 2004 hadde innbyggerne i helseregionene Øst og Vest de laveste ratene og innbyggerne i helseregionene Nord og Sør de høyeste oppholdsratene, uavhengig av om vi legger kontrollerte eller ukontrollerte rater til grunn for vurderingene.

Figur 2.1 Rate for samlet antall opphold per 1000 innbygger i prosent av landsgjennomsnittet 2004 etter region med og uten kontroll for seriebehandlinger og reinnleggelser.



## 2.5 Veksten i oppholdsrate var størst i helseregion Midt-Norge om vi korrigerer for endringer i seriebehandlinger og reinnleggelser

60 prosent av økningen i opphold fra 2001 til 2004 kan knyttes til økning i reinnleggelser og fleropphold/seriebehandlinger. I perioden fra 2001 til 2004 økte oppholdsratene ved somatiske sykehus totalt med 16,9 prosent, men når vi korrigerer for seriebehandlinger og reinnleggelser<sup>23</sup> med lik hoveddiagnose var veksten 12 prosent. Dersom vi kontrollerer for *alle* seriebehandlinger og reinnleggelser var økningen 10,5 prosent.

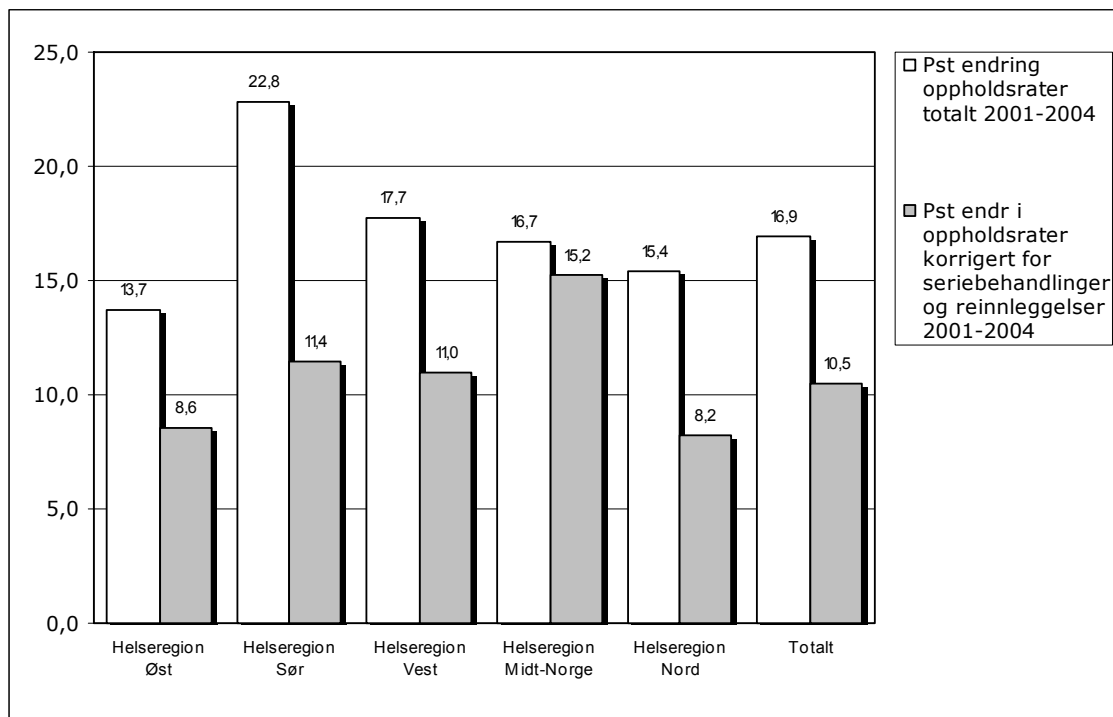
<sup>23</sup> I analysene av seriebehandlinger og reinnleggelser skiller vi mellom (i) opphold for pasienter som bare er innlagt en gang (ii) første opphold i en behandlingsserie eller opphold etterfulgt av reinnleggelse (iii) reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 eller 60 dager etter utskrivning (iv) opphold 2 til n i planlagte seriebehandlinger. Opphold kontrollert for seriebehandlinger og reinnleggelser defineres som summen av (i) og (ii).



I SAMDATA Somatikk Sektorrapport (Jørgenvåg 2005) påpekes det at oppholdsratene har økt mest for innbyggerne i helseregion Sør og minst for innbyggerne i helseregion Øst etter eierskapsreformen. Økningen i seriebehandlinger var også størst for innbyggerne i helseregion Sør (48 prosent), og lavest i helseregion Øst, samt Midt-Norge (23 prosent). Blant innbyggerne i helseregion Øst økte imidlertid ratene for reinnleggelser noe sterkere i denne perioden (23 prosent) enn for innbyggerne i helseregion Midt-Norge (6 prosent). Den samlede økningen i reinnleggelser og seriebehandling har derfor vært lavest for innbyggerne i helseregion Midt-Norge.

Dersom vi korrigerer ratene for seriebehandlinger og reinnleggelser, finner vi derfor at helseregion Midt-Norge har hatt den største økningen i oppholdsrate fra 2001 til 2004 (15,2 prosent). Oppholdsratene kontrollert for alle seriebehandlinger (eksklusive pasientenes første opphold i serien) og reinnleggelser økte minst i helseregion Nord i denne perioden. Prosent økning i oppholdsratene fra 2001 til 2004 med og uten kontroll for seriebehandlinger og reinnleggelser er illustrert i figur 2.2.

Figur 2.2 Prosent endring i oppholdsrate for samlet antall opphold (døgn og dag) fra 2001 til 2004 etter helseregion med og uten korrigering for seriebehandlinger og reinnleggelser.



## 2.6 Økningen i seriebehandlinger og reinnleggelser etter oppholdstype

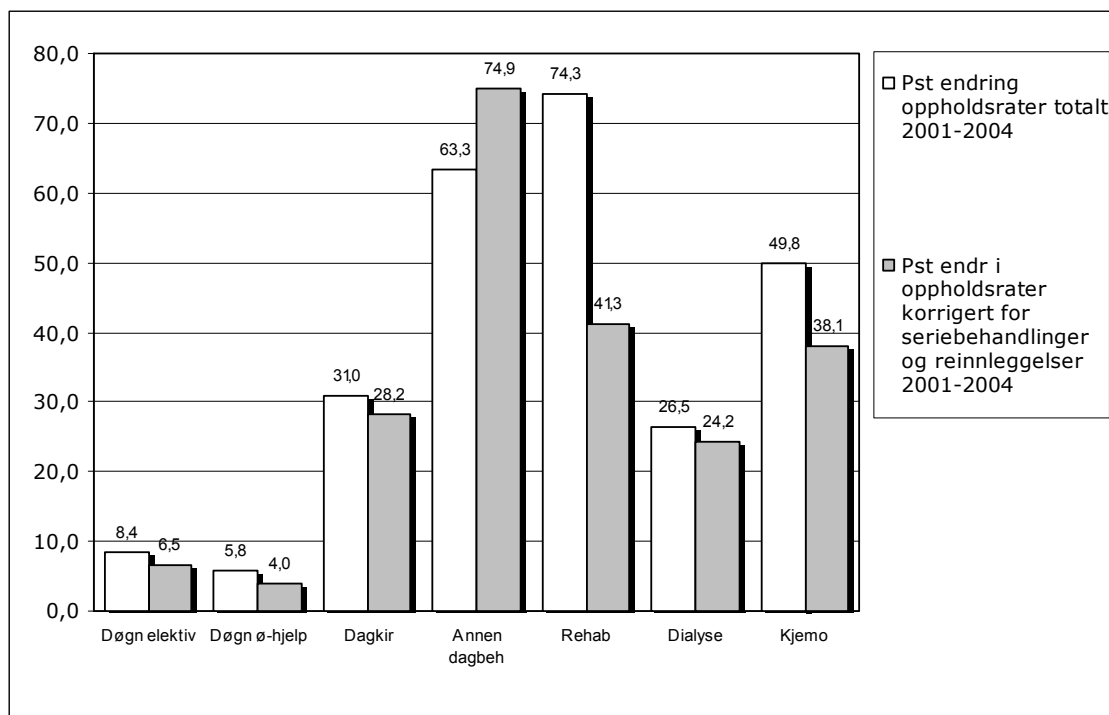
Endringene i seriebehandlinger og reinnleggelser har også ulik betydning for ulike typer opphold. Totalt sett kan omtrent halvparten av økningen i døgnopphold fra 2001 til 2004 knyttes til økt grad av seriebehandlinger og reinnleggelser, mens bare 23 prosent av økningen i de dagkirurgiske oppholdsratene forklares av slike endringer i organiseringen av behandlingene.

Vi finner også visse forskjeller mellom regionene i hvor stor andel av aktivitetsøkningen for de ulike typene opphold som er knyttet til økninger i seriebehandlinger og reinnleggelser. I helseregionene Nord og Vest økte eksempelvis ratene for planlagte døgnopphold med henholdsvis 63 og 38 opphold per 10 000 innbygger fra 2001 til 2004. I helseregion Nord var 33 prosent av økningen knyttet til serieopphold og reinnleggelser, mens 51 prosent av økningen for innbyggerne i helseregion Vest gjaldt samme type opphold. Når vi kontrollerer for serie-

behandlinger og reinnleggelser blir derfor forskjellene mellom regionene i økningen av planlagte døgnopphold betydelig mindre; 31 opphold per 10 000 innbygger i helseregion Vest og 26 opphold per 10 000 innbygger i helseregion Nord.

Når vi korrigerer for seriebehandlinger og reinnleggelser blir forskjellene mellom regionenes endringstall fra 2001 til 2004 redusert, mens forskjellene mellom regionene når det gjelder nivået av ratene er uendret for både planlagte døgnopphold og dagkirurgi.

Figur 2.3 Prosent endring i oppholdsrate fra 2001 til 2004 etter type opphold med og uten korrigering for endring i seriebehandlinger og reinnleggelser.



## 2.7 Sykehusbruk blant 50-åringer har økt mer enn sykehusbruken blant eldre

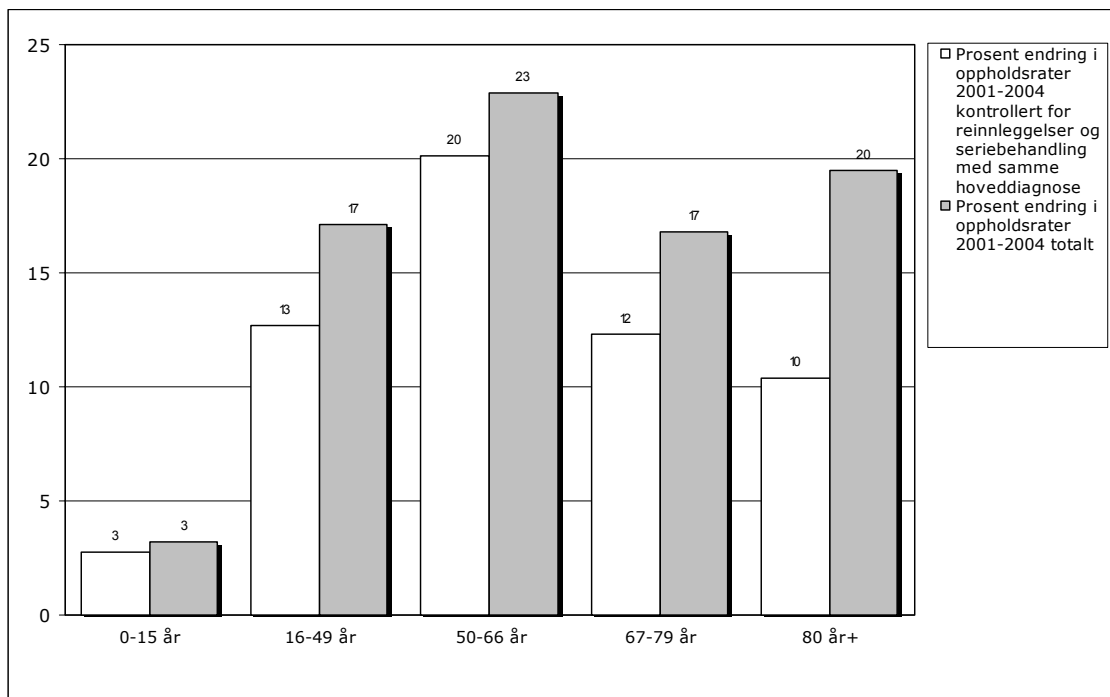
SAMDATA Somatikk Sektorrapport 2004 (Jørgenvåg 2005) viser at oppholdsratene for eldre over 80 år økte fra 803 til 838 siste år. Dette tilsvarer en prosentvis økning i oppholdsratene på 4,4 prosent siste år. Oppholdsratene for befolkningen som helhet økte med 2,2 prosent, og økningen i oppholdsrate for de eldste pasientene har dermed vært større enn økningen for befolkningen totalt. Denne utviklingen gjelder også for siste fireårsperiode samlet sett. Oppholdsratene for de eldste pasientene har økt med 20 prosent, mens oppholdsratene økte med 17 prosent for befolkningen totalt. Den relative økningen i oppholdsrate har imidlertid vært størst for pasienter i alderen 50 til 66 år. For denne aldersgruppen økte oppholdsratene totalt med 23 prosent fra 2001 til 2004.

For eldre pasienter vurderes ofte rehabiliteringsprosessen som mer langvarig enn for yngre pasienter. Risikoen for komplikasjoner vurderes også oftest å være høyere, og eldre pasienter har oftere kroniske sykdommer enn yngre pasienter. Dette medfører høyere sannsynlighet for reinnleggelser og større behov for flere opphold i løpet av et kalenderår blant eldre pasienter enn yngre. Når vi kontrollerer endringen i oppholdsrate for reinnleggelser og seriebehandlinger med samme hoveddiagnose finner vi derfor at forskjellen mellom aldersgruppene blir enda større. Fra 2001 til 2004 økte oppholdsratene for pasienter i alders-

gruppen 50-66 år med 20 prosent, mens oppholdsratene for de eldste pasientene økte med 10 prosent<sup>24</sup>. Dette er illustrert i figur 2.4.

Den betydelige økningen i oppholdsratene for personer i alderen 50 til 66 år, finner vi i alle regioner uavhengig av om vi analyserer ratene med eller uten kontroll for reinnleggelser og seriebehandlinger.

Figur 2.4 Prosent endring i oppholdsrate fra 2001 til 2004 for ulike aldersgrupper med og uten korrigerende for reinnleggelser og seriebehandlinger med lik hoveddiagnose.



## 2.8 Oppholdsratene øker mer for menn enn for kvinner

Oppholdsratene for menn har økt mer enn for kvinner etter eierskapsreformen. Fra 2001 til 2004 har oppholdsratene totalt med 19 prosent for menn og 15 prosent for kvinner på landsbasis.

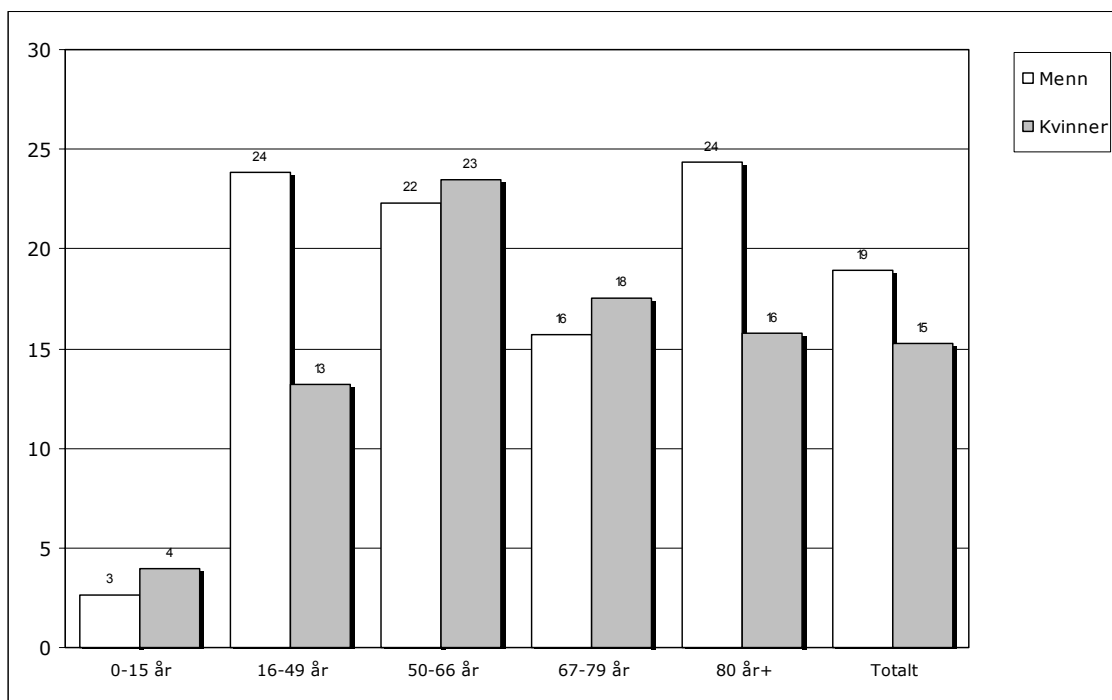
Størst forskjell i endringen av menn og kvinners sykehusbruk finner vi i helseregionene Vest og Nord, hvor oppholdsratene for menn økte med henholdsvis 21 og 19 prosent, mens oppholdsratene for kvinner økte med henholdsvis 15 og 13 prosent.

Kvinner har tradisjonelt hatt høyere sykehusbruk enn menn, og hadde også i 2004 totalt sett 12,5 prosent høyere oppholdsrate enn menn. Menn har likevel høyere oppholdsrate enn kvinner i alle andre aldersgrupper enn for aldersgruppen mellom 16-49 år. For denne aldersgruppen har kvinner en høyere rate selv om vi ser bort fra opphold knyttet til svangerskap, fødsel og barselstid (hovedkapittel 15 i ICD-10). Det er opphold for personer fra 16 til 49 år, samt opphold for eldre over 80 år, som har økt mest for menn.

Forskjellene i menn og kvinners sykehusbruk er like store uavhengig av om oppholdsratene analyseres med eller uten kontroll for reinnleggelser og seriebehandlinger.

<sup>24</sup> Gjelder opphold kontrollert for reinnleggelser og seriebehandlinger hvor pasienten har samme hoveddiagnose.

Figur 2.5 Prosent endring i oppholdsreter fra 2001 til 2004 for menn og kvinner i ulike aldersgrupper.



## 2.9 Hvilke pasientgrupper i hvilke regioner har fått økt tilgjengelighet?

Når oppholdsratene øker så sterkt som de har gjort i siste fireårsperiode, er det naturlig å stille spørsmål om økningen gjelder alle pasientgrupper, mange pasientgrupper eller spesielle pasientgrupper, og å analysere om aktivitetsøkningen for noen pasientgrupper har skjedd på bekostning av andre. For å få mer detaljert kunnskap om hvilke pasientgrupper som har fått økt tilgjengelighet, og få kunnskap om det er de samme pasientgruppene i alle regioner som har fått økte oppholdsreter, har vi analysert utviklingen i oppholdsreter etter region for hver av de 216 kategoriblokkene/underdiagnosegruppene i ICD-10.

Disse pasientgruppene varierer naturlig nok med hensyn til størrelse og endringsforløp, slik at små endringer for små pasientgrupper vil fremstå som store endringer dersom vi bruker den prosentvise økningen som indikator på om tilgjengeligheten og bruken av sykehus-tjenester har økt. Vi har derfor definert et fast kriterium for *vesentlige* endringer i tilgjengelighet, knyttet til endringer på minimum 5 opphold per 10 000 innbygger i perioden fra 2001 til 2004<sup>25</sup>. Når grunnlaget for analysene knyttes til 216 ulike pasientgrupper fordelt på fem helseregioner, følger det naturlig at det ikke er svært mange av pasientgruppene som vil kunne karakteriseres i henhold til entydige endringer i tilgjengelighet.

Fordi økningen i seriebehandlinger og reinnleggelser har vært betydelig etter eierskapsreformen, og har variert mellom i regionene, har vi analysert endringene i rater for de ulike pasientgruppene kontrollert for seriebehandlinger og reinnleggelser med lik hoveddiagnose. Dette knyttes også til spørsmålet om økninger i reinnleggelser og seriebehandlinger representerer økt tilgjengelighet.

<sup>25</sup> Denne endringen innebærer at antallet opphold for en gitt pasientgruppe har økt med minimum 827 opphold for pasienter i helseregion Øst, 448 opphold i helseregion Sør, 474 opphold i helseregion Vest, 323 opphold i helseregion Midt-Norge, samt minimum 231 opphold i helseregion Nord. På landsbasis innebærer en endring på 5 opphold per 10 000 innbygger at antallet sykehusopphold har økt eller blitt redusert med 2303 opphold i løpet av denne fireårsperioden. P.g.a. avrundinger vil også endringer som viser til en økning på 4,5 opphold per 10 000 innbygger eller -4,5 opphold per 10 000 innbygger defineres som en vesentlig endring.

Kontrollen for reinnleggelser og seriebehandling med samme hoveddiagnose reduserer antallet pasientgrupper med vesentlige endringer i oppholdsratene fra 52 til 39. De 13 pasientgruppene som ikke viser vesentlige endringer når data korrigeres for reinnleggelser og seriebehandlinger gjelder pasientgrupper som ofte har mange opphold i løpet av et år (kreftpasienter, diabetespasienter, organiske psykiske lidelser).

Alle pasientgrupper som har hatt endring i oppholdsratene lik eller større enn 5 opphold per 10 000 innbygger i minst en av regionene, er fremstilt i tabell 2.2, som er vedlagt bakerst i dette kapitlet.

Generelt sett viser analysene av endring i oppholdsreter for de 216 pasientgruppene at:

- 39 av de 216 pasientgruppene har hatt en vesentlig endring i oppholdsratene i minst en av regionene.
- Det er bare en av pasientgruppene som har vesentlig reduserte oppholdsreter i alle regionene: Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med reproduksjonsspørsmål. Endringene gjelder særlig pasienter med kodene prevensjonstiltak (Z30) og koder for fødsler utenfor sykehus eller tvillingfødsler (Z38).
- Fem pasientgrupper har økt i alle regioner. Dette er:
  - Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg - gjelder særlig dialysebehandling (Z49) og rehabilitering (Z50).
  - Episodiske tilstander og anfallsvise forstyrrelser - gjelder særlig hoveddiagnosen søvnløshet (G47).
  - Leddlidelser - gjelder særlig hoveddiagnosene kneleddsartroser (M17), ervervede deformiteter i fingre og tær (M20) samt kneleddlidelse (M23).
  - Bløtvevs-sykdommer - gjelder særlig hoveddiagnosen skulderlidelse (M75).
  - Komplikasjoner til kirurgisk og medisinsk behandling - gjelder særlig komplikasjoner ved inngrep (T81) og komplikasjoner ved innvendige ortopediske proteser (T84).
- Tre pasientgrupper har økt i fire av fem regioner. Dette er:
  - Andre bakteriesykdommer - gjelder særlig hoveddiagnosen "annen sepsis" (A41).
  - Andre forstyrrelser i urinsystemet.
  - Andre typer hjertesykdom - gjelder særlig atrieflimmer (I48) og hjertesvikt (I50).

Andre utviklingstrekk som bør nevnes er at:

- Oppholdsratene for kontakt med helsetjenesten for undersøkelse og/eller utredning er redusert i helseregionene Sør og Midt-Norge, samt økt i helseregionene Øst og Nord. Endringene gjelder særlig hoveddiagnosen medisinsk observasjon (Z03).
- Oppholdsreter for sykdom i linse er økt i helseregion Midt-Norge, men er redusert i helseregionene Øst og Nord. Endringene gjelder særlig diagnosen aldersbetinget grå stær (H25).
- Oppholdsreter for symptomer og tegn med tilknytning til sirkulasjons- og åndedretts-systemet har økt i helseregionene Vest, Midt-Norge og Nord, men er redusert i helseregion Sør. Endringene gjelder særlig diagnosen munnpusting/snorking (R065).
- Oppholdsreter for andre sykdommer i øvre luftveier har økt betydelig i helseregion Sør, Vest og Midt-Norge. Gjelder særlig diagnosen skjev neseskillevegg (J342).

- Oppholdsratene for iskemiske hjertesykdommer har økt i helseregionene Øst og Vest, men er redusert i helseregion Nord. I helseregionene Øst og Vest er det i særlig grad diagnosene akutt hjerteinfarkt 1. gang (I21) og kronisk iskemisk hjertesykdom (I25) som har økt, mens det er diagnosen Angina Pectoris (I20) som er redusert i helseregion Nord.

For å få et samlet uttrykk for hvilke variasjoner vi finner mellom regionene når det gjelder *hvor mange* pasientgrupper som har vesentlig endring i oppholdsratene fra 2001 til 2004, har vi oppsummert endringene for hver av regionene i tabell 2.1. Tabellen viser hvor mange av de 216 diagnosegruppene som er endret i hver region, samt retning for endringen (økning eller reduksjon).

Tabell 2.1 Antall pasientgrupper som har økt eller redusert oppholdsratene med minimum 5 opphold per 10 000innbygger etter region<sup>1</sup>.

	Antall pasientgrupper med økt tilgjengelighet	Antall pasientgrupper med redusert bruk/tilgjengelighet	Antall pasientgrupper med endret tilgjengelighet totalt
helseregion Øst	14	2	16
helseregion Sør	18	4	22
helseregion Vest	17	3	20
helseregion Midt-Norge	19	3	22
helseregion Nord	17	3	20
Totalt nasjonalt	12	1	13

<sup>1</sup>Endringer basert på analyser av 216 pasientgrupper definert ut fra underkapitler/kategori blokker i ICD-10. Data er kontrollert for reinnleggelser og seriebehandlinger med samme hoveddiagnose innen kalenderåret.

Tabell 2.1 viser at innbyggerne i helseregion Øst har hatt en vesentlig økning for 14 pasientgrupper, mens innbyggerne i helseregion Midt-Norge har økte oppholdsrunder for 19 pasientgrupper. I helseregion Sør er antallet pasientgrupper med økt tilgjengelighet nesten like høyt som i helseregion Midt-Norge. Tabellen viser at det er små forskjeller mellom regionene i antall pasientgrupper som har fått økt eller redusert tilgjengelighet.

Tabell 2.2 Oversikt over hvilke pasientgrupper som har hatt vesentlig endring i oppholdsratene fra 2001 til 2004 kontrollert for økning i seriebehandlinger og reinnleggelser når pasienten har lik hoveddiagnose.

Pasientgrupper med endring i oppholdsratene fra 2001-2004 som er større enn 5 opphold per 10 000 innbygger	ICD-10 - koder	Endringer i rater per 10 000 innb. 2001-2004 i helseregionene						Endr. i opph. totalt (N=)	
		Øst	Sør	Vest	Midt-Norge	Nord	Totalt		
Endr. i 5 av 5 reg.	Kontakt ifm. behandl.opp./rehab.	Z40-Z54	29	68	45	28	46	42	19 870
	Ledd lidelser	M00-M25	9	25	25	42	17	21	10 361
	Episodiske tilst, anfallsvis forstyr.	G40-G47	19	9	17	15	18	16	7 624
	Bløtvevssyk.	M60-M79	13	16	13	25	15	15	7 336
	Kompl. til kir./med. behandl.	T80-T88	5	6	5	5	5	5	2 516
	Kontakt ifm. reprod.sp.m.	Z30-Z39	-13	-8	-14	-14	-6	-12	-4 408
Endr. i 4 av 5 reg.	Andre sykdi i øvre luftveier	J30-J39	-5	7	10	17		4	2 214
	Kontakt for undersøk./utredn.	Z00-Z13	5	-5		-9	10	0	20
	Andre bakteriesykdi.	A30-A49	5	9	7	5		6	2 927
	Symptom sirkulasjon og åndedrett	R00-R09		-6	8	11	10	4	2 002
	Andre forstyrri i urinsystemet	N30-N39		5	6	6	5	5	2 210
	Andre typer hjertesykdi.	I30-I52		6	7	6	5	6	2 976
Endr. i 3 av 5 reg.	Sykdi. i linse	H25-H28	-9			11	-14	-3	-859
	Iskemiske hjertesykdi.	I20-I25	7		15		-5	6	3 330
	Sykdi. i øyelokk, tåreapp., øyehule	H00-H06		7		8	9	4	2 105
	Svulster m/ukjent malign.pot.	D37-D48			5	8	5	5	2 321
Endr. i 2 av 5 reg.	Andre akutte infeksj. i nedre luftvei	J20-J22	5	17				6	2 865
	Andre tarmsykdi.	K55-K63		5	7			4	2 269
	Sykdi. i nerver, nerverøtter	G50-G59		5		8		4	1 984
	Metabolske forstyrri	E70-E90		7		6		4	2 051
	Andre sykdi. i åndedrettssystemet.	J95-J99		7			5	3	1 298
	Godartede svulster	D10-D36		10		15		6	3 092

Pasientgrupper med endring i oppholdsrate fra 2001-2004 som er større enn 5 opphold per 10 000 innbygger	ICD-10 - koder	Endringer i rater per 10 000 innb. 2001-2004 i helseregionene						Endr. i opph. totalt (N=)	
		Øst	Sør	Vest	Midt-Norge	Nord	Totalt		
Endr. i 2 av 5 reg.	Forløsning	O80-O84			-15	-6		-3	-870
	Influenza og pneumoni	J10-J18			5	5		2	1 336
	Rygglidelser	M40-M54			5		5	3	1 626
	Sykd i vener, lymfekar, lymfeknuter	I80-I89			5	13		4	2 136
	Kompl. under fødsel og forløsning	O60-O75			10		-6	1	787
Endr. i 1 av 5 reg.	Lidelser i bryst	N60-N64	5					3	1 444
	Hjernerksyk.	I60-I69	5					2	1 286
	Tilst. svangersk.lengde, fostervekst	P05-P08	5					2	1 170
	Sykd. i årehinne og netthinne	H30-H36	7					3	1 385
	Kroniske sykd i nedre luftveier	J40-J47			-5			-3	-936
	Følgetilst. etter skader, forgiftninger	T90-T98		6				3	1 329
	Nyresvikt	N17-N19		7				4	1 791
	Akutte infeksj i øvre luftveier	J00-J06				-5		-2	-1 041
	Sykd. i mellomøre og ørebensknute	H65-H75					5	1	358
	Fedme og overernæring	E65-E68					5	1	639
	Ondart. svulst fordøyelsesorgan	C15-C26					6	0	346
	Ikke-inflam. tilst. kvinn. kjønnsorgan	N80-N98					7	2	1 369

## 2.10 Regionale endringer i ressursbruk og tilgjengelighet

Innledningsvis stilte vi spørsmål om variasjonene mellom regionene i driftskostnader per innbygger gir grunnlag for å trekke konklusjoner om forskjeller mellom regionene i utviklingen av tilgjengelighet. Vi pekte på at Helse Vest RHF, brukte en noe større andel av de samlede driftskostnadene<sup>26</sup> på psykisk helsevern i 2004 enn i 2001, og på at driftskostnadene per innbygger til den somatiske spesialisthelsetjenesten hadde økt sterkere i Helse Midt-Norge enn i Helse Sør på tross av at oppholdsratene økte mer i Helse Sør enn i Helse Midt-Norge.

<sup>26</sup> Med samlede driftskostnader menes her sum driftskostnader for den somatiske spesialisthelsetjenesten og for psykisk helsevern.



I dette kapitlet har vi påpekt enkelte generelle utviklingstrekk ved tilgjengeligheten til somatiske spesialisthelsetjenester for siste fireårsperiode, som at sykehusbruken har økt mer for menn enn for kvinner, og mer for 50-åringer enn for eldre. Vi har også påpekt at økningen i reinnleggelser og seriebehandlinger har vært lavere for innbyggere i helseregion Midt-Norge enn for innbyggerne i de andre helseregionene, men at det er små variasjoner mellom regionene når det gjelder hvor mange pasientgrupper som har hatt en vesentlig økning i tilgjengeligheten/bruken av sykehustjenester etter eierskapsreformen.

Analysene av tilgjengelighetsutviklingen i dette kapitlet, samt beskrivelsene av både ressurs- og aktivitetsutviklingen i SAMDATA Somatikk Sektorrapport 2004 (Jørgenvåg 2005) viser også at både aktivitetsutviklingen og ressursutviklingen er så kompleks og påvirkes av så mange ulike faktorer at det nærmest er liten grunn til å forvente en sterk sammenheng mellom endringene i totale driftskostnader per innbygger og endringene i aktivitet og tilgjengelighet. Det er likevel mulig at analysene i dette kapitlet bidrar til å belyse forskjellene mellom regionene når det gjelder endring i driftskostnader. For noen pasientgrupper vil en behandling på sykehus være like ressurskrevende om det er tidligere eller nye pasienter som behandles. For andre behandlinger, kan det imidlertid tenkes at flere behandlinger av samme pasient er mindre ressurskrevende enn behandling av flere ulike pasienter. I Helse Midt-Norge har omfanget av reinnleggelser og seriebehandlinger økt mindre enn i de andre regionene. Det er derfor mulig at dette har bidratt til en sterkere økning av driftskostnadene i relasjon til aktivitetsøkningen, enn i de andre regionene.

Dersom vi tar utgangspunkt i endringene i tilgjengelighet definert som endringer i oppholdsrate kontrollert for reinnleggelser og seriebehandling (tilsvarende endringer i antallet pasienter), finner vi samsvar mellom disse og endringene i driftskostnader per innbygger på nasjonalt nivå, og for tre av helseregionene. I helseregionene Øst, Sør og Midt-Norge har endringene i pasientrate samsvart med endringene i totale driftskostnader per innbygger.

I helseregion Øst økte oppholdsrate kontrollert for reinnleggelser og seriebehandlinger med 8,6 prosent, mens økningen i totale driftskostnader per innbygger var 7,9 prosent. I helseregion Sør viste tilsvarende størrelser endringer på 11,4 prosent og 11,7 prosent. I helseregion Midt-Norge økte pasientratene med 15,2 prosent mens driftskostnadene økte med 16,1 prosent. På nasjonalt nivå, var økningen i driftskostnader 10,4 prosent og økningen i pasientrate 10,5 prosent. Dette indikerer et nært forhold mellom *endringer* i tilgjengelighet og *endringer* i totale driftskostnader per innbygger for disse tre regionene..

I helseregion Vest og Nord finner vi lite samsvar mellom den prosentvise økningen i totale driftskostnader og økningen i oppholdsrate eller pasientratene. For innbyggerne i helseregion Vest har økningen i opphold og pasientrate vært betydelig sterkere enn økningen i totale driftskostnader, mens situasjonen har vært den omvendte for innbyggerne i helseregion Nord dersom vi legger oppholdsrate kontrollert for reinnleggelser og seriebehandlinger til grunn for vurderingene.

Når det gjelder Helse Vest, gir utviklingen i aktivitet og tilgjengelighet ingen indikasjoner på hvorfor kostnadsnivået har økt mindre enn i de andre regionene. Beskrivelsene av effektivitetsutviklingen i SAMDATA Somatikk Sektorrapport, kapittel 10, (Ose og Pedersen 2005) viser at Helse Vest RHF har en noe høyere kostnadseffektivitet enn de andre regionene i både 2001 og 2004, men den svakest økningen i kostnadseffektivitet fra 1999 til 2004. Det er dermed lite trolig at mangelen på samsvar mellom endringer i oppholdsrate og kostnadsrate kan forklares av en sterk økning i effektivitet. Kapittel 2 i denne rapporten viste imidlertid at årsverkene i helseregion Vest økte med 10,5 prosent, og indikerer dermed en klar sammenheng mellom endringene i årsverk og endringene i tilgjengelighet, målt som prosentvis endring i rate kontrollert for reinnleggelser og seriebehandlinger.

Pedersen (2005) påpeker i SAMDATA Somatikk Sektorrapport, kapittel 3, at omleggingen av arbeidsgiveravgiften (bortfall av den differensierte arbeidsgiveravgiften) har hatt størst betydning for Helse Nord RHF, og har medført en særlig sterk økning i driftskostnadene i denne regionen fra 2003 til 2004. Dette fremkommer også i statsbudsjettet for 2004 (St. prp. nr. 1 (2004-2005)) hvor basisbevilgningen til de regionale helseforetakene økte med 334,7 millioner til Helse Nord RHF og mellom 15,3 og 49,8 millioner til de andre regionale

helseforetakene p.g.a. omleggingen av arbeidsgiveravgiften i 2004. Vi har derfor også sett på samsvaret mellom økningen i oppholdsrate (med og uten justeringer for reinnleggelser og seriebehandlinger) og endringen i totale driftskostnader per innbygger eksklusive arbeidsgiveravgift. Den prosentvise endringen i totale driftskostnader per innbygger fra 2001 til 2004 eksklusive arbeidsgiveravgift vises i tabell 2.3. Dersom vi legger økningen i driftskostnader justert for endringer i arbeidsgiveravgiften til grunn, finner vi et noe bedre samsvar mellom endringene i kostnader og endringene i oppholdsrate kontrollert for reinnleggelser og seriebehandlinger, men det er likevel ikke et like sterkt samsvar mellom endringene i tilgjengelighet og kostnader i Helse Nord RHF som for Helse Øst, Sør og Midt-Norge. I Helse Nord er det imidlertid et klart samsvar mellom endringene i opphold totalt, og endringene i totale driftskostnader.

Tabell 2.3 Prosentvis endring i oppholdsrate og driftskostnader per innbygger for somatiske spesialisthelsetjenester fra 2001 til 2004.

	Prosent endr. oppholdsrate totalt 2001-2004	Pst endr. oppholdsrate kontrollert for seriebehandlinger og reinnleggelser 2001- 2004 <sup>1</sup>	Pst endr. totale driftskostnader per innbygger 2001- 2004 <sup>2</sup>	Pst endr. totale driftskostnader per innbygger eksklusive arbeidsgiveravgift <sup>23</sup>
Helseregion Øst	13,7 %	8,6 %	7,9 %	7,8 %
Helseregion Sør	22,8 %	11,4 %	11,7 %	11,5 %
Helseregion Vest	17,7 %	11,0 %	5,3 %	3,0 %
Helseregion Midt-Norge	16,7 %	15,2 %	16,1 %	16,5 %
Helseregion Nord	15,4 %	8,2 %	16,9 %	11,4 %
<b>Totalt</b>	<b>16,9 %</b>	<b>10,5 %</b>	<b>10,4 %</b>	<b>9,2 %</b>

<sup>1</sup>Endringene i opphold kontrollert for reinnleggelser og seriebehandlinger tilsvarer endringene i pasientrate.

<sup>2</sup>Endring beregnet ut fra faste priser 2004

<sup>3</sup>Endring basert på regnskapstall for totale driftskostnader eksklusive arbeidsgiveravgift i 2002 og 2004. Omfanget av arbeidsgiveravgiften for 2001 er estimert ved å anta at de utgjorde en like stor andel av de totale driftskostnadene i 2001 og 2002.

## 3 Psykisk helsevern etter eierskapsreformen: Økt tilgjengelighet – for hvem – i hvilke regioner

Per Bernhard Pedersen, Helge Hagen, Marit Sitter og Solfrid Lilleeng

### 3.1 Har tilgjengeligheten til det psykiske helsevernet økt i takt med driftskostnadene?

I kapittel 1 ble det pekt på at driftskostnadene per innbygger til det psykiske helsevernet har økt med 8,6 prosent<sup>27</sup> over perioden 2001 til 2004. Denne veksttakten er imidlertid betydelig lavere enn for somatiske spesialisthelsetjenester, der driftskostnadene i samme periode økte med 10,4<sup>28</sup> prosent. Sterkest vekst har det likevel vært i driftskostnadene til psykisk helsevern for barn og unge, som, målt per innbygger totalt, økte med hele 30 prosent. Driftskostnader til psykisk helsevern for voksne økte med mer beskjedene 3,8 prosent<sup>29</sup>.

SAMDATA Psykisk helsevern sektorrapport viste også vesentlige variasjoner mellom regionene når det gjaldt økningen i totale driftskostnader per innbygger til det psykiske helsevernet. Driftskostnad per innbygger økte med 17 prosent for helseregion Nord, mot mer beskjedene 1,4 prosent<sup>30</sup> for helseregion Øst. For de øvrige regioner var kostnadsøkningen mellom ni og elleve prosent.

Som vist i kapittel 1 finner vi tilsvarende forskjeller i veksttakt mellom regionene når det gjelder utgifter til somatiske spesialisthelsetjenester. Dette kan indikere endrede prioriteringer mellom sektorene på regionnivå. Helseregion Vest har i perioden 2001 til 2004 økt andel driftskostnadene<sup>31</sup> til det psykisk helsevernet, mens helseregion Øst, helseregion Midt-Norge, og i mindre grad helseregion Sør, har redusert denne andelen. Fordelingen av driftskostnadene mellom somatikken og det psykisk helsevernet har holdt seg uendret i helseregion Nord.

I dette kapitlet vil vi undersøke *hvilken betydning disse endringene kan hevdes å ha hatt for tilgjengeligheten til tjenester fra det psykiske helsevernet i de ulike regionene*. Øker aktiviteten mest i helseregion Nord, og minst i helseregion Øst? Vi ønsker også å undersøke for hvilke grupper som særlig har fått økt tilgang til tjenestene. Tjenester til barn og unge, og tjenester til voksne vil bli behandlet separat.

---

<sup>27</sup> Tallene er korrigerert for endringer i rusomsorgen i 2004 og for gjestepasienter. Driftskostnadene per innbygger uten korrigeringer for rusomsorgen, økte med 7,2 prosent og driftskostnader totalt (uten korrigeringer for befolkning) økte med 11,4 prosent inkl den delen av rusomsorgen som var underlagt det psykiske helsevernet i perioden 2001-2003.

<sup>28</sup> Driftskostnader totalt (ikke korrigerert for innbyggertall) økte med 12,9 prosent.

<sup>29</sup> Korrigerert for endringer i rusomsorgen var økningen 5,3 prosent.

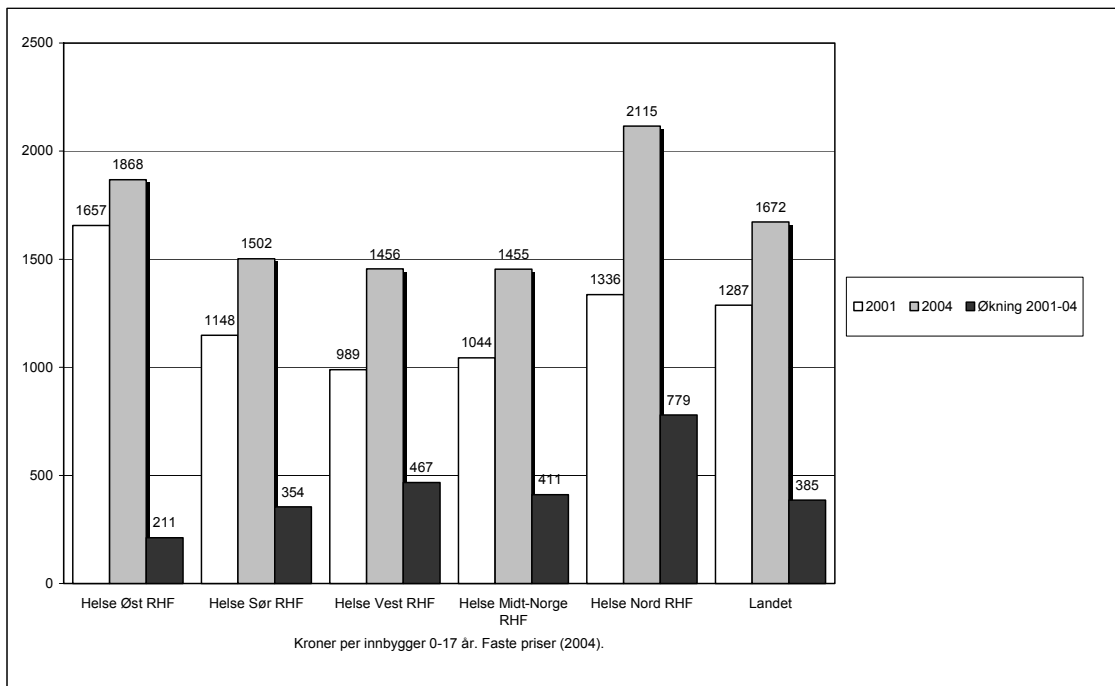
<sup>30</sup> Økningen blir 3,8 prosent om vi korrigerer for endret regnskapsføring knyttet til rusreformen, jmf kapittel 1.

<sup>31</sup> Andel av samlede driftsutgifter per innbygger til den somatiske spesialisthelsetjenesten og psykisk helsevern.

## 3.2 Aktivitet og kostnader i tjenestene for barn og unge

De regionale helseforetakenes driftskostnader til tjenester for barn og unge har økte med 385 kroner, eller 30 prosent, målt per innbygger i alderen 0-17 år. Figur 3.1 viser utviklingen på regionnivå.

Figur 3.1 Driftskostnader til psykisk helsevern for barn og unge 2001 og 2004. Kroner per innbygger 0-17 år. Faste priser (2004).



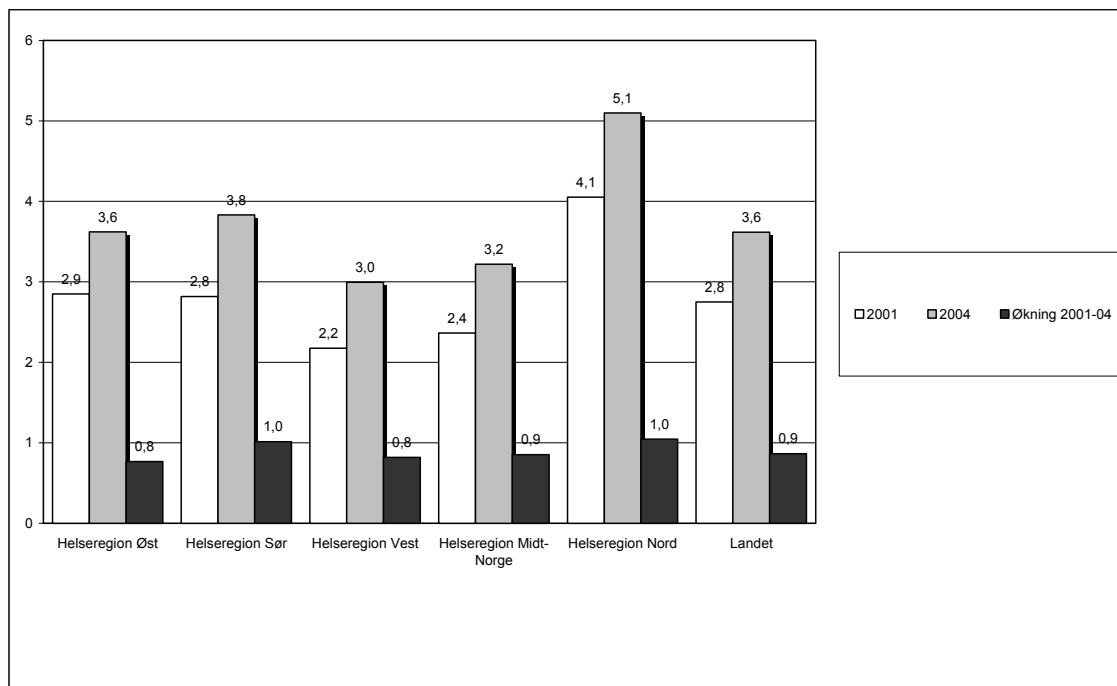
Helseregion Øst, som i utgangspunktet hadde de klart høyeste utgiftene, har samtidig hatt den laveste veksten både absolutt og relativt (13 prosent), og har dermed nærmet seg de øvrige regionale foretakene. Helseregion Nord, som ved siden av helseregion Øst var det eneste regionale foretaket med utgifter over landsgjennomsnittet, har imidlertid økt driftskostnadene langt mer enn de øvrige foretakene både absolutt og relativt (58 prosent), og har nå de desidert høyeste driftskostnadene til tjenester for barn og unge. Den sterkere veksten i helseregion Nord skyldes delvis omleggingen av arbeidsgiveravgiften fra 2004, en omlegging som særlig rammet Nord-Norge. I tillegg har helseregion Nord hatt en svakere vekst i barne- og ungdomsbefolkningen enn de øvrige regioner. For helseregion Sør, helseregion Vest og helseregion Midt-Norge var den relative veksten hhv 31, 47 og 39 prosent.

Spørsmålet blir dermed om dette har ført til en tilsvarende økning i tilgjengelighet til tjenestene, og eventuelt hvilke grupper som har nytt godt av denne økte tilgjengeligheten.

Som mål på tilgjengelighet vil vi bruke andel av barne- ungdomsbefolkningen (0-17 år) som er under utredning eller behandling. I Opptrappingsplanen for psykisk helse er målsettingen at fem prosent skal ha et slikt tilbud innen utgangen av opptrappingsperioden (2008).

Figur 3.2 viser endring i samlet behandlingsrate på landsbasis og for hver av regionene.

Figur 3.2 Prosent av barn og unge 0-17 år som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater for 2001 og 2004, samt økning i raten over perioden. Helseregioner.



I løpet av tre år har dekningsgraden økt fra 2,8 til 3,6 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen. Vi har altså fått en vekst i andelen som mottar behandling på 0,9 prosentpoeng eller 31 prosent. Helseregion Nord er regionen med høyest behandlingsrate begge år. Denne regionen er samtidig den regionen, som sammen med helseregion Sør, har hatt den største veksten i behandlingsraten når det gjelder absolutte tall (1,0 prosentpoeng). På grunn av langt høyere dekningsgrad i utgangspunktet, har helseregion Nord likevel den relativt sett laveste veksten (26 prosent). De øvrige regioner har en absoluttvekst på 0,8-0,9 prosentpoeng. Størst relativ vekst (38 prosent) hadde helseregion Vest, pga lav dekningsgrad i utgangspunktet.

I hvilken grad er det så samsvar i veksttakten for driftskostnadene og tilgjengelighet målt ved behandlingsrater. I tabell 3.1 har vi ført opp prosentvis endring i driftskostnadene per innbygger og i tillegg ført opp endringer i behandlingsrate for landet totalt, og for de regionale helseforetakene.

Tabell 3.1 Absolutt og relativ endring i driftskostnader og dekningsgrad innen psykisk helsevern for barn og unge i forhold til innbyggere 0-17 år. Endring 2001-2004. Helseregioner.

Helseregion	Absolutt endring		Prosentvis endring	
	Driftskostnader (kr/innb.)	Behandlingsrate (pasienter per 10 000 innb.)	Driftskostnader (prosent endring)	Behandlingsrate (prosent endring)
Helseregion Øst	211	0,8	13	27
Helseregion Sør	354	1,0	31	36
Helseregion Vest	467	0,8	47	38
Helseregion Midt-Norge	411	0,9	39	36
Helseregion Nord	779	1,0	58	26
Landet	385	0,9	30	31

På landsbasis har dekningsgraden økt om lag i samme takt som driftskostnadene, med hhv 31 og 30 prosent. Som det skulle framgå av tabellen, er det imidlertid ingen entydig sammenheng mellom økning i driftskostnader og økning i behandlingsraten på regionnivå, verken om vi ser på de absolutte eller de relative endringene. Ser vi først på de absolutte endringene, er det relativt små variasjoner i økt dekningsgrad mellom regionene. Helseregion Øst har den laveste økningen i dekningsgrad, og samtidig den laveste økningen i driftskostnader. Helseregion Vest har hatt en like lav økning i behandlingsratene som helseregion Øst, men en betydelig større økning i driftskostnadene. Helseregion Nord har økning i dekningsgrad på 1,0. En tilsvarende økning i dekningsgrad har imidlertid også helseregion Sør, med under halvparten så stor økning i driftskostnadene.

Tilsvarende forskjeller i endringsgrad finner vi også om vi ser på de prosentvise endringene. Helseregion Øst har eksempelvis en langt sterkere økning i behandlingsraten enn i driftskostnadene, mens helseregion Nord, som har mer enn fire ganger så sterk økning i driftskostnadene som helseregion Øst, har, sammen med helseregion Øst, den laveste økningen i dekningsgrad.

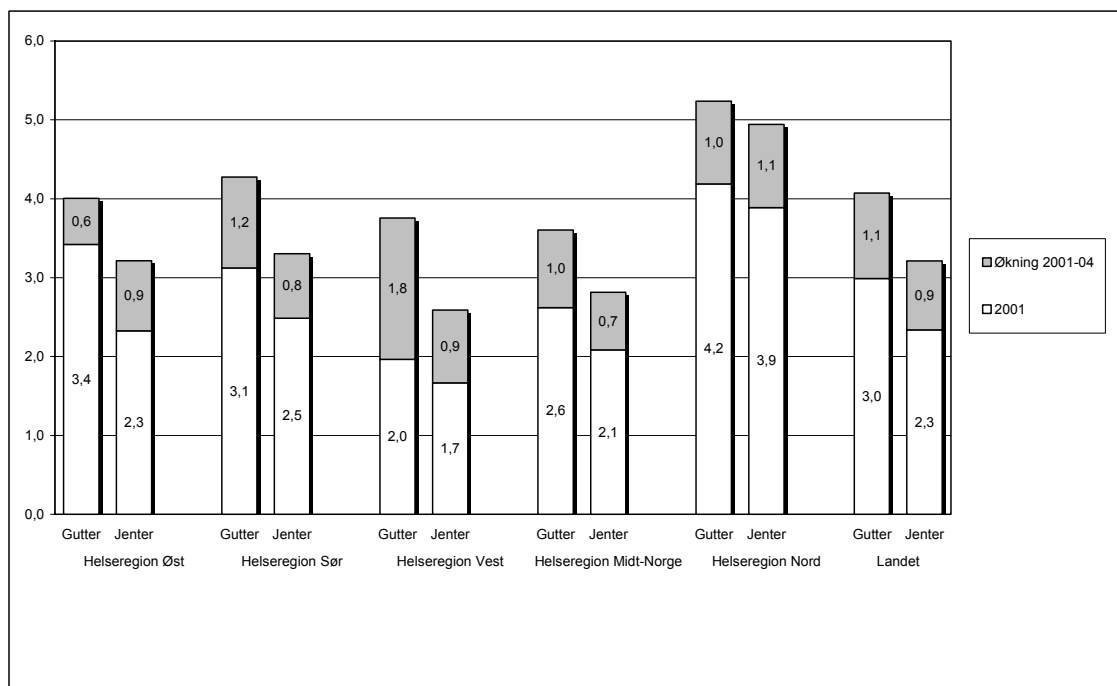
Spørsmålet blir da om det er spesielle grupper som har fått bedret tilgang til tjenestene i løpet av perioden.

### 3.3 Økt tilgjengelighet for hvem, i hvilke regioner. Psykisk helsevern for barn og unge

#### 3.3.1 Økt tilgjengelighet for gutter?

Figur 3.3 viser behandlingsraten fordelt etter kjønn for regionene. Nederste del av søylene viser dekningsgraden i 2001, mens den øvre del av søylen viser *økning* i dekningsgrad fra 2001 til 2004. Summen blir da dekningsgraden i 2004.

Figur 3.3 Prosent av barn og unge 0-17 år som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter kjønn for 2001 og 2004, samt økning i raten over perioden. Helseregioner.

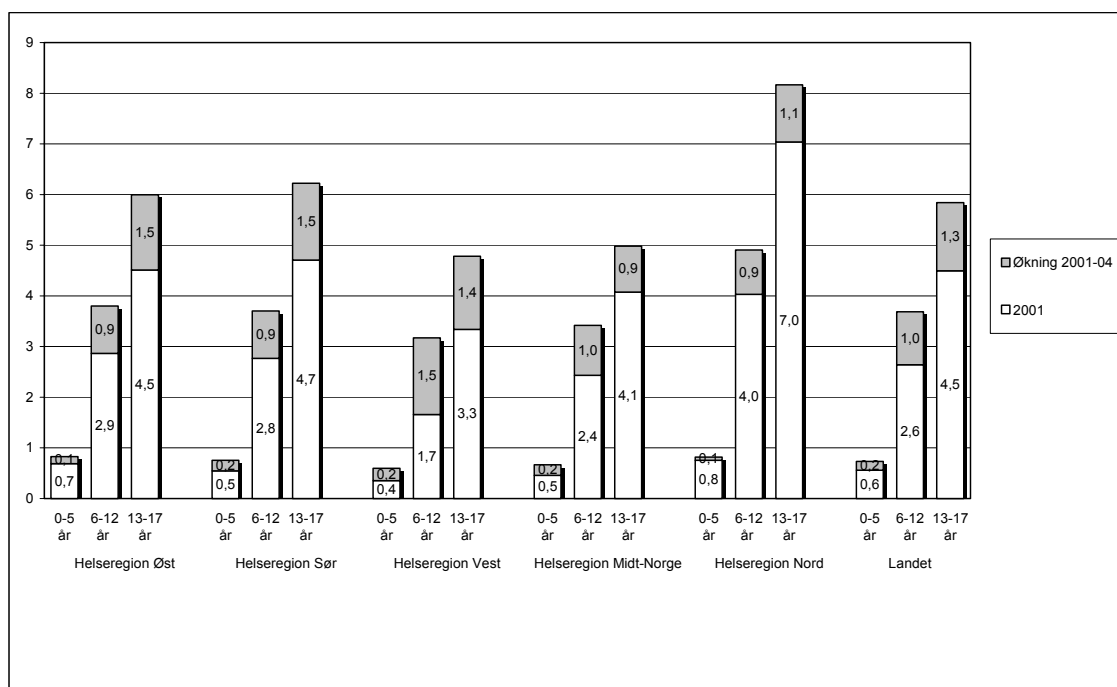


For begge år og for alle regioner er behandlingsraten høyere for gutter enn for jenter. På landsbasis har også økningen i raten vært noe større for gutter enn for jenter. Her er det imidlertid klare forskjeller i utvikling på region-nivå. Særlig helseregion Vest, men også helseregion Sør og helseregion Midt-Norge har en markert høyere økning i ratene for gutter enn for jenter. Motsatt mønster finner vi for helseregion Øst, med en markert større økning i raten for jenter enn for gutter. I helseregion Nord er økningen på om lag samme nivå for begge kjønn.

### 3.3.2 Behandlingsratene øker mest for ungdom

Figur 3.4 viser behandlingsraten fordelt etter alder i regionene. Nederste del av søylene viser dekningsgraden i 2001, mens den øvre del av søylen viser økning i dekningsgrad fra 2001 til 2004. Summen viser dekningsgraden i 2004.

Figur 3.4 Prosent av barn og unge 0-17 år som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter alder for 2001 og 2004, samt økning i raten over perioden. Helseregioner.



For begge år og for alle regioner er behandlingsraten høyest for ungdomsgruppen (13-17 år) med en rate på 5,8 prosent i 2004, fulgt av barneskolegruppen (6-12 år) med 3,6 prosent. For førskolebarna (0-5 år) er behandlingsraten betydelig lavere (0,8 prosent). Økningen i ratene følger i hovedsak samme mønster, med størst økning for ungdomsgruppen og minst for førskolegruppen. Unntaket fra dette mønsteret finner vi i helseregion Vest og helseregion Midt-Norge, som har en økning i ratene for barneskolegruppen på linje med den vi finner for ungdomsgruppen.

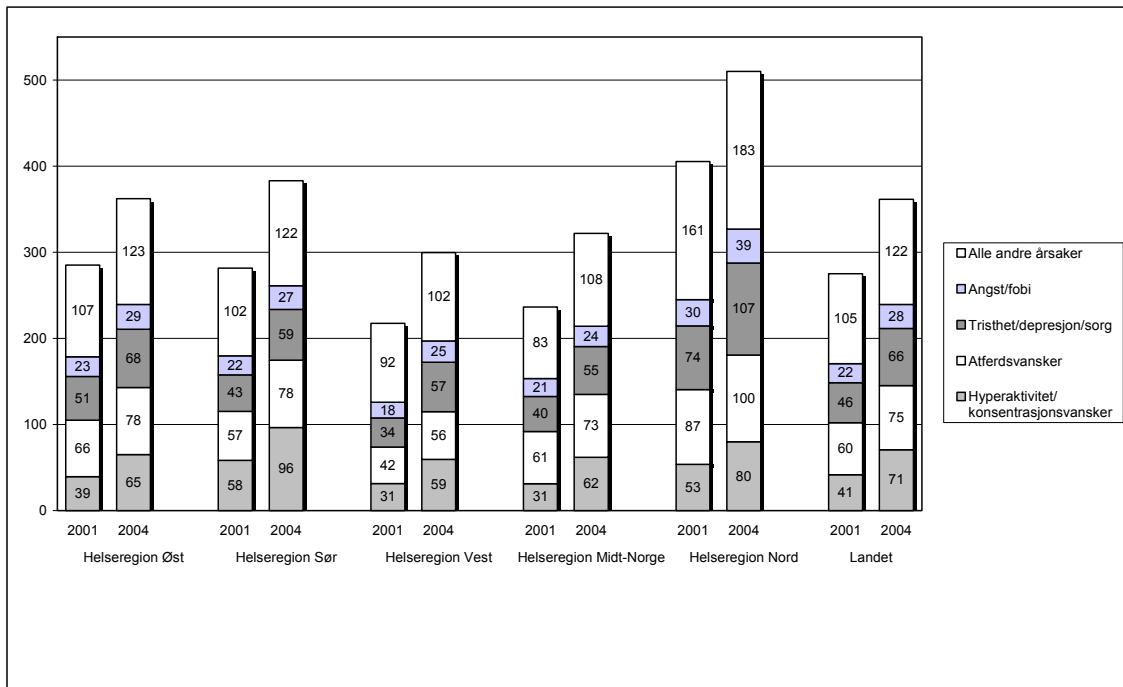
### 3.3.3 Fordeling etter henvisningsgrunn

Vi vil i dette avsnittet se på endring i behandlingsrater etter problemområde. Registreringen av diagnose er imidlertid mangelfull i pasientregisteret, med manglende diagnose for cirka halvparten av pasientene. Vi har derfor i stedet valgt å undersøke problemområde med utgangspunkt i viktigste henvisningsgrunn. I tabell 3.5 bakerst i kapitlet gis en detaljer oversikt over behandlingsrater fordelt etter henvisningsgrunn på landsbasis og på regionnivå. Også her mangler vi opplysninger for en del av pasientene. Andelen varierer også mellom år og regioner. For å kunne studere utviklingen har vi derfor korrigert ratene forholdsmessig etter andel mangelfull registrering i hver region for hvert av årene. Fordi gruppene er små, standardiseres ratene i forhold til 10 000, og ikke per 100 innbyggere som i det foregående.

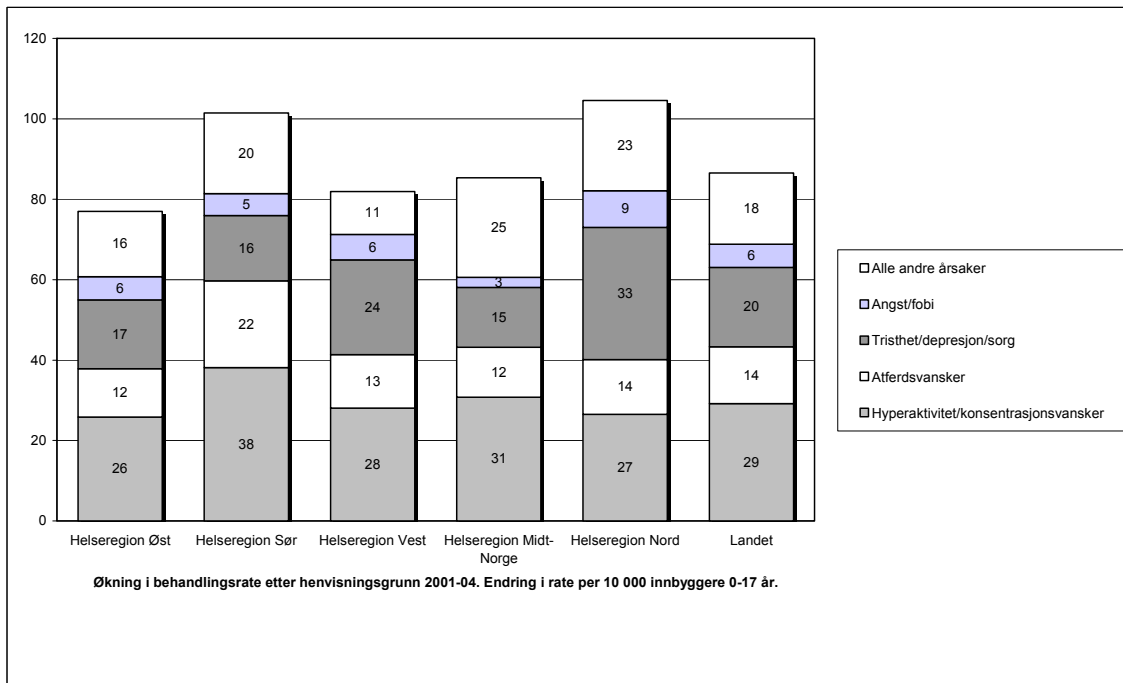
Figur 3.5 viser behandlingsratene for de hyppigste henvisningsgrunnene i 2001 og 2004, totalt og på regionnivå. I figuren har vi i tillegg satt inn raten for (alle) andre henvisningsgrunner. Figur 3.6 viser de tilsvarende endringene i rate fra 2001 til 2004.



Figur 3.5 Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn. Psykisk helsevern for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. Helseregioner 2001 og 2003.



Figur 3.6 Økning i behandlingsrate etter viktigste henvisningsgrunn 2001-2004 innen psykisk helsevern for barn og unge. Endring i rate per 10 000 innbyggere 0-17 år.



På landsbasis står fire henvisningsgrunner for over 66 prosent av behandlingsaktiviteten i 2004. Dette gjelder atferdsvansker (21 prosent i 2004), hyperaktivitet/ konsentra-

sjonsvansker (20 prosent), tristhet/depresjon/sorg (18 prosent) og angst/fobier (8 prosent). Disse sto samtidig for 80 prosent av økningen behandlingsratene.

Størst økning i behandlingsratene finner vi for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker, med en økning i behandlingsraten på 29 per 10 000 innbyggere 0-17 år. Veksten har vært sterkest i helseregion Sør (38 per 10 000), lavest i helseregion Øst (26) og helseregion Nord (27). I helseregion Øst gjenspeiler dette den generelt lavere økningen i aktiviteten i denne regionen enn i de øvrige regionene. Helseregion Nord har derimot den største økningen totalt sett. Helseregion Sør var den regionen som hadde den høyeste behandlingsraten for hyperaktivitet/ konsentrasjonsvansker, og har økt ratene ytterligere i forhold til øvrige regioner. Helseregion Nord ligger over landsgjennomsnittet begge år.

Vi finner også en betydelig økning i behandlingsratene for tristhet/depresjon/sorg (økning på 20 per 10 000 innbyggere 0-17 år). Helseregion Nord skiller seg her ut med en langt kraftigere økning i raten enn de øvrige regioner (33/10 000), selv om regionen også i 2001 hadde en betydelig høyere behandlingsrate enn de øvrige regionene. Lavest økning finner vi i helseregion Midt-Norge. Dette var samtidig den regionen som (nest etter helseregion Vest) hadde den laveste behandlingsraten i 2001.

Også for atferdsvansker finner vi på landsbasis en betydelig økning i behandlingsratene (14/10 000). Økningen er her størst i helseregion Sør (22/10 000), mens den i de øvrige regioner varierer mellom 12 og 14 per 10 000.

Behandlingsratene for angst og fobier er betydelig lavere enn for de foregående henvisningsårsakene. Veksten er også tilsvarende lavere, med en økning i behandlingsraten på landsbasis på 6 per 10 000. Økningen var størst i helseregion Nord (9/10 000), lavest i helseregion Midt-Norge (3/10 000).

På landsbasis har ingen andre henvisningsgrunner hatt en økning i behandlingsraten på over fem per 10 000. Med unntak av helseregion Nord, der behandlingsraten for spiseproblemer øker fra 12 til 17 per 10 000, gjelder dette også på regionnivå. På landsbasis har det ellers vært en relativt sett betydelig økning i behandlingsraten for lærevansker (45 prosent økning). Veksten gjelder særlig i helseregion Vest og helseregion Midt-Norge.

### 3.4 Aktivitet og driftskostnader i tjenestetilbudet for voksne

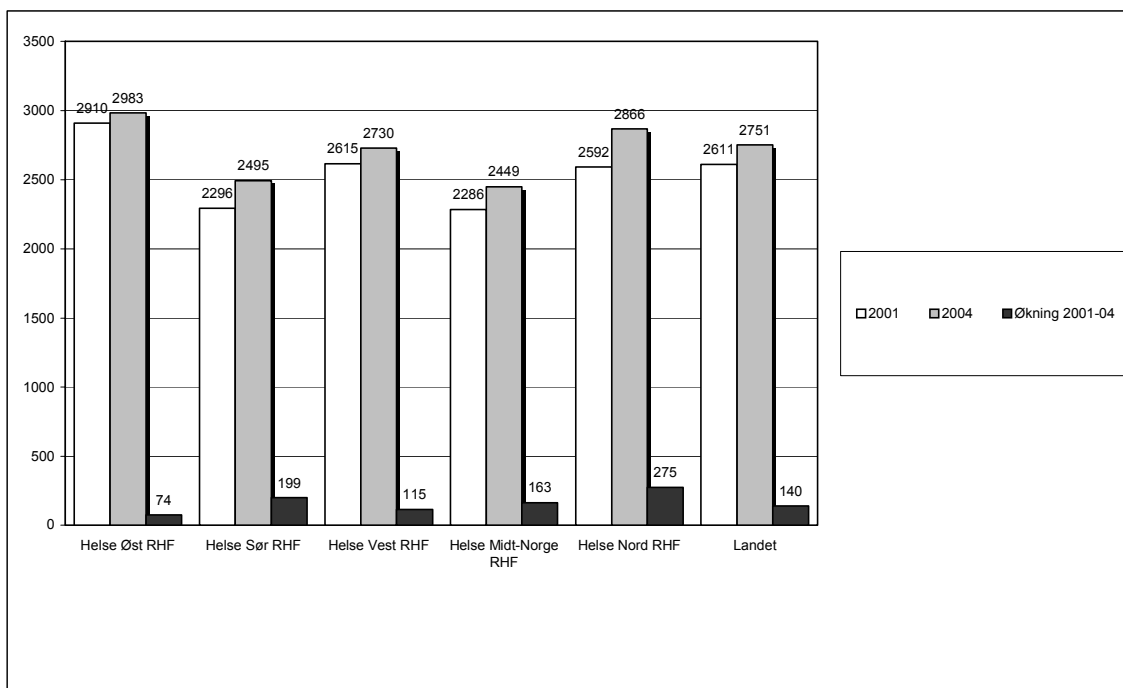
Veksten i driftskostnader har vært langt svakere i tjenestene for voksne enn i tjenestene for barn og unge. På landsbasis økte driftskostnadene med 140 kroner per innbygger 18 år og eldre fra 2001 til 2004 (faste priser). Dette tilsvarer en realvekst på 5,3 prosent. I figur 3.7 er kostnadsøkningen brutt ned på de regionale helseforetakene<sup>32</sup>.

Kostnadsøkningen varierer likevel mellom de regionale foretakene. Mens helseregion Nord har en kostnadsøkning på 275 kroner per innbygger 18 år og eldre (10,6 prosent) og helseregion Sør har en økning på 199 kroner (8,7 prosent), er veksten betydelig mer beskjeden i helseregion Øst (74 kroner/2,5 prosent). Helseregion Vest og helseregion Midt-Norge kommer i en mellomstilling (med hhv 115 kroner/4,4 prosent og 163 kroner/7,1 prosent).

---

<sup>32</sup> Kostnadene for 2004 er korrigeret for organisasjonsendring knyttet til rusomsorgen, slik at kostnader trukket ut fra det psykiske helsevernet fra 2004 er lagt tilbake. Tallene er derfor ikke direkte sammenlignbare med kostnadstallene i SAMDATA sektorrapport Psykisk helsevern.

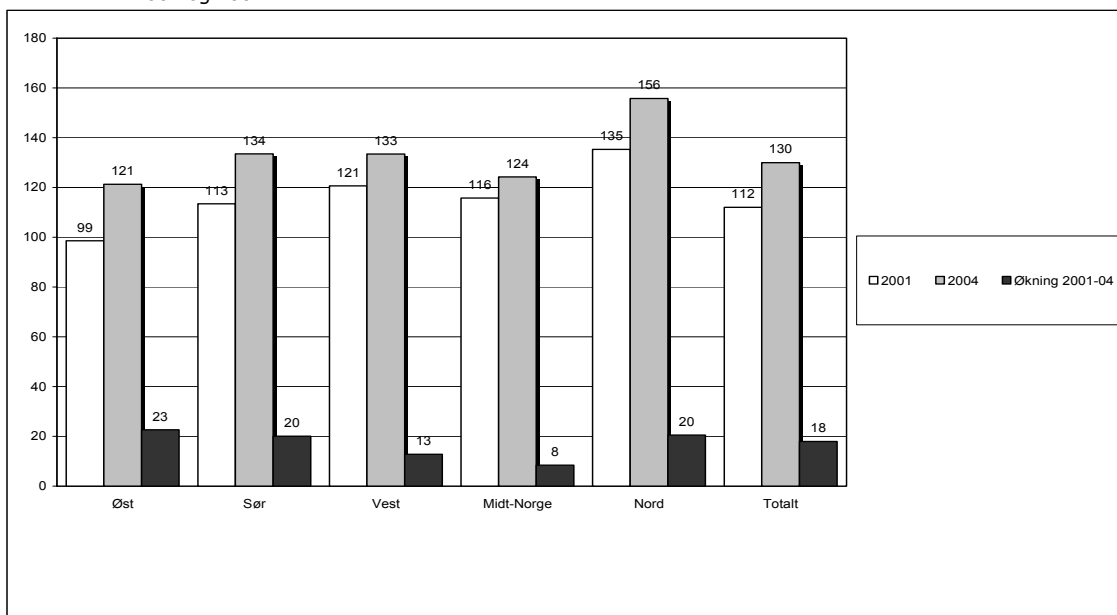
Figur 3.7 Driftskostnader til psykisk helsevern for voksne inklusive rusomsorg. Kroner per innbygger 18 år og eldre 2001 og 2004. Faste priser 2004.



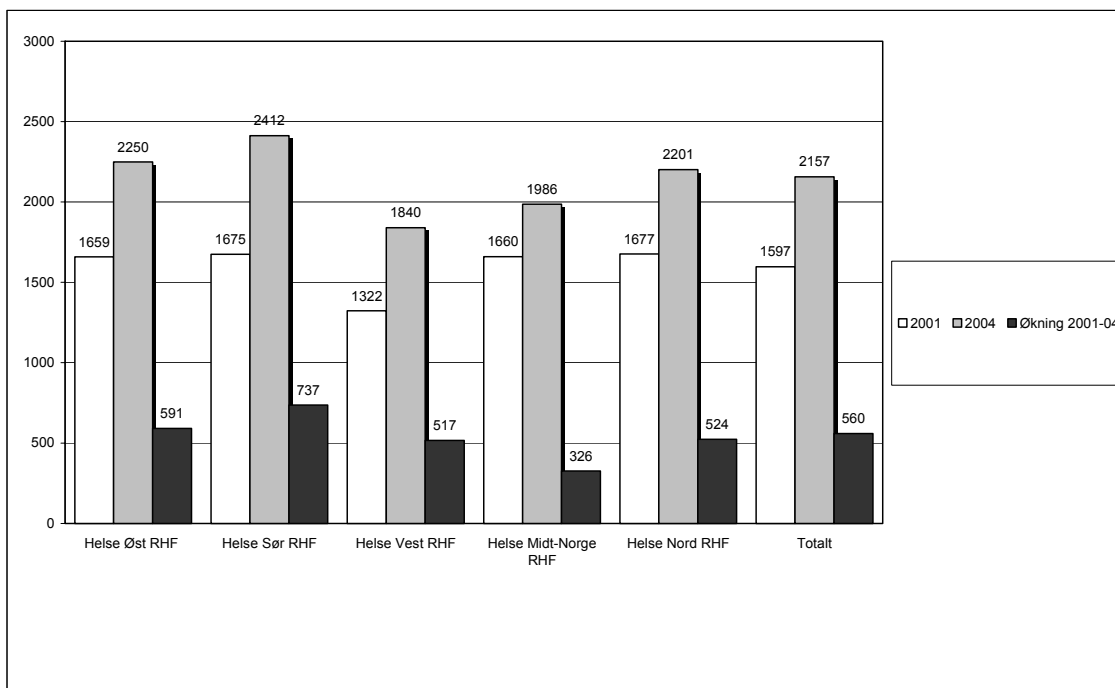
Spørsmålet blir dermed om vi likevel har fått en økning i tilgjengeligheten til tjenestene. Vi vil undersøke dette med utgangspunkt i rater for polikliniske konsultasjoner og antall døgnopphold, sett i forhold til voksenbefolkningen (18 år og eldre).

Figur 3.8 viser utviklingen i antall døgnopphold (avsluttede og uavsluttede), sett i forhold til antall innbyggere 18 år og eldre. Figur 3.9 viser den tilsvarende utviklingen i tallet på polikliniske konsultasjoner.

Figur 3.8 Døgnopphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre innen psykisk helsevern for voksne.. Helseregioner 2001 og 2004.



Figur 3.9 Polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne per 10 000 innbyggere 18 år og eldre 2001 og 2004. Etter poliklinikkens tilknytningsregion.



På landsbasis har det vært en økning i antall døgnopphold på 18 opphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Dette tilsvarer en økning på 16 prosent. Det er imidlertid ikke ubetydelige forskjeller i veksttakten mellom regionene. Helseregion Midt-Norge har både absolutt og relativt den laveste veksten (13 opphold/7 prosent). Størst vekst, både absolutt og relativt finner vi i helseregion Øst (23 opphold/23 prosent). For helseregion Sør, helseregion Vest og helseregion Nord var økningen hhv 20 opphold/18 prosent, 13 opphold/11 prosent og 20 opphold/15 prosent.

Økningen i ratene for poliklinisk behandling er betydelig sterkere enn for døgnopphold. På landsbasis økte antall konsultasjoner med 560 per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Dette tilsvarer en økning på 35 prosent. Igjen finner vi den laveste økningen, både absolutt og relativt for helseregion Midt-Norge (326 konsultasjoner per 10 000 innbygger 18 år og eldre/20 prosent). Størst er økningen, både absolutt og relativt for helseregion Sør (737 konsultasjoner/44 prosent). For helseregion Øst, helseregion Vest og helseregion Nord var den relative veksten hhv 36, 39 og 31 prosent.

Tabell 3.2 Absolutte og relative endringer 2001-2004 i kostnader og aktivitet innen psykisk helsevern for voksne.

Helseregion	Absolutt endring			Prosentvis endring		
	Drifts- kostnader (kr/innb.)	Døgn- opphold (per 10 000 innb.)	Konsulta- sjoner (per 10 000 innb.)	Drifts- kostnader per innbygger	Opphold per innbygger	Konsulta- sjoner per innbygger
Helseregion Øst	74	23	591	2,5	23	36
Helseregion Sør	199	20	737	8,7	18	44
Helseregion Vest	115	13	517	4,4	11	39
Helseregion Midt- Norge	163	8	326	7,1	7	20
Helseregion Nord	275	20	524	10,6	15	31
Landet	140	18	560	5,3	16	35

### 3.5 Økt tilgjengelighet for hvem – i hvilke regioner. Psykisk helsevern for voksne.

I perioden 2001-2004 har den polikliniske kapasiteten i psykisk helsevern for voksne økt betydelig. Selv om det samtidig har funnet sted en markert reduksjon i antall døgnplasser, har også antall opphold ved døgninstitusjonene økt i alle helseregioner – på grunn av kortere oppholdstider<sup>33</sup>. Volumøkningen gjenspeiler hovedsakelig at flere pasienter tas inn til behandling, og ikke flere døgnopphold/polikliniske sekvenser til hver pasient. Totalt sett har altså antall pasienter som mottar behandling økt etter eierskapsreformen i 2002.

I fortsettelsen belyses hvem – i hvilke helseregioner - som i særlig grad har fått økt tilgang til spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern for voksne som følge av denne volumøkningen i de tre årene fra den statlige overtagelsen til 2004.

Den løpende registreringen av aktiviteten i psykisk helsevern for voksne, innhentet av NPR, er ikke tilstrekkelig komplett til å kunne beregne sammenlignbare befolkningsbaserte rater brutt ned på kjønn, alder og diagnose for disse årene. I denne delen av kapitlet benyttes derfor data fra to landsdekkende registreringer av pasienter ved døgninstitusjoner og under poliklinisk behandling, gjennomført av SINTEF Helse i 2000 og 2004. Disse tverrsnittsregistreringene fanger opp praktisk talt alle pasienter – og hva som karakteriserer dem – på gitte tidspunkt hvert av årene.<sup>34</sup> Pasientene er fordelt til sine respektive helseregioner med utgangspunkt i *bosted*<sup>35</sup>.

De polikliniske tilbud, som omfattet om lag 72 prosent av samtlige pasienter<sup>36</sup> ved registreringen i 2000, og 84 prosent i 2004, har vært under rask utbygging. Vi har derfor primært lagt vekt på å belyse hvilke befolkningsgrupper som har fått økt tilgjengelighet til polikliniske tilbud som følge av denne volumøkningen. Dette er gjort ved å beregne antall pasienter i de ulike befolkningsgrupper per 10 000 innbyggere 18 år og eldre før og etter eierskapsreformen.

<sup>33</sup> Dette skyldes hovedsakelig at det er døgnplasser ved psykiatriske sykehjem som er nedlagt – institusjoner som gjennomgående har hatt lange oppholdstider, og få utskrivinger, mens oppholdene ved de gjenværende døgninstitusjonene – psykiatriske sykehusavdelinger og DPS-er – har blitt kortere.

<sup>34</sup> Ved døgninstitusjonene fant registreringene sted 1 november 1999 og 20 november 2003, mens registreringene ved poliklinikkene fant sted over en 14-dagersperiode i mars 2000 og september 2004..

<sup>35</sup> Med unntak av polikliniske pasienter i 2004, der vi har anvendt poliklinikkens tilknytningsregion

<sup>36</sup> Innlagt ved døgninstitusjon, eller under poliklinisk behandling på et bestemt tidspunkt

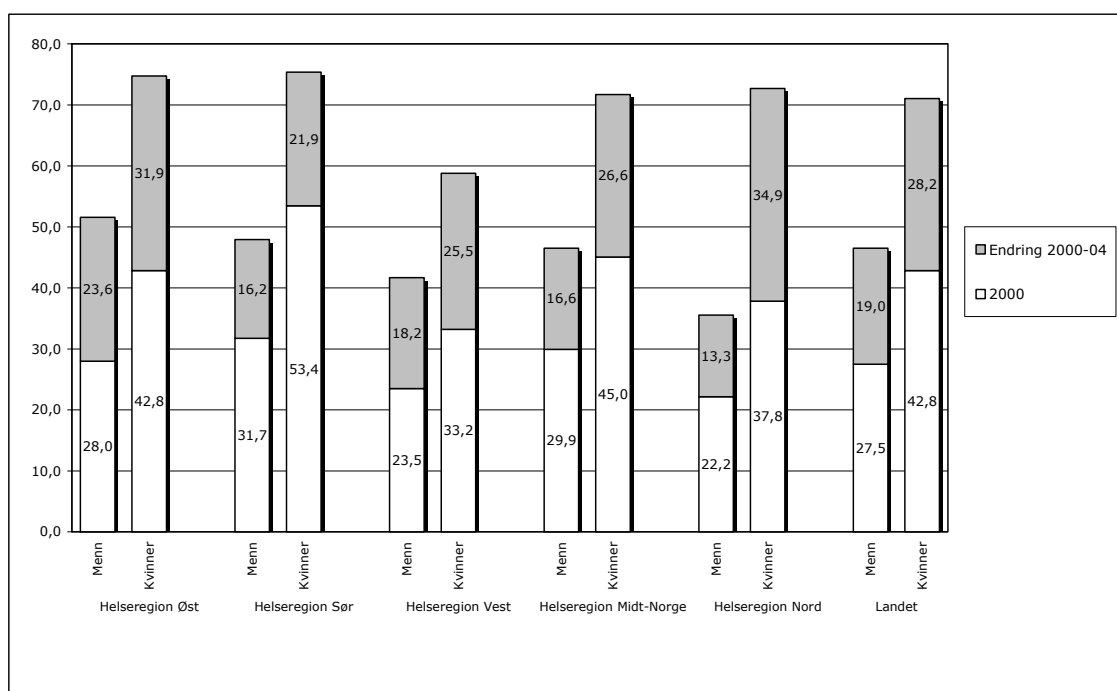
Ved døgninstitusjonene, der det har funnet sted en reduksjon i antall pasienter, vil endringer i tilgjengelighet best fremkomme ved å belyse hva som kjennetegner pasientene på de to tidspunktene, altså vise eventuelle endringer i pasientsammensetning ved døgninstitusjoner i løpet av perioden.

### 3.6 Hvem nyter godt av den økte polikliniske behandlingsaktiviteten?

#### 3.6.1 Økt tilgjengelighet for kvinner

Figur 3.10 viser i hvilken grad økningen i de polikliniske tilbud har nådd frem til henholdsvis menn og kvinner.

Figur 3.10 Antall pasienter per 10 000 innbyggere etter kjønn og helseregion. Poliklinikker i psykisk helsevern for voksne. 2002 og 2004.



Følgende tre hovedtrekk kan leses av figuren:

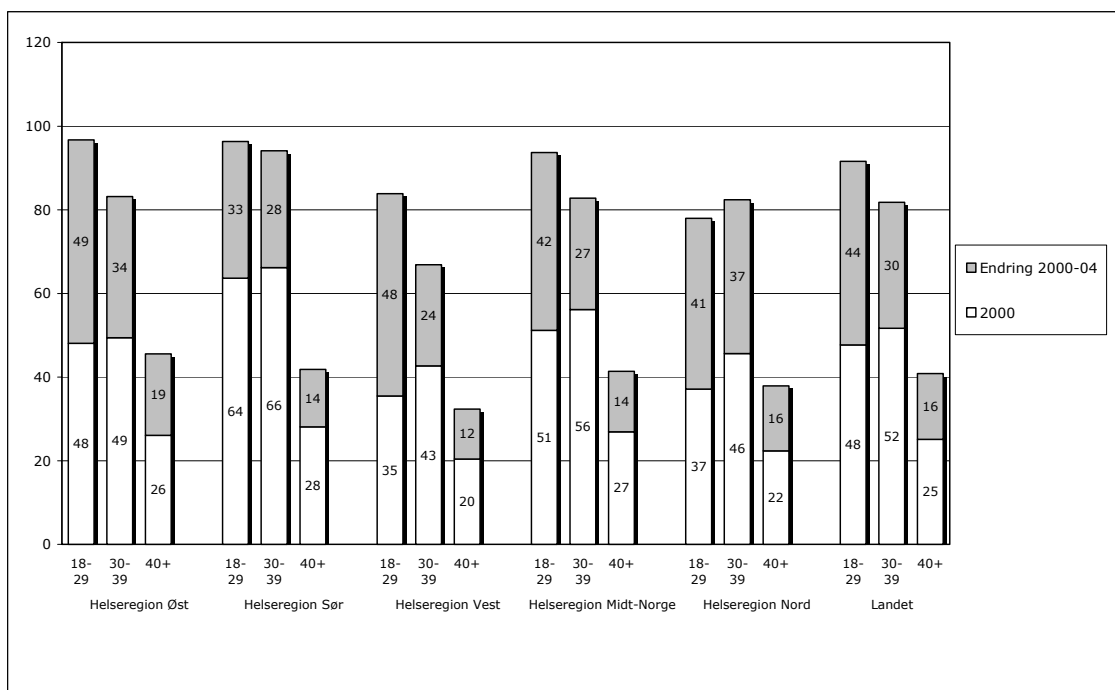
- Før eierskapsreformen var det i forhold til folketallet flere kvinner enn menn som mottok polikliniske tilbud i alle helseregioner.
- Denne tendensen er videreført også etter reformen – i samtlige regioner har veksten i pasienttallet per innbygger vært større blant kvinner enn blant menn.
- Det har vært en markert tendens til utjevning blant helseregionene. Med unntak av helseregion Vest hadde alle helseregioner litt i overkant av 70 kvinnelige polikliniske pasienter per 10 000 innbyggere i 2004.

Det er her verd å nevne at til tross for den meget sterke aktivitetsveksten ved offentlige poliklinikker de senere år, og at tilgjengeligheten til polikliniske tjenester helt klart er høyest blant kvinner, er prosentandelen av kvinnebefolkningen 18 år og eldre som mottar slike

tilbud "bare" 0,7 prosent, en dekningsgrad som altså er i en helt annen størrelsesorden enn hva tilfellet er for barn- og unge (3,6 prosent ).

### 3.6.2 Økt tilgjengelighet for de yngste voksne

Figur 3.11 Antall pasienter per 10 000 innbyggere etter alder og helseregion. Poliklinikker i psykisk helsevern for voksne. 2000 og 2004.



Følgende hovedtrekk kan leses av figuren:

- Før eierskapsreformen var det i forhold til folketallet flest pasienter i aldersgruppen 30-39 år i samtlige helseregioner.
- I løpet av perioden har veksten vært størst i den yngste aldersgruppen (18-29 år) i samtlige helseregioner, slik at det nå er disse det er flest av i forhold til folketallet i alle regionene. Det er altså et helt entydig mønster at de "yngste voksne" har blitt prioritert ved poliklinikkene etter eierskapsreformen
- Med unntak av helseregion Nord er det de helseregionene som i utgangspunktet hadde lavest dekningsgrad for aldersgruppen 18-29 år som har hatt størst økning, slik at det har skjedd en utjevning i dekningsgrad for denne aldersgruppen.
- Pasienter over 40 år ble lavest prioritert ved poliklinikkene før eierskapsreformen. Denne tendensen har helt klart blitt forsterket de siste år. I alle helseregioner har pasientveksten i forhold til folketallet vært markert lavest i samtlige aldersgrupper over 40 år.

### 3.6.3 Fordeling etter diagnose

I det gjeldende diagnoseklassifiseringssystemet ICD-10 er psykiske lidelser delt inn i 10 hovedgrupper av diagnosekategorier. De fem hyppigst forekommende kategoriene ved

poliklinikkene utgjorde i overkant av 90 prosent både i 2000 og 2004. Tabell 3.3 viser prosentvis fordeling av disse diagnosekategoriene ved poliklinikkene i 2000 og 2004.

Tabell 3.3 Prosentvis diagnosefordeling ved poliklinikker i psykisk helsevern for voksne i 2000 og 2004.

	2000	2004
Psykiske lidelser grunnet bruk av psykoaktive stoffer	6	7
Schizofrenier og paranoide lidelser	15	16
Affektive lidelser (stemningslidelser)	31	34
Nevrotiske, belastningsrelaterte etc lidelser	27	25
Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	12	11
Sum fem hovedkategorier	91	93
Andre diagnoser i ICD-10, hovedkapittel 5	9	7
Antall	11 690	17 694
Diagnose ikke satt	1 445 (11%)	3 833 (18%)
Totalt antall	13 135	21 527

Som det fremgår, har det skjedd små endringer i diagnosepanorama ved poliklinikkene i løpet av perioden, selv om det totale antall pasienter har økt med 64 prosent. Når poliklinikkene bygges ut og utvider aktiviteten, synes dette altså ikke å medføre noen markert omlegging av tilgjengeligheten for de ulike diagnostiske tilstander.

Tabell 3.4 viser at i alle helseregioner er det pasienter diagnostisert med affektive lidelser (stemningslidelser) som har økt mest i forhold til innbyggertallet. Med unntak av helseregion Nord har alle helseregionene nest størst økning av diagnoser innen kategorien "nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser".

Tabell 3.4 Økning i antall pasienter per 10 000 innbyggere fra 2000 til 2004 etter diagnosekategori og helseregion. Poliklinikker i psykisk helsevern for voksne.

	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Totalt
Schizofrenier og paranoide lidelser	3,9	2,6	1,7	1,5	1,9	2,7
Affektive lidelser	6,9	4,4	5,8	5,7	9,3	6,3
Nevrotiske lidelser	4,1	3,3	3,5	2,8	0,8	3,4
Personlighetsforstyrrelser	2,1	0,9	1,6	1,8	1,5	1,7

#### 3.6.4 Endringer i de polikliniske pasientenes sosioøkonomiske bakgrunn

I 2000 hadde to tredjeparter (67 prosent) av de polikliniske pasientene en eller annen form for offentlig trygd, pensjon eller stønad som hovedinntektskilde siste år før registreringstidspunktet, mens 28 prosent livnærte seg av eget arbeid. Dette bildet har endret seg noe i 2004, da relativt flere av pasientene levde av offentlige trygdeordninger, og kun 20 prosent hadde hatt eget arbeid som hovedinntektskilde siste år. Det er i all hovedsak sykepengere- og rehabiliteringsstønad som har blitt vanligere blant pasientene.



Det kan enten tyde på at mennesker med psykiske problemer i økende grad anses å være berettiget til slik støtte, og at dette derfor er blitt vanligere, eller at poliklinikkene i større grad enn før prioriterer sosialt svakere stilte grupper. Det faktum at de polikliniske pasientenes utdanningsbakgrunn har styrket seg noe de siste fire årene, støtter den førstnevnte antagelsen.

### 3.7 Pasientsammensetningen ved døgninstitusjoner etter eierskapsreformen

Til tross for at antall døgnplasser er redusert i perioden etter eierskapsreformen, har pasientsammensetningen ved døgninstitusjonene holdt seg stabil. Med få unntak er det få – og små – forskjeller mellom pasientpopulasjonene i år 2000 og 2004 – og mellom helseregionene.

Følgende hovedendringer har funnet sted i pasientpopulasjonen ved døgninstitusjonene:

- Pasientene er gjennomgående blitt yngre. Andelen pasienter i den yngste aldersgruppen (18-29 år) har økt fra 20 til 25 prosent, mens andel pasienter i aldersgruppene 60 år og eldre er redusert tilsvarende.
- Andelen pasienter med fullført videregående skole eller eksamen fra universitet eller høyskole har økt fra 42 til nær 50 prosent av pasientene
- Andelen pasienter med uførepensjon som viktigste kilde til livsopphold er redusert fra 54 til 50 prosent (600 færre pasienter), mens bruk av andre offentlige støtteordninger har blitt hyppigere. Dette gjelder i noen grad sykemelding, arbeidsledighetstrygd og sosial stønad, men hovedsakelig stønad til ulike rehabiliteringstiltak og lignende. Andelen pasienter med eget arbeid som viktigste kilde til livsopphold er nær uendret og fortsatt lav; om lag fem prosent.
- Diagnose:
  - andelen pasienter med organiske psykiske lidelser er noe redusert (fra fire til to prosent)
  - andelen pasienter med rusrelaterte lidelser har økt fra tre til fem prosent
  - andelen pasienter med schizofreni-diagnoser er redusert meget betraktelig; fra 54 til 44 prosent - en reduksjon på 750 pasienter.

Det kan oppsummeres at døgninstitusjonene i større grad enn før eierskapsreformen tar hånd om yngre pasienter, pasienter med høyere utdanningsnivå – og pasienter som heller enn uføretrygd mottar penger fra ulike typer rehabiliteringstiltak.

Diagnosepanoramaet har hovedsakelig endret seg ved at det er relativt færre pasienter med de "tunge" psykotiske tilstandene "organiske psykiske lidelser" og schizofrenier. Reduksjonen gjelder særlig schizofrenipasienter, som det har blitt 750 færre av. Samtidig er det relativt flere pasienter med psykiske lidelser som skyldes "bruk av psykoaktive stoffer, samt ikke-psykotiske tilstander.

Disse endringene gjelder i stor grad uavhengig av helseregion.







## 4 Oppsummering

Beate M. Huseby

- I statsbudsjettene for både 2003 og 2004, samt styringsdokumentene til de regionale helseforetakene for samme år, påpekes det at tilgjengeligheten til helsetjenester innen det spesialiserte psykiske helsevernet skal økes og prioriteres, mens aktiviteten i somatikk skal opprettholdes på samme høye nivå. I perioden fra 2001 til 2004 har den prosentvise økningen i driftsutgiftene vært noe større for den somatiske spesialisthelsetjenesten (12,9 prosent) enn for psykisk helsevern (11,4 prosent). Forskjellen kan knyttes til utviklingen fra 2003 til 2004.
- Forskjellene mellom sektorene med hensyn til prosentvis økning av driftskostnadene gjelder ikke alle regionene. I Helse Vest har driftskostnadene per innbygger til økt mer for psykisk helsevern enn for den somatiske spesialisthelsetjenesten. I to av regionene (Helse Nord og Helse Sør) har den prosentvise økningen i driftskostnader per innbygger til somatikk og psykisk helsevern vært like stor.
- Ratene for årsverk har også økt noe sterkere innen den somatiske spesialisthelsetjenesten enn for psykisk helsevern i perioden fra 2001 til 2004.
- Aktiviteten, i form av døgnopphold og polikliniske konsultasjoner, har imidlertid økt sterkere innen psykisk helsevern enn innen somatisk spesialisthelsetjeneste i perioden fra 2001 til 2004. Døgnoppholdene innen psykisk helsevern for voksne har økt med 16 prosent, mens døgnoppholdene innen somatisk spesialisthelsetjeneste har økt med 7 prosent. Polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne har økt med 35 prosent, mens polikliniske konsultasjoner innen somatisk spesialisthelsetjeneste har økt med 10 prosent. Polikliniske tiltak innen psykisk helsevern for barn og unge har økt med 72 prosent. Det bør imidlertid også påpekes at dagbehandlingene innen somatisk spesialisthelsetjeneste har økt med 40 prosent.
- Forskjellene mellom regionene er økt innen den somatiske spesialisthelsetjenesten i perioden fra 2001 til 2004 når det gjelder driftskostnader per innbygger og samlede rater for dagbehandling. Forskjellene mellom regionene er uendret når det gjelder årsverk og døgnopphold i den somatiske spesialisthelsetjenesten.
- Forskjellene mellom regionene er redusert innen psykisk helsevern i perioden fra 2001 til 2004 når det gjelder driftskostnader per innbygger, totale årsverksrater og polikliniske tiltak innen psykisk helsevern for barn og unge. Forskjellene mellom regionene er i hovedsak uendret når det gjelder døgnopphold og polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne.
- Innen den somatiske spesialisthelsetjenesten har 60 prosent av aktivitetsøkningen vært knyttet til en økning i seriebehandlinger og reinnleggelser. Det er imidlertid regionale variasjoner i økningen av reinnleggelser og seriebehandlinger. Denne typen opphold har økt mest for innbyggerne i helseregion Sør og Nord (66 prosent av økningen i opphold), og minst for innbyggerne i helseregion Midt-Norge (42 prosent av økningen i opphold).

- Innen den somatiske spesialisthelsetjenesten har oppholdsratene økt mer for menn enn for kvinner (19 prosent for menn og 15 prosent for kvinner), og mer for 50-åringene enn for eldre (23 prosent økning for pasienter fra 50 til 66 år og 20 prosent økning for pasienter 80 år og eldre). Forskjellene knyttet til alder forsterkes dersom vi kontrollerer for seriebehandlinger og reinnleggelser (20 prosent økning for pasienter 50-66 år og 10 prosent økning for pasienter 80 år og eldre).
- På tross av relativt store forskjeller mellom regionene i prosentvis endring av samlet antall opphold, finner vi små forskjeller mellom regionene når det gjelder hvor mange pasientgrupper som har hatt en økning tilsvarende 5 opphold per 10 000 innbygger. For totalt 38 av underdiagnosegruppene i ICD-10 (216 pasientgrupper totalt) finner vi en økning på minimum 5 opphold per 10 000 innbygger<sup>37</sup> i minst en av helseregionene.
- Innenfor det psykiske helsevernet har en de siste årene gitt høy prioritet til de yngre aldersgruppene, dels gjennom en langt kraftigere vekst i aktivitet og kostnader i tjenestene for barn og unge enn i tjenestene for voksne, dels gjennom økt aktivitet over for "yngre voksne" (18-29 år), både ved døgninstitusjoner og poliklinikker, og dels gjennom nedgang i antall eldre i døgninstitusjonene.
- Flere gutter enn jenter får behandling innenfor psykisk helsevern for barn og unge. 2/3 av pasientene er henvist ut fra atferdsvansker, hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker, tristhet/depresjon/sorg, eller angst/fobier. Disse gruppene sto for 80 prosent av økningen i løpet av perioden fra 2001 til 2004.
- Før eierskapsreformen fikk flere kvinner enn menn behandling ved poliklinikker for voksne. Kvinnene har også hatt den markert største økningen etter reformen.

---

<sup>37</sup> Kontrollert for flere opphold per år med lik hoveddiagnose.

## 5 Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten – kostnader

Heidi Torvik

### 5.1 Nasjonalt nivå

Tabell 5.1 Totale driftskostnader fordelt på somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og rusomsorg. 2001-2004. Millioner kroner målt i fast 2004 kroner. Prosentvis endring.

	2001	2002	2003	2004	Prosent endring 2001-2004 <sup>1</sup>
<b>Psykisk helsevern</b>					
Totale driftskostnader	10 413	11 013	11 246	11 456	
Prosent endring fra året før		5,8	2,1	1,9	10,0
<b>Somatisk spesialisthelsetjeneste</b>					
Totale driftskostnader	41 335	43 076	45 217 <sup>3</sup>	46 670	
Prosent endring fra året før		4,2	5,0	3,2	12,9
<b>Sum psykisk helsevern og somatisk spesialisthelsetjeneste</b>					
Totale driftskostnader	51 747	54 089	56 463	58 126	
Prosent endring fra året før		4,8	4,5	2,9	12,3
<b>Rusomsorg<sup>2</sup></b>					
Totale driftskostnader				1 713	

Datakilde: SINTEF Helse og SSB

Definisjoner: Vedlegg.

<sup>1</sup> Ny definisjon og avgrensning for totale driftskostnader innført fra 2002. Tallene er ikke direkte sammenlignbare bakover i tid, da nye institusjoner har kommet med i datagrunnlaget og nye oppgaver er tillagt helseforetakene.

<sup>2</sup> Rusomsorg er inkludert i helseforetakene fra og med 2004.

<sup>3</sup> Tallet er korrigert med 44 mill kroner etter publisering av sektorrapporten for Somatikk.

Tabell 5.2 Totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, rusomsorg, ambulanse, personalpolitiske tiltak, syke-transport, felles RHF og samlet i 2004. Millioner kroner. Driftskostnader prosentvis fordelt på kostnadsartene lønn, varer og tjenester og andre driftskostnader.

	Somatikk	Psykisk helsevern	Rus-omsorg <sup>1</sup>	Ambulanse	Personalpolitiske tiltak	Syke-transport <sup>1</sup>	Felles RHF	Sum
Totale driftsutgifter	46 670	11 456	1 713	2 294	587	892	541	64 153
Herav (prosentandeler):								
Lønnskostnader	70,1	82,8	69,0	35,5	78,4	2,6	34,8	69,9
Varekostnader	18,2	6,1	15,6	30,6	1,7	4,1	6,9	16,0
Andre driftskostnader	11,7	11,1	15,4	33,9	19,8	93,3	58,3	14,1

Datakilde: SINTEF Helse og SSB

Definisjoner: Vedlegg.

1 Rusomsorg og syke-transport er inkludert i helseforetakene fra og med 2004.

## 5.2 Regionalt nivå

Tabell 5.3 Totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, rusomsorg, ambulanse, personalpolitiske tiltak, syke-transport, felles RHF og samlet i 2004 korrigert for gjestepasientoppgjør. Helseregioner. Millioner kroner.

Region	Somatikk	Psykisk helsevern	Rus-omsorg	Ambulanse	Personalpolitiske tiltak	Syke-transport	Felles RHF	Sum
Helse Øst RHF	15 101	4 417	774	545	206	183	82	21 308
Helse Sør RHF	10 505	1 990	372	395	115	116	192	13 685
Helse Vest RHF	8 521	2 282	283	399	84	113	72	11 753
Helse Midt-Norge RHF	6 935	1 422	161	381	94	168	98	9 260
Helse Nord RHF	5 628	1 243	159	574	87	312	97	8 099
Sum	46 690	11 354	1 748	2 294	587	892	541	64 106

Datakilde: SINTEF Helse og SSB

Definisjoner: Vedlegg.



Tabell 5.4 Totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, rusomsorg, ambulanse, personalpolitiske tiltak, syke-transport, felles RHF og samlet i 2004 korrigert for gjestepasientoppgjør. Helseregioner. Prosentandeler.

Region	Somatikk	Psykisk helsevern	Rusomsorg	Ambulanse	Personalpolitiske tiltak	Syke-transport	Felles RHF	Sum
Helse Øst RHF	70,9	20,7	3,6	2,6	1,0	0,9	0,4	100,0
Helse Sør RHF	76,8	14,5	2,7	2,9	0,8	0,8	1,4	100,0
Helse Vest RHF	72,5	19,4	2,4	3,4	0,7	1,0	0,6	100,0
Helse Midt-Norge RHF	74,9	15,4	1,7	4,1	1,0	1,8	1,1	100,0
Helse Nord RHF	69,5	15,3	2,0	7,1	1,1	3,9	1,2	100,0
Sum	72,8	17,7	2,7	3,6	0,9	1,4	0,8	100,0

Datakilde: SINTEF Helse og SSB

Definisjoner: Vedlegg.

Tabell 5.5 Totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og rusomsorg, korrigert for gjestepasientoppgjør. Helseregioner. Kroner per innbygger og avvik fra gjennomsnitt. 2003. I 2004 kroner.

Region	Somatisk spesialisthelsetjeneste		Psykisk helsevern		Sum	
	Kroner per innbygger	Pst av landsgjennomsnittet	Kroner per innbygger	Pst av landsgjennomsnittet	Kroner per innbygger	Pst av landsgjennomsnittet
Helse Øst RHF	9 139	92	2 673	110	11 513	96
Helse Sør RHF	11 563 <sup>1</sup>	117	2 186	90	13 400	111
Helse Vest RHF	8 831	89	2 322	95	10 870	90
Helse Midt-Norge RHF	10 101	102	2 212	91	12 001	100
Helse Nord RHF	11 395 <sup>1</sup>	115	2 639	108	13 678	114
Sum	9 911 <sup>1</sup>	100	2 438	100	12 036	100

Datakilde: SINTEF Helse og SSB

Definisjoner: Vedlegg.

<sup>1</sup> Tallene er endret etter publisering av sektorrapport Somatikk.

Tabell 5.6 Totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og rusomsorg, korrigert for gjestepasientoppgjør. Helseregioner. Kroner per innbygger og avvik fra gjennomsnitt. 2004

Region	Somatisk spesialisthelsetjeneste		Psykisk helsevern		Rusomsorg <sup>1</sup>		Sum	
	Kroner per innbygger	Pst av landsgjennomsnittet	Kroner per innbygger	Pst av landsgjennomsnittet	Kroner per innbygger	Pst av landsgjennomsnittet	Kroner per innbygger	Pst av landsgjennomsnittet
Helse Øst RHF	9 129	90	2 670	108	468	123	12 267	95
Helse Sør RHF	11 732	116	2 223	90	415	109	14 371	111
Helse Vest RHF	8 984	89	2 406	98	298	79	11 688	90
Helse Midt-Norge RHF	10 740	106	2 202	89	249	66	13 191	102
Helse Nord RHF	12 165	120	2 686	109	343	90	15 194	117
Sum	10 136	100	2 465	100	379	100	12 980	100

Datakilde: SINTEF Helse og SSB

Definisjoner: Vedlegg.

<sup>1</sup> Rusomsorg er inkludert i helseforetakene fra og med 2004.

Tabell 5.7 Driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og sum somatikk og psykisk helsevern. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. Millioner kroner samt prosentvis fordeling. 2004.

	Somatikk		Psykisk helsevern		Sum somatikk og psykisk helsevern	
	Mill kr	Prosentandel	Mill kr	Prosentandel	Mill kr	Prosentandel
Totale driftskostnader	46 670	100,0	11 456	100,0	58 126	100,0
Finansiert av:						
A. Øremerkede aktivitetstilskudd						
Innsattsstyrt finansiering	12 523	26,8			12 523	21,5
Polikliniske refusjoner	3 443	7,4	609	5,3	4 052	7,0
B. Øremerkede rammetilskudd						
Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra	863	1,8	36	0,3	899	1,5
Andre øremerkede statstilskudd (herunder opptrappingsplanen)	207	0,4	1 253	10,9	1 460	2,5
C. Pasientbetaling	810	1,7	61	0,5	872	1,5
D. Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.	1 847	4,0	516	4,5	2 363	4,1
E. Driftskostnader finansiert av RHF	26 977	57,8	8 981	78,4	35 958	61,9

Datakilde: SINTEF Helse og SSB

Definisjoner: Vedlegg.

### 5.3 Somatisk spesialisthelsetjeneste – finansiering

Tabell 5.8 Driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. Millioner kr målt i faste 2004 kr. Regionale helseforetak.

Millioner kroner	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum <sup>1</sup>
Totale driftskostnader korrigert for gjestepasientoppgjør	15 101	10 505	8 521	6 935	5 628	46 690
Finansiert av:						
A. Øremerkede aktivitetstilskudd						
Innsatsstyrt finansiering	4 315	2 659	2 426	1 808	1 315	12 523
Polikliniske refusjoner	1 014	870	598	547	412	3 441
B. Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra						
	194	240	164	146	137	882
C. Pasientbetaling						
	217	184	168	122	101	793
D. Andre tilskudd, kurpenger, salgsinntekter mv.						
	546	337	322	306	269	1 780
E. Driftskostnader finansiert av RHF <sup>2</sup>						
	8 815	6 216	4 842	4 006	3 394	27 272

Datakilde: SSB og SINTEF Helse.

Definisjoner: Vedlegg.

1 Totale driftskostnader summert over regionale helseforetak samsvarer ikke nøyaktig med totale driftskostnader presentert i tabeller for nasjonale tall. Dette skyldes i hovedsak uklarheter rundt gjestepasientoppjøret. Se vedlegg.

2 Kostnader finansiert av RHF er residualbestemt, og framkommer som totale driftskostnader minus finansieringspostene angitt under A, B, C og D. Dvs at E = Totale driftskostnader - (A+B+C+D).

Tabell 5.9 Driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering prosentvis fordelt på ulike finansieringsposter. 2004. Regionale helseforetak.

Prosentandeler	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Totale driftskostnader korrigert for gjestepasientoppgjør	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Finansiert av:						
A. Øremerkede aktivitetstilskudd						
Innsatsstyrt finansiering	28,6	25,3	28,5	26,1	23,4	26,8
Polikliniske refusjoner	6,7	8,3	7,0	7,9	7,3	7,4
B. Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra						
	1,3	2,3	1,9	2,1	2,4	1,9
C. Pasientbetaling						
	1,4	1,8	2,0	1,8	1,8	1,7
D. Andre tilskudd, kurpenger, salgsinntekter mv.						
	3,6	3,2	3,8	4,4	4,8	3,8
E. Driftskostnader finansiert av RHF <sup>1</sup>						
	58,4	59,2	56,8	57,8	60,3	58,4

Datakilde: SSB og SINTEF Helse.

Definisjoner: Vedlegg.

1 Kostnader finansiert av RHF er residualbestemt, og framkommer som totale driftskostnader minus finansieringspostene angitt under A, B, C og D. Dvs at E = Totale driftskostnader - (A+B+C+D).

## 5.4 Psykisk helsevern samlet – finansiering

Tabell 5.10 Kostnader til og finansiering av psykisk helsevern. Finansiering fordelt på ulike finansieringskilder. 2004. Helseregioner. Millioner kr.

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Totale driftskostnader	4 417	1 990	2 282	1 422	1 243	11 354
Finansiert av:						
A. Polikliniske refusjoner	212	128	112	83	74	609
B. Øremerkede statstilskudd	419	247	263	178	146	1 253
C. Forskning, utdanning og nasjonale med. kompetansesentra	12	0	10	14	0	36
D. Andre inntekter	162	57	92	94	83	487
E. Driftskostnader finansiert av RHF <sup>1</sup>	3 611	1 559	1 805	1 054	940	8 969

Datakilde: SINTEF Helse og SSB

Definisjoner: Vedlegg.

<sup>1</sup> Kostnader finansiert av RHF er residualbestemt, og framkommer som totale driftskostnader minus finansieringspostene angitt under A, B, C og D. Dvs at E = Totale driftskostnader - (A+B+C+D).

Tabell 5.11 Kostnader til og finansiering av psykisk helsevern totalt. Finansiering fordelt på ulike finansieringskilder. 2004. Helseregioner. Prosentandeler.

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Gj.snitt
Totale driftskostnader	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Finansiert av:						
A. Polikliniske refusjoner	4,8	6,4	4,9	5,8	6,0	5,4
B. Øremerkede statstilskudd	9,5	12,4	11,5	12,5	11,7	11,0
C. Forskning, utdanning og nasjonale med. kompetansesentra	0,3	0,0	0,4	1,0	0,0	0,3
D. Andre inntekter	3,7	2,9	4,0	6,6	6,7	4,3
E. Driftskostnader finansiert av RHF <sup>1</sup>	81,8	78,3	79,1	74,1	75,6	79,0

Datakilde: SINTEF Helse og SSB

Definisjoner: Vedlegg.

<sup>1</sup> Kostnader finansiert av RHF er residualbestemt, og framkommer som totale driftskostnader minus finansieringspostene angitt under A, B, C og D. Dvs at E = Totale driftskostnader - (A+B+C+D).

## 5.5 Psykisk helsevern for barn og unge – finansiering

Tabell 5.12 Kostnader til og finansiering av psykisk helsevern for barn og unge. Finansiering fordelt på ulike finansieringskilder. Millioner kr. 2004.

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Totale driftskostnader	694	315	351	225	234	1 820
Finansiert av:						
A. Polikliniske refusjoner	73	47	47	34	34	236
B. Øremerkede statstilskudd	120	97	121	72	42	451
C. Forskning, utdanning og nasjonale med. kompetansesentra	3	0	2	2	0	7
D. Andre inntekter	34	9	11	7	11	72
E. Driftskostnader finansiert av RHF <sup>1</sup>	464	162	170	110	147	1 053

Datakilde: SINTEF Helse og SSB

Definisjoner: Vedlegg.

<sup>1</sup> Kostnader finansiert av RHF er residualbestemt, og framkommer som totale driftskostnader minus finansieringspostene angitt under A, B, C og D. Dvs at E = Totale driftskostnader - (A+B+C+D).

Tabell 5.13 Kostnader til og finansiering av psykisk helsevern for barn og unge. Finansiering fordelt på ulike finansieringskilder. Prosentandeler. 2004.

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Totale driftskostnader	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Finansiert av:						
A. Polikliniske refusjoner	10,6	14,8	13,4	15,3	14,7	13,0
B. Øremerkede statstilskudd	17,2	30,9	34,3	31,7	18,0	24,8
C. Forskning, utdanning og nasjonale med. kompetansesentra	0,4	0,0	0,6	1,1	0,0	0,4
D. Andre inntekter	4,9	2,7	3,2	3,3	4,5	4,0
E. Driftskostnader finansiert av RHF <sup>1</sup>	66,9	51,5	48,5	48,6	62,8	57,9

Datakilde: SINTEF Helse og SSB

Definisjoner: Vedlegg.

<sup>1</sup> Kostnader finansiert av RHF er residualbestemt, og framkommer som totale driftskostnader minus finansieringspostene angitt under A, B, C og D. Dvs at E = Totale driftskostnader - (A+B+C+D).

## 5.6 Psykisk helsevern for voksne – finansiering

Tabell 5.14 Kostnader til og finansiering av psykisk helsevern for voksne. Finansiering fordelt på ulike finansieringskilder. Millioner kr. 2004.

Millioner kroner	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Totale driftskostnader	3 723	1 675	1 931	1 197	1 009	9 534
Finansiert av:						
A. Polikliniske refusjoner	138	81	65	48	40	373
B. Øremerkede statstilskudd	300	149	143	107	103	802
C. Forskning, utdanning og nasjonale med. kompetansesentra	9	0	8	11	0	29
D. Andre inntekter	128	48	80	86	72	415
E. Driftskostnader finansiert av RHF <sup>1</sup>	3 148	1 397	1 635	944	793	7 915

Datakilde: SINTEF Helse og SSB

Definisjoner: Vedlegg.

<sup>1</sup> Kostnader finansiert av RHF er residualbestemt, og framkommer som totale driftskostnader minus finansieringspostene angitt under A, B, C og D. Dvs at E = Totale driftskostnader – (A+B+C+D).

Tabell 5.15 Kostnader til og finansiering av psykisk helsevern for voksne. Finansiering fordelt på ulike finansieringskilder. Prosentandeler. 2004.

Prosentandeler	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Totale driftskostnader	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Finansiert av:						
A. Polikliniske refusjoner	3,7	4,9	3,4	4,0	4,0	3,9
B. Øremerkede statstilskudd	8,0	8,9	7,4	8,9	10,3	8,4
C. Forskning, utdanning og nasjonale med. kompetansesentra	0,2	0,0	0,4	1,0	0,0	0,3
D. Andre inntekter	3,4	2,9	4,2	7,2	7,2	4,4
E. Driftskostnader finansiert av RHF <sup>1</sup>	84,6	83,4	84,7	78,9	78,6	83,0

Datakilde: SINTEF Helse og SSB

Definisjoner: Vedlegg.

<sup>1</sup> Kostnader finansiert av RHF er residualbestemt, og framkommer som totale driftskostnader minus finansieringspostene angitt under A, B, C og D. Dvs at E = Totale driftskostnader – (A+B+C+D).

## 5.7 Grunnlagstall

Tabell 5.16 Totale driftskostnader somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, rusomsorg, ambulanse/luftambulanse, personalpolitiske tiltak, syketransport og felles RHF. Helseforetak. 1000 kroner. 2004.

HF	Somatikk	Psykisk helsevern	Rusomsorg	Ambulanse	Personalpolitiske tiltak	Syke-transport	Felles RHF	Sum
Helse Øst RHF								
Sykehuset Østfold HF	1 827 583	530 534	48 751	65 508	6 373	23 024	0	2 501 773
Sykehuset Asker og Bærum HF	736 976	409 828	16 168	0	23 397	0	0	1 186 369
Akershus universitetssykehus HF	1 722 072	466 939	38 436	0	35 989	0	0	2 263 436
Aker universitetssykehus HF	1 209 789	539 035	252 195	0	24 183	0	0	2 025 202
Ullevål universitetssykehus HF	3 416 155	1 024 215	4 641	265 975	62 533	57 447	0	4 830 966
Sykehuset Innlandet HF	2 782 500	845 806	102 822	145 462	47 240	82 849	0	4 006 679
Sunnaas sykehus HF	259 145	0	0	0	6 364	0	0	265 509
Ført på RHF-nivå, inkl driftstilskudd	1 916 130	673 999	384 000	67 959	0	19 992	82 123	3 144 203
<b>Sum Helse Øst RHF</b>	<b>13 870 350</b>	<b>4 490 356</b>	<b>847 013</b>	<b>544 904</b>	<b>206 079</b>	<b>183 312</b>	<b>82 123</b>	<b>20 224 137</b>
Helse Sør RHF								
Rikshospitalet HF	3 619 694	7 888	0	0	33 404	0	0	3 660 986
Det norske radiumhospital HF	1 128 841	0	0	0	17 359	0	0	1 146 200
Ringerike sykehus HF	399 967	56 960	0	32 569	6 013	0	0	495 509
Sykehuset i Buskerud HF	1 093 877	447 502	58 716	107 390	39 272	28 797	0	1 775 554
Psykiatrien i Vestfold	0	435 627	51 360	0	0	0	0	486 987
Helse Blefjell HF	518 384	96 297	0	0	803	0	0	615 484
Sykehuset i Telemark HF	1 077 780	349 987	9 296	105 738	5 266	50 854	0	1 598 921
Sykehuset i Vestfold HF	1 519 308	0	0	135	7 286	0	0	1 526 729
Sørlandet sykehus HF	1 886 487	582 304	87 706	116 026	5 938	36 085	0	2 714 546
Ført på RHF-nivå, inkl driftstilskudd	238 051	0	139 056	33 188	0	0	191 851	602 146
<b>Sum Helse Sør RHF</b>	<b>11 482 389</b>	<b>1 976 565</b>	<b>346 134</b>	<b>395 046</b>	<b>115 341</b>	<b>115 736</b>	<b>191 851</b>	<b>14 623 062</b>
Helse Vest RHF								
Helse Stavanger HF	1 946 915	582 571	0	56 290	25 702	23 132	0	2 634 610
Helse Fonna HF	1 020 912	348 882	0	67 772	14 722	25 558	0	1 477 846
Helse Bergen HF	3 727 068	776 981	26 353	101 581	32 014	39 647	0	4 703 644

HF	Somatikk	Psykisk helsevern	Rus-omsorg	Ambulanser	Personalpolitiske tiltak	Syke-transport	Felles RHF	Sum
Helse Førde HF	916 428	247 782	0	126 739	11 753	0	0	1 302 702
Ført på RHF-nivå, inkl driftstilskudd	658 528	318 571	224 554	46 503	0	24 620	71 579	1 344 355
Sum Helse Vest RHF	8 269 851	2 274 787	250 907	398 885	84 191	112 957	71 579	11 463 157
Helse Midt-Norge RHF								
Helse Sunnmøre HF	1 076 534	203 488	0	77 146	21 861	36 334	0	1 415 363
Helse Nordmøre og Romsdal HF	847 684	312 274	0	90 961	19 848	25 829	0	1 296 596
St. Olavs Hospital H	3 591 368	602 705	0	88 829	38 853	47 904	0	4 369 659
Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF	956 613	271 287	7 258	64 978	13 482	33 665	0	1 347 283
Helse Nord Trøndelag HF	0	0	140 199	0	0	0	0	140 199
Ført på RHF-nivå, inkl driftstilskudd	222 340	13 260	0	59 575	0	24 421	98 425	418 021
Sum Helse Midt-Norge RHF	6 694 539	1 403 014	147 457	381 489	94 044	168 153	98 425	8 987 121
Helse Nord RHF								
Helgelandssykehuset HF	535 109	102 897	0	74 463	2 360	50 442	0	765 271
Nordlandssykehuset HF	1 056 386	372 389	13 175	66 974	18 180	48 644	0	1 575 748
Hålogalandssykehuset HF	781 937	136 637	47 753	76 207	16 085	63 441	0	1 122 060
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	2 286 136	420 855	32 779	71 346	30 084	38 695	0	2 879 895
Helse Finnmark HF	585 991	157 060	9 084	84 997	20 337	84 410	0	941 879
Ført på RHF-nivå, inkl driftstilskudd	172 629	31 367	19 119	199 686	0	26 596	96 940	546 337
Sum Helse Nord RHF	5 418 188	1 221 205	121 910	573 673	87 046	312 228	96 940	7 831 190
Andre institusjoner								
Private ideelle utenfor RHF	347 657	90 144	0	0	0	0	0	437 801
Kommersielle sykehus	493 005	0	0	0	0	0	0	493 005
Annet								
Behandlingsreiser i utlandet	93 905	0	0	0	0	0	0	93 905
Sum andre institusjoner og annet	934 567	90 144	0	0	0	0	0	1 024 711
Sum spesialisthelse-tjenesten	46 669 884	11 456 071	1 713 421	2 293 997	586 701	892 386	540 918	64 153 378

Datakilde: SINTEF Helse og SSB  
Definisjoner: Vedlegg.



Tabell 5.17 Gjestepasientkostnader og –inntekter for somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, rusomsorg og spesialisthelsetjenesten samlet. Regionale helseforetak. 1000 kroner. 2004.

	Somatisk spesialisthelsetjeneste		Psykisk helsevern		Rusomsorg		Gjeste- pasient- kostnad	Gjeste- pasient- inntekt
	Gjeste- pasient- kostnad	Gjeste- pasient- inntekt	Gjeste- pasient- kostnad	Gjeste- pasient- inntekt	Gjeste- pasient- kostnad	Gjeste- pasient- inntekt		
Helse Øst RHF	1 533 674	303 008	42 472	116 293	-	72 973	1 576 146	492 274
Helse Sør RHF	354 691	1 332 010	22 845	9 036	28 660	2 815	406 196	1 343 861
Helse Vest RHF	367 283	115 924	17 973	10 929	32 907	1 173	418 163	128 026
Helse Midt- Norge RHF	354 474	114 000	36 937	17 935	16 700	3 476	408 111	135 411
Helse Nord RHF	239 142	29 439	21 666	-	37 206	394	298 014	29 833

Datakilde: SINTEF Helse og SSB

Definisjoner: Vedlegg.



# Vedlegg Datagrunnlag og definisjoner kostnader og finansiering

## Datagrunnlag

Regnskapsdata for institusjoner og helseforetak (HF) som er underlagt regionale helseforetak (RHF), samt private institusjoner, er innsamlet av Statistisk Sentralbyrå (SSB). SSB og SINTEF Helse har i samarbeid kvalitetskontrollert innsamlede regnskapstall i dialog med RHF-ene, HF-ene og de private institusjonene.

I datagrunnlaget inkluderes den andelen av kostnader ved kommersielle sykehus/klinikker som er offentlig finansiert. Dette beregnes ved å anta at kostnader for den offentlig finansierte delen av virksomheten er lik inntekten som institusjonen mottar fra RHF-ene.

Kontoplan for driftsregnskap fra private institusjoner har ved beregning av kostnader og finansiering blitt konvertert til kontoplan for offentlige helseforetak. Konverteringen har blitt utført av SINTEF Helse.

Som det framgår av definisjonene nedenfor har det ved beregning av de enkelte kostnads- og inntektsbegreper blitt forutsatt at kontoplanen har blitt brukt likt av regnskapsfører ved institusjonene/helseforetakene. Hvis det ved kvalitetskontroll har blitt avdekket avvikende praksis ved føring av regnskap, har de aktuelle størrelser blitt overført til det kontonummer som våre definisjoner forutsetter. Imidlertid kan det være enkelte mindre beløp som ikke står på de kontonummer som våre definisjoner forutsetter. Årsaken til dette kan være at avvikende praksis ikke har blitt avdekket i kontrollen, eller at beløpets størrelse har gjort at korreksjon ikke har blitt prioritert.

I sammenligning med 2003 benyttes deflator for prisvekst i konsumet av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen. Deflatoren er på 2,6 prosent. Dette er samme deflator som benyttes av SSB.

## Rapportering på øremerkede bevilgninger

Styringsdokumentene for 2004 gir krav om rapportering på øremerkede bevilgninger. Helsedepartementet sender derfor ut rapporteringsskjema for midler tildelt gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse statsbudsjettets kapittel 743, post 75. I rapporteringsskjemaet bes det om informasjon på HF nivå, der iverksatte tiltak skal beskrives kort og det skal gis informasjon om hvilken institusjon de enkelte tiltakene er gjennomført på. Hvert HF rapporterer hvor mye av de øremerkede opptrappingsmidlene som er mottatt for 2004, hvor mye som er overført fra 2003, hvordan disse tilgjengelige midlene er benyttet, og til slutt hvor mye som er overført til 2005. Kopier av de besvarte skjemaene ble sendt til SINTEF Helse, og SINTEF Helse har kvalitetskontrollert tallene og rapportert endelige tall tilbake til departementet. Tabellene som inneholder informasjon om øremerkede statstilskudd er hentet direkte fra denne rapporteringen og regnskapstallene er kontrollert opp mot dette. Tallene refererer til det som er mottatt i 2004.

## Definisjoner

### Totale driftskostnader:

Totale driftskostnader omfatter kostnader ført under kontonr 4 – 7 i helseforetakenes kontoplan. Av- og nedskrivninger ført under kontonr 60, kostnader til leie av lokaler ført under kontonr 630, gjestepasientkostnader ført under kontonr 673 samt tap ol ført under kto 78 er holdt utenom i beregning av totale driftskostnader for institusjonene. Videre er kapitalanskaffelser, det vil si anskaffelser med verdi over kr 50 000 og levetid lenger enn 3 år, ikke inkludert i driftskostnadene som ligger til grunn ved beregning av totale driftskostnader ved institusjoner. Finansregnskap, ekstraordinære inntekter og kostnader, årsresultat, samt overføringer og disponeringer ført under kontonr 8 er ikke inkludert i begrepet totale driftskostnader ved institusjonene.

For somatisk spesialisthelsetjeneste er kostnader som angitt over ført under følgende KOSTRA funksjoner inkludert ved beregning av totale driftskostnader:

- Funksjon 608, transport av helsepersonell
- Funksjon 610, somatiske tjenester - fellesfunksjoner
- Funksjon 615, somatiske tjenester – røntgen/lab
- Funksjon 620, somatiske tjenester - behandling
- Funksjon 625, somatiske tjenester – privatpraktiserende legespesialister med driftsavtale
- Funksjon 630, somatiske tjenester – (re-) rehabilitering
- Funksjon 670, utadrettede støttefunksjoner
- Funksjon 673, særskilte funksjoner

Psykisk helsevern summeres over følgende KOSTRA funksjoner:

- Funksjon 640, voksenpsykiatri - fellesfunksjoner
- Funksjon 645, voksenpsykiatri – direkte pasientrettet virksomhet
- Funksjon 646, voksenpsykiatri - privatpraktiserende psykiatere og kliniske psykologer med driftsavtale
- Funksjon 647, voksenpsykiatri – privat pleie.
- Funksjon 650, barne- og ungdomspsykiatri fellesfunksjoner
- Funksjon 655, barne- og ungdomspsykiatri direkte pasientrettet virksomhet
- Funksjon 656, barne – og ungdomspsykiatri - privatpraktiserende psykiatere og kliniske psykologer med driftsavtale

Rusomsorg summeres over følgende KOSTRA funksjoner:

- Funksjon 680, omsorg for og behandling av rusmiddelmissbrukere

Ambulanse summeres over følgende KOSTRA funksjoner:

- Funksjon 600, ambulanse
- Funksjon 605, luftambulanse

Personalpolitiske tiltak summeres over følgende KOSTRA funksjoner:

- Funksjon 440, personalbarnehager
- Funksjon 460, personalboliger

Felles RHF summeres over følgende KOSTRA funksjoner:

- Funksjon 400, politisk styring av kontrollorganer
- Funksjon 420, administrasjon

#### Lønnskostnader:

Lønnskostnader defineres som sum av alle kostnader, inkludert alle lønnsrefusjoner, ført på underkontoer av kontonr 5 "Lønnskostnad".

#### Kostnader til varer og tjenester:

Kostnader til varer og tjenester defineres som sum av alle kostnader ført på underkontoer av kontonr 4 "Varekostnad".

#### Andre driftskostnader:

Andre driftkostnader defineres som sum av alle kostnader ført på underkontoer under kontonr 6 og 7 "Annen driftskostnad, av- og nedskrivning", med unntak av kontonr 60 "av- og nedskrivning", kontonr 630 "Leie lokaler", kontonr 673 "Pasientbehandling (gjestepasientkostnader)" og kontonr 78 "Tap ol".

#### Driftstilskudd til avtalespesialister:

Kostnader vedrørende driftstilskudd til privatpraktiserende legespesialister med driftsavtale framkommer i 2004 på egne funksjoner, funksjon 625, funksjon 646 og funksjon 656.

#### Innsatsstyrt finansiering (ISF):

Utbetalinger fra staten til RHF-ene med grunnlag i innrapportert behandlingsaktivitet for pasienter hjemmehørende i egen helseregion. Opplysninger om utbetaling til ISF er hentet fra SINTEF Helse PaFi.

#### Polikliniske refusjoner:

Sum av refusjoner fra Rikstrykdeverket (RTV) ført under kontonr 322 – "poliklinikkinntekter fra RTV" og kontonr 323 – "laboratorieinntekter fra RTV", i helseforetakenes kontoplan.

#### Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra:

Dette er tilskudd universitetssykehusene (og andre sykehus) for å ivareta ansvar for forskning og utdanning, samt nasjonale medisinske kompetansesentra. Tilskuddet består av tre deler, og er i hovedsak inntektsført under kontonr 332, 333 og 334 i helseforetakenes kontoplan.

#### Øremerkede driftstilskudd fra staten:

For psykisk helsevern består dette i hovedsak av øremerkede midler fra Opptrappingsplanen for psykisk helse. Øremerkede midler er i hovedsak ført under kontonr 335 og 336 i helseforetakenes kontoplan.

#### Pasientbetaling:

Består av kontonr 324 – "egenandelsinntekter innbetalt fra pasienter", samt kontonr 325 – "selvbetalende pasienter".

#### Salgsinntekter mv.:

Dette består av kontonr 30 og 31 – "salgsinntekter", kontonr 326 – "utskrivingsklare pasienter", kontonr 329 – "andre pasient- og behandlingsrelaterte inntekter", kontonr 338 – "andre pasient-/behandlingsrelaterte offentlige tilskudd", kontonr 339 – "andre pasient-/behandlingsrelaterte tilskudd", kontonr 34 – "offentlig avgift vedrørende omsetning", kontonr 35 – "andre tilskudd/refusjoner", kontonr 36 – "leieinntekter", kontonr 39 – "andre inntekter". Statens direkte finansiering av Glittreklinikken, Modum Bad og øvrige kurlpenger fra RTV vil inngå her.

#### Driftskostnader finansiert av RHF – nasjonalt nivå:

Dette vil framkomme som totale driftskostnader som ikke er finansiert av polikliniske refusjoner, tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra, pasientbetaling og salgsinntekter mv. Det vil si at denne størrelsen residualbestemmes som totale driftskostnader minus de finansieringspostene som er angitt.

#### Gjestepasientkostnader:

Består av kostnader til kjøp av helsetjenester i andre helseregioner, eller hos private kommersielle og ideelle institusjoner. Opplysninger om gjestepasientoppgjør mellom regioner har i hovedsak blitt basert på opplysninger om sumtall fra RHF-ene. Kjøp av lab- og røntgentjenester fra private institutter inngår ikke i begrepet gjestepasientkostnader. Lab- og røntgen-oppgjør mellom regioner, tilskudd til private opptrenings-/ rehabiliteringsinstitusjoner innenfor egen helseregion og kjøp av helsetjenester til egen virksomhet, for eksempel innleid arbeidskraft, inngår heller ikke i begrepet gjestepasientkostnader.

#### Gjestepasientinntekter:

Består av inntekter generert av behandlede pasienter bosatt i andre regioner. ISF-refusjoner generert av regionens egne pasienter som har blitt behandlet i andre regioner inngår ikke under begrepet gjestepasientinntekter. Opplysninger om gjestepasientoppgjør mellom regioner har i hovedsak blitt basert på opplysninger om sumtall fra RHF-ene og kvalitetssikres ved å benytte antall DRG-poeng i pasientstrømmer mellom regionene. Oversikt over omfang av pasientstrømmer mottas fra SINTEF Helse PaFi.

I den grad det har blitt avdekket at helseforetakene/institusjonene har ført internt oppgjør ved kjøp av helsetjenester ved andre helseforetak innen regionen har kostnader/inntekter for dette blitt korrigert ved kvalitetskontroll av datagrunnlag.

#### Netto gjestepasientoppgjør:

Gjestepasientkostnader minus gjestepasientinntekter.

#### Driftskostnader finansiert av RHF:

Dette vil framkomme som helseregionens totale driftskostnader til somatisk spesialist-helsetjeneste korrigert for gjestepasientoppgjør, som ikke er finansiert av polikliniske refusjoner, tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra, pasientbetaling eller andre salgsinntekter mv. Dvs at denne størrelsen residualbestemmes som totale driftskostnader psykisk helsevern korrigert for gjestepasientoppgjør minus de finansieringsartene som er angitt overfor. Ved beregning av driftskostnader finansiert av RHF presentert i nasjonale tabeller korrigeres det ikke for gjestepasientoppgjør.

Merk at totale driftskostnader på nasjonalt nivå avviker fra totale driftskostnader når utgiftene ved RHF-ene summeres. Dette skyldes flere forhold:

- 1) Kjøp av behandling hos private institusjoner som ikke rapporterer regnskap kan inngå som regionenes gjestepasientkostnader. Dette vil ikke inngå når totale driftskostnader nasjonalt summeres over enheter som rapporterer regnskapsdata.
- 2) Glittreklinikken og Modum Bad finansieres i hovedsak direkte av staten. Det vil si at når sum totale driftskostnader summeres for helseregionene, inngår ikke statens kostnader til Glittreklinikken og Modum Bad.
- 3) I tillegg kan avviket skyldes mangler og feilføringer av gjestepasientoppgjør som ikke avdekkes i kvalitetskontroll.

Når totale driftskostnader på nasjonalt nivå avviker fra totale driftskostnader summert over regionene, vil også driftskostnader finansiert av RHF i nasjonale tabeller avvike fra driftskostnader finansiert av RHF presentert i regionale tabeller.

## Referanser

Helsedepartementet

2003 Helsebudsjettet 2004:Prioriterer dem som trenger det mest. Pressemelding 08.10.2003. Nr.: 75.

Huseby B.M. (red.)

2002 Helseregionenes utfordringer. SAMDATA rapport 3/02.

Jørgenvåg R (red.)

2005 SAMDATA Somatikk sektorrappport 2004. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2004. SINTEF Helse Rapport 1/05.

Kalseth, B.

2005 Aktivitetsvekst og prioritering. I R. Jørgenvåg (red.) SAMDATA Somatikk sektorrappport 2004. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten. 2005:119-145. SINTEF Helse Rapport 1/05.

Kalseth, J. (red.)

2005 SAMDATA Psykisk helsevern Sektorrappport 2004. Sammenligningsdata for psykisk helsevern. SINTEF Helse Rapport 2/05.

Ose, S. O. og M. Pedersen

2005 Effektivitetsutvikling 1999-2004. I R. Jørgenvåg (red.) SAMDATA Somatikk sektorrappport 2004. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten. 2005:181-190. SINTEF Helse Rapport 1/05.

Pedersen M.

2005 Kostnader og finansiering. I R. Jørgenvåg (red.) SAMDATA Somatikk sektorrappport 2004. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten. 2005:49-60. SINTEF Helse Rapport 1/05.

Pettersen, I.J., R. Jørgenvåg og K. Nyland

2004 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten. Sentrale utviklingstrekk innen spesialisthelsetjenesten 1999-2003. SINTEF Helse STF78 A045023.

St. prp. nr. 63

1997-1998 Om Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Sosial- og helse-  
departementet Oslo.

St. prp. nr. 1

2003-2004 St.prp. nr. 1 (2003-2004) for budsjetterminen 2004. Utgiftskapitler: 700-751  
og 2711-2790 Inntektskapitler: 3700-3751, 5577, 5578 Tilråding fra  
Helsedepartementet av 12. september 2003, godkjent i statsråd samme dag.  
(Regjeringen Bondevik II)

St. prp. nr. 63

2003-2004 Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden  
2004. Finansdepartementet 2004.

St. prp. nr. 1

2004-2005 St. prp. nr. 1 for budsjetterminen 2005. Utgiftskapitler: 700-761 og 2711-  
2790 Inntektskapitler: 3700-3751, 5577 og 5578. Tilråding fra Helse- og omsorgs-  
departementet av 1. oktober 2004, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen  
Bondevik II)