



SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006 1/07

SAMDATA

Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006

Kjell Solstad
(red)

SINTEF Helse
7465 TRONDHEIM
Telefon: 4000 2590
Telefaks: 932 70 800

Rapport 1/07

ISBN 978-82-312-0001-7
ISSN 0802-4979

SINTEF © Helse
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Forside. SINTEF Media

Trykk: TAPIR UTTRYKK, Trondheim

**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 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006

FORFATTER(E)

Kjell Solstad (red.)

Kjartan Sarheim Anthun, Anne Mette Bjerkan, Johan Håkon Bjørngaard, Ragnild Bremnes, Vidar Halsteinli, Heidi Jensberg, Birgitte Kølseth, Silje Lill Kaspersen, Solfrid E. Lilleeng, Marit Pedersen, Per Bernhard Pedersen, Stein Petersen, Heidi Torvik, Tove E. Waagan

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. A1702	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Jan Oddum	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-312-0001-7	PROSJEKTNR. 78H090.30	ANTALL SIDER OG BILAG 206
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7850 NIS\Prosjekt\SAMDATA 2007\Nøkkeltallsrapport\ Rapporten\SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006 Rapport 1-07.doc	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Kjell Solstad <i>Kjell Solstad</i>	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Trude Mathisen <i>Trude Mathisen</i>	
ARKIVKODE E	DATO 2007-06-27	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, forskningssjef <i>Britt Venner</i>	

SAMMENDRAG

Aktiviteten innen psykisk helsevern økte prosentvis mer enn i somatisk spesialisthelsetjeneste siste året. På landsbasis økte antall døgnopphold og antall utskrivinger i psykisk helsevern for voksne med henholdsvis 8,6 og 9,3 prosent. Den polikliniske aktiviteten for voksne økte med 7,3 prosent. Tilsvarende tall for psykisk helsevern for barn og unge var en økning på 8,9 prosent for behandlede pasienter og 14,4 prosent for antall polikliniske tiltak. Dette betyr igjen at antall tiltak per pasient har økt i psykisk helsevern for barn og unge. Dette betyr at målene formulert i bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene om sterkere prosentvis vekst i psykisk helsevern enn i somatisk sektor er innfridd.

Antall døgn- og dagopphold i somatisk sektor økte med henholdsvis 2,5 og 6,7 prosent fra 2005 til 2006. Målt i antall DRG-poeng blir de prosentvise endringene fra 2005 til 2006 på henholdsvis 3,1 og -0,3 prosent. Dersom målet om at ISF-aktivitet og poliklinikk skulle videreføres på omtrent samme nivå som før tolkes som nullvekst, er dette målet ikke innfridd.

Når det korrigeres for nye oppgaver og ansvar viser kostnadsutviklingen fra 2005 til 2006 at det totalt sett er en høyere vekst i kostnader til psykisk helsevern enn i somatisk sektor. Trenden fra i fjor fortsetter derfor, men med mindre forskjell i vekst. Dette skyldes at veksten i kostnader i psykisk helsevern og somatisk sektor fra 2005 til 2006 var tilnærmet like.

Bruken av de private kommersielle sykehusene ble redusert relativt mye i forhold til 2005. Dette gjelder somatisk spesialisthelsetjeneste relatert til ISF aktivitet. Dette betyr at det formulerte målet om å begrense omfanget av avtaler mellom de regionale helseforetakene og private kommersielle sykehus er innfridd. Målt i 2006-kroner utgjorde denne nedgangen 114 millioner kroner. I 2006 utgjorde kjøp fra private 373 millioner kroner.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Spesialisthelsetjenesten	Health services
EGENVALGTE	Statistikk	Statistics

Forord

Formålet med SAMDATA nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten er å utarbeide og publisere styringsdata for hele tjenesten. Styringsdata som presenteres gir informasjon om ressursinnsats, bruk av spesialisthelsetjenestene og utnytting av ressursene. Dette diskuteres i forhold til aktuelle helsepolitiske mål. Nøkkeltallsrapporten beskriver utviklingen de siste årene og gir status for spesialisthelsetjenesten i forhold til målene.

SAMDATA-prosjektet er fra i år lagt om i tråd med ønsker fra oppdragsgiver som er Sosial- og helsedirektoratet. Prosjektet er delt inn i den foreliggende rapporten SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten samt tre sektorrappporter; SAMDATA Psykisk helsevern, SAMDATA Rusbehandling og SAMDATA Somatikk. Sektorrapportene publiseres i september/oktober 2007.

Nøkkeltallsrapporten er en nyskaping og inneholder tall og analyser på regionalt og nasjonalt nivå for hele spesialisthelsetjenesten. Alle tall og indikatorer på lavere nivå enn dette publiseres kun på våre nettsider www.sintef.no/samdata. Det samme gjelder alle grunnlagsdata og vedlegg til den trykte rapporten. Det vil foreligge ulike utskriftsversjoner på nettsidene som kan benyttes dersom man ønsker å ha utskrifter som viser mer enn den trykte rapporten.

Pasientdata er samlet inn og kvalitetskontrollert av Norsk Pasientregister (NPR). Data for senger, døgn- og dagplasser, kostnader og finansiering er samlet inn av Statistisk sentralbyrå (SSB). Dataene er kvalitetssikret og tilrettelagt i et samarbeid mellom SSB og SINTEF Helse. Vi takker for et godt samarbeid med NPR og SSB.

Kontaktperson fra oppdragsgiver har vært Jan Oddum.

Fra SINTEF Helse har følgende medarbeidere deltatt i arbeidet med rapporten: Kjartan Sarheim Anthun, Anne Mette Bjerkan, Ragnild Bremnes, Vidar Halsteinli, Heidi Jensberg, Birgitte Kalseth, Silje Kaspersen, Hanne Kvam, Marit Pedersen, Per Bernard Pedersen, Stein Østerlund Petersen, Kjell Solstad, Heidi Torvik og Tove Waagan. Kjell Solstad har vært prosjektleder for arbeidet med rapporten. Rapportens forskjellige deler er sydd sammen av prosjektsekretær Hanne Kvam.

Trondheim juni 2007

Kjell Solstad
(red.)

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Innholdsfortegnelse	5
Tabelloversikt	9
Figuroversikt	20
SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten	23
Innholdet i nøkkeltallsrapporten	23
Bruk av SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten	25
Kvalitetssikring av data	26
Del I Statusdel – nasjonale og regionale utviklingstrekk befolkningsperspektivet	27
1 Sammendrag og nøkkeltall nasjonalt	29
1.1 Sammendrag	29
1.2 Nøkkeltall	32
1.3 Bruk av deflator	34
2 Utvikling i ressursinnsats 2002–2006	35
2.1 Innledning	35
2.2 Datagrunnlag	36
2.2.1 Om datagrunnlag og datakvalitet.	36
2.2.2 Deflaterer 2002-2006	37
2.3 Nye ansvarsområder i spesialisthelsetjenesten	38
2.4 Kostnadsutvikling 2002-2006	41
2.5 Utvikling i kostnader og personell 2002-2006	51

2.6	Oppsummering	57
2.7	Kostnadsgrunnlag korrigert for nye oppgaver, nasjonalt og regionalt	58
3	Bruk av spesialisthelsetjenester	65
3.1	Bruk av spesialisthelsetjenester i Norge	66
3.2	Forbruket i regionene i perioden 2001 til 2006	75
3.2.1	Bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Øst	75
3.2.2	Bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Sør	77
3.2.3	Bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Vest	79
3.2.4	Bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Midt-Norge	81
3.2.5	Bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Nord	83
3.3	Bruk av private sykehus og avtalespesialister i somatisk sektor	84
3.4	Oppsummering	88
4	Psykisk helsevern i opptrappingsperioden	91
4.1	Innledning	91
4.2	Hovedtrekk i utviklingen i perioden 1998–2006	91
4.3	Psykisk helsevern for barn og unge i perioden 1998–2006	92
4.4	Psykisk helsevern for voksne i perioden 1998–2006	94
4.5	Nasjonale utviklingstrekk 1998-2006 i tall	96
4.5.1	Pasientbehandling – psykisk helsevern	96
4.5.2	Kostnader og finansiering	97
4.5.3	Personell psykisk helsevern	98
4.5.4	Personell, døgnplasser og aktivitet – barn og unge	99
4.5.5	Personell, døgnplasser og aktivitet – voksne	101
Del II	Tabelldel – Psykisk helsevern befolkningsperspektivet	103
5	Kostnader og finansiering – psykisk helsevern	105
5.1	Innledning	105
5.2	Totale driftskostnader og finansiering – nasjonale tall 2005 og 2006	107
5.3	Driftskostnader – regionale tall 2005 og 2006	109

5.4	Finansiering – regionale tall 2005 og 2006.....	112
6	Personellinnsats – psykisk helsevern.....	115
7	Døgnplasser – psykisk helsevern.....	121
8	Bruk av spesialisthelsetjenester i psykisk helsevern.....	125
9	Ventetider til poliklinikk innen psykisk helsevern.....	129
Del III Tabelldel – Psykisk helsevern foretaksperspektivet.....		133
10	Kapasitetsutnyttning – psykisk helsevern for voksne.....	135
10.1	Innledning.....	135
10.2	Kapasitetsutnyttning i poliklinikker for voksne.....	137
10.3	Kapasitetsutnyttning i døgninstitusjoner for voksne.....	138
Del IV Tabelldel – Rusbehandling befolkningsperspektivet.....		141
11	Kostnader til tverrfaglig rusbehandling.....	143
11.1	Innledning.....	143
11.2	Definisjoner og datagrunnlag.....	143
Del V Tabelldel – Somatisk spesialisthelsetjeneste befolkningsperspektivet.....		145
12	Kostnader og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste.....	147
12.1	Nasjonale tall.....	148
12.2	Regionale tall.....	149
13	Utviklingen i personell og senger i somatisk spesialisthelsetjeneste 2005–2006.....	155
14	Bruk av somatiske sykehustjenester.....	159
14.1	Bruken av sykehustjenester per innbygger – faktiske rater.....	160
14.2	Bruken av sykehustjenester – kjønns- og aldersstandardiserte rater.....	170
15	Pasientstrømmer i somatisk spesialisthelsetjeneste 2005 og 2006.....	173

16	Utvikling ventelister og ventetid i somatisk spesialisthelsetjeneste 2005-2006	187
Del VI Tabelldel – Somatisk spesialisthelsetjeneste foretaksperspektivet		197
17	Aktivitet og kostnader.....	199
17.1	Formål med kapitlet	199
17.2	Tilpasninger og anvendelse av datagrunnlaget	199
17.3	Resultater	200
Litteraturliste		205

Tabelloversikt

Tabell 1.1	Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten. Nasjonale tall 2002-2006.....	32
Tabell 1.2	Deflatorer i perioden 1998 til 2006.	34
Tabell 2.1	Deflatorer perioden 2002 til 2006.....	38
Tabell 2.2	Identifiserte nye oppgaver og finansieringsansvar for helseforetakene 2003-2006. Kostnadstall fastsatt som økning i basisramme på grunn av nye oppgaver, jf St. Prp nr 1 for årene 2003, 2004, 2005 og 2006. Millioner kr. Løpende priser.....	39
Tabell 2.3	Tilskudd til de regionale helseforetakenes basisrammer knyttet til nye oppgaver og finansieringsansvar. Ny virksomhet kostnadsført i somatisk sektor 2003-2006. Millioner kr. Løpende priser.....	40
Tabell 2.4	Fordeling av tilskudd til omlegging av differensiert arbeidsgiveravgift mellom sektorene somatisk virksomhet, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. 2004-2006. Millioner kr. Løpende priser	41
Tabell 2.5	Kostnader i spesialisthelsetjenesten 2002 til 2006. Kostnader korrigert for nye oppgaver. Millioner kroner. Løpende priser.....	42
Tabell 2.6	Kostnader til somatisk sektor, psykisk helsevern for voksne og for barn og unge eksklusive nye oppgaver og ansvar. Korrigert for gjestepasientoppgjør 2002 til 2006. Millioner kr. Løpende priser.	44
Tabell 2.7	Utvikling i ambulanssekostnader 2002 -2006. Samlet prosentvis endring, samt endring fra året før. Utvikling i ambulanssekostnadenes andel av totale kostnader. Millioner kr. Løpende priser.....	50
Tabell 2.8	Utvikling i personellinnsats og kostnadsinnsats til spesialisthelsetjenesten 2002-2006 ¹⁾ . Kostnader korrigert for nye oppgaver ²⁾ . Nasjonalt nivå. Millioner kr. Løpende priser	52
Tabell 2.9	Prosentpoeng differanse mellom kostnadsvekst i psykisk helsevern og kostnadsvekst i somatisk sektor, og prosentpoeng differanse mellom personellvekst i psykisk helsevern og somatisk sektor. 2002 - 2006.	54
Tabell 2.10	Kostnader til spesialisthelsetjenesten fordelt på ulike tjenesteområder korrigert nye oppgaver. Nasjonalt nivå 2002-2006. Millioner kr. Løpende priser.	58
Tabell 2.11	Kostnader til spesialisthelsetjenesten fordelt på ulike tjenesteområder korrigert for nye oppgaver og finansieringsansvar. Helse Øst, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2002-2006. Millioner kr. Løpende priser.....	59

Tabell 2.12	Kostnader til spesialisthelsetjenesten fordelt på ulike tjenesteområder korrigert for nye oppgaver og finansieringsansvar. Helse Sør, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2002-2006. Millioner kr. Løpende priser.....	60
Tabell 2.13	Kostnader til spesialisthelsetjenesten fordelt på ulike tjenesteområder korrigert for nye oppgaver og finansieringsansvar. Helse Vest, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2002-2006. Millioner kr. Løpende priser.....	61
Tabell 2.14	Kostnader til spesialisthelsetjenesten fordelt på ulike tjenesteområder korrigert for nye oppgaver og finansieringsansvar. Helse Midt-Norge, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2002-2006. Millioner kr. Løpende priser. ...	62
Tabell 2.15	Kostnader til spesialisthelsetjenesten fordelt på ulike tjenesteområder korrigert for nye oppgaver og finansieringsansvar. Helse Nord, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2002-2006. Millioner kr. Løpende priser.....	63
Tabell 3.1	Bruk av spesialisthelsetjenester i helseregionene 2006 etter pasientenes bostedsregion.....	68
Tabell 3.2	Utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Øst, 2001-2006. Faktisk aktivitet.....	75
Tabell 3.3	Utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Øst, 2001-2006. Rater per 1 000 innbygger somatikk, per 10 000 innbygger 18 år og eldre psykisk helsevern voksne og per 10 000 innbyggere 0-17 år psykisk helsevern barn og unge.....	76
Tabell 3.4	Utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Sør, 2001-2006. Faktisk aktivitet.....	77
Tabell 3.5	Utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Sør, 2001-2006. Rater per 1 000 innbygger somatikk, per 10 000 innbygger 18 år og eldre psykisk helsevern voksne og per 10 000 innbyggere 0-17 år psykisk helsevern barn og unge.....	78
Tabell 3.6	Utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Vest, 2001-2006. Faktisk aktivitet.....	79
Tabell 3.7	Utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Vest, 2001-2006. Rater per 1 000 innbygger somatikk, per 10 000 innbygger 18 år og eldre psykisk helsevern voksne og per 10 000 innbyggere 0-17 år psykisk helsevern barn og unge.....	80
Tabell 3.8	Utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Midt-Norge, 2001-2006. Faktisk aktivitet.	81

Tabell 3.9	Utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Midt-Norge, 2001-2006. Rater per 1 000 innbygger somatikk, per 10 000 innbygger 18 år og eldre psykisk helsevern voksne og per 10 000 innbyggere 0-17 år psykisk helsevern barn og unge.	82
Tabell 3.10	Utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Nord, 2001-2006. Faktisk aktivitet.....	83
Tabell 3.11	Utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Nord, 2001-2006. Rater per 1 000 innbygger somatikk, per 10 000 innbygger 18 år og eldre psykisk helsevern voksne og per 10 000 innbyggere 0-17 år psykisk helsevern barn og unge.	84
Tabell 3.12	Utvikling i bruk av private sykehus i somatisk spesialisthelsetjeneste etter bostedsregion. Antall sykehusopphold (døgn og dag) 2002 – 2006.	85
Tabell 3.13	Utvikling i bruk av private sykehus i somatisk spesialisthelsetjeneste etter bostedsregion. Antall DRG-poeng (døgn og dag) 2002 – 2006.	85
Tabell 3.14	Utvikling i bruk av private avtalespesialister ISF i somatisk spesialisthelsetjeneste etter bostedsregion. Antall opphold (døgn og dag) 2002 – 2006.	87
Tabell 3.15	Utvikling i bruk av private avtalespesialister ISF i somatisk spesialisthelsetjeneste etter bostedsregion. Antall DRG-poeng (døgn og dag) 2002 – 2006.	88
Tabell 4.1	Behandlede pasienter og polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern 1998-2006.	96
Tabell 4.2	Utvikling i totale driftsutgifter til psykisk helsevern 1998–2006. Millioner kr. Løpende priser.....	97
Tabell 4.3	Utvikling i totale driftsutgifter til psykisk helsevern 1998–2006. Millioner kr. Faste 2006 kr.	97
Tabell 4.4	Deflatorer i perioden 1998 - 2006.....	97
Tabell 4.5	Årsverk i institusjoner i psykisk helsevern totalt. Etter personellkategori. Absolutte tall og endring fra 1998-2006.	98
Tabell 4.6	Årsverk for leger og psykologer ved institusjoner i psykisk helsevern totalt, samt årsverk for leger og psykologer med driftsavtale med helseforetakene/RHF. Absolutte tall og endring fra 1998 - 2006.	98
Tabell 4.7	Årsverk og døgnplasser for barn og unge. Nasjonale tall. Absolutte tall og endring fra 1998-2006.....	99
Tabell 4.8	Aktivitet og produktivitet i psykisk helsevern for barn og unge. Absolutte tall og endring fra 1998-2006.	100

Tabell 4.9	Årsverk i institusjoner for voksne etter personellkategori og driftsform. Absolutte tall og endring fra 1998 til 2006.	101
Tabell 4.10	Døgnplasser for voksne etter institusjonstype. Absolutte tall og endring fra 1998-2006.	102
Tabell 4.11	Aktivitet og ressursutnytting i tilbudet til voksne. Nasjonale tall. Absolutte tall og endring fra 1998-2006.	102
Tabell 5.1	Totale driftskostnader i psykisk helsevern for henholdsvis barn og unge og voksne. Fordelt på totale driftskostnader ved institusjoner, driftstilskudd til private spesialister og tilskudd til privat pleie, ekskl. avskrivninger. 2005 og 2006. Millioner kroner målt i faste 2006 kroner og prosentvis endring.	107
Tabell 5.2	Totale driftskostnader til psykisk helsevern i 2005 og 2006 med og uten avskrivninger. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner.	107
Tabell 5.3	Totale driftskostnader til og finansiering av psykisk helsevern for henholdsvis barn og unge og voksne. Finansiering fordelt på ulike finansieringskilder. 2005 og 2006. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner, og prosentvis endring.	108
Tabell 5.4	Totale driftskostnader til og finansiering av psykisk helsevern for henholdsvis barn og unge og voksne. Prosentvis fordeling på ulike finansieringskilder. 2005 og 2006. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner.	108
Tabell 5.5	Totale driftskostnader til psykisk helsevern for henholdsvis barn og unge og voksne, korrigert for gjestepasientoppgjør. Regionalt nivå. 2005 og 2006. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner.	109
Tabell 5.6	Totale driftskostnader til psykisk helsevern for henholdsvis barn og unge og voksne, fordelt på driftskostnader ved egne institusjoner, avskrivninger mv., netto gjestepasientkostnader, driftstilskudd til private spesialister og tilskudd til privat pleie. Regionalt nivå. 2006. Millioner kroner.	109
Tabell 5.7	Totale driftskostnader til psykisk helsevern for barn og unge, korrigert for gjestepasientoppgjør. Regionalt nivå. 2005 og 2006, samt 2006 inkludert avskrivninger mv. Kroner per innbygger og i prosent av landsgjennomsnittet, målt i faste 2006-kroner.	110
Tabell 5.8	Totale driftskostnader til psykisk helsevern for voksne, korrigert for gjestepasientoppgjør. Regionalt nivå. 2005 og 2006, samt 2006 inkludert avskrivninger mv. Kroner per innbygger og i prosent av landsgjennomsnittet, målt i faste 2006-kroner.	110

Tabell 5.9	Totalt driftskostnader til psykisk helsevern, korrigert for gjestepasientoppgjør. Regionalt nivå. 2005 og 2006, samt 2006 inkludert avskrivninger mv. Kroner per innbygger og i prosent av landsgjennomsnittet, målt i faste 2006-kroner.	111
Tabell 5.10	Polikliniske refusjoner fra staten til psykisk helsevern for henholdsvis barn og unge og voksne og psykisk helsevern totalt. Regionalt nivå. 2005 og 2006. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner, og endring i prosent.	112
Tabell 5.11	Øremerkede tilskudd ¹ fra staten til psykisk helsevern. Regionalt nivå. 2005 og 2006. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner, og endring i prosent.	112
Tabell 5.12	Driftskostnader til psykisk helsevern finansiert av RHF-enes basisramme til psykisk helsevern for henholdsvis barn og unge og voksne, samt totalt psykisk helsevern. Regionalt nivå. 2005 og 2006. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner, og endring i prosent.	113
Tabell 5.13	Kostnader til og finansiering av psykisk helsevern samlet. Finansiering fordelt på ulike finansieringskomponenter i 2006. Regionalt nivå. Millioner kroner.	113
Tabell 5.14	Kostnader til og finansiering av psykisk helsevern for barn og unge. Finansiering fordelt på ulike finansieringskomponenter i 2006. Regionalt nivå. Millioner kroner.	114
Tabell 5.15	Kostnader til og finansiering av psykisk helsevern for voksne. Finansiering fordelt på ulike finansieringskomponenter i 2006. Regionalt nivå. Millioner kroner.	114
Tabell 6.1	Årsverk i psykisk helsevern for barn og unge, for voksne og totalt. Regionale helseforetak og totalt. Absolutte tall og prosentvis endring fra 2005 til 2006	116
Tabell 6.2	Personelldekning i psykisk helsevern for barn og unge, for voksne og totalt. Årsverk per 10 000 innbyggere i målgruppen. Regionale helseforetak. 2005 og 2006.....	117
Tabell 6.3	Personelldekning etter personellkategori i psykisk helsevern for barn og unge, for voksne og totalt. Årsverk per 10 000 innbyggere. Regionale helseforetak 2006 og totalt 2005 og 2006.	118
Tabell 6.4	Relativ fordeling mellom de ulike personellkategoriene i psykisk helsevern for barn og unge. Regionalt helseforetak. 2006, og totalt 2005 og 2006.....	119
Tabell 6.5	Relativ fordeling mellom de ulike personellkategoriene i psykisk helsevern for voksne. Regionalt helseforetak. 2006, og totalt 2005 og 2006	119

Tabell 6.6	Legedekning i offentlig og privat praksis i psykisk helsevern samlet. Årsverk per 10 000 innbyggere. Regionalt helseforetak. 2006, og totalt 2005 og 2006.	120
Tabell 6.7	Psykologdekning i offentlig og privat praksis i psykisk helsevern samlet. Årsverk per 10 000 innbyggere. Regionalt helseforetak. 2006, og totalt 2005 og 2006.	120
Tabell 7.1	Døgnplasser i psykisk helsevern for barn og unge, for voksne og totalt. Regionalt helseforetak. Absolutte tall 2005 og 2006 og prosentvis endring fra 2005 til 2006.	122
Tabell 7.2	Døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge, for voksne og totalt. Plasser per 10 000 innbyggere i målgruppen. Regionalt helseforetak. 2005 og 2006.	123
Tabell 8.1	Antall pasienter i psykisk helsevern for barn og unge, etter bostedsregion og omsorgsnivå. 2006 og prosentendring fra 2005.	127
Tabell 8.2	Antall behandlede pasienter og pasienter pr 100 innbyggere (i prosent av befolkningen) under 18 år. Etter pasientens bostedsregion og omsorgsnivå. Psykisk helsevern for barn og unge. 2006.	127
Tabell 8.3	Døgnopphold, utskrivninger, oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner i det psykiske helsevernet for voksne. Bostedsregion. 2006.	128
Tabell 8.4	Døgnopphold, utskrivninger, oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Bostedsregion. 2006.	128
Tabell 9.1	Antall pasienter ordinært avviklet fra venteliste for poliklinisk behandling. Fordelt etter helseregion. Psykisk helsevern for barn og unge og psykisk helsevern for voksne. Tredje tertial 2005 og 2006 og endring.	130
Tabell 9.2	Gjennomsnittlig ventetid i dager til poliklinisk behandling og innleggelse innen psykisk helsevern. Pasienter ordinært avviklet. Tredje tertial 2005 og 2006 og endring. Fordelt etter fagområde og helseregion.	130
Tabell 9.3	Ventetid til poliklinisk utredning/behandling innen psykisk helsevern for barn og unge. Prosentandeler innen angitte venteintervaller tredje tertial 2006 og endring i andel fra tredje tertial 2005. Ordinært avviklede henvisninger i perioden.	130
Tabell 9.4	Ventetid til poliklinisk utredning/behandling innen psykisk helsevern for voksne. Prosentandeler innen angitte venteintervaller tredje tertial 2006 og endring i andel fra tredje tertial 2005. Ordinært avviklede henvisninger i perioden.	131

Tabell 10.1	Konsultasjoner, pasienter og produktivitet i poliklinisk virksomhet for voksne. 2005 og 2006.	137
Tabell 10.2	Konsultasjoner og fagårsverk i poliklinikker for voksne. 2006 og prosent endring fra 2005.	137
Tabell 10.3	Oppholdsdøgn for døgnpasienter ved institusjoner i psykisk helse for voksne. Etter regionale helseforetak og institusjonstype. 2005 og 2006, og prosent endring fra 2005.	138
Tabell 10.4	Utskrivninger av døgnpasienter ved institusjoner i psykisk helsevern for voksne. Etter regionale helseforetak og institusjonstype. 2005 og 2006, og prosent endring fra 2005.	139
Tabell 10.5	Kapasitetsutnyttning ved døgninstitusjoner innen psykisk helsevern for voksne. Etter regionale helseforetak og institusjonstype. 2005 og 2006, og prosent endring fra 2005.	140
Tabell 11.1	Totale driftskostnader til rusbehandling, totalt og per innbygger. 2005 og 2006, samt prosentvis endring. Beløp målt i faste 2006-kroner.	144
Tabell 11.2	Totale driftskostnader til rusbehandling per helseregion i 2005 og 2006, samt prosentvis endring. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner.	144
Tabell 11.3	Totale driftskostnader til rusbehandling per innbygger i 2005 og 2006, samt prosentavvik fra gjennomsnitt for alle regionene. Målt i faste 2006-kroner. .	144
Tabell 12.1	Totale driftskostnader til, og finansiering av, somatisk spesialisthelsetjeneste. 2005 og 2006. Finansiering fordelt på ulike finansieringskomponenter. Millioner kroner målt i faste 2006 kroner. Prosentandeler og prosentvis endring av finansieringskomponenter.	148
Tabell 12.2	Finansiering av kostnadsvekst fra 2005 til 2006, somatisk spesialisthelsetjeneste. Millioner kroner målt i faste 2006 kroner.	148
Tabell 12.3	Totale driftskostnader somatisk spesialisthelsetjenestene. SAMDATA definisjon, samt kapitalkostnader og kostnader ikke finansiert av helseforetak i privat sektor. Millioner kroner målt i faste 2006 kroner.	149
Tabell 12.4	Totale driftskostnader somatisk spesialisthelsetjeneste, fordelt på driftskostnader ved egne foretak og avtaleinstitusjoner (herav tilskudd til avtalespesialister) og netto gjestepasientkostnader. 2005. Millioner kroner målt i faste 2006 kroner. Regionalt helseforetak.	151
Tabell 12.5	Totale driftskostnader somatisk spesialisthelsetjeneste, fordelt på driftskostnader ved egne foretak og avtaleinstitusjoner (herav tilskudd til avtalespesialister) og netto gjestepasientkostnader. 2006. Millioner kroner. Regionalt helseforetak.	152

Tabell 12.6	Totalt driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2005 og 2006. Millioner kroner målt i faste 2006 kroner. Prosentvis endring fra 2005 til 2006. Regionalt helseforetak.....	152
Tabell 12.7	Totalt driftskostnader per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2005 og 2006. Kroner målt i faste 2006 kroner. Prosentavvik fra landsgjennomsnitt. Regionalt helseforetak.....	152
Tabell 12.8	Totalt driftskostnader inkludert kapitalkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, korrigert for gjestepasientoppgjør. Millioner kroner. Helseregioner. 2006.....	153
Tabell 12.9	Totalt driftskostnader inkludert kapitalkostnader per innbygger, korrigert for gjestepasientoppgjør. Kroner. Helseregioner. 2006.....	153
Tabell 13.1	Antall årsverk ¹⁾ etter personellkategori ved somatiske sykehus. 2005 og 2006. Endring i antall og prosent. Punkttall per 31. desember i driftsåret.	156
Tabell 13.2	Antall årsverk ²⁾ i prosentandel etter personellkategori ved somatiske sykehus. 2005 og 2006. Endringer i prosentpoeng.....	156
Tabell 13.3	Årsverk per 1 000 innbygger etter personellkategori for 2005 og 2006. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og alderstandardisert. Somatiske sykehus ¹⁾ . Bostedsområder.....	157
Tabell 13.4	Sengefaktoren målt som antall effektive senger ¹⁾ i sykehus per 1000 innbyggere, 2005 og 2006. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. Bostedsregion.....	157
Tabell 14.1	Antall opphold og prosentvis endring etter oppholdstype og regionalt helseforetak. 2005 og 2006.....	160
Tabell 14.2	Antall opphold og prosentvis endring etter oppholdstype og pasientenes bostedsregion. 2005 og 2006.....	161
Tabell 14.3	Bruk av sykehus i bostedsregioner etter oppholdstype. Opphold per 1000 innbyggere og antall opphold. 2005 og 2006.....	162
Tabell 14.4	Bruk av sykehus i bostedsregioner etter oppholdstype. DRG-poeng per 1000 innbyggere og antall DRG-poeng ¹⁾ . 2005 og 2006.....	163
Tabell 14.5	DRG-indeks etter bostedsregion og oppholdstype. 2005 og 2006.....	164
Tabell 14.6	Bruk av sykehus i bostedsregioner etter oppholdstype eksklusive dialyse (DRG317), kjemoterapi (DRG 410A-D) og rehabilitering (DRG 462A-C). Opphold per 1000 innbyggere. 2005 og 2006.....	165
Tabell 14.7	Bruk av sykehustjenester i bostedsregioner etter innleggelsesmåte. Opphold per 1000 innbyggere. 2005 og 2006.....	166

Tabell 14.8	Bruk av sykehustjenester i bostedsregioner etter innleggelsesmåte og type DRG. Opphold per 1000 innbyggere. 2005 og 2006.....	166
Tabell 14.9	Bruk av sykehustjenester i bostedsregioner etter oppholdstype og innleggelsesmåte. Antall liggedager per 1000 innbyggere. 2005 og 2006. ...	167
Tabell 14.10	Bruk av sykehustjenester i bostedsregioner for pasienter 80 år og eldre etter type opphold og innleggelsesmåte. Antall opphold og opphold per 1000 innbyggere 80 år og eldre. 2005 og 2006.	168
Tabell 14.11	Bruk av sykehustjenester i bostedsregioner for pasienter 80 år og eldre etter type opphold og innleggelsesmåte. Antall liggedager og liggedager per 1000 innbyggere 80 år og eldre. 2005 og 2006.	169
Tabell 14.12	Andel innbyggere 80 år og eldre og andel liggedager generert av innbyggere 80 år og eldre.	169
Tabell 14.13	Bruk av sykehustjenester i bostedsregionene etter type opphold. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere. 2005 og 2006.....	170
Tabell 14.14	Bruk av sykehustjenester i bostedsregionene etter innleggelsesmåte. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere. 2005 og 2006..	170
Tabell 14.15	Bruk av sykehustjenester i bostedsregionene etter innleggelsesmåte og type DRG. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere. 2005 og 2006.	171
Tabell 14.16	Bruk av sykehustjenester i bostedsregionene etter innmåte og oppholdstype. Liggedager per 1000 innbyggere. Kjønn- og aldersstandardiserte rater. 2005 og 2006.	171
Tabell 15.1	Antall dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005 og 2006.	174
Tabell 15.2	Antall dag- og døgnopphold i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt etter behandlingssted. Helseregioner. 2005 og 2006.	174
Tabell 15.3	Antall døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005 og 2006.	175
Tabell 15.4	Antall døgnopphold i prosent av antall døgnopphold i alt etter behandlingssted. Helseregioner. 2005 og 2006.....	175
Tabell 15.5	Antall dagopphold etter bosted og behandlingssted. 2005 og 2006.	176
Tabell 15.6	Antall dagopphold i prosent av antall dagopphold i alt etter behandlingssted. Helseregioner. 2005 og 2006.	176
Tabell 15.7	Antall elektive dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005 og 2006.....	177
Tabell 15.8	Antall elektive dag- og døgnopphold i prosent av antall elektive dag- og døgnopphold i alt etter behandlingssted. Helseregioner. 2005 og 2006.	177

Tabell 15.9	Antall DRG-poeng ¹⁾ for dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005 og 2006.	178
Tabell 15.10	Antall DRG-poeng ¹⁾ for dag- og døgnopphold i prosent av antall DRG-poeng for dag- og døgnopphold i alt etter behandlingssted. Helseregioner. 2005 og 2006.	178
Tabell 15.11	Antall dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005.	179
Tabell 15.12	Antall dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2006.	179
Tabell 15.13	Antall døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005.	180
Tabell 15.14	Antall døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2006.	180
Tabell 15.15	Antall dagopphold etter bosted og behandlingssted. 2005.	181
Tabell 15.16	Antall dagopphold etter bosted og behandlingssted. 2006.	181
Tabell 15.17	Antall elektive dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005.	182
Tabell 15.18	Antall elektive dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2006.	182
Tabell 15.19	Antall DRG-poeng ¹⁾ for dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005.	183
Tabell 15.20	Antall DRG-poeng ¹⁾ for dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2006.	183
Tabell 15.21	Antall polikliniske konsultasjoner etter bosted og behandlingssted. 2005.	184
Tabell 15.22	Antall polikliniske konsultasjoner etter bosted og behandlingssted. 2006.	184
Tabell 15.23	Beregnet antall senger (90 prosent belegg) for døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005.	185
Tabell 15.24	Beregnet antall senger (90 prosent belegg) for døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2006.	185
Tabell 16.1	Antall nyhenviste tredje tertial 2006 fordelt etter omsorgsnivå, og prosent endring fra tredje tertial 2005.	189
Tabell 16.2	Antall ordinært avviklet fra venteliste tredje tertial 2006 fordelt etter omsorgsnivå, og prosent endring fra tredje tertial 2005.	189
Tabell 16.3	Antall på venteliste per 31.12.2006 2006 fordelt etter omsorgsnivå, og prosent endring fra tredje tertial 2005.	190
Tabell 16.4	Antall ordinært avviklet fra venteliste i tredje tertial 2006, ventetidsfordeling (i prosent) og gjennomsnittlig ventetid i dager, endring i ventetidsfordeling og gjennomsnittlig ventetid fra tredje tertial 2005 til tredje tertial 2006. Bostedsregioner.	191

Tabell 16.5	Antall på venteliste per 31.12.2006, ventetidsfordeling (i prosent) og gjennomsnittlig ventetid i dager, endring i ventetidsfordeling og gjennomsnittlig ventetid fra tredje tertial 2005 til tredje tertial 2006. Bostedsregioner.....	191
Tabell 16.6	Gjennomsnittlig ventetid i dager fordelt etter omsorgsnivå og bostedsregioner. Tredje tertial 2006 og endring i dager fra tredje tertial 2005. Pasienter ordinært avviklet fra venteliste i perioden (periodetall).	192
Tabell 16.7	Gjennomsnittlig ventetid i dager fordelt etter omsorgsnivå og bostedsregioner. Tredje tertial 2006 og endring i dager fra tredje tertial 2005. Pasienter som står på venteliste per 31.12.2006 (øyeblikkstill).	192
Tabell 16.8	Gjennomsnittlig ventetid i dager til poliklinisk utredning/behandling. Fordelt etter bostedsregion og utvalgte fagområder*. Tredje tertial 2006 og endring i dager fra tredje tertial 2005. Omfatter ordinært avviklede henvisninger i perioden.....	193
Tabell 16.9	Gjennomsnittlig ventetid til innleggelse i dager. Fordelt etter bostedsregion og utvalgte fagområder*. Tredje tertial 2006 og endring i dager fra tredje tertial 2005. Omfatter ordinært avviklede henvisninger i perioden.	194
Tabell 16.10	Gjennomsnittlig ventetid (dager) til dagbehandling. Fordelt etter bostedsregion og utvalgte fagområder*. Tredje tertial 2006 og endring i dager fra tredje tertial 2005. Omfatter ordinært avviklede henvisninger i perioden.....	195
Tabell 17.1	Antall DRG-poeng, samlet antall opphold og indeks for pasientsammensetning for 2006, samt endring fra 2005 til 2006. Regionalt helseforetak.....	201
Tabell 17.2	Gjennomsnittlig liggetid for opphold samlet, døgnopphold, normalopphold og langtidsopphold for 2006, samt endring fra 2005 til 2006. Regionalt helseforetak.....	202
Tabell 17.3	Andel døgnopphold, langtidsopphold, langtidsliggedager og polikliniske inntekter 2005 og 2006. Regionalt helseforetak.....	202
Tabell 17.4	Driftskostnader DRG-virkosmhet per DRG-poeng, beregnet med og uten kapitalkostnader, samt relativt kostnadsnivå for 2006 og prosentvis endring fra 2005 til 2006. Regionalt helseforetak.....	203
Tabell 17.5	Driftskostnader DRG-virkosmhet per liggedag, beregnet med og uten kapitalkostnader, samt relativt kostnadsnivå for 2006 og prosentvis endring fra 2005 til 2006. Regionalt helseforetak.....	203

Figuroversikt

Figur 2.1	Prosentvis vekst i kostnader korrigert for nye oppgaver somatikk og psykisk helsevern samlet og for voksne i perioden 2002-2006.	45
Figur 2.2	Kostnader somatisk spesialisthelsetjeneste korrigert for nye oppgaver per innbygger etter bostedsregion 2002-2006. Løpende priser. Datakilde SSB og NPR.	46
Figur 2.3	Kostnader psykisk helsevern for voksne korrigert for nye oppgaver per innbygger 18 år og eldre etter bostedsregion 2002-2006. Løpende priser. Datakilde SSB og NPR.....	47
Figur 2.4	Kostnader psykisk helsevern for barn og unge korrigert for nye oppgaver per innbygger 0-17 år etter bostedsregion 2002-2006. Løpende priser. Datakilde: SSB og NPR.	48
Figur 2.5	Relativ kostnadsinnsats til somatisk sektor, psykisk helsevern og rusbehandling 2004-2006.	49
Figur 2.6	Regionenes kjøp fra private kommersielle sykehus. Millioner kroner 2002 til 2006.	50
Figur 2.7	Vekst i kostnader og personellinnsats for psykisk helsevern og somatisk sektor 2002-2006. Ressursinnsats til psykisk helsevern fordelt på voksne (PHV) og barn og unge (PHBU). Kostnadsvekst i løpende priser.	53
Figur 2.8	Personellvekst og kostnadsvekst i somatisk sektor og psykisk helsevern 2002-2006. Regionale helseforetak og landet samlet. Kostnadsvekst i løpende priser.	54
Figur 2.9	Personellvekst og kostnadsvekst i somatisk sektor og psykisk helsevern 2002-2006. Psykisk helsevern fordelt på voksne (PHV) og barn og unge (PHBU). Regionale helseforetak og landet samlet. Kostnadsvekst i løpende priser.	55
Figur 2.10	Regional vekst i kostnader og personell 2005 - 2006. Hvite stolper illustrerer somatisk virksomhet, lyseblå psykisk helsevern for voksne, og mørkeblå psykisk helsevern for barn og unge. Stolper markert med prikk viser kostnadsvekst. Kostnadsvekst i løpende priser.	56
Figur 3.1	Antall dag- og døgnopphold per 1 000 innbyggere somatisk sektor.....	69
Figur 3.2	Antall dagopphold per 1 000 innbyggere somatisk sektor.	70
Figur 3.3	Antall døgnopphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre psykisk helsevern voksne.	71

Figur 3.4	Antall oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre psykisk helsevern for voksne.	72
Figur 3.5	Antall pasienter per 100 innbyggere 0-17 år psykisk helsevern barn og unge.	73
Figur 3.6	Årlige prosentvise endring i forbruksrater somatikk og psykisk helsevern voksne og barn og unge.	74
Figur 3.7	Utvikling i DRG-indeks ved private sykehus etter bostedsregion 2002-2006. ...	86
Figur 3.8	Utvikling i DRG-indeks ved private kommersielle sykehus etter bostedsregion 2002 - 2006.	87
Figur 4.1	Prosent endring i driftskostnader til psykisk helsevern i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998. Driftskostnadene er målt i faste 2006-kroner. 92	
Figur 4.2	Utviklingen i driftskostnader, personellinnsats, antall pasienter og antall polikliniske tiltak i psykisk helsevern for barn og unge. Prosent endring i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998. Driftskostnadene er målt i faste 2006-kroner.	93
Figur 4.3	Utviklingen i døgnaktiviteten i det psykisk helsevern for barn og unge. Prosent endring i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998.	93
Figur 4.4	Utviklingen i driftskostnader, personellinnsats, antall oppholdsdøgn og antall utskrivninger for døgnpasienter, og antall polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne. Prosent endring i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998. Driftskostnadene er målt i faste 2006-kroner.	94
Figur 4.5	Utviklingen i døgnplasser for ulike institusjonstyper i psykisk helsevern for voksne. Prosent endring i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998.	95
Figur 5.1	Totale driftskostnader inkl. avskrivninger mv. til psykisk helsevern for henholdsvis barn og unge og voksne og psykisk helse samlet, målt i kroner per innbygger. Regionalt nivå. 2006.	111
Figur 12.1	Totale driftskostnader per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste. 2005 og 2006. Kroner målt i faste 2006 kroner.	149
Figur 12.2	Totale driftskostnader per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste. Eksklusive og inklusive kapitalkostnader. 2006.	150
Figur 12.3	Utbetaling per innbygger via finansieringsordningen ISF 2005 og 2006. Kroner per innbygger målt i faste 2006 kroner. Refusjonssats ISF for 2005 er omregnet til 40 prosent for sammenligning med 2006.	150
Figur 12.4	Driftskostnader per innbygger finansiert av innsatsstyrt finansiering (ISF) og basisramme fra RHF. Kroner per innbygger. 2006. Regionalt helseforetak ...	151

SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten

Formålet med SAMDATA Nøkkeltall er å utarbeide og publisere styringsdata for spesialisthelsetjenesten. Styringsdata gir informasjon om ressursinnsats, bruk av spesialisthelsetjenestene og utnytting av ressursene og sees i forhold til generelle helsepolitiske mål. Fokus i nøkkeltallsrapporten er å beskrive utviklingen de siste årene samt status for spesialisthelsetjenesten i forhold til målene.

Fra i år er SAMDATA-prosjektet lagt om i tråd med ønsker fra oppdragsgiver som er Sosial- og helsedirektoratet. Prosjektet er nå delt inn i den foreliggende rapporten SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten samt tre sektorrapporter; SAMDATA Psykisk helsevern, SAMDATA Rusbehandling og SAMDATA Somatikk. I tillegg til dette videreføres og utvides publisering av resultater på våre nettsider www.sintef.no/samdata. Deler av det som tidligere ble publisert både i rapporters form og på nettsidene, publiseres nå kun på nettsidene. Nøkkeltallsrapporten er første publikasjon i det aktuelle driftsåret, mens de tre sektorrapportene ferdigstilles medio september. På nettsidene vil tabeller og vedlegg som tilhører de ulike rapportene publiseres samtidig som rapportene publiseres.

Tanken med omleggingen av SAMDATA-prosjektet er å få publisert styringsindikatorer tidligst mulig, samtidig som det er ønskelig å vri SAMDATA-prosjektet i retning av en mer analytisk vinkling enn tidligere. Ved å lage en beskrivende nøkkeltallsrapport for hele spesialisthelsetjenesten og publisere sektorrapportene noe senere, frigjøres tid til å gjøre analyser på utvalgte problemstillinger i spesialisthelsetjenesten.

Den siste merkbare endringen i forhold til tidligere års SAMDATA-prosjekter er at indikatorer for lavere enheter enn regionen, kun publiseres på nettsidene våre. Det samme gjelder alle grunnlagsdata og vedlegg til rapportene.

Innholdet i nøkkeltallsrapporten

Rapporten er inndelt i en statusdel og en tabelldel. I statusdelen presenteres utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten siste fem eller seks år sett fra befolkningsperspektivet (sørge for ansvaret). Hensikten med denne delen er å kommentere viktige utviklingstrekk i forhold til generelle og spesielle mål i perioden. Opptrappingsplanen for psykisk helsevern har vært et sentralt tema i de siste års SAMDATA-rapporter. Dette er et viktig tema som følges opp i nøkkeltallsrapporten med et eget kapittel. I rapporten benyttes av og til forkortelsene PHV for psykisk helsevern for voksne og PHBU for psykisk helsevern for barn og unge.

Statusdelen gir i kapittel 1 et sammendrag over nøkkeltall nasjonalt for de tre sektorene psykisk helsevern, rusbehandling og somatisk spesialisthelsetjeneste. I kapittel 2 presenteres nasjonale og regionale tall for ressursbruken og i kapittel 3 gis nasjonale og regionale oversikter over bruken av helsetjenestene. I kapittel 4 diskuteres opptrappingsplanen for psykisk helsevern.

For rusbehandlingen er det fortsatt begrenset med tilgang på data. I statusdelen er det bare kostnadstall som presenteres (3-års periode). Erfaringene fra pilotprosjektet basert på data fra 2005, viste at det ikke var komplette data for aktivitet. De registerbaserte personelldata som benyttes i rusbehandlingen, er ikke tilgjengelig før primo juli. Disse datagrunnlagene

samt ventelistedata fra Norsk pasientregister (NPR) blir presentert og analysert i sektorrapporten.

I tabelldelen presenteres nasjonale og regionale indikatorer både for befolkningsperspektivet og foretaksperspektivet. Her gis det separate oversikter for de tre sektorene. Her presenteres tall for 2006 med endring fra året før. Nytt i forhold til tidligere er at alle tall på nivå lavere enn regionen, kun publiseres på SAMDATAs nettsider. Det samme gjelder grunnlagsdata og vedlegg. Innholdet i rapporten kan oppsummeres som følger:

Innhold SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006

Del	Kapittel:	Analysenivå	Data	
Nasjonale og regionale utviklingstrekk befolkningsperspektivet (sørge for – ansvar)				
Del I	Kap 1	Sammendrag og nøkkeltall nasjonalt	Nasjonalt	Alle datakilder
	Kap 2	Utvikling i ressursinnsats 2002-2006	Nasjonalt, regionalt	Alle datakilder
	Kap 3	Bruk av spesialisthelsetjenester	Nasjonalt, regionalt	Pasientdata
	Kap 4	Psykisk helsevern i opptrappingsperioden	Nasjonalt, regionalt	Alle datakilder
Tabelldel psykisk helsevern befolkningsperspektivet (sørge for – ansvar)				
Del II	Kap 5	Kostnader og finansiering – psyk. hv.	Nasjonalt, regionalt	Regnskapsdata
	Kap 6	Personellinnsats – psykisk helsevern	Nasjonalt, regionalt Foretaksområder på nettsider	Årsverksdata
	Kap 7	Døgnplasser – psykisk helsevern	Nasjonalt, regionalt Foretaksområder på nettsider	Data om døgnplasser
	Kap 8	Bruk av spesialisthelsetjenester i psyk. hv.	Nasjonalt, regionalt Foretaksområder på nettsider	Pasientdata
	Kap 9	Ventetider til poliklinikk innen psyk. hv.	Nasjonalt, regionalt	Ventetidsdata NPR
Tabelldel Psykisk helsevern foretaksperspektivet (utfører – ansvar)				
Del III	Kap 10	Kapasitetsutnyttning – psyk. hv. for voksne	Nasjonalt, regionalt Helseforetak på nettsider	Pasient- og årsverksdata
Tabelldel Rusbehandling befolkningsperspektivet (sørge for – ansvar)				
Del IV	Kap 11	Kostnader til tverrfaglig rusbehandling	Nasjonalt, regionalt	Regnskapsdata
Tabelldel Somatisk spesialisthelsetjeneste befolkningsperspektivet (sørge for – ansvar)				
Del V	Kap 12	Kostnader og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste	Nasjonalt, regionalt	Regnskapsdata
	Kap 13	Utvikling av personell og senger i somatisk spesialisthelsetjeneste	Nasjonalt, regionalt Foretaksområder på nettsider	Årsverks- og sengedata
	Kap 14	Bruk av somatiske sykehus tjenester	Nasjonalt, regionalt Foretaksområder på nettsider	Pasientdata
	Kap 15	Pasientstrømmer i somatisk spesialisthelsetjeneste 2005 og 2006	Nasjonalt, regionalt Foretaksområder på nettsider	Pasientdata
	Kap 16	Utvikling ventelister og ventetid i somatisk spesialisthelsetjeneste	Nasjonalt, regionalt	Ventetidsdata NPR
Tabelldel somatisk spesialisthelsetjeneste foretaksperspektivet (utfører – ansvar)				
Del VI	Kap 17	Aktivitet og kostnader somatikk	Nasjonalt, regionalt Helseforetak på nettsider	Alle datakilder

Del VII	Grunnlagsdata Psykisk helsevern (Bare på nettsider)			
	PG1	Grunnlagsdata psyk. hv. barn og unge	Helseforetak og institusjoner	Alle datakilder
	PG2	Grunnlagsdata psyk. hv. voksne	Helseforetak og institusjoner	Alle datakilder
	Grunnlagsdata Somatikk (bare på nettsider)			
Del VIII	SG1	Grunnlagsdata personell og senger som.	Nasjonalt, regionalt, helsef og inst	Årsverk og sengedata
	SG2	Grunnlagsdata kostnader og finansiering	Nasjonalt, regionalt, helsef og inst	Regnskapsdata
	SG3	Grunnlagsdata aktivitet og kostnader	Nasjonalt, regionalt, helsef og inst	Regnsk- og pas.data
	Vedlegg og definisjoner Psykisk helsevern (bare på nettsider)			
	PV1	Folketall i helseregioner, foretaks- og DPS-områder. Psykisk helsevern		
	PV2	Pasientdata, psykisk helsevern for barn og unge		
Del IX	PV3	Pasientdata psykisk helsevern for voksne		
	PV4	Personellinnsats og døgnplasser. Psykisk helsevern		
	PV5	Kostnader og finansiering. Psykisk helsevern		
	PV6	Kapasitetsutnyttning. Psykisk helsevern for voksne		
	PV7	Fordeling av ressurser og forbruk av tjenester mellom regioner og foretaksområder. Psykisk helsevern		
	Vedlegg og definisjoner Somatikk (bare på nettsider)			
	SV1	Oversikt over hvilke enheter som inngår i datagrunnlaget		
Del X	SV2	Datagrunnlag og definisjoner senger og personell. Somatisk sektor		
	SV3	Datagrunnlag og definisjoner kostnader og finansiering. Somatisk sektor		
	SV4	Datagrunnlag og definisjoner pasientdata. Somatisk sektor		
	SV5	Datagrunnlag og definisjoner aktivitet og kostnader. Somatisk sektor		

Bruk av SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten

Hensikten med rapporten er å presentere indikatorer for ressursinnsats, bruk og ressursutnyttelse for norsk spesialisthelsetjeneste. Rapporten er av beskrivende karakter og skal gi et kortfattet bilde på status og de viktigste utviklingstrekkene for sektoren. Noen av resultatene kommenteres, men det gjøres i liten grad forsøk på analytisk å forklare endringer. For mer inngående analyser og dybdekommentarer vises til de tre SAMDATA-sektorrapportene som ferdigstilles medio september.

Indikatorene som presenteres i rapporten og på nettsidene våre, er gjennomsnittstall på ulike nivåer. Det er viktig å understreke at gjennomsnittstall ikke må tolkes som normtall for de ulike nivåene. Det er heller ikke slik at stor eller liten spredning omkring gjennomsnitt i noen av indikatorene for ressursbruk og bruk av tjenestene, sier noe om rettferdig fordeling eller ikke. Generelt sett bør denne typen indikatorer vurderes sammen med lokale eller spesielle forhold som har betydning for indikatoren. Vi kjenner noen av disse forholdene, men mangler full oversikt over alt.

Variasjonene som fremstilles i rapporten kan i mange tilfeller være et resultat av naturlige forhold som ikke fanges opp i indikatorene. Bruken av spesialisthelsetjenester vil variere i forhold til sykkelighet. Når forbruksratene kun korrigeres for alderssammensetning, vil forskjeller i sykkelighet likevel kunne gi utslag på ratene.

Forskjeller kan også tolkes i ulik utvikling over tid. Innenfor psykisk helsevern har utviklingen gått i retning av deinstitusjonalisering. Siden starten på 1970-tallet har bruk av kortvarige aktive behandlingsepisoder erstattet tidligere brukte langtidsopphold for mange pasientgrupper. I tillegg har nye pasientgrupper kommet inn under psykisk helsevern. Forskjeller på et tidspunkt kan derfor avspeile at ikke alle har kommet like langt i denne utviklingen.

Forskjeller i utviklingstakt kan også medføre at institusjonstypene som benyttes innen psykisk helsevern kan ha forskjellig internt innhold. Dette gjelder i særlig grad det som defineres som distriktpspsykiatriske tilbud. Disse institusjonene har et lokalt avgrenset opptaksområde hvor de skal yte allmennpsykiatrisk hjelp på ulike omsorgsnivå. Noen regioner har institusjoner som har kommet langt i denne utviklingen, mens andre er i en tidlig fase. I gruppen distriktpspsykiatriske tilbud vil det være institusjoner som er et fullverdig distriktpspsykiatrisk senter, mens andre er under utvikling.

Innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste har utviklingen siden eierskapsreformen gått i retning av at flere sykehus er slått sammen til store helseforetak. Dette har også hatt konsekvenser for muligheten til å frembringe data på de gamle institusjonsnivåene. Det er derfor ikke mulig å lage indikatorer på sykehustypenivå lenger, slik som var vanlig i SAMDATA – rapporter fra før eierskapsreformen. Etter eierskapsreformen har indikatorer på sykehusnivå derfor blitt erstattet med indikatorer på helseforetaksnivå.

I måling av aktivitet benyttes antall opphold som enhet. Innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste benyttes både døgn og dagopphold sammen som mål på aktivitet. I de senere årene har det vært en kraftig økning i antall dagbehandlinger. Noe av dette har medisinsk begrunnelse, men noe skyldes nok også organisatoriske og økonomiske forhold. I mange tilfeller stykkes tradisjonelle innleggelses opp i flere kortidsopphold eller en serie dagbehandlinger. Dette vil fremstå som en økning i antall opphold uten at det egentlig er behandlet flere pasienter. I tillegg til opphold som mål for aktivitet innen somatisk spesialisthelsetjeneste, benyttes antall DRG-poeng som aktivitetsmål. I den grad denne oppstykkningen av opphold påvirker kostnadsvektene i DRG-systemet, vil bruk av DRG-poeng i noen grad motvirke denne oppblåsing av aktivitet.

Kvalitetssikring av data

For å presentere indikatorer som kan benyttes som styringsdata eller danne basis for analyser, er det nødvendig med datagrunnlag av god kvalitet. Til tross for standardisering av kontoplan og rettleiding i forhold til innsamling av årsverks- og sengedata vil det likevel bli forskjeller i hvordan kostnader føres og plasseres, hvordan personell inkluderes osv. SINTEF Helse prioriterer derfor å kvalitetssikre data i samarbeid med både Norsk pasientregister (NPR) og Statistisk Sentralbyrå (SSB) og i god dialog med det enkelte helseforetak.

SAMDATA er en av flere aktører som presenterer statistikk for spesialisthelsetjenesten. NPR har ansvaret for innsamling av pasientdata og publiserer statistikk på dette feltet. SSB har et nasjonalt ansvar for å publisere offentlig statistikk for spesialisthelsetjenesten, og Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) presenterer statistikk i forbindelse med deres løpende vurdering av aktivitets- og kostnadsutviklingen i spesialisthelsetjenesten basert på tilgjengelige kostnads- og aktivitetsdata. Selv om det er et aktivt samarbeid mellom disse ulike aktørene, vil det forekomme avvik i tall som i prinsippet beskriver samme virksomhet. Dette skyldes ulike måter å avgrense virksomheten på i forhold til behovene for statistikken. I vedlegg til rapporten, som er presentert på våre nettsider, www.sintef.no/samdata, forklares forskjellene i aktivitet mellom de ulike aktørene. Innhold og definisjoner i tallgrunnlagene som benyttes i rapporten er presentert i disse vedleggene.

Del I Statusdel – nasjonale og regionale
utviklingstrekk befolkningsperspektivet

1 Sammendrag og nøkkeltall nasjonalt

Kjell Solstad, Per B. Pedersen og Heidi Torvik

1.1 Sammendrag

Sterkere aktivitetsvekst i psykisk helsevern enn i somatisk spesialisthelsetjeneste

Fra 2005 til 2006 var det en betydelig sterkere prosentvis vekst i aktiviteten i psykisk helsevern enn i somatisk spesialisthelsetjeneste. På landsbasis økte antall døgnopphold og antall utskrivninger i psykisk helsevern for voksne med henholdsvis 8,6 og 9,3 prosent. Den polikliniske aktiviteten i psykisk helsevern for voksne økte med 7,3 prosent. Tilsvarende tall for psykisk helsevern for barn og unge var en økning på 8,9 prosent for behandlede pasienter og 14,4 prosent for antall polikliniske tiltak. Dette betyr igjen at antall tiltak per pasient har økt i psykisk helsevern for barn og unge. Dette har vært en generell trend i hele femårsperioden fra 2002 til 2006 med unntak av årene fra 2003 til 2004 da antall behandlede pasienter økte mer enn antall tiltak.

Antall døgn- og dagopphold i somatisk sektor økte med henholdsvis 2,5 og 6,7 prosent fra 2005 til 2006. Målt i antall DRG-poeng blir de prosentvise endringene fra 2005 til 2006 på henholdsvis 3,1 og -0,3 prosent. Det siste betyr at økningen i dagoppholdene har relativt sett lavere DRG-vekter enn året før. Opptreningsinstitusjoner som har avtale med de regionale helseforetakene er ikke inkludert i disse tallene. Disse utgjorde i 2006 28 425 opphold mot 32 920 året før, noe som gir en nedgang på 15,8 prosent.

Dette betyr at målene formulert i bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene om sterkere prosentvis vekst i psykisk helsevern enn i somatisk sektor er innfridd. I de samme dokumentene var det skissert et mål om at innsatsen i somatisk sektor skulle være omtrent på samme nivå som i 2005. Dersom dette målet tolkes som nullvekst i aktiviteten, er ikke målet innfridd. Dette gjelder for alle regionene.

Kostnader til rusbehandling og psykisk helsevern øker mer enn i somatikken

Sammenligning av kostnadsvekst mellom sektorer er ikke uproblematisk da det har kommet til nye oppgaver og ansvarsområder som slår ulikt ut i sektorene i løpet av de siste fem årene. Nøkkeltall presentert i tabell 1.1 nedenfor viser at somatisk spesialisthelsetjeneste har sterkere prosentvis vekst i kostnadene enn psykisk helsevern for voksne med henholdsvis 8,6 og 5,7 prosent fra 2005 til 2006. Når det justeres for tilleggsoppgaver, som i størst grad har påvirket somatisk spesialisthelsetjeneste, er økningen i kostnader i somatikken på 5,6 prosent og psykisk helsevern for voksne på 5,7 prosent i samme periode. Kostnadsveksten er målt i løpende priser. Psykisk helsevern for barn og unge hadde en økning på 10,7 prosent, så den samlede veksten i psykisk helsevern er sterkere enn i somatikken. Veksten i rusbehandling var på 11,9 prosent fra 2005 til 2006 mot 9,9 prosent året før.

I psykisk helsevern for voksne har tre av regionene hatt en betydelig svakere vekst i kostnader per innbygger 18 år og eldre enn i de to andre fra 2005 til 2006. Det er Helse Øst, Helse Sør og Helse Vest som bidrar til at veksten i psykisk helsevern for voksne ikke er høyere enn veksten i somatikk det siste året, mens i Helse Midt-Norge og Helse Nord har veksten vært høyere enn i somatisk sektor. Det har også blitt en betydelig større spredning i kostnader per innbygger sett over hele perioden når det er justert for nye oppgaver.

Forskjellene i kostnadsvekst mellom regionene finnes ikke igjen i ratene for bruk av tjenester i psykisk helsevern for voksne. Helse Øst har de høyeste kostnadene per innbygger i hele perioden (med unntak av 2003 da Helse Nord lå høyere) samtidig som de har de laveste forbruksratene i hele perioden. Dette skyldes at oppholdene i Helse Øst gjennomgående har lengre varighet enn i de andre regionene.

Bruk av private kommersielle sykehus redusert

Bruk av private kommersielle sykehusene ble redusert betydelig fra 2005 til 2006. Dette gjelder somatisk spesialisthelsetjeneste relatert til ISF aktivitet. Det betyr at det formulerte målet om å begrense omfanget av avtaler mellom de regionale helseforetakene og private kommersielle sykehus er innfridd. Målt i 2006-kroner utgjorde denne nedgangen 114 millioner kroner. I 2006 utgjorde kjøp fra private 373 millioner kroner. Det har også vært en nedgang i bruk av private spesialister i ISF-ordningen.

Kraftig økning i antall årsverk i psykisk helsevern for barn og unge

Antall årsverk i psykisk helsevern for barn og unge økte med 9,5 prosent i forhold til 2005. Økningen året før var også relativt sterk, slik at i løpet av de to siste årene har personellinnsatsen i psykisk helsevern for barn og unge økt med 15,6 prosent. Behandlerårsverkene har hatt en nesten tilsvarende økning som hele personellgruppen. Årsverk knyttet til poliklinisk behandling har økt med 17,8 prosent fra 2004 til 2006, mens behandlerårsverk totalt har økt med 12,3 prosent. I samme periode har antallet behandlede pasienter i psykisk helsevern for barn og unge økt med 20,2 prosent, noe som indikerer en produktivitetsøkning nasjonalt de siste to årene.

Personell i psykisk helsevern har en sterkere prosentvis økning enn tilsvarende i somatikk. For begge sektorer gjelder at aktiviteten nasjonalt har økt mer prosentvis enn de samlede årsverkene.

I hele femårsperioden har den prosentvise økningen i legeårsverkene i somatisk spesialisthelsetjeneste vært høyere enn økningen i antall årsverk totalt i somatisk sektor. Siden 2002 har imidlertid den årlige prosentvise veksten i legeårsverk avtatt. Økningen fra 2005 til 2006 var den laveste i hele femårsperioden.

Fortsatt opptrapping i psykisk helsevern

Utviklingen fra tidligere år fortsetter med vekst i aktivitet og ressursbruk. Veksten har vært betydelig større i tilbudet for barn og unge enn for voksne. I 2006 fikk i alt 4,3 prosent av barn og unge et tilbud i det psykiske helsevernet, sammenliknet med 2,0 prosent i 1998. Målet om fem prosent dekning er med andre ord innen rekkevidde til 2008. Utviklingen i psykisk helsevern for voksne preges fortsatt av mer vekt på et desentralisert tilbud. Det var 30 prosent flere døgnplasser ved DPS-ene i 2006 enn i 1998. Totalt sett over perioden har det vært en reduksjon i antall døgnplasser på 16 prosent. Reduksjonen har i all hovedsak skjedd ved sykehjemmene med en nedgang på 89 prosent, men også ved sykehus har det vært en reduksjon på i alt åtte prosent. Til tross for færre døgnplasser har personellinnsatsen i døgn- og dagvirksomhet økt med 14 prosent i perioden 1998 til 2006. Tallet på døgnplasser har holdt seg stabilt fra 2005 til 2006.

Flere pasienter i kø og ventetiden øker

Øyeblikkstill fra tredje tertial 2005 og 2006 viser at antall registrerte ventende i somatisk spesialisthelsetjeneste økte med 10 prosent fra 31.12 2005 til 31.12 2006. Det var også en svak økning i gjennomsnittlig ventetid for disse i forhold til 2005. Antall nyhenviste pasienter til somatisk spesialisthelsetjeneste øker også i tredje tertial 2006. Dette gjelder spesielt henvisning til dagbehandling og poliklinikk. Det har vært en nedgang i antall nyhenviste til innleggelse i alle regioner. Antall avviklede pasienter fra venteliste viser en økning i 2006 i forhold til 2005. For pasienter som venter på innleggelse var det imidlertid en nedgang.

Om lag 2/3 av pasientene avviklet fra venteliste i tredje tertial 2006 hadde en ventetid på under tre måneder. De som ventet mer enn 6 måneder utgjorde 11 prosent, noe som var en

økning på ett prosentpoeng i forhold til tidligere. For pasienter som ble avvirket fra venteliste økte gjennomsnittlig ventetid med 1,9 dager fra 73,4 dager i 2005 til 75,3 dager i 2006.

Kvaliteten på ventelistedata for psykisk helsevern er varierende og for tredje tertial 2005 manglet data fra noen institusjoner. Basert på noe ufullstendige tall for 2005, ser det ut til å være en svak økning i avsluttet ventetid, både innen psykisk helsevern for voksne og for barn og unge.

Nedgang i produktiviteten ved poliklinikker i det psykiske helsevernet for voksne

Produktiviteten ved poliklinikkene, målt ved konsultasjoner per fagårsverk, gikk ned med 2,5 prosent fra 2005 til 2006. Dette er første gang en registrerer en nedgang i denne indikatoren siden 2002. Nedgangen kan ha sammenheng med økt vektlegging av ambulant virksomhet, med sikte på å unngå unødvendige innleggelser. Ambulant virksomhet er mer tidkrevende enn tradisjonell poliklinisk behandling med oppmøte på poliklinikken.

Målt ved utskrivninger per årsverk stiger produktiviteten fortsatt ved døgnavdelingene i det psykiske helsevernet for voksne, med en økning på 5,5 prosent fra 2005 til 2006. Økningen er særlig knyttet til de distriktpsykiatriske sentrene.

Store forskjeller i kostnader per DRG-poeng i somatisk spesialisthelsetjeneste

Det er relativt store forskjeller i driftskostnader per DRG-poeng i 2006. Relativt kostnadsnivå varierer fra 0,93 i Helse Sør RHF til 1,16 i Helse Nord RHF. Det er en forskjell på i underkant av 8 000 kroner per DRG-poeng mellom Helse Sør RHF og Helse Nord RHF. Dette er i samme størrelsesorden som i fjor. Helse Vest RHF har den sterkeste veksten i kostnader per DRG-poeng med 5,7 prosent økning i faste priser fra 2005. Helse Sør RHF har i motsatt ende en nedgang i driftskostnader på 0,6 prosent i faste priser samme tidsrom. Dette har bidratt til at det nå er Helse Sør HF som har det laveste kostnadsnivået, mens Helse Vest RHF ligger noe høyere. Når kapitalkostnader inkluderes endrer bildet seg noe da Helse Midt-Norge RHF får den sterkeste veksten med 5,5 prosent økning i faste priser med Helse Sør RHF fortsatt i motsatt ende med en reduksjon på 0,9 prosent målt i faste priser.

1.2 Nøkkeltall

Tabell 1.1 Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten. Nasjonale tall 2002-2006.

Nøkkeltall	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endring 2005-06
Aktivitet somatikk						
Døgnopphold	785 663	828 876	840 590	854 581	876 196	2,5 ¹⁾
Dagopphold	361 548	429 578	468 262	514 139	548 645	6,7
Polikliniske konsult.	3 060 055	3 240 745	3 374 388	3 458 478	3 551 519	2,7
DRG-poeng døgnopphold ²⁾	833 366	877 291	890 668	919 358	947 848	3,1 ¹⁾
DRG-poeng dagopphold ²⁾	119 097	145 643	151 326	163 631	163 065	-0,3
Gj.sn liggetid alle opphold	4,2	3,9	3,7	3,6	3,5	-2,8
Gj.sn liggetid døgnopphold	5,6	5,4	5,2	5,1	5,0	-2,0
Aktivitet psykisk helsevern						
Polikli konsultasjoner PHV	616 826	699 221	758 979	867 390	930 789	7,3
Døgnopphold PHV ³⁾	41 796	44 739	45 721	47 597	51 704	8,6
Utskrivninger PHV ³⁾	37 208	40 355	41 249	43 515	47 549	9,3
Antall oppholdsdøgn PHV	1 726 598	1 673 563	1 612 392	1 571 281	1 560 009	-0,7
Behandlede pasienter PHBU	30 467	34 434	39 340	43 426	47 280	8,9
Polikliniske tiltak PHBU	349 000	447 000	495 963	561 304	641 972	14,4
Personell						
Årsverk somatikk ⁴⁾	62 125	63 155	63 498	64 186	65 140	1,5
Herav antall legeårsverk ⁴⁾	7 328	7 592	7 922	8 199	8 412	2,6
Årsverk PHV	15 013	15 435	15 585	16 148	16 533	2,4
Årsverk PHBU	2 882	2 982	3 033	3 203	3 507	9,5
Senger/døgnplasser						
Effektive senger somatikk	13 133	12 986	13 039	12 948	12 835	-0,9
Døgnplasser PHV	5 445	5 296	5 169	5 005	4 990	-0,3
Døgnplasser PHBU	312	337	326	331	335	1,2

Nøkkeltall	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endring 2005-06
Kostnader (millioner kr)⁵⁾						
Somatikk	39 796	44 096	46 786	49 139	53 382	8,6
- i tillegg kapitalkostn ⁶⁾				4 460	4 704	5,5
Psykisk helsevern voksne ⁶⁾	8 710	9 294	9 609	10 395	10 992	5,7
- i tillegg kapitalkostn.				892	1 029	15,4
Psykisk helsevern barn og unge ⁶⁾	1 464	1 667	1 830	2 015	2 225	10,4
- i tillegg kapitalkostn				175	203	16,0
Rusbehandling ⁷⁾			1 723	1 894	2 120	11,9
Spes.helsetj. samlet ekskl rus ⁸⁾	49 970	55 057	58 225	61 549	66 599	8,2
Spes.helsetj. samlet inkl rus ⁸⁾			59 948	63 443	68 719	8,3
- i tillegg kapitalkostn				5 527	5 936	7,4

1) Oslo kommunale legevakt kom inn under ISF-ordningen i 2006 med 6 791 døgnopphold. Målt i antall DRG-poeng utgjør disse 2 402. Når disse holdes utenfor blir veksten i antall døgnopphold på 1,7 prosent og veksten i DRG-poeng for døgnoppholdene på 2,8 prosent. Det var ikke registrert dagopphold ved institusjonen.

2) Antall DRG-poeng er summen av ISF-vektene for foretakene, private institusjoner og avtalespesialister ISF. For driftsåret 2006 er DRG-poengene justert for noen av tilleggspoengene som ble innført i 2006. Dette er gjort for at poengene kan sammenlignes med tidligere års poeng. Dersom alle refusjonsregler teller vil DRG-poengene nasjonalt øke med 678 poeng.

3) Antall døgnopphold er alle utskrevne pasienter samt de som ligger inne i året men utskrives etter årsskiftet, Antall utskrivninger er antall pasienter utskrevet i 2006.

4) Punkttall per 31.12 i driftsåret. Årsverk for fødestuer og helsesentre er holdt utenfor. Dersom disse inkluderes er totale antall årsverk i 2006 lik 65 774 og antall legeårsverk 8 444.

5) Tallene er i løpende kroner. Dersom tallene ønskes deflatert til faste kroner henvises til tabell 1.2 nedenfor der to typer deflatorer som kan benyttes er presentert.

6) Den prosentvise endringen i kapitalkostnader fra 2005 til 2006 i de forskjellige sektorene kan indikere omfordelinger som ikke er analysert nærmere.

7) Det er ikke beregnet oversikt for kapitalutgifter innenfor rus.

8) Dette er summen av behandlingssektorene i spesialisthelsetjenesten.

1.3 Bruk av deflator

I tabell 1.2 presenteres en oversikt over to deflatorer som kan benyttes for å justere for prisstigning når kostnadstall over tid vurderes. I rapporten her presenteres tall i løpende kroner i tidsserier utover 2 år. Dette gjelder i tabell 1.1 ovenfor der løpende priser er benyttet i oversikten over kostnader. Det samme er tilfelle for kostnadstall presentert i kapittel 2 og i kapittel 4. Dersom det er ønskelig å beregne realstørrelser kan deflatorene presentert i tabell 1.2 benyttes.

I kapittel 5, Kostnader og finansiering – psykisk helsevern, kapittel 11, Kostnader til tverrfaglig behandling av rusmiddelmissbrukere i spesialisthelsetjenesten og kapittel 12, Kostnader og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste presenteres oversikter for de to siste årene. Her har det tradisjonelt blitt presentert tall i faste kroner og det gjelder fortsatt. Dette betyr at kostnadstallene for 2005 er omregnet til 2006-kroner. I SAMDATA er det tradisjonelt deflator fra SSB som benyttes. Prisstigningen fra 2005 til 2006 er satt til 3,4 prosent i denne deflatoren. Denne kan benyttes dersom man ønsker å finne de faktiske kronene for 2005 i oversiktene i disse kapitlene.

Tabell 1.2 Deflatorer i perioden 1998 til 2006.

	1998	2000	2001	2002	2004	2005
SSB: Prisvekst i forhold til påfølgende år	1,037	1,081	1,048	1,055	1,019	1,034
SSB: Akkumulert prisvekst til 2006	1,395	1,283	1,187	1,133	1,054	1,034
HOD: Prisvekst i forhold til påfølgende år	1,085	1,043	1,037	1,036	1,034	1,034
HOD: Akkumulert prisvekst til 2006	1,388	1,227	1,193	1,151	1,069	1,034

SSB sin deflator korrigerer for prisvekst i konsum av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen.

HOD sin deflator beregnes av Finansdepartementet, og benyttes både for beregning av realvekst i kommunal virksomhet og i spesialisthelsetjenesten.

2 Utvikling i ressursinnsats 2002–2006

Marit Pedersen og Kjell Solstad

2.1 Innledning

Formålet med dette kapitlet er å beskrive og diskutere utvikling i ressursinnsats, målt som kostnader og personellinnsats, til spesialisthelsetjenesten i perioden 2002-2006. Hovedfokus i kapitlet er forholdet mellom vekst i sektorene somatisk virksomhet, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Analyseperioden er valgt ut fra et behov for å følge opp noen av analysene utført i SAMDATA Spesialisthelsetjenesten for 2005 der analyseperioden var 2002 til 2005.

Utviklingen i spesialisthelsetjenesten de senere årene er preget av forandring og økende grad av målstyring fra sentralt hold. I den valgte analyseperioden har flere nye områder blitt lagt inn under de regionale helseforetakenes ansvar, ofte med tilhørende overgangsordninger i finansieringen. Det er derfor av vesentlig interesse å identifisere hvor store tilleggskostnader de nye ansvarsområdene utgjør. Mesteparten av disse er kostnadsført i somatisk sektor, og det er derfor viktig å justere for dette når kostnadsutvikling over tid for ulike sektorer i spesialisthelsetjenesten sammenholdes. I dette kapitlet er det tilstrebet å gjøre et systematisk arbeid for å korrigere for dette når utviklingen i ressursinnsats analyseres.

Bestillerdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til de regionale helseforetakene vektlegger i perioden som betraktes at psykisk helsevern skal styrkes. I bestillerdokumentene for 2005 og 2006 er det eksplisitt sagt at veksten i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være sterkere enn i somatisk spesialisthelsetjeneste. Tidligere analyser gjort i SAMDATA Spesialisthelsetjenesten viser at det for perioden fra 2002 til 2005 sett under ett har vært en sterkere vekst i somatisk sektor enn i psykisk helsevern, men fra 2004 til 2005 var det sterkere vekst i kostnader til psykisk helsevern. Det er interessant å undersøke om sterkere vekst i psykisk helsevern vedvarer når perioden utvides med ett år.

De regionale helseforetakene overtok ansvar for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2004. Det er innhentet regnskapsdata fra sektoren fra 2004 til 2006, og det vil også beregnes om kostnadsveksten for dette formålet er sterkere sammenlignet med veksten i somatisk sektor.

HOD signaliserer i bestillerdokumentene for 2006 at: *"Omfanget av avtaler mellom regionale helseforetak og private kommersielle sykehus må begrenses"*. På nasjonalt nivå vil det sees nærmere på om dette signalet har medført et brudd i trenden med økt kjøp hos kommersielle sykehus i perioden 2002-2005. En tilsvarende analyse gjøres i forhold til bruk av de private sykehusene på regionnivå i kapittel 3, for å se om dette har slått ut i alle regioner.

Ambulansetjenesten har etter eierskapsreformen gjennomgått store forandringer (se for eksempel St.meld nr 43 1999-2000). Det har vært gjort flere endringer i struktur og innhold i ambulansetjenesten og det er rimelig å anta at tjenesten i dag har høyere kvalitet enn for fem år siden. Det er derfor interessant å undersøke hvordan kostnadene for denne tjenesten har utviklet seg i femårsperioden.

Analyser utført tidligere viser at det innen psykisk helsevern har vært en sterkere vekst i årsverkene fra 2002 til 2005 enn tilsvarende for somatisk spesialisthelsetjeneste. I psykisk helsevern for voksne økte antall årsverk med 7,6 prosent i perioden og for barn og unge med 11,1 prosent. Tilsvarende økning for somatisk spesialisthelsetjeneste var på 3,3 prosent. Det kan være flere årsaker til at utviklingen i kostnader og personell har forskjellig forløp mellom sektorene. For det første kan det tenkes at det er en tidsforskyvning mellom økt rekruttering i psykisk helsevern og økt aktivitet med tilhørende kostnader. For det andre kan det tenkes at rutiner for fordeling av fellespersonell og/eller felleskostnader har blitt endret i perioden. En tredje mulig årsak er at kostnadsnivået i somatisk sektor øker mer enn i psykisk helsevern på grunn av for eksempel endring i personellsammensetning. For eksempel har legeårsverkene en helt annen utvikling i samme periode i somatisk sektor, der det er en økning på 11,9 prosent mot 3,3 prosent for sektoren samlet. Det er derfor interessant å undersøke om denne trenden også fortsetter inn i 2006.

Kapitlet vil bli organisert som følger: I avsnitt 2.2 diskuteres datagrunnlagene som benyttes i analysene. Her presenteres også ulike deflatorer for beregning av faste priser over tid. I kapittel 2.3 beskrives de nye oppgavene og tilhørende kostnader. Kostnadene til dette synliggjøres, og diskuteres i forhold til hvilke justeringer som må gjøres i kostnadsgrunnlagene for å analysere kostnadsutviklingen mellom sektorer. I avsnitt 2.4 gis en presentasjon over utviklingen i kostnader nasjonalt og regionalt i sektorene. Utviklingen i kostnader mellom sektorer når rusbehandling inkluderes analyseres spesielt på grunn av kortere periode. Utviklingen i kjøp av tjenester fra de private kommersielle sykehusene og utvikling i ambulanserkostnader presenteres også her. I avsnitt 2.5 analyseres utviklingen i kostnader i forhold til personellutviklingen nasjonalt og regionalt. Her er det spesielt fokus på å undersøke om trenden fra tidligere analyser fortsetter inn i 2006, og om det er store regionale forskjeller i utviklingen mellom sektorene. I avsnitt 2.6 gis en oppsummering og til slutt, i avsnitt 2.7, presenteres tallgrunnlag for nasjonale og regionale kostnader til spesialisthelsetjenesten, etter korrigerings for kostnader knyttet til nye oppgaver og finansieringsansvar.

2.2 Datagrunnlag

2.2.1 Om datagrunnlag og datakvalitet.

Datagrunnlaget som benyttes er regnskaps- og personelldata rapportert til Statistisk Sentralbyrå i perioden 2002 til 2006. Årsverksdata som benyttes her er punkt telling per 31.12 gjeldende år. Alternativt kunne gjennomsnitt per år benyttes. I og med at det er utvikling over tidsperioden 2002 til 2006 som det fokuseres på her, er personelltall basert på punkt telling lagt til grunn.

Som mål på ressursinnsats i form av kostnader benyttes driftskostnader til spesialisthelsetjenesten eksklusive kapitalkostnader. Kapitalkostnader holdes utenom i og med at dette ikke rutinemessig ble rapportert inn før fra og med 2005¹. På regionalt nivå benyttes kostnader korrigert for gjestepasientoppgjør mellom regioner². Kostnadene på regionalt nivå representerer dermed regionenes kostnader for å gi befolkningen et spesialisthelsetjenestetilbud, det vil si kostnader knyttet til sørge-for ansvaret. Dette benyttes som grunnlag for å beregne kostnader per innbygger i helseregionene. Som ressursinnsats i form av personell benyttes personell knyttet til helseforetak og avtaleinstitusjoner i egen region. Personellstatistikken korrigeres med andre ord ikke for flyt av tjenester mellom regioner. Økt personellinnsats i helseforetakene antas dermed å

¹ Nærmere beskrivelse av kostnadsdefinisjonen som benyttes finnes på SAMDATA sine nettsider under vedlegg PV5 og SV3 for SAMDATA Nøkkeltallsrapport 2006.

² Faktisk regnskapsført gjestepasientoppgjør mellom regioner benyttes. I den grad gjestepasientoppgjør ikke dekker, eller på den andre side overkompenserer faktiske kostnader ved gjestepasienter, så korrigeres det ikke for slike eventuelle forhold.

motiveres ut fra økt innsats primært for egen befolkning. Når endring i kostnadsinnsats sammenholdes med endring i personellinnsats forutsettes med andre ord stabil flyt av pasienter mellom regioner. I tillegg er det ikke uproblematisk å korrigere personellinnsatsen for pasientflyt mellom regioner³.

Det må tas forbehold om kvalitet på personellrapporteringen. For det første er det viktig å være oppmerksom på at ansatte som jobber i mer enn 100 prosent stilling telles som ett årsverk. I den grad økt bruk av overtid skulle være tilfelle i perioden 2002 til 2006 – så vil dette underestimere veksten i årsverk – og omvendt. I tillegg viser erfaringer at det kan være problemer knyttet til rapportering av personell i den sentrale HF-administrasjonen. Dette gjelder både hvorvidt de skal rapporteres, og hvordan de skal fordeles mellom sektorene. Ustabile personelldata kan indikere at praksis for det ovennevnte kan variere mellom år og mellom helseforetak. Alle oversikter som inkluderer personelldata fra helseforetak må tolkes i lys av de nevnte forbehold.

Personell i private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner i somatisk sektor rapporteres ikke. På regionalt nivå vil heller ikke personell i private sykehus inngå. Dette har betydning når kostnadsutvikling og personellutvikling sammenholdes for somatisk sektor i denne rapporten, da økt kjøp fra private aktører ikke fanges opp gjennom økt personellinnsats. Disse forholdene er det viktig å være bevisst på når resultatene tolkes, og dette diskuteres i teksten.

For rapportering av regnskapstall gjelder også problemer med manglende retningslinjer for fordeling av felleskostnader. Etter foretaksreformen har helseforetakene arbeidet mer bevisst med forbedret fordeling av felleskostnader. Dette kan bety endret praksis i løpet av perioden. Kostnadsutvikling blir tolket og diskutert i lys av muligheten for endret fordeling av felleskostnader. SINTEF har utført en analyse av fordeling av felleskostnader i 10 helseforetak i perioden 2002 til 2004 (Anthun og Torvik, 2006). En konklusjon i denne analysen er at det, på nasjonalt nivå, ikke er åpenbare grunner til å tro at psykisk helsevern har blitt belastet med en større andel av felleskostnadene. Imidlertid er det ikke sett nærmere på om psykisk helsevern har blitt belastet med en større andel av fellespersonellet i perioden som betraktes.

Det er grunn til å tro at det er større usikkerhet knyttet til nivå og utvikling for personelltallene enn for kostnadsdataene. Dette er knyttet til måten personelltallene rapporteres på. Personelltallene er basert på punkttellinger og dermed er ikke all årsverksinnsats inkludert. Som nevnt er det i tillegg større usikkerhet med hensyn til inklusjon og fordeling av fellespersonell. En betydelig større innsats legges også ned i kvalitetssikring av regnskapsdata sammenlignet med personelldata.

2.2.2 Deflatorer 2002-2006

I dette kapitlet presenteres og diskuteres kostnadsutvikling basert på løpende kostnader, det vil si ikke-deflaterte kostnadsstørrelser for perioden som betraktes. Nedenfor presenteres i tabell 2.1 både SSB sin deflator og HOD sin deflator for korrigerings av prisvekst i spesialisthelsetjenesten.

³ I kapitlene som presenterer personellrater, det vil si personell i forhold til befolkning, korrigeres personellinnsatsen for flyt mellom regioner. For somatisk sektor benyttes liggedøgn i andre regioner som nøkkel for gjestepasientkorrigering av totalt personell. Imidlertid inngår alle personellkategorier i korrigeringen basert på liggedøgn. Det kan stilles spørsmål om for mye av personellinnsatsen blir omfordelt, men så langt er ingen ny nøkkel for fordeling av personell tatt i bruk.

Tabell 2.1 Deflatorer perioden 2002 til 2006.

Deflatorer	2002	2003	2004	2005
SSB: Prisvekst i forhold til påfølgende år	1,055	1,019	1,019	1,034
SSB: Akkumulert prisvekst til 2006	1,133	1,074	1,054	1,034
HOD: Prisvekst i forhold til påfølgende år	1,036	1,039	1,034	1,034
HOD: Akkumulert prisvekst til 2006	1,151	1,111	1,069	1,034

SSB sin deflator korrigerer for prisvekst i konsum av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen. HOD sin deflator beregnes av Finansdepartementet, og benyttes både for beregning av realvekst i kommunal virksomhet og i spesialisthelsetjenesten. Ved diskusjon av realvekst senere i dette kapitlet vil det henvises til deflatorene presentert i tabell 2.1 over.

2.3 Nye ansvarsområder i spesialisthelsetjenesten

Når utvikling i ressursinnsats til spesialisthelsetjenesten studeres, er det viktig å ta høyde for at helseforetakene i løpet av perioden både har fått nye oppgaver og større finansieringsansvar for eksisterende oppgaver. Særlig er dette viktig å ta hensyn til når utvikling i ressursinnsats til sektorene somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling sees i sammenheng, fordi store deler av kostnadene knyttet til nye oppgaver framkommer som vekst i somatisk sektor. Følgende nye oppgaver og finansieringsansvar for helseforetakene er på bakgrunn av informasjon fra St.prp nr 1 fra HOD for budsjettårene 2003 til 2006 identifisert i dette arbeidet:

- A. Administrasjon og finansiering av behandlingshjelpmidler i hjemmet, ny oppgave fra og med 2003.
- B. Gradvis overgang til større finansieringsansvar for opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner fra og med 2003.
- C. Administrasjon og finansiering av utenlandsbehandling/pasientbro fra og med 2004.
- D. Ansvar for tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra og med 2004.
- E. Gradvis overgang til større ansvar for administrasjon og finansiering av pasienttransport fra og med 2004.
- F. Omlegging av differensiert arbeidsgiveravgift fra og med 2004 medfører økt finansieringsansvar for helseforetakene, og i særlig grad for Helse Nord.
- G. Gradvis overgang til større ansvar for finansiering av kjøp fra private laboratorie- og røntgeninstitutt fra og med 2005.
- H. Administrasjon og finansiering av utbetalinger fra Norsk Pasientskadeerstatning fra og med 2006.
- I. Ansvar for finansiering av TNF-hemmere fra og med 2006.

Tabell 2.2 viser en oversikt over hva nye oppgaver og finansieringsansvar utgjør i kostnader sett i forhold til basisåret som her er 2002.

Tabell 2.2 Identifiserte nye oppgaver og finansieringsansvar for helseforetakene 2003-2006. Kostnadstall fastsatt som økning i basisramme på grunn av nye oppgaver, jf St. Prp nr 1 for årene 2003, 2004, 2005 og 2006. Millioner kr. Løpende priser.

Nye oppgaver og finansieringsansvar	2003	2004	2005	2006
Behandlingshjelpemidler	235	235	235	235
Opptreningsinstitusjoner	158	329	329	919
Utenlandsbehandling/pasientbro		73	93	93
Omlægging av differensiert arbeidsgiveravgift		454	476	494
Private laboratorie- og røntgeninstitutter			216	375
TNF-hemmere				404
Pasientskadeerstatning				415 ¹⁾
SUM	393	1 091	1 349	2 935

1) Hvorvidt 415 mill kr er en reell kostnadsøkning registrert i de regionale helseforetakene er på publiseringstidspunktet uklart. Selv om dette beløpet er overført fra statsbudsjettets kapittel 722 post 50 til kapittel 732 for budsjettåret 2006, kan regnskapsføringen i helseforetakene tyde på at en andel av pasientskadeerstatningen i størrelsesorden 80-90 mill kr allikevel kan være kostnadsført tidligere år. Dermed kan effekten av nye oppgaver i somatisk virksomhet i 2006 være tilsvarende overestimert. Imidlertid har en eventuell overestimering liten betydning, kostnadsveksten i somatisk sektor siste år overestimeres eventuelt i størrelsesorden 0,1 prosentpoeng.

Nye oppgaver og ansvar nevnt under punktene A, B, C, G, H og I blir i all hovedsak kostnadsført under somatisk virksomhet. Dette medfører en vekst i kostnader til somatisk sektor, som ikke representerer økt prioritering, men som derimot er pålagte nye oppgaver hvor det medfølger et budsjett. Dermed er det viktig å korrigere for disse nye oppgavene når kostnadsvekst i somatisk sektor sammenholdes med vekst i kostnader til psykisk helsevern og rusbehandling. I tillegg representerer ikke dette økt tilbud til befolkningen, i og med at dette har vært ivare tatt av andre instanser tidligere.

Kostnader for ny virksomhet i somatisk sektor fordelt på regioner presenteres i tabell 2.3. Disse nye oppgavene representerer i all hovedsak kostnadsvekst uten en tilhørende personellvekst, i og med at det er administrasjons- og finansieringsansvar de nye oppgavene i stor grad representerer.

Tabell 2.3 Tilskudd til de regionale helseforetakenes basisrammer knyttet til nye oppgaver og finansieringsansvar. Ny virksomhet kostnadsført i somatisk sektor 2003-2006. Millioner kr. Løpende priser.

Nye oppgaver og finansieringsansvar	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Sum
Behandlingshjelpemidler ¹	85	45	49	33	23	235
Opptreningsinstitusjoner ²	79	24	10	22	22	158
Sum 2003	164	70	59	54	46	393
2004						
Behandlingshjelpemidler ¹	85	45	49	33	23	235
Opptreningsinstitusjoner ²	165	51	21	45	47	329
Utenlandsbehandling/pasbro ³		73				73
<i>SUM 2004</i>	<i>250</i>	<i>169</i>	<i>70</i>	<i>78</i>	<i>70</i>	<i>637</i>
2005						
Behandlingshjelpemidler ¹	85	45	49	33	23	235
Opptreningsinstitusjoner ²	165	51	21	45	47	329
Utenlandsbehandling/pasbro ³		93				93
Privat laboratorie- og røntgen ² Institutter	125	54	20	11	6	216
<i>SUM 2005</i>	<i>375</i>	<i>243</i>	<i>90</i>	<i>89</i>	<i>76</i>	<i>873</i>
2006						
Behandlingshjelpemidler ¹	85	45	49	33	23	235
Opptreningsinstitusjoner ²	461	142	60	126	131	919
Pasientskadeerstatning ⁵	150	80	86	58	41	415
Utenlandsbehandling/pasbro ³		93				93
Privat laboratorie- og røntgen ² Institutter	217	94	35	19	10	375
TNF hemmere ²	122	81	87	53	62	404
<i>SUM 2006</i>	<i>1 035</i>	<i>535</i>	<i>316</i>	<i>288</i>	<i>267</i>	<i>2 441</i>

1) Fordelt til regioner på grunnlag av befolkningstall.

2) Fordelt til regioner på grunnlag av faktisk fordeling 2006 gitt i St.prp nr.1 2005-2006.

3) Administreres av Rikshospitalet - Radiumhospitalet HF i Helse Sør.

Omleggingen av differensiert arbeidsgiveravgift (F) gjelder personell i alle sektorer i spesialisthelsetjenesten. Imidlertid er det i hovedsak personell i somatisk sektor og psykisk helsevern som de regionale helseforetakene har arbeidsgiveransvar for. Personell knyttet til tverrfaglig spesialisert rusbehandling, ambulanser og pasienttransport har i stor grad underleverandører arbeidsgiveransvar for. Imidlertid er noe personell knyttet til tverrfaglig spesialisert rusbehandling og ambulanser ansatt av helseforetakene, men i denne sammenhengen vil dette relativt sett være marginale størrelser. Dermed vil omleggingen av differensiert arbeidsgiveravgift kun tillegges og korrigeres for psykisk helsevern og somatisk sektor i dette arbeidet. Tabell 2.4 viser hvordan korreksjon for endret arbeidsgiveravgift er fordelt mellom regioner og sektorene psykisk helsevern og somatisk virksomhet. Som utgangspunkt for fordelingen benyttes relative kostnadsandeler i henholdsvis somatisk sektor, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge.

Tabell 2.4 Fordeling av tilskudd til omlegging av differensiert arbeidsgiveravgift mellom sektorene somatisk virksomhet, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. 2004-2006. Millioner kr. Løpende priser

	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Sum
Somatisk sektor 2004	12	11	28	37	259	348
Psykisk helsevern for voksne 2004	3	3	7	9	65	88
Psykisk helsevern for barn 2004	1	1	1	2	14	19
Sum 2004						454
Somatisk sektor 2005	13	12	29	39	272	365
Psykisk helsevern for voksne 2005	3	3	7	10	68	92
Psykisk helsevern for barn 2005	1	1	2	2	15	20
Sum 2005						476
Somatisk sektor 2006	13	12	30	41	282	378
Psykisk helsevern for voksne 2006	3	3	8	10	71	95
Psykisk helsevern for barn 2006	1	1	2	2	15	20
Sum 2006						494

Datakilde: HOD

I avsnitt 2.7 presenteres grunnlagsdata for analysene. De viser kostnadsutviklingen 2002-2006 nasjonalt og regionalt inklusive og eksklusive nye oppgaver.

2.4 Kostnadsutvikling 2002-2006

I dette avsnittet gis en oversikt over hvordan kostnadsutviklingen har vært nasjonalt og regionalt når det korrigeres for nye ansvarsområder diskutert ovenfor. I tabell 2.5 gis en oversikt over kostnader for hver enkelt sektor justert for nye oppgaver i perioden 2002 til 2006.

Tabell 2.5 Kostnader i spesialisthelsetjenesten 2002 til 2006. Kostnader korrigert for nye oppgaver. Millioner kroner. Løpende priser.

Sektorkostnader i millioner kroner	2002	2003	2004	2005	2006
A: Kostnader somatisk spesialisthelsetjeneste	39 796	43 678	45 801	47 901	50 563
- prosent vis endring fra året før		9,8	4,9	4,6	5,6
B: Kostnader PHV	8 720	9 293	9 530	10 302	10 891
- prosent vis endring fra året før		6,6	2,6	8,1	5,7
C: Kostnader PHBU	1 454	1 668	1 802	1 996	2 210
- prosent vis endring fra året før		14,7	8,0	10,8	10,7
D: Kostnader ambulanse	1 803	2 027	2 294	2 390	2 676
- prosent vis endring fra året før		12,4	13,2	4,2	12,0
E: Kostnader annet ¹⁾	1 070	1 017	1 128	1 127	1 146
- prosent vis endring fra året før		-5,0	10,9	-0,1	1,7
F: Kostnader ekskl rusbehandling og syketransport, A+B+C+D+E	52 844	57 683	60 555	63 716	67 486
- prosent vis endring fra året før		9,2	5,0	5,2	5,9
G: Kostnader rusbehandling			1 723	1 894	2 120
- prosent vis endring fra året før				9,9	11,9
H: Kostnader syketransport			892	1 364	1 895
- prosent vis endring fra året før ²⁾				52,9	38,9
I: Kostnader spesialisthelsetjenesten, eks nye oppgaver linje J, F+G+H	52 844	57 683	63 170	66 974	71 501
- prosent vis endring fra året før		9,2	9,5	6,0	6,8
J: Nye oppgaver og finansieringsansvar		393	1 091	1 349	2 935
- prosent vis endring fra året før			177,6	23,6	117,6
K: Sum kostnader spesialisthelsetjenesten, inklusive nye oppgaver	52 844	58 076	64 261	68 323	74 436
- prosent vis endring fra året før		9,9	10,6	6,3	8,9

1) Gjelder personalpolitiske tiltak og felles prosjekter og adm i RHF

2) Den sterke veksten her skyldes en gradvis økende finansieringsandel for de regionale helseforetakene.

Den prosentvise endringen i kostnader fra 2005 til 2006 er tilnærmet lik for somatisk sektor og psykisk helsevern for voksne med henholdsvis 5,6 og 5,7 prosent økning. Psykisk helsevern for barn og unge har en relativt sterk vekst nå også med 10,7 prosent fra 2005 til 2006. Sett under ett har psykisk helsevern hatt en høyere kostnadsvekst fra 2005 til 2006 enn tilsvarende i somatisk sektor, slik at utviklingen fra i fjor har blitt videreført. Det er imidlertid noe lavere vekst på psykisk helsevern for voksne enn det var i perioden før.

Korrigert for pristigning på 3,4 prosent er det en realvekst på 2,1 prosent i somatisk spesialisthelsetjeneste fra 2005 til 2006. Dette betyr at når det korrigeres for nye oppgaver og prisstigning er det likevel en økning i totale driftskostnader for somatisk virksomhet. Sammenholdt med aktivitetsøkningene i somatisk sektor (kapittel 3) er det rimelig å forvente en liten prosentvis vekst i realkostnadene i sektoren.

Når det korrigeres for nye oppgaver og ansvar viser kostnadsutviklingen fra 2005 til 2006 at det totalt sett er en høyere vekst i kostnader til psykisk helsevern enn i somatisk sektor. Trenden fra i fjor fortsetter derfor, men med mindre forskjell i vekst.

I tabell 2.6 presenteres en oversikt over regionale kostnader i somatisk sektor, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge når det er korrigert for nye oppgaver. Målet for gjennomgangen er å undersøke om alle regionene følger samme mønster i kostnadsutvikling som vist over. Tallene er et utdrag fra regionvise tabeller i avsnitt 2.7.

Tabell 2.6 Kostnader til somatisk sektor, psykisk helsevern for voksne og for barn og unge eksklusive nye oppgaver og ansvar. Korrigerert for gjestepasientoppgjør 2002 til 2006. Millioner kr. Løpende priser.

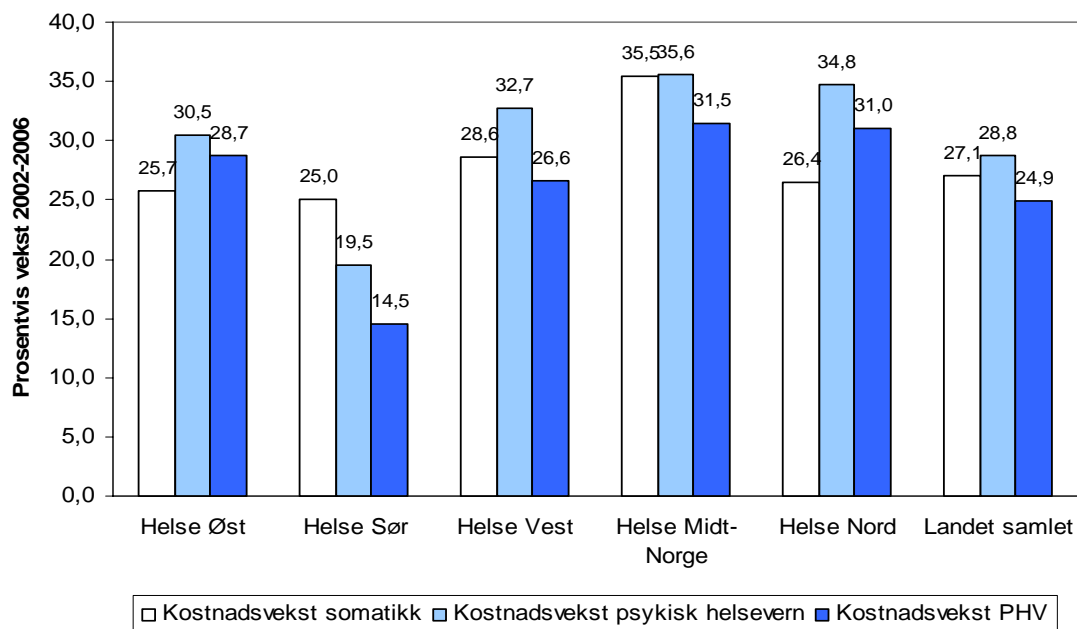
Kostnadsutvikling etter helseregion	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr 2002-06
Kostnadsutvikling, Helse Øst						
Somatisk virksomhet	13 279	14 404	14 806	15 862	16 693	25,7
- prosentvis endring fra året før		8,5	2,8	7,1	5,2	
Psykisk helsevern for voksne	3 364	3 508	3 704	4 143	4 329	28,7
- prosentvis endring fra året før		4,3	5,6	11,9	4,5	
Psykisk helsevern for barn og unge	592	662	693	750	833	40,9
- prosentvis endring fra året før		11,9	4,6	8,3	11,1	
Kostnadsutvikling, Helse Sør						
Somatisk virksomhet	8 954	9 959	10 425	10 644	11 194	25,0
- prosentvis endring fra året før		11,2	4,7	2,1	5,2	
Psykisk helsevern for voksne	1 519	1 604	1 637	1 663	1 739	14,5
- prosentvis endring fra året før		5,6	2,1	1,6	4,6	
Psykisk helsevern for barn og unge	257	287	315	347	382	48,7
- prosentvis endring fra året før		11,5	10,0	10,2	10,1	
Kostnadsutvikling, Helse Vest						
Somatisk virksomhet	7 320	8 022	8 405	8 759	9 417	28,6
- prosentvis endring fra året før		9,6	4,8	4,2	7,5	
Psykisk helsevern for voksne	1 721	1 825	1 924	2 072	2 178	26,6
- prosentvis endring fra året før		6,1	5,4	7,7	5,1	
Psykisk helsevern for barn og unge	254	304	350	404	442	74,1
- prosentvis endring fra året før		19,5	15,2	15,6	9,4	
Kostnadsutvikling, Helse Midt-Norge						
Somatisk virksomhet	5 554	6 261	6 807	7 182	7 524	35,5
- prosentvis endring fra året før		12,7	8,7	5,5	4,8	
Psykisk helsevern for voksne	1 062	1 163	1 192	1 273	1 396	31,5
- prosentvis endring fra året før		9,5	2,5	6,8	9,6	
Psykisk helsevern for barn og unge	180	218	223	249	289	60,2
- prosentvis endring fra året før		20,9	2,5	11,3	16,1	
Kostnadsutvikling, Helse Nord						
Somatisk virksomhet	4 622	5 086	5 290	5 430	5 844	26,4
- prosentvis endring fra året før		10,0	4,0	2,7	7,6	
Psykisk helsevern for voksne	847	991	941	1 025	1 110	31,0
- prosentvis endring fra året før		17,0	-5,0	8,9	8,3	
Psykisk helsevern for barn og unge	171	197	220	245	263	53,6
- prosentvis endring fra året før		15,3	11,6	11,2	7,4	

Datakilde: SSB

I alle regionene har den prosentvise veksten i korrigerede kostnader vært sterkest i psykisk helsevern for barn og unge når perioden fra 2002 til 2006 sees under ett. Helse Vest har hatt den største veksten av alle regioner. Med unntak av Helse Nord har psykisk helsevern for barn og unge hatt den sterkeste prosentvise veksten fra 2005 også.

Når det gjelder forholdet mellom psykisk helsevern for voksne og somatisk sektor er bildet noe annerledes. Prosentvis vekst for somatikk er sterkere enn psykisk helsevern for voksne i Helse Sør, Helse Vest og Helse Nord når hele perioden betraktes under ett. Helse Øst og Helse Nord har det motsatte resultatet. I Helse Øst har veksten i somatisk sektor vært sterkere enn i psykisk helsevern for voksne fra 2005 til 2006. Dette er et brudd i forhold til de to foregående årene. Helse Sør har hatt sterkere vekst i somatisk sektor enn i psykisk helsevern for voksne alle årene. Helse Vest har sterkere vekst i somatisk sektor siste året mens psykisk helsevern for voksne vokste prosentvis mer de to foregående årene. I Helse Midt-Norge har den prosentvise veksten i somatisk sektor vært svakere enn i psykisk helsevern for voksne i de to siste årene og det samme er tilfelle for Helse Nord. Dette betyr at for psykisk helsevern for voksne er det bare i Helse Midt-Norge og i Helse Nord at den prosentvise veksten er sterkere enn i somatikken fra 2005 til 2006.

I figur 2.1 gis en oppsummering over hvordan veksten i de korrigerede kostnadene har vært i perioden fra 2002 til 2006 mellom de to sektorene. Figuren viser psykisk helsevern samlet og for voksne for å illustrere forskjellen i vekst mellom voksne og barn og unge.

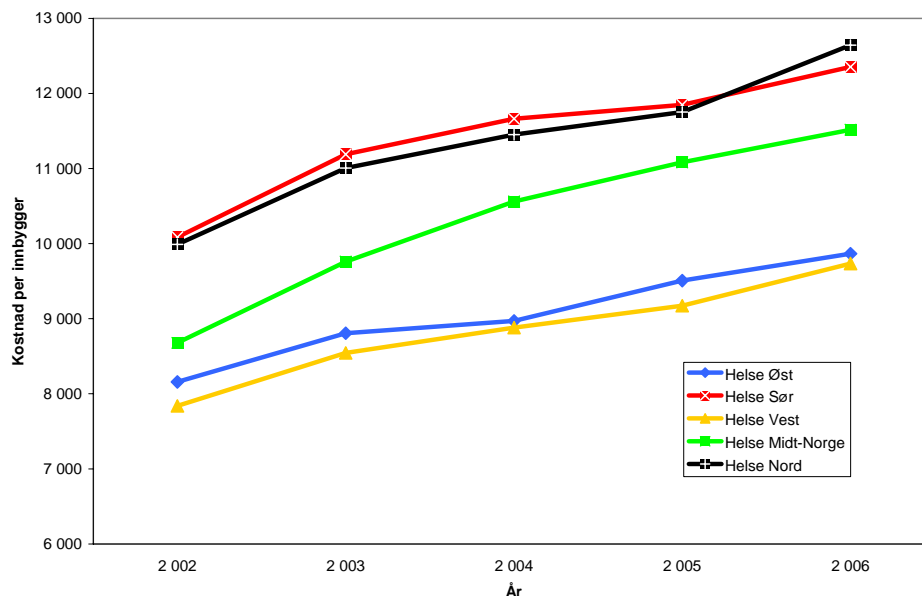


Figur 2.1 Prosentvis vekst i kostnader korrigeret for nye oppgaver somatikk og psykisk helsevern samlet og for voksne i perioden 2002-2006.

Figur 2.1 viser at for landet samlet har det vært en svakere vekst i kostnader til psykisk helsevern for voksne enn tilsvarende for somatisk sektor. Når psykisk helsevern for barn og unge inkluderes blir veksten i kostnadene sterkere enn somatisk sektor. Helse Vest og Helse Midt-Norge har samme mønster som landet samlet, selv om det er tilnærmet lik vekst i somatikk og psykisk helsevern i Helse Midt-Norge. Helse Øst og Helse Nord er de to eneste regionene som har hatt en sterkere vekst i kostnader til psykisk helsevern voksne og barn og unge enn i somatikken i hele perioden, selv om Helse Øst fra 2005 til 2006 hadde en svakere vekst i psykisk helsevern for voksne (tabell 2.6). Helse Sør har en markert ulik utvikling over hele perioden sammenlignet med de andre regionene med betydelig svakere vekst i kostnadene til psykisk helsevern enn i somatikken. Dette er tilfelle selv om det i psykisk helsevern for barn og unge har hatt en relativt sterk vekst over hele perioden (se tabell 2.6).

Oversikter over forbruksrater sektorvis etter bostedsregion er presentert i kapittel 3. Resultatene der viser at det i alle regioner var vekst i forbruket i psykisk helsevern fra 2005 til 2006, mens det var noe mer variasjon mellom regionene i somatisk sektor i samme periode. Det kan derfor være interessant å se nærmere på utvikling i kostnader per innbygger etter sektor og bostedsregion for å undersøke om det samme mønstret kommer fram her. Det er kostnader i løpende kroner korrigert for nye oppgaver og ansvar per innbygger som illustreres i oversiktene.

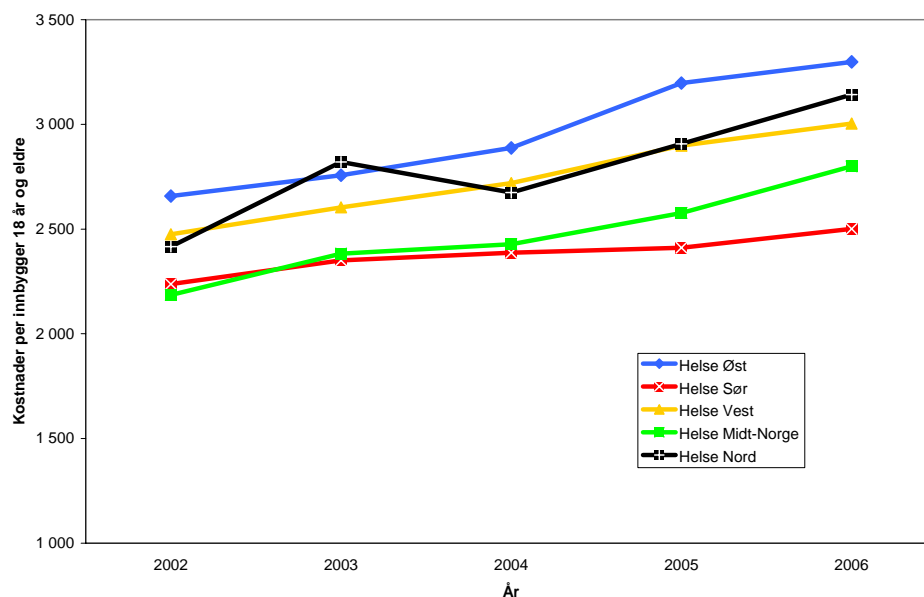
I figur 2.2 presenteres de korrigerede kostnadene per innbygger for somatisk spesialisthelsetjeneste.



Figur 2.2 Kostnader somatisk spesialisthelsetjeneste korrigert for nye oppgaver per innbygger etter bostedsregion 2002-2006. Løpende priser. Datakilde SSB og NPR.

Figur 2.2 viser at alle regioner har en økning i kostnader for somatisk spesialisthelsetjeneste per innbygger når det korrigeres for nye oppgaver. Målt per innbygger var det for landet en økning på 4,9 prosent fra 2005 til 2006. Helse Øst, Helse Sør og Helse Midt-Norge lå lavere enn dette mens Helse Vest og Helse Nord lå høyere enn dette. Både i nivå og prosentvis endring det siste året stemmer dette med bruken av de somatiske spesialisthelsetjenesten presentert i figur 3.1 i kapittel 3. Sammenholdt med forbruksratene i figur 3.1 viser dette at Helse Midt-Norge har nærmet seg Helse Sør og Helse Nord i kostnader per innbygger i løpet av hele perioden selv om veksten har avtatt noe det siste året, samtidig som oppholdsraten har blitt redusert i forhold til Helse Sør og Helse Nord.

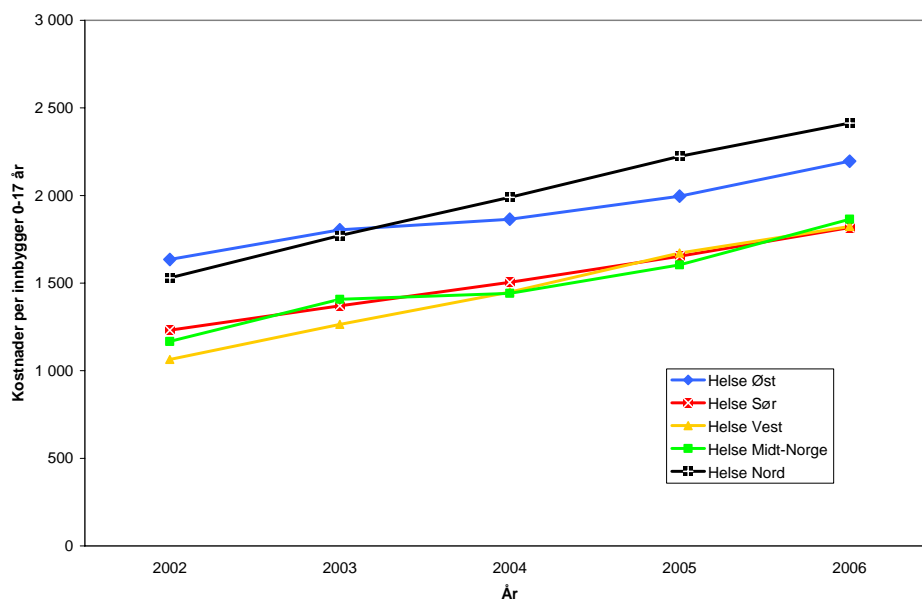
I figur 2.3 gis tilsvarende oversikt for psykisk helsevern for voksne.



Figur 2.3 Kostnader psykisk helsevern for voksne korrigert for nye oppgaver per innbygger 18 år og eldre etter bostedsregion 2002-2006. Løpende priser. Datakilde SSB og NPR.

Korrigerte kostnader til psykisk helsevern for voksne per innbygger over 17 år på landsbasis økte med 4,6 prosent fra 2005 til 2006. Det var relativt store forskjeller mellom regionene i prosentvis økning i korrigerte kostnader per innbygger fra 2005 til 2006. Helse Øst, Helse Sør og Helse Vest hadde økninger fra 3,2 prosent til 3,7 prosent mens Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde økninger på henholdsvis 8,7 og 8,1 prosent siste året. Dette betyr at det er noe ulik utvikling i veksten i korrigerte kostnader per innbygger for målgruppen mellom regionene fra 2005 til 2006. Det er Helse Øst, Helse Sør og Helse Vest som bidrar til at veksten i kostnader per innbygger over 17 år i psykisk helsevern for voksne ikke er sterkere enn veksten i somatikk det siste året, mens i Helse Midt-Norge og Helse Nord har veksten vært høyere enn i somatisk sektor.

Figuren illustrerer også at det har blitt en betydelig større spredning i kostnader per innbygger sett over hele perioden når det er justert for nye oppgaver. Sammenholdt med figur 3.3 i kapittel 3 ser det ut til at selv om kostnadene per innbygger i Helse Øst, Helse Sør og Helse Vest ikke har sterkere prosentvis vekst fra 2005 til 2006 enn somatikken, har alle regioner en relativt kraftig vekst i ratene per innbygger over 17 år i siste periode. Forskjellene i kostnadsvekst mellom regionene finnes ikke igjen i ratene for bruken i psykisk helsevern for voksne. Det er også interessant å merke seg at Helse Øst har de høyeste kostnadene per innbygger i hele perioden (med unntak av 2003 da Helse Nord lå høyere) samtidig som de har de laveste forbruksratene i hele perioden målt ved døgnopphold og utskrivninger (se figur 3.3). Dette skyldes at oppholdene i Helse Øst gjennomgående har lengre varighet enn i de andre regionene (se figur 3.4). I figur 2.4 presenteres tilsvarende oversikt for psykisk helsevern for barn og unge.

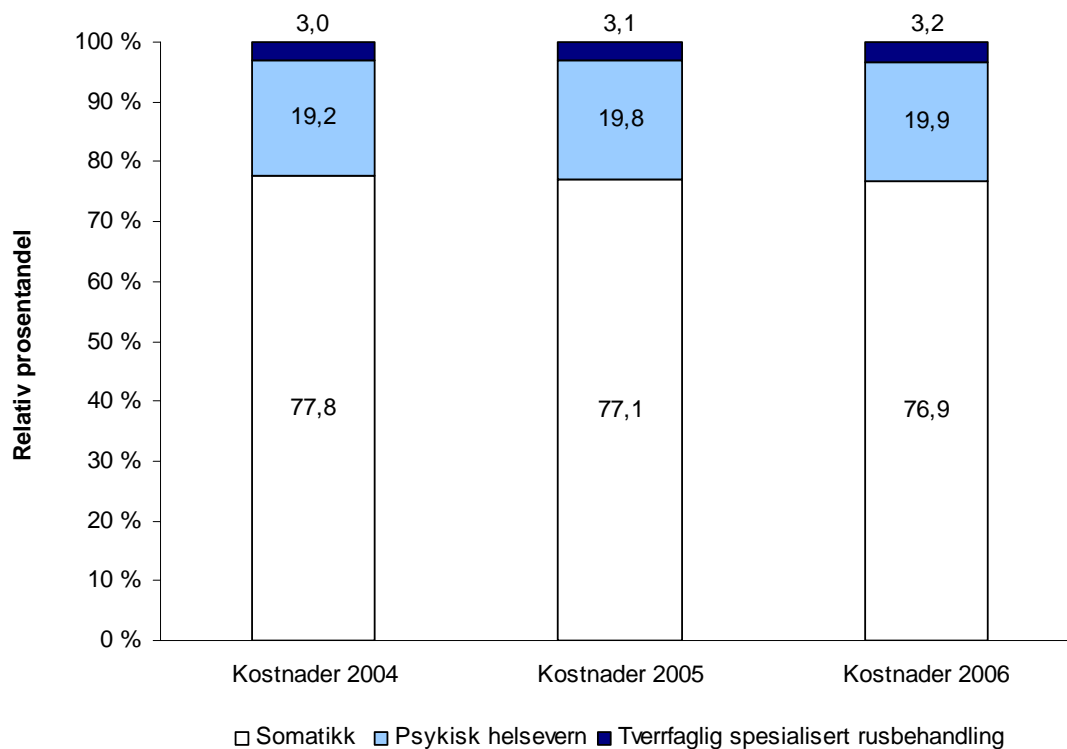


Figur 2.4 Kostnader psykisk helsevern for barn og unge korrigert for nye oppgaver per innbygger 0-17 år etter bostedsregion 2002-2006. Løpende priser. Datakilde: SSB og NPR.

På landsbasis økte korrigerte kostnader per innbygger under 18 år med 10,4 prosent i forhold til 2005. Det har vært en høy prosentvis vekst i alle regionene innenfor psykisk helsevern for barn og unge fra 2005 til 2006. Helse Midt-Norge skiller seg ut fra de andre med en nominell vekst på 16,3 prosent siste året. Sammenlignet med antall pasienter per 100 innbyggere under 18 år (figur 3.5 i kapittel 3) har Helse Midt-Norge en lavere vekst i samme tidsrom enn de andre regionene. Alle regioner har sterkere vekst i psykisk helsevern for barn og unge enn i somatisk sektor. Figuren viser at Helse Øst også her ligger relativt høyt i hele perioden i kostnader per innbyggere under 18 år. Samtidig viser figur 3.5 i kapittel 3 at ratene ikke er betydelig høyere enn andre. Dette er en indikasjon på at Helse Øst gir et litt annet tilbud til sine pasienter enn det de andre regionene gjør (se kapittel 3).

I tabell 2.5 over presenteres utviklingen i kostnader for rusbehandling i treårsperioden fra 2004 til 2006. Siste året økte kostnadene med 11,9 prosent mot 9,9 prosent i perioden før. Dette betyr at det samlet sett har vært en sterkere vekst i psykisk helsevern og rusbehandling enn i somatikken det siste året.

Figur 2.5 gir en oversikt over hvordan sektorenes kostnadsandel har endret seg i perioden rusbehandling har vært en del av spesialisthelsetjenesten.



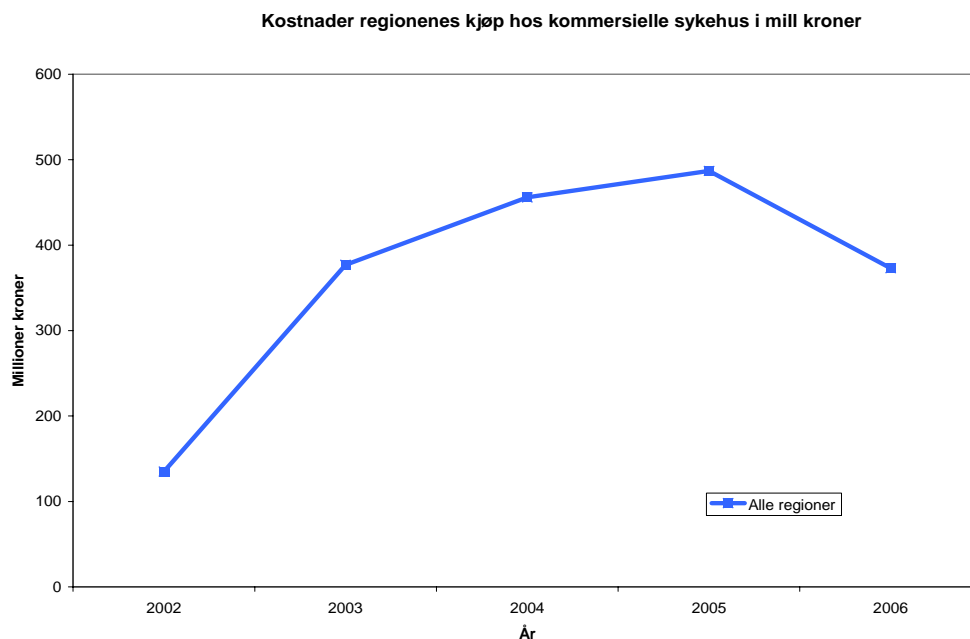
Figur 2.5 Relativ kostnadsinnsats til somatisk sektor, psykisk helsevern og rusbehandling 2004-2006.

Datakilde: SSB

Figur 2.5 viser at både psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har hatt en sterkere kostnadsvekst sammenlignet med somatisk sektor fra 2004 til 2006. Kostnadsandelen til somatisk sektor går ned med 0,9 prosentpoeng fra 77,8 prosent i 2004 til 76,9 prosent i 2006 - mens den øker med 0,7 prosentpoeng til 19,9 prosent for psykisk helsevern og med 0,2 prosentpoeng til 3,2 prosent for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

En reduksjon av kostnadsandelen for somatisk sektor på 0,9 prosentpoeng kan virke som en liten endring. En regneøvelse viser imidlertid at hvis kostnadsandelen til somatisk virksomhet holdes uendret på 77 prosent fra 2004 til 2006, så innebærer dette en omfordeling av kostnader på nær 600 mill kr fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling til somatisk sektor. Målet formulert i bestillerdokumentene er dermed innfridd.

I bestillerdokumentene var det også et mål om redusert omfang av avtaler med private kommersielle sykehus. I figur 2.6 presenteres en oversikt over kostnader knyttet til regionenes kjøp av tjenester hos kommersielle sykehus i perioden 2002 til 2006.



Figur 2.6 Regionenes kjøp fra private kommersielle sykehus. Millioner kroner 2002 til 2006.

Datakilde: SSB

Figur 2.6 viser at dette formulerte målet har resultert i et markert brudd i trenden for 2002-2005 med stadig økende omfang av helseregionenes kjøp hos private kommersielle sykehus. Fra 2005 til 2006 reduseres helseregionenes kjøp hos kommersielle sykehus med 23 prosent til 373 millioner kr, målt i løpende priser. Korrigert for prisvekst observeres en realnedgang i kjøp hos kommersielle sykehus med 26-27 prosent. Dermed kan det konkluderes med at regionene har fulgt opp kravet om redusert omfang av avtaler med private kommersielle sykehus i 2006. I kapittel 3 gis en tilsvarende analyse for bruken av de private sykehusene etter bostedsregion. Med unntak av Helse Nord er det en nedgang i bruk av private sykehus i alle regioner (se kapittel 3.3).

I tabell 2.7 gjengis tallene fra ambulanssevirkomheten som er presentert i tabell 2.5. Tabellen viser kostnader til ambulanssevirkomhet, prosentvis endring fra året før og andel av totale kostnader spesialisthelsetjenesten i perioden fra 2002 til 2006.

Tabell 2.7 Utvikling i ambulanssekostnader 2002 -2006. Samlet prosentvis endring, samt endring fra året før. Utvikling i ambulanssekostnadenes andel av totale kostnader. Millioner kr. Løpende priser.

Ambulanssekostnader	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr 2002-06
Kostnader til ambulanssevirkomhet	1 803	2 027	2 294	2 390	2 676	48,4
- prosentvis endring fra året før		12,4	13,2	4,2	12,0	
Andel av totale kostnader spesialisthelsetjenesten ¹⁾	3,4	3,5	3,8	3,8	4,0	

1) Totale kostnader korrigert for nye oppgaver

Datakilde: SSB

Økningen fra 2005 til 2006 var på 12,0 prosent, så veksten i kostnadene fortsetter. I hele perioden har andelen ambulanssekostnader økt fra 3,4 til 4,0 prosent. Dette er i tråd med forventningene i forhold til de tilrådingene som blant annet ble gjort i St.melding nr. 43

(1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap. I stortingsmeldingen skisseres blant annet relativt sterke krav om styrket bemanning på bilene i form av flere personer og økt kompetanse. Det ble også foreslått nye veiledere til responstid samt flere kvalitetsforbedrende tiltak. Dersom kostnadsutviklingen er et resultat av denne kvalitetsforbedringen er dette en ønsket utvikling. Det er imidlertid ikke mulig å si noe eksakt om dette uten å foreta analyser på selve ordningen i forhold til innhold og omfang i regionene.

2.5 Utvikling i kostnader og personell 2002-2006

Som nevnt innledningsvis har tidligere analyser presentert i SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2005 vist at det har vært noe ulik utvikling i årsverkene og i kostnadene i perioden fra 2002 til 2005. Det har vært en betydelig sterkere vekst i årsverkene i psykisk helsevern i perioden enn i somatisk sektor. Dette gjelder både for psykisk helsevern for voksne og for barn og unge.

Det kan være mange årsaker til at det er ulik utvikling i kostnadsveksten og i personellveksten. For det første kan det tenkes at det er en tidsforskyvning mellom økt rekruttering i psykisk helsevern og økt aktivitet med tilhørende kostnader. For det andre kan det tenkes at rutiner for fordeling av fellespersonell og/eller felleskostnader har blitt endret i perioden. En tredje mulig årsak er at kostnadsnivået i somatisk sektor øker mer enn i psykisk helsevern på grunn av for eksempel endring i personell sammensetning. I det følgende gjøres det ingen forsøk på å forklare disse forskjellene. Hensikten med avsnittet er kun å undersøke om tidligere trend fortsetter inn i 2006.

I tabell 2.8 presenteres en oversikt over utviklingen i personellinnsatsen sammen med kostnadsutviklingen diskutert i avsnitt 2.4 ovenfor.

Tabell 2.8 Utvikling i personellinnsats og kostnadsinnsats til spesialisthelsetjenesten 2002-2006¹⁾. Kostnader korrigert for nye oppgaver²⁾. Nasjonalt nivå. Millioner kr. Løpende priser

Utvikling i kostnader og personell	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr 2002-06
Personell i spesialisthelsetjenesten samlet	80 020	82 557	82 826	84 180	85 814	7,2
- prosentvis endring fra året før		3,2	0,3	1,6	1,9	
Kostnader i spesialisthelsetjenesten samlet	52 844	57 683	60 555	63 716	67 486	27,7
- prosentvis endring fra året før		9,2	5,0	5,2	5,9	
Personell i somatisk sektor	62 125	64 140	64 208	64 829	65 774	5,9
- prosentvis endring fra året før		3,2	0,1	1,0	1,5	
Kostnader somatisk sektor	39 796	43 678	45 801	47 901	50 563	27,1
- prosentvis endring fra året før		9,8	4,9	4,6	5,6	
Personell i psykisk helsevern samlet	17 895	18 417	18 618	19 351	20 040	12,0
- prosentvis endring fra året før		2,9	1,1	3,9	3,6	
Kostnader i psykisk helsevern samlet	10 174	10 961	11 332	12 298	13 101	28,8
- prosentvis endring fra året før		7,7	3,4	8,5	6,5	
<i>Herav:</i>						
Personell i psykisk helsevern for voksne	15 013	15 435	15 585	16 148	16 533	10,1
- prosentvis endring fra året før		2,8	1,0	3,6	2,4	
Kostnader i psykisk helsevern for voksne	8 720	9 293	9 530	10 302	10 891	24,9
- prosentvis endring fra året før		6,6	2,6	8,1	5,7	
Personell i psykisk helsevern for barn og unge	2 882	2 982	3 033	3 203	3 507	21,7
- prosentvis endring fra året før		3	2	6	9	
Kostnader i psykisk helsevern for barn og unge	1 454	1 668	1 802	1 996	2 210	52,0
- prosentvis endring fra året før		14,7	8,1	10,8	10,7	

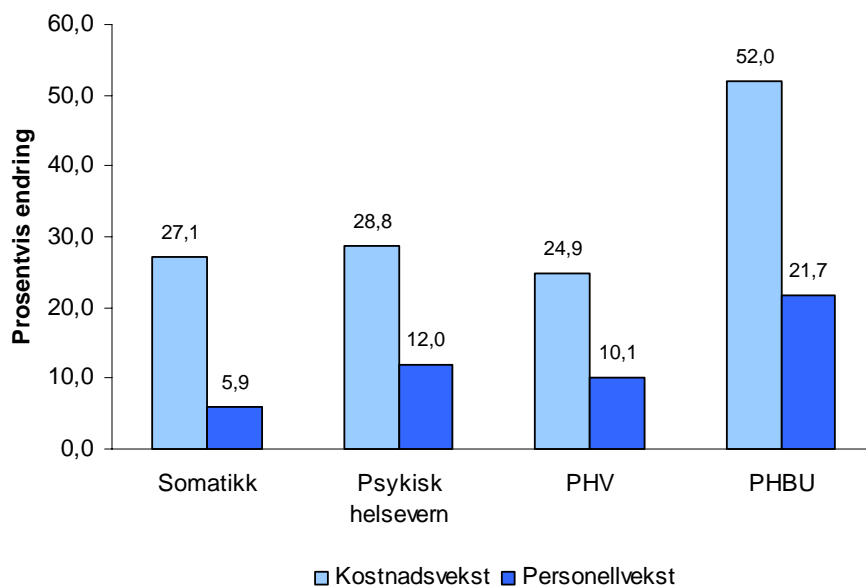
1) Tallene som presenteres er utdrag av tabell 2.12 i avsnitt 2.7 utvikling i kostnader til alle formål i spesialisthelsetjenesten 2002-2006.

2) Kostnadene er korrigert for nye oppgaver og tilhørende kostnadsstørrelser presentert i avsnitt 2.3, samt eksklusive kostnader til tverrfaglig spesialisert rusbehandling og syketransport.

Datakilde: SSB

Tabellen viser at det over hele perioden har vært en økning på 7,2 prosent i personellinnsatsen i spesialisthelsetjenesten samlet, med en tilsvarende vekst i kostnadene på 27,7 prosent. Når det justeres for prisstigning i perioden (SSB-deflator) blir realveksten i perioden på 12-13 prosent. Det er korrigert for nye oppgaver og ansvar i kostnadstallene som vist i avsnitt 2.4. Personellveksten i somatisk sektor var på 5,9 prosent i hele perioden, mens den var på 1,5 prosent fra 2005 til 2006. Det har vært en svakere vekst i slutten av perioden enn i starten i somatikken. Veksten i personellinnsats i psykisk helsevern har vært på 12 prosent i hele perioden. Her har det vært motsatt utvikling i forhold til somatisk sektor da veksten har vært sterkest i siste del av perioden. Det samme gjelder for både voksne og barn og unge, men prosentveksten har vært betydelig sterkere i psykisk helse for barn og

unge enn for voksne. I figur 2.7 gis en oppsummering av veksten i personellet sammenholdt med kostnaden i perioden.

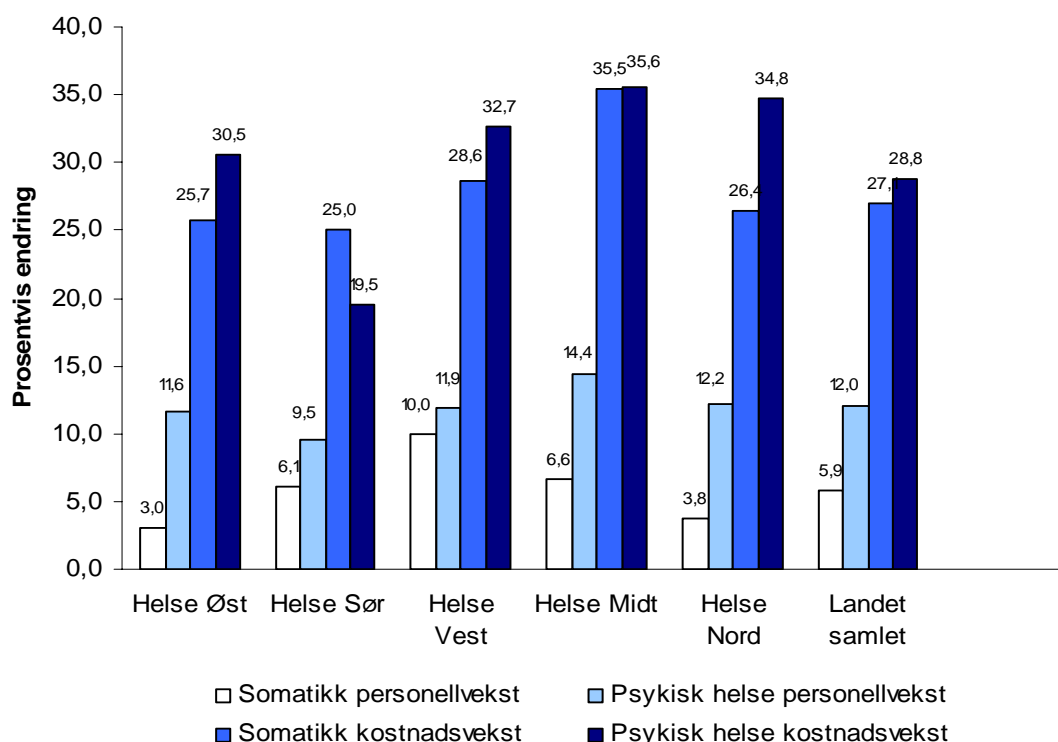


Figur 2.7 Vekst i kostnader og personellinnsats for psykisk helsevern og somatisk sektor 2002-2006. Ressursinnsats til psykisk helsevern fordelt på voksne (PHV) og barn og unge (PHBU). Kostnadsvekst i løpende priser.

Datakilde: SSB

Figur 2.7 viser at korrigert for nye oppgaver øker ressursinnsatsen relativt sett sterkere i psykisk helsevern sammenlignet med somatisk sektor. Dette gjelder både når ressursinnsatsen måles som kostnader og personell. Kostnadene i psykisk helsevern øker med nær 29 prosent mot 27,1 prosent for somatisk sektor, mens personellveksten i psykisk helsevern er 12 prosent mot 5,9 prosent i somatisk sektor. Når kostnader og personell sees sammen illustreres at selv om det for psykisk helsevern for voksne har vært en svakere prosentvis vekst i kostnadene i forhold til somatisk sektor, har det vært en betydelig sterkere vekst i personellet i forhold til somatisk sektor i hele perioden. Utviklingen det siste året går i samme retning som hele perioden, da den prosentvise veksten i personellet i psykisk helse var sterkere enn i somatisk sektor, mens veksten i kostnadene var tilnærmet like.

Beskrivelsen av kostnadsvekst i regionene viste at Helse Sør skilte seg ut som den eneste regionen som hadde lavere vekst i kostnadene til psykisk helsevern enn til somatikken over hele perioden. Dette ble forsterket fra 2005 til 2006 da vekst i psykisk helsevern for voksne var lavere enn i somatikken. Det er derfor interessant å se om samme mønster gjenspeiles i personellendring i perioden. I figur 2.8 er prosentvis endring i kostnader og personell sett i sammenheng etter region



Figur 2.8 Personellvekst og kostnadsvekst i somatisk sektor og psykisk helsevern 2002-2006. Regionale helseforetak og landet samlet. Kostnadsvekst i løpende priser.

Datakilde SSB.

Figur 2.8 viser at sammenlignet med gjennomsnittet for landet samlet, har både Helse Nord og Helse Øst en relativt sterkere vekst i ressursinnsats i psykisk helsevern kombinert med relativt sett svakere vekst i ressursinnsats for somatisk sektor. For landet samlet overstiger kostnadsveksten i psykisk helsevern somatisk sektor med 1,3 prosentpoeng. For Helse Øst og Helse Nord er denne differansen henholdsvis 4,8 og 8,3 prosentpoeng. Tilsvarende for personellinnsatsen overstiger veksten i psykisk helsevern somatisk sektor med 6,1 prosent poeng for landet samlet, mens de tilsvarende størrelsene for Helse Øst og Helse Nord er 8,6 og 8,4 prosentpoeng. Figuren viser videre at det er ulik utvikling i kostnadene til psykisk helsevern i forhold til somatisk sektor og tilsvarende for personellet. Målt ved endring i personell i perioden er det sterkere vekst i personellinnsatsen til psykisk helsevern enn det er i somatisk sektor. Poengene ovenfor illustreres også i tabell 2.9.

Tabell 2.9 Prosentpoeng differanse mellom kostnadsvekst i psykisk helsevern og kostnadsvekst i somatisk sektor, og prosentpoeng differanse mellom personellvekst i psykisk helsevern og somatisk sektor. 2002 - 2006.

Differanse vekst i psykisk helsevern og vekst i somatisk sektor	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	Landet samlet
Kostnadsvekst	4,8	-5,6	4,0	0,2	8,3	1,2
Personellvekst	8,6	3,5	2,0	7,8	8,4	6,1

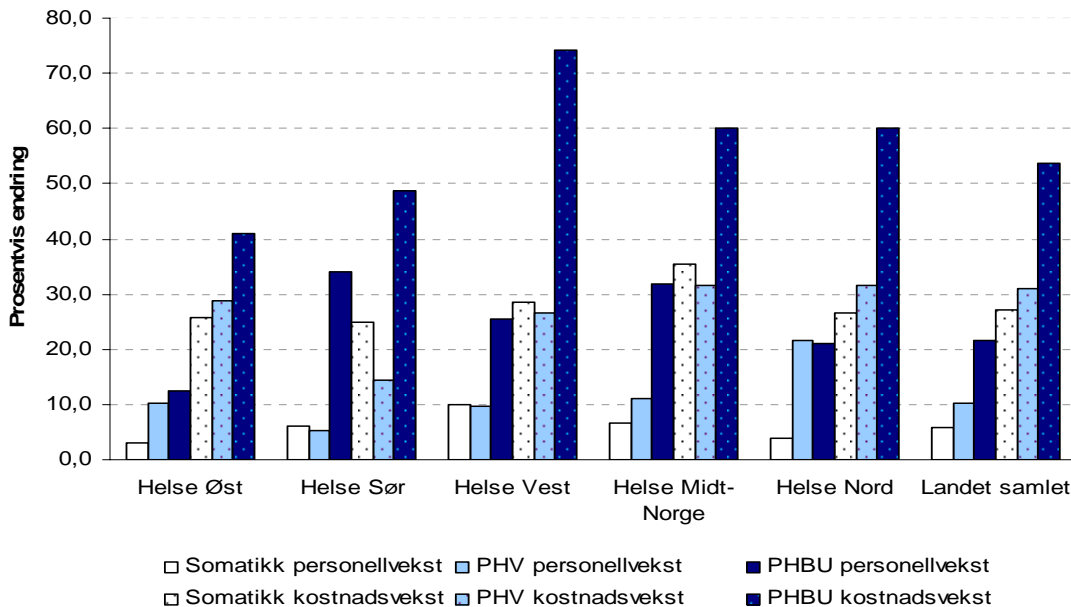
Tabellen oppsummerer i tall det figur 2.8 viser. Forskjellen i prosentvis vekst i kostnadene over hele perioden mellom psykisk helsevern og somatikk var på landsbasis 1,2 prosentpoeng. Tilsvarende for personellveksten var 6,1 prosentpoeng. Helse Nord, Helse

Midt-Norge og Helse Øst ligger over differansen for personellet på landsbasis målt i antall prosentpoengs forskjell på veksten mellom psykisk helse og somatikk. På kostnadsutviklingen er det imidlertid en tilsvarende liten differanse i Helse Midt-Norge (som diskutert i avsnitt 2.4). Her er det imidlertid Helse Vest som ligger over forskjellen på landsbasis. I Helse Sør er det paradoksalnok motsatt fortegn på forskjellen i prosentvis vekst i kostnader og personell mellom psykisk helsevern og somatikk.

Det er vanskelig å si noe om hvorfor disse forskjellene har oppstått mellom utvikling i kostnader og personell. Det vil kreve dypere analyser for å avdekke hvorfor denne typen avvik oppstår. Det er rimelig å anta at noe skyldes ulikheter i datagrunnlagene som benyttes. For eksempel kan det være ulik måte å fordele felleskostnader på i forhold til hvordan fellespersonellet fordeles mellom sektorene. Som et eksempel kan det nevnes at personellstatistikk for Helse Vest viser en reduksjon i annet personell i psykisk helsevern, hvor teknisk og administrativt personell inngår, på 70 årsverk i perioden. På bakgrunn av denne observasjonen kan det stilles spørsmål om personellveksten i psykisk helsevern i Helse Vest er underestimert. Dette krever nærmere undersøkelser for å kunne besvares.

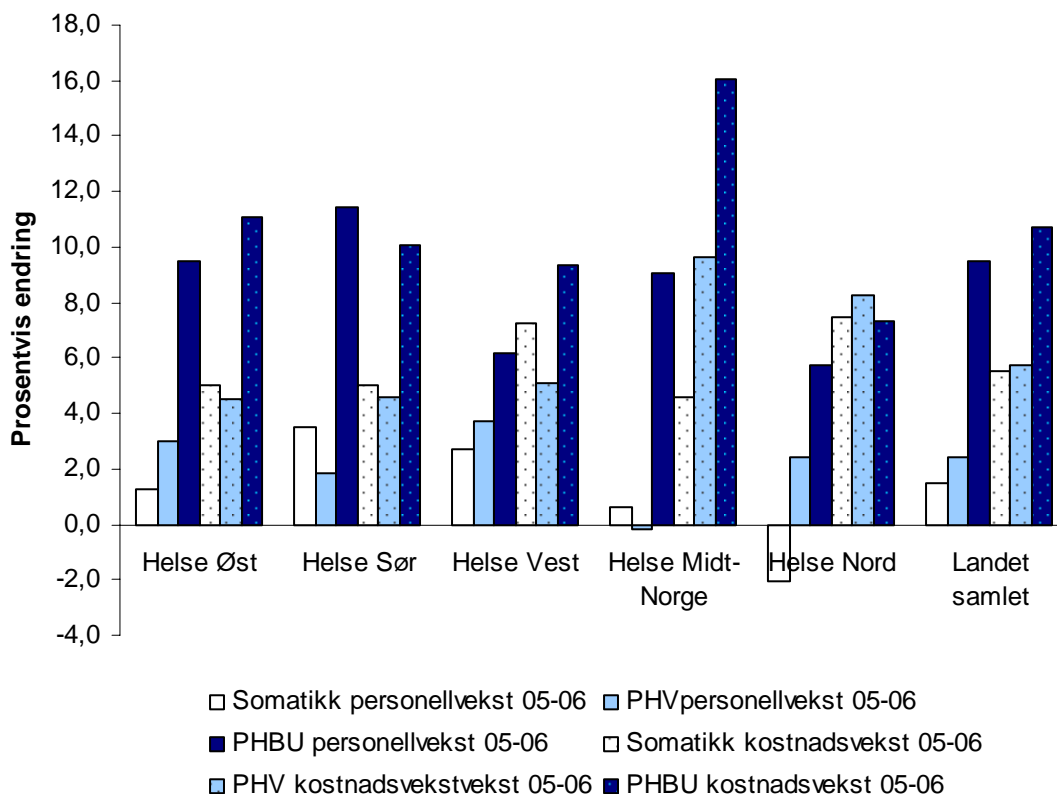
Når det gjelder den spesielle situasjonen i Helse Sør er det heller ikke mulig å forklare dette uten tilleggsundersøkelser. Et spørsmål som kan stilles er om det har skjedd en omlegging av fordeling av felleskostnader som har medført økt relativ fordeling til somatisk sektor. Et annet spørsmål er om lønnsveksten i somatisk sektor har vært sterkere enn for psykisk helsevern i perioden. Disse spørsmålene krever nærmere undersøkelser. Imidlertid er Helse Sør den regionen som har svakest personellvekst i psykisk helsevern, med en vekst på 9,5 prosent mot et gjennomsnitt på 12 prosent for landet samlet. Kostnadsveksten i psykisk helsevern i Helse Sør er på 19,5 prosent for perioden, noe som er om lag 9,0 prosentpoeng lavere enn gjennomsnittet for landet samlet. Hvis Helse Sør hadde en kostnadsvekst i psykisk helsevern i tråd med gjennomsnittet for landet samlet, ville kostnadene til dette formålet vært om lag 150 mill kr høyere i 2006.

I figur 2.9 presenteres tilsvarende oversikt der det skilles mellom psykisk helsevern for voksne og barn og unge.



Figur 2.9 Personellvekst og kostnadsvekst i somatisk sektor og psykisk helsevern 2002-2006. Psykisk helsevern fordelt på voksne (PHV) og barn og unge (PHBU). Regionale helseforetak og landet samlet. Kostnadsvekst i løpende priser.

Figur 2.9 viser at selv om det i Helse Sør var slik at vekst i personell i psykisk helsevern samlet var høyere enn vekst i somatisk sektor, er det ikke slik når det skiller mellom voksne og barn og unge. Psykisk helsevern for voksne i Helse Sør har en lavere prosentvis vekst over hele perioden enn somatisk sektor både i personellet og i kostnadene. For psykisk helsevern for barn og unge er det motsatt. Når det skiller mellom voksne og barn og unge i psykisk helsevern, viser tabellen videre at for Helse Midt Norge er det sterkere vekst i personellet i psykisk helsevern for voksne enn i somatisk sektor, mens det er omvendt for kostnadene. I Helse Nord er det forskjell i utviklingen innen det psykiske helsevernet. Her er det en høyere prosentvis vekst i personellet i psykisk helsevern for voksne enn for barn og unge, mens det motsatte er tilfelle for kostnadene. I figur 2.10 gis en tilsvarende oversikt over utviklingen det siste året.



Figur 2.10 Regional vekst i kostnader og personell 2005 - 2006. Hvide stolper illustrerer somatisk virksomhet, lyseblå psykisk helsevern for voksne, og mørkeblå psykisk helsevern for barn og unge. Stolper markert med prikk viser kostnadsvekst. Kostnadsvekst i løpende priser.

For landet samlet har det vært en prosentvis vekst fra 2005 til 2006 mellom sektorene som er i tråd med bestillerdokumentene for 2006. Både personell og kostnader øker prosentvis mer i psykisk helsevern enn i somatikken. Målt ved kostnadsvekst er det imidlertid ikke stor forskjell på vekst i psykisk helsevern for voksne og i somatisk sektor. I Helse Øst og Helse Vest og Helse Midt-Norge er det forskjell i konklusjon hvorvidt det er personellveksten eller kostnadsveksten som betraktes. I Helse Midt-Norge er det faktisk en nedgang i personell til psykisk helsevern for voksne, mens det kostnadmessig er en prosentvis økning som er betydelig sterkere enn for somatisk sektor. I Helse Sør er utviklingen det siste året lik utviklingen over hele perioden. I Helse Nord har det vært en nedgang i personellet til somatisk sektor, mens kostnadene har økt siste året. Det er likevel slik at den prosentvise veksten både i personell og kostnader er høyere i psykisk helsevern for voksne enn for somatisk sektor. Her er det imidlertid den prosentvise økningen i kostnaden til psykisk

helsevern for barn og unge som har en svakere vekst enn i somatikken, mens målt i personell er det omvendt.

Resultatene fra oversiktene over utviklingen i kostnader og personell mellom sektorer gir noen motstridende resultater som det er vanskelig å forklare med bakgrunn i datamaterialet her. Det er likevel indikasjoner på at målet om prosentvis høyere vekst innenfor psykisk helsevern enn i somatisk spesialisthelsetjeneste er innfridd nasjonalt dersom dette knyttes til vekst i personell og kostnader justert for nye oppgaver. Det er imidlertid regionale forskjeller her og Helse Sør utmerker seg med å ha en sterkere vekst i somatisk sektor enn i psykisk helsevern i hele perioden. Dette er knyttet til psykisk helsevern for voksne da det for barn og unge har vært en relativt sterk vekst i Helse Sør også.

2.6 Oppsummering

Korrigert for nye oppgaver og ansvar viser kostnadsutviklingen fra 2005 til 2006 at det totalt sett er en sterkere vekst i kostnader til psykisk helsevern enn i somatisk sektor. Trenden fra tidligere fortsetter, men med mindre forskjell i vekst. Dette skyldes at veksten i kostnader til psykisk helsevern og somatikk fra 2005 til 2006 var tilnærmet lik.

Veksten i kostnader til psykisk helsevern for voksne har i hele perioden fra 2002 til 2006 vært svakere enn veksten i kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste. Når barn og ungdom inkluderes i kostnadene er den totale veksten i kostnader til psykisk helsevern større enn tilsvarende i somatisk sektor.

Utviklingen fra 2005 til 2006 viser at Helse Øst, Helse Sør og Helse vest alle har en svakere prosentvis vekst i kostnadene til psykisk helsevern for voksne i forhold til tilsvarende tall for somatisk sektor. Helse Midt-Norge og Helse Nord har begge en betydelig sterkere vekst i kostnader til psykisk helsevern for voksne enn i somatisk sektor. Det er altså Helse Øst, Helse Sør og Helse Vest som bidrar til at veksten i kostnader mellom psykisk helsevern for voksne og somatisk spesialisthelsetjeneste er tilnærmet lik på landsbasis fra 2005 til 2006. Med unntak av Helse Nord har alle regionene en sterkere vekst i kostnader til psykisk helsevern for barn og unge enn i somatisk sektor.

Det er regionale forskjeller i hvordan kostnadene har utviklet seg i hele perioden. Med unntak av Helse Sør har alle regionene sterkere vekst i kostnadene til psykisk helsevern enn kostnadene i somatisk sektor. Det er imidlertid bare Helse Øst og Helse Nord som har en sterkere vekst i kostnadene til psykisk helsevern for voksne enn for kostnadene til somatisk spesialisthelsetjeneste.

Det er noen motstridende resultater mellom kostnadsvekst og vekst i personell i perioden. Det er ikke mulig å forklare disse forskjellene med grunnlag i dette data materialet. Alle regioner har en sterkere personellvekst i Psykisk helsevern for barn og unge enn veksten i personell for somatisk spesialisthelsetjeneste fra 2005 til 2006. Helse Øst, Helse Vest og Helse Nord har en sterkere vekst i personell til psykisk helsevern for voksne enn for personell i somatisk sektor. I Helse Sør og Helse Midt-Norge er det imidlertid motsatt utvikling. I Helse Midt-Norge er det en nedgang i personell til psykisk helsevern for voksne fra 2005 til 2006.

2.7 Kostnadsgrunnlag korrigert for nye oppgaver, nasjonalt og regionalt

Tabell 2.10 Kostnader til spesialisthelsetjenesten fordelt på ulike tjenesteområder korrigert nye oppgaver. Nasjonalt nivå 2002-2006. Millioner kr. Løpende priser.

Kostnadsutvikling, korrigert for nye oppgaver i somatisk sektor	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr 2002-06
Spesialisthelsetjenesten, A+B+C+D+E+F+G	52 844	57 683	63 170	66 974	71 501	35,3
- prosentvis endring fra året før		9,2	9,5	6,0	6,8	
Spesialisthelsetjenesten, A+B+D+E+G, eksklusive rusbehandling og syketransport	52 844	57 683	60 555	63 716	67 486	27,7
- prosentvis endring fra året før		9,2	5,0	5,2	5,9	
A: Somatisk virksomhet	39 796	43 678	45 801	47 901	50 563	27,1
- prosentvis endring fra året før		9,8	4,9	4,6	5,6	
<i>Herav:</i>						
- kjøp private kommersielle sykehus	135	377	456	487	373	176,3
- prosentvis endring fra året før		179,3	21,0	6,8	-23,4	
B: Psykisk helsevern	10 174	10 961	11 332	12 298	13 101	28,8
- prosentvis endring fra året før		7,7	3,4	8,5	6,5	
<i>Herav:</i>						
Psykisk helsevern for voksne	8 720	9 293	9 530	10 302	10 891	24,9
- prosentvis endring fra året før		6,6	2,6	8,1	5,7	
Psykisk helsevern for barn og unge	1 454	1 668	1 802	1 996	2 210	52,0
- prosentvis endring fra året før		14,7	8,1	10,8	10,7	
C: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling			1 723	1 894	2 120	
- prosentvis endring fra året før				9,9	11,9	
D: Ambulanser	1 803	2 027	2 294	2 390	2 676	48,4
- prosentvis endring fra året før		12,4	13,2	4,2	12,0	
E: Personalpolitiske tiltak	635	529	587	594	587	-7,7
- prosentvis endring fra året før		-16,8	11,0	1,2	-1,2	
F: Syketransport			892	1 364	1 895	
- prosentvis endring fra året før				52,9	38,9	
G: Felles RHF	435	488	541	533	559	28,3
- prosentvis endring fra året før		12,0	10,9	-1,4	4,7	

Datakilde: SSB

Tabell 2.11 Kostnader til spesialisthelsetjenesten fordelt på ulike tjenesteområder korrigert for nye oppgaver og finansieringsansvar. Helse Øst, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2002-2006. Millioner kr. Løpende priser.

Kostnadsutvikling, Helse Øst	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr 2002-06
Spesialisthelsetjenesten samlet, A+B+C+D+E+F+G	17 876	19 346	21 005	22 807	24 164	35,2
- prosentvis endring fra året før		8,2	8,6	8,6	5,9	
Spesialisthelsetjenesten, A+B+D+E+G, eksklusive rusbehandling og sykefrakt	17 876	19 346	20 036	21 657	22 822	27,7
- prosentvis endring fra året før		8,2	3,6	8,1	5,4	
A: Somatisk virksomhet	13 279	14 404	14 806	15 862	16 693	25,7
- prosentvis endring fra året før		8,5	2,8	7,1	5,2	
B: Psykisk helsevern	3 955	4 170	4 397	4 894	5 163	30,5
- prosentvis endring fra året før		5,4	5,4	11,3	5,5	
<i>Herav:</i>						
<i>Psykisk helsevern for voksne</i>	3 364	3 508	3 704	4 143	4 329	28,7
- prosentvis endring fra året før		4,3	5,6	11,9	4,5	
<i>Psykisk helsevern for barn og unge</i>	592	662	693	750	833	40,9
- prosentvis endring fra året før		11,9	4,6	8,3	11,1	
C: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling			786	863	909	
- prosentvis endring fra året før				9,8	5,3	
D: Ambulanser	374	504	545	589	639	70,9
- prosentvis endring fra året før		34,6	8,2	8,1	8,5	
E: Personalpolitiske tiltak	200	180	206	215	193	-3,4
- prosentvis endring fra året før		-9,8	14,5	4,3	-10,3	
F: Sykefrakt			183	288	432	
- prosentvis endring fra året før				57,0	50,2	
G: Felles RHF	68	88	82	97	134	98,2
- prosentvis endring fra året før		30,6	-7,2	18,7	37,8	

Tabell 2.12 Kostnader til spesialisthelsetjenesten fordelt på ulike tjenesteområder korrigert for nye oppgaver og finansieringsansvar. Helse Sør, korrigert for gjestepasientoppjør. 2002-2006. Millioner kr. Løpende priser.

Kostnadsutvikling, Helse Sør	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr 2002-06
Spesialisthelsetjenesten samlet, A+B+C+D+E+F+G	11 317	12 394	13 530	13 823	14 729	30,2
- prosentvis endring fra året før		9,5	9,2	2,2	6,6	
Spesialisthelsetjenesten, A+B+D+E+G, eksklusive rusbehandling og syketransport	11 317	12 394	13 047	13 295	14 032	24,0
- prosentvis endring fra året før		9,5	5,3	1,9	5,5	
A: Somatisk virksomhet	8 954	9 959	10 425	10 644	11 194	25,0
- prosentvis endring fra året før		11,2	4,7	2,1	5,2	
B: Psykisk helsevern	1 776	1 890	1 952	2 011	2 122	19,5
- prosentvis endring fra året før		6,4	3,3	3,0	5,5	
<i>Herav:</i>						
<i>Psykisk helsevern for voksne</i>	1 519	1 604	1 637	1 663	1 739	14,5
- prosentvis endring fra året før		5,6	2,1	1,6	4,6	
<i>Psykisk helsevern for barn og unge</i>	257	287	315	347	382	48,7
- prosentvis endring fra året før		11,5	10,0	10,2	10,1	
C: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling			368	364	433	
- prosentvis endring fra året før				-1,1	18,9	
D: Ambulanser	290	326	362	351	448	54,7
- prosentvis endring fra året før		12,6	11,0	-3,2	27,8	
E: Personalpolitiske tiltak	149	109	115	107	105	-29,7
- prosentvis endring fra året før		-26,4	5,4	-7,5	-2,1	
F: Syketransport			116	164	264	
- prosentvis endring fra året før				41,6	61,3	
G: Felles RHF	148	110	192	183	164	10,8
- prosentvis endring fra året før		-25,7	74,3	-4,5	-10,4	

Tabell 2.13 Kostnader til spesialisthelsetjenesten fordelt på ulike tjenesteområder korrigert for nye oppgaver og finansieringsansvar. Helse Vest, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2002-2006. Millioner kr. Løpende priser.

Kostnadsutvikling, Helse Vest	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr 2002-06
Spesialisthelsetjenesten samlet, A+B+C+D+E+F+G	9 840	10 641	11 629	12 396	13 350	35,7
- prosentvis endring fra året før		8,1	9,3	6,6	7,7	
Spesialisthelsetjenesten, A+B+D+E+G, eksklusive rusbehandling og syketransport	9 840	10 641	11 233	11 819	12 664	28,7
- prosentvis endring fra året før		8,1	5,6	5,2	7,2	
A: Somatisk virksomhet	7 320	8 022	8 405	8 759	9 417	28,6
- prosentvis endring fra året før		9,6	4,8	4,2	7,5	
B: Psykisk helsevern	1 975	2 129	2 273	2 477	2 620	32,7
- prosentvis endring fra året før		7,8	6,8	8,9	5,8	
<i>Herav:</i>						
<i>Psykisk helsevern for voksne</i>	1 721	1 825	1 924	2 072	2 178	26,6
- prosentvis endring fra året før		6,1	5,4	7,7	5,1	
<i>Psykisk helsevern for barn og unge</i>	254	304	350	404	442	74,1
- prosentvis endring fra året før		19,5	15,2	15,6	9,4	
C: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling			283	341	400	
- prosentvis endring fra året før				20,5	17,3	
D: Ambulanser	405	340	399	438	478	17,9
- prosentvis endring fra året før		-16,0	17,2	9,8	9,0	
E: Personalpolitiske tiltak	85	82	84	90	91	7,3
- prosentvis endring fra året før		-2,9	2,1	6,4	1,8	
F: Syketransport			113	236	286	
- prosentvis endring fra året før				108,6	21,3	
G: Felles RHF	54	67	72	55	58	5,8
- prosentvis endring fra året før		23,3	6,7	-22,6	3,9	

Tabell 2.14 Kostnader til spesialisthelsetjenesten fordelt på ulike tjenesteområder korrigert for nye oppgaver og finansieringsansvar. Helse Midt-Norge, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2002-2006. Millioner kr. Løpende priser.

Kostnadsutvikling, Helse Midt-Norge	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr 2002-06
Spesialisthelsetjenesten samlet, A+B+C+D+E+F+G	7 246	8 225	9 125	9 702	10 338	42,7
- prosentvis endring fra året før		13,5	10,9	6,3	6,6	
Spesialisthelsetjenesten, A+B+D+E+G, eksklusive rusbehandling og syketransport	7 246	8 225	8 796	9 290	9 827	35,6
- prosentvis endring fra året før		13,5	6,9	5,6	5,8	
A: Somatisk virksomhet	5 554	6 261	6 807	7 182	7 524	35,5
- prosentvis endring fra året før		12,7	8,7	5,5	4,8	
B: Psykisk helsevern	1 242	1 381	1 415	1 522	1 684	35,6
- prosentvis endring fra året før		11,2	2,5	7,5	10,7	
<i>Herav:</i>						
<i>Psykisk helsevern for voksne</i>	1 062	1 163	1 192	1 273	1 396	31,5
- prosentvis endring fra året før		9,5	2,5	6,8	9,6	
<i>Psykisk helsevern for barn og unge</i>	180	218	223	249	289	60,2
- prosentvis endring fra året før		20,9	2,5	11,3	16,1	
C: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling			161	181	202	
- prosentvis endring fra året før				12,8	11,3	
D: Ambulanser	284	379	381	406	441	55,2
- prosentvis endring fra året før		33,2	0,8	6,5	8,6	
E: Personalpolitiske tiltak	101	84	94	95	101	0,0
- prosentvis endring fra året før		-16,4	11,8	0,8	6,1	
F: Syketransport			168	231	309	
- prosentvis endring fra året før				37,2	34,0	
G: Felles RHF	65	120	98	86	77	18,5
- prosentvis endring fra året før		86,2	-18,2	-13,0	-10,6	

Tabell 2.15 Kostnader til spesialisthelsetjenesten fordelt på ulike tjenesteområder korrigert for nye oppgaver og finansieringsansvar. Helse Nord, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2002-2006. Millioner kr. Løpende priser.

Kostnadsutvikling, Helse Nord	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr 2002-06
Spesialisthelsetjenesten samlet, A+B+C+D+E+F+G	6 293	6 928	7 682	8 118	8 907	41,5
- prosentvis endring fra året før		10,1	10,9	5,7	9,7	
Spesialisthelsetjenesten, A+B+D+E+G, eksklusive rusbehandling og syketransport	6 293	6 928	7 209	7 506	8 111	28,9
- prosentvis endring fra året før		10,1	4,1	4,1	8,1	
A: Somatisk virksomhet	4 622	5 086	5 290	5 430	5 844	26,4
- prosentvis endring fra året før		10,0	4,0	2,7	7,6	
B: Psykisk helsevern	1 019	1 189	1 162	1 270	1 373	34,8
- prosentvis endring fra året før		16,7	-2,3	9,3	8,1	
<i>Herav:</i>						
<i>Psykisk helsevern for voksne</i>	847	991	941	1 025	1 110	31,0
- prosentvis endring fra året før		17,0	-5,0	8,9	8,3	
<i>Psykisk helsevern for barn og unge</i>	171	197	220	245	263	53,6
- prosentvis endring fra året før		15,3	11,6	11,2	7,4	
C: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling			160	166	192	
- prosentvis endring fra året før				3,7	15,3	
D: Ambulanser	450	478	574	606	670	49,0
- prosentvis endring fra året før		6,3	19,9	5,7	10,5	
E: Personalpolitiske tiltak	102	73	87	88	97	-4,1
- prosentvis endring fra året før		-28,5	19,8	0,6	11,4	
F: Syketransport			312	446	604	
- prosentvis endring fra året før				42,9	35,3	
G: Felles RHF	100	102	97	111	126	25,4
- prosentvis endring fra året før		1,5	-4,9	15,0	13,0	

3 Bruk av spesialisthelsetjenester

Kjell Solstad og Per Bernard Pedersen

I dette kapitlet gis en oversikt over bruk av spesialisthelsetjenester i Norge. Bruk av tjenester måles ved aktivitet per innbygger i pasientenes bostedsregion. Det er ulike mål for aktivitet i sektorene og det er ulike rater som beregnes i forhold til sektor og målgruppe. Siktemålet med oversikten er todelt. Vi ønsker for det første å vise hvordan bruken av spesialisthelsetjenestene var nasjonalt og regionalt i 2006. Dette vil bli holdt opp mot hovedmålene for spesialisthelsetjenesten i 2006, slik disse er formulert i Stortingsproposisjon nr 1 (2005-2006) og Helse- og omsorgsdepartementets bestillerdokument til de regionale helseforetakene for 2006. Det andre siktemålet er å beskrive utviklingen over perioden fra 2001 til 2006. Vi har tatt utgangspunkt i 2001, ettersom dette er siste året før eierskapsreformen, og dermed danner en naturlig basis for å studere utviklingen i perioden under statlig eierskap.

Utviklingen i bruken av spesialisthelsetjenestene innenfor de to sektorene diskuteres også i forhold til utviklingen i kostnader per innbygger i hver sektor i forhold til målgruppene. Det vises til kapittel 2 for kostnader per innbygger innenfor hver sektor.

Særlig tre av hovedmålene i bestillerdokumentene vil bli vektlagt i diskusjonen:

- De regionale helseforetakene skal øke innsatsen til psykisk helsevern og til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere. Den prosentvise vekst innenfor rus og psykisk helsevern skal være sterkere enn innen somatikken.
- Aktivitetsbaserte tilskudd (ISF og poliklinikk) kan videreføres på om lag samme nivå som i 2005.
- Omfanget av avtaler mellom regionale helseforetak og private kommersielle sykehus må begrenses

Sterkere vekst innenfor psykisk helsevern enn innenfor somatikken vil bli undersøkt med utgangspunkt i forbruksindikatorer som beskriver utviklingen i aktivitet innenfor de to sektorene. Det finnes foreløpig ikke pasientdata innenfor rusbehandling som gjør det mulig å inkludere denne sektoren i diskusjonen.

Videreføring av aktivitetsbaserte tilskudd på omtrent samme nivå som i 2005 diskuteres i forhold til om det har vært nullvekst eller ikke innenfor bruk av somatiske spesialisthelsetjenester i form av døgn- og dagopphold og polikliniske konsultasjoner. Aktivitetsøkninger over tid knyttet til DRG-poeng og dag- og døgnopphold kan være vanskelig å måle eksakt. Dette skyldes blant annet at det i løpet av analyseperioden har blitt innlemmet flere pasientgrupper fra poliklinisk virksomhet inn i ISF-ordningen gjennom endring i definisjonen av hva som er dagbehandling. I 2006 ble det foretatt en utvidelse som medførte at i underkant av 10 000 nye opphold og om lag 2 000 DRG-poeng ble tatt inn i ISF-ordningen fra den polikliniske aktiviteten. Dette påvirker endringstallene fra 2005 til 2006 i størrelsesorden 0,2 til 0,7 prosentpoeng avhengig av hvilken aktivitet som benyttes. Eventuell nullvekst må tolkes i forhold til dette.

Målet om reduksjon i omfanget av avtaler mellom RHF og private kommersielle sykehus gjelder primært somatisk spesialisthelsetjeneste. I diskusjonene tolkes dette som at en nedgang i bruken av private kommersielle sykehus og private avtalespesialister i forhold til ISF, vil være en positiv utvikling i forhold til dette målet. Målet tolkes dermed primært som et mål om redusert aktivitet betalt av det offentlige innenfor private kommersielle sykehus, og ikke som et mål om å redusere antall aktører.

I kapittel 3.1 gis en oversikt over bruk av spesialisthelsetjenesten etter bostedsregion for driftsåret 2006. Det gis i tillegg en fremstilling over utvikling i noen av forbrukstillene etter bostedsregion i perioden 2001 til 2006. I kapittel 3.2 presenteres en mer detaljert oversikt over utvikling i forbruket for hver av regionene. I kapittel 3.3 gis en analyse av bruk av private sykehus og private avtalespesialister knyttet til ISF i den somatiske spesialisthelsetjenesten. Til slutt i kapittel 3.4 gis en oppsummering av de viktigste resultatene.

3.1 Bruk av spesialisthelsetjenester i Norge

I den somatiske spesialisthelsetjenesten var det totalt 1 424 841 sykehusopphold i 2006. Av disse var 4 290 registrert uten gyldig bosted i Norge. Uten gyldig bosted betyr enten at pasienten er utlending eller at det ikke er registrert bosted på pasienten i Norge. Tilsvarende tall for den polikliniske virksomheten viser 3 551 519 registrerte polikliniske konsultasjoner hvorav 7 348 ikke hadde gyldig bosted i Norge. Detaljer om dette kan leses i kapittel 14 i rapporten og på SAMDATAs nettsider der tilhørende vedlegg er publisert.

I psykisk helsevern for barn og unge var det totalt 47 280 som mottok et behandlingstilbud. Dette tilsvarer 4,3 prosent av alle barn og unge. Det ble samme år utført i alt 642 000 polikliniske tiltak. I det psykiske helsevernet for voksne var det i alt 47 500 utskrivninger, mens tallet på døgnopphold totalt var 51 700⁴. Det ble samme år utført 931 000 polikliniske konsultasjoner. Detaljer om dette kan leses i kapittel 8 i rapporten og i vedlegg PV2 og PV3 på SAMDATAs nettsider.

Dette utgjør ikke all aktivitet i spesialisthelsetjenesten i Norge. I tillegg til dette er det opphold fra private rehabiliteringsinstitusjoner som fra 2003 gradvis har blitt en del av somatisk spesialisthelsetjeneste. I følge rapport fra Norsk pasientregister (NPR) (Strøm og Strandjord 2007) er det tre typer av institusjoner dette gjelder; opptreningsinstitusjoner, helsesportssentra og attføringssentra. I 2006 var det 28 425 opphold med til sammen 641 558 oppholdsdager registrert ved denne typen institusjoner som hadde avtale med regionale helseforetak. Dette var en nedgang fra 2005 på 4 495 opphold. Årsaken til denne nedgangen skyldes dels at noen institusjoner ikke lenger har avtale med regionale helseforetak og dels nedgang ved institusjonene som har avtale. Videre er pasientbehandling utenfor ISF-ordningen utført av private spesialister ikke inkludert i tallene. NPR har samlet inn data fra spesialister innen somatisk spesialisthelsetjeneste for 2006, men disse er ikke komplette ennå. Analyser knyttet til disse vil likevel bli fulgt opp i sektorrapport for SAMDATA Somatikk. Private spesialister innenfor psykisk helsevern samles det foreløpig ikke inn data for ved NPR. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er en del av spesialisthelsetjenesten fra 2004. Det finnes ikke pasientdata for denne sektoren foreløpig, slik at disse er også utenfor datagrunnlaget som presenteres her. I kapittel 2 gis det imidlertid en oversikt over kostnader knyttet til rusbehandling.

I somatisk spesialisthelsetjeneste måles aktiviteten både som antall opphold og som antall DRG-poeng (tidligere kalt korrigerede opphold). I fjorårets SAMDATA Somatikk ble ISF-vektene (korrigert kostnadsvekt for DRG) benyttet som basis for beregning av DRG-poeng eller korrigerede opphold også i SAMDATA-sammenheng. Dette videreføres også i 2006, men med en liten justering. I 2006 ble det innført mange nye refusjonsregler i ISF-ordningen som gjorde at de korrigerede vektene i ISF-sammenheng ble noe høyere enn hva de hadde vært

⁴ Døgnopphold totalt omfatter utskrivninger pluss de som fortsatt er innlagt ved årets utgang.

uten disse refusjonsreglene. Dette skyldes blant annet endringer i forhold til tilleggsrefusjon av langtidsliggedager, endringer i komplisert og ukomplisert DRG for null og endagsopphold og tilleggs-poeng for noen spesielle behandlinger. Detaljene omkring dette kan leses i vedlegg til rapporten på våre nettsider eller i Innsatsstyrt finansiering 2006, informasjonshefte fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Det er derfor i SAMDATA beregnet DRG-poeng der noen av disse refusjonsreglene er tilbakestillt slik at DRG-poengene er sammenlignbare med 2005-poengene. Når noen av refusjonsreglene tilbakestilles var det i 2006 1 110 913 DRG-poeng i datamaterialet. Når alle ISF-reglene benyttes øker dette til 1 111 591, en økning på 678 DRG-poeng. Dette betyr at det nasjonalt ikke slår ut mye, men på foretaks- eller institusjonsnivå kan dette slå ut mer. Det understrekes altså at når det snakkes om DRG-poeng for 2006 så avviker de noe i forhold til DRG-poengene i ISF-ordningen, men de er mer sammenlignbare med DRG-poengene fra 2005 og bakover i tid enn det ISF-poengene for 2006 er. I kapittel 14 Bruk av somatiske spesialisthelsetjenester, presenteres begge målene for DRG-poeng for 2006.

Innenfor det psykiske helsevernet for barn og unge måles bruken av tjenester med utgangspunkt i indikatorer for dekningsgrad (prosentandelen av befolkningen under 18 år som har mottatt behandling) og i form av polikliniske tiltak. Disse kan være direkte (samtale med pasienten eller dennes foresatte) eller indirekte (eksempelvis samarbeidsmøter med andre hjelpeinstanser).

Innenfor det psykiske helsevernet for voksne har vi valgt å benytte tallet på utskrivninger fra døgnavdelinger, opphold totalt ved døgnavdelinger (inklusive pasienter inneliggende ved utgangen av året), tallet på oppholdsdøgn, samt tallet på polikliniske konsultasjoner som mål på aktivitet. Disse vil bli sammenholdt med antall innbyggere 18 år og eldre⁵.

I tabell 3.1 gis en oversikt over ulike nøkkeltall for forbruket av spesialisthelsetjenester i 2006 etter bostedsregion.

⁵ Innenfor det psykiske helsevernet mangler vi for de første årene opplysninger om utskrivninger og polikliniske konsultasjoner fordelt etter pasientenes bostedsregion. I tabeller som viser utviklingstall har vi derfor beregnet ratene ut fra institusjonenes regiontilknytning. Dette antas bare i liten grad å påvirke ratene på regionnivå.

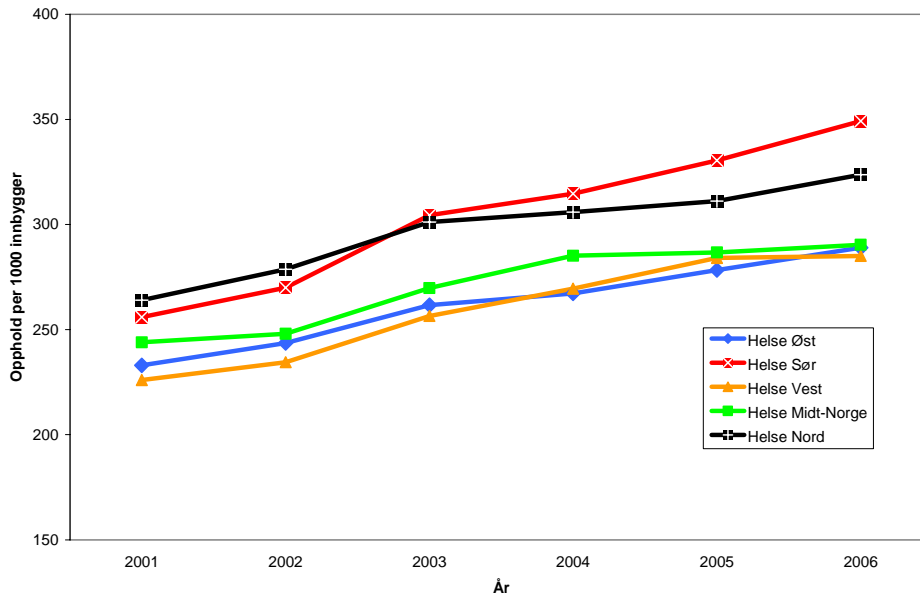
Tabell 3.1 Bruk av spesialisthelsetjenester i helseregionene 2006 etter pasientenes bostedsregion.

Forbruksindikatorer	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Regionene samlet
Aktivitet somatikk						
Alle opph p 1000 innb	289	349	285	290	324	303
Døgnopphold p 1000 innb	181	198	179	182	203	186
Dagopphold p 1000 innb	108	151	106	108	120	117
Polikl.kons p 1000 innb	719	748	713	827	910	757
DRG-poeng alle opphold	227	264	223	235	249	236
DRG-po p 1000 innb døgnopph	194	224	188	201	215	202
DRG-po p 1000 innb dagopph	33	40	35	34	34	35
Ligged p 1000 innb døgnopph	890	960	908	975	1 018	932
Aktivitet psykisk helsevern						
Utskrivn per 10 000 innb 18 år og eldre PHV	125	136	132	134	152	133
Døgnopph per 10 000 innb 18 år og eldre PHV	138	145	145	144	164	144
Oppholdsdøgn p 10 000 innb 18 år og eldre	4 805	3 646	4 742	3 859	3 948	4351
Polikl. Kons per 10 000 innb 18 år og eldre PHV	2 579	3 052	2 147	2 725	2 502	2 596
Beh pasienter per 100 innb 0-17 år PHBU	4,3	4,7	3,5	3,9	6,0	4,3
Polikl tiltak p 10 000 innb 0-17 PHBU	6 419	6 065	4 755	4 637	7 689	5 857

Datakilde: NPR

Resultatene viser at det er relativt stor variasjon mellom regionene i bruk av spesialisthelsetjenester. Mønsteret er imidlertid ikke helt likt mellom de to sektorene. I den somatiske spesialisthelsetjenesten er det Helse Sør og Helse Nord som utmerker seg med det høyeste forbruket per 1 000 innbygger. Dette gjelder for alle oppholdstypene og er uavhengig av om aktiviteten måles i forhold til DRG-poeng eller antall sykehusopphold. Når det gjelder den polikliniske aktiviteten er det imidlertid Helse Midt-Norge og Helse Nord som har høyest aktivitet. I fjorårets rapport SAMDATA Somatikk (Jørgenvåg 2006) ble det gjort en analyse av den polikliniske aktiviteten ved sykehusene og data fra private spesialister. Bruken av spesialister var betydelig lavere i Helse Nord og Helse Midt-Norge slik at dersom disse sees i sammenheng, er det ikke sikkert at forskjellene mellom regioner blir så store. Når forbruket måles i antall liggedager kommer Helse Midt-Norge ut med et høyt forbruk sammen med Helse Sør og Helse Nord samtidig som Helse Nord øker i forhold til Helse Sør. Dette betyr at liggetidene jevnt over er høyere i Helse Midt Norge og Helse Nord enn i Helse Sør.

I figur 3.1 gis en oppsummering over ratene for alle opphold per 1000 innbygger i perioden 2002 til 2006 for den somatiske spesialisthelsetjenesten.

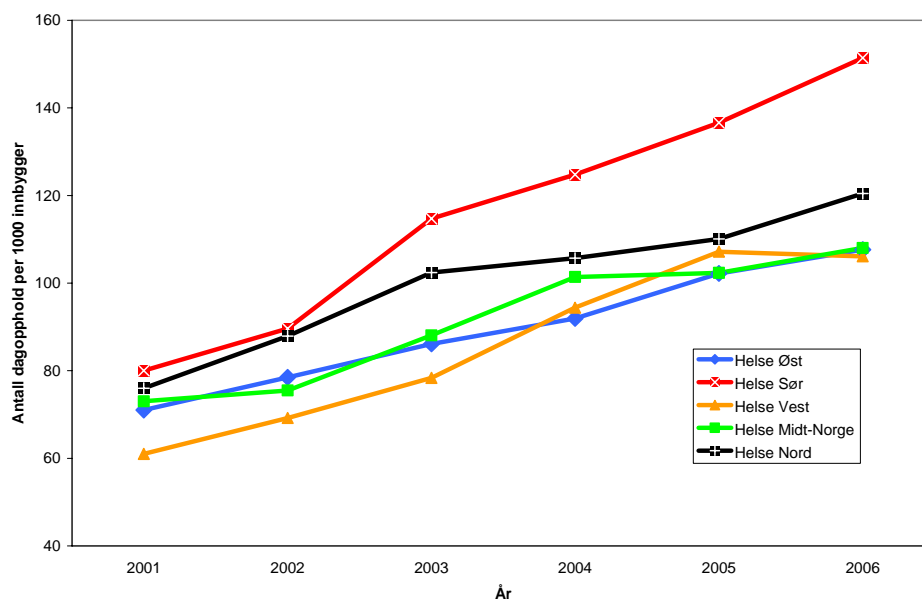


Figur 3.1 Antall dag- og døgnopphold per 1 000 innbyggere somatisk sektor.

Figuren viser at forbruket i Helse Sør og Helse Nord, målt ved antall døgn og dagopphold per 1000 innbyggere, har vært høyest i hele perioden fra 2001. Videre er det sterkest økning fra 2005 for de to regionene som har det høyeste nivået i utgangspunktet. Figuren viser også at Helse Sør har hatt en annen utvikling enn de andre ved at veksttaket i forbruket har vært høyere enn i de andre regionene. De andre tre regionene har nærmet seg hverandre i forbruket i løpet av perioden og har en lavere veksttakt fra 2004 enn Helse Sør og Helse Nord.

I figur 3.2 presenteres tilsvarende oversikt for dagopphold per 1000 innbyggere. Det samme mønsteret gjelder her også for Helse Nord og Helse Sør som begge har den høyeste dagraten i hele perioden. Forskjellen er at Helse Sør har en betydelig høyere vekst i dagraten fra 2004 enn de andre regionene. Helse Nord nærmer seg de andre i perioden 2003 til 2005, men har hatt en relativt sett høy vekst fra 2005 til 2006.

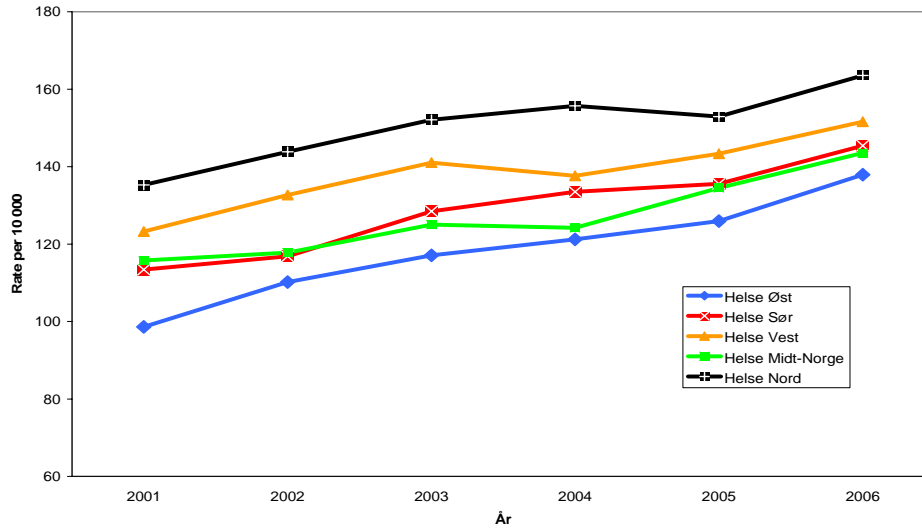
Kostnader per innbygger for somatisk helsetjeneste presentert i figur 2.2 i kapittel 2, viser en tilnærmet identisk utvikling i perioden fra 2002 til 2006. Helse Sør og Helse Nord har de høyeste ratene og har også de høyeste kostnadene per innbygger. Den spesielle utviklingen i helse Sør med en sterk økning i raten for dagopphold de siste årene slår ikke ut i kostnader per innbygger på samme måte da Helse Sør har et lavere nivå på kostnader per innbygger enn Helse Nord i 2006, mens raten har motsatt utvikling. Helse Midt-Norge nærmer seg Helse Sør og Helse Nord i kostnader per innbygger i løpet av perioden selv om forbruket har utviklet seg i motsatt retning. Helse Øst og Helse Vest har identisk utvikling på kostnader per innbygger og raten for døgn- og dagopphold.



Figur 3.2 Antall dagopphold per 1 000 innbyggere somatisk sektor.

Tabell 3.1 ovenfor viser at i psykisk helsevern for voksne er forbruksmønstret mellom regionene noe annerledes enn i somatisk sektor. Både for antall utskrivninger og antall døgnopphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre ligger Helse Nord betydelig høyere enn de andre regionene. Helse Sør, Helse Vest og Helse Midt-Norge har forbruksrater på om lag samme nivå, mens Helse Øst ligger noe lavere enn de andre. Når det gjelder forbruksrater for den polikliniske virksomheten er det imidlertid Helse Sør og Helse Midt-Norge som ligger høyest. I psykisk helsevern for barn og unge er det også Helse Nord som ligger betydelig høyere enn de andre i nivå. Dette gjelder både antall pasienter i prosent av befolkningen 0-17 år og i antall polikliniske tiltak per 10 000 innbyggere 0-17 år. Lavest her er Helse Vest og Helse Midt-Norge, mens Helse Øst og Helse Sør ligger midt i mellom.

I figur 3.3 gis en oversikt over forbruket i psykisk helsevern for voksne etter bostedsregion i perioden 2001 til 2006.

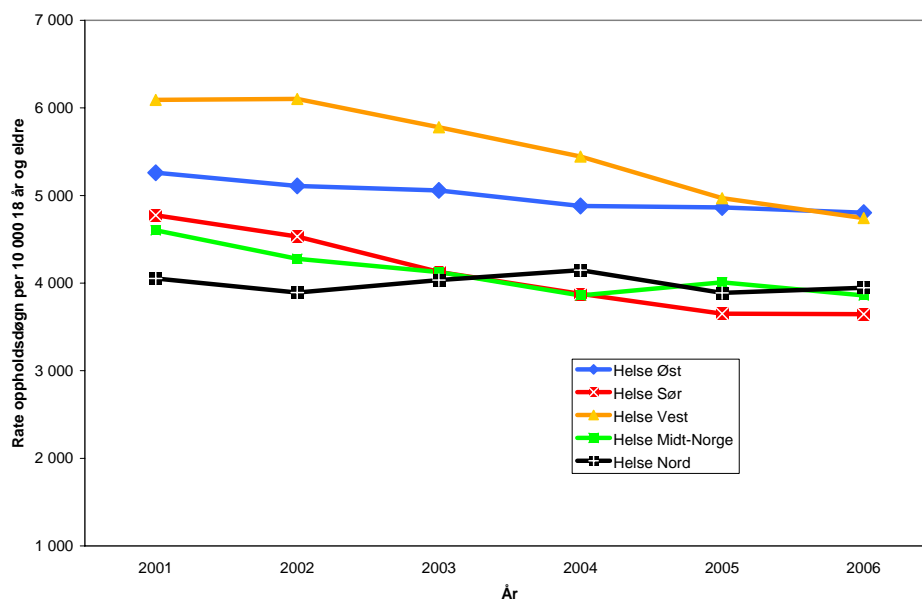


Figur 3.3 Antall døgnopphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre psykisk helsevern voksne.

Figuren viser at det har vært vekst i raten i alle regioner ifra 2001 til 2006 og at Helse Nord har hatt det høyeste forbruket i hele perioden. Ellers har det vært noe ujevn vekst imellom de andre regionene i perioden, men figuren viser også at det har vært en svak utjevning i nivået mellom de 4 andre regionene fra 2001 til 2006. I siste periode har alle regioner hatt en relativt sterk vekst.

Som vist i figur 2.3 i kapittel 2 har Helse Øst og Helse Nord de høyeste kostnadene per innbygger 18 år og eldre for psykisk helsevern voksne i perioden fra 2002 til 2006. Helse Nord har de høyeste ratene i samme periode, mens Helse Øst har de laveste ratene i hele perioden. Ellers er utviklingen i ratene for de tre andre regionene noenlunde i samsvar med kostnadene per innbygger 18 år og eldre i perioden. Helse Sør har imidlertid en utjevning i kostnadene per innbygger i forhold til ratene de to siste årene.

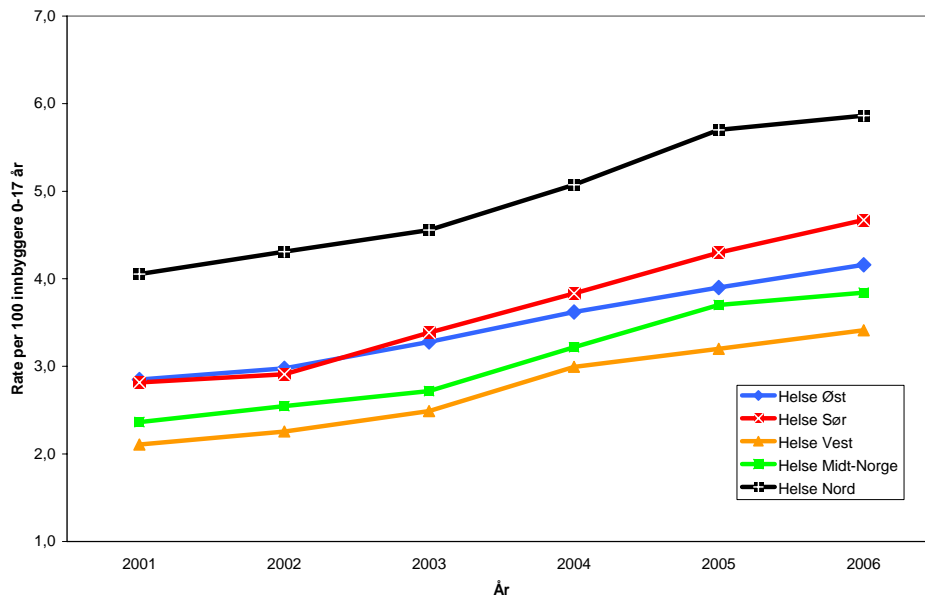
Årsaken til den ulike utviklingen for Helse Øst og Helse Nord kan være knyttet til ulikheter i tilbudet som gis. I figur 3.4 gis en tilsvarende oversikt for antall oppholdsdøgn i psykisk helsevern for voksne.



Figur 3.4 Antall oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre psykisk helsevern for voksne.

Når bruken av tjenester måles i antall oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre er det Helse Vest og Helse Øst som har den høyeste bruken av tjenestene. For Helse Vest gir dette en relativt høy oppholdsrate, men for Helse Øst gir den høye raten for oppholdsdøgn få opphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i forhold til de andre regionene. Lave oppholds- og utskrivningsrater for Helse Øst gjenspeiler dermed ikke lavere kapasitet, men snarere at oppholdene gjennomgående er av lengre varighet enn ellers i landet. Det motsatte er tilfelle for Helse Nord der relativt sett lave rater for oppholdsdøgn resulterer i et høyt antall opphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Dette kan nok være årsaken til at Helse Øst har et høyt kostnadsnivå målt som kostnader til psykisk helsevern per innbygger 18 år og eldre i hele perioden.

I figur 3.5 presenteres forbruket i psykisk helsevern for barn og unge etter bostedsregion i perioden 2001 til 2006.'



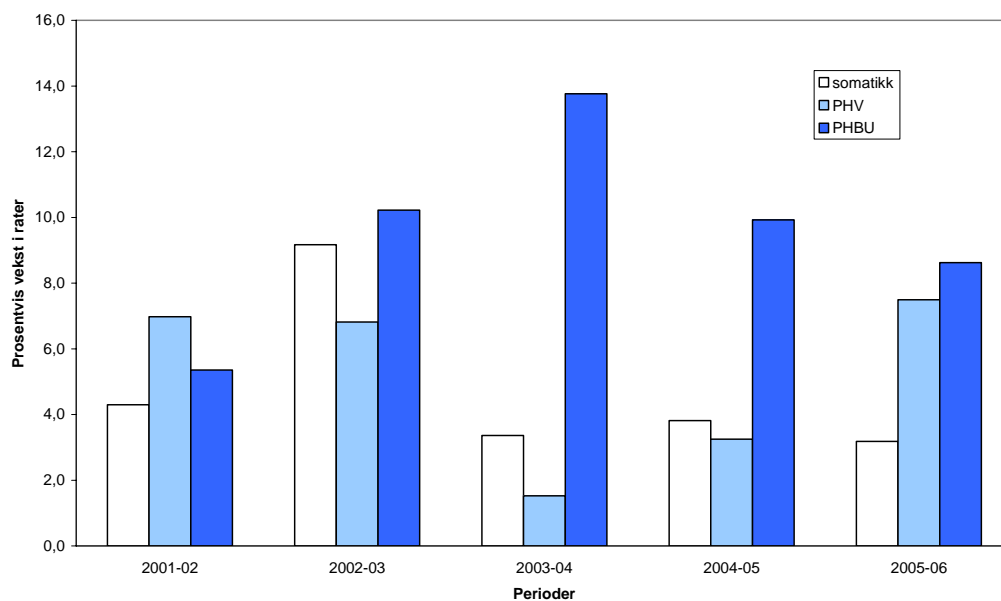
Figur 3.5 Antall pasienter per 100 innbyggere 0-17 år psykisk helsevern barn og unge.

I psykisk helsevern for barn og unge har det vært en jevn vekst i antall pasienter per 100 innbyggere 0-17 år. Helse Nord har det høyeste forbruket i hele perioden. Det ser ikke ut til at det har vært en større vekst i psykisk helsevern for barn og unge i perioden fra 2005 til 2006 i forhold til de foregående årene. Forskjellene i forbruksnivået i regionene når Helse Nord holdes utenfor er større i 2006 enn det var i 2001.

Sammenholdt med resultatene i fra figur 2.4 i kapittel 2 viser denne utviklingen også noen interessante trekk. Helse Nord har et betydelig høyere nivå på antall pasienter per innbygger under 18 år enn alle de andre regionene. Oversikten over kostnader per innbygger under 18 år viser også her at Helse Øst sammen med Helse Nord har det høyeste nivået på kostnadene. De tre andre regionene har hatt tilnærmet likt nivå på kostnaden. Dette indikerer her også at Helse Øst gir et annet tilbud enn for eksempel Helse Nord. Helse Øst har det høyeste antall døgnplasser per innbygger i målgruppen noe som kan være en forklaring på dette. Helse Sør får mer ut av kronene brukt på psykisk helsevern for barn og unge enn Helse Midt-Norge og Helse Vest da Helse Sør har høyere rater enn de andre to, men like kostnader.

Dersom bruken av spesialisthelsetjenester betraktes samlet sett, kan det oppsummeres med at Helse Sør og Helse Nord er de regionene som har det høyeste forbruket totalt sett av spesialisthelsetjenester. Dette gjelder i hele perioden 2001 til 2006. Helse Nord ligger høyt i begge sektorer, men Helse Sør har et middels forbruksnivå i psykisk helsevern for voksne i kombinasjon med det høyeste forbruket i somatisk sektor, og det nest høyeste forbruket i psykisk helsevern for barn og unge.

I figur 3.6 gis en framstilling av den prosentvise endringen for regionene samlet i antall døgn og dagopphold per 1000 innbyggere for somatisk spesialisthelsetjeneste, prosentvis endring i antall døgnopphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre for psykisk helsevern for voksne og antall pasienter per 100 innbyggere 0-17 år for psykisk helsevern for barn og unge.



Figur 3.6 Årlige prosentvise endring i forbruksrater somatikk og psykisk helsevern voksne og barn og unge.

Figuren viser at i de to første periodene var det en stabil årlig vekst i psykisk helsevern for voksne på i underkant av 7 prosent. Samme periode er det en kraftig vekst i somatisk sektor med høyest prosentvis vekst fra 2002 til 2003 på over 9 prosent. Det er vanskelig å si noe eksakt om årsaken til dette, men 2002 var det første året at det såkalte kryptaket i ISF-ordningen ble opphevet. I resten av perioden har det i somatisk sektor vært en relativt stabil vekst i raten med en årlig prosentvis økning i raten på 3-4 prosent (målt i DRG-poeng noe lavere). For psykisk helsevern voksne har det vært en kraftig økning i den prosentvise veksten i de tre siste årene i perioden. I psykisk helsevern for barn og unge var det en svært kraftig vekst i de tre første årene i perioden med høyest vekst fra 2003 til 2004. I de to neste periodene har veksten i forbruksraten avtatt noe, men er fortsatt høy med en prosentvis vekst fra 2005 til 2006 på 8,6. Med en vekst på 7,5 prosent i døgnraten for psykisk helsevern for voksne er målet om større vekst i psykisk helsevern enn i somatisk sektor fra 2005 til 2006 innfridd.

Målet om nullvekst i ISF-relatert virksomhet i somatisk sektor i samme periode er imidlertid ikke innfridd, da det målt ved antall døgn og dagopphold per 1000 innbyggere, var en vekst på vel 3 prosent. Når ratene beregnes med basis i DRG-poeng var veksten i somatisk sektor på 1,6 prosent fra 2005 til 2006. Som nevnt innledningsvis ble det gjort endringer i definisjonen av dagbehandling som kom inn under ISF-ordningen som førte til økninger i antall dagopphold og DRG-poeng. Selv om det justeres for dette har det vært en vekst i aktiviteten. Økningen i raten for DRG-poeng vil anslagsvis bli redusert til 1,4 prosent fra 2005 til 2006.

3.2 Forbruket i regionene i perioden 2001 til 2006

I det følgende gis en oversikt over forbruket av spesialisthelsetjenester i hver enkelt region. For hver bostedsregion presenteres en tabell med faktisk aktivitet generert av befolkningen i regionen og en tabell med tilsvarende aktivitet i rater av befolkningen. Kommentarene vil knyttes mye til om det er forskjeller innenfor regionen i forhold til måloppnåelse for de tre målene diskutert innledningsvis.

3.2.1 Bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Øst

Tabell 3.2 viser faktisk aktivitet i somatisk sektor og i psykisk helsevern for voksne og barn og unge.

Tabell 3.2 Utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Øst, 2001-2006. Faktisk aktivitet.

Forbruksindikatorer	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr 2005-06
Aktivitet somatikk							
Døgnopphold	260 446	268 704	285 465	289 894	294 396	306 811	4,2
Dagopphold	115 190	127 784	143 482	152 114	170 855	182 148	6,6
Polikliniske konsultasjoner	1 048 831	1 048 639	1 110 300	1 137 186	1 184 530	1 215 954	2,7
DRG-poeng døgnopph	272 285	290 180	306 487	310 557	318 639	328 303	3,0
DRG-poeng dagopph	33 635	42 682	49 083	48 525	54 298	55 049	1,4
Aktivitet psykisk helsevern							
Utskrivninger PHV	10 700	12 083	12 930	13 444	14 161	15 969	12,8
Døgnopphold PHV	12 397	13 949	14 901	15 552	16 319	18 106	10,9
Polikliniske konsultasjoner PHV	208 540	232 028	259 762	288 560	327 712	339 006	3,4
Behandlede pasienter PHBU	10 162	10 778	12 029	13 448	14 653	16 330	11,4
Polikliniske tiltak PHBU	104 017	123 437	158 835	171 872	196 960	238 091	20,9

Datakilde: NPR

Somatisk virksomhet i Helse Øst har økt i hele perioden, og dette gjelder alle aktivitetsmål. Unntaket er de to første årene der poliklinisk aktivitet ble redusert svakt fra 2001 til 2002. Dersom aktiviteten måles i antall dag og døgnopphold har det vært en prosentvis økning på henholdsvis 4,2 og 6,6 fra 2005 til 2006. Poliklinisk virksomhet har økt med 2,7 prosent i samme periode. Dette betyr at det ikke er snakk om nullvekst i Helse Øst for ISF-relatert og poliklinisk virksomhet. Når aktiviteten måles i DRG-poeng blir den prosentvise økningen imidlertid noe mindre.

I psykisk helsevern for voksne har økningen i antall utskrivninger og antall døgnopphold fra 2005 til 2006 vært på henholdsvis 12,8 og 10,9 prosent. For de polikliniske konsultasjonene er veksten imidlertid noe lavere på 3,4 prosent, men her også høyere prosentvis vekst enn tilsvarende for somatisk sektor. Behandlede pasienter i psykisk helsevern for barn og unge har økt med 11,4 prosent og antall polikliniske tiltak har økt med 20,9 prosent. Dersom målet om høyere prosentvis vekst i psykisk helsevern enn i somatisk spesialisthelsetjeneste fra 2005 til 2006 tolkes i lys av aktivitetsøkninger, kan det oppsummeres med at dette er innfridd i Helse Øst. Videre viser tallene at det har vært en faktisk økning i aktiviteten innenfor psykisk helsevern for voksne i hele perioden. Det samme gjelder for psykisk helsevern for barn og unge. Antall polikliniske tiltak innenfor psykisk helsevern for barn og

unge har hatt en voldsom vekst fra 2001 til 2006 med mer enn en fordobling av aktiviteten (130 prosent).

I tabell 3.3 gis en tilsvarende oversikt over aktiviteten målt i forhold til befolkningen bosatt i Helse Øst.

Tabell 3.3 Utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Øst, 2001-2006. Rater per 1 000 innbygger somatikk, per 10 000 innbygger 18 år og eldre psykisk helsevern voksne og per 10 000 innbyggere 0-17 år psykisk helsevern barn og unge.

Forbruksindikatorer	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Aktivitet somatikk						
Døgnopphold p 1000 innb	161	165	174	175	176	181
Dagopphold p 1000 innb	71	79	86	92	102	108
Poliklin kons p 1000 innb	650	644	677	687	709	719
DRG-po p 1000 innb døgnopph	169	178	187	188	191	194
DRG-po p 1000 innb dagopph	21	26	29	29	32	33
Aktivitet psykisk helsevern						
Utskr p 10 000 innb 18 år+ PHV	85	95	102	105	109	122
Dgnopph p 10 000 innb 18 år+ PHV	99	110	117	121	126	138
Pol. kons p 10 000 innb 18 år+ PHV	1 659	1 833	2 042	2 250	2 529	2 583
Beh pas p 100 innb 0-17 år PHBU	2,8	3,0	3,3	3,6	3,9	4,2
Polikl tiltak p 10 000 innb 0-17 PHBU	2 917	3 411	4 329	4 627	5 243	6 275

Datakilde: NPR

Resultatene viser at i hele perioden fra 2001 til 2006 har forbruket av spesialisthelsetjenestene økt i begge sektorer i Helse Øst. Når forbruket måles mot befolkningen så viser resultatene at det ikke har vært nullvekst i somatisk sektor. Økningen i ratene for psykisk helsevern er imidlertid høyere enn i somatisk sektor.

Samlet sett for pasienter bosatt i helse Øst brukes somatiske spesialisthelsetjenester mer i 2006 enn i 2005. Det samme gjelder for psykisk helsevern. Den prosentvise økningen i bruken av spesialisthelsetjenester i psykisk helsevern fra 2005 til 2006 er betydelig høyere enn i somatisk sektor. Raten for polikliniske tiltak innen psykisk helsevern for barn og unge har også mer enn fordoblet seg fra 2001 til 2006.

3.2.2 Bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Sør

I tabell 3.4 presenteres tilsvarende oversikter for pasienter bosatt i Helse Sør.

Tabell 3.4 Utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Sør, 2001-2006. Faktisk aktivitet.

Forbruksindikatorer	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr 2005-06
Aktivitet somatikk							
Døgnopphold	155 504	160 117	169 113	170 011	174 520	179 279	2,7
Dagopphold	70 585	79 570	102 313	111 725	122 921	137 194	11,6
Polikliniske konsultasjoner	540 476	573 996	598 465	637 614	653 296	677 985	3,8
DRG-poeng døgnopph	162 291	171 889	182 788	187 420	194 349	202 547	4,2
DRG-poeng dagopph	20 067	25 778	32 715	32 910	35 286	36 376	3,0
Aktivitet psykisk helsevern							
Utskrivninger PHV	6 518	6 759	7 636	7 996	8 314	8 922	7,3
Døgnopphold PHV	7 657	7 937	8 766	9 154	9 353	10 116	8,2
Polikliniske konsultasjoner PHV	113 084	131 181	157 757	164 816	192 479	211 767	10,0
Behandlede pasienter PHBU	5 847	6 073	7 082	8 034	9 059	9 870	9,0
Polikliniske tiltak PHBU	51 459	60 897	82 252	93 933	114 543	127 623	11,4

Datakilde: NPR

Resultatene for Helse Sør viser også en prosentvis økning fra 2005 til 2006 for aktiviteten i begge sektorene. Det spesielle i Helse Sør er den relativt kraftige veksten i dagopphold fra 2005 til 2006. Når dagoppholdene måles i DRG-poeng avtar dette imidlertid til 3,0 prosent. Dette betyr at "tilleggsoppholdene" her har hatt en relativt sett lav DRG-vekt. Dette betyr at det heller ikke i Helse Sør har vært nullvekst i aktiviteten i ISF-relatert og poliklinisk virksomhet fra 2005 til 2006. I psykisk helsevern for voksne har også i Helse Sør prosentvis vekst vært høyere enn i den somatiske virksomheten. Dette gjelder i enda sterkere grad psykisk helsevern for barn og unge. I helse Sør er det også mer enn en fordobling av polikliniske tiltak i psykisk helsevern for barn og unge i perioden fra 2001 til 2006 (148 prosent).

I tabell 3.5 gis en oversikt over aktiviteten i Helse Sør i forhold til befolkningen bosatt i regionen.

Tabell 3.5 Utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Sør, 2001-2006. Rater per 1 000 innbygger somatikk, per 10 000 innbygger 18 år og eldre psykisk helsevern voksne og per 10 000 innbyggere 0-17 år psykisk helsevern barn og unge.

Forbruksindikatorer	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Aktivitet somatikk						
Døgnopphold p 1000 innb	176	180	190	190	194	198
Dagopphold p 1000 innb	80	90	115	125	137	151
Poliklin kons p 1000 innb	612	647	671	712	726	748
DRG-po p 1000 innb døgnopph	184	194	205	209	216	224
DRG-po p 1000 innb dagopph	23	29	37	37	39	40
Aktivitet psykisk helsevern						
Utskr p 10 000 innb 18 år+ PHV	97	100	112	117	121	128
Dgnopph p 10 000 innb 18 år+PHV	113	117	128	133	136	145
Pol. kons p 10 000 innb 18 år+ PHV	1 675	1 932	2 312	2 404	2 790	3 044
Beh pas p 100 innb 0-17 år PHBU	2,8	2,9	3,4	3,8	4,3	4,7
Polikli tiltak p 10 000 innb 0-17 PHBU	2 479	2 917	3 932	4 480	5 455	6 065

Datakilde: NPR

Resultatene viser at befolkningen i Helse Sør bruker de somatiske spesialisthelsetjenestene og spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern mer i 2006 enn i 2005. Den prosentvise veksten er her også større innenfor psykisk helsevern enn i somatisk sektor. I forhold til forbruksnivåene i 2001 har det vært til dels betydelige økninger i nivå fram til 2006 i begge sektorer. Nivået på bruken av dagopphold i somatisk sektor har nesten fordoblet seg fra 2001 til 2006 målt både i antall opphold og DRG-poeng. I forhold til befolkningen har det også i Helse Sør vært en økning i aktiviteten i ISF-relatert og poliklinisk virksomhet. De polikliniske tiltakene for barn og unge har nesten like høy prosentvis vekst i ratene som i den faktiske bruken.

3.2.3 Bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Vest

I tabell 3.6 gis en oversikt over den faktiske bruken av spesialisthelsetjenester av befolkningen i Helse Vest.

Tabell 3.6 Utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Vest, 2001-2006. Faktisk aktivitet.

Forbruksindikatorer	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr 2005-06
Aktivitet somatikk							
Døgnopphold	152 222	154 396	162 662	166 060	169 330	173 137	2,2
Dagopphold	56 938	64 622	78 774	89 552	102 536	102 674	0,1
Polikliniske konsultasjoner	569 185	568 601	608 491	646 497	668 623	689 628	3,1
DRG-poeng døgnopph	150 500	158 416	168 082	169 341	177 066	181 985	2,8
DRG-poeng dagopph	17 330	21 735	28 359	31 381	36 029	33 597	-6,8
Aktivitet psykisk helsevern							
Utskrivninger PHV	7 038	7 664	8 405	8 027	8 667	9 318	7,5
Døgnopphold PHV	8 323	9 010	9 623	9 438	9 888	10 547	6,7
Polikliniske konsultasjoner PHV	91 209	107 316	123 692	130 110	145 830	155 289	6,5
Behandlede pasienter PHBU	5 001	5 386	5 979	7 224	7 737	8 403	8,6
Polikliniske tiltak PHBU	52 758	68 359	86 720	99 125	103 963	115 248	10,9

Utviklingen for bruken av spesialisthelsetjenester i Helse Vest har en litt annen profil enn det som var tilfellet for Helse Sør og Helse Øst. Det har vært en relativt liten prosentvis økning i døgnoppholdene i somatisk virksomhet fra 2005 til 2006, men for dagoppholdene har det ikke vært en økning i aktiviteten. Målt i DRG-poeng har det for dagoppholdene vært en nedgang på 6,8 prosent. Nedgangen for dagoppholdene er imidlertid ikke nok til at det totalt sett har vært en nedgang i somatisk aktivitet, men den prosentvise økningen er ikke så stor. Målt i DRG-poeng er økningen på ca 1 prosent når døgn- og dagopphold ses under ett. Polikliniske konsultasjoner har økt med 3,1 prosent fra 2005 til 2006. Det har dermed vært en liten økning i ISF-relatert og poliklinisk virksomhet i regionen fra 2005 til 2006, men den er prosentvis mindre enn i Helse Sør og Helse Øst.

I psykisk helsevern for voksne har det vært en økning på 7,5 prosent fra 2005 til 2006 når aktiviteten måles i utskrivninger, og 6,7 prosent når aktiviteten måles i døgnopphold. Tilsvarende tall for den polikliniske virksomheten er på 6,5 prosent. Den prosentvise veksten innen psykisk helsevern for barn og unge har vært noe høyere enn dette. Det betyr at den prosentvise økningen i psykisk helsevern har vært høyere enn den prosentvise økningen i somatisk sektor. Også i Helse Vest har det vært mer enn en fordobling av antall tiltak for barn og unge i hele perioden (118 prosent).

I tabell 3.7 gis en oversikt over ratene for forbruket i Helse Vest.

Tabell 3.7 Utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Vest, 2001-2006. Rater per 1 000 innbygger somatikk, per 10 000 innbygger 18 år og eldre psykisk helsevern voksne og per 10 000 innbyggere 0-17 år psykisk helsevern barn og unge.

Forbruksindikatorer	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Aktivitet somatikk						
Døgnopphold p 1000 innb	164	165	173	175	177	179
Dagopphold p 1000 innb	61	69	78	94	107	106
Poliklin kons p 1000 innb	614	609	647	682	699	713
DRG-po p 1000 innb døgnopph	162	170	179	179	185	188
DRG-po p 1000 innb dagopph	19	23	27	33	38	35
Aktivitet psykisk helsevern						
Utskr p 10 000 innb 18 år+ PHV	102	110	120	113	121	129
Dgnopph p 10 000 innb 18 år+ PHV	121	130	137	133	138	145
Pol. kons p 10 000 innb 18 år+ PHV	1 322	1 544	1 764	1 840	2 039	2 142
Beh pas p 100 innb 0-17 år PHBU	2,1	2,3	2,5	3,0	3,2	3,4
Polikli tiltak p 10 000 innb 0-17 PHBU	2 224	2 864	3 612	4 109	4 299	4 755

Tallene for forbruksrater viser at det er et høyere forbruk av somatiske spesialisthelsetjenester for befolkningen i Helse Vest i 2006 enn det var i 2005 for døgnopphold. Ratene for dagopphold har imidlertid blitt redusert fra 2005 til 2006 både målt i antall dagopphold per 1000 innbyggere og antall DRG-poeng for dagopphold per 1000 innbyggere. I psykisk helsevern for voksne har det vært en høyere vekst i ratene både for utskrivningene, døgnoppholdene og de polikliniske konsultasjonene enn det har vært for ratene i somatisk sektor. Det samme er tilfelle for ratene for psykisk helsevern for barn og unge.

3.2.4 Bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Midt-Norge

I tabell 3.8 presenteres oversikt over det faktiske forbruket av spesialisthelsetjenester i Helse Midt-Norge.

Tabell 3.8 Utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Midt-Norge, 2001-2006. Faktisk aktivitet.

Forbruksindikatorer	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr 2005-06
Aktivitet somatikk							
Døgnopphold	109 333	110 470	116 669	118 646	119 717	119 118	-0,5
Dagopphold	46 446	48 301	56 750	65 475	66 436	70 562	6,2
Polikliniske konsultasjoner	474 352	486 032	519 656	543 736	538 875	540 052	0,2
DRG-poeng døgnopph	111 383	117 600	122 487	125 553	129 008	131 619	2,0
DRG-poeng dagopph	13 140	15 736	19 634	23 208	22 348	22 198	-0,7
Aktivitet psykisk helsevern							
Utskrivninger PHV	4 964	5 238	5 591	5 615	6 174	6 652	7,7
Døgnopphold PHV	5 600	5 720	6 103	6 096	6 646	7 157	7,7
Polikliniske konsultasjoner PHV	80 285	81 327	89 930	97 446	123 897	137 566	11,0
Behandlede pasienter PHBU	3 641	3 933	4 205	4 987	5 710	6 115	7,1
Polikliniske tiltak PHBU	37 240	43 289	56 749	62 971	69 346	71 743	3,5

Datakilde: NPR

I den somatiske spesialisthelsetjenesten har det vært en svak nedgang i den prosentvise veksten fra 2005 til 2006 for døgnoppholdene, mens dagoppholdene har økt med 6,2 prosent. Målt i DRG-poeng har det vært en økning på 2 prosent i døgnoppholdene og en nedgang på 0,7 prosent i dagoppholdene. Dette betyr at økningen i "tilleggsoppholdene" har hatt relativt sett lave DRG-vekter. Den samlede prosentvise veksten er på henholdsvis 1,8 og 1,6 prosent når aktiviteten måles i opphold (døgn og dag) og DRG-poeng (døgn og dag). Den polikliniske aktiviteten har vært stabil fra 2005 til 2006. Det har dermed ikke vært en nullvekst i Helse Midt-Norge heller innenfor ISF-relatert aktivitet. Den polikliniske aktiviteten har vært på samme nivå som i 2005.

Den prosentvise veksten i psykisk helsevern for voksne og for barn og unge er høyere enn i somatikken, slik at dette målet er innfridd også i helse Midt-Norge. Økningen i antall polikliniske tiltak for barn og unge i hele perioden er noe lavere enn en fordobling i Helse Midt-Norge (93 prosent). Økningen i antall tiltak for barn og unge fra 2005 til 2006 er også betydelig lavere i Helse Midt-Norge enn i de tre foregående regionene. Tallene viser også at antall pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge øker mer enn tiltakene fra 2005 til 2006, noe som betyr at antall tiltak per pasient har blitt redusert fra 2005 til 2006.

I tabell 3.9 presenteres ratene for forbruket i helse Midt-Norge i perioden fra 2001 til 2006.

Tabell 3.9 Utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Midt-Norge, 2001-2006. Rater per 1 000 innbygger somatikk, per 10 000 innbygger 18 år og eldre psykisk helsevern voksne og per 10 000 innbyggere 0-17 år psykisk helsevern barn og unge.

Forbruksindikatorer	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Aktivitet somatikk						
Døgnopphold p 1000 innb	171	173	181	184	184	182
Dagopphold p 1000 innb	73	75	88	101	102	108
Poliklin kons p 1000 innb	744	759	808	842	830	827
DRG-po p 1000 innb døgnopph	175	184	191	194	199	201
DRG-po p 1000 innb dagopph	21	25	30	36	34	34
Aktivitet psykisk helsevern						
Utskr p 10 000 innb 18 år+ PHV	103	108	115	114	125	133
Dgnopph p 10 000 innb 18 år+ PHV	116	118	125	124	135	144
Pol. kons p 10 000 innb 18 år+ PHV	1 660	1 674	1 842	1 986	2 508	2 759
Beh pas p 100 innb 0-17 år PHBU	2,4	2,5	2,7	3,2	3,7	3,8
Polikli tiltak p 10 000 innb 0-17 PHBU	2 419	2 803	3 669	4 065	4 473	4 637

Datakilde: NPR

Ratene for somatisk sektor viser at det ikke generelt er et høyere forbruk i 2006 enn i 2005 av pasienter bosatt i Helse Midt-Norge. Det er en nedgang på to opphold per 1000 innbyggere for døgnoppholdene og en økning på seks for dagoppholdene. Målt i DRG-poeng er det en økning på to DRG-poeng per 1000 innbyggere og uforandret for dagoppholdene. Polikliniske konsultasjoner reduseres med 3 konsultasjoner per 1000 innbyggere. Totalt sett må det oppsummeres med at det ikke har vært nullvekst innenfor ISF-relatert virksomhet i helse Midt-Norge heller, men for den polikliniske virksomheten har det vært en svak nedgang. Målet om nullvekst er derfor delvis innfridd i Helse Midt Norge.

Ratene for alle indikatorer for bruk av spesialisthelsetjenester innenfor psykisk helsevern øker fra 2005 til 2006. De øker også mer enn tilsvarende rater for somatisk sektor. Dette betyr at når veksten måles i rater blir også målet om høyere vekst i psykisk helsevern enn i somatikk innfridd. Også ratene for polikliniske tiltak viser en lavere vekst i hele perioden enn det som var tilfelle for de foregående regionene.

3.2.5 Bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Nord

I tabell 3.10 gis en oversikt over det faktiske forbruket i Helse Nord.

Tabell 3.10 Utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Nord, 2001-2006. Faktisk aktivitet.

Forbruksindikatorer	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr 2005-06
Aktivitet somatikk							
Døgnopphold	87 196	88 283	91 532	92 636	93 045	93 956	1,0
Dagopphold	35 236	40 669	47 889	48 904	50 956	55 672	9,3
Polikliniske konsultasjoner	368 593	375 608	396 988	402 797	406 772	420 622	3,4
DRG-poeng døgnopph	87 299	91 386	94 104	94 810	96 928	99 440	2,6
DRG-poeng dagopph	10 018	13 006	15 755	15 178	15 561	15 759	1,3
Aktivitet psykisk helsevern							
Utskrivninger PHV	4 169	4 491	4 647	4 765	4 747	5 077	7,0
Døgnopphold PHV	4 745	5 046	5 346	5 481	5 391	5 779	7,2
Polikliniske konsultasjoner PHV	58 847	62 102	68 080	77 460	77 472	87 161	7,0
Behandlede pasienter PHBU	4 543	4 824	5 078	5 617	6 238	6 562	5,2
Polikliniske tiltak PHBU	42 878	53 386	62 662	68 062	76 492	83 813	9,6

Datakilde: NPR

Antall døgnopphold i somatisk sektor øker med 1 prosent og antall dag opphold med 9,3 prosent. Målt i DRG-poeng blir økningen på henholdsvis 2,6 og 1,3 prosent. Dette betyr at den relativt sterke veksten i dagopphold består av pasienter med relativt sett lave DRG-vekter. Antall polikliniske konsultasjoner øker med 3,4 prosent. Dette betyr at målet om null vekst i ISF-relatert og poliklinisk virksomhet ikke er innfridd.

De prosentvise økningene i psykisk helsevern er høyere enn i somatikken. Det betyr at også her er dette målet innfridd. Behandlede pasienter i psykisk helsevern for barn og unge har en lavere prosentvis økning fra 2005 til 2006 enn antall tiltak, slik at antall tiltak per pasient har økt her. Tiltakene for barn og unge har en økning lik Helse Midt-Norge for hele perioden fra 2001 til 2006 (95 prosent).

I tabell 3.11 presenteres ratene for forbruket i Helse Nord.

Tabell 3.11 Utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Nord, 2001-2006. Rater per 1 000 innbygger somatikk, per 10 000 innbygger 18 år og eldre psykisk helsevern voksne og per 10 000 innbyggere 0-17 år psykisk helsevern barn og unge.

Forbruksindikatorer	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Aktivitet somatikk:						
Døgnopphold p 1000 innb	188	191	198	200	201	203
Dagopphold p 1000 innb	76	88	102	106	110	120
Poliklin kons p 1000 innb	796	812	858	871	879	910
DRG-po p 1000 innb døgnopph	189	198	203	205	209	215
DRG-po p 1000 innb dagopph	22	28	33	33	34	34
Aktivitet psykisk helsevern						
Utskr p 10 000 innb 18 år+ PHV	119	128	132	135	135	144
Dgnopph p 10 000 innb 18 år+ PHV	135	144	152	156	153	164
Pol. kons p 10 000 innb 18 år+ PHV	1 677	1 770	1 937	2 201	2 197	2 467
Beh pas p 100 innb 0-17 år PHBU	4,1	4,3	4,6	5,1	5,7	5,9
Polikli tiltak p 10 000 innb 0-17 PHBU	3 826	4 770	5 623	6 147	6 939	7 689

Ratene bekrefter mønsteret fra de faktiske tallene ovenfor. Pasientene i Helse Nord bruker spesialisthelsetjenester i somatisk sektor mer i 2006 enn i 2005. Samtidig viser tallene at økningen i psykisk helsevern er høyere enn tilsvarende økning for somatisk sektor.

3.3 Bruk av private sykehus og avtalespesialister i somatisk sektor

I bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene er det en uttrykt målsetting at det skal være en balansert og styrt utvikling av behandlingstilbudet. Som nevnt innledningsvis nevnes spesielt at omfanget av avtaler mellom regionale helseforetak og private kommersielle sykehus må begrenses. Analyser i kapittel 2 viser også at det for landet samlet sett har vært en nedgang i de regionale foretakenes kjøp av spesialisthelsetjenester hos de private kommersielle sykehusene på 23 prosent fra 2005 til 2006 målt i løpende priser. Det kan derfor være interessant å se på hvordan dette har slått ut i bruk av de private sykehusene per region.

Basisen for analysene er regionenes bruk av private sykehus og private avtalespesialister i forhold til ISF-finansiert virksomhet. De private sykehusene består av det som defineres som kommersielle private sykehus samt de to som i SAMDATA – sammenheng er definert som private ideelle sykehus, Glittreklinikken og Feiringklinikken. I analysene fokuseres også på aktiviteten for private spesialister som har avtaler med de regionale foretakene i forhold til ISF.

En oversikt over de kommersielle private sykehusene og avtalespesialister med avtale til ISF-refusjon finnes på SAMDATAs nettsider. I 2006 var det 20 kommersielle sykehus som leverte ISF-data til NPR og 27 private avtalespesialister som utførte ISF-aktivitet. En oversikt over disse finnes i vedlegg SV4 på SAMDATAs nettsider.

I tabell 3.12 gis en oversikt over antall sykehusopphold ved de private sykehusene i perioden 2002 til 2006 etter bostedsregion.

Tabell 3.12 Utvikling i bruk av private sykehus i somatisk spesialisthelsetjeneste etter bostedsregion. Antall sykehusopphold (døgn og dag) 2002 – 2006.

Bostedsregion	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr 2005-06
Helse Øst	10 185	18 772	20 660	25 077	19 953	-20,4
Helse Sør	3 359	9 266	6 447	6 953	6 172	-11,2
Helse Vest	753	1 493	4 107	7 192	5 250	-27,0
Helse Midt-Norge	754	5 023	11 253	8 508	6 043	-29,0
Helse Nord	201	380	796	1 441	1 502	4,2
Alle regioner	15 252	34 934	43 263	49 171	38 920	-20,8
Utlendinger/uregistr	0	9	6	1	6	

Datakilde: NPR

Alle regioner har hatt en økning i bruk av private sykehus i forhold til 2002. Med unntak av Helse Nord har alle regioner hatt en relativt sterk reduksjon i bruk av de private sykehusene fra 2005 til 2006. Det er imidlertid relativt lavt omfang på dette i utgangspunktet. Helse Øst og Helse Vest hadde en økning i bruk frem til 2005, mens Helse Midt-Norge hadde en økning frem til 2004, deretter en jevn nedgang til 2006. Helse Sør har hatt noe varierende bruk, høyest antall opphold i 2003. Helse Nord har hatt en jevn økning i bruk i hele perioden.

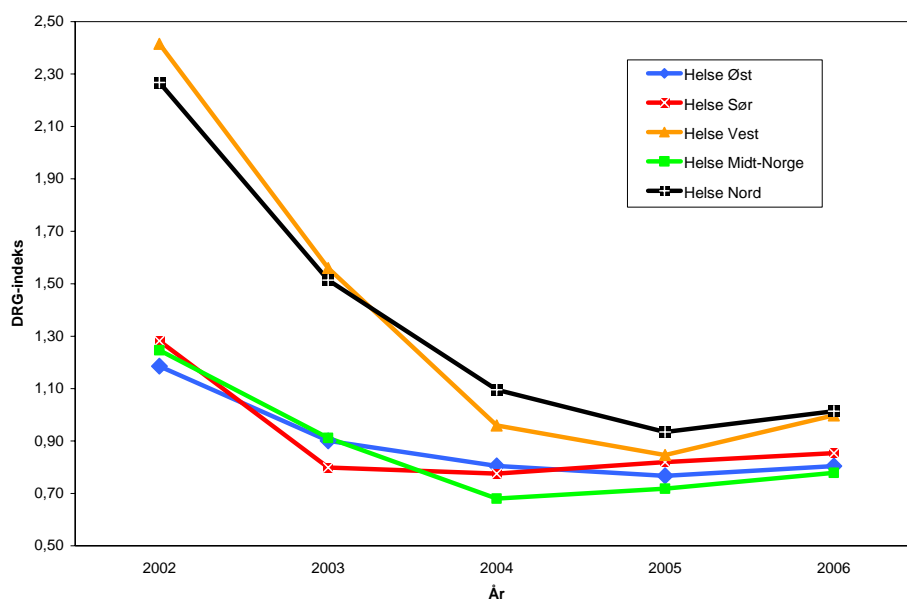
I tabell 3.13 gis samme oversikt etter DRG-poeng. For 2006 er det DRG-poengene med noen tilbakestilte refusjonsregler som er benyttet (se vedlegg SV4 på SAMDATAs nettsider).

Tabell 3.13 Utvikling i bruk av private sykehus i somatisk spesialisthelsetjeneste etter bostedsregion. Antall DRG-poeng (døgn og dag) 2002 – 2006.

Bostedsregion	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr 2005-06
Helse Øst	12 073	16 900	16 626	19 244	16 044	-16,6
Helse Sør	4 307	7 401	5 002	5 699	5 269	-7,5
Helse Vest	1 819	2 329	3 941	6 091	5 237	-14,0
Helse Midt-Norge	940	4 581	7 652	6 109	4 704	-23,0
Helse Nord	456	575	872	1 347	1 523	13,1
Alle regioner	19 595	31 785	34 093	38 491	32 777	-14,8
Utlendinger/uregistr	0	10	12	0	7	

Datakilde: NPR

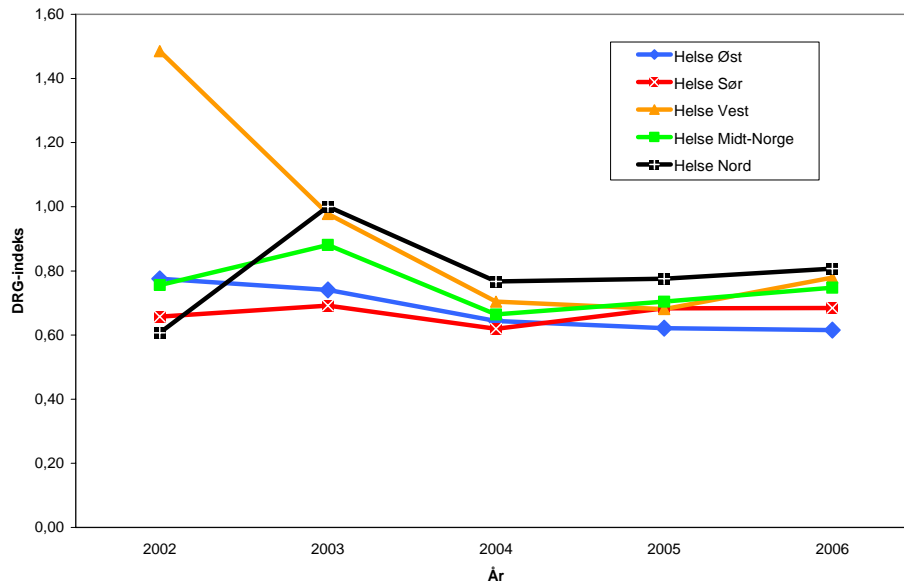
Når DRG-poengene benyttes som aktivitetsmål blir bildet uendret, men den prosentvise nedgangen blir noe mindre mens den prosentvise økningen i Helse Nord blir noe større. Dette skyldes utviklingen i DRG-indeks i perioden. Figur 3.7 viser DRG-indeks for regionene for pasientene som er behandlet ved de private sykehusene i perioden.



Figur 3.7 Utvikling i DRG-indeks ved private sykehus etter bostedsregion 2002 - 2006.

Alle regioner har en økning i indeks fra 2005 til 2006. Dette er årsaken til at reduksjonene fra 2005 til 2006 blir mindre og at økningen blir høyere når DRG-poengene benyttes som aktivitetsmål i stedet for antall opphold. Figuren viser også at pasientene behandlet ved de private sykehusene var betydelig mer ressurskrevende i starten av perioden enn ved utgangen. Dette er spesielt tydelig for Helse Nord og Helse Vest.

Når Glittreklubben og Feiringklubben holdes utenfor endres ikke bildet mye. Alle regioner har en nedgang i aktiviteten fra 2005 til 2006 med unntak av Helse Nord som har en økning. Det blir imidlertid mindre forskjell på de prosentvise endringene i aktivitetsendringer målt ved DRG-poeng og antall opphold når beregningene gjøres kun på de kommersielle sykehusene. Dette skyldes at utviklingen i DRG-indeks har et helt annet mønster når Glittreklubben og Feiringklubben holdes utenfor. Figur 3.8 viser utvikling i DRG-indeks når de to private ideelle sykehusene holdes utenfor. Helse Vest hadde en betydelig høyere DRG-indeks enn de andre regionene i 2002. Dette skyldes blant annet 44 opphold i DRG 209, "Proteseoperasjoner i hofte/kne/ankel og replantasjon i underekstremiteter eksklusive tå", som høyst sannsynlig er en feilkoding. Ellers viser figuren at det er betydelig mindre ressurskrevende pasienter i begynnelsen av perioden enn når de to private ideelle sykehusene er med. Nivået på indeksene ligger også lavere i alle årene.



Figur 3.8 Utvikling i DRG-indeks ved private kommersielle sykehus etter bostedsregion 2002 - 2006.

I tabell 3.14 gis en oversikt over bruk av private avtalespesialister i ISF-ordningen etter bostedsregion. Her er det primært Helse Øst, Helse Vest og Helse Nord som har hatt en aktivitet i hele perioden. Helse Sør og Helse Midt-Norge har brukt private avtalespesialister i svært liten grad.

Tabell 3.14 Utvikling i bruk av private avtalespesialister ISF i somatisk spesialisthelsetjeneste etter bostedsregion. Antall opphold (døgn og dag) 2002 – 2006.

Bostedsregion	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr 2005-06
Helse Øst	538	2 306	1 349	1 223	1 223	0,0
Helse Sør	56	35	15	8	4	-
Helse Vest	1 190	5 036	3 606	4 026	1 902	-52,8
Helse Midt-Norge	111	132	8	0	1	-
Helse Nord	212	474	318	175	101	-42,3
Alle regioner	2 107	7 983	5 296	5 432	3 231	-40,5
Utlendinger/uregistr	0	0	0	0	0	

Datakilde: NPR

Bruken i Helse Øst var høyest i 2003 og har samme aktivitet i 2005 og 2006. I Helse Vest og Helse Nord har det vært tilnærmet 50 prosent nedgang når bruken måles i antall opphold. Alle regionene hadde det høyeste antallet i 2003.

I tabell 3.15 gis samme oversikt for DRG-poengene.

Tabell 3.15 Utvikling i bruk av private avtalespesialister ISF i somatisk spesialisthelsetjeneste etter bostedsregion. Antall DRG-poeng (døgn og dag) 2002 – 2006.

Bostedsregion	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr 2005-06
Helse Øst	310	1 406	758	711	599	-15,8
Helse Sør	32	20	10	5	2	-
Helse Vest	599	2 826	1 743	1 994	1 002	-49,7
Helse Midt-Norge	58	80	4	0	1	-
Helse Nord	130	299	184	112	58	-48,2
Alle regioner	1 129	4 631	2 699	2 822	1 662	-41,1
Utlendinger/uregistr	0	0	0	0	0	

Datakilde: NPR

Mønstret blir det samme når DRG-poengene benyttes som aktivitetsmål. Forskjellen er at det er en nedgang på 15,8 prosent i Helse Øst fra 2005 til 2006 når DRG-poengene benyttes som mål på aktivitet.

Bruk av de private sykehusene og avtalespesialistene knyttet til ISF har blitt redusert mye fra 2005 til 2006 på landsbasis. Med unntak av Helse Nord har alle regioner en markert nedgang i bruk av private sykehus fra 2005 til 2006. Alle regioner har imidlertid flere opphold og DRG-poeng i 2006 enn det de hadde i 2002. I 2002 var det for landet som helhet 3,3 opphold per 1000 innbygger, mens tilsvarende tall for 2006 var 8,3. Når det gjelder bruk av avtalespesialister i ISF-ordningen har de regionene som benytter disse også hatt en nedgang i aktiviteten målt ved DRG-poeng. Målt i antall opphold har Helse Øst samme aktivitet i 2006 som i 2005. Helse Vest og Helse Nord har en nedgang i begge aktivitetsmålene.

3.4 Oppsummering

Det generelle bildet fra oversiktene over forbruksindikatorer er at bruk av spesialisthelsetjenester i Norge har hatt en relativt sterk økning i perioden fra 2001 til 2006. Dette gjelder for alle bostedsregionene. Når de to sektorene sees under ett er det Helse Nord og Helse Sør som har det høyeste forbruket. Dette gjelder i hele perioden fra 2001 til 2006. Helse Nord ligger høyt i begge sektorer, mens Helse Sør har et høyt forbruk i somatisk sektor kombinert med middels forbruk for psykisk helsevern for voksne og nest høyest for barn og unge.

Målet om høyere prosentvis vekst innenfor psykisk helsevern enn somatikk fra 2005 til 2006 er innfridd i alle regioner når veksten i forbruket er måleenhet. Helse Øst har de høyeste prosentvise økningene i psykisk helsevern fra 2005 til 2006.

Ingen av bostedsregionene har hatt nullvekst i bruken av ISF-relatert og poliklinisk virksomhet samlet sett. Målet om at dette skal være på omtrent samme nivå som i 2005 er dermed ikke innfridd. Helse Midt-Norge har imidlertid som eneste region nullvekst i antall polikliniske konsultasjoner fra 2005 til 2006 og en nedgang i raten i samme periode, så her er målet om nullvekst delvis innfridd.

Analysen knyttet til bruk av private kommersielle sykehus viser at de private kommersielle sykehusene brukes i betydelig mindre grad i 2006 enn i 2005. Dette gjelder alle regionene unntatt Helse Nord. De prosentvise nedgangene er betydelige med en variasjon fra en reduksjon på 11 prosent i Helse Sør til 29 prosent i Helse Midt-Norge. Helse Nord har en økning på 4 prosent i samme periode. Dette betyr at målet om begrensning i bruken av private kommersielle sykehus er innfridd i fire av regionene. Bruken av de private

spesialistene i ISF-sammenheng er også redusert fra 2005 til 2006 i de tre regionene som benytter disse, når aktiviteten måles i DRG-poeng. Når aktiviteten måles i antall opphold er det kun to av de tre som har en nedgang i bruken av avtalespesialister.

En oversikt over antall registrerte polikliniske tiltak i psykisk helsevern for barn og unge viser en kraftig økning fra 2001 til 2006. Tre av regionene hadde mer enn en fordobling av tiltakene mens to hadde nær 90 prosent økning i perioden. Utviklingen i antall behandlede pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge har også økt mye i perioden, men betydelig mindre enn tiltakene. Dette betyr at antall registrerte tiltak per pasient også har økt i samme periode. Utviklingen fra 2005 til 2006 viser at Helse Midt-Norge hadde en sterkere prosentvis vekst i antall behandlede pasienter for barn og unge enn veksten i tiltakene, slik at her har det blitt en nedgang i antall tiltak per pasient. For de andre regionene fortsetter utviklingen som tidligere med høyere vekst i registrerte tiltak enn i behandlede pasienter.⁶ Veksten i registrerte tiltak gjenspeiler antakelig delvis endringer i refusjonsordningen for poliklinikker og endret registreringspraksis som følge av økt fokus på produktivitet.

En sammenstilling av resultater fra kapittel 2 om kostnader korrigert for nye oppgaver per innbygger og forbruksrater etter bostedsregion, viser at det jevnt over er slik at der det er høyt forbruk er det også relativt høyt kostnadsnivå i forhold til innbyggerne i målgruppen. For psykisk helsevern i Helse Øst er det imidlertid slik at innholdet i tilbudet særlig for voksne gir lavere forbruksrater enn de andre regionene mens kostnader per innbygger for målgruppen ligger over de andre regionene.

⁶ Det understrekes at det ikke er justert for døgnopphold i antall behandlede pasienter her, slik at dersom det er stor variasjon i andel døgnopphold av de behandlede pasientene, kan resultatene bli annerledes.

4 Psykisk helsevern i opptrappingsperioden

Johan Håkon Bjørngaard, Per Bernhard Pedersen, Silje L. Kaspersen, Ragnild Bremnes, Anne Mette Bjerkan og Tove E. Waagan

4.1 Innledning

Dette kapitlet beskriver utviklingen i det psykiske helsevernet i opptrappingsplanperioden 1998 til 2006. Indikatorene gir et grunnlag for å vurdere den strukturelle utviklingen gjennom planperioden.

Avsnitt 4.2-4.4 beskriver sentrale utviklingstrekk i ressursinnsats, aktivitetsnivå og sammensetning, i prosent av basisåret 1998. Deretter presenteres tall for faktisk utvikling for de enkelte indikatorene i avsnitt 4.5.

Tallmaterialet i dette kapitlet bygger på data innsamlet av Statistisk sentralbyrå (SSB), tilrettelagt og kvalitetskontrollert av SINTEF Helse i samarbeid med SSB. Tallene baserer seg i tillegg på pasientdata innrapportert til Norsk pasientregister (NPR). De enkelte datasett er omtalt i vedleggene på SAMDATAs nettsider.

Endring i driftsutgifter er i dette kapitlet vist både i nominelle kroner og justert for prisvekst. Korrigeringen for prisvekst vil være påvirket av hvilken deflator som legges til grunn. Tabell 4.4 viser både SSB og HOD sine deflatorer for korrigerende av prisvekst i spesialisthelsetjenesten for perioden 1998 til 2006. SSB korrigerer i sin deflator for prisvekst i konsum av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen. Deflatoren til HOD beregnes av Finansdepartementet, og den benyttes både for beregning av realvekst i kommunal virksomhet og i spesialisthelsetjenesten. I korrigeringen for prisvekst som er gjort i dette kapitlet er det SSB sin deflator som er lagt til grunn.

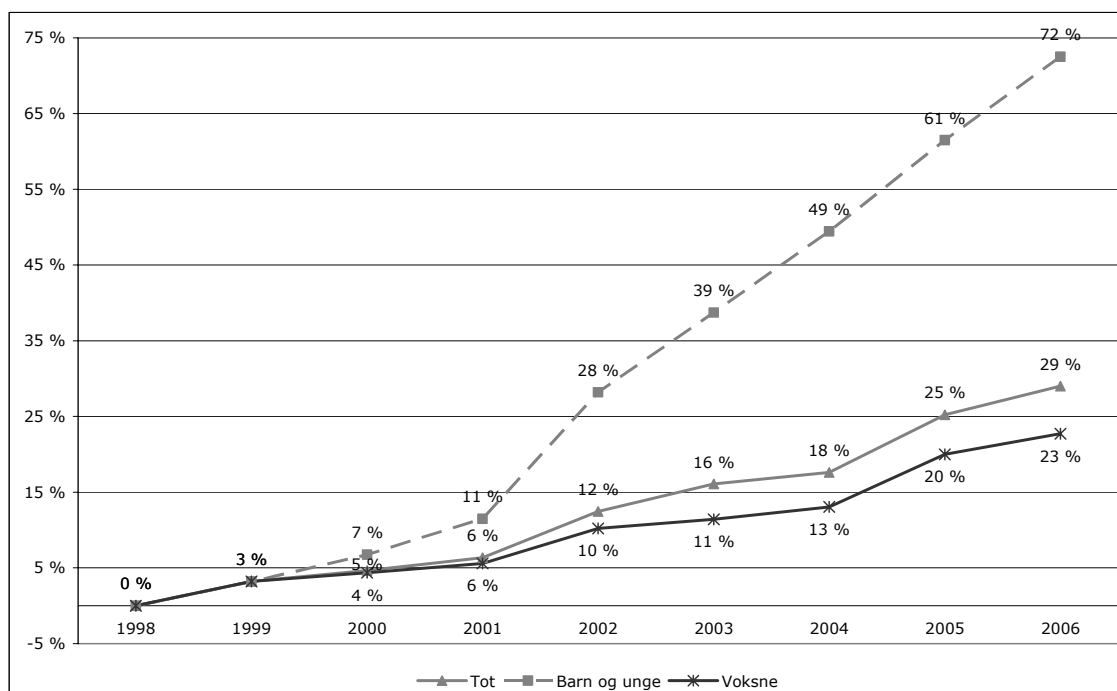
4.2 Hovedtrekk i utviklingen i perioden 1998–2006

I perioden 1998 til 2006 har de samlede driftskostnadene til det psykiske helsevernet økt med 80 prosent (nominelle kroner tabell 4.2). Justert for prisvekst var kostnadsveksten på 29 prosent (tabell 4.3), mens det ble 27 prosent flere årsverk (tabell 4.5). Økningen i årsverk har i all hovedsak skjedd som fagpersonell. Av en økning på 4 231 årsverk i perioden, var 4 026 (95 prosent) personell med høyskole-/universitetsutdanning. Den relativt største økningen var for psykologer med 88 prosent (888 flere psykologårsverk) i perioden 1998-2006, mens det har blitt 46 prosent flere legeårsverk (478).

Antall årsverk for leger og psykologer med driftsavtaler i det psykiske helsevernet ("privatpraksis"), har økt med ni prosent i perioden 1998 til 2006. Det ble i perioden til sammen 1 417 flere årsverk for leger og psykologer i det psykiske helsevernet inklusive årsverk med driftsavtale - en økning på 55 prosent.

I tråd med intensjonene i Opptrappingsplanen har ressursveksten vært betydelig større i tjenestene til barn og unge enn for tjenestene til voksne. Driftskostnadene til tjenestene for barn og unge har økt med 141 prosent i nominelle kroner og 72 prosent justert for prisvekst (tabell 4.2 og 4.3). I tjenestene for voksne har kostnadsveksten i samme periode vært på 71

prosent i nominelle kroner og 23 prosent justert for prisvekst (tabell 4.2 og 4.3). Det psykiske helsevernet for voksne utgjorde i 1998 87 prosent av de totale driftskostnadene til det psykiske helsevernet, mens dette var redusert til 83 prosent i 2006.



Figur 4.1 Prosent endring i driftskostnader til psykisk helsevern i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998. Driftskostnadene er målt i faste 2006-kroner.

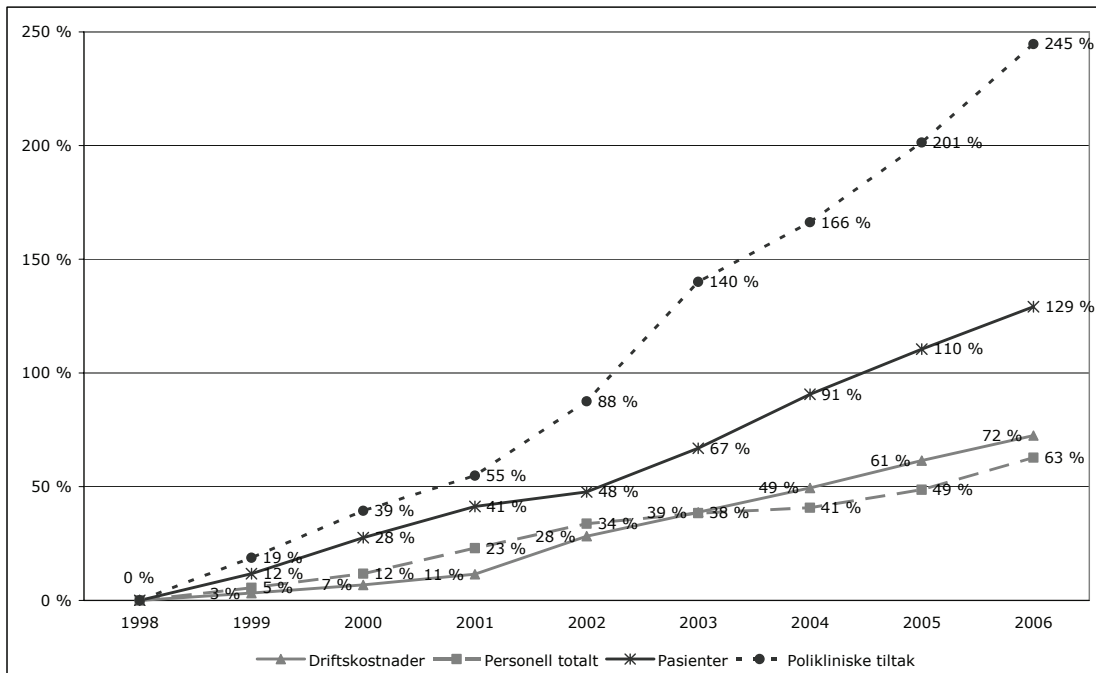
4.3 Psykisk helsevern for barn og unge i perioden 1998-2006

I det psykiske helsevernet for barn og unge har det vært en noe kraftigere vekst i driftskostnader justert for prisvekst enn i personell – 72 mot 63 prosent økning i perioden 1998-2006 (figur 4.2). Forskjellen i utvikling kan ha flere årsaker. Det har i perioden vært en klar økning i fagpersonell med høyskole- eller universitetsutdanning. Dette innebærer at kostnadene per årsverk også øker. Samtidig er det viktig å ha *in mente* de store omorganiseringene som har skjedd i forbindelse med eierskapsreformen, hvor fordelingen av felleskostnader og omlegging av regnskapssystem kan ha hatt innvirkning.

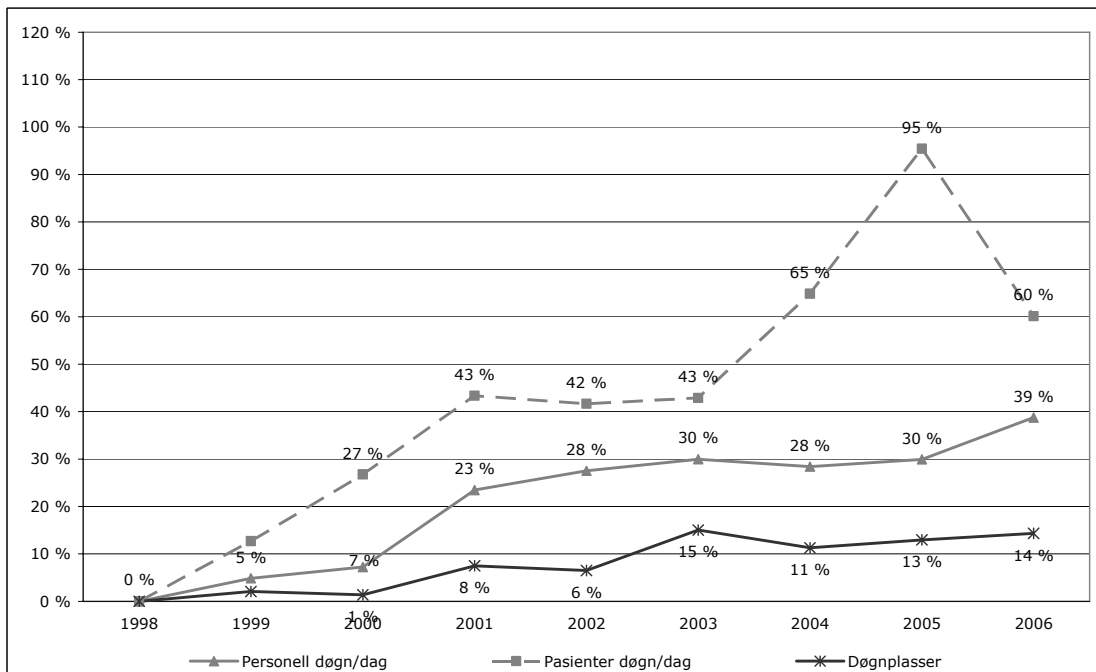
Det har vært en vesentlig sterkere prosentvis vekst i antall behandlede pasienter gjennom perioden enn tilsvarende prosentvis vekst i ressurser (figur 4.2). Dette henger sammen med at ressursveksten i tjenestene for barn og unge har vært større på polikliniske tilbud (86 prosent flere årsverk) enn på dag-/døgntilbud (39 prosent flere årsverk). Poliklinikkene vil nødvendigvis nå flere pasienter per behandler sammenliknet med de mer ressurskrevende dag-/døgntilbudene. I tillegg har antall pasienter økt mer enn veksten i personell både for polikliniske – og dag-/døgntilbud. Det vil igjen si at hver behandler gir tilbud til flere pasienter. I 2006 fikk i alt 4,3 prosent av barn og unge et tilbud i det psykiske helsevernet, sammenliknet med to prosent i 1998 (tabell 4.8).

Det har vært en kraftig vekst på hele 245 prosent i antall behandlingstiltak i perioden 1998 til 2006 (figur 4.2). Dette er vesentlig sterkere enn veksten i antall poliklinisk behandlede pasienter på 142 prosent (tabell 4.1). Den registrerte økningen i tiltak har vært kraftigere i perioden etter enn i perioden før eierskapsreformen. Det er sannsynlig at noe av

tiltaksveksten kan tilskrives endret registreringspraksis som følge av økt vektlegging av inntjening og produktivitetsutvikling.



Figur 4.2 Utviklingen i driftskostnader, personellinnsats, antall pasienter og antall polikliniske tiltak i psykisk helsevern for barn og unge. Prosent endring i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998. Driftskostnadene er målt i faste 2006-kroner (endring 1998-2006 korrigert fra 244 til 245 pst. per 15.08.2007).

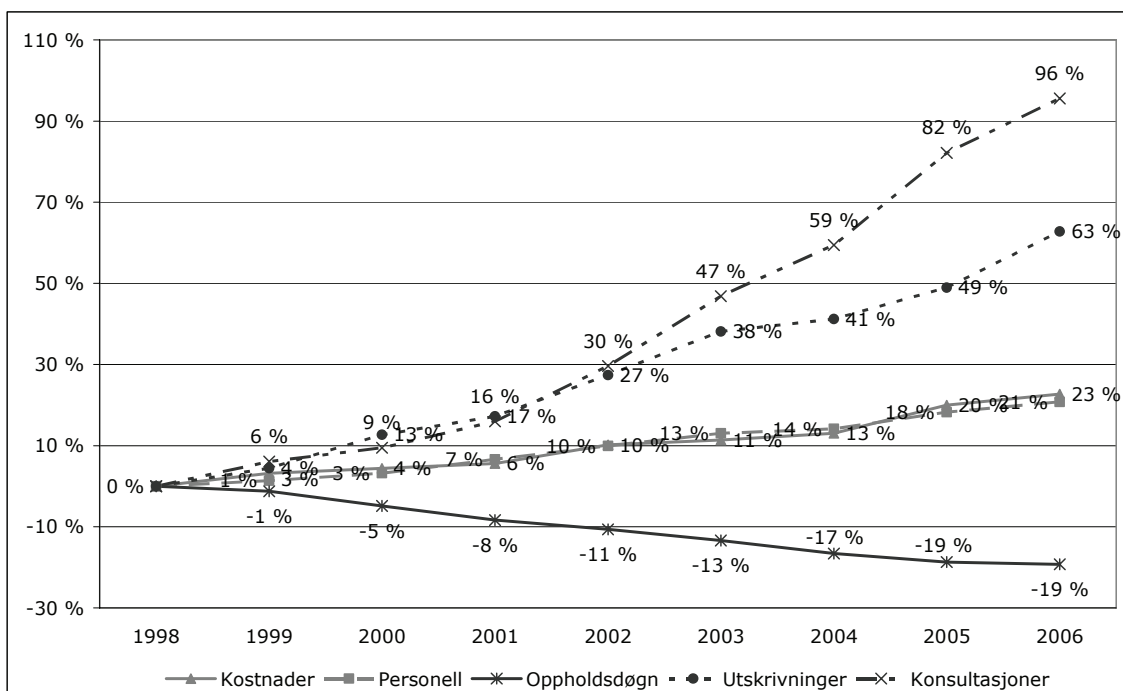


Figur 4.3 Utviklingen i døgnaktiviteten i det psykisk helsevern for barn og unge. Prosent endring i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998 (endring 1998-2006 korrigert fra 80 til 60 pst. per 15.08.2007).

Utviklingen i personellinnsats, døgnplasser og antall pasienter ved døgn- og dagtilbud er illustrert i figur 4.3. I 2006 var det 335 døgnplasser for barn og unge, en økning på 14 prosent i perioden 1998 til 2006. I følge Opptappingsplanen skulle tallet på døgnplasser opprinnelig øke fra ca 300 til 500 plasser, noe som senere er redusert til 400 plasser. Det er nærliggende å anta at tjenesten har prioritert utbyggingen av poliklinikkene framfor utbyggingen av døgnavdelingene for lettere å nå målet om fem prosents dekningsgrad. I tillegg kan det se ut som man har vektlagt økt bemanning på dag- og døgntilbudene, siden personellveksten har vært betydelig større enn døgnplassveksten. I styringssignalene til helseforetakene er det lagt vekt på satsing på ambulante tilbud. Dette er tilbud som kan redusere behovet for institusjonsplasser. I 2006 var det registrert 63 årsverk ved ambulante tilbud. Det var i 2006 60 prosent flere pasienter i dag-/døgntilbud sammenliknet med 1998. Økningen i antall dag-/døgnpasienter henger sammen med en kombinasjon av kortere oppholdstider og/eller høyere beleggsprosent, siden døgnplassveksten i samme periode bare var på 14 prosent⁷.

4.4 Psykisk helsevern for voksne i perioden 1998–2006

I det psykiske helsevernet for voksne har utviklingen i kostnader justert for prisvekst og personell vært tilnærmet lik gjennom perioden 1998-2006 (figur 4.4). Det ble 96 prosent flere polikliniske konsultasjoner i perioden. Antall oppholdsdøgn ble redusert med 19 prosent i samme periode, mens det ble 63 prosent flere utskrivinger fra døgninstitusjonene. Dette innebærer at det har blitt flere utskrivinger per oppholdsdøgn som igjen indikerer kortere oppholdstider.

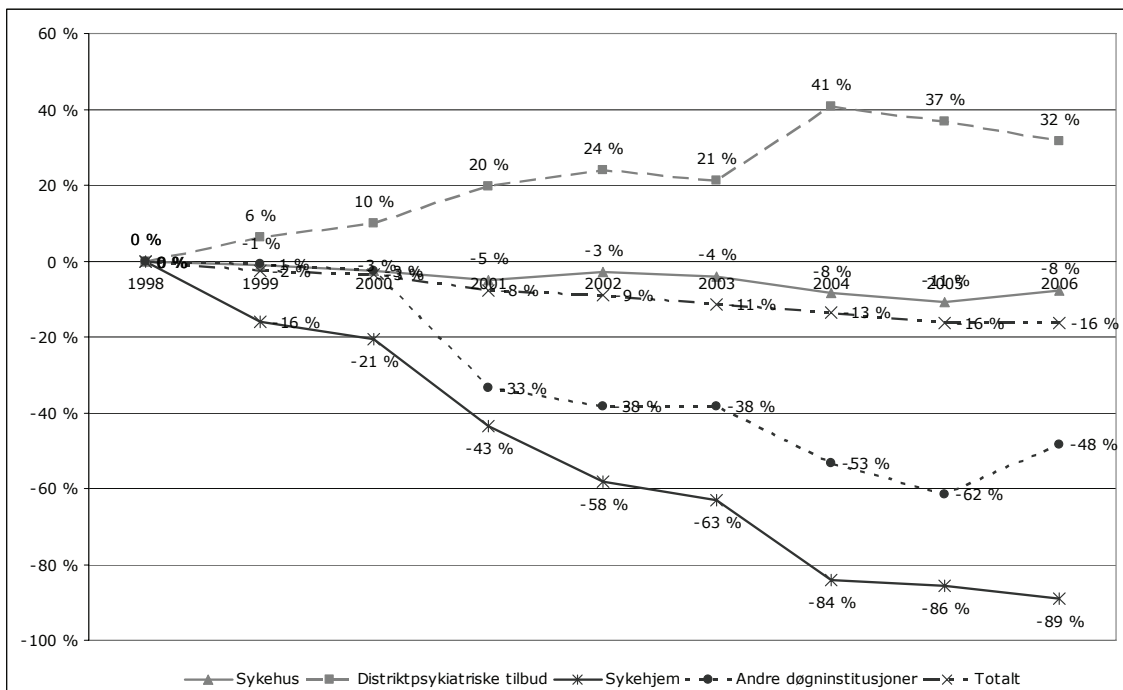


Figur 4.4 Utviklingen i driftskostnader, personellinnsats, antall oppholdsdøgn og antall utskrivinger for døgnpasienter, og antall polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne. Prosent endring i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998. Driftskostnadene er målt i faste 2006-kroner.

⁷ I figuren er det en tilsynelatende nedgang i antall pasienter i dag-/døgnbehandling i fra 2005 til 2006. Dette skyldes i all hovedsak endring i registreringspraksis ved enkelte institusjoner og kan trolig ikke tilskrives en reell aktivitetsnedgang.

Totalt ble det 16 prosent færre døgnplasser i perioden 1998 til 2006 (figur 4.5). Det ble om lag åtte prosent færre døgnplasser ved sykehus, mens målet i Opptrappingsplanen var at antall døgnplasser ved sykehus skulle holdes på nivået fra 1996. Reduksjonen i antall døgnplasser ved sykehus kan nok til dels forklares med omklassifisering og reorganisering av eksisterende tilbud, for eksempel ved at avdelinger har blitt omgjort til DPS.

I henhold til Opptrappingsplanen var målet en kraftig vekst i antall døgnplasser ved DPS mens antall sykehjemsplasser skulle reduseres tilsvarende. Figur 4.5 viser at tallet på DPS-plasser har økt jevnt gjennom planperioden, og i 2006 var økningen på 32 prosent sammenliknet med nivået i 1998. Det har skjedd en kraftig reduksjon i døgnplasser ved sykehjem på i alt 1 157 plasser, en reduksjon på i alt 89 prosent. Til tross for færre døgnplasser har personellinnsatsen i døgn- og dagvirksomhet økt med 14 prosent i perioden 1998 til 2006.



Figur 4.5 Utviklingen i døgnplasser for ulike institusjonstyper i psykisk helsevern for voksne. Prosent endring i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998.

4.5 Nasjonale utviklingstrekk 1998-2006 i tall

4.5.1 Pasientbehandling – psykisk helsevern

Tabell 4.1 Behandlede pasienter og polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern 1998-2006.

	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006	Pst endr 1998-06
Psykisk helsevern for voksne:								
Antall polikliniske konsultasjoner ¹⁾	476	521	552	617	759	867	931	96
- prosent endring fra året før.		3	6	12	9	14	8	
Antall døgnopphold ²⁾	34 508	37 825	39 023	41 796	45 721	47 597	51 704	50
- prosent endring fra året før.		6	3	7	2	4	8	
Psykisk helsevern for barn og unge:								
Behandlede pasienter totalt	20 634	26 320	29 149	30 467	39 340	43 426	47 280	129
- prosent endring fra året før		14	11	5	14	10	9	
Herav poliklinisk behandlet	19 097	24 372	27 211	29 137	37 565	41 722	46 214	142
- prosent endring fra året før		14	12	7	14	11	11	
Herav med dag- eller døgntilbud	1 537	1 948	2 203	2 177	2 534	3 004 ³⁾	2 461 ³⁾	60
Antall polikliniske tiltak ¹⁾	186	260	288	349	496	561	642	245 ⁴⁾
- prosent endring fra året før		18	11	21	11	13	15	

Datakilde: SSB og NPR

1) Tallene er angitt i hele tusen.

2) Døgnopphold er her definert som antall utskrivninger pluss antall pasienter innlagt ved årets slutt.

3) Endringen fra 2005 til 2006 skyldes i hovedsak endring i registreringspraksis ved enkelte institusjoner.

4) Tallet er korrigert 15.08.2007.

4.5.2 Kostnader og finansiering

Tabell 4.2 Utvikling i totale driftsutgifter til psykisk helsevern 1998–2006. Millioner kr. Løpende priser.

	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006	Pst endr 1998-06
Totale driftsutgifter psykisk helsevern	7 347	8 358	9 179	10 174	11 439	12 409	13 217	80
Totale driftsutgifter PHBU	925	1 073	1 212	1 464	1 830	2 015	2 225	141
Totale driftsutgifter PHV	6 422	7 285	7 968	8 710	9 609	10 395	10 992	71

Datakilde: SSB

Tabell 4.3 Utvikling i totale driftsutgifter til psykisk helsevern 1998–2006. Millioner kr. Faste 2006 kr.

	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006	Pst endr 1998-06
Totale driftsutgifter psykisk helsevern	10 246	10 725	10 896	11 524	12 052	12 831	13 217	29
Prosentendring fra året før	5	1	2	6	1	7	3	
Totale driftsutgifter PHBU	1 290	1 377	1 438	1 654	1 928	2 083	2 225	72
Prosentendring fra året før	6	3	4	15	8	8	7	
Totale driftsutgifter PHV	8 956	9 348	9 458	9 871	10 124	10 748	10 992	23
Prosentendring fra året før	5	1	1	4	0	6	2	

Datakilde: SSB

Tabell 4.4 Deflatorer i perioden 1998 - 2006

	1998	2000	2001	2002	2004	2005
SSB: Prisvekst i forhold til påfølgende år	1,037	1,081	1,048	1,055	1,019	1,034
SSB: Akkumulert prisvekst til 2006	1,395	1,283	1,187	1,133	1,054	1,034
HOD: Prisvekst i forhold til påfølgende år	1,085	1,043	1,037	1,036	1,034	1,034
HOD: Akkumulert prisvekst til 2006	1,388	1,227	1,193	1,151	1,069	1,034

4.5.3 Personell psykisk helsevern

Tabell 4.5 Årsverk i institusjoner i psykisk helsevern totalt. Etter personellkategori. Absolutte tall og endring fra 1998-2006.

	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006	Pst endr 1998-06
Årsverk totalt	15 809	16 500	17 207	17 895	18 619	19 351	20 040	27
- prosentendring fra året før		4	4	4	1	4	4	4
- årsverk psykiatere	586	648	659	697	739	780	817	39
- årsverk andre leger	450	490	566	525	627	630	697	55
- årsverk psykologer	1 009	1 181	1 248	1 415	1 615	1 741	1 897	88
- årsverk fagpers med høgskoleutd	6 760	7 373	7 562	7 973	8 694	9 010	9 420	39
- årsverk annet personell	7 004	6 808	7 172	7 287	6 944	7 190	7 209	3

Datakilde: SSB

Tabell 4.6 Årsverk for leger og psykologer ved institusjoner i psykisk helsevern totalt, samt årsverk for leger og psykologer med driftsavtale med helseforetakene/RHF. Absolutte tall og endring fra 1998 - 2006.

		1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006	Pst endr 1998-06
Ved institusjoner	Leger	1 036	1 138	1 225	1 222	1 366	1 411	1 514	46
i psykisk helsevern	Psykologer	1 009	1 181	1 248	1 415	1 615	1 741	1 897	88
	Sum	2 045	2 319	2 473	2 637	2 981	3 152	3 411	67
	Prosentendring fra året før		9	7	7	6	6	8	
Avtalespesialister i psykisk helsevern	Leger	167	170	176	163	171	173	178	7
	Psykologer	388	395	400	403	409	412	428	10
	Sum	555	565	576	566	580	585	606	9
	- prosentvis endr fra året før		0	2	-2	0	1	4	
Alle	Leger	1 203	1 308	1 401	1 385	1 537	1 584	1 692	41
	Psykologer	1 397	1 576	1 648	1 818	2 024	2 153	2 325	66
	Sum	2 600	2 884	3 049	3 203	3 561	3 737	4 017	55
	prosentendring fra året før		7	6	5	5	5	7	

Datakilde: SSB

4.5.4 Personell, døgnplasser og aktivitet – barn og unge

Tabell 4.7 Årsverk og døgnplasser for barn og unge. Nasjonale tall. Absolutte tall og endring fra 1998-2006.

	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006	Pst endr 1998-06
Årsverk totalt	2 155	2 408	2 649	2 882	3 033	3 203	3 507	63
prosentendring fra året før		6	10	9	3	6	9	
- herav polikliniske årsverk	951	1 117	1 162	1 347	1 487	1 568	1 773	86
- herav årsverk ved døgn- og dagavdelinger	1 204	1 291	1 487	1 536	1 546	1 565	1 671	39
- herav pers. i ambulante team						71	63	
- årsverk psykiatere	91	96	101	113	130	131	138	52
- årsverk andre leger	74	90	104	115	117	133	154	108
- årsverk psykologer	394	468	476	541	629	665	732	86
- årsverk sosionomer	254	293	298	315	338	343	340	34
- årsverk annet terapipers. med høyskoleutdanning	810	937	1 116	1 211	1 219	1 308	1 425	76
- årsverk terapipersonale uten høyskoleutdanning	178	129	112	122	142	125	99	-44
- årsverk annet personell	354	395	442	466	460	498	618	75
Døgnplasser	293	297	315	312	326	331	335	14

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 4.8 Aktivitet og produktivitet i psykisk helsevern for barn og unge. Absolutte tall og endring fra 1998-2006.

	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006	Pst endr 1998-06
Totalt antall behandlede pasienter	20 634	26 320	29 149	30 467	39 340	43 426	47 280	129
- prosentendring fra året før		14	11	5	14	10	9	
- poliklinisk behandling	19 097	24 372	27 211	29 137	37 565	41 722	46 214	142 ³⁾
- dag- og/eller døgnbehandling	1 537	1 948	2 203	2 177	2 534	3 004 ¹⁾	2 461 ¹⁾	60 ¹⁾
Behandlede pasienter i prosent av barn- og unge 0-17 år	2,0	2,5	2,7	2,8	3,6	4,0	4,3	116
Polikliniske tiltak:								
- direkte tiltak ²⁾	129	171	189	235	346	414	474	267
- indirekte tiltak ²⁾	57	90	99	114	150	148	168 ³⁾	195
Polikliniske tiltak summert ²⁾	186	260	288	349	496	561	642 ³⁾	245 ³⁾
- prosentvis endring fra året før		18	11	21	11	13	15	

Datakilde: SSB og NPR

1) Endringen fra 2005 til 2006 skyldes i hovedsak endring i registreringspraksis ved enkelte institusjoner. Tallene for 2006 korrigert 15.08.2007.

2) Tallene er angitt i hele 1000.

3) Tallene er korrigert 15.08.2007.

4.5.5 Personell, døgnplasser og aktivitet – voksne

Tabell 4.9 Årsverk i institusjoner for voksne etter personellkategori og driftsform. Absolutte tall og endring fra 1998 til 2006.

	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006	Pst endr 1998-06
Årsverk totalt	13 654	14 092	14 558	15 013	15 585	16 148	16 533	21
- prosentendring fra året før		2	3	3	1	4	2	
- årsverk ambulante team						138	218	
- årsverk poliklinikk	1 535	1 647	1 987	2 142	2 243	2318	2475	61
- årsverk psykiatere	495	552	559	584	609	650	679	37
- årsverk andre leger	376	400	462	410	510	497	542	44
- årsverk psykologer	615	713	771	874	986	1 076	1 164	89
- årsverk psyk spes sykepl	2 644	2 839	2 716	2 919	3 348	3 467	3 594	36
- årsverk andre sykepl	1 889	1 922	2 249	2 156	2 301	2 409	2 421	28
- årsverk annet høyskoleutd terapipers	1 163	1 382	1 183	1 372	1 488	1 483	1 640	41
- årsverk annet helsepers	3 974	3 815	4 066	4 181	3 727	3 699	3 595	-10
- årsverk øvrig personell	2 498	2 469	2 552	2 518	2 616	2 868	2 897	16

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 4.10 Døgnplasser for voksne etter institusjonstype. Absolutte tall og endring fra 1998-2006.

Institusjonstype	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006	Pst endr 1998-06
Sykehus	3 070	2 989	2 920	2 982	2 814	2 740	2 831	-8
Distriktpsikiatriske tilbud	1 487	1 634	1 782	1 845	2 091	2 033	1 956	32
Sykehjem	1 298	1 029	735	544	208	186	141	-89
Andre døgninstitusjoner	120	117	80	74	56	46	62	-48
Totalt	5 975	5 769	5 517	5 445	5 169	5 005	4 990	-16
- prosentvis endring fra året før	2	-1	-4	-1	-2	-3	0	

Datakilde: SSB

Tabell 4.11 Aktivitet og ressursutnyttning i tilbudet til voksne. Nasjonale tall. Absolutte tall og endring fra 1998-2006.

	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006	Pst endr 1998-06
Utskrivninger	29 214	32 919	3 245	37 208	41 249	43 515	47 549	63 ¹⁾
- prosentendring fra året før		8	4	9	3	6	9	
Oppholdsdøgn (døgnpas)	1 932	1 838	1 771	1 727	1 612	1 571	1 560	-19
- prosentendring fra året før		-4	-4	-2	-3	-2	-1	
Personellfaktor	2,1	2,3	2,4	2,6	2,9	3,0	3,1	-100
Utskrivninger per årsverk	2,6	2,8	2,9	3,0	3,2	3,4	3,6	38
Utskrivninger per døgnplass	4,9	5,7	6,2	6,8	8,0	8,6	9,5	94
Polikl. konsultasjoner ¹⁾	476	521	552	617	759	867	931	96
- prosentvis endring fra året før		3	6	12	9	12	7	
Konsultasjoner per fagårsverk	388	383	361	352	400	422	412	6

Datakilde: SSB og NPR

1) Tallet er korrigert 15.08.2007.

Del II Tabelldel – Psykisk helsevern befolkningsperspektivet

5 Kostnader og finansiering – psykisk helsevern

Silje L. Kaspersen⁸, Heidi Torvik og Kjartan Sarheim Anthun

5.1 Innledning

De totale kostnadene til psykisk helsevern i 2006 var på 13,2 milliarder kroner. I faste 2006-kroner er dette en økning på 386 millioner kroner fra 2005, svarende til 3,0 prosent. Inkluderer vi kapitalkostnader (avskrivninger mv.) i de totale kostnadene er den prosentvise veksten 3,7 prosent, i form av en økning fra ca 13,9 milliarder kroner i 2005 (faste 2006-kroner) til ca 14,5 milliarder kroner i 2006. Dette gir regnskapsførte avskrivninger på omtrent 1,2 milliarder kroner i 2006, som er på nivå med kapitalkostnadene i 2005. Som andel av driftskostnadene er kapitalkostnadene like i psykisk helsevern for barn og unge og psykisk helsevern for voksne.

Psykisk helsevern for barn og unge hadde en vesentlig høyere kostnadsvekst enn kostnadsveksten i psykisk helsevern for voksne. I psykisk helsevern for pasientgruppen under 18 år økte de totale driftskostnadene med 142 millioner kroner, tilsvarende 6,8 prosent. Totale driftskostnader i psykisk helsevern for voksne økte med 244 millioner kroner, tilsvarende 2,3 prosent. Også fra 2004 til 2005 var kostnadsveksten noe høyere i psykisk helsevern for barn og unge, sammenliknet med psykisk helsevern for voksne – en utvikling som er i tråd med nasjonale myndigheters styringskrav.

Av de 13,2 milliardene i driftskostnader i psykisk helsevern i 2006 består 82,2 prosent av lønnskostnader. Varer og tjenester utgjør 6,2 prosent, mens det resterende er andre driftskostnader.

Omtrent 80 prosent av kostnadene finansieres av de regionale helseforetakene (RHF). Andelen som finansieres av RHF-ene residualbestemmes, og har blitt marginalt redusert sammenliknet med 2005. Hovedsakelig skyldes dette en kraftig økning i statlige øremerkede tilskudd i forbindelse med Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63 (1997-98)). Fra å benytte ca 1,1 milliarder kroner av opptrappingsplanmidlene i 2005 (faste 2006-kroner), har helseforetakene tatt nærmere 1,5 milliarder kroner av disse tilskuddene til inntekt i 2006. Dette er en økning på hele 32,1 prosent. Det er imidlertid knyttet noe usikkerhet til sammenliknbarheten mellom tallene disse to årene, da rapportering fra RHF-ene til Helse- og omsorgsdepartementet på bruk av øremerkede midler hos det enkelte helseforetak har vært forsinket, og kontrollgrunlaget for SINTEF Helse dermed har vært noe annerledes for 2006-tallene enn for regnskapet i 2005. Se vedlegg PV5 nettsidene til SAMDATA for ytterligere informasjon.

Polikliniske refusjoner ligger som i 2005 stabilt på rundt 5 prosent av totale driftskostnader, mens pasientbetaling i psykisk helsevern for voksne kun utgjør 0,6 prosent av kostnadene i 2006.

⁸ Kapitelforfatter.

Korrigert for gjestepasientoppjøret, øker totale driftskostnader i samtlige fem helseregioner fra 2005 til 2006. Helse Midt-Norge har den høyeste kostnadsveksten til psykisk helsevern med 7,0 prosent, mens Helse Vest og Helse Sør vokser noe mindre med henholdsvis 2,3 og 2,5 prosent. Helse Øst vokser på linje med landsgjennomsnittet (3,7 prosent) og Helse Nord har en samlet kostnadsvekst i psykisk helsevern med 4,3 prosent. Med unntak av Helse Nord er veksten i psykisk helsevern for barn og unge i helseregionene større enn veksten i psykisk helsevern for voksne.

Totale driftskostnader per innbygger viser at Helse Øst og Helse Nord er de regionene som hadde høyest kostnader per innbygger både i psykisk helsevern for barn og unge, og i psykisk helsevern for voksne. Helse Sør ligger, som i 2005, lavest, med 2 356 kroner per innbygger, tilsvarende 84 prosent av landsgjennomsnittet. Å inkludere avskrivninger i de totale kostnadene medfører kun mindre variasjoner i forskjellene mellom regionene.

Som på nasjonalt nivå finansieres kostnadsveksten hovedsakelig ved økte rammeoverføringer fra RHF-ene til helseforetakene. Det er betydelig variasjon mellom RHF-ene når det gjelder finansiering fra polikliniske refusjoner. Med unntak av Helse Vest, som har en nedgang på 2,2 prosent i denne finansieringskomponenten, øker polikliniske refusjoner med godt over 6,0 prosent i Helse Øst, Helse Midt-Norge og Helse Nord, mens Helse Sør ligger litt under landsgjennomsnittet med 5,3 prosents økning.

Som nevnt øker finansiering via øremerkede statstilskudd kraftig. Helse Vest har hatt en økning på hele 52,6 prosent sammenliknet med deflaterte 2005-tall. Helse Øst vokser med 33,6 prosent, mens de tre resterende regionene har en vekst på mellom 20-24 prosent fra år 2005 og 2006.

I det følgende presenteres utviklingen i driftskostnader til, og finansiering av, psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten fra år 2005 til 2006 på nasjonalt og regionalt nivå. I den grad tallgrunnlaget har gjort det mulig er det i fremstillingen skilt mellom kostnader og finansieringskomponenter til henholdsvis psykisk helsevern for barn og unge og psykisk helsevern for voksne, samt sum kostnader og finansiering av de to pasientgruppene. I regnskapstallene for 2005 ble det for første gang beregnet totale driftskostnader inklusive kapitalkostnader, og årets utgave av SAMDATA gir dermed mulighet til sammenlikning av driftskostnader inklusive kapitalkostnader mellom 2005 og 2006.

Grunnet ubalanse i gjestepasientoppjøret og kjøp hos private institusjoner uten driftsavtale, vil totale driftskostnader på nasjonalt nivå avvike noe fra totale driftskostnader når utgiftene ved de regionale helseforetakene summeres. Hovedsakelig skyldes avviket i de to tall kjøp av tjenester på Modum Bad. Dette redegjøres nærmere for i beskrivelsen av datagrunnlag og definisjoner i vedleggene til dette kapitlet, vedlegg PV5 på nettsiden.

Kontrollen av regnskapsdata for 2006 har avdekket enkelte feil og mangler i materialet for 2005, og korreksjoner har blitt utført fortløpende. Tallgrunnlaget for 2005 i denne utgaven av SAMDATA er derfor ikke identisk med de regnskapstallene som ble presentert i fjorårets utgave. Ved sammenlikning av tall mellom år 2005 og 2006 benyttes deflator for konsum av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen på 3,4 prosent.

I kapittel 5.2 presenteres totale driftskostnader og finansieringskomponenter for år 2005 og 2006 på nasjonalt nivå. Fremstillingen av kostnader og finansiering på regionalt nivå er delt i to; kapittel 5.3 tar for seg driftskostnader i de fem helseregionene i 2005 og 2006, mens det i kapittel 5.4 presenteres finansieringskomponenter på helseregionnivå i form av polikliniske refusjoner, øremerkede statstilskudd og finansiering over RHF-enes basisramme i år 2005 og 2006. Nøkkeltall for kostnader og finansiering på HF- og institusjonsnivå presenteres i vedlegg PG1 og PG2 på nettsiden.

5.2 Totale driftskostnader og finansiering – nasjonale tall 2005 og 2006

Tabell 5.1 Totale driftskostnader i psykisk helsevern for henholdsvis barn og unge og voksne. Fordelt på totale driftskostnader ved institusjoner, driftstilskudd til private spesialister og tilskudd til privat pleie, ekskl. avskrivninger. 2005 og 2006. Millioner kroner målt i faste 2006 kroner og prosentvis endring.

	Psykisk helsevern for barn og unge			Psykisk helsevern for voksne			Sum psykisk helsevern		
	2005	2006	Pst. endr	2005	2006	Pst. endr	2005	2006	Pst. endr
Totale driftskostnader	2 083	2 225	6,8	10 748	10 992	2,3	12 831	13 217	3,0
Herav:									
Institusjoner	2 073	2 218	7,0	10 503	10 749	2,3	12 576	12 967	3,1
Driftstilskudd til private spesialister	10	7	-27,0	238	240	1,1	248	247	0,0
Privatpleie	0	0		8	3	-65,6	8	3	-65,6

Datakilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget se PG1 og PG2, samt PV5 på nettsidene.

Tabell 5.2 Totale driftskostnader til psykisk helsevern i 2005 og 2006 med og uten avskrivninger. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner.

	Psykisk helsevern for barn og unge			Psykisk helsevern for voksne			Sum psykisk helsevern		
	2005	2006	Pst. endr	2005	2006	Pst. endr	2005	2006	Pst. endr
Totale driftskostnader	2 083	2 225	6,8	10 748	10 992	2,3	12 831	13 217	3,0
+ avskrivninger ¹⁾	181	203	12,4	922	1 029	11,6	1 102	1 232	11,8
Totale driftskostnader inkl avskrivninger mv. (sum kto 4-7)	2 264	2 428	7,3	11 670	12 021	3,0	13 933	14 449	3,7

Datakilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget se PG1 og PG2, samt PV5 på nettsidene.

1) Avskrivninger kto 60, husleiekostnader kto 630 og tap og lignende kto 78 i artskontoplan for rapportering av regnskapsdata (Emberland, 2007).

Tabell 5.3 Totale driftskostnader til og finansiering av psykisk helsevern for henholdsvis barn og unge og voksne. Finansiering fordelt på ulike finansieringskilder. 2005 og 2006. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner, og prosentvis endring.

	Psykisk helsevern for barn og unge			Psykisk helsevern for voksne			Sum psykisk helsevern		
	2005	2006	Pst. endr	2005	2006	Pst. endr	2005	2006	Pst. endr
Totale driftskostnader	2 083	2 225	6,8	10 748	10 992	2,3	12 831	13 217	3,0
Finansiert av:									
A. Polikliniske refusjoner	243	267	10,2	396	401	1,2	639	668	4,6
B. Øremerkede statstilskudd ¹⁾	*	*		*	*		1 131	1 493	32,1
C. Pasientbetaling	0	0	0,0	69	77	11,3	69	77	11,3
D. Andre inntekter	77	74	-3,6	352	369	4,7	429	443	3,2
E. Finansiert av RHF ²⁾	1 422	1 819	27,9	9 140	8 952	-2,1	10 563	10 536	-0,3

Datakilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget se PG1 og PG2, samt PV5 på nettsidene.

1) Det har ikke vært mulig å skille mellom andelen øremerkede midler knyttet til Opptreppingsplanen for psykisk helse (St. prp. nr. 63 (1997-98)) inntektsført i henholdsvis psykisk helsevern for barn og unge og psykisk helsevern for voksne i 2006. Det presenteres derfor kun samlet sum øremerkede statstilskudd som ble inntektsført i 2005 og 2006.

2) Driftskostnader finansiert av RHF residualbestemmes, og framkommer som totale driftskostnader minus finansieringskomponentene A, B, C og D.

Tabell 5.4 Totale driftskostnader til og finansiering av psykisk helsevern for henholdsvis barn og unge og voksne. Prosentvis fordeling på ulike finansieringskilder. 2005 og 2006. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner.

	Psykisk helsevern for barn og unge		Psykisk helsevern for voksne		Sum psykisk helsevern	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Totale driftskostnader	2 083	2 225	10 748	10 992	12 831	13 217
Finansiert av:						
A. Polikliniske refusjoner	11,6	12,0	3,7	3,7	5,0	5,1
B. Øremerkede statstilskudd	*	*	*	*	8,8	11,3
C. Pasientbetaling	0,0	0,0	0,6	0,7	0,5	0,6
D. Andre inntekter	3,7	3,3	3,3	3,4	3,3	3,4
E. Finansiert av RHF ¹⁾	68,3	81,7	85,0	81,4	82,3	79,7

Datakilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget se PG1 og PG2, samt PV5 på nettsidene.

1) Driftskostnader finansiert av RHF residualbestemmes, og framkommer som totale driftskostnader minus finansieringskomponentene A, B, C og D.

5.3 Driftskostnader – regionale tall 2005 og 2006

Tabell 5.5 Totale driftskostnader til psykisk helsevern for henholdsvis barn og unge og voksne, korrigert for gjestepasientoppgjør. Regionalt nivå. 2005 og 2006. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner.

	Psykisk helsevern for barn og unge			Psykisk helsevern for voksne			Sum psykisk helsevern		
	2005	2006	Pst. endr	2005	2006	Pst. endr	2005	2006	Pst. endr
Helse Øst RHF	777	835	7,4	4 211	4 336	3,0	4 988	5 171	3,7
Helse Sør RHF	360	383	6,5	1 723	1 752	1,7	2 083	2 135	2,5
Helse Vest RHF	420	444	5,8	2 150	2 186	1,6	2 570	2 629	2,3
Helse Midt-Norge RHF	259	291	12,1	1 327	1 406	6,0	1 586	1 697	7,0
Helse Nord RHF	268	278	3,6	1 131	1 181	4,5	1 399	1 459	4,3
Totalt	2 084	2 230	7,0	10 542	10 861	3,0	12 626	13 091	3,7

Datakilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget se PG1 og PG2, samt PV5 på nettsidene.

Tabell 5.6 Totale driftskostnader til psykisk helsevern for henholdsvis barn og unge og voksne, fordelt på driftskostnader ved egne institusjoner, avskrivninger mv., netto gjestepasientkostnader, driftstilskudd til private spesialister og tilskudd til privat pleie. Regionalt nivå. 2006. Millioner kroner.

	Helseforetak/ Institusjoner	Avskrivninger mv	Netto gjestepasient- kostnader	Herav driftstilskudd avtale- spesialister	Herav privat- pleie	Sum
	(A+D+E)	B	C	D	E	(F = A+B+C+D+E)
Helse Øst RHF	5 226	518	-55	131	1	5 689
- herav PHBU	834	93	1	5	0	928
- herav PHV	4 392	425	-56	126	1	4 761
Helse Sør RHF	2 121	181	13	39	0	2 316
- herav PHBU	382	32	1	2	0	415
- herav PHV	1 739	148	12	37	0	1 900
Helse Vest RHF	2 613	220	16	51	1	2 850
- herav PHBU	443	43	1	0	0	487
- herav PHV	2 170	178	16	51	1	2 363
Helse Midt-Norge RHF	1 710	158	-13	18	0	1 855
- herav PHBU	289	17	2	0	0	307
- herav PHV	1 422	142	-15	18	0	1 548
Helse Nord RHF	1 444	147	15	8	1	1 607
- herav PHBU	277	18	1	0	0	296
- herav PHV	1 167	129	14	8	1	1 310
Totalt i landet	13 115	1 225	-23	247	3	14 317
- herav PHBU	2 225	203	5	7	0	2 434
- herav PHV	10 890	1 022	-29	240	3	11 883

Datakilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget se PG1 og PG2, samt PV5 på nettsidene.

Tabell 5.7 Totale driftskostnader til psykisk helsevern for barn og unge, korrigert for gjestepasientoppgjør. Regional nivå. 2005 og 2006, samt 2006 inkludert avskrivninger mv. Kroner per innbygger og i prosent av landsgjennomsnittet, målt i faste 2006-kroner.

	Psykisk helsevern for barn og unge					
	2005	Pst. av landsgjennomsnittet	2006	Pst. av landsgjennomsnittet	2006 inkl. avskrivninger mv.	Pst. av landsgjennomsnittet
Helse Øst RHF	2 069	108	2 200	108	2 445	110
Helse Sør RHF	1 714	90	1 820	89	1 974	89
Helse Vest RHF	1 735	91	1 831	90	2 007	90
Helse Midt-Norge RHF	1 672	88	1 879	92	1 986	89
Helse Nord RHF	2 435	128	2 552	125	2 718	122
Totalt	1 907	100	2 035	100	2 220	100

Datakilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget se PG1 og PG2, samt PV5 på nettsidene.

Tabell 5.8 Totale driftskostnader til psykisk helsevern for voksne, korrigert for gjestepasientoppgjør. Regionalt nivå. 2005 og 2006, samt 2006 inkludert avskrivninger mv. Kroner per innbygger og i prosent av landsgjennomsnittet, målt i faste 2006-kroner.

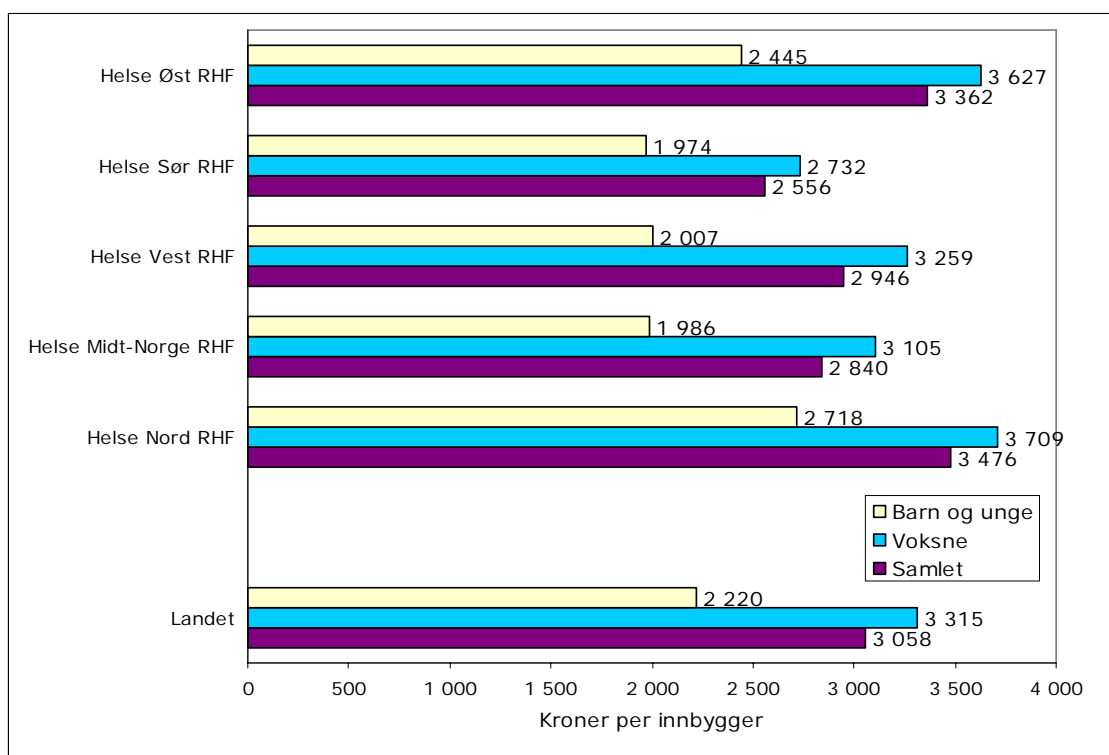
	Psykisk helsevern for voksne					
	2005	Pst. av landsgjennomsnittet	2006	Pst. av landsgjennomsnittet	2006 inkl. avskrivninger mv.	Pst. av landsgjennomsnittet
Helse Øst RHF	3 250	109	3 304	109	3 627	109
Helse Sør RHF	2 497	84	2 518	83	2 732	82
Helse Vest RHF	3 007	101	3 014	100	3 259	98
Helse Midt-Norge RHF	2 685	90	2 821	93	3 105	94
Helse Nord RHF	3 207	108	3 343	110	3 709	112
Totalt	2 972	100	3 029	100	3 315	100

Datakilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget se PG1 og PG2, samt PV5 på nettsidene.

Tabell 5.9 Totale driftskostnader til psykisk helsevern, korrigert for gjestepasientoppgjør. Regionalt nivå. 2005 og 2006, samt 2006 inkludert avskrivninger mv. Kroner per innbygger og i prosent av landsgjennomsnittet, målt i faste 2006-kroner.

	Sum psykisk helsevern					
	2005	Pst. av landsgjennomsnittet	2006	Pst. av landsgjennomsnittet	2006 inkl. avskrivninger mv.	Pst. av landsgjennomsnittet
Helse Øst RHF	2 984	110	3 056	109	3 362	110
Helse Sør RHF	2 315	85	2 356	84	2 556	84
Helse Vest RHF	2 686	99	2 718	97	2 946	96
Helse Midt-Norge RHF	2 443	90	2 597	93	2 840	93
Helse Nord RHF	3 023	111	3 157	113	3 476	114
Totalt	2 721	100	2 797	100	3 058	100

Datakilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget se PG1 og PG2, samt PV5 på nettsidene.



Figur 5.1 Totale driftskostnader inkl. avskrivninger mv. til psykisk helsevern for henholdsvis barn og unge og voksne og psykisk helse samlet, målt i kroner per innbygger. Regionalt nivå. 2006.

Datakilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget, se PG1 og PG2, samt PV5 på nettsidene.

5.4 Finansiering – regionale tall 2005 og 2006

Tabell 5.10 Polikliniske refusjoner fra staten til psykisk helsevern for henholdsvis barn og unge og voksne og psykisk helsevern totalt. Regionalt nivå. 2005 og 2006. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner, og endring i prosent.

	Psykisk helsevern for barn og unge			Psykisk helsevern for voksne			Sum psykisk helsevern		
	2005	2006	Pst. endr	2005	2006	Pst. endr	2005	2006	Pst. endr
Helse Øst RHF	78	91	16,1	134	142	6,2	212	233	9,8
Helse Sør RHF	51	54	6,9	88	91	4,4	139	146	5,3
Helse Vest RHF	45	50	9,6	68	62	-7,8	115	112	-2,2
Helse Midt-Norge RHF	34	36	3,8	54	59	9,1	89	95	7,0
Helse Nord RHF	32	37	13,9	43	45	5,7	75	82	9,2
Totalt	243	267	10,2	387	401	3,7	629	668	6,2

Datakilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget, se PG1 og PG2, samt PV5 på nettsidene.

Tabell 5.11 Øremerkede tilskudd¹ fra staten til psykisk helsevern. Regionalt nivå. 2005 og 2006. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner, og endring i prosent.

	Psykisk helsevern		
	2005	2006	Pst. endring
Helse Øst RHF	371	495	33,6
Helse Sør RHF	227	276	21,8
Helse Vest RHF	230	352	52,6
Helse Midt-Norge RHF	164	203	23,7
Helse Nord RHF	139	167	20,3
Totalt	1 131	1 493	32,0

Datakilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget se PG1 og PG2, samt PV5 på nettsidene.

1) Det har ikke vært mulig å skille mellom andelen øremerkede midler knyttet til Opptreppingsplanen for psykisk helse (St. prp. nr. 63 (1997-98)) inntektsført i henholdsvis psykisk helsevern for barn og unge og psykisk helsevern for voksne i 2006. Det presenteres derfor kun sum øremerkede statstilskudd som ble inntektsført i psykisk helsevern totalt i 2005 og 2006.

Tabell 5.12 Driftskostnader til psykisk helsevern finansiert av RHF-enes basisramme til psykisk helsevern for henholdsvis barn og unge og voksne, samt totalt psykisk helsevern. Regionalt nivå. 2005 og 2006. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner, og endring i prosent.

	Psykisk helsevern for barn og unge			Psykisk helsevern for voksne			Sum psykisk helsevern		
	2005	2006	Pst. endr	2005	2006	Pst. endr	2005	2006	Pst. endr
Helse Øst	549	714	30,1	3 684	3 552	-3,6	4 232	4 266	0,8
Helse Sør	239	320	33,9	1 414	1 325	-6,3	1 654	1 645	-0,5
Helse Vest	278	378	35,8	1 861	1 689	-9,3	2 139	2 067	-3,4
Helse Midt-Norge	164	181	10,5	1 063	1 097	3,1	1 227	1 278	4,1
Helse Nord	193	231	19,6	929	926	-0,3	1 122	1 157	3,1
Totalt	1 423	1 824	28,2	8 951	8 589	-4,0	10 374	10 413	0,4

Datakilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget se PG1 og PG2, samt PV5 på nettsidene.

Tabell 5.13 Kostnader til og finansiering av psykisk helsevern samlet. Finansiering fordelt på ulike finansieringskomponenter i 2006. Regionalt nivå. Millioner kroner.

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum RHF
Totale driftskostnader	5 171	2 135	2 629	1 697	1 459	13 091
Finansiert av:						
A. Polikliniske refusjoner	233	146	112	95	82	668
B. Øremerkede statstilskudd	495	276	352	203	167	1 493
C. Pasientbetaling	25	15	16	10	8	75
D. Andre inntekter	151	52	83	109	45	440
E. Finansiert av RHF ¹⁾	4 266	1 645	2 067	1 278	1 157	10 413

Datakilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget se PG1 og PG2, samt PV5 på nettsidene.

1) Driftskostnader finansiert av RHF residualbestemmes, og framkommer som totale driftskostnader minus finansieringskomponentene A, B, C og D.

Tabell 5.14 Kostnader til og finansiering av psykisk helsevern for barn og unge. Finansiering fordelt på ulike finansieringskomponenter i 2006. Regionalt nivå. Millioner kroner.

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum RHF
Totale driftskostnader	835	383	444	291	278	2 230
Finansiert av:						
A. Polikliniske refusjoner	91	54	50	36	37	267
B. Øremerkede statstilskudd ¹⁾	*	*	*	*	*	*
C. Pasientbetaling	0	0	0	0	0	0
D. Andre inntekter	30	8	16	11	11	76
E. Finansiert av RHF ²⁾	714	320	378	181	231	1 824

Datakilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget se PG1 og PG2, samt PV5 på nettsidene.

1) Det har ikke vært mulig å skille mellom andelen øremerkede midler knyttet til Opptreppingsplanen for psykisk helse (St. prp. nr. 63 (1997-98)) inntektsført i henholdsvis psykisk helsevern for barn og unge og psykisk helsevern for voksne i 2006. Det presenteres derfor kun sum øremerkede statstilskudd som ble inntektsført i psykisk helsevern totalt i 2005 og 2006.

2) Driftskostnader finansiert av RHF residualbestemmes, og framkommer som totale driftskostnader minus finansieringskomponentene A, B, C og D.

Tabell 5.15 Kostnader til og finansiering av psykisk helsevern for voksne. Finansiering fordelt på ulike finansieringskomponenter i 2006. Regionalt nivå. Millioner kroner.

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum RHF
Totale driftskostnader	4 336	1 752	2 186	1 406	1 181	10 861
Finansiert av:						
A. Polikliniske refusjoner	142	91	62	59	45	401
B. Øremerkede statstilskudd ¹⁾	*	*	*	*	*	*
C. Pasientbetaling	25	15	16	10	8	75
D. Andre inntekter	121	44	67	100	34	366
E. Finansiert av RHF ²⁾	3 552	1 325	1 689	1 097	926	8 589

Datakilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget se PG1 og PG2, samt PV5 på nettsidene.

1) Det har ikke vært mulig å skille mellom andelen øremerkede midler knyttet til Opptreppingsplanen for psykisk helse (St. prp. nr. 63 (1997-98)) inntektsført i henholdsvis psykisk helsevern for barn og unge og psykisk helsevern for voksne i 2006. Det presenteres derfor kun sum øremerkede statstilskudd som ble inntektsført i psykisk helsevern totalt i 2005 og 2006.

2) Driftskostnader finansiert av RHF residualbestemmes, og framkommer som totale driftskostnader minus finansieringskomponentene A, B, C og D.

6 Personellinnsats – psykisk helsevern

Ragnild Bremnes og Tove E. Waagan

Dette kapittelet presenterer indikatorer for personellinnsats på nasjonalt og regionalt nivå. Personell er den dominerende innsatsfaktoren innen psykisk helsevern og personellinnsats blir dermed en viktig indikator for ressursinnsats og ressursfordeling. Beregningene som er gjort tar utgangspunkt i antall avtalte årsverk ved utgangen av året. For definisjoner og omtale av datagrunnlaget, samt grunnlagsdata se nettsidene til SAMDATA.

Tabell 6.1 viser utvikling i antall årsverk siste to år, mens tabell 6.2 og 6.3 viser personelldekning i forhold til regionenes innbyggertall. En oversikt over befolkningstall finnes på nettsidene. Indikatorer på regionnivå kan dekke over betydelige forskjeller internt i regionene. På SAMDATAs nettsider finnes en variant av tabell 6.2 på helseforetaksnivå. Tabell 6.4 og 6.5 viser relativ fordeling mellom ulike personellkategorier. Innrapporteringen som ligger til grunn for tabellene 6.1 til 6.5 omfatter ikke privatpraktiserende psykiatere og psykologer. I tabell 6.6 og 6.7 gis en oversikt over årsverksinnsatsen for leger og psykologer i både offentlig og privat praksis⁹.

Samlet sett har det vært en økning på 3,6 prosent i antall avtalte årsverk siden 2005. Som i 2005, er økningen sterkere i tjenester til barn og unge enn i tjenester til voksne. Økningen gjelder alle regioner, men den relative økningen er størst i Helse Øst RHF og lavest i Helse Midt-Norge RHF. Personellinnsats i forhold til folketall viser en tilsvarende utvikling. For landet sett under ett har personelldekningen økt med 1,1 årsverk per 10 000 innbyggere fra 2005 til 2006, og for barn og unge øker denne indikatoren med hele 2,7 årsverk. I forhold til antall innbyggere i regionen, har Helse Øst RHF og Helse Nord RHF den høyeste personelldekningen mens Helse Sør RHF ligger lavest på 84 prosent av landsgjennomsnittet med en dekningsgrad på 36 årsverk per 10 000 innbyggere. Dekningen er spesielt lav for voksne i denne regionen. Tabell 6.3 gir mer nyansert informasjon om personelldekningen ved å splitte totale årsverk i seks ulike personellkategorier. Denne tabellen viser betydelig økning i antall psykologer per 10 000 innbyggere, mens dekningsgraden av helsepersonell uten høyere utdanning reduseres. Dette resultatet finner man igjen når man ser på relativ fordeling mellom personellkategoriene i 2005 og 2006. Tilgangen til privatpraktiserende psykiatere og psykologer er uendret fra 2005 og avtar jo lenger nord i landet man kommer. Mens Helse Øst RHF har en dekningsgrad på 0,6 leger og 1,4 psykologer i privat praksis per 10 000 innbyggere, har de samme variablene verdiene 0,1 og 0,3 i Helse Nord RHF.

⁹ Gjelder private avtalespesialister.

Tabell 6.1 Årsverk i psykisk helsevern for barn og unge, for voksne og totalt. Regionale helseforetak og totalt. Absolutte tall og prosentvis endring fra 2005 til 2006

RHF	Årsverk 2005	Årsverk 2006	Pst endr 2005-2006
Helse Øst RHF	7 764	8 091	4,2
- herav PHBU	1 242	1 373	10,5
- herav PHV	6 522	6 718	3,0
Helse Sør RHF	3 151	3 264	3,6
- herav PHBU	543	605	11,6
- herav PHV	2 609	2 658	1,9
Helse Vest RHF	3 719	3 872	4,1
- herav PHBU	603	640	6,1
- herav PHV	3 116	3 232	3,7
Helse Midt-Norge RHF	2 500	2 535	1,4
- herav PHBU	410	447	9,1
- herav PHV	2 090	2 087	-0,1
Helse Nord RHF	2 036	2 094	2,9
- herav PHBU	405	441	8,9
- herav PHV	1 630	1 653	1,4
Direkte under staten	182	184	1,2
- herav PHBU	0	0	-
- herav PHV	182	184	1,2
Totalt	19 352	20 040	3,6
- herav PHBU	3 203	3 507	9,5
- herav PHV	16 148	16 533	2,4

Datakilde: SSB

Tabell 6.2 Personelldekning i psykisk helsevern for barn og unge, for voksne og totalt. Årsverk per 10 000 innbyggere i målgruppen. Regionale helseforetak. 2005 og 2006.

RHF	Årsverk per 10 000 innbyggere 2005	Prosent av landsgjennom- snittet	Årsverk per 10 000 innbyggere 2006	Prosent av landsgjennom- snittet
Helse Øst RHF	46,4	111	47,8	112
- herav PHBU	33,1	113	36,2	113
- herav PHV	50,3	111	51,2	111
Helse Sør RHF	35,0	84	36,0	84
- herav PHBU	25,8	88	28,8	90
- herav PHV	37,8	83	37,7	83
Helse Vest RHF	38,9	93	40,0	93
- herav PHBU	24,9	85	26,4	83
- herav PHV	43,6	96	44,6	97
Helse Midt-Norge RHF	38,5	92	38,8	91
- herav PHBU	26,4	90	28,9	90
- herav PHV	42,3	93	41,9	91
Helse Nord RHF	44,0	105	45,3	106
- herav PHBU	36,8	125	40,5	127
- herav PHV	46,2	102	46,8	101
Totalt	41,7	100	42,8	100
- herav PHBU	29,3	100	32,0	100
- herav PHV	45,5	100	46,1	100

Datakilde: SSB

Tabell 6.3 Personelldekning etter personellkategori i psykisk helsevern for barn og unge, for voksne og totalt. Årsverk per 10 000 innbyggere. Regionale helseforetak 2006 og totalt 2005 og 2006.

RHF	Psyki- atere	Andre leger	Psyko- loger	Annet helsepersonell m/høyskoleutdanning			Annet helse- personell	Annet personell	Totalt
				Totalt	Sosio- nomer	Syke- pl.			
Helse ØST RHF	2,0	1,7	4,1	20,5			9,7	9,8	47,8
- PHBU	1,5	1,2	7,1		3,0		14,9	1,4	36,2
- PHV	2,2	1,8	3,2			16,7	4,5	12,2	51,2
Helse SØR RHF	1,6	1,1	3,5	17,2			5,4	7,3	36,0
- PHBU	0,9	1,1	6,0		2,7		11,7	0,5	28,8
- PHV	1,8	1,1	2,7			14,5	3,2	6,6	37,7
Helse VEST RHF	1,5	1,4	4,3	19,7			8,4	4,7	40,0
- PHBU	1,0	1,6	6,7		1,9		11,2	0,5	26,4
- PHV	1,7	1,3	3,5			18,7	3,3	11,0	44,6
Helse Midt-Norge RHF	1,5	1,5	3,8	19,6			6,5	5,9	38,8
- PHBU	1,5	1,5	5,8		3,4		11,6	0,2	28,9
- PHV	1,5	1,5	3,2			16,6	4,4	8,4	41,9
Helse Nord RHF	1,7	1,5	4,5	24,7			6,6	6,2	45,3
- PHBU	1,3	2,1	7,7		6,6		14,9	1,9	40,5
- PHV	1,8	1,4	3,5			16,0	9,7	8,1	46,8
Totalt 2006	1,7	1,5	4,1	20,1			7,9	7,5	42,8
- PHBU	1,3	1,4	6,7		3,1		13,0	0,9	32,0
- PHV	1,9	1,5	3,2			16,7	4,6	10,0	46,1
Totalt 2005	1,7	1,4	3,8	19,4			8,2	7,3	41,7
- PHBU	1,2	1,2	6,1		3,1		12,0	1,1	29,3
- PHV	1,8	1,4	3,0			16,6	4,2	10,4	45,5

Datakilde: SSB

Tabell 6.4 Relativ fordeling mellom de ulike personellkategoriene i psykisk helsevern for barn og unge. Regionalt helseforetak. 2006, og totalt 2005 og 2006.

RHF	Psyki- atere	Andre leger	Psyko- loger	Sosio- nomer	Annet helsepers m/ høysk. utd.	Annet helse- personell	Annet personell	Totalt
Helse Øst RHF	4,3	3,4	19,7	8,3	41,2	3,8	19,3	100,0
Helse Sør RHF	3,1	3,8	20,9	9,3	40,6	1,9	20,3	100,0
Helse Vest RHF	3,7	6,0	25,2	7,2	42,4	1,8	13,8	100,0
Helse Midt-Norge RHF	5,2	5,1	20,1	11,7	40,3	0,8	16,8	100,0
Helse Nord RHF	3,2	5,1	19,0	16,2	36,7	4,6	15,1	100,0
Totalt 2006	3,9	4,4	20,9	9,7	40,6	2,8	17,6	100,0
Totalt 2005	4,1	4,2	20,7	10,7	40,8	3,9	15,5	100,0

Datakilde: SSB

Tabell 6.5 Relativ fordeling mellom de ulike personellkategoriene i psykisk helsevern for voksne. Regionalt helseforetak. 2006, og totalt 2005 og 2006

RHF	Psyki- atere	Andre leger	Psyko- loger	Sosio- nomer	Annet helsepers m/ høysk. utd.	Annet helse- personell	Annet personell	Totalt
Helse Øst RHF	4,2	3,6	6,2	32,6	8,8	23,8	20,8	100,0
Helse Sør RHF	4,8	2,8	7,3	38,6	8,6	17,6	20,3	100,0
Helse Vest RHF	3,9	3,0	7,8	41,9	7,4	24,7	11,5	100,0
Helse Midt-Norge RHF	3,6	3,6	7,6	39,7	10,5	20,1	14,9	100,0
Helse Nord RHF	3,8	3,1	7,5	34,2	20,7	17,4	13,4	100,0
Totalt 2006	4,1	3,3	7,1	36,4	9,9	21,7	17,5	100,0
Totalt 2005	4,0	3,1	6,7	36,4	9,2	22,9	17,8	100,0

Datakilde: SSB

Tabell 6.6 Legedekning i offentlig og privat praksis i psykisk helsevern samlet. Årsverk per 10 000 innbyggere. Regionalt helseforetak. 2006, og totalt 2005 og 2006.

RHF	Offentlig praksis		Privat praksis		Årsverk samlet	
	Deknings-grad	Pst av lands-gjennom-snittet	Deknings-grad	Pst av lands-gjennom-snittet	Deknings-grad	Pst av lands-gjennom-snittet
Helse Øst RHF	3,7	115	0,6	161	4,3	120
Helse Sør RHF	2,7	82	0,3	91	3,0	83
Helse Vest RHF	2,9	90	0,3	77	3,2	89
Helse Midt-Norge RHF	3,0	93	0,2	39	3,2	87
Helse Nord RHF	3,3	101	0,1	28	3,4	93
Totalt 2006	3,2	100	0,4	100	3,6	100
Total 2005	3,1	100	0,4	100	3,5	100

Datakilde: SSB

Tabell 6.7 Psykologdekning i offentlig og privat praksis i psykisk helsevern samlet. Årsverk per 10 000 innbyggere. Regionalt helseforetak. 2006, og totalt 2005 og 2006.

RHF	Offentlig praksis		Privat praksis		Årsverk samlet	
	Deknings-grad	Pst av lands-gjennom-snittet	Deknings-grad	Pst av lands-gjennom-snittet	Deknings-grad	Pst av lands-gjennom-snittet
Helse Øst RHF	4,1	100	1,4	149	5,4	109
Helse Sør RHF	3,5	86	0,6	64	4,1	82
Helse Vest RHF	4,3	105	1,0	107	5,3	106
Helse Midt-Norge RHF	3,8	94	0,5	57	4,3	87
Helse Nord RHF	4,5	111	0,3	34	4,8	97
Totalt 2006	4,1	100	0,9	100	5,0	100
Total 2005	3,8	100	0,9	100	4,7	100

Datakilde: SSB

7 Døgnplasser – psykisk helsevern

Ragnild Bremnes og Tove E. Waagan

I dette kapitlet presenteres nasjonale og regionale tall for fordeling av døgnplasser i psykisk helsevern for 2005 og 2006. Tabell 7.1 viser den regionale fordelingen av plasser totalt og for henholdsvis barn og unge og voksne og med prosentvis endring fra 2005. I tabell 7.2 er dekningsgraden beregnet i forhold til regionens innbyggertall i aktuell aldersgruppe og totalt. Rater på regionnivå er videre sett opp imot landsgjennomsnittet. Tall på regionnivå kan tildekke forskjeller internt i helseregionene. På nettsidene presenteres tabell 7.2 på helseforetaksnivå.

Tallet på døgnplasser har holdt seg stabilt fra 2005 til 2006. Dette gjelder både for voksne og for barn og unge. På regionalt nivå har én region nedgang i antall døgnplasser for barn og unge. Fire av regionene har nedgang for voksne, men endringene er små, også på regionnivå.

Tabell 7.2 viser at variasjonen i døgnplassdekningen mellom regionene er betydelig, spesielt for barn og unge. Mens Helse Øst RHF har en dekningsgrad på 4,1 plasser per 10 000 innbyggere i alderen 0-17 år, er det tilsvarende tallet for Helse Sør RHF 2,1 plasser, og de øvrige regionene ligger også på eller under landsgjennomsnittet på 3,1 plasser per 10 000 innbyggere. For voksne er ikke variasjonen like stor, men også for denne aldersgruppen har Helse Sør RHF den laveste døgnplassdekningen med 11,4 plasser per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Helse Vest RHF har høyeste dekning med 14,8 plasser. Situasjonen er ikke vesentlig endret fra 2005, verken på nasjonalt eller på regionalt nivå.

Det er viktig å være oppmerksom på at tallet på døgnplasser ikke er det samme som kapasitet. Kapasiteten ved en enhet vil avhenge av hvordan plassene blir brukt og påvirkes av flere ressurser enn antall tilgjengelige senger, spesielt av tilgjengelige personellressurser. For nærmere omtale av datagrunnlaget, SAMDATAAs nettsider.

Tabell 7.1 Døgnplasser i psykisk helsevern for barn og unge, for voksne og totalt. Regionalt helseforetak. Absolutte tall 2005 og 2006 og prosentvis endring fra 2005 til 2006.

RHF	Døgnplasser 2005	Døgnplasser 2006	Prosent endring 2005-2006
Helse Øst RHF	2 090	2 078	-0,6
- herav PHBU	155	155	0,0
- herav PHV	1 935	1 923	-0,6
Helse Sør RHF	849	840	-1,1
- herav PHBU	45	44	-2,2
- herav PHV	804	796	-1,0
Helse Vest RHF	1 137	1 137	0,0
- herav PHBU	58	63	8,6
- herav PHV	1 079	1 074	-0,5
Helse Midt-Norge RHF	687	682	-0,7
- herav PHBU	39	39	0,0
- herav PHV	648	643	-0,8
Helse Nord RHF	450	461	2,4
- herav PHBU	34	34	0,0
- herav PHV	416	427	2,6
Direkte under staten	123	127	3,3
- herav PHBU	0	0	-
- herav PHV	123	127	3,3
Totalt	5 336	5 325	-0,2
- herav PHBU	331	335	1,2
- herav PHV	5 005	4 990	-0,3

Datakilde: SSB

Tabell 7.2 Døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge, for voksne og totalt. Plasser per 10 000 innbyggere i målgruppen. Regionalt helseforetak. 2005 og 2006.

RHF	Plasser per 10 000 innb 2005	Prosent av landsgjennomsnittet 2005	Plasser per 10 000 innbyggere 2006	Prosent av Landsgjennomsnittet 2006
Helse Øst RHF	12,5	109	12,3	108
- herav PHBU	4,1	136	4,1	134
- herav PHV	14,9	106	14,7	105
Helse Sør RHF	9,4	82	9,3	81
- herav PHBU	2,1	71	2,1	68
- herav PHV	11,7	83	11,4	82
Helse Vest RHF	11,9	103	11,8	103
- herav PHBU	2,4	79	2,6	85
- herav PHV	15,1	107	14,8	106
Helse Midt-Norge RHF	10,6	92	10,4	92
- herav PHBU	2,5	83	2,5	82
- herav PHV	13,1	93	12,9	93
Helse Nord RHF	9,7	85	10,0	88
- herav PHBU	3,1	102	3,1	102
- herav PHV	11,8	84	12,1	87
Totalt	11,5	100	11,4	100
- herav PHBU	3,0	100	3,1	100
- herav PHV	14,1	100	13,9	100

Datakilde: SSB

8 Bruk av spesialisthelsetjenester i psykisk helsevern

Anne Mette Bjerkan, Per Bernhard Pedersen og Solfrid Lilleeng

I 2006 mottok totalt 47 280 pasienter behandling innen psykisk helsevern for barn og unge i Norge. Dette representerer en økning i antall behandlede pasienter på 8,9 prosent fra 2005 (se tabell 8.1). Dette tilsvarer en økning i dekningsgraden fra 4,0 til 4,3 prosent av barne- og ungdomsgruppen (se tabell 8.2). Pasienttallet øker i samtlige regioner. Den største økningen finner vi i Helse Øst hvor totalt antall pasienter økte med 11,4 prosent. Helse Øst behandlet totalt 16330 pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge i løpet av 2006. Lavest økning i totalt antall behandlede pasienter finner vi i Helse Nord. Her ble totalt 6562 pasienter behandlet i løpet av 2006, noe som representerer en økning på 5,2 prosent fra år 2005. Dekningsgraden varierer nå fra 6,0 prosent i Helse Nord til 3,5 prosent i Helse Vest.

Antall pasienter som har mottatt poliklinisk behandling i psykisk helsevern for barn og unge viste også en økning i 2006 sammenlignet med 2005; totalt økte antall polikliniske pasienter med 10,8 prosent. Tendensen i de ulike helseregionene er også den samme, altså en økning i antall poliklinisk behandlede pasienter. Størst er denne økningen i Helse Øst, hvor antall polikliniske pasienter økte med 13,6 prosent fra 2005 til 2006. Helse Midt-Norge, Helse Sør, og Helse Vest viser alle en økning på omtrent ti prosent sammenlignet med 2005, mens regionen med svakest vekst er Helse Nord, hvor antall pasienter som mottok poliklinisk behandling økte med 5,6 prosent.

I 2006 ble det gjennomført 47 500 utskrivinger fra døgnavdelingene i det psykiske helsevernet for voksne (se tabell 8.3). Dette tilsvarer en økning på 9,3 prosent fra året før. Tallet på oppholdsdøgn holdt seg i samme periode stabilt (0,8 prosent nedgang). Økningen i tallet på utskrivinger gjenspeiler dermed en fortsatt nedgang i varigheten av det enkelte opphold. Økningen i tallet på utskrivinger var størst i Helse Øst (12,6 prosent), lavest i Helse Nord (6,5 prosent). Sett i forhold til voksenbefolkningen har Helse Nord likevel flest utskrivinger (15 prosent flere enn på landsbasis), mens Helse Øst har den laveste raten (fem prosent under landsgjennomsnittet (se tabell 8.4)).

Det har også vært en betydelig økning i den polikliniske aktiviteten. Fra 2005 til 2006 økte tallet på konsultasjoner med ca. 63 000 til ca. 931 000, eller 7,3 prosent. Økningen var her kraftigst i Helse Nord (12,7 prosent), lavest i Helse Øst (3,3 prosent). Sett i forhold til voksenbefolkningen utføres det færrest konsultasjoner i Helse Vest (17 prosent under landsgjennomsnittet), og flest i Helse Sør (18 prosent over landsgjennomsnittet).

Sentrale mål for det psykiske helsevernet er å øke tilgjengeligheten til tjenestene og etablere et mer likeverdig tilbud av tjenester, uavhengig av bosted. Vi vil her belyse dette med utgangspunkt i mål for befolkningens bruk av tjenester.

Vi vil imidlertid minne om at bruk av tjenester ikke er det samme som tilgjengelighet til tjenester. Tilgjengelighet til tjenester kan defineres som forholdet mellom behovet for tjenester og kapasiteten på de samme tjenestene, og vil altså også være betinget av behovene i området.

Det har etter hvert utviklet seg enkelte forskjeller i registreringspraksis mellom tjenester for barn og unge og tjenester for voksne. Innen tjenestene til barn og unge har en utviklet statistikk som viser antall individer som mottar ulike typer tjenester. Innen tjenestene for voksne er målingene i større grad knyttet direkte opp til produksjonen av tjenester snarere enn mål på hvor mange individer som mottar disse tjenestene.

Beregningene som gjøres i de etterfølgende tabellene tar utgangspunkt i pasientens bostedsområde. En pasient bosatt på for eksempel Levanger vil bli regnet med under Midt-Norge uansett hvor i landet han eller hun har mottatt behandling.

Beregningene i dette kapitlet bygger på pasientdata innsamlet av Norsk pasientregister (NPR). I enkelte tilfeller er ikke data for tjenestene for voksne komplette. Vi har her justert tallene for hver institusjon med utgangspunkt i samleoppgaver innsamlet av Statistisk sentralbyrå. For to mindre institusjoner i Oslo mangler vi helt pasientdata. Vi har her forutsatt at samtlige pasienter er hjemmehørende i Oslo eller Follo. Datagrunnlag og beregningsmåte er nærmere omtalt i Vedlegg PV7 på nettsidene.

Tabell 8.1 viser antall individer eller brukere under behandling innen tjenestene for barn og unge i 2006. Brukerne er fordelt etter omsorgsnivå, poliklinisk og totalt. I tillegg til volum på tjenesten har vi også beregnet prosentvis endring i tjenestevolumet fra foregående år.

I tabell 8.2 er forbruket i 2006 målt i forhold til antall innbyggere i målgruppen for tjenesten, aldersgruppen 0-17 år. I tillegg til ratene for de enkelte tjenester i regionene har det også blitt beregnet hvor mange prosent dette nivået utgjør av nivået på landsbasis.

Målgruppen for det psykiske helsevernet for barn og unge er befolkningen under 18 år. Et fåtall pasienter (907) var over 18 år ved inngangen til 2006. Disse er også tatt med i beregningen av dekningsgraden. Det er flere årsaker til dette, den første er at det brukes ressurser fra psykisk helsevern for barn og unge også på denne gruppen. Videre er det slik at noen pasienter som er fylte 18 år får et behandlingstilbud i PHBU til de får et tilbud om behandling i psykisk helsevern for voksne. I tillegg får enkelte gravide behandling i PHBU før barnet er født, og regnes derfor som pasienter, ved enkelte familieavdelinger registreres også alle familiemedlemmer som pasienter ved en innleggelse. Holdes disse pasientene utenfor reduseres dekningsgraden fra 4,3 til 4,2 prosent.

Tabell 8.3 viser volum og endringer i bruken av behandlingstjenester for voksne etter bostedsregion. Som indikatorer er brukt antall døgnopphold (både avsluttede og uavsluttede), antall utskrivninger, antall oppholds-døgn og antall polikliniske konsultasjoner. I tillegg til volum i 2006 har vi beregnet endring i volumet fra foregående år.

Indikatorer på regionnivå kan dekke over betydelige forskjeller internt i regionene. På SAMDATAs nettsider har vi derfor publisert tall som viser ratene i tabell 8.2 og 8.4 brutt ned på foretaksområder.

Tabell 8.1 Antall pasienter i psykisk helsevern for barn og unge, etter bostedsregion og omsorgsnivå. 2006 og prosentendring fra 2005.

Bostedsregion	Poliklinisk behandling		Totalt antall pasienter	
	2006	Pst endr 2005-06	2006	Pst endr 2005-06
Helse Øst	15 783	13,6	16 330	11,4
Helse Sør	9 826	10,6	9 870	9,0
Helse Vest	8 270	10,1	8 403	8,6
Helse Midt-Norge	5 944	10,8	6 115	7,1
Helse Nord	6 391	5,6	6 562	5,2
Totalt	46 214	10,8	47 280	8,9

Datakilde: NPR

Definisjoner og omtale av datagrunnlag: Vedlegg PV2 på SAMDATAs nettsider.

Tabell 8.2 Antall behandlede pasienter og pasienter pr 100 innbyggere (i prosent av befolkningen) under 18 år. Etter pasientens bostedsregion og omsorgsnivå. Psykisk helsevern for barn og unge. 2006.

Bostedsregion	Poliklinisk behandling		Pasienter samlet	
	Pasienter pr 100 innb 0-17 år	Pst av lands- gj.snitt	Pasienter pr 100 innb 0-17 år	Pst av lands- gj.snitt
Helse Øst	4,2	99	4,3	100
Helse Sør	4,7	111	4,7	109
Helse Vest	3,4	81	3,5	80
Helse Midt-Norge	3,8	91	3,9	91
Helse Nord	5,9	140	6,0	140
Regionene samlet	4,2	100	4,3	100

Datakilde: NPR.

Definisjoner og omtale av datagrunnlaget: Vedlegg PV2 på SAMDATAs nettsider.

Tabell 8.3 Døgnopphold, utskrivninger, oppholds døgn og polikliniske konsultasjoner i det psykiske helsevernet for voksne. Bostedsregion. 2006.

Bostedsregion	Døgnopphold		Utskrivninger		Døgn		Konsultasjoner	
	2006	Pst endr 2005-06	2006	Pst endr 2005-06	2006	Pst endr 2005-06	2006	Pst endr 2005-06
Helse Øst	18 106	10,9	16 461	12,6	630 718	0,1	338 583	3,3
Helse Sør	10 116	8,2	9 437	7,4	253 609	0,8	212 307	10,0
Helse Vest	10 547	6,7	9 600	8,0	343 840	-3,2	155 652	7,0
Helse Midt-Norge	7 157	7,7	6 670	8,3	192 382	-2,8	135 852	10,8
Helse Nord	5 779	7,2	5 381	6,5	139 460	1,7	88 395	12,7
Regionene samlet	51 704	8,6	47 549	9,3	1 560 009	-0,8	930 789	7,3

Datakilder: NPR og SSB

Tabell 8.4 Døgnopphold, utskrivninger, oppholds døgn og polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Bostedsregion. 2006.

Bostedsregion	Døgnopphold		Utskrivninger		Døgn		Konsultasjoner	
	Per 10 000 innb 18 år og over	Pst av lands- gj.- snittet	Per 10 000 innb 18 år og over	Pst av lands- gj.- snittet	Per 10 000 innb 18 år og over	Pst av lands- gj.- snittet	Per 10 000 innb 18 år og over	Pst av lands- gj.- snittet
Helse Øst	138	96	125	95	4 805	110	2 579	99
Helse Sør	145	101	136	102	3 646	84	3 052	118
Helse Vest	145	101	132	100	4 742	109	2 147	83
Helse Midt-Norge	144	100	134	101	3 859	89	2 725	105
Helse Nord	164	113	152	115	3 948	91	2 502	96
Regionen samlet	144	100	133	100	4 351	100	2 596	100

Datakilder: NPR og SSB

9 Ventetider til poliklinikk innen psykisk helsevern

Birgitte Kalseth

Tallene er hentet fra NPR sin offentlig tilgjengelige og fleksible datakube over ventelistedata fra norske sykehus¹⁰. Data fra tredje tertial 2005 og tredje tertial 2006 er inkludert. Kvaliteten og komplettheten på ventelistedata er varierende, og for tredje tertial 2005 manglet data fra syv institusjoner. Dette gjaldt Aker sykehus (Helse Øst RHF) og St. Olavs Hospital (Helse Midt-Norge RHF) innen psykisk helsevern for voksne. Disse hadde henholdsvis 719 og 1052 avviklinger fra venteliste til poliklinisk oppfølging i 2006. Innen Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) manglet Telemark HF (Helse Sør RHF), Nord-Hordaland (Helse Vest RHF), Namsos (Helse Midt-Norge RHF), og i Helse Nord RHF manglet Hammerfest og Nord-Troms. Til sammen hadde disse institusjonene 174 avviklet fra venteliste i tredje tertial 2006.

Manglende data gir feil i utviklingstallene for antall ordinært avviklet fra venteliste i disse regionene. Ut fra kunnskapen om manglende data i tredje tertial 2005 er det grunnlag for å anta at antall avviklet fra venteliste ved poliklinikkene innen psykisk helsevern for voksne ikke har økt i perioden. Innen psykisk helsevern for barn og unge tyder tallene på en viss vekst i antall avviklede fra venteliste.

Det kan beregnes ventetider for de institusjonene som er inkludert, men vi må minne om at både Helse Øst og spesielt Helse Midt-Norge vil ha et ganske ulikt pasientgrunnlag de to årene på grunn av at to store institusjoner mangler innen psykisk helsevern for voksne.

I tredje tertial 2006, som i 2005, hadde Helse Vest RHF lengst gjennomsnittlig ventetid for barn og unge, med en ventetid på 121 dager. Institusjonene i denne regionen hadde en mindre andel korttidsventere (under 1 mnd) og en større andel langtidsventere (over 6 mnd) enn de andre regionene. Helse Øst RHF og Helse Sør RHF hadde kortest ventetid for barn og unge. Også innen psykisk helsevern for voksne hadde Helse Vest RHF lengst ventetid til poliklinisk utredning/behandling, med 65 dager. Kortest ventetid hadde Helse Øst RHF. Basert på noe ufullstendige tall for 2005, ser det ut til å være en svak økning i avsluttet ventetid, både innen psykisk helsevern for voksne og for barn og unge.

¹⁰ Se http://www.shdir.no/norsk_pasientregister/ventelister/

Tabell 9.1 Antall pasienter ordinært avviklet fra venteliste for poliklinisk behandling. Fordelt etter helseregion. Psykisk helsevern for barn og unge og psykisk helsevern for voksne. Tredje tertial 2005 og 2006 og endring.

Regionalt helseforetak	3. tertial 2005		3. tertial 2006		Endring antall		Endring prosent	
	Barn/unge	Voksne	Barn/unge	Voksne	Barn/unge	Voksne	Barn/unge	Voksne
Helse Øst RHF	1 766	3 670	1 909	3 744	143	-232	8,1	-
Helse Sør RHF	844	2 746	1 050	2 757	78	11	-	0,4
Helse Vest RHF	863	1 706	1 050	1 518	160	-188	-	-11,0
Helse Midt-Norge RHF	682	940	709	1 629	-15	-73	-	-
Helse Nord RHF	784	1 088	872	1 104	35	16	-	1,5
Alle behandlingssteder	4 939	10 150	5 590	10 785	651	635	-	-

Datakilder: NPR. Tall i grått inngår i totaltallene.

Tabell 9.2 Gjennomsnittlig ventetid i dager til poliklinisk behandling og innleggelse innen psykisk helsevern. Pasienter ordinært avviklet. Tredje tertial 2005 og 2006 og endring. Fordelt etter fagområde og helseregion.

Regionalt helseforetak	3. tertial 2005		3. tertial 2006		Endring	
	Barn/unge	Voksne	Barn/unge	Voksne	Barn/unge	Voksne
Helse Øst RHF	79	54	74	48	-5	-7
Helse Sør RHF	54	45	76	52	22	7
Helse Vest RHF	116	53	121	65	5	12
Helse Midt-Norge RHF	102	51	96	59	-5	8
Helse Nord RHF	103	65	92	59	-11	-6
Alle behandlingssteder	88	52	89	54	1	2

Datakilder: NPR

Tabell 9.3 Ventetid til poliklinisk utredning/behandling innen psykisk helsevern for barn og unge. Prosentandeler innen angitte venteintervaller tredje tertial 2006 og endring i andel fra tredje tertial 2005. Ordinært avviklede henvisninger i perioden.

Regionalt helseforetak	3. tertial 2006, prosentandel						Endring andel fra 3. tertial 2005					
	<1 mnd	1-3 mnd	3-6 mnd	6-12 mnd	> 1 år	Alle ventetider	<1 mnd	1-3 mnd	3-6 mnd	6-12 mnd	> 1 år	
Helse Øst RHF	17,9	43,1	26,2	12,6	0,2	100	-3,0	4,6	0,6	-1,6	-0,5	
Helse Sør RHF	23,0	38,8	22,3	15,5	0,4	100	-0,3	-14,1	6,5	7,5	0,4	
Helse Vest RHF	9,8	30,7	30,7	25,0	3,8	100	-2,1	-0,6	1,7	1,1	0,0	
Helse Midt-Norge RHF	15,4	34,6	29,1	20,6	0,4	100	2,8	0,5	-3,8	1,2	-0,7	
Helse Nord RHF	13,1	39,9	28,2	18,1	0,7	100	0,2	1,1	3,3	-3,7	-0,8	
Alle behandlingssteder	16,3	38,4	27,0	17,4	1,0	100	-1,1	-0,7	1,6	0,6	-0,3	

Datakilder: NPR

Tabell 9.4 Ventetid til poliklinisk utredning/behandling innen psykisk helsevern for voksne. Prosentandeler innen angitte venteintervaller tredje tertial 2006 og endring i andel fra tredje tertial 2005. Ordinært avviklede henvisninger i perioden.

Regionalt helseforetak	3. tertial 2006, prosentandel						Endring andel fra 3. tertial 2005					
	<1 mnd	1-3 mnd	3-6 mnd	6-12 mnd	> 1 år	Alle ventetider	<1 mnd	1-3 mnd	3-6 mnd	6-12 mnd	> 1 år	
Helse Øst RHF	27,2	57,1	11,0	3,7	0,9	100	-3,0	4,6	0,6	-1,6	-0,5	
Helse Sør RHF	19,7	60,8	14,8	4,4	0,4	100	-0,3	-14,1	6,5	7,5	0,4	
Helse Vest RHF	17,0	58,8	18,4	5,0	0,7	100	-2,1	-0,6	1,7	1,1	0,0	
Helse Midt-Norge RHF	20,7	53,5	19,9	5,1	0,8	100	2,8	0,5	-3,8	1,2	-0,7	
Helse Nord RHF	23,1	48,6	23,0	5,1	0,3	100	0,2	1,1	3,3	-3,7	-0,8	
Alle behandlingssteder	22,4	56,9	15,6	4,4	0,7	100	-1,1	-0,7	1,6	0,6	-0,3	

Datakilder: NPR

Del III Tabelldel – Psykisk helsevern foretaks- perspektivet

10 Kapasitetsutnyttning – psykisk helsevern for voksne

Vidar Halsteinli, Ragnild Bremnes og Solfrid Lilleeng

10.1 Innledning

Antall konsultasjoner per fagårsverk brukes som indikator på produktivitet i poliklinisk virksomhet for voksne, og presenteres i kapittel 10.2 på nasjonalt og regionalt nivå. For en best mulig forståelse av indikatoren, er det viktig å ha følgende informasjon om datagrunnlaget i mente:

Antall polikliniske konsultasjoner er i hovedsak hentet fra pasientdata fra NPR basert på innrapportering av antall refusjonsberettigede tiltak. I de tilfellene at det er mangelfull informasjon i pasientdata, er antall konsultasjoner hentet fra SSBs institusjonsstatistikk.

I 2005 tok poliklinikkene i bruk et revidert takstsystem som inkluderte enkelte nye takster (oppfølgingsmøter med førstelinjetjenesten, telefonkonsultasjoner om/med navngitte pasienter og tilleggstakster for bruk av tester og gruppebehandling, se rundskriv F01.12.2000 nr 1389). "Antall konsultasjoner" dekker i hovedsak antall kontakter mellom pasient og behandler, men *kan* også omfatte møter med førstelinjetjenesten. Økning i antall konsultasjoner siden 2004 *kan* ha sammenheng med nye takster fra og med 2005.

Med fagårsverk menes antall årsverk utført av universitetsutdannet og høyskoleutdannet personell. For året 2006 er antall fagårsverk beregnet ved å ta gjennomsnittet for registrerte årsverk i 2005 og 2006, og tilsvarende for året 2005. For nærmere omtale av datagrunnlaget, se SAMDATAs nettsider.

Antall polikliniske konsultasjoner økte med åtte prosent fra 2005 til 2006. Antall fagårsverk økte imidlertid med ti prosent, noe som medførte at produktiviteten ble redusert med 2,5 prosent. Nedgangen *kan* ha sammenheng med økt vektlegging av ambulant virksomhet (et tidkrevende behandlingstilbud sammenliknet med tradisjonelt oppmøte på poliklinikken) og økt omfang av dagbehandling i regi av poliklinikker. Året 2006 er det første året med nedgang i produktivitet siden 2002.

Av de regionale helseforetakene var det kun Helse Midt-Norge RHF som hadde økt produktivitet i 2006 (fire prosent). Helse Nord RHF hadde tilnærmet uendret produktivitet, mens de tre øvrige foretakene hadde en reduksjon på fra to til fire prosent. I 2006 varierte antall polikliniske konsultasjoner per fagårsverk fra 277 i Helse Nord RHF til 473 i Helse Sør RHF. Gjennomsnittet på nasjonalt nivå var 412 konsultasjoner per fagårsverk, mot 422 i 2005. For resultater på helseforetaksnivå og grunnlagsdata, se nettsidene til SAMDATA.

Kapittel 10.2 presenterer nasjonale og regionale tall for antall oppholdsdøgn og utskrivninger to siste år og beregner personellfaktor, behandlerfaktor, utskrivninger per årsverk og belegg for døgninstitusjoner innen psykisk helsevern for voksne. Tabellene skiller mellom ulike institusjonstyper. Personellfaktoren angir forholdet mellom årsverk ved årets slutt og gjennomsnittlig pasientbelegg, og er et estimat på antall årsverk som er tilgjengelig per pasient. Behandlerfaktoren er beregnet på samme måte som personellfaktoren, men

inkluderer bare universitets- og høyskoleutdannet personell. Dersom personellinnsatsen varierer mye gjennom året vil dette ha konsekvenser for relevansen av disse målene.

Utskrivninger per årsverk er en produktivitetsindikator ved døgninstitusjoner innen psykisk helsevern og ser på sammenhengen mellom pasientsirkulasjon målt ved antall utskrivninger og ressursinnsats målt ved antall årsverk.

Beleggsprosenten måler utnyttelsesgraden av døgnplassene og er et forholdstall mellom totalt antall oppholdsdøgn i løpet av året og døgnplasser (x 365). Tallet på døgnplasser er målt ved årsslutt. Målet vil derfor ikke gi en god beskrivelse av utnyttelsesgraden for institusjoner som har endret kapasitet i løpet av året. For nærmere omtale av datagrunnlaget, se SAMDATAs nettsider.

Fra 2005 til 2006 var det en liten nedgang i antall oppholdsdøgn for voksne. Nedgangen skyldes først og fremst færre oppholdsdøgn ved sykehjem og andre døgninstitusjoner (12,8 prosent nedgang) og ved distriktpsikiatriske døgn tilbud (7,1 prosent nedgang). Sykehusene har hatt en økning i alle regioner med unntak av Helse Midt-Norge RHF. I samme periode har antall utskrivninger økt med 9,3 prosent på nasjonalt nivå. Økningen er gjennomgående i alle regioner.

Målt med utskrivninger per årsverk, har produktiviteten økt både på regionalt og på nasjonalt nivå, totalt med 5,5 prosent. Effekten drives først og fremst av utviklingen ved de distriktpsikiatriske enhetene som også har flest utskrivninger per årsverk i alle de fem regionene.

Beleggsprosenten er uendret fra 2005 på nasjonalt nivå og variasjonen mellom regionene er liten. Helse Øst RHF ligger høyest med 88 prosent gjennomsnittlig belegg mens Helse Midt-Norge ligger lavest med 82 prosent. Som i 2005 er beleggsprosenten høyest ved sykehusene. Ved de distriktpsikiatriske døgn enhetene har det vært en nedgang på tre prosentpoeng.

Behandlingspersonell tilgjengelig per oppholdsdøgn øker i alle regioner og ved alle institusjonstyper. Som i 2005 er økningen større ved de distriktpsikiatriske institusjonene enn ved sykehusene, men sykehusene har fortsatt betydelig høyere behandlerfaktor. For resultater på foretaks- og institusjonsnivå henvises det til nettsidene til SAMDATA.

10.2 Kapasitetsutnyttning i poliklinikker for voksne

Tabell 10.1 Konsultasjoner, pasienter og produktivitet i poliklinisk virksomhet for voksne. 2005 og 2006.

	2005	2006	Pst endr 2005-06
Poliklinisk virksomhet – nasjonale tall			
Alle registrerte konsultasjoner:	867 390	930 789	7,3
For institusjoner som inngår i beregning av produktivitet			
Antall konsultasjoner	853 623	918 194	7,6
Antall polikliniske fagårsverk	2 022	2 230	10,3
Konsultasjoner per fagårsverk	422	412	-2,5

Datakilde: NPR og SSB

Tabell 10.2 Konsultasjoner og fagårsverk i poliklinikker for voksne. 2006 og prosent endring fra 2005.

RHF	Konsultasjoner		Fagårsverk		Konsultasjoner per fagårsverk	
	2006	Pst endr 2005-06	2006	Pst endr 2005-06	2006	Pst endr 2005-06
Helse Øst RHF	337 858	4,1	775	8,5	436	-4,1
Helse Sør RHF	209 943	9,9	444	12,4	473	-2,3
Helse Vest RHF	155 289	6,5	409	11,6	380	-4,6
Helse Midt-Norge RHF	134 038	11,1	310	6,7	432	4,2
Helse Nord RHF	81 066	13,2	292	14,2	277	-0,8
Totalt	918 194	7,6	2 230	10,3	412	-2,5

Datakilde: NPR og SSB

10.3 Kapasitetsutnyttning i døgninstitusjoner for voksne

Tabell 10.3 Opholdsdøgn for døgnpasienter ved institusjoner i psykisk helse for voksne. Etter regionale helseforetak og institusjonstype. 2005 og 2006, og prosent endring fra 2005.

RHF/ institusjonstype	2005	2006	Prosent endring 2005-06
Helse Øst RHF			
Sykehus	371 827	380 413	2,3
Distriktpsikiatriske tilbud	193 871	194 998	0,6
Sykehjem oa	53 669	44 503	-17,1
Sum Helse Øst RHF	619 367	619 914	0,1
Helse Sør RHF			
Sykehus	130 755	135 482	3,6
Distriktpsikiatriske tilbud	107 787	105 324	-2,3
Sum Helse Sør RHF	238 542	240 806	0,9
Helse Vest RHF			
Sykehus	164 368	188 688	14,8
Distriktpsikiatriske tilbud	185 886	148 719	-20,0
Sum Helse Vest RHF	350 254	337 407	-3,7
Helse Midt-Norge RHF			
Sykehus	111 079	109 943	-1,0
Distriktpsikiatriske tilbud	75 182	70 850	-5,8
Sykehjem oa	9 896	10 901	10,2
Sum Helse Midt-Norge RHF	196 157	191 694	-2,3
Helse Nord RHF			
Sykehus	81 583	83 679	2,6
Distriktpsikiatriske tilbud	46 337	45 924	-0,9
Sykehjem oa	889	771	-13,3
Sum Helse Nord RHF	128 809	130 374	1,2
Direkte under staten			
Sykehus	38 152	39 814	4,4
Sum psykisk helsevern for voksne			
Sykehus	897 764	938 019	4,5
Distriktpsikiatriske tilbud	609 063	565 815	-7,1
Sykehjem oa	64 454	56 175	-12,8
Totalt	1 571 281	1 560 009	-0,7

Datakilde: NPR og SSB

Tabell 10.4 Utskrivninger av døgnpasienter ved institusjoner i psykisk helsevern for voksne. Etter regionale helseforetak og institusjonstype. 2005 og 2006, og prosent endring fra 2005.

RHF/ institusjonstype	2005	2006	Prosent endring 2005-06
Helse Øst RHF			
Sykehus	9 937	11 020	10,9
Distriktpsikiatriske tilbud	4 104	4 857	18,3
Sykehjem oa	120	92	-23,3
Sum Helse Øst RHF	14 161	15 969	12,8
Helse Sør RHF			
Sykehus	4 730	5 103	7,9
Distriktpsikiatriske tilbud	3 584	3 819	6,6
Sum Helse Sør RHF	8 314	8 922	7,3
Helse Vest RHF			
Sykehus	4 529	5 315	17,4
Distriktpsikiatriske tilbud	4 138	4 003	-3,3
Sum Helse Vest RHF	8 667	9 318	7,5
Helse Midt-Norge RHF			
Sykehus	4 089	4 280	4,7
Distriktpsikiatriske tilbud	1 763	2 146	21,7
Sykehjem oa	322	226	-29,8
Sum Helse Midt-Norge RHF	6 174	6 652	7,7
Helse Nord RHF			
Sykehus	2 278	2 376	4,3
Distriktpsikiatriske tilbud	2 436	2 654	8,9
Sykehjem oa	33	47	42,4
Sum Helse Nord RHF	4 747	5 077	7,0
Direkte under staten			
Sykehus	1 452	1 611	11,0
Sum psykisk helsevern for voksne			
Sykehus	27 015	29 705	10,0
Distriktpsikiatriske tilbud	16 025	17 479	9,1
Sykehjem oa	475	365	-23,2
Totalt	43 515	47 549	9,3

Datakilde: NPR og SSB

Tabell 10.5 Kapasitetsutnyttning ved døgninstitusjoner innen psykisk helsevern for voksne. Etter regionale helseforetak og institusjonstype. 2005 og 2006, og prosent endring fra 2005.

RHF/ institusjonstype	Personellfaktor		Behandlerfaktor		Utskrivninger per årsverk		Beleggsprosent	
	2006	Pst endr 2005-06	2006	Pst endr 2005-06	2006	Pst endr 2005-06	2005	2006
Helse Øst RHF								
Sykehus	4,0	6,8	2,0	2,8	2,6	1,5	93	92
Distriktpsikiatriske tilbud	2,2	0,5	1,2	2,8	4,2	17,1	83	84
Sykehjem oa	1,6	4,5	0,7	12,1	0,5	-13,0	76	75
Sum Helse Øst RHF	3,2	5,6	1,6	4,2	2,9	6,0	88	88
Helse Sør RHF								
Sykehus	3,3	-3,3	2,0	1,3	4,2	7,7	84	89
Distriktpsikiatriske tilbud	2,8	1,2	1,4	0,7	4,7	7,7	78	76
Sum Helse Sør RHF	3,1	-1,1	1,7	1,7	4,4	7,5	81	83
Helse Vest RHF								
Sykehus	3,3	2,0	2,0	2,3	3,1	0,2	91	93
Distriktpsikiatriske tilbud	2,3	6,1	1,3	6,0	4,3	13,9	87	79
Sum Helse Vest RHF	2,8	7,2	1,7	7,6	3,6	4,1	89	86
Helse Midt-Norge RHF								
Sykehus	3,9	-0,3	2,3	-0,3	3,7	6,1	87	84
Distriktpsikiatriske tilbud	2,5	12,0	1,5	18,7	4,4	10,3	80	78
Sykehjem oa	1,8	-8,8	0,8	-8,3	4,3	-6,7	68	83
Sum Helse Midt-Norge RHF	3,2	3,1	1,9	4,9	3,9	6,9	83	82
Helse Nord RHF								
Sykehus	3,3	-2,0	2,2	0,6	3,1	3,8	92	93
Distriktpsikiatriske tilbud	3,9	6,3	2,4	7,7	5,4	3,4	75	71
Sykehjem oa	9,5	-4,0	5,1	18,1	2,3	71,1	61	53
Sum Helse Nord RHF	3,6	0,8	2,3	3,2	4,0	4,8	85	84
Direkte under staten								
Sykehus	1,7	-3,1	1,0	-1,8	8,8	9,7	85	86
Sum psykisk helsevern for voksne								
Sykehus	3,6	2,4	2,0	1,6	3,2	2,8	90	91
Distriktpsikiatriske tilbud	2,5	4,4	1,4	5,9	4,5	11,8	82	79
Sykehjem oa	1,7	0,3	0,8	9,1	1,4	3,0	76	76
Totalt	3,1	4,0	1,7	4,4	3,6	5,5	86	86

Datakilde: NPR og SSB

Del IV Tabelldel – Rusbehandling befolknings- perspektivet

11 Kostnader til tverrfaglig rusbehandling

Kjartan Sarheim Anthun¹¹, Heidi Torvik og Silje L. Kaspersen

11.1 Innledning

Totale driftskostnader til tverrfaglig behandling av rusmiddelmissbrukere i spesialisthelsetjenesten øker med 162 millioner kroner (målt i faste 2006-kroner), fra 1 958 millioner til 2 120 millioner. Dette er en økning på 8,3 prosent fra 2006. Kostnader innen denne sektor kan derfor sies å ha hatt høy vekst, se også kapittel 2. I 2006 ble det brukt 453 kroner per innbygger på tverrfaglig behandling av rusmiddelmissbrukere noe som utgjorde en økning på 7,3 prosent fra 2005 (se tabell 11.1).

De regionale helseforetakenes kostnader til behandling av rusmiddelmissbrukere økte med 7,8 prosent. Dette er prosentvis noe lavere enn de nasjonale tallene. Nasjonale tall presentert her er sum av kostnader til både private institusjoner og offentlige helseforetak, mens regiontall er korrigert for gjestepasientoppgjør. På grunn av en ubalanse i gjestepasientoppgjøret er de totale summene ikke identiske, dette gjelder både 2005 og 2006.

Blant regionene er det fremdeles store variasjoner i kostnadsnivået til behandling av rusmiddelmissbrukere. Helse Øst er den regionen som bruker mest på behandling av rusmiddelmissbrukere med 909 millioner (se tabell 11.2). Imidlertid har Helse Øst en beskjedne kostnadsvekst sammenlignet med de andre helseregionene. Sett bort fra Helse Øst har de andre helseregionene en kostnadsvekst på nesten 13 prosent i gjennomsnitt, høyest i Helse Sør hvor kostnadsveksten er på hele 15 prosent. Generelt kan kostnadsveksten komme av ulike årsaker: ny aktivitet, økt aktivitet og mer presis definisjon av hva som er behandling av rusmiddelmissbrukere. Det er ulik praksis mellom helseregionene for hva som defineres som kostnader til rus og hva som defineres under psykisk helsevern. Dette gir også utslag i driftskostnader per innbygger (se tabell 11.3). Helse Øst bruker 537 kroner per innbygger, mens Helse Midt-Norge kun bruker 309 kroner. Imidlertid har utviklingen fra 2005 vært i positiv retning; ulikhetene mellom helseregionene har blitt mindre ettersom alle helseregioner nærmer seg landsgjennomsnittet.

11.2 Definisjoner og datagrunnlag

Regnskapsdata for institusjoner og helseforetak som er underlagt de regionale helseforetakene, samt private institusjoner med avtale med helseforetak, er innsamlet av SSB. I helseforetakenes funksjonskontoplan er kostnader summert over funksjon 680 (Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere – fellesfunksjoner) og funksjon 681 (Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere – direkte pasientrettet virksomhet). Totale driftskostnader omfatter her, som for andre deler av rapporten, sum av

¹¹ Kapittelforfatter.

kostnader ført under konto 4-7 i helseforetakenes kontoplan, med fradrag for av- og nedskrivninger ført under konto 60, kostnader til leie av lokaler ført under konto 630, tap og lignende ført under konto 78, samt kostnader til kjøp av pasientbehandling i andre helseregioner eller hos private institusjoner som vi har regnskap for. Kostnader presentert på regionalt nivå er korrigert for gjestepasientoppgjør og kjøp av private tjenester.

Tabell 11.1 Totale driftskostnader til rusbehandling, totalt og per innbygger. 2005 og 2006, samt prosentvis endring. Beløp målt i faste 2006-kroner.

	2005	2006	Pst endr 2005-06
Totale driftskostnader (millioner)	1 958	2 120	8,3
Totale driftskostnader per innbygger (kroner)	422	453	7,3

Kilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget på nettsidene.

Tabell 11.2 Totale driftskostnader til rusbehandling per helseregion i 2005 og 2006, samt prosentvis endring. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner.

Region	2005	2006	Pst endr 2005-06
Helse Øst	893	909	1,9
Helse Sør	376	433	15,0
Helse Vest	353	400	13,3
Helse Midt-Norge	187	202	7,7
Helse Nord	172	192	11,5
Sum	1 981	2 136	7,8

Kilde: SSB og SINTEF Helse. Totale driftskostnader summert over regionale helseforetak samsvarer ikke nøyaktig med totale driftskostnader presentert i tabell 11.1 for nasjonale tall. Dette skyldes ubalanse i gjestepasientoppjøret. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget på nettsidene.

Tabell 11.3 Totale driftskostnader til rusbehandling per innbygger i 2005 og 2006, samt prosentavvik fra gjennomsnitt for alle regionene. Målt i faste 2006-kroner.

Region	2005	Pst avvik fra landsgjennomsnittet	2006	Pst avvik fra landsgjennomsnittet
Helse Øst	534	25,0	537	17,8
Helse Sør	418	-2,1	478	4,7
Helse Vest	369	-13,6	413	-9,4
Helse Midt-Norge	289	-32,4	309	-32,3
Helse Nord	372	-12,9	415	-9,0
Sum	427	0,0	456	0,0

Kilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget på nettsidene.

Del V Tabelldel – Somatisk spesialisthelsetjeneste
befolkningsperspektivet

12 Kostnader og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste

Kjartan Sarheim Anthun¹², Heidi Torvik og Silje L. Kaspersen

Totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste utgjør 53,4 milliarder kroner i 2006. På nasjonalt nivå innebærer dette en realvekst på 2,6 mrd kr fra 2005, noe som utgjør 5,1 prosent målt i faste priser (se tabell 12.1). Øremerkede aktivitetstilskudd synker med til sammen 7,3 mrd fra 2005, hvorav det meste skyldes nedgang i refusjonsandelen i innsatsstyrt finansiering (ISF) fra 60 prosent i 2005 til 40 prosent i 2006. Hvis man derimot omregner inntektene for ISF for 2005 til 2006-andelen er det kun en marginal økning i ISF-inntekter på totalt 76 millioner i faste 2006-kroner. ISF-inntekter per innbygger går i gjennomsnitt marginalt ned, se figur 12.3.

Øremerkede rammetilskudd knyttet til forskning og nasjonale kompetansesentra er redusert fra 2005 til 2006. I 2006 ble ikke tilskudd knyttet til undervisning og utdanning gitt som øremerket tilskudd, men derimot som generelt driftstilskudd. Ny virksomhet (blant annet TNF-hemmere og pasientskadeerstatning, se kapittel 2) har kommet til i oppgavene til helseforetakene. Driftskostnader finansiert av de regionale helseforetakene har, jamfør endring i refusjonsandel ISF, økt med 10,2 mrd og utgjør nå 62 prosent av finansieringen av somatisk spesialisthelsetjeneste, mot 45 prosent i 2005, se tabell 12.1.

Det er fremdeles store regionale forskjeller kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste. Per innbygger bruker Helse Sør, Helse Midt-Norge og Helse Nord fremdeles over landsgjennomsnittet. Imidlertid viser utviklingen fra 2005 at alle regioner nærmer seg gjennomsnittet, bortsett fra Helse Nord som øker i avstand til de andre regioner (se tabell 12.7 og figur 12.1). Økningen i totale driftskostnader er størst i nettopp Helse Nord som øker kostnadene med 6,8 prosent. Minst er økningen i Helse Midt-Norge med vekst på 3,7 prosent (se tabell 12.6).

Fra 2005 presenteres også kostnader inkludert kapitalkostnader (se figur 12.2, tabell 12.8 og 12.9). I kapitalkostnader inkluderes her av- og nedskrivninger, husleiekostnader samt tap ved salg (se nærmere vedlegg SV3 på SAMDATAs nettsider). Inklusjon av kapitalkostnader bidrar til å forsterke de regionale forskjellene, de regioner med store driftskostnader per innbygger har også høye kapitalkostnader – og motsatt. Helse Nord's kostnader (inkl kapital) per innbygger ligger i 2006 hele 38 prosent over Helse Vest.

Kostnader og finansiering presentert i dette kapittel er basert på regnskap som helseforetak og private institusjoner innrapporterer til SSB. Grunnlagstabeller for kostnader og finansiering er presentert på SAMDATAS nettsider, se vedlegg SG2 og SV3. Ved sammenligning av størrelser mellom 2005 og 2006 benyttes alltid deflaterte størrelser for 2005, for detaljer om dette, se vedlegg SV3 og kapittel 2.

¹² Kapittelforfatter.

12.1 Nasjonale tall

Tabell 12.1 Totale driftskostnader til, og finansiering av, somatisk spesialisthelsetjeneste. 2005 og 2006. Finansiering fordelt på ulike finansieringskomponenter. Millioner kroner målt i faste 2006 kroner. Prosentandeler og prosentvis endring av finansieringskomponenter.

	2005		2006		Prosentvis endring 2005-2006
	Mill. Kr.	Prosentandel	Mill. kr	Prosentandel	
Totale driftskostnader	50 810	100,0	53 382	100,0	5,1
A. Øremerkede aktivitetstilskudd					
Innsatsstyrt finansiering	20 866	41,1	13 987	26,2	-33,0
Polikliniske refusjoner	3 493	6,9	3 011	5,6	-13,8
B. Øremerkede rammetilskudd					
Tilskudd til forskning og nasjonale kompetansesentra	1 087	2,1	593	1,1	-45,4
C. Pasientbetaling	865	1,7	854	1,6	-1,3
D. Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.	1 738	3,4	1 843	3,5	6,1
E. Driftskostnader finansiert av RHF ¹⁾	22 761	44,8	33 094	62,0	45,4

Kilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget, se vedlegg SV3 på nettsidene.

1) Kostnader finansiert av RHF er residualbestemt, og framkommer som totale driftskostnader minus finansieringskomponentene angitt under A, B, C, og D. Det vil si at E = Totale driftskostnader – (A + B + C + D).

Tabell 12.2 Finansiering av kostnadsvekst fra 2005 til 2006, somatisk spesialisthelsetjeneste. Millioner kroner målt i faste 2006 kroner.

Kostnadsvekst 2005 til 2006:	Mill kr
Totalt somatisk spesialisthelsetjeneste	2 573
Finansiert av:	
A: Innsatsstyrt finansiering	-6 879
A: Polikliniske refusjoner	-482
B: Tilskudd til forskning og nasjonale kompetansesentra	-494
C: Pasientbetaling	-11
D: Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.	105
E: Driftskostnader finansiert av RHF ¹⁾	10 239

Kilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget, se vedlegg SV3 på nettsidene.

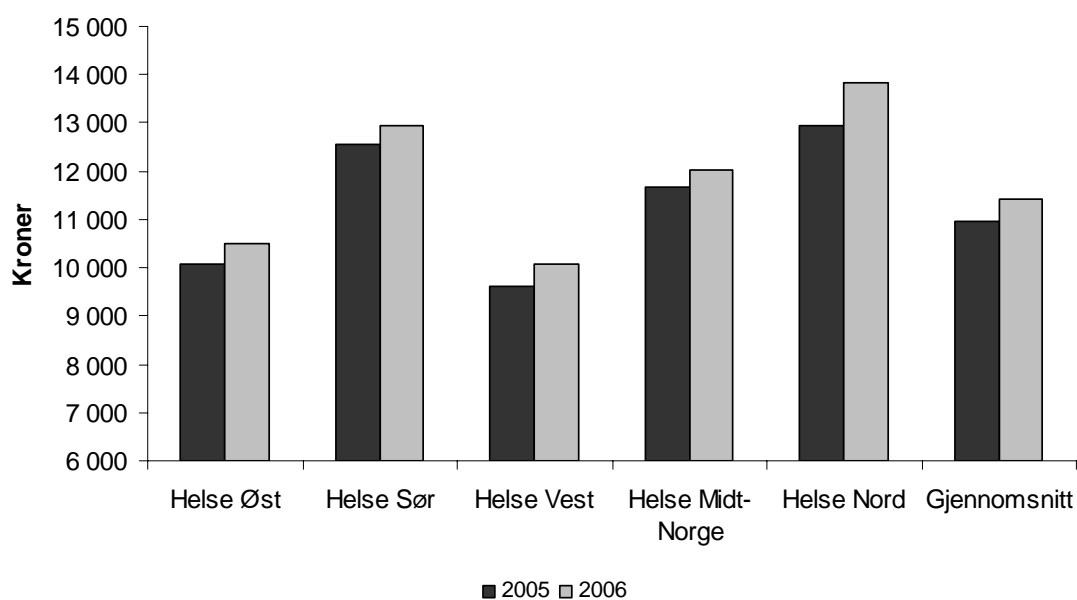
1) Kostnader finansiert av RHF er residualbestemt, og fremkommer som totale driftskostnader minus finansieringskomponentene angitt under A, B, C, og D.

Tabell 12.3 Totale driftskostnader somatisk spesialisthelsetjenestene. SAMDATA definisjon, samt kapitalkostnader og kostnader ikke finansiert av helseforetak i privat sektor. Millioner kroner målt i faste 2006 kroner.

	Totale driftskostnader somatisk spesialisthelsetjeneste
Somatisk spesialisthelsetjeneste	53 382
<i>Tillegg:</i>	
Kapitalkostnader	4 704
Privat sektor ikke finansiert av helseforetak, inkl kapital	442
SUM	58 528

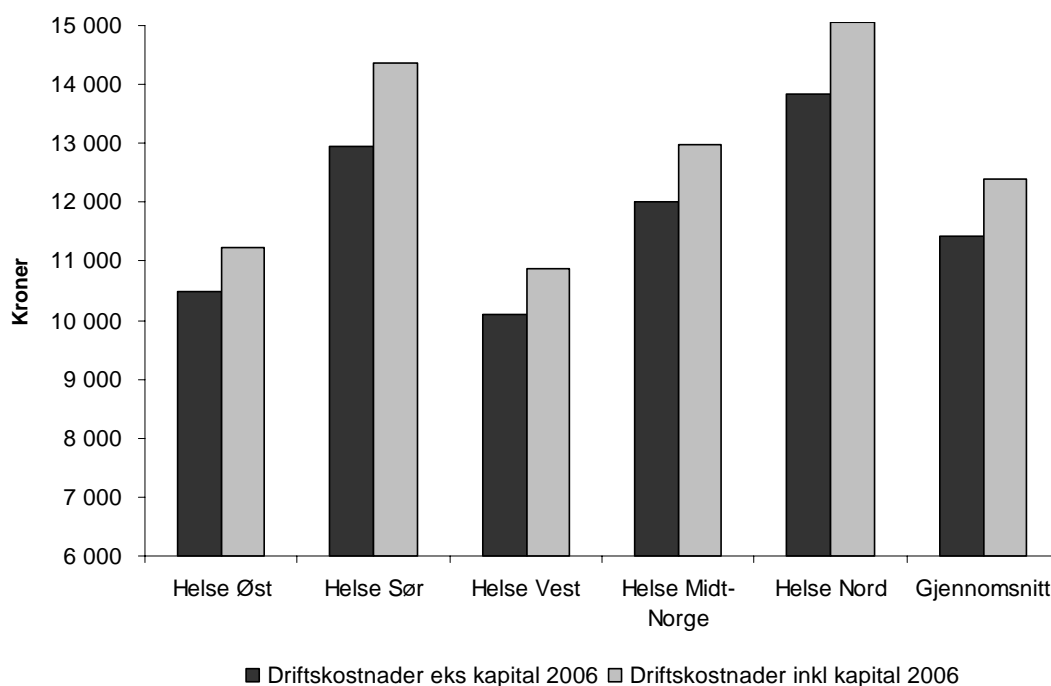
Kilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget, se vedlegg SV3 på nettsidene.

12.2 Regionale tall



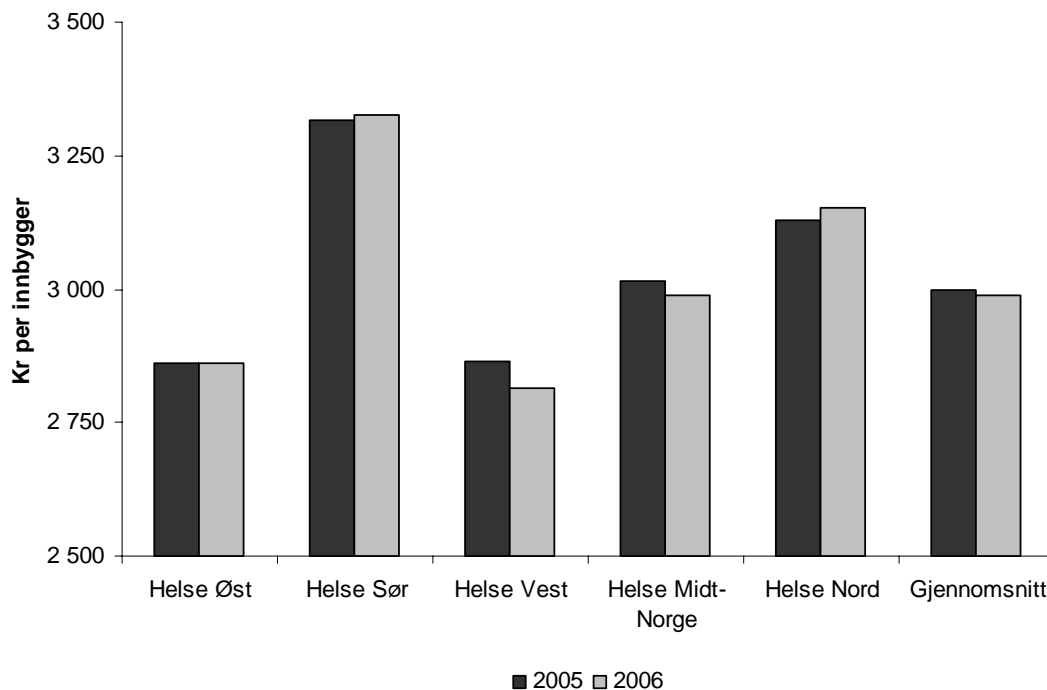
Figur 12.1 Totale driftskostnader per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste. 2005 og 2006. Kroner målt i faste 2006 kroner.

Kilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget, se vedlegg SV3 på nettsidene.



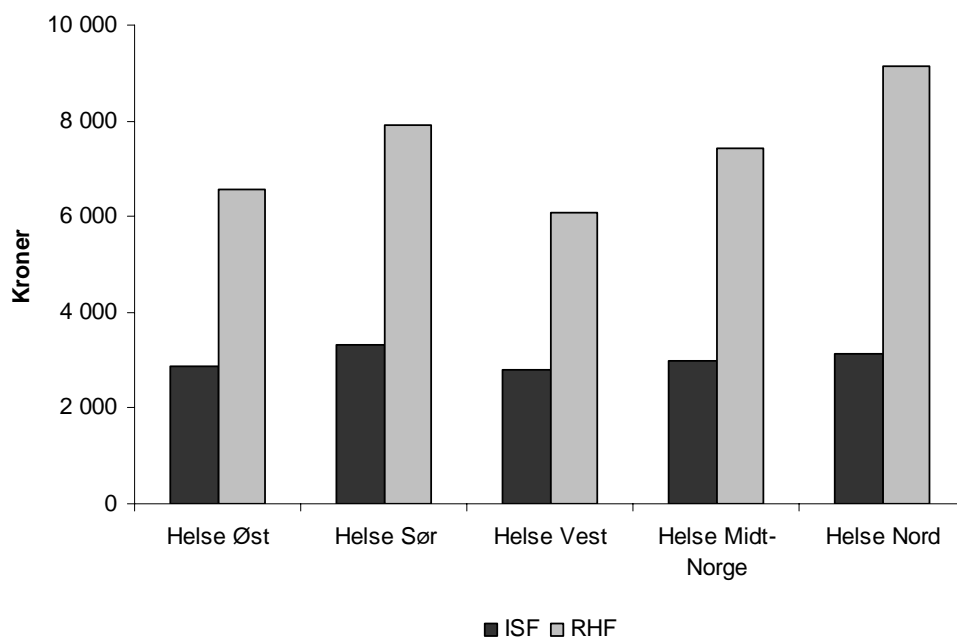
Figur 12.2 Totale driftskostnader per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste. Eksklusive og inklusive kapitalkostnader. 2006.

Kilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget, se vedlegg SV3 på nettsidene.



Figur 12.3 Utbetaling per innbygger via finansieringsordningen ISF 2005 og 2006. Kroner per innbygger målt i faste 2006 kroner. Refusjonssats ISF for 2005 er omregnet til 40 prosent for sammenligning med 2006.

Kilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget, se vedlegg SV3 på nettsidene.



Figur 12.4 Driftskostnader per innbygger finansiert av innsatsstyrt finansiering (ISF) og basisramme fra RHF. Kroner per innbygger. 2006. Regionalt helseforetak

Kilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget, se vedlegg SV3 på nettsidene.

Tabell 12.4 Totale driftskostnader somatisk spesialisthelsetjeneste, fordelt på driftskostnader ved egne foretak og avtaleinstitusjoner (herav tilskudd til avtalespesialister) og netto gjestepasientkostnader. 2005. Millioner kroner målt i faste 2006 kroner. Regionalt helseforetak.

2005 Region	Egne foretak og avtaleinstitusjoner (A + B)	Herav tilskudd til avtalespesialister (B)	Netto gjestepasient- oppgjør (C)	Sum somatisk spesialist- helsetjeneste (A + B + C)
Helse Øst RHF	15 095	225	1 742	16 836
Helse Sør RHF	12 405	87	-1 117	11 288
Helse Vest RHF	8 946	95	253	9 199
Helse Midt-Norge RHF	7 357	44	215	7 572
Helse Nord RHF	5 698	31	285	5 984
Sum	49 501	482	1 378	50 879

Kilde: SSB og SINTEF Helse. For definisjoner, se vedlegg SV3 på nettsidene. Totale driftskostnader summert over regionale helseforetak samsvarer ikke nøyaktig med totale driftskostnader presentert i tabeller for nasjonale tall. Dette ubalanse i gjestepasientoppgjøret. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget, se vedlegg SV3 på nettsidene.

Tabell 12.5 Totale driftskostnader somatisk spesialisthelsetjeneste, fordelt på driftskostnader ved egne foretak og avtaleinstitusjoner (herav tilskudd til avtalespesialister) og netto gjestepasientkostnader. 2006. Millioner kroner. Regionalt helseforetak.

2006 Region	Egne foretak og avtaleinstitusjoner (A + B)	Herav tilskudd til avtalespesialister (B)	Netto gjestepasient- oppgjør (C)	Sum somatisk spesialist- helsetjeneste (A + B + C)
Helse Øst RHF	15 783	227	1 958	17 741
Helse Sør RHF	12 840	90	-1 098	11 741
Helse Vest RHF	9 485	95	278	9 763
Helse Midt-Norge RHF	7 534	47	319	7 853
Helse Nord RHF	5 999	30	394	6 393
Sum	51 641	488	1 851	53 492

Kilde: SSB og SINTEF Helse. For definisjoner, se vedlegg SV3 på nettsidene. Totale driftskostnader summert over regionale helseforetak samsvarer ikke nøyaktig med totale driftskostnader presentert i tabeller for nasjonale tall. Dette skyldes ubalanse i gjestepasientoppgjøret. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget, se vedlegg SV3 på nettsidene.

Tabell 12.6 Totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2005 og 2006. Millioner kroner målt i faste 2006 kroner. Prosentvis endring fra 2005 til 2006. Regionalt helseforetak.

Region	Sum somatikk 2005	Sum somatikk 2006	Prosentvis endring 2005-2006
Helse Øst RHF	16 836	17 741	5,4
Helse Sør RHF	11 288	11 741	4,0
Helse Vest RHF	9 199	9 763	6,1
Helse Midt-Norge RHF	7 572	7 853	3,7
Helse Nord RHF	5 984	6 393	6,8
Sum	50 879	53 492	5,1

Kilde: SSB og SINTEF Helse. For definisjoner, se vedlegg SV3 på nettsidene. Totale driftskostnader summert over regionale helseforetak samsvarer ikke nøyaktig med totale driftskostnader presentert i tabeller for nasjonale tall. Dette skyldes ubalanse i gjestepasientoppgjøret. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget, se vedlegg SV3 på nettsidene.

Tabell 12.7 Totale driftskostnader per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2005 og 2006. Kroner målt i faste 2006 kroner. Prosentavvik fra landsgjennomsnitt. Regionalt helseforetak.

Region	2005	Prosent avvik fra gjennom- snittet	2006	Prosent avvik fra gjennom- snittet	Realendring 2005-2006
Helse Øst RHF	10 072	-8,1	10 485	-8,2	4,1
Helse Sør RHF	12 544	14,4	12 958	13,4	3,3
Helse Vest RHF	9 614	-12,3	10 091	-11,7	5,0
Helse Midt-Norge RHF	11 665	6,4	12 021	5,2	3,0
Helse Nord RHF	12 930	17,9	13 831	21,0	7,0
Gjennomsnitt	10 965	0,0	11 427	0,0	4,2

Kilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget, se vedlegg SV3 på nettsidene.

Tabell 12.8 Totale driftskostnader inkludert kapitalkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, korrigert for gjestepasientoppgjør. Millioner kroner. Helseregioner. 2006.

Region	Totale driftskostnader somatisk spesialisthelsetjeneste	Kapitalkostnader ¹⁾	Totale driftskostnader inkludert kapitalkostnader
Helse Øst RHF	17 741	1 268	19 010
Helse Sør RHF	11 741	1 275	13 016
Helse Vest RHF	9 763	759	10 522
Helse Midt-Norge RHF	7 853	625	8 478
Helse Nord RHF	6 393	561	6 954
Sum	53 492	4 489	57 981

Kilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget, se vedlegg SV3 på nettsidene.

1) Kto 60, kto 620 og kto 78 summert for hver region, ikke korrigert for kjøp i andre regioner eller hos private.

Tabell 12.9 Totale driftskostnader inkludert kapitalkostnader per innbygger, korrigert for gjestepasientoppgjør. Kroner. Helseregioner. 2006.

Region	Totale driftskostnader per innbygger	Prosent avvik fra gjennomsnittet	Kapital-kostnader per innbygger	Totale driftskostnader per innbygger, inkludert kapital	Prosent avvik fra gjennomsnittet, inkl kapital
Helse Øst RHF	10 485	-8,2	750	11 235	-9,3
Helse Sør RHF	12 958	13,4	1 407	14 365	16,0
Helse Vest RHF	10 091	-11,7	785	10 876	-12,2
Helse Midt-Norge RHF	12 021	5,2	957	12 978	4,8
Helse Nord RHF	13 831	21,0	1 214	15 045	21,5
Sum	11 427	0	959	12 376	0

Kilde: SSB og SINTEF Helse. Definisjoner og omtale av datagrunnlaget, se vedlegg SV3 på nettsidene.

13 Utviklingen i personell og senger i somatisk spesialisthelsetjeneste 2005–2006

Heidi Jensberg

I denne delen presenteres tall for personell og senger innenfor den somatiske spesialisthelsetjenesten. Først presenteres nasjonale tall, deretter brytes disse ned i form av rater på helseregionnivå.

Utviklingen i personell fra 2005 til 2006 følger utviklingen fra i fjor. Det har vært en vekst i antall årsverk på 1,5 prosent totalt. Økningen skyldes først og fremst en vekst i reelle årsverk knyttet til sykepleiere, men det har også vært en økning i årsverk knyttet til leger og annet behandlingspersonell.

Det er heller ikke store endringer å spore når vi ser på de beregnede ratene. På nasjonalt nivå har det vært en økning totalt fra 13,8 til 13,9 årsverk per innbygger, noe som tilsvarer 0,7 prosent¹³. På regionnivå har det heller ikke vært store endringer. Den største økningen i årsverk per 1 000 innbygger er i Helse Sør med 2,7 prosent, mens den største nedgangen har vært i Helse Nord med 3,2 prosent. Nedgangen i Helse Nord kan knyttes til en reduksjon i antall årsverk for personellkategoriene administrasjon/kontor samt drift/service, mens økningen i Helse Sør kan knyttes til at antall årsverk for personellkategorien sykepleiere har steget.

Det har vært en svak nedgang i sengefaktoren¹⁴, målt som antallet effektive senger, fra 2005. Raten for antall senger per 1 000 innbygger har gått ned marginalt fra 2,8 til 2,7. Dette bekrefter inntrykket av at det foregår en utflating i antallet effektive senger. Nedgangen finner vi i Helse Vest og Helse Midt, mens de øvrige helseregioner er preget av stabilitet.

¹³ I grunnlaget for rateberegningen ligger Betania Malvik, Nevrohjemmet rehabiliteringssenter og Mork rehabiliteringssenter.

¹⁴ Sengefaktoren defineres som antall effektive senger per 1 000 innbyggere korrigert for pasientflyt mellom regioner og foretak og befolkningssammensetning. Dette målet brukes for å fremstille geografiske variasjoner i sengekapasitet.

Tabell 13.1 Antall årsverk¹⁾ etter personellkategori ved somatiske sykehus. 2005 og 2006. Endring i antall og prosent. Punkttall per 31. desember i driftsåret.

	2005 (N=)	2006 (N=)	Endring i antall 2005-2006	Prosentvis endring 2005-2006
Leger	8 199	8 412	213	2,6
Sykepleiere ²⁾	24 515	25 250	735	3,0
Hjelpepleiere/barnepleiere	4 629	4 567	-62	-1,3
Annet behandlingspersonell ³⁾	6 735	6 910	174	2,6
Annet pasientretta arbeid ⁴⁾	1 886	1 843	-43	-2,3
Administrasjon og kontorpersonell	10 281	10 248	-33	-0,3
Service og driftspersonell	7 941	7 911	-29	-0,4
Totalt	64 186	65 140	956	1,5

1) Punkttall per 31. desember gjeldende driftsår ved somatiske sykehus. Årsverk for de enkelte personellgruppene summerer seg ikke alltid opp til totalt antall årsverk på grunn av avrundinger. For definisjoner og datagrunnlag, se vedlegg SV2 på nettsiden.

2) Punkttall per 31. desember gjeldende driftsår ved somatiske sykehus. Årsverk for de enkelte personellgruppene summerer seg ikke alltid opp til totalt antall årsverk på grunn av avrundinger. For definisjoner og datagrunnlag, se vedlegg SV2 på nettsiden.

2) Omfatter vernepleiere, fysioterapeuter, fysiokjemikere, bioingeniører, radiografer, ergoterapeuter og annet arbeidsterapi personell, sosionomer og psykologer.

3) Omfatter annet fagutdannet helsepersonell som ikke er spesifisert annet sted i tillegg til ufaglært pleiepersonell.

Tabell 13.2 Antall årsverk¹⁾ i prosentandel etter personellkategori ved somatiske sykehus. 2005 og 2006. Endringer i prosentpoeng.

Personellgrupper	2005	2006	Prosentpoeng endring 2005-2006
Leger	12,8	12,9	0,1
Sykepleiere ²⁾	38,2	38,8	0,6
Hjelpepleiere og barnepleiere	7,2	7,0	-0,2
Annet behandlingspersonell ³⁾	10,5	10,6	0,1
Annet pasientretta arbeid ⁴⁾	2,9	2,8	-0,1
Administrasjon og kontorpersonell	16,0	15,7	-0,3
Service og driftspersonell	12,4	12,1	-0,2
Totalt	100,0	100,0	0,0

1) Punkttall per 31. desember gjeldende driftsår ved somatiske sykehus. Årsverk for de enkelte personellgruppene summerer seg ikke alltid opp til totalt antall årsverk på grunn av avrundinger. For definisjoner og datagrunnlag, se vedlegg SV2 på nettsiden.

2) Medregnet sykepleiere i administrative stillinger og jordmødre.

3) Omfatter vernepleiere, fysioterapeuter, fysiokjemikere, bioingeniører, radiografer, ergoterapeuter og annet arbeidsterapi personell, sosionomer og psykologer.

4) Omfatter annet fagutdannet helsepersonell som ikke er spesifisert annet sted i tillegg til ufaglært pleiepersonell.

Tabell 13.3 Årsverk per 1 000 innbygger etter personellkategori for 2005 og 2006. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og alderstandardisert. Somatiske sykehus¹⁾. Bostedsområder.

Helseregion Pasientens bosted	Leger		Sykepleiere ²⁾		Annet pasient- rettet arbeid ³⁾		Adm/kontor		Drift/service		I alt		Prosent- vis endring 2005- 2006
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	
Helse Øst	1,8	1,8	5,1	5,2	2,8	2,8	2,3	2,3	1,6	1,6	13,7	13,8	0,5
Helse Sør	1,6	1,6	4,9	5,1	2,6	2,7	2,2	2,3	1,5	1,5	12,9	13,2	2,7
Helse Vest	1,7	1,7	5,1	5,2	2,6	2,5	2,2	2,2	2,1	2,1	13,6	13,8	1,3
Helse Midt-Norge	1,8	1,8	5,9	6,0	2,7	2,6	2,2	2,1	1,5	1,7	14,1	14,0	-0,8
Helse Nord	2,1	2,2	6,1	6,1	4,1	4,2	2	1,8	1,9	1,6	16,3	15,8	-3,2
Totalt	1,8	1,8	5,3	5,4	2,9	2,8	2,2	2,2	1,7	1,7	13,8	13,9	0,7⁴⁾

1) Inkludert Betania Malvik (somatisk rehabiliteringssenter), Nevrohjemmet rehabiliteringssenter og Mork rehabiliteringssenter. Dette medfører 147 ekstra årsverk i forhold til tabell 13.1.

2) Medregnet sykepleiere i administrative stillinger og jordmødre.

3) Omfatter hjelpepleiere, barnepleiere, annet behandlingspersonell i pasientrettet arbeid.

4) Den prosentvise endringen i antall årsverk per 1 000 innbygger er 0,7 prosent, mens prosentvise endringer i årsverk er 1,5 i tabell 13.1. Dette skyldes at det i tabell 13.3 inkluderes årsverk fra Betania Malvik (somatisk rehabiliteringssenter), Nevrohjemmet rehabiliteringssenter og Mork rehabiliteringssenter.

Tabell 13.4 Sengefaktoren målt som antall effektive senger¹⁾ i sykehus per 1000 innbyggere, 2005 og 2006. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. Bostedsregion.

	Effektive senger		Prosentvis endring 2005-2006
	2005	2006	
Helse Øst	2,6	2,6	0,00
Helse Sør	2,8	2,8	0,01
Helse Vest	2,8	2,6	-0,05
Helse Midt	2,9	2,8	-0,04
Helse Nord	3,1	3,1	0,00
Totalt	2,8	2,7	-0,02

1) Gjennomsnittlig antall tilgjengelige senger i løpet av året. Dette er en beregnet størrelse som tar utgangspunkt i antall tilgjengelige sengedøgn i løpet av året. Det innebærer en korrigering av antall døgn en seng ikke er tilgjengelig. For å beregne effektive senger divideres totalt antall sengedøgn med antall dager i året. Sengedøgn for tekniske senger (for eksempel kuvøser) inngår i sengedøgn når pasienten ikke disponerer annen seng samtidig.

14 Bruk av somatiske sykehustjenester

Kjell Solstad

I dette kapitlet gis tabelloversikter over befolkningens bruk av sykehustjenester. Utgangspunktet er sørge-for ansvaret for driftsårene 2005 og 2006. I rapporten presenteres tall for regionale helseforetak, pasientenes bostedsregion og pasientenes helseforetaksområder (HF-områder).

Datagrunnlaget er hentet fra NPR og inneholder data fra alle somatiske sykehus og foretak. Opphold ved private sykehus som er offentlig finansiert er inkludert i tallene. Det samme gjelder aktivitet fra private avtalespesialister som er inkludert i ISF-ordningen. All aktivitet som er privat betalt er holdt utenfor analysene. Det samme gjelder all aktivitet ved opptreningsinstitusjonene.

ISF-ordningen for 2006 består av en rekke nye refusjonsregler i forhold til tidligere år. Dette fører til en kunstig økning i antall poeng i forhold til 2005. Det er derfor beregnet DRG-poeng der noen av disse refusjonsreglene er tilbakestillt slik at de er sammenlignbare med 2005-poengene. Når noen av refusjonsreglene tilbakestilles var det i 2006 1 110 913 DRG-poeng i datamaterialet. Når alle ISF-reglene benyttes øker dette til 1 111 591, en økning på 678 DRG-poeng. Dette betyr at det nasjonalt ikke slår ut mye, men på foretaks- eller institusjonsnivå kan dette slå ut mer. I tabelloversiktene presenteres begge alternativene for 2006 når det er snakk om DRG-poeng. Det er imidlertid DRG-poengene med noen tilbakestilte refusjonsregler i ISF-ordningen, som er mest sammenlignbar med 2005-data. For beregning av antall opphold har dette ingen konsekvenser.

Alle de regionale helseforetakene har hatt en økning i aktiviteten målt i antall opphold ved foretak i egen region fra 2005 til 2006. Helse Øst RHF og Helse Vest RHF har lik utvikling for både døgn- og dagoppholdene, mens de tre andre har klart sterkest prosentvis økning i dagoppholdene. Helse Sør RHF utmerker seg med den klart sterkeste prosentvise økningen i dagopphold.

De private institusjonene har en nedgang i aktiviteten på over 20 prosent i forhold til året før. Nedgangen er størst for dagoppholdene, men også døgnopphold reduseres med vel 17 prosent.

Antall opphold etter bostedsregion viser også at alle bostedsregioner har en økning i forbruket av sykehustjenester målt ved alle opphold. Sterkest prosentvis økning i bruk av sykehustjenester har pasienter bosatt i Helse Sør (6,4), mens pasientene i Helse Midt-Norge har den laveste prosentvise økningen (1,9). Forbruket målt ved antall opphold per 1000 innbygger viser også en økning i alle bostedsregioner. Antall polikliniske konsultasjoner øker i alle bostedsregioner, men målt per 1000 innbygger er det en nedgang i Helse Midt-Norge og en økning i de andre.

Eldres bruk av sykehus, målt ved antall opphold per 1000 innbyggere 80 år og eldre, og antallet opphold for samme gruppe, viser at alle bostedsregionene har en økning i forbruket unntatt Helse Vest. I Helse Vest er det færre faktiske opphold i denne aldersgruppen i 2006 enn det var i 2005. Det samme gjelder når forbruket måles i antall opphold per innbygger for aldersgruppen.

14.1 Bruken av sykehustjenester per innbygger – faktiske rater

Tabell 14.1 Antall opphold og prosentvis endring etter oppholdstype og regionalt helseforetak. 2005 og 2006.

Regionalt helseforetak	Type opphold	2005	2006	Endring prosent
Helse Øst	Døgnopphold	256 084	271 932	6,2
	Dagbehandling	145 048	156 269	7,7
	Totalt	401 132	428 201	6,7
Helse Sør	Døgnopphold	203 015	207 360	2,1
	Dagbehandling	139 442	157 159	12,7
	Totalt	342 457	364 519	6,4
Helse Vest	Døgnopphold	166 820	170 118	2,0
	Dagbehandling	95 571	98 297	2,9
	Totalt	262 391	268 415	2,3
Helse Midt-Norge	Døgnopphold	115 686	116 090	0,3
	Dagbehandling	61 506	66 377	7,9
	Totalt	177 192	182 467	3,0
Helse Nord	Døgnopphold	88 343	89 682	1,5
	Dagbehandling	48 033	52 631	9,6
	Totalt	136 376	142 313	4,4
Utlendinger/uten bosted	Døgnopphold	24 633	21 014	-14,7
	Dagbehandling	24 539	17 912	-27,0
	Totalt	49 172	38 926	-20,8
Totalt	Døgnopphold	854 581	876 196	2,5
	Dagbehandling	514 139	548 645	6,7
	Totalt	1 368 720	1 424 841	4,1

Datakilde: NPR

Tabell 14.2 Antall opphold og prosentvis endring etter oppholdstype og pasientenes bostedsregion. 2005 og 2006.

Pasientenes bostedsregion	Type Opphold	2005	2006	Endring prosent
Helse Øst	Døgnopphold	294 396	306 811	4,2
	Dagbehandling	170 855	182 148	6,6
	Totalt	465 251	488 959	5,1
Helse Sør	Døgnopphold	174 520	179 279	2,7
	Dagbehandling	122 921	137 194	11,6
	Totalt	297 441	316 473	6,4
Helse Vest	Døgnopphold	169 330	173 137	2,2
	Dagbehandling	102 536	102 674	0,1
	Totalt	271 866	275 811	1,5
Helse Midt-Norge	Døgnopphold	119 717	119 118	-0,5
	Dagbehandling	66 436	70 562	6,2
	Totalt	186 153	189 680	1,9
Helse Nord	Døgnopphold	93 045	93 956	1,0
	Dagbehandling	50 956	55 672	9,3
	Totalt	144 001	149 628	3,9
Utlendinger/uten bosted	Døgnopphold	3 573	3 895	9,0
	Dagbehandling	435	395	-9,2
	Totalt	4 008	4 290	7,0
Totalt	Døgnopphold	854 581	876 196	2,5
	Dagbehandling	514 139	548 645	6,7
	Totalt	1 368 720	1 424 841	4,1

Datakilde: NPR

Tabell 14.3 Bruk av sykehus i bostedsregioner etter oppholdstype. Opphold per 1000 innbyggere og antall opphold. 2005 og 2006.

Pasientenes bostedsregion	Døgnopphold		Dagbehandling		Alle opphold		Polikliniske konsultasjoner	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Helse Øst	176	181	102	108	278	289	709	719
	294 396	306 811	170 855	182 148	465 251	488 959	1 184 530	1 215 954
Helse Sør	194	198	137	151	331	349	726	748
	174 520	179 279	122 921	137 194	297 441	316 473	653 296	677 985
Helse Vest	177	179	107	106	284	285	699	713
	169 330	173 137	102 536	102 674	271 866	275 811	668 623	689 628
Helse Midt-Norge	184	182	102	108	287	290	830	827
	119 717	119 118	66 436	70 562	186 153	189 680	538 875	540 052
Helse Nord	201	203	110	120	311	324	879	910
	93 045	93 956	50 956	55 672	144 001	149 628	406 772	420 622
Alle bostedsregioner	183	186	111	117	294	303	744	757
	851 008	872 301	513 704	548 250	1 364 712	1 420 551	3 452 096	3 544 241
Utlendinger/uten bosted	3 573	3 895	435	395	4 008	4 290	6 382	7 278
Totalt	854 581	876 196	514 139	548 645	1 368 720	1 424 841	3 458 478	3 551 519

Datakilde: NPR

Tabell 14.4 Bruk av sykehus i bostedsregioner etter oppholdstype. DRG-poeng per 1000 innbyggere og antall DRG-poeng¹⁾. 2005 og 2006.

Pasientenes bostedsregion	DRG-poeng 2005 og 2006								
	Døgnopphold			Dagbehandling			Alle opphold		
	2005	2006	2006 med ISF- regler	2005	2006	2006 med ISF- regler	2005	2006	2006 med ISF- regler
Helse Øst	191	194	195	32	33	33	223	227	227
	318 639	328 303	329 191	54 298	55 049	55 206	372 937	383 351	384 397
Helse Sør	216	224	223	39	40	40	255	264	263
	194 349	202 547	202 082	35 286	36 349	36 376	229 635	238 896	238 458
Helse Vest	185	188	188	38	35	35	223	223	223
	177 066	181 985	181 844	36 029	33 597	33 621	213 095	215 583	215 464
Helse MN	199	201	202	34	34	34	233	235	236
	129 008	131 619	131 919	22 348	22 198	22 228	151 356	153 818	154 147
Helse Nord	209	215	215	34	34	34	243	249	249
	96 928	99 440	99 299	15 561	15 759	15 772	112 489	115 199	115 071
Alle bostedsreg.	197	202	202	35	35	35	233	236	237
	915 990	943 895	944 334	163 522	162 952	163 203	1 079 512	1 106 847	1 107 537
Utl./uten bost.	3 369	3 953	3 940	109	114	114	3 477	4 066	4 053
Totalt	919 358	947 848	948 274	163 631	163 065	163 316	1 082 989	1 110 913	1 111 591

Datakilde: NPR

1) Fra og med 2006 ble det i ISF-ordningen innført en rekke prisregler som påvirket antall DRG-poeng uten at det var en endring i aktiviteten. For å gjøre DRG-poengene i 2006 sammenlignbare 2005 og tidligere år, er noen av disse refusjonsreglene tilbakestillt. En detaljert oversikt over hva dette gjelder er gitt i vedlegg på SAMDATAs nettsider. Dette betyr at vi viser to alternativer for DRG-poeng 2006, DRG-poeng (som er sammenlignbare med tidligere DRG-poeng) og DRG-poeng med alle ISF-regler. Det er viktig å understreke at selv om DRG-poeng med alle prisregler benyttes vil det være avvik i forhold til antall DRG-poeng i ISF-ordningen da blant annet pasienter uten gyldig bosted i Norge ikke er inkludert i ISF-ordningen.

Tabell 14.5 DRG-indeks etter bostedsregion og oppholdstype. 2005 og 2006.

Pasientenes bostedsregion	DRG-indeks etter bostedsregion								
	Døgnopphold			Dagopphold			Alle opphold		
	2005	2006	2006 med ISF- regler	2005	2006	2006 med ISF- regler	2005	2006	2006 med ISF- regler
Helse Øst	1,08	1,07	1,07	0,32	0,30	0,30	0,80	0,78	0,79
Helse Sør	1,11	1,13	1,13	0,29	0,26	0,27	0,77	0,75	0,75
Helse Vest	1,05	1,05	1,05	0,35	0,33	0,33	0,78	0,78	0,78
Helse Midt-Norge	1,08	1,10	1,11	0,34	0,31	0,32	0,81	0,81	0,81
Helse Nord	1,04	1,06	1,06	0,31	0,28	0,28	0,78	0,77	0,77
Alle bostedsreg.	1,08	1,08	1,08	0,32	0,30	0,30	0,79	0,78	0,78
Utl./uten bost.	0,94	1,01	1,01	0,25	0,29	0,29	0,87	0,95	0,94
Totalt	1,08	1,08	1,08	0,32	0,30	0,30	0,79	0,78	0,78

Datakilde: NPR

Tabell 14.6 Bruk av sykehus i bostedsregioner etter oppholdstype eksklusive dialyse (DRG317), kjemoterapi (DRG 410A-D) og rehabilitering (DRG 462A-C). Opphold per 1000 innbyggere. 2005 og 2006.

Pasientenes bostedsregion	Døgnopphold		Dagbehandling		Alle opphold	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Helse Øst	172	177	58	59	229	236
	286 956	299 070	96 564	100 362	383 520	399 432
Helse Sør	187	191	55	59	242	250
	168 159	172 952	49 846	53 626	218 005	226 578
Helse Vest	172	174	65	61	237	235
	164 457	168 006	62 568	59 371	227 025	227 377
Helse Midt-Norge	181	179	54	55	235	235
	117 350	117 091	35 286	36 156	152 636	153 247
Helse Nord	195	196	57	60	252	256
	90 109	90 621	26 326	27 770	116 435	118 391
Alle bostedsregioner	178	181	58	59	237	240
	827 031	847 740	270 590	277 285	1 097 621	1 125 025
Utlendinger/uten bosted	3 562	3 878	202	235	3 764	4 113
Totalt	830 593	851 618	270 792	277 520	1 101 385	1 129 138

Datakilde: NPR

Tabell 14.7 Bruk av sykehustjenester i bostedsregioner etter innleggelsesmåte. Opphold per 1000 innbyggere. 2005 og 2006.

Pasientenes bostedsregion	Elektive opphold		Ø-hjelpsopphold	
	Døgn og dagopphold		Døgn og dagopphold	
	2005	2006	2005	2006
Helse Øst	158	167	110	111
	264 438	283 329	183 740	187 387
Helse Sør	204	219	118	121
	183 789	198 200	105 864	110 065
Helse Vest	159	157	117	119
	151 676	151 972	111 672	115 239
Helse Midt-Norge	159	155	116	123
	103 066	101 525	75 494	80 599
Helse Nord	175	185	130	132
	80 948	85 512	59 951	60 852
Alle bostedsregioner	169	175	116	118
	783 917	820 538	536 721	554 142
Utlendinger/uten bosted	484	468	3 460	3 765
Totalt	784 401	821 006	540 181	557 907

Datakilde: NPR

Tabell 14.8 Bruk av sykehustjenester i bostedsregioner etter innleggelsesmåte og type DRG. Opphold per 1000 innbyggere. 2005 og 2006.

Pasientenes bostedsregion	Elektive opphold				Ø-hjelpsopphold			
	Kirurgisk DRG		Medisinske DRG		Kirurgisk DRG		Medisinske DRG	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Helse Øst	66	63	91	104	17	17	90	91
	110 843	107 215	152 531	175 267	27 932	28 423	151 224	154 268
Helse Sør	75	73	129	145	17	18	97	101
	67 682	66 539	115 783	131 309	15 624	16 495	87 656	91 152
Helse Vest	71	66	87	90	17	17	95	97
	68 163	64 309	83 222	87 412	16 203	16 420	90 888	93 954
Helse Midt-Norge	75	67	84	88	19	21	96	102
	48 401	43 760	54 436	57 673	12 497	13 501	62 412	66 574
Helse Nord	70	69	104	116	21	21	103	105
	32 414	31 684	48 326	53 683	9 701	9 938	47 651	48 526
Alle bostedsregioner	71	67	98	108	18	18	95	97
	327 503	313 507	454 298	505 344	81957	84777	439831	454474
Utlendinger/uten bosted	174	213	309	255	793	915	2644	2816
Totalt	327 677	313 720	454 607	505 599	82 750	85 692	442 475	457 290

Datakilde: NPR

Tabell 14.9 Bruk av sykehustjenester i bostedsregioner etter oppholdstype og innleggelsesmåte. Antall liggedager per 1000 innbyggere, 2005 og 2006.

Pasientenes bostedsregion	Antall liggedager per 1000 innbyggere og antall liggedager							
	Alle opphold		Elektive døgnopphold		Ø-hjelp døgnopphold		Ø-hjelp døgnopph med. DRG	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Helse Øst	991	997	277	272	570	574	430	433
	1 656 154	1 687 505	462 439	460 288	952 277	970 830	719 147	733 386
Helse Sør	1 104	1 111	360	351	570	571	430	434
	993 155	1 006 707	324 270	317 848	512 960	517 581	386 841	393 027
Helse Vest	1 029	1 014	306	292	578	580	421	421
	984 812	981 210	292 506	282 411	553 053	561 201	402 624	407 769
Helse Midt-Norge	1 127	1 083	292	246	681	681	510	509
	731 789	707 661	189 683	160 534	442 192	445 022	331 106	332 326
Helse Nord	1 137	1 138	312	306	684	681	505	495
	526 384	526 218	144 284	141 553	316 623	314 843	233 574	228 869
Alle bostedsreg	1 054	1 049	305	291	598	600	447	448
	4 892 294	4 909 301	1 413 182	1 362 634	2 777 105	2 809 477	2 073 292	2 095 377
Utlend/u. bosted	13 029	13 745	847	803	11 576	12 352	7 191	7 241
Totalt	4 905 323	4 923 046	1 414 029	1 363 437	2 788 681	2 821 829	2 080 483	2 102 618

Datakilde: NPR

Tabell 14.10 Bruk av sykehustjenester i bostedsregioner for pasienter 80 år og eldre etter type opphold og innleggelsesmåte. Antall opphold og opphold per 1000 innbyggere 80 år og eldre, 2005 og 2006.

Pasientenes bostedsregion	Antall opphold og opphold per 1000 innbyggere 80 år og eldre							
	Alle opphold		Elektive døgnopphold		Ø-hjelp døgnopphold		Ø-hjelp døgn-opphold med. DRG	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Helse Øst	844	892	113	128	468	486	402	419
	64 320	68 829	8 601	9 860	35 642	37 492	30 606	32 375
Helse Sør	1 049	1 074	146	145	478	481	415	413
	46 407	47 903	6 456	6 450	21 128	21 438	18 350	18 424
Helse Vest	901	891	133	126	498	496	434	433
	38 362	38 292	5 659	5 433	21 214	21 321	18 456	18 595
Helse Midt-Norge	883	925	98	89	489	518	424	447
	28 382	29 944	3 163	2 881	15 731	16 776	13 613	14 470
Helse Nord	811	840	121	124	504	513	431	438
	16 790	17 665	2 497	2 605	10 434	10 797	8 924	9 207
Alle bostedsreg	900	929	122	125	482	494	417	427
	194 261	202 633	26 376	27 229	104 149	107 824	89 949	93 071
Utlend./u. bosted	156	156	7	11	136	134	124	108
Totalt	194 417	202 789	26 383	27 240	104 285	107 958	90 073	93 179

Datakilde: NPR

Tabell 14.11 Bruk av sykehustjenester i bostedsregioner for pasienter 80 år og eldre etter type opphold og innleggelsesmåte. Antall liggedager og liggedager per 1000 innbyggere 80 år og eldre. 2005 og 2006.

Pasientenes bostedsregion	Antall liggedager og liggedager per 1000 innbyggere 80 år og eldre							
	Alle opphold		Elektive døgnopphold		Ø-hjelp døgnopphold		Ø-hjelp døgnopphold med. DRG	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Helse Øst	4 403	4 503	682	618	3 458	3 606	2 770	2 888
	335 609	347 528	51 961	47 722	263 562	278 325	211 136	222 916
Helse Sør	4 516	4 491	1 050	1 023	3 041	3 020	2 410	2 386
	199 758	200 338	46 432	45 628	134 503	134 694	106 620	106 444
Helse Vest	4 956	4 768	1 139	1 026	3 546	3 473	2 809	2 743
	210 996	204 816	48 478	44 061	150 969	149 198	119 577	117 822
Helse Midt-Norge	5 185	5 144	792	682	4 098	4 145	3 243	3 223
	166 635	166 601	25 452	22 076	131 695	134 238	104 240	104 393
Helse Nord	5 016	5 137	755	737	4 074	4 196	3 229	3 251
	103 858	108 007	15 639	15 507	84 360	88 237	66 866	68 367
Alle bostedsreg.	4 710	4 709	871	802	3 544	3 597	2 818	2 842
	1 016 856	1 027 290	187 962	174 994	765 089	784 692	608 439	619 942
Utlend./u. bosted	749	699	27	86	709	602	620	425
Totalt	1 017 605	1 027 989	187 989	175 080	765 798	785 294	609 059	620 367

Datakilde: NPR

Tabell 14.12 Andel innbyggere 80 år og eldre og andel liggedager generert av innbyggere 80 år og eldre.

Pasientenes bostedsregion	Andel 80 år og eldre i befolkningen		Andel liggedager 80 år og eldre for døgnopphold		Relativt sykehusbruk blant 80 år og eldre	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Helse Øst	4,56	4,56	21,24	21,66	4,66	4,75
Helse Sør	4,92	4,92	20,79	20,74	4,23	4,21
Helse Vest	4,45	4,44	22,62	22,00	5,08	4,95
Helse Midt-Norge	4,95	4,96	23,62	24,54	4,77	4,95
Helse Nord	4,47	4,55	21,03	22,05	4,70	4,85
Totalt	4,65	4,66	21,77	22,01	4,68	4,72

Datakilde: NPR

14.2 Bruken av sykehustjenester – kjønns- og aldersstandardiserte rater

Tabell 14.13 Bruk av sykehustjenester i bostedsregionene etter type opphold. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere. 2005 og 2006.

Pasientenes bostedsregion	Døgnopphold		Dagbehandling		Samlet antall opphold		Polikliniske konsultasjoner	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Helse Øst	177	182	102	108	279	290	708	719
Helse Sør	191	195	134	148	324	343	718	739
Helse Vest	180	183	111	110	291	292	709	724
Helse Midt-Norge	182	180	101	106	283	286	827	823
Helse Nord	200	201	109	119	309	320	876	905
Alle regioner	183	186	111	117	294	303	744	757
	851 008	872 301	513 704	548 250	1 364 712	1 420 551	3 452 096	3 544 241
Utlendinger/uregistrert	3 573	3 895	435	395	4 008	4 290	6 382	7 278
Totalt	854 581	876 196	514 139	548 645	1 368 720	1 424 841	3 458 478	3 551 519

Datakilde: NPR

Tabell 14.14 Bruk av sykehustjenester i bostedsregionene etter innleggelsesmåte. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere. 2005 og 2006.

Pasientenes bostedsregion	Elektive opphold		Øyeblikkelig hjelp opphold	
	(Døgn og dag)		(Døgn og dag)	
	2005	2006	2005	2006
Helse Øst	158	168	110	111
Helse Sør	200	214	116	119
Helse Vest	164	162	119	122
Helse Midt-Norge	157	153	115	122
Helse Nord	173	182	129	131
Alle regioner	169	175	116	118
	783 917	820 538	536 721	554 142
Utlendinger/uregistrert	484	468	3 460	3 765
Totalt	784 401	821 006	540 181	557 907

Datakilde: NPR

Tabell 14.15 Bruk av sykehustjenester i bostedsregionene etter innleggelsesmåte og type DRG. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere. 2005 og 2006.

Pasientenes bostedsregion	Elektive opphold				Øyeblikkelig hjelp opphold			
	Kirurgiske DRG-er		Medisinske DRG-er		Kirurgiske DRG-er		Medisinske DRG-er	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Helse Øst	66	63	92	104	17	17	91	92
Helse Sør	74	72	126	142	17	18	96	99
Helse Vest	73	68	90	94	17	17	97	99
Helse Midt-Norge	74	66	82	86	19	20	95	100
Helse Nord	70	68	103	114	21	21	103	104
Alle regioner	71	67	98	108	18	18	95	97
	327 503	313 507	454 298	505 344	81 957	84 777	439 831	454 474
Utlendinger/ureg.	174	213	309	255	793	915	2 644	2 816
Totalt	327 677	313 720	454 607	505 599	82 750	85 692	442 475	457 290

Datakilde: NPR

Tabell 14.16 Bruk av sykehustjenester i bostedsregionene etter innmåte og oppholdstype. Liggedager per 1000 innbyggere. Kjønn- og aldersstandardiserte rater. 2005 og 2006.

Pasientenes bostedsregion	Liggedager per 1000 innbygger kjønns- og aldersstandardisert							
	Alle opphold		Elektive døgnopphold		Øyeblikkelig hjelp døgnopphold		Øyeblikkelig hjelp døgnopph med. DRG	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Helse Øst	998	1 006	278	273	574	579	433	438
Helse Sør	1 078	1 084	352	342	556	556	418	422
Helse Vest	1 061	1 047	318	304	597	600	436	437
Helse Midt-Norge	1 103	1 059	287	241	664	664	497	495
Helse Nord	1 128	1 122	307	300	681	674	503	490
Alle regioner	1 054	1 049	305	291	598	600	447	448
	4 892 294	4 909 301	1 413 182	1 362 634	2 777 105	2 809 477	2 073 292	2 095 377
Utlendinger/ureg.	13 029	13 745	847	803	11 576	12 352	7 191	7 241
Totalt	4 905 323	4 923 046	1 414 029	1 363 437	2 788 681	2 821 829	2 080 483	2 102 618

Datakilde: NPR

15 Pasientstrømmer i somatisk spesialisthelsetjeneste 2005 og 2006

Stein Petersen

Tabellene i dette kapitlet viser omfanget av pasientbehandling ved helseforetak innenfor og utenfor pasientens bostedsregion i 2005 og 2006. Behandling ved private sykehus regnes som behandling utenfor regionen, uavhengig av hvor det private sykehuset er lokalisert. Tabellene omfatter

- antall dag- og døgnopphold
- antall dagopphold
- antall døgnopphold
- antall polikliniske konsultasjoner
- antall elektive døgnopphold
- antall DRG-poeng for dag- og døgnopphold
- beregnet antall senger for alle døgnopphold

Sengetall er beregnet ut fra registrerte liggedager for døgnpasienter og en beleggsprosent på 90. Den faktiske beleggsprosenten kan avvike fra dette, og vil også variere fra sykehus til sykehus. De beregnede tallene vil likevel gi et godt bilde av hvordan sengekapasiteten fordeles på ulike pasientgrupper.

I 2005 ble det registrert 139 039 pasientopphold utenfor pasientens bostedsregion. Dette utgjorde 10,2 prosent av alle dag- og døgnopphold i 2005. Omfanget av behandling utenfor egen region var noe mindre i 2006, både målt i relative og absolutte tall. Andelen var redusert til 9,3 prosent, og antallet hadde avtatt med 6 361 til 132 678. Ved private kommersielle sykehus var det nærmere 10 000 færre opphold i 2006 i forhold til 2005 (henholdsvis 32 525 og 42 475).

Tabell 15.1 Antall dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005 og 2006.

Bostedsregion	Behandlingssted							
	Pasientens eget HF		Andre HF i egen region		Andre RHF		Private institusjoner	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Helse Øst	325 625	343 220	62 279	70 860	52 270	54 926	25 077	19 953
Helse Sør	215 486	230 344	65 208	69 714	9 794	10 243	6 953	6 172
Helse Vest	216 400	223 201	39 276	38 150	8 998	9 210	7 192	5 250
Helse Midt-Norge	155 402	160 533	15 556	15 970	6 687	7 134	8 508	6 043
Helse Nord	112 435	116 560	22 014	23 611	8 111	7 955	1 441	1 502
Totalt	1 025 348	1 073 858	204 333	218 305	85 860	89 468	49 171	38 920

Datakilde: NPR

Tabell 15.2 Antall dag- og døgnopphold i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt etter behandlingssted. Helseregioner. 2005 og 2006.

Bostedsregion	Behandlingssted							
	Pasientens eget HF		Andre HF i egen region		Andre RHF		Private institusjoner	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Helse Øst	70,0	70,2	13,4	14,5	11,2	11,2	5,4	4,1
Helse Sør	72,4	72,8	21,9	22,0	3,3	3,2	2,3	2,0
Helse Vest	79,6	80,9	14,4	13,8	3,3	3,3	2,6	1,9
Helse Midt-Norge	83,5	84,6	8,4	8,4	3,6	3,8	4,6	3,2
Helse Nord	78,1	77,9	15,3	15,8	5,6	5,3	1,0	1,0
Totalt	74,9	75,4	14,9	15,3	6,3	6,3	3,6	2,7

Datakilde: NPR

Tabell 15.3 Antall døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005 og 2006.

Bostedsregion	Behandlingssted							
	Pasientens eget HF		Andre HF i egen region		Andre RHF		Private institusjoner	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Helse Øst	206 487	213 040	39 202	47 831	31 369	31 871	17 338	14 069
Helse Sør	131 075	134 787	34 276	34 625	7 208	7 483	1 961	2 384
Helse Vest	138 856	141 805	23 059	23 118	6 286	6 270	1 129	1 944
Helse Midt-Norge	99 559	100 390	11 794	11 406	4 863	5 314	3 501	2 008
Helse Nord	71 552	72 157	15 213	15 806	5 577	5 390	703	603
Totalt	647 529	662 179	123 544	132 786	55 303	56 328	24 632	21 008

Datakilde: NPR

Tabell 15.4 Antall døgnopphold i prosent av antall døgnopphold i alt etter behandlingssted. Helseregioner. 2005 og 2006.

Bostedsregion	Behandlingssted							
	Pasientens eget HF		Andre HF i egen region		Andre RHF		Private institusjoner	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Helse Øst	70,1	69,4	13,3	15,6	10,7	10,4	5,9	4,6
Helse Sør	75,1	75,2	19,6	19,3	4,1	4,2	1,1	1,3
Helse Vest	82,0	81,9	13,6	13,4	3,7	3,6	0,7	1,1
Helse Midt-Norge	83,2	84,3	9,9	9,6	4,1	4,5	2,9	1,7
Helse Nord	76,9	76,8	16,4	16,8	6,0	5,7	0,8	0,6
Totalt	75,8	75,6	14,5	15,2	6,5	6,4	2,9	2,4

Datakilde: NPR

Tabell 15.5 Antall dagopphold etter bosted og behandlingssted, 2005 og 2006.

Bostedsregion	Behandlingssted							
	Pasientens eget HF		Andre HF i egen region		Andre RHF		Private institusjoner	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Helse Øst	119 138	130 180	23 077	23 029	20 901	23 055	7 739	5 884
Helse Sør	84 411	95 557	30 932	35 089	2 586	2 760	4 992	3 788
Helse Vest	77 544	81 396	16 217	15 032	2 712	2 940	6 063	3 306
Helse Midt-Norge	55 843	60 143	3 762	4 564	1 824	1 820	5 007	4 035
Helse Nord	40 883	44 403	6 801	7 805	2 534	2 565	738	899
Totalt	377 819	411 679	80 789	85 519	30 557	33 140	24 539	17 912

Datakilde: NPR

Tabell 15.6 Antall dagopphold i prosent av antall dagopphold i alt etter behandlingssted, Helseregioner, 2005 og 2006.

Bostedsregion	Behandlingssted							
	Pasientens eget HF		Andre HF i egen region		Andre RHF		Private institusjoner	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Helse Øst	69,7	71,5	13,5	12,6	12,2	12,7	4,5	3,2
Helse Sør	68,7	69,7	25,2	25,6	2,1	2,0	4,1	2,8
Helse Vest	75,6	79,3	15,8	14,6	2,6	2,9	5,9	3,2
Helse Midt-Norge	84,1	85,2	5,7	6,5	2,7	2,6	7,5	5,7
Helse Nord	80,2	79,8	13,3	14,0	5,0	4,6	1,4	1,6
Totalt	73,5	75,0	15,7	15,6	5,9	6,0	4,8	3,3

Datakilde: NPR

Tabell 15.7 Antall elektive dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005 og 2006.

Bostedsregion	Behandlingssted							
	Pasientens eget HF		Andre HF i egen region		Andre RHF		Private institusjoner	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Helse Øst	159 937	174 012	39 300	47 241	40 144	42 149	25 057	19 927
Helse Sør	115 235	126 030	54 901	58 973	6 706	7 037	6 947	6 160
Helse Vest	111 296	114 763	26 905	25 538	6 288	6 428	7 187	5 243
Helse Midt-Norge	79 670	80 192	10 198	10 219	4 693	5 071	8 505	6 043
Helse Nord	56 862	60 034	16 407	17 758	6 241	6 218	1 438	1 502
Totalt	523 000	555 031	147 711	159 729	64 072	66 903	49 134	38 875

Datakilde: NPR

Tabell 15.8 Antall elektive dag- og døgnopphold i prosent av antall elektive dag- og døgnopphold i alt etter behandlingssted. Helseregioner. 2005 og 2006.

Bostedsregion	Behandlingssted							
	Pasientens eget HF		Andre HF i egen region		Andre RHF		Private institusjoner	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Helse Øst	60,5	61,4	14,9	16,7	15,2	14,9	9,5	7,0
Helse Sør	62,7	63,6	29,9	29,8	3,6	3,6	3,8	3,1
Helse Vest	73,4	75,5	17,7	16,8	4,1	4,2	4,7	3,4
Helse Midt-Norge	77,3	79,0	9,9	10,1	4,6	5,0	8,3	6,0
Helse Nord	70,2	70,2	20,3	20,8	7,7	7,3	1,8	1,8
Totalt	66,7	67,6	18,8	19,5	8,2	8,1	6,3	4,7

Datakilde: NPR

Tabell 15.9 Antall DRG-poeng¹⁾ for dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005 og 2006.

Bostedsregion	Behandlingssted							
	Pasientens eget HF		Andre HF i egen region		Andre RHF		Private institusjoner	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Helse Øst	248 720	252 645	57 565	63 654	47 407	52 056	19 244	16 041
Helse Sør	158 393	164 093	55 078	57 926	10 465	11 171	5 699	5 268
Helse Vest	163 395	165 293	34 790	35 506	8 818	9 429	6 091	5 237
Helse Midt-Norge	120 622	123 588	17 945	18 547	6 678	7 307	6 109	4 704
Helse Nord	80 402	80 598	22 782	24 468	7 958	8 483	1 347	1 522
Totalt	771 533	786 217	188 161	200 102	81 327	88 445	38 491	32 773

Datakilde: NPR

1) DRG-poengene med alle ISF-regler for 2006.

Tabell 15.10 Antall DRG-poeng¹⁾ for dag- og døgnopphold i prosent av antall DRG-poeng for dag- og døgnopphold i alt etter behandlingssted. Helseregioner. 2005 og 2006.

Bostedsregion	Behandlingssted							
	Pasientens eget HF		Andre HF i egen region		Andre RHF		Private institusjoner	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Helse Øst	66,7	65,7	15,4	16,6	12,7	13,5	5,2	4,2
Helse Sør	69,0	68,8	24,0	24,3	4,6	4,7	2,5	2,2
Helse Vest	76,7	76,7	16,3	16,5	4,1	4,4	2,9	2,4
Helse Midt-Norge	79,7	80,2	11,9	12,0	4,4	4,7	4,0	3,1
Helse Nord	71,5	70,0	20,3	21,3	7,1	7,4	1,2	1,3
Totalt	71,2	70,7	17,4	18,0	7,5	8,0	3,6	2,9

Datakilde: NPR

1) DRG-poengene med alle ISF-regler for 2006.

Tabell 15.11 Antall dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005.

Bostedsregion	Behandlingssted								I alt
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Private ideelle sykehus	Private kommer- sielle sykehus	Utenfor bosted	
Helse Øst	387 904	48 596	1 301	1 798	575	4 144	20 933	77 347	465 251
Helse Sør	6 993	280 694	2 118	424	259	1 031	5 922	16 747	297 441
Helse Vest	1 341	6 708	255 676	726	223	957	6 235	16 190	271 866
Helse Midt-Norge	2 263	2 498	1 498	170 958	428	203	8 305	15 195	186 153
Helse Nord	1 472	2 775	1 107	2 757	134 449	361	1 080	9 552	144 001
Ugyldig bosted/ utlendinger	1 159	1 186	691	529	442	1	0	4 008	4 008
Bosatt utenfor behandlingssted	13 228	61 763	6 715	6 234	1 927	6 697	42 475	139 039	
Totalt	401 132	342 457	262 391	177 192	136 376	6 697	42 475		1 368 720

Datakilde: NPR

Tabell 15.12 Antall dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2006.

Bostedsregion	Behandlingssted								I alt
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Private ideelle sykehus	Private kommer- sielle sykehus	Utenfor bosted	
Helse Øst	414 080	51 155	1 344	1 803	624	3 883	16 070	74 879	488 959
Helse Sør	7 390	300 058	2 137	441	275	1 023	5 149	16 415	316 473
Helse Vest	1 425	6 615	261 351	861	309	848	4 402	14 460	275 811
Helse Midt-Norge	2 497	2 603	1 552	176 503	482	253	5 790	13 177	189 680
Helse Nord	1 503	3 043	1 150	2 259	140 171	389	1 113	9 457	149 628
Ugyldig bosted/ utlendinger	1 306	1 045	881	600	452	5	1	4 290	4 290
Bosatt utenfor behandlingssted	14 121	64 461	7 064	5 964	2 142	6 401	32 525	132 678	
Totalt	428 201	364 519	268 415	182 467	142 313	6 401	32 525		1 424 841

Datakilde: NPR

Tabell 15.13 Antall døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005.

Bostedsregion	Behandlingssted								I alt
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Private ideelle sykehus	Private kommer- sielle sykehus	Utenfor bosted	
Helse Øst	245 689	28 695	1 025	1 208	441	4 144	13 194	48 707	294 396
Helse Sør	5 259	165 351	1 429	311	209	1 031	930	9 169	174 520
Helse Vest	1 105	4 416	161 915	589	176	957	172	7 415	169 330
Helse Midt-Norge	1 823	1 642	1 069	111 353	329	203	3 298	8 364	119 717
Helse Nord	1 157	1 918	757	1 745	86 765	361	342	6 280	93 045
Ugyldig bosted/ utlendinger	1 051	993	625	480	423	:	0	3 573	3 573
Bosatt utenfor behandlingssted	10 395	37 664	4 905	4 333	1 578	6 697	17 936	83 508	
Totalt	256 084	203 015	166 820	115 686	88 343	6 697	17 936		854 581

: Antall < 3

Datakilde: NPR

Tabell 15.14 Antall døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2006.

Bostedsregion	Behandlingssted								I alt
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Private ideelle sykehus	Private kommer- sielle sykehus	Utenfor bosted	
Helse Øst	260 871	29 170	1 040	1 203	458	3 883	10 186	45 940	306 811
Helse Sør	5 539	169 412	1 374	338	232	1 023	1 361	9 867	179 279
Helse Vest	1 132	4 221	164 923	690	227	848	1 096	8 214	173 137
Helse Midt-Norge		2 063	1 706	1 167	111 796	378	253	1 755	7 322
Helse Nord	1 142	1 915	805	1 528	87 963	389	214	5 993	93 956
Ugyldig bosted/ utlendinger	1 185	936	809	535	424	5	:	3 895	3 895
Bosatt utenfor behandlingssted	11 061	37 948	5 195	4 294	1 719	6 401	14 612	81 231	
Totalt	271 932	207 360	170 118	116 090	89 682	6 401	14 612		876 196

: Antall < 3

Datakilde: NPR

Tabell 15.15 Antall dagopphold etter bosted og behandlingssted. 2005.

Bostedsregion	Behandlingssted								I alt
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Private ideelle sykehus	Private kommer- sielle sykehus	Utenfor bosted	
Helse Øst	142 215	19 901	276	590	134	0	7 739	28 640	170 855
Helse Sør	1 734	115 343	689	113	50	0	4 992	7 578	122 921
Helse Vest	236	2 292	93 761	137	47	0	6 063	8 775	102 536
Helse Midt-Norge	440	856	429	59 605	99	0	5 007	6 831	66 436
Helse Nord	315	857	350	1 012	47 684	0	738	3 272	50 956
Ugyldig bosted/ utlendinger	108	193	66	49	19	0	0	435	435
Bosatt utenfor behandlingssted	2 833	24 099	1 810	1 901	349	0	24 539	55 531	
Totalt	145 048	139 442	95 571	61 506	48 033	0	24 539		514 139

Datakilde: NPR

Tabell 15.16 Antall dagopphold etter bosted og behandlingssted. 2006.

Bostedsregion	Behandlingssted								I alt
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Private ideelle sykehus	Private kommer- sielle sykehus	Utenfor bosted	
Helse Øst	153 209	21 985	304	600	166	0	5 884	28 939	182 148
Helse Sør	1 851	130 646	763	103	43	0	3 788	6 548	137 194
Helse Vest	293	2 394	96 428	171	82	0	3 306	6 246	102 674
Helse Midt-Norge	434	897	385	64 707	104	0	4 035	5 855	70 562
Helse Nord	361	1 128	345	731	52 208	0	899	3 464	55 672
Ugyldig bosted/ utlendinger	121	109	72	65	28	0	0	395	395
Bosatt utenfor behandlingssted	3 060	26 513	1 869	1 670	423	0	17 912	51 447	
Totalt	156 269	157 159	98 297	66 377	52 631	0	17 912		548 645

Datakilde: NPR

Tabell 15.17 Antall elektive dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005.

Bostedsregion	Behandlingssted								I alt
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Private ideelle sykehus	Private kommer- sielle sykehus	Utenfor bosted	
Helse Øst	196 667	36 498	676	977	214	4 125	20 932	63 422	260 089
Helse Sør	5 012	167 003	1 376	217	82	1 025	5 922	13 634	180 637
Helse Vest	744	5 072	137 528	378	77	952	6 235	11 458	150 986
Helse Midt-Norge	1 217	2 139	1 133	89 355	189	201	8 304	13 183	102 538
Helse Nord	1 034	2 386	938	1 865	72 956	358	1 080	7 661	80 617
Ugyldig bosted/ utlendinger	138	202	46	76	12	:	0	475	475
Bosatt utenfor behandlingssted	8 145	46 297	4 169	3 513	574	6 662	42 473	111 833	
Totalt	204 812	213 300	141 697	92 868	73 530	6 662	42 473		775 342

: Antall < 3

Datakilde: NPR

Tabell 15.18 Antall elektive dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2006.

Bostedsregion	Behandlingssted								I alt
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Private ideelle sykehus	Private kommer- sielle sykehus	Utenfor bosted	
Helse Øst	216 760	38 399	706	921	227	3 858	16 069	60 180	267 940
Helse Sør	5 303	181 856	1 444	173	85	1 011	5 149	13 165	195 021
Helse Vest	866	5 008	139 505	416	109	841	4 402	11 642	151 147
Helse Midt-Norge	1 448	2 222	1 149	90 058	244	253	5 790	11 097	101 155
Helse Nord	1 076	2 667	930	1 497	77 465	389	1 113	7 705	85 170
Ugyldig bosted/ utlendinger	170	116	70	73	23	5	:	458	458
Bosatt utenfor behandlingssted	8 863	48 412	4 323	3 080	688	6 357	32 524	104 247	
Totalt	225 623	230 268	143 828	93 138	78 153	6 357	32 524		809 891

: Antall < 3

Datakilde: NPR

Tabell 15.19 Antall DRG-poeng¹⁾ for dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005.

Bostedsregion	Behandlingssted								I alt
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Private ideelle sykehus	Private kommer- sielle sykehus	Utenfor bosted	
Helse Øst	306 285	44 254	1 269	1 462	423	6 238	13 007	66 651	372 937
Helse Sør	7 982	213 471	1 994	294	195	1 652	4 046	16 164	229 635
Helse Vest	1 305	6 564	198 185	776	173	1 847	4 245	14 910	213 095
Helse Midt-Norge	2 149	2 896	1 264	138 568	369	260	5 849	12 788	151 356
Helse Nord	1 588	3 130	878	2 362	103 184	510	837	9 305	112 489
Ugyldig bosted/ utlendinger	1 023	899	653	498	404	0	0	3 477	3 477
Bosatt utenfor behandlingssted	14 047	57 744	6 057	5 392	1 563	10 507	27 984	123 295	
Totalt	320 332	271 215	204 243	143 960	104 748	10 507	27 984		1 082 989

Datakilde: NPR

1) DRG-poengene med alle ISF-regler for 2006.

Tabell 15.20 Antall DRG-poeng¹⁾ for dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2006.

Bostedsregion	Behandlingssted								I alt
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Private ideelle sykehus	Private kommer- sielle sykehus	Utenfor bosted	
Helse Øst	316 299	48 690	1 470	1 472	424	6 150	9 891	68 097	384 397
Helse Sør	8 578	222 020	1 958	407	228	1 743	3 525	16 439	238 458
Helse Vest	1 251	7 142	200 799	833	203	1 807	3 430	14 666	215 464
Helse Midt-Norge	2 221	3 320	1 395	142 136	371	376	4 329	12 011	154 147
Helse Nord	1 467	3 717	1 111	2 187	105 066	623	899	10 005	115 071
Ugyldig bosted/ utlendinger	1 232	981	890	562	381	7	:	4 053	4 053
Bosatt utenfor behandlingssted	14 749	63 850	6 823	5 461	1 607	10 707	22 074	125 271	
Totalt	331 048	285 870	207 622	147 597	106 674	10 700	22 073		1 111 591

: Antall < 3

Datakilde: NPR

1) DRG-poengene med alle ISF-regler for 2006.

Tabell 15.21 Antall polikliniske konsultasjoner etter bosted og behandlingssted. 2005.

Bostedsregion	Behandlingssted								I alt
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Private ideelle sykehus	Private kommer- sielle sykehus	Utenfor bosted	
Helse Øst	1 037 608	137 560	3 834	4 256	1 271	0	:	146 922	1 184 530
Helse Sør	15 978	630 892	4 591	1 286	549	0	0	22 404	653 296
Helse Vest	2 463	7 128	656 103	2 399	530	0	0	12 520	668 623
Helse Midt-Norge	3 371	3 009	2 933	528 873	686	0	3	10 002	538 875
Helse Nord	2 630	2 971	1 543	6 192	393 436	0	0	13 336	406 772
Ugyldig bosted/ utlendinger	2 154	1 388	1 218	1 074	548	0	0	6 382	6 382
Bosatt utenfor behandlingssted	26 596	152 056	14 119	15 207	3 584	0	4	211 566	
Totalt	1 064 204	782 948	670 222	544 080	397 020	0	4		3 458 478

: Antall < 3

Datakilde: NPR

Tabell 15.22 Antall polikliniske konsultasjoner etter bosted og behandlingssted. 2006.

Bostedsregion	Behandlingssted								I alt
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Private ideelle sykehus	Private kommer- sielle sykehus	Utenfor bosted	
Helse Øst	1 066 632	139 759	3 904	4 508	1 151	0	0	149 352	1 215 954
Helse Sør	17 444	654 014	4 911	1 037	579	0	0	23 997	677 985
Helse Vest	2 621	7 129	676 752	2 541	585	0	0	12 932	689 628
Helse Midt-Norge	3 667	2 858	3 191	529 519	817	0	0	10 557	540 052
Helse Nord	2 516	3 118	1 980	5 620	407 388	0	0	13 234	420 622
Ugyldig bosted/ utlendinger	2 274	1 491	1 546	1 266	701	0	0	7 348	7 278
Bosatt utenfor behandlingssted	28 522	154 355	15 532	14 972	3 833	0	0	217 420	
Totalt	1 095 154	808 369	692 284	544 491	411 221	0	0		3 551 519

Datakilde: NPR

Tabell 15.23 Beregnet antall senger (90 prosent belegg) for døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005.

Bostedsregion	Behandlingssted								I alt
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Private ideelle sykehus	Private kommer- sielle sykehus	Utenfor bosted	
Helse Øst	3 839	458	11	15	5	75	18	582	4 421
Helse Sør	85	2 468	17	3	:	32	:	140	2 608
Helse Vest	20	72	2 539	11	:	22	:	127	2 665
Helse Midt-Norge	29	31	13	1 906	3	11	4	92	1 998
Helse Nord	18	39	8	35	1 318	12	:	113	1 431
Ugyldig bosted/ utlendinger	9	10	7	6	5	0	0	37	37
Bosatt utenfor behandlingssted	161	610	56	70	17	152	25	1 092	
Totalt	4 000	3 079	2 595	1 976	1 335	152	25		13 161

: Antall < 3

Datakilde: NPR

Tabell 15.24 Beregnet antall senger (90 prosent belegg) for døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2006.

Bostedsregion	Behandlingssted								I alt
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Private ideelle	Private komm.	Utenfor bosted	
Helse Øst	3 894	460	13	16	4	73	13	580	4 474
Helse Sør	82	2 467	15	5	:	30	:	137	2 604
Helse Vest	16	67	2 530	12	:	21	:	119	2 649
Helse Midt-Norge	28	29	12	1 830	3	12	:	85	1 915
Helse Nord	16	39	8	27	1 311	13	0	104	1 415
Ugyldig bosted/ utlendinger	11	9	9	6	4	0	0	39	39
Bosatt utenfor behandlingssted	153	604	58	66	16	150	18	1 064	
Totalt	4 047	3 071	2 588	1 896	1 327	150	18		13 097

: Antall < 3

Datakilde: NPR

16 Utvikling ventelister og ventetid i somatisk spesialisthelsetjeneste 2005-2006

Birgitte Kalseth

Ventelistestatistikken presentert i dette kapitlet innbefatter:

- tall for antall nye henvisninger på venteliste i løpet av en periode (nyhenviste i et tertial (3 mnd)). Dette beskriver tilstrømmingen til køen
- tall for antall ventende i kø på et gitt tidspunkt (øyeblikksbilde av køen) og hvor lenge disse har ventet før dette tidspunkt (ikke avsluttet ventetid)
- tall for antall som behandles og tas av ventelisten på ordinær måte i løpet av en periode (ordinært avviklede). For disse beregnes den reelle avsluttede ventetid

Pasientene kan vente på utredning og/eller behandling poliklinisk, som dagbehandling eller innleggelse (omsorgsnivå). Tallene er hentet fra Norsk Pasientregister sin offentlig tilgjengelige og fleksible datakube over ventelistedata fra norske sykehus¹⁵. Data fra tredje tertial 2005 og tredje tertial 2006 er inkludert. Private sykehus uten driftsavtale med et RHF er foreløpig ikke inkludert i statistikken. Unntaket er Feiringklinikken som er en privat ideell institusjon. Det gjøres oppmerksom på at kvaliteten på ventelistedata fortsatt er varierende.

Antall nyhenviste øker noe i tredje tertial i 2006 i forhold til tredje tertial 2005. Dette kan tilskrives økning i henvisningene til poliklinikk og dagbehandling for pasienter bosatt i opptaksområdene til Helse Øst, Helse Sør og Helse Vest. Antallet fra Helse Vest øker svært mye (9 prosent), noe som ikke er reelt. Dette skyldes usikkerhet knyttet til tallene fra Helse Førde. Tilstrømmingen av pasienter fra Helse Midt-Norge og Helse Nord ble redusert i tredje tertial 2006 sammenlignet med samme periode året før. Det gjaldt spesielt for innleggelse og dagbehandling. Alle regioner hadde en nedgang i nyhenviste til innleggelse, og den registrerte nedgangen var på hele 22 prosent i Helse Nord. Beregninger viser at, målt per 1000 innbygger, er det flest nyhenviste i Helse Nord og færrest i Helse Sør (ikke vist i tabell).

Antall avviklet: Det samme mønster som i tilførsel av pasienter (nyhenviste), gjenspeiler seg også i antall pasienter ordinært avviklet fra venteliste. Det ble registrert en moderat økning i antall avviklede fra 2005 til 2006. Dette kan tilskrives økning i antall avviklet fra ventelisten for Helse Øst, Helse Sør og Helse Vest. I Helse Midt-Norge og Helse Nord var det nedgang innen alle omsorgsnivå. Alle regioner hadde en nedgang i antall avviklede pasienter som ventet på innleggelse. Målt per 1 000 innbygger var det flest avviklet fra venteliste i Helse Nord og færrest i Helse Sør (ikke vist i tabell).

Avsluttet ventetid for ordinært avviklede: 2/3 av pasientene avviklet i tredje tertial 2006 hadde en ventetid på under tre måneder. 11 prosent ventet mer enn 6 måneder, en økning på en prosent. Pasienter bosatt i Helse Midt-Norge hadde lengst gjennomsnittlig ventetid med 81 dager, en økning på åtte dager i forhold til ett år tidligere. Kortest ventetid hadde pasienter i Helse Sør med 71 dager når alle omsorgsnivå ses under ett. Nasjonalt sett økte

¹⁵ Se http://www.shdir.no/norsk_pasientregister/ventelister/

ventetiden med 1,9 dager, fra 73,4 til 75,3. *Etter omsorgsnivå:* Gjennomsnittlig avsluttet ventetid var lenger i 2006 i forhold til 2005 i alle regioner og for alle omsorgsnivå (pasienter avvirket tredje tertial 2006 ifht samme periode året før). Unntaket var en klar reduksjon i gjennomsnittlig ventetid til innleggelse for pasienter fra Helse Nord. Det var størst økning i avsluttet ventetid i Helse Vest og Helse Midt-Norge. Det er ingen stor forskjell i lengden på avsluttet ventetid mellom poliklinisk utredning/behandling, dagbehandling og innleggelse på regionnivå. Pasientene fra Helse Midt-Norge skiller seg ut ved å ha ventet lengst til dagbehandling. Denne regionen hadde da også en langt høyere dagbehandlingsrate per 1 000 innbygger enn de andre regionene. Ventetiden til innleggelse var også lenger enn i de andre regionene.

Antall ventende: Antall registrert ventende økte med ti prosent fra 31.12.2005 til 31.12.2006. Det reelle tallet ligger antakelig noe under, da det er grunn til å tvile på en registrert økning på 25 prosent i Helse Vest (gjelder Helse Førde). De andre regionene hadde en vekst fra seks prosent for pasienter tilhørende Helse Sør, til åtte prosent for pasienter fra Helse Midt-Norge. Det var en nedgang i antall på venteliste til innleggelse i Helse Midt-Norge og Helse Nord, mens Helse Sør og Helse Øst hadde en liten økning. Alle regioner hadde en økning i antall som ventet på poliklinisk oppfølging.

Pågående ventetid: Det var en moderat økning i den gjennomsnittlige ventetiden for de som sto og ventet 31. desember 2006, målt i forhold til året før. Pasientene i Midt-Norge hadde stått lengst i kø med et gjennomsnitt på 98 dager, mens pasienter fra Helse Øst sitt opptaksområde i gjennomsnitt hadde ventet i 85 dager. Den gjennomsnittlige ventetiden var økt med hele 17 dager for kjøpasienter fra Helse Midt-Norge, noe som skyldes en økning i langtidsventende (over 6 måneder). Det var videre en systematisk forskjell mellom omsorgsnivåene i hvor lenge pasientene hadde stått i kø ved utgangen av 2006. I alle regioner hadde de som stod i kø til poliklinisk utredning eller behandling kortere gjennomsnittlig (ikke avsluttet) ventetid enn de som da sto og ventet på innleggelse. Forskjellen i ventetid mellom omsorgsnivåene fant vi ikke når vi så på avsluttede ventetider (ordinært avvirket). Dette viser at en del av de som står i kø er uprioriterte og må vente lenger. Det kan også finnes en del henvisninger for pasienter som av ulike årsaker ikke er aktuelle for behandling lenger og burde vært fjernet fra ventelistestatistikken.

Mer detaljerte opplysninger om hvilke fagområder de ulike regioner hadde lang eller kort ventetid innenfor, er vist i tabellene 16.8 til 16.10. Det er ikke slik at noen regioner hadde systematisk lang eller kort ventetid på tvers av fagområdene. Unntaket var pasienter fra Midt-Norge som hadde lenger ventetid til dagbehandling innen nesten alle fagområdene vi ser på her. Det er også en klar tendens til at pasienter tilhørende Helse Sør hadde kortest ventetid til innleggelse innen mange fagområder.

Tabell 16.1 Antall nyhenviste tredje tertial 2006 fordelt etter omsorgsnivå, og prosent endring fra tredje tertial 2005.

Bostedsregion	3. tertial 2006				Prosent endring fra 3. tertial 2005			
	Poliklinisk be- handling	Dag- behandling	Inn- leggelse	Alle omsorgs- nivå	Poliklinisk be- handling	Dag- behandling	Inn- leggelse	Alle omsorgs- nivå
Helse Øst	94 934	6 658	9 012	110 604	1,2	7,7	-9,1	0,6
Helse Sør	64 730	5 314	6 884	76 928	4,4	13,2	-6,0	3,9
Helse Vest	60 225	3 368	6 073	69 666	9,4	32,3	-6,2	8,7
Helse Midt-Norge	47 351	4 269	5 729	57 349	-4,1	-11,2	-9,6	-5,3
Helse Nord	40 069	1 230	4 021	45 320	0,7	-12,0	-21,6	-2,2
Bor i utlandet, Svalbard, ukjent*	463	27	34	524	-7,0	-15,6	-24,4	-8,9
Totalt	307 772	20 866	31 753	360 391	2,4	6,1	-9,8	1,4

*Tall i grått inngår i totaltallene.

Datakilde: NPR

Tabell 16.2 Antall ordinært avviklet fra venteliste tredje tertial 2006 fordelt etter omsorgsnivå, og prosent endring fra tredje tertial 2005.

Bostedsregion	3. tertial 2006				Prosent endring fra 3. tertial 2005			
	Poliklinisk be- handling	Dag- behandling	Inn- leggelse	Alle omsorgs- nivå	Poliklinisk be- handling	Dag- behandling	Inn- leggelse	Alle omsorgs- nivå
Helse Øst	76 414	6 036	8 043	90 493	2,7	-0,3	-11,3	1,1
Helse Sør	52 688	4 381	6 010	63 079	3,5	9,6	-7,1	2,8
Helse Vest	48 089	3 292	5 456	56 837	4,0	20,1	-4,9	3,9
Helse Midt-Norge	35 682	4 535	5 459	45 676	-3,7	-1,5	-10,1	-4,3
Helse Nord	29 209	1 178	3 508	33 895	-2,2	-5,9	-28,1	-5,8
Bor i utlandet, Svalbard, ukjent*	213	31	22	266	-18,7	47,6	-31,3	-15,6
Totalt	242 295	19 453	28 498	290 246	1,5	4,2	-11,7	0,2

*Tall i grått inngår i totaltallene.

Datakilde: NPR

Tabell 16.3 Antall på venteliste per 31.12.2006 2006 fordelt etter omsorgsnivå, og prosent endring fra tredje tertial 2005.

Bostedsregion	3. tertial 2006				Prosent endring fra 3. tertial 2005			
	Poliklinisk be- handling	Dag- behandling	Inn- leggelse	Alle omsorgs- nivå	Poliklinisk be- handling	Dag- behandling	Inn- leggelse	Alle omsorgs- nivå
Helse Øst	54 100	2 786	5 202	62 088	7,4	7,2	2,8	7,0
Helse Sør	35 810	2 924	3 514	42 248	6,1	6,7	2,2	5,8
Helse Vest	37 164	1 396	3 475	42 035	28,0	36,7	-1,1	25,2
Helse Midt-Norge	28 880	3 533	3 149	35 562	12,4	6,4	-19,5	8,0
Helse Nord	26 974	730	2 682	30 386	9,5	-13,2	-13,2	6,4
Bor i utlandet, Svalbard, ukjent*	361	11	29	401	6,2	-15,4	-9,4	4,2
Totalt	183 289	11 380	18 051	212 720	11,9	8,0	-5,2	10,0

*Tall i grått inngår i totaltallene.

Datakilde: NPR

Tabell 16.4 Antall ordinært avviklet fra venteliste i tredje tertial 2006, ventetidsfordeling (i prosent) og gjennomsnittlig ventetid i dager, endring i ventetidsfordeling og gjennomsnittlig ventetid fra tredje tertial 2005 til tredje tertial 2006. Bostedsregioner.

Bostedsregion	N=	Prosent 3. tertial 2006					Totalt	Gjs ventetid	Endring 3. tertial 2005-2006				
		<1 mnd	1-3 mnd	3-6 mnd	> 6 mnd	<1 mnd			1-3 mnd	3-6 mnd	> 6 mnd	Gjs ventetid	
Helse Øst	90 493	17,8	49,9	22,7	9,6	100	73	0,1	-1,0	-0,2	1,1	2,8	
Helse Sør	63 079	17,5	50,8	22,3	9,4	100	71	-0,4	-0,5	-0,1	1,0	2,5	
Helse Vest	56 837	14,5	48,3	26,2	11,0	100	78	-1,2	-0,5	2,0	-0,3	-0,7	
Helse Midt-Norge	45 676	15,6	46,4	25,9	12,2	100	81	-1,0	-1,9	-0,4	3,3	8,2	
Helse Nord	33 895	15,1	48,8	24,5	11,6	100	79	-0,9	1,6	-1,1	0,4	-5,1	
Bor i utlandet, Svalbard, ukjent*	266	29,7	44,4	17,7	8,3	100	59	4,6	2,1	-3,3	-3,5	-25,5	
Totalt	290 246	16,5	49,1	24,0	10,5	100	75	-0,5	-0,6	0,1	1,0	1,9	

*Tall i grått inngår i totaltallene.

Datakilde: NPR

Tabell 16.5 Antall på venteliste per 31.12.2006, ventetidsfordeling (i prosent) og gjennomsnittlig ventetid i dager, endring i ventetidsfordeling og gjennomsnittlig ventetid fra tredje tertial 2005 til tredje tertial 2006. Bostedsregioner.

Bostedsregion	N=	Prosent 3. tertial 2006					Totalt	Gjs ventetid	Endring 3. tertial 2005-2006				
		<1 mnd	1-3 mnd	3-6 mnd	> 6 mnd	<1 mnd			1-3 mnd	3-6 mnd	> 6 mnd	Gjs ventetid	
Helse Øst	62 088	28,1	44,0	16,7	11,2	100	85	-1,6	1,5	0,0	0,2	2,7	
Helse Sør	42 248	28,5	41,6	16,8	13,1	100	91	0,5	1,1	0,4	-1,9	-12,7	
Helse Vest	42 035	21,4	44,8	20,4	13,3	100	89	-7,0	1,3	3,2	2,4	7,8	
Helse Midt-Norge	35 562	20,8	43,3	20,3	15,7	100	98	-5,5	-0,2	1,0	4,7	16,8	
Helse Nord	30 386	25,9	44,9	16,7	12,6	100	93	-1,1	2,3	-1,0	-0,3	-6,6	
Bor i utlandet, Svalbard, ukjent*	401	26,4	35,2	17,2	21,2	100	112	0,5	-8,0	1,6	5,9	7,2	
Totalt	212 720	25,3	43,7	18,1	13,0	100	90	-2,8	1,2	0,7	0,9	1,4	

*Tall i grått inngår i totaltallene.

Datakilde: NPR

Tabell 16.6 Gjennomsnittlig ventetid i dager fordelt etter omsorgsnivå og bostedsregioner. Tredje tertial 2006 og endring i dager fra tredje tertial 2005. Pasienter ordinært avviklet fra venteliste i perioden (periodetall).

Bostedsregion	3. tertial 2006				Endring, i dager 3. tertial 2005-2006			
	Poliklinisk be- handling	Dagbe- handling	Inn- leggelse	Alle omsorgs- nivå	Poliklinisk be- handling	Dag be- handling	Inn- leggelse	Alle omsorgs- nivå
Helse Øst	74	60	71	73	5,1	0,3	6,6	2,8
Helse Sør	73	68	58	71	7,1	3,5	3,0	2,5
Helse Vest	78	75	74	78	13,7	14,9	12,4	-0,7
Helse Midt-Norge	74	123	94	81	12,2	19,8	6,5	8,2
Helse Nord	81	73	69	79	4,7	3,1	-10,6	-5,1
Bor i utlandet, Svalbard, ukjent*	62	40	57	59	0,1	-27,6	-40,4	-25,5
Totalt	75	80	73	75	8,0	7,6	4,2	1,9

*Tall i grått inngår i totaltallene.

Datakilde: NPR

Tabell 16.7 Gjennomsnittlig ventetid i dager fordelt etter omsorgsnivå og bostedsregioner. Tredje tertial 2006 og endring i dager fra tredje tertial 2005. Pasienter som står på venteliste per 31.12.2006 (øyeblikkstill).

Bostedsregion	3. tertial 2006				Endring, i dager 3. tertial 2005-2006			
	Poliklinisk be- handling	Dag- be- handling	Inn- leggelse	Alle omsorgs- nivå	Poliklinisk be- handling	Dag- behand- ling	Inn- leggelse	Alle omsorgs- nivå
Helse Øst	83	86	106	85	3,1	-5,0	3,2	2,7
Helse Sør	89	99	110	91	-0,8	-181,1	5,6	-12,7
Helse Vest	87	104	111	89	8,3	-11,6	13,9	7,8
Helse Midt-Norge	88	152	129	98	17,7	36,5	4,9	16,8
Helse Nord	87	119	145	93	-4,8	-4,8	-9,5	-6,6
Bor i utlandet, Svalbard, ukjent*	104	197	179	112	-1,0	103,1	71,6	7,2
Totalt	86	114	118	90	4,3	-38,7	2,8	1,4

*Tall i grått inngår i totaltallene.

Datakilde: NPR

Tabell 16.8 Gjennomsnittlig ventetid i dager til poliklinisk utredning/behandling. Fordelt etter bostedsregion og utvalgte fagområder*. Tredje tertial 2006 og endring i dager fra tredje tertial 2005. Omfatter ordinært avviklele henvisninger i perioden.

Fagområde	3. tertial 2006					Endring i ant dager (gjs) fra 3. tertial 2005				
	Bor i Helse Øst	Bor i Helse Sør	Bor i Helse Vest	Bor i Helse Midt-Norge	Bor i Helse Nord	Bor i Helse Øst	Bor i Helse Sør	Bor i Helse Vest	Bor i Helse Midt-Norge	Bor i Helse Nord
Generell kirurgi	68	48	82	50	58	4	-5	2	3	-10
Barnekirurgi (<15)	72	70	33	124	135	3	-36	4	48	5
Gastroenterologisk kirurgi	63	46	63	72	78	-7	-4	1	3	5
Karkirurgi	88	76	80	92	71	11	-5	-17	13	-4
Ortopedisk kirurgi (inkl. revmakir)	88	85	98	100	80	9	10	-4	23	-1
Urologi	97	87	66	71	74	17	2	-9	7	-5
Kjevekirurgi og munnhulesykdom	63	173	96	103	193	3	-45	18	1	-12
Plastikk-kirurgi	130	98	69	145	195	13	7	-8	15	72
Nevrokirurgi	88	120	67	84	77	-14	-2	-3	7	-16
Generell indremedisin	62	65	87	71	76	3	-5	24	9	-46
Blodsykdommer	83	53	75	61	72	15	7	11	5	-21
Endokrinologi	79	86	76	61	60	-1	-44	-10	8	9
Fordøyelsesykdommer	61	65	66	56	65	-3	-2	-1	2	-10
Hjertesykdommer	73	57	82	69	82	-1	-1	6	18	-8
Infeksjonssykdommer	43	53	53	100	59	15	-2	9	39	17
Lungesykdommer	55	67	86	99	96	3	0	-8	14	11
Nyresykdommer	74	73	82	66	70	12	3	-5	-15	-3
Revmatiske sykdommer	93	110	81	86	133	0	15	-16	17	12
Kvinnesykd og elektiv fødselshjelp	67	57	49	53	51	16	9	5	2	-3
Anestesiologi	90	83	241	42	115	-37	-6	16	8	-71
Barnesykdommer	74	89	95	66	81	-7	18	6	5	4
Fysikalsk medisin og rehabilitering	42	32	79	51	161	-9	6	-7	0	50
Hud og veneriske sykdommer	67	64	82	41	60	5	-13	3	1	-23
Nevrologi	79	83	79	87	95	-3	9	-2	8	-13
Klinisk nevrofysiologi	49	44	103	99	60	6	-12	23	9	-2
Ikke-kirurgisk kreftbehandling	27	28	21	32	-	5	6	5	-18	-
Øre-nese-hals sykdommer	83	101	82	122	101	3	-5	-4	24	1
Øyesykdommer	70	69	86	73	87	-8	5	2	2	-11
Yrkes- og arbeidsmedisin	91	138	112	49	55	10	45	14	-21	-1
Geriatrici	60	45	46	62	63	-6	-18	-57	10	7
Terapeutisk onkologi og radioterapi	37	28	-	-	25	1	5	-	-	-6

* Innenfor enkelte fagområder er tallgrunnet svært lite og er derfor holdt utenfor.

Datakilde: NPR

Tabell 16.9 Gjennomsnittlig ventetid til innleggelse i dager. Fordelt etter bostedsregion og utvalgte fagområder*. Tredje tertial 2006 og endring i dager fra tredje tertial 2005. Omfatter ordinært avviklede henvisninger i perioden.

Fagområde	3. tertial 2006					Endring i ant dager (gjs) fra 3. tertial 2005				
	Bor i Helse Øst	Bor i Helse Sør	Bor i Helse Vest	Bor i Helse Midt-Norge	Bor i Helse Nord	Bor i Helse Øst	Bor i Helse Sør	Bor i Helse Vest	Bor i Helse Midt-Norge	Bor i Helse Nord
Generell kirurgi	40	52	66	48	34	-58	0	-5	-10	-38
Barnekirurgi (<15)	52	64	76	102	94	-1	-30	-18	23	-69
Gastroenterologisk kirurgi	40	69	72	85	32	-18	22	-7	-3	-39
Karkirurgi	65	53	43	83	67	28	-21	-13	-27	15
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	91	77	100	144	108	-15	0	-26	-4	-14
Thoraxkirurgi (inkludert hjertekirurgi)	44	46	37	45	37	8	-2	-31	1	-8
Urologi	85	60	85	83	50	27	11	-14	-4	-10
Plastikk-kirurgi	110	175	117	267	211	-4	-26	-24	74	19
Nevrokirurgi	94	65	86	93	63	9	-19	9	-12	-42
Generell indremedisin	15	18	48	29	27	-6	0	5	-34	-25
Blodsykdommer	18	12	34	20	35	-4	-13	13	-49	12
Endokrinologi	93	39	43	39	140	30	6	3	0	69
Fordøyelsesykdommer	31	26	48	53	39	12	-5	-31	30	-15
Hjertesykdommer	47	41	87	57	57	13	5	-44	-2	-1
Lungesykdommer	87	97	96	71	84	60	71	69	-7	47
Nyresykdommer	23	19	38	27	39	2	3	-10	-9	15
Revmatiske sykdommer	40	52	57	47	81	-5	11	-25	-27	-11
Kvinnesykd og elektiv fødselshjelp	125	34	54	74	37	25	-9	-2	-16	-26
Barnesykdommer	101	56	78	68	97	8	-11	-21	16	7
Fysikalsk medisin og rehabilitering	70	35	78	55	85	20	-3	27	4	-1
Nevrologi	55	45	72	65	69	-1	-21	-16	-22	8
Ikke-kirurgisk kreftbehandling	10	-	25	51	-	-4	-	9	19	-
Øre-nese-hals sykdommer	100	112	68	143	112	1	-12	-12	21	5
Øyesykdommer	103	77	84	75	93	-1	2	-85	-53	-59
Terapeutisk onkologi og radioterapi	20	19	-	-	19	2	1	-	-	-2

* Innenfor enkelte fagområder er tallgrunnet svært lite og er derfor holdt utenfor

Datakilde: NPR

Tabell 16.10 Gjennomsnittlig ventetid (dager) til dagbehandling. Fordelt etter bostedsregion og utvalgte fagområder*. Tredje tertial 2006 og endring i dager fra tredje tertial 2005. Omfatter ordinært avviklede henvisninger i perioden.

Fagområde	3. tertial 2006					Endring i ant dager (gjs) fra 3. tertial 2005				
	Bor i Helse Øst	Bor i Helse Sør	Bor i Helse Vest	Bor i Helse Midt-Norge	Bor i Helse Nord	Bor i Helse Øst	Bor i Helse Sør	Bor i Helse Vest	Bor i Helse Midt-Norge	Bor i Helse Nord
Generell kirurgi	63	66	68	114	44	-3	2	16	13	-
Gastroenterologisk kirurgi	55	70	69	124	28	-9	-2	2	7	-64
Ortopedisk kirurgi (inkl. revmakir)	78	71	88	129	106	4	9	-47	21	-34
Urologi	82	79	80	115	-	-24	3	-15	11	-
Plastikk-kirurgi	118	209	58	164	-	-103	67	-19	32	-
Hjertesykdommer	23	43	62	66	59	-18	3	-13	-59	-10
Kvinnesykd og elektiv fødselshjelp	53	29	37	80	15	0	-4	0	30	-4
Barnesykdommer	117	84	96	115	112	-49	42	-35	-79	17
Nevrologi	78	79	89	112	61	-28	33	42	36	4
Øre-nese-hals sykdommer	68	99	74	101	129	-70	-22	-6	-6	-
Øyesykdommer	49	65	56	71	77	-7	5	10	-10	-47

* Innenfor mange av fagområdene er tallgrunnet svært lite og er derfor holdt utenfor.

Datakilde: NPR

Del VI Tabelldel – Somatisk spesialist- helsetjeneste foretaksperspektivet

17 Aktivitet og kostnader

Heidi Torvik

17.1 Formål med kapitlet

Dette kapitlet er delt i to deler. Den første delen beskriver aktiviteten i helseregionene, altså sett fra den enkelte enhet (enhetsperspektiv). Dette vil, blant annet, medføre avvik i forhold til presenterte tall i kapittel 14, der pasientens bosted er utgangspunktet (befolkningsperspektiv). Aktiviteten beskrives gjennom presentasjon av antall DRG-poeng i 2006, det samlede antall opphold og indeks for pasientsammensetning. Videre presenteres gjennomsnittlig liggetid og andel av forskjellige typer opphold for å gi et bilde på utvikling i sektoren fra 2005 til 2006.

Den andre delen presenterer produktivetsmål for DRG-virksomheten i 2006, og endringer fra 2005. Driftskostnader per DRG-poeng og driftskostnader per liggedag beregnes både inklusiv og eksklusiv avskrivninger mv. Presenterte resultater i denne delen er å anse som en indikator på produktiviteten, og et utgangspunkt for videre analyse. En indikator er ikke et eksakt mål på produktiviteten i den enkelte enhet.

Indikatorerne på helseforetaksnivå presenteres kun på nett, se www.sintef.no/samdata. Grunnlagstabellene presenteres på det nivå data er innlevert på, også de ligger på SAMDATA sine nettsider.

17.2 Tilpasninger og anvendelse av datagrunnlaget

Det ble fra 2005 foretatt en endring i hvordan SAMDATA beregner DRG-poeng, tidligere kalt korrigerede opphold. Hovedforskjellen mellom tidligere benyttede korrigerede opphold og DRG-poeng er knyttet til nivåforskjell. DRG-poeng som benyttes i analysene tar utgangspunkt i pasientdata innlevert til Norsk Pasientregister (NPR). DRG-poeng er et mål på hvor ressurskrevende pasientsammensetningen er, og summeres for pasienter som har vært behandlet ved den enkelte enhet eller helseforetak. Det henvises for øvrig til definisjon i vedlegg SV5.

De DRG-poeng som benyttes i dette kapitlet er ikke sammenfallende med antall DRG-poeng som er grunnlag for utbetaling av Innsatsstyrt finansiering (ISF), da det til ISF er pasientens bosted og eventuelle tilleggsrefusjoner basert på behandlingsprosedyre som er grunnlag for utbetaling til helseregionen. Antall DRG-poeng er gjort sammenlignbart med 2005, se vedlegg SV4.

I produktivetsmålene benyttes regnskapsdata innlevert til Statistisk Sentralbyrå (SSB), og disse er kontrollert i samarbeid med SINTEF Helse. Kostnader knyttet til DRG-aktivitet i helseforetakene er gjennom samarbeid mellom helseforetakene og SINTEF Helse avgrenset for formålet. Det arbeides for å behandle sykehusene og helseforetakene likt med hensyn til vurdering av kostnader som ikke kan knyttes til DRG-aktivitet.

Avskrivninger mv ble inkludert i SAMDATA fra 2005. DRG-kostnad inkludert avskrivninger mv beregnes ved å legge andel av dette til DRG-kostnad uten avskrivninger mv. Andel kostnader som legges til er den totale kostnad til avskrivninger mv fratrukket slike kostnader som er

knyttet til poliklinisk aktivitet. Det er noen forbehold som må hensyntas i datagrunnlaget for driftskostnader til DRG-aktivitet. I driftskostnader til DRG-virksomhet skal ikke kostnader knyttet til poliklinikkene være med. Det er ikke mulig i regnskapene slik de innrapporteres å identifisere kostnader knyttet til poliklinikk. I SAMDATA benyttes derfor de polikliniske inntektene som et estimat på de polikliniske kostnadene, og de polikliniske inntektene er multiplisert med to å få et gjennomsnittlig estimat på polikliniske kostnader i landet som helhet. Bak dette ligger en antakelse om at inntektene dekker halvparten av kostnadene. Arbeidet med beregning av kostnadsvekter til DRG-systemet støtter denne antakelsen.

Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentra benyttes som et estimat på kostnader til dette. Imidlertid er det grunn til å anta at tilskuddet ikke dekker de kostnader sykehusene har, slik at estimatet underestimerer kostnadene. Estimaten er det beste vi har å benytte, da det ikke finnes regnskapsførte kostnader for slik aktivitet ved alle sykehus. I tillegg til tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentra, er tilskudd til utdanning som ligger i helseforetakenes basisramme søkt tillagt nevnte tilskudd.

Det aktivitetsmål som legges til grunn, utregnet med utgangspunkt i DRG-systemet, fanger sannsynligvis ikke opp alle variasjoner i pasientsammensetningen da det kan være variasjoner mellom sykehus innen en DRG. Aktivitetsmålet er også sensitivt for kodepraksis ved sykehusene, men per i dag har vi ingen bedre mål for å vekte nødvendig ressursinnsats i pasientbehandlingen enn det som benyttes.

17.3 Resultater

Tabell 17.1 under viser antall DRG-poeng, samlet antall døgn- og dagopphold og indeks for pasientsammensetning i hver helseregion. Helse Sør har den største veksten i antall DRG-poeng og i antall opphold fra 2005 til 2006, og det er også i den regionen at den prosentvise veksten i de to mål er mest lik. I Helse Vest og i Helse Midt-Norge er veksten i både antall opphold og antall DRG-poeng lavere enn i gjennomsnittet av landet. Også i Helse Nord er veksten i antall opphold og antall DRG-poeng lavere enn landsgjennomsnittet, men veksten i de to mål er noe mer ulik enn i Helse Sør, Helse Vest og Helse Midt-Norge. Helse Øst har også en kraftigere vekst i det samlede antall opphold enn i antall DRG-poeng, og det er dette som medfører at Helse Øst og Helse Nord har en større nedgang i indeks for pasientsammensetning enn de øvrige regioner. I landet som helhet går indeks for pasientsammensetning ned, da det samlede antall opphold øker mer enn antall DRG-poeng. Dette henger sammen med økning i dagaktivitet, med et gjennomsnittlig lavere antall DRG-poeng per opphold enn døgnpasienter.

Gjennomsnittlig liggetid fortsetter å gå ned, se tabell 17.2. Dette er en tendens som har vart i flere år. Den gjennomsnittlige liggetiden går ned både for alle opphold totalt og for døgnopphold, en endring på 0,1 liggedag. Gjennomsnittlig liggetid for døgnoppholdene er ganske lik i landet som helhet, med 5,1 liggedager i gjennomsnitt. Helse Midt-Norge har lengst gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold med 5,4 dager og Helse Sør og Helse Nord kortest med 4,9 dager.

I 2006 ser vi at den gjennomsnittlige liggetiden for langtidsoppholdene øker, og den øker med over 2,5 liggedager i landet som helhet. Det er forholdsvis markert økning i alle helseregioner i forhold til 2005. Hovedforklaringen til denne økningen ligger i ny beregning av trimpunkt fra 2006.

Tabell 17.3 viser at andel døgnopphold av det totale antall opphold går ned fra 2005 til 2006, og det skyldes en fortsatt sterkere økning i antall dagopphold. I overkant av 60 prosent av alle opphold er døgnopphold. Helse Sør har den laveste andelen døgnopphold, og den høyeste andel dagopphold.

Det er reduksjon i andel døgnopphold i alle helseregioner. Andel langtidsopphold er markert lavere i 2006 enn den var i 2005, på nasjonalt nivå en nedgang fra 4,4 til 3,4. Den største nedgangen er i Helse Midt-Norge, en endring fra 5,7 i 2005 til 3,8 i 2006. Andel langtidsliggedager av det totale antall liggedager går også ned fra 2005 til 2006. I 2005 var

andel langtidsliggedager 8,7, mens det i 2006 var 7,8 prosent av liggedagene som var knyttet til liggedager over trimpunkt.

Ved å sammenholde liggetiden for normalopphold, andel langtidsliggedøgn og liggetid totalt kan en få et inntrykk av om årsakene til variasjoner i den totale liggetiden skyldes at pasientene gjennomgående har kortere/lengre liggetider, eller ligger årsaken i andel langtidsopphold/langtidsliggedøgn.

Andel polikliniske inntekter, av de totale kostnadene til DRG-aktivitet, går ned fra 2005 til 2006. Dette henger sammen med en endring i takstene til poliklinisk aktivitet, og ikke nedgang i selve aktiviteten (se kapittel 12 og kapittel 14 for henholdsvis finansiering og bruk av sykehustjenester).

Det er en økning i driftskostnader per DRG-poeng på 2,6 prosent fra 2005 til 2006, se tabell 17.4. Kostnadstallene i 2005 er inflasjonsjustert med 3,4 prosent. I 2006 beregnes driftskostnadene for et DRG-poeng til å være i overkant av kr 35.000. Det er en økning i driftskostnader per DRG-poeng i alle helseregioner, bortsett fra Helse Sør, og kostnadene er høyest i Helse Nord og lavest i Helse Sør.

Driftskostnadene per liggedag er i 2006 beregnet til kr 7.800, en økning med i overkant av fem prosent fra 2005. Dette er vist i tabell 17.5. En høyere økning i driftskostnader per liggedag sett i forhold til driftskostnader per DRG-poeng er knyttet til at antall liggedager øker relativt sett mindre enn antall DRG-poeng. Helse Midt-Norge har den høyeste prosentvise økningen i driftskostnader per liggedag, og det henger sammen med en generell nedgang i gjennomsnittlig liggetid. Driftskostnader per liggedag øker minst i Helse Øst og i Helse Sør, mens kostnadene er høyest i Helse Nord.

Fra 2005 ble avskrivninger med videre lagt litt driftskostnader til DRG-aktivitet, og da i sin helhet. Dette overvurderte med all sannsynlighet driftskostnaden til DRG aktivitet når avskrivninger mv ble inkludert, og fra 2006 har vi derfor lagt en andel av avskrivningene til poliklinikkene. 2005 er gjort sammenlignbart med 2006. Driftskostnader per DRG-poeng og driftskostnader per liggedag når avskrivninger mv er inkludert viser samme endring nasjonalt som når avskrivningene holdes utenfor.

Tabell 17.1 Antall DRG-poeng, samlet antall opphold og indeks for pasientsammensetning for 2006, samt endring fra 2005 til 2006. Regionalt helseforetak.

Regionalt helseforetak	DRG-poeng ¹⁾		Samlet antall opphold ²⁾		Indeks for pasientsammensetning ³⁾	
	Nivå 2006	Prosent endring 2005-06	Nivå 2006	Prosent endring 2005-06	Nivå 2006	Nivå 2005
Helse Øst RHF	327 333	2,4	420 171	5,1	0,78	0,80
Helse Sør RHF	284 757	5,4	362 120	6,4	0,79	0,79
Helse Vest RHF	206 239	2,2	265 698	3,2	0,78	0,78
Helse Midt-Norge RHF	147 282	2,3	182 467	3,0	0,81	0,81
Helse Nord RHF	106 727	2,1	141 875	4,4	0,75	0,77
Totalt	1 072 339	3,1	1 372 331	4,7	0,78	0,79

1) Antall DRG-poeng er sum korrigert vekt i pasientdata for hver enhet/helseforetak. Antall DRG-poeng er gjort sammenlignbart med 2005 ved at tilleggsrefusjon tillagt DRG-poeng er fjernet i 2006.

2) Samlet antall opphold er lik summen av antall døgnopphold og antall dagbehandlinger (både som innlagt og ved poliklinikkene).

3) Indeks for pasientsammensetning er forholdet mellom antall DRG-poeng og samlet antall opphold.

Datakilde: NPR

Definisjoner: Se vedlegg SV5.

Tabell 17.2 Gjennomsnittlig liggetid for opphold samlet, døgnopphold, normalopphold og langtidsopphold for 2006, samt endring fra 2005 til 2006. Regionalt helseforetak.

Regionalt helseforetak	Alle opphold ¹⁾		Døgnopphold ²⁾		Normalopphold ³⁾		Langtidsopphold ⁴⁾	
	Gjsn. liggetid 2006	Endring 2005-06	Gjsn. liggetid 2006	Endring 2005-06	Gjsn. liggetid 2006	Endring 2005-06	Gjsn. liggetid 2006	Endring 2005-06
Helse Øst RHF	3,6	-0,1	5,1	-0,1	3,0	-0,1	19,4	1,7
Helse Sør RHF ⁵⁾	3,2	-0,2	4,9	-0,1	2,8	-0,1	19,1	3,3
Helse Vest RHF	3,6	-0,1	5,0	-0,1	3,0	0,0	18,9	2,6
Helse Midt-Norge RHF	3,8	-0,2	5,4	-0,2	3,1	-0,1	21,4	3,7
Helse Nord RHF	3,5	-0,1	4,9	-0,1	2,9	0,0	19,9	2,9
Totalt	3,5	-0,1	5,1	-0,1	2,9	-0,1	19,6	2,6

1) Alle opphold er lik sum antall døgnopphold og antall dagbehandlinger (både som innlagt og ved poliklinikkene).

2) Antall døgnopphold er basert på oppholdstype og ikke liggetid. I tallene inngår derfor døgnopphold med liggetid lik 0. Disse oppholdene er gitt liggetid lik 1.

3) Normalopphold er opphold med liggetid mindre eller lik trimpunkt i den aktuelle DRG oppholdet er gruppert i. Trimpunkt er en statistisk fastsatt øvre liggetidsgrense for den aktuelle DRG.

4) Langtidsopphold er opphold med liggetid lenger enn trimpunkt i den aktuelle DRG oppholder er gruppert i. Trimpunkt er en statistisk fastsatt øvre liggetidsgrense for den aktuelle DRG.

5) Det er foretatt en endring i tallene for Helse Sør i 2005. Dette gir marginale utslag på endringstallene.

Datakilde: NPR

Definisjoner: Se vedlegg SV5.

Tabell 17.3 Andel døgnopphold, langtidsopphold, langtidsliggedager og polikliniske inntekter 2005 og 2006. Regionalt helseforetak.

Regionalt helseforetak	Andel døgnopphold ¹⁾		Andel langtidsopphold		Andel langtidsliggedager		Andel polikliniske inntekter ²⁾	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Helse Øst RHF	64,0	63,1	4,2	3,7	8,2	8,1	10,8	8,9
Helse Sør RHF	59,0	56,6	3,4	2,5	6,8	6,2	12,3	11,0
Helse Vest RHF	64,8	64,0	4,9	3,7	9,2	8,1	12,5	10,3
Helse Midt-Norge RHF	65,3	63,6	5,7	3,8	11,0	9,2	12,9	10,2
Helse Nord RHF	64,8	63,0	4,9	3,4	10,0	8,2	11,2	9,2
Totalt	63,1	61,6	4,4	3,4	8,7	7,8	11,8	9,9

1) Andel døgnopphold er beregnet som forholdet mellom antall døgnopphold (etter oppholdstype) og samlet antall opphold.

2) Andel polikliniske inntekter av totale driftskostnader til DRG-aktivitet ekskl kapitalkostnader.

Datakilde: SSB og NPR

Definisjoner: Se vedlegg SV5.

Tabell 17.4 Driftskostnader DRG-virksomhet per DRG-poeng, beregnet med og uten kapitalkostnader, samt relativt kostnadsnivå for 2006 og prosentvis endring fra 2005 til 2006. Regionalt helseforetak.

Regionalt helseforetak	Driftskostnader ¹⁾ per DRG-poeng			Driftskostnader ¹⁾ per DRG-poeng inkl avskr mv		
	Nivå 2006	Prosent endring 2005-06 ²⁾	Relativt kostnadsnivå	Nivå 2006	Prosent endring 2005-06 ²⁾	Relativt kostnadsnivå
Helse Øst RHF	35 171	2,9	1,00	38 495	2,6	1,00
Helse Sør RHF	32 731	-0,6	0,93	36 461	-1,2	0,95
Helse Vest RHF	33 422	5,7	0,95	36 473	4,6	0,95
Helse Midt-Norge RHF	37 506	3,3	1,07	41 056	5,5	1,06
Helse Nord RHF	40 689	3,1	1,16	45 136	3,8	1,17
Totalt	35 057	2,6	1,00	38 579	2,5	1,00

1) Tallene for 2005 er inflasjonsjustert med 3,4 prosent.

Datakilde: SSB og NPR

Definisjoner: Se vedlegg SV5.

Tabell 17.5 Driftskostnader DRG-virksomhet per liggedag, beregnet med og uten kapitalkostnader, samt relativt kostnadsnivå for 2006 og prosentvis endring fra 2005 til 2006. Regionalt helseforetak.

Regionalt helseforetak	Driftskostnader ¹⁾ per liggedag			Driftskostnader ¹⁾ per liggedag inkl avskr mv		
	Nivå 2006	Prosent endring 2005-06 ¹⁾	Relativt kostnadsnivå	Nivå 2006	Prosent endring 2005-06 ¹⁾	Relativt kostnadsnivå
Helse Øst RHF	7 643	3,7	0,98	8 366	3,4	0,97
Helse Sør RHF	8 068	3,4	1,03	8 987	2,7	1,04
Helse Vest RHF	7 233	7,7	0,92	7 893	6,5	0,92
Helse Midt-Norge RHF	7 940	9,0	1,01	8 691	11,9	1,01
Helse Nord RHF	8 805	4,7	1,13	9 768	5,4	1,13
Totalt	7 826	5,2	1,00	8 612	5,2	1,00

1) Tallene for 2005 er inflasjonsjustert med 3,4 prosent.

Datakilde: SSB og NPR

Definisjoner: Se vedlegg SV5.

Litteraturliste

Anthun, K.S. og H. Torvik

2006 Fordeling av felleskostnader i helseforetakene. Rapport A70 SINTEF Helse.

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten

Årsrapport 2006

Emberland, B.

2007 Håndbok for rapportering av regnskapsdata for helseforetak og regionale helseforetak 2006. Statistisk sentralbyrå, Oslo.

Helse- og omsorgsdepartementet

Bestillerdokumenter til de regionale helseforetakene 2006

Helse- og omsorgsdepartementet

Innsatsstyrt finansiering 2006. Informasjonshefte

Jørgenvåg R. (red)

2006 SAMDATA Somatikk. Sektorrapport 2005. Rapport A248, SINTEF Helse

Pedersen M. (red)

2006 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2005. Rapport A748, SINTEF Helse.

Rundskriv F01. 12.2000 nr 1389 Forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak, Helsedepartementet

Sosial- og helsedirektoratet

2003 Opptrappingsplanen for psykisk helse. Sosial og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003-2006. Rapport nr. 10 2003.

St.meld nr. 43 (1999-2000)

Om akuttmedisinsk beredskap

St.prp. nr 1 for (2003 – 2004).

Statsbudsjettet for 2004, Helse- og omsorgsdepartementet.

St.prp. nr 1 for (2004 – 2005).

Statsbudsjettet for 2005, Helse- og omsorgsdepartementet.

St.prp. nr 1 for (2005 – 2006).

Statsbudsjettet for 2006, Helse- og omsorgsdepartementet.

St. prp. Nr. 63 (1997-87)

Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Sosial og helsedepartementet, Oslo.

Strandjord L. og Strøm T.B.

2007 Aktivitetsdata for somatiske sykehus 2006 Norsk pasientregister. Sosial og helsedirektoratet.