

SAMDATA Spesialisthelsetjenesten

Sentrale utviklingstrekk innen spesialisthelsetjenesten 1999 – 2003

Inger J. Pettersen, Ronny Jørgenvåg og Kari Nyland

SINTEF Helse
7465 Trondheim
Telefon: 4000 25 90
Telefax 73 59 63 61

STF78 A045023

SINTEF Helse

Postadresse:
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo/
7465 Trondheim
Telefon:
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)
Telefaks:
22 06 79 09 (Oslo)
73 59 63 61 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

SAMDATA Spesialisthelsetjenesten

Sentrale utviklingstrekk innen spesialisthelsetjenesten 1999- 2003

FORFATTER(E)

Inger Johanne Pettersen, Ronny Jørgenvåg og Kari Nyland

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. STF78 A045023	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Marit Getz Wold	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03672-0	PROSJEKTNR. 78H034.30	ANTALL SIDER OG BILAG 76
ELEKTRONISK ARKIVKODE \\nis\prosjekt\78H034.30		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Inger J. Pettersen	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Jon Magnussen
ARKIVKODE E	DATO 2004-12-20	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Kari Nyland, forskningssjef	

SAMMENDRAG

Formålet med denne rapporten er å gi en kortfattet samlet beskrivelse av utviklingen i spesialisthelsetjenesten med vekt på perioden 1999-2003.

I del I presenteres innledningsvis oversikt over bruken av ressurser til helsetjenester i Norge sammenlignet med andre land. Videre er det presentert utviklingstrekk innen somatikk og psykisk helsevern med hovedvekt på aktivitet for perioden 1999-2003

I del II presenteres oversikter over utvikling i ressursbruk (utgifter og årsverk) nasjonalt og regionalt for perioden 1999-2003. Videre er det fokusert på utviklingen i antall ventende og ventetid, som indikatorer for tilgjengelighet til tjenester innen somatikk og psykisk helsevern.

I del III presenteres hovedtall for ressursutviklingen i spesialisthelsetjenesten på nasjonalt og regionalt nivå.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Spesialisthelsetjenesten	Specialised health care services
EGENVALGTE	Statistikk	Statistics
	Velferd	Welfare

Forord

Formålet med SAMDATA er å presentere bearbejdede og sammenlignbare styringsindikatorer, samt analyser av utviklingstendenser for spesialisthelsetjenesten. Det er tidligere publisert med omfattende informasjon om somatisk virksomhet (SAMDATA Somatikk, sektorrappport 2003) og en tilsvarende for psykisk helsevern (SAMDATA Psykisk helsevern, sektorrappport 2003). Denne rapporten er et supplement til disse to og fokuserer på utviklingstrekk innen spesialisthelsetjenesten den siste femårs perioden.

Rapporten er utarbeidet av SINTEF Helse på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Kontaktperson har vært Marit Getz Wold. Det er i tillegg opprettet en kontaktgruppe for SAMDATA. Kontaktgruppens hovedoppgaver er å gi råd til oppdragsgiver og utførende miljø om utvikling av de indikatorer og planer det til enhver tid arbeides etter.

Statistisk sentralbyrå (SSB) har samlet inn institusjonsdata for personell og regnskap, og dataene er kvalitetskontrollert i samarbeid mellom SINTEF Helse og SSB. Aktivitetsdata er innsamlet og kontrollert av Norsk pasientregister. Vi vil takke alle samarbeidspartnere, SSB, NPR, regionale helseforetak, helseforetak og institusjoner for godt samarbeid.

Inger Johanne Pettersen har vært prosjektleder for rapporten fra SINTEF Helse. I tillegg har Heidi Torvik levert bidrag til denne rapporten. Hanne Kvam har vært prosjektsekretær.

Trondheim, desember 2004

Inger Johanne Pettersen

Ronny Jørgenvåg

Kari Nyland

Innholdsfortegnelse

Forord	5
Innholdsfortegnelse	7
1 Innledning	13
1.1 Formål med rapporten	13
1.2 Spesialisthelsetjenesten - noen endringer	13
1.3 Norsk helsetjeneste i et internasjonalt perspektiv	15
1.4 Nærmere om denne rapporten	16
Del I	19
2 Utviklingstrekk somatikk og psykisk helsevern med hovedvekt på aktivitet	21
2.1 Somatikk 1999-2003	21
2.2 Psykisk helsevern 1999-2003	23
2.2.1 Voksne	24
2.2.2 Barn og unge	25
Del II	27
3 Ressursbruken	29
3.1 Innledning	29
3.2 Utvikling nasjonalt	29
3.3 Ressursinnsats i regionene	32
3.4 Hvorfor regionale forskjeller?	37
4 Tilgjengelighet (ventende og ventetid)	41

4.1	Innledning	41
4.2	Nasjonalt nivå	42
4.2.1	Antall ventende.....	42
4.2.2	Ventetid.....	43
4.3	Regionalt nivå	45
4.3.1	Somatikk	45
4.3.2	Psykisk helsevern for voksne	46
4.3.3	Psykisk helsevern for barn og unge	46
5	Sammendrag av rapporten.....	49
Del III		53
6	Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten - utgifter	55
6.1	Nasjonalt nivå	55
6.2	Regionalt nivå	57
6.3	Grunnlagsdata.....	63
Litteraturliste		67
Vedlegg		69
Datagrunnlag og definisjoner		71
1.1	Datagrunnlag og definisjoner senger og personell	71
1.2	Datagrunnlag utgifter og finansiering	71
1.3	Definisjoner utgifter og finansiering	72

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Aktivitetsutviklingen fra 1999 til 2003 fordelt på ulike typer opphold og behandlinger. Rater per 1000 innbygger.....	22
Tabell 3.1	Utvikling i totale driftsutgifter til somatikk og psykisk helsevern 1999-2003. Millioner kr målt i faste 2003 kr og prosent endring.....	29
Tabell 3.2	Årsverk innen somatikk, psykisk helsevern og spesialisthelsetjenesten totalt. Absolutte tall og endring i fra 1999 til 2003 og 2001 til 2003.....	31
Tabell 3.3	Somatikk. Forventet utgiftsnivå 2000 (pst av landsgjennomsnitt) korrigeret for befolkningens alderssammensetning og reisetid. Kilde: NOU 2003:1. Faktisk utgiftsnivå (pst av landsgjennomsnitt) for 2003. Kilde: SAMDATA somatikk 2003.....	38
Tabell 3.4	Psykisk helsevern. Forventet utgiftsnivå 2000 (pst av landsgjennomsnitt) korrigeret for befolkningens alderssammensetning sosiale kriterier og flyttemønstre. Kilde: SINTEF Helse, NOU 2003:1. Faktisk utgiftsnivå (pst av landsgjennomsnitt) for 2003. Kilde: SAMDATA psykisk helsevern 2003.	39
Tabell 6.1	Totale driftsutgifter til spesialisthelsetjenesten fordelt på somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern. 1997-2003. Millioner kroner målt i faste 2003 kroner. Prosentvis endring.	55
Tabell 6.2	Totale driftsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, ambulanse, personalpolitiske tiltak, felles RHF og samlet i 2003. Millioner kroner. Driftsutgifter prosentvis fordelt på utgiftsartene lønn, varer og tjenester og andre driftsutgifter.	56
Tabell 6.3	Totale driftsutgifter til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og spesialisthelsetjenesten samlet. Millioner kroner samt prosentvis fordeling. 2003.	56
Tabell 6.4	Totale driftsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, ambulanse, personalpolitiske tiltak, felles RHF og samlet korrigeret for gjestepasientoppgjør. Helseregioner. Millioner kroner 2003.	57
Tabell 6.5	Totale driftsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, ambulanse, personalpolitiske tiltak, felles RHF og samlet korrigeret for gjestepasientoppgjør. Helseregioner. Prosentandeler. 2003.	57
Tabell 6.6	Totale driftsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern, korrigeret for gjestepasientoppgjør. Helseregioner. Kroner per innbygger og avvik fra gjennomsnittet. 2003. I 2003-kroner.	58
Tabell 6.7	Totale driftsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern, korrigeret for gjestepasientoppgjør. Helseregioner. Kroner per innbygger og avvik fra gjennomsnittet. 2003.	58

Tabell 6.8	Driftsutgifter til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. Helseregioner. Millioner kroner. 2003.	59
Tabell 6.9	Driftsutgifter til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. Helseregioner. Prosentandeler. 2003.	59
Tabell 6.10	Driftsutgifter og finansiering av psykisk helsevern. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. Helseregioner. Millioner kroner. 2003.	60
Tabell 6.11	Driftsutgifter og finansiering av psykisk helsevern. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. Helseregioner. Prosentandeler. 2003.	60
Tabell 6.12	Driftsutgifter og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern samlet. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. Helseregioner. Millioner kroner. 2003.	61
Tabell 6.13	Driftsutgifter og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern samlet. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. Helseregioner. Prosentandeler. 2003.	61
Tabell 6.14	Totale driftsutgifter psykisk helsevern for barne- og unge og for voksne, somatiske spesialisthelsetjenester, ambulanser, personalpolitiske tiltak og felles RHF. Helseforetak. 1 000 kroner. 2003.	63
Tabell 6.15	Gjestepasientutgifter og – inntekter for psykisk helsevern, somatiske sykehus og spesialisthelsetjenesten samlet (1 000 kroner). Regionale helseforetak. 2003.	66

Figuroversikt

Figur 1.1	Utvikling i andelen av BNP som benyttes til helsetjenester i Norge og de øvrige nordiske land.	15
Figur 1.2	Utgifter pr capita til helsetjenester korrigert for prisforskjeller. OECD-området. 2002.	16
Figur 3.1	Samlet prosentvis vekst i driftsutgifter i perioden 1999-2003. Somatikk, psykisk helsevern og spesialisthelsetjenesten samlet.	30
Figur 3.2	Prosentvis endring i antall årsverk i somatikk og psykisk helsevern fra 2001 til 2003.	32
Figur 3.3	Utvikling i totale driftsutgifter per innbygger til somatikk og psykisk helsevern 2001-2003, fordelt etter regionale helseforetak og landet. Målt i faste 2003 kr.	33
Figur 3.4	Utvikling i totale driftsutgifter per innbygger til somatikk 2001-2003 . Millioner kr målt i faste 2003 kr.	34
Figur 3.5	Utvikling i totale driftsutgifter per innbygger til psykisk helsevern til barn og unge 2001-2003 . Millioner kr målt i faste 2003 kr.	34
Figur 3.6	Utvikling i totale driftsutgifter per innbygger til psykisk helsevern for voksne 2001-2003 . Millioner kr målt i faste 2003 kr.	35
Figur 3.7	Driftsutgifter pr innbygger i prosent av landsgjennomsnitt for 2001. Somatikk og psykisk helsevern. Regioner og landet totalt. 2001-2003.	36
Figur 3.8	Utvikling i andel driftsutgifter per innbygger til somatikk og psykisk helsevern 2001-2003, fordelt per regionale helseforetak og landet. 2001-2003.	37
Figur 4.1	Antall ventende per 1000 innbyggere. Somatiske fagområder og psykisk helsevern. 2. tertial 1999-2004. Kilde: Norsk pasientregister.	43
Figur 4.2	Gjennomsnittlig ventetid i dager. Somatikk og psykisk helsevern. 2. tertial 1999-2004. Kilde: Norsk pasientregister.	44
Figur 4.3	Antall ventende per 1000 innbyggere. Somatiske fagområder. 2 tertial 1999-2004. Kilde Norsk pasientregister.	45
Figur 4.4	Antall ventende per 10 000 innbyggere. Psykisk helsevern for voksne. 2. tertial 1999-2004. Kilde: Norsk pasientregister.	46
Figur 4.5	Antall ventende per 10 000 innbyggere. Psykisk helsevern for barn og unge. 2. tertial 1999-2004. Kilde: Norsk pasientregister.	47

1 Innledning

1.1 Formål med rapporten

Formålet med denne rapporten er å gi en kortfattet samlet beskrivelse av utviklingen i spesialisthelsetjenesten. Hovedvekt legges på den siste femårsperioden, men i noen sammenhenger er det også naturlig å trekke linjer noe lenger tilbake i tid. Rapporten bygger i stor grad på sektorrapportene SAMDATA Somatikk og SAMDATA Psykisk helsevern, og det henvises til disse for en mer detaljert beskrivelse av utviklingen innen den enkelte sektor.

1.2 Spesialisthelsetjenesten - noen endringer

Det har det siste tiåret skjedd betydelige endringer i spesialisthelsetjenestens rammevilkår. De viktigste reformene har vært innføringen av innsatsstyrt finansiering fra 1997 og eierskapsreformen i 2002. Samtidig har det vært et uttalt ønske om en betydelig styrking av det psykiske helsevernet gjennom Opptappingsplanen. I kjølvannet av dette har det vært reist en rekke problemstillinger som har vært gjenstand for til dels betydelig oppmerksomhet.

- Fordelingsspørsmålene
 - Mellom regioner
 - Mellom psykisk helsevern og somatikk
- Strukturendringer
- Pasientrettigheter - fritt sykehusvalg

Den *regionale fordelingen* av ressurser var ett av temaene som ble behandlet i innstillingen fra Hagen-utvalget (NOU 2003:1) og i den påfølgende St. Meld 5 (2003-2004). Debatten i kjølvannet av disse dokumentene har vist at fordelingsspørsmål er vanskelige. Hagen-utvalget foreslo et sett objektive kriterier for fordeling av ressurser mellom de fem regionale helseforetakene som ville ha gitt til dels store omfordelingseffekter. Stortinget valgte imidlertid både å beholde særtilskudd til Helse Nord, og å gjennomføre en gradvis overgang fra dagens system til et system basert på objektive kriterier. I praksis betyr dette at sektoren fremdeles må leve med en fordeling av ressurser som ikke nødvendigvis samsvarer med befolkningens størrelse og behov for helsetjenester.

Også *fordelingen mellom somatikk og psykisk helsevern* har vært omfattet av interesse. Mens Opptappingsplanen for psykisk helse har hatt klart definerte målsettinger om vekst innen de ulike deler av helsesektoren, har somatikken "nytt godt" av en finansieringsordning som i stor grad har vært rettet inn mot å belønne økt aktivitet. Resultatet har vært at ressurstilgangen innen somatisk sektor jevnt over har vokst raskere enn innen psykisk helsevern. Denne problematikken ble

også reist av Hagen-utvalget, som påpekte at en aktivitetsbasert finansiering av somatikk kombinert med en rammefinansiering av psykisk helsevern nødvendigvis måtte lede til en prioritering av somatisk sektor. I oppfølgingen av Hagen-utvalget satte man ned ISF-refusjonen fra 60 prosent til 40 prosent for 2004, men denne er fra 2005 igjen satt tilbake til 60 prosent. Samtidig er arbeidet med å finne systemer som kan danne grunnlaget for en aktivitetsbasert finansiering av psykisk helsevern enda ikke ordentlig i gang. Der er dermed all grunn til å anta at denne problemstillingen også vil være aktuell i årene som kommer.

En sentral målsetting ved foretaksreformen var å tilrettelegge for en bedre *struktur* i helsetjenesten. Det er enda for tidlig å si hvilke effekter de omlegginger vi har observert har hatt for effektivitet, tilgjengelighet og kvalitet, men det er klart at strukturendringer har vært (og er) helsepolitisk brennbare tema. Slike endringer kan dels begrunnes med økonomiske forhold (stordrift, samdrift), men kan også ha sitt utgangspunkt i krav om minstenivå på aktivitet for å kunne opprettholde en medisinsk forsvarlig drift. Diskusjonene rundt nedlegging av fødetilbud (alternativt omgjøring av fødeavdelinger til fødestuer) har vist at dette er områder av helsetjenesten hvor medisinsk-faglig og økonomisk logikk kolliderer både med lokale interesser og lokale følelser.

SINTEF Helse har gjennomført en kartlegging¹ av endringer i de somatiske sykehusenes interne organisering i perioden 1999 til 2003. Kartleggingen viser at det statlige eierskapet og fristilling til selvstendige helseforetak har bidratt til å skape et nytt sykehuslandskap. Hovedtrekkene i utviklingen kan oppsummeres i følgende punkter:

- Økt ansvarliggjøring av avdelingene, for eksempel tilsettingsmyndighet, synliggjøring av ISF-inntekter på avdelingenes budsjett og regnskap og innføring av intern fakturering.
- Økt omfang av tiltak som legger til rette for mer effektiv pasientgjennomstrømning, for eksempel skjermede enheter for elektiv kirurgi, sykehotell, pasienthotell, innføring av elektronisk kommunikasjon og tiltak for koordinering mot kommunehelsetjeneste.
- Endringer i beredskap. Tre regioner øker omfanget av beredskap, mens en reduserer. Spesialisering fører til en klar økning i antall spesialiteter med egne vaktordninger. Det er en økning i bruken av personellkrevende vakt-systemer.

Parallelt med endringer i eierskap, struktur og finansiering har det skjedd en utvikling i lovgivningen som gir styrkede *pasientrettigheter*. For det første understrekes her sterkere pasientenes rett til nødvendig helsehjelp, og for det andre gis pasientene sterkere virkemidler i form av en rett til fritt sykehusvalg (innen samme behandlingsnivå). Fra 1/9 2004 har også pasientene krav på en tidsangivelse for behandling, og kan dersom denne fravikes kreve at det regionale helseforetaket dekker kostnadene ved behandling i annet sykehus.

¹ Kjekshus (2004) oppsummerer funn fra organisasjonsdatabasen INTORG for årene 1999, 2001 og 2003. Organisasjonsdatabasen driftes av SINTEF Helse i samarbeid med UIO (HORN og HERO)

1.3 Norsk helsetjeneste i et internasjonalt perspektiv

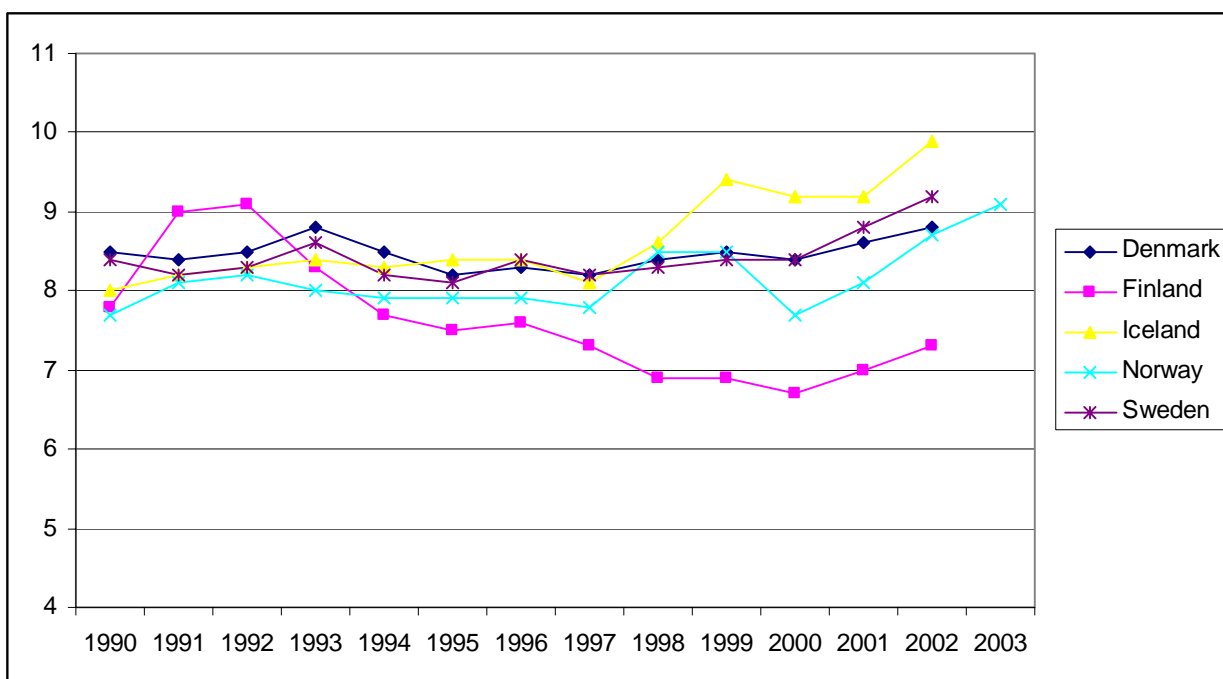
Den norske helseforetaksreformen er blitt omtalt som en reform inspirert av den internasjonale reformpakken kalt *New Public Management* (Lægneid et al, 2003). Utviklingstrekkene kan beskrives slik:

- Innføring av økonomiske incentiver som bygger på økt grad av aktivitetsavhengig finansiering
- Større grad av fokus på resultatmåling og målestokk-konkurranser ("Benchmarking")
- Utvikling av kvalitetsindikatorer for å øke kunnskapen om institusjonene ("Transparency")
- Utvikling av konkurransestimulerende strategier slik som fritt sykehusvalg
- Et økt fokus på pasientrettigheter som i sum styrker pasientens posisjon som kunde i et marked
- Bedriftsorientering av institusjoner gjennom ulike former for virksomhetsstyring ("Corporate Governace") basert på enhetlig lederskap, evaluering gjennom måloppnåelse, profesjonalisering av styrer og styringsprinsipper
- Overgang fra kontantprinsipp til regnskapsprinsippet
- Et økt fokus på splitting av roller mellom bestiller (myndighetsorgan) og utfører (tjenesteyter - helseinstitusjon)

Vi ser at utviklingstrekkene i den norske spesialisthelsetjenesten i mange tilfeller kan karakteriseres gjennom de elementene som er nevnt ovenfor. Samtidig følger Norge også ressursmessig en utvikling som likner på utviklingen i andre land.

I OECD sine sammenligninger av land presenteres to indikatorer; andel av hjemlig verdiskapning som benyttes til helsetjenester og utgifter til helsetjenester korrigert for forskjeller i prisnivå og inntekt.

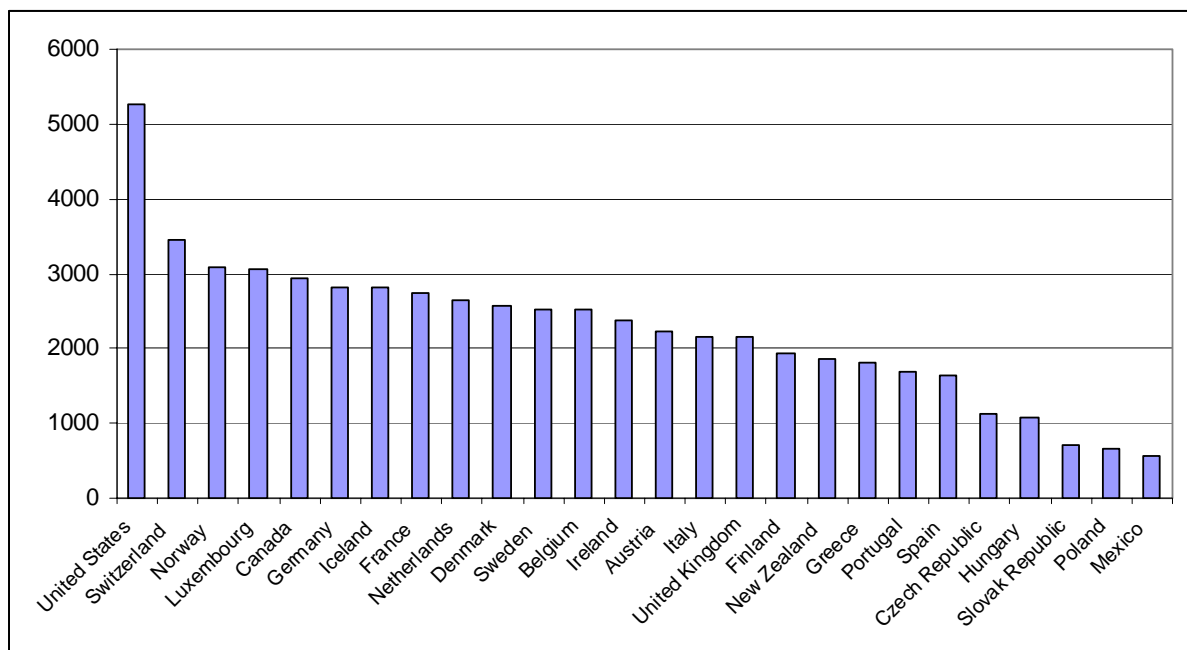
Figur 1.1 Utvikling i andelen av BNP som benyttes til helsetjenester i Norge og de øvrige nordiske land.



I 2003 brukte Norge 9,1 prosent av sitt bruttonasjonalprodukt til helsetjenester, etter for tredje år på rad å ha økt sin andel. Mens andelen fra 1990 til 2001 svingte rundt 8 prosent kan det nå synes som om vi er i ferd med å etablere oss på et noe høyere nivå. Tall fra 2003 foreligger ikke fra de øvrige nordiske landene, men i 2002 var det bare Sverige og Island som brukte en større del av sin verdiskapning på helsetjenester enn Norge.

Like relevant som andel verdiskapning er imidlertid å sammenholde utgifter pr capita etter å ha korrigert for prisforskjeller. Dette gjøres i figur 2 for hele OECD området.

Figur 1.2 Utgifter pr capita til helsetjenester korrigert for prisforskjeller. OECD-området. 2002.



Her ser vi at det kun er Sveits og USA som benytter mer ressurser pr capita enn Norge. Benyttes denne tilnærmingen har Norge en ressursinnsats som er omlag 10 prosent over Island, omlag 20 prosent over Sverige og Danmark og nær 60 prosent over Finland (!). Det er dermed neppe grunn til å hevde at Norge nedprioriterer helsesektoren relativt til hva situasjonen er i andre land. Samtidig er det interessant å observere at det ikke synes å være noen klar sammenheng mellom ressursinnsats og indikatorer på befolkningens helse. Finland har f.eks. både lavere barnedødelighet og sammenliknbar forventet levealder som oss, til tross for et lavere nivå på utgiftene.

1.4 Nærmere om denne rapporten

Denne rapporten består av tre deler:

I del 1 oppsummeres først situasjonen innenfor henholdsvis somatisk sektor og psykisk helsevern med hovedvekt på aktivitet.

I del 2 av rapporten ser vi nærmere på to områder; utviklingen i ressursinnsats og utviklingen i ventelister/ventetider. Her fokuserer vi spesielt på å sammenligne ut-

viklingstrekk innenfor somatisk sektor og psykisk helsevern på nasjonalt og regionalt nivå.

I del 3 av rapporten presenteres sentrale utviklingstrekk for sektoren i tabellform. Det fokuseres først og fremst på forholdet mellom somatiske sykehustjenester og psykisk helsevern. Videre presenteres et mer omfattende tallmateriale for den samlede spesialisthelsetjenesten på nasjonalt og regionalt nivå for 2003. Tilsvarende er også presentert for 2002 (Halsteinli, 2003). I tillegg til forholdet mellom de to sektorene, fokuseres det her på forskjeller mellom de regionale helseforetakene.

Del I

2 Utviklingstrekk somatikk og psykisk helsevern med hovedvekt på aktivitet

2.1 Somatikk 1999-2003

På midten av 1990-tallet var situasjonen innenfor den somatiske spesialisthelsetjenesten preget av det myndighetene vurderte som for lange ventetider for behandling. Aktivitetsutviklingen viste årlige økninger av innleggelser for øyeblikkelig hjelp, mens de elektive (planlagte) døgnoppholdene gradvis ble redusert både i andel og antall. Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført som et virkemiddel for å stimulere til økt aktivitet i sektoren i 1997. Gjennom ISF vil økt aktivitet i form av flere utskrevne pasienter gi sykehuset høyere inntekter. Den aktivitetsbaserte andelen av sykehusenes finansiering har gradvis økt, og i 2003 var den på 60 prosent, noe som gjorde det mer lønnsomt enn noen gang å øke aktiviteten.

I perioden fram til 2003 har aktivitetsnivået i den somatiske spesialisthelsetjenesten endret seg betydelig. I 2003 utgjorde produksjonen nesten 830 000 døgnopphold og over 420 000 dagopphold. Korrigert for befolkningsutvikling representerer dette en økning i antall opphold på nesten 24 prosent fra 1999. I tillegg til denne aktiviteten kommer ca 3,2 millioner polikliniske konsultasjoner. Aktivitetsveksten har bidratt til at ventelistene har blitt redusert.

Også ressursinnsatsen har økt betydelig. I 2003 var totale driftsutgifter ca 44 milliarder kroner. Dette er over 17 prosent mer enn ressursbruken fem år tidligere når vi korrigerer for prisvekst. Antall årsverk sysselsatt innenfor sektoren var ca 64 000 i 2003, en vekst på 12 prosent siden 1999.

En del av veksten i ressursbruk har ikke vært planlagt, men kommet i form av underskudd i helseforetakene – noe som igjen har krevd tilleggsbevilgninger fra Stortinget. De siste årenes utvikling har ført til at det fra myndighetenes side nå blir gitt signaler om begrenset vekst og fokus på regnskapsmessig balanse i regionene.

Nærmere om aktivitetsveksten

Et overordnet mål for de regionale helseforetakene er å sørge for at befolkningen har god tilgang på helsetjenester av god kvalitet. Det er derfor viktig å stille spørsmål ved om aktivitetsøkningen har vært like stor i alle regioner, og hvilke typer pasienter som har fått økt tilgjengelighet til somatiske spesialisthelsetjenester som følge av aktivitetsøkningen.

Tabell 2.1 Aktivitetsutviklingen fra 1999 til 2003 fordelt på ulike typer opphold og behandlinger. Rater per 1000 innbygger.

Type opphold ²	Rater per 1000 innbygger					Endring i antall opphold 1999-2003	Endring i prosent 1999-2003
	1999	2000	2001	2002	2003		
Døgn elektivt ¹	46	45	48	49	52	33 663	16,5
Døgn ø-hjelp ¹	94	92	95	96	99	31 933	7,6
Dagkirurgi ²	28	29	32	34	40	56 052	44,3
Annen dagbehandling ³	8	8	9	11	13	23 112	65,8
Rehabilitering ⁴	7	8	9	11	15	36 122	116,6
Dialyse ⁵	13	15	16	18	19	28 581	47,4
Kjemoterapi ⁶	8	10	11	11	13	23 385	61,4
Fødsler/friske nyfødte ⁷	21	23	22	22	22	7 710	8,4
Totalt	225	230	242	252	273	240 570	23,8

Tabellen viser at trenden fra tidlig 1990-tallet har snudd, og at det nå er vel så sterk vekst innenfor elektive opphold (dag og døgn) som for ø-hjelp (døgn). Omfanget av døgnopphold ble redusert fra 1999 til 2000, men har siden økt. Den relative veksten er særlig stor innenfor gruppene rehabilitering og medisinsk dagbehandling. Omfanget av dagbehandling øker sterkt. Innenfor kirurgiske fag skjer nå annethvert inngrep som dagkirurgi.

Når det gjelder diagnosegrupper, er det særlig sterk aktivitetsvekst for pasienter med sykdommer i nervesystemet, sirkulasjonssykdommer og muskler/skjelett (Huseby, 2004). Innenfor disse gruppene finner vi undergrupper som vokser særlig sterkt. Helt spesiell er gruppen pasienter med hoveddiagnose søvnløshet (G67). Denne diagnosegruppen har økt med hele 13 000 opphold i perioden, og veksten har vært sterkest etter innføringen av eierskapsreformen.

Aktiviteten måles i form av antall opphold. I forhold til målsetningen om god tilgjengelighet er det av betydning om dette er behandling av nye pasienter, eller om det er flere opphold gitt til eksisterende pasienter. En nærmere undersøkelse av aktivitetsveksten de siste to år viser en økning i antall opphold på 14 prosent, mens økningen i antall behandlede pasienter var på 6,5 prosent. Over halvparten (60

² 1 Døgnoppholdene er eksklusive døgnopphold for rehabilitering, dagkirurgi, dialyse, kjemoterapi, fødsler, friske nyfødte og fødestuer.

² Inklusive døgnopphold der pasienten har 0 liggedager og behandlingen er definert i en kirurgisk DRG, inklusive dagbehandling på poliklinikk som er definert i en DRG.

³ Dagbehandling blant innlagte pasienter eller på poliklinikk definert i medisinsk DRG. Eksklusive dialyse, rehabilitering, kjemoterapi.

⁴ Rehabilitering er definert som DRG 462 i 1999 og 2000 og DRG 462A-C i 2001-2003.

⁵ Dialyse er definert som DRG 317.

⁶ Kjemoterapi er definert som DRG 410, DRG 410 A-B.

⁷ Fødsler er definert som DRG 370-375, DRG 382. Friske nyfødte er definert som DRG 391.

prosent) av aktivitetsøkningen kommer dermed i form av planlagte fleropphold eller ikke-planlagte reinnleggelser. Reinnleggelsene utgjør om lag 9 prosent av økningen i antall opphold i perioden 2001-2003. Reinnleggelser gjelder i særlig grad eldre pasienter.

Eldres sykehusbruk øker sterkere enn for øvrige grupper. Ratene for eldre over 80 år økte med 14 prosent i perioden 1999 til 2003, mens økningen for befolkningen som helhet var 10 prosent. Når vi samtidig vet at andelen eldre av befolkningen kommer til å stige betydelig i årene framover (spesielt i perioden 2010 til 2030), skjønner vi at dette kommer til å utgjøre en av de store utfordringene for spesialisthelsetjenesten framover.

Regionalt nivå

Pasienter fra Helseregion Sør og Helseregion Nord bruker sykehusene mer enn pasienter fra andre regioner. Samlet antall opphold (døgn og dag) pr 1000 innbygger i helseregionene Sør og Nord er 300 for 2003, mens tilsvarende størrelse for øvrige regioner ligger mellom 257 og 266.

Det er en sterk aktivitetsvekst i alle regioner, men sterkest er den i Helseregion Sør (+ 30 prosent i perioden 1999-2003, alle typer opphold). De øvrige regionene har om lag 21-22 prosent vekst i perioden 1999-2003, med unntak av Helseregion Øst som har hatt en noe lavere vekst (+16 prosent).

I Helseregion Sør er hele 70 prosent av økningen de siste to årene knyttet til fleropphold eller reinnleggelser, mens tilsvarende tall for Helseregion Midt-Norge er på 60 prosent.

Helseregion Sør skiller seg fra de øvrige regionene når det gjelder behandlingspraksis i forhold til pasienter over 80 år. Helseregion Sør har i 2003 det høyeste forbruket av somatiske sykehustjenester for eldre når vi måler forbruket i antall opphold pr 1000 innbyggere. Måler vi derimot forbruket i antall liggedøgn for eldre over 80 år, har Helseregion Sør det laveste forbruket.

2.2 Psykisk helsevern 1999-2003

I 1997 ble St meld 25 (1996-97) "Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene" (psykiatrimeldingen) lagt frem. I denne meldingen ble det gitt en oversikt over status for tjenestene og utfordringene på feltet for mennesker med psykiske lidelser. Hovedproblemer som ble trukket opp var flere. Noen av disse er: det forebyggende arbeidet var for svakt, for dårlig utbygde tjenester i mange kommuner, for få tilgjengelige behandlingsplasser i sikkerhetsavdelinger og psykiatriske sykehus, for høye terskler for pasientene og for vanskelig å slippe til, for lang tid fra første sykdomstegn til behandling settes inn, for dårlig oppfølging etter utskriving fra sykehus, for mange pasienter blir skrevet ut for tidlig og for dårlig kvalitetssikring av tjenestene. Dette dannet bakgrunnen for innføring av en 8-årig opptrappingsplan med konkrete tiltak og en forpliktende økonomisk plan for å styrke tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Planen ble i 2003 utvidet med 2 år, og løper nå til 2008 som er siste år i planperioden.

Det har i de siste fem årene vært en betydelig ressursvekst i det psykiske helsevernet. I 2003 var samlede utgifter i overkant av 11 milliarder kroner til det psykiske helsevernet, henholdsvis 1,6 og 9,4 milliarder til barn og unge og til voksne, en vekst på 16 prosent siden 1999. I Opptrappingsplanen er det forventet en nivåheving på 2,7 milliarder kroner. Det er imidlertid viktig at det ikke trekkes

for bastante konklusjoner med hensyn til hvor langt man har kommet med nivåhevingen. I beste fall er godt over 50 prosent av økningen nådd, alternativt ligger økningen reelt noe under 50 prosent (Halsteinli, 2004).

For barn og unge består bruken av tjenester i all hovedsak av polikliniske tiltak. 95 prosent av pasientene fikk poliklinisk behandling og bare 5 prosent ble innlagt. I alt var det 449 000 polikliniske tiltak rettet mot barn og unge i 2003. Det har vært en økning i innleggelses og polikliniske tjenester de senere år.

2.2.1 Voksne

Når det gjelder psykisk helsevern for voksne er det flere innleggelses og polikliniske tjenester enn for barn og unge. I 2003 var det i underkant av 39 000 utskrivinger fra institusjoner innen psykisk helsevern. Av disse var 70 prosent ved sykehus, mens 30 prosent var ved distriktpspsykiatriske sentre. I tillegg var det i 2003 i alt 710 000 polikliniske konsultasjoner for voksne en økning på hele 15 prosent fra året før. Bruken av poliklinikk og innleggelses innen psykisk helse øker sterkt. Utviklingen fortsetter også i retning flere, men kortere institusjonsopphold. Antall opphold økte med syv prosent til drøyt 44 700, på tross av en fortsatt nedgang på 3,1 prosent i antall oppholdsdøgn.

Nasjonalt nivå

Det har skjedd en vesentlig endring i personellsituasjonen innen psykisk helsevern for voksne i retning av mer, og bedre kvalifisert personell de siste fem årene. Samtidig har det i denne perioden vært en sterk økning i bruken av polikliniske tjenester. Dette var også en målsetning i Opptappingsplanen, hvor det var knyttet en forventning om en økning i den polikliniske kapasiteten med 220 000 konsultasjoner i løpet av planperioden. Dette målet ble nådd i 2003 - ikke på grunn av at det ble behandlet flere pasienter av den enkelte behandler - men på grunn av flere behandlere. Det var i 2003 over 1450 flere årsverk innen psykisk helsevern for voksne sammenlignet med 1999. Så til tross for en sterk økning i bruken av polikliniske tjenester, behandles det likevel færre pasienter per virkedag i 2003 sammenlignet med 1998. Det er nærliggende å anta at dette skyldes den store tilveksten av behandlere i poliklinikker de siste årene. Det må nødvendigvis medgå tid til å både gi og få opplæring.

Siden starten av syttitallet har utviklingen i det psykiske helsevernet vært preget av deinstitusjonalisering, hvor langtids institusjonsopphold har veket for mer kortvarige aktive behandlingsepisoder. I tillegg har nye pasientgrupper kommet inn under kappen "psykisk helsevern". Opptappingsplanen legger klare føringer for en videre omstrukturering av tilbudet til voksne. I takt med de planer som eksisterer har det vært en nedbygging av psykiatriske sykehjem og økning i opprettelsen av mer behandlingsorienterte DPS-er. De psykiatriske sykehjemmene har imidlertid gjennomgått en langt kraftigere nedbygging enn planlagt. Dette gjør at det totale antall plasser i psykisk helsevern for voksne er redusert med nesten 1000 siden 1996.

Det var opprettet i alt 71 DPS-er i Norge medio 2003. Mange av DPS-ene er tidligere sykehjem som nå er inne i en utviklingsprosess med endring av arbeidsformer og personell. Det rapporteres imidlertid om for lite ressurser og manglende tilbud ved et stort antall av dagens DPS-er. Utfordringene de neste årene blir derfor å øke kapasitet og bredde på tilbudene, og å heve den faglige standarden. Det er særlig fagpersonell det skorter på, noe som tyder på at anslagene i Opptappingsplanen om behovet for kvalifisert personell er for lave.

Det er imidlertid ikke entydig og enkelt å besvare om tilbudet til pasientene, i form av antall tilgjengelige døgnplasser, er blitt dårligere enn tidligere. Det har vært en forventning om at reduksjonen i antall sykehjemsplasser skulle kompenseres ved utbygging av aktive døgnplasser ved DPS-er og styrket omsorgstilbud i kommunene. Det foreligger ikke nasjonal statistikk over omsorgsboliger ol på kommunalt nivå, og langt mindre i hvilken grad slike tilbud var tatt i bruk av tidligere sykehjemspasienter i 2003. Det er med andre ord vanskelig å tallfeste hvorvidt det samlede døgnbaserte omsorgstilbudet for voksne er redusert, når spesialisthelsetjenesten og tjenestetilbudet i kommunene sees under ett. Dette beror på om de brukergruppene som tidligere benyttet sykehjemmene får tilfredsstillende bo- og omsorgstilbud i kommunene, og om samarbeidet mellom første og andrelinjen fungerer i samsvar med pasientenes behov, f.eks. gjennom poliklinisk behandling og annen oppfølging.

Regionalt nivå

Størst økning i antall opphold var det i Helseregion Sør (ti prosent), som samtidig hadde den største nedgangen i antall oppholdsdøgn (ni prosent). I de øvrige regionene økte antall opphold med rundt seks prosent. Som eneste region hadde Helseregion Nord en økning i antall oppholdsdøgn på tre prosent.

Det er fortsatt forskjeller mellom regionene i tilgjengeligheten til tjenestene, målt ved antall døgnopphold og konsultasjoner. Mens Helseregion Nord hadde 152 opphold per 10 000 innbyggere, var dekkningen i Helseregion Øst 117. Mens Helseregion Sør hadde 2312 konsultasjoner per 10 000 voksne, var dekkningen i Helseregion Vest 1764. Forskjellene er imidlertid større mellom foretaksområdene internt i flere av regionene.

2.2.2 Barn og unge

Nasjonalt

Mens tilbudet for voksne i hovedsak omstruktureres, skjer det både en omstrukturering og utbygging av tilbudet til barn og unge med psykiske lidelser. For tilbudet til barn og unge er det i Opptrappingsplanen lagt vekt på at fagfeltet trenger en betydelig videre utbygging. Dette gjelder både antall døgnplasser, antall dagplasser og det polikliniske tilbudet. Som et mål har en derfor satt at andel barn og unge som mottar slike tilbud skal øke fra to til fem prosent i løpet av planperioden. Tjenestene til barn og unge og til voksne har behov for flere ansatte med relevant utdanning. Det er samtidig en forventning om at den enkelte behandler skal behandle flere pasienter, slik en sikrer bedre tilgjengelighet til tjenestene.

Den polikliniske kapasiteten i psykisk helsevern for barn og unge har økt med over 400 fagårsverk i perioden 1998-2003, og på nasjonalt nivå får nå 3,1 prosent av de under 18 år et behandlingstilbud. Bruken av tjenestene øker med alderen, mens 0,7 prosent av de under seks år mottar behandling, er andelen 5,1 prosent for de over 13 år.

Flere behandlingsårsverk har gitt økt tilgjengelighet til tjenesten. Økningen i antall tiltak per fagårsverk har derimot ikke hatt en tilsvarende effekt. Den økningen i antall tiltak per fagårsverk som har funnet sted har først og fremst ført til at hver pasient i gjennomsnitt har fått flere tiltak.

Det er ett sentralt mål i Opptrappingsplanen om at fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen skal ha et behandlingstilbud innen planperiodens slutt (hvilket tilsier 54 000 barn og unge i 2008). Dette utgjør 20 500 flere pasienter enn i 2003

og tilsier at antall behandlede pasienter må øke med omlag 4000 per år fra 2004–2008. Andelen barn og unge som mottar behandlingstilbud i 2003 utgjør 3,1 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen. Ved planperiodens start var dekningsgraden 2,0 prosent. Målsetningene om flere behandlerårsverk og økning i produktivitet er langt på vei oppnådd. Sett i sammenheng med dette er det en stor utfordring å øke tilgjengeligheten til tjenester slik at hver behandler tar hånd om flere pasienter. Dette må til for at målet om å dekke fem prosent av befolkningen under 18 år i løpet av 2008 skal nås. Sektoren vil bli stilt overfor store ledelsesmessige og faglige utfordringer i avveiningen mellom hensynet til tilfredsstillende behandling til den enkelte, og hensynet til å nå flest mulig pasienter.

Veksten i døgnplasser i psykisk helsevern for barn og unge har vært vesentlig lavere enn målet i Opptappingsplanen. Etter halvgått planperiode har veksten i døgnplasser kun utgjort 18 prosent av måltallet. I følge Sosial- og helsedirektoratet (Rapport 10/2003) er imidlertid de opprinnelige måltallene for døgnplasser ikke lenger like relevante, på grunn av faglig utvikling med flere ambulante og oppsøkende metoder, som i mange tilfeller utgjør alternativer til innleggelse. Dersom dette er tilfelle, vil trolig behovet for poliklinisk behandlingsskapasitet være høyere enn målene i Opptappingsplanen tilsier.

Regionalt nivå

Det er stadig flere barn og unge som får behandling, men det er fortsatt store regionale forskjeller. I 2003 var 33 650 barn og unge under behandling i det psykiske helsevernet, en økning på ni prosent fra 2002. Størst økning var det i Helseregion Øst (11,6 prosent) og Helseregion Vest (11,0 prosent), minst i Helseregion Nord (2,8 prosent).

Det er fortsatt store forskjeller i behandlingstilbudet både mellom helseregionene og innad i regionene, mellom opptaksområdene til de enkelte helseforetakene. Mens 4,5 prosent av barne- og ungdomsgruppen er under behandling i Helseregion Nord, er prosentandelen 2,5 i Helseregion Vest. De interne forskjellene er størst i Helseregion Sør og Nord.

Del II

3 Ressursbruken

3.1 Innledning

I Huseby (2002) fremgår det at ressursutviklingen til de ulike delene av spesialisthelsetjenesten har vært ulik i perioden 1993 til 2001. I perioden fra 1993 til 2001 økte de offentlige utgiftene til psykisk helsevern med 19 prosent, mens utgiftene til somatiske sykehus økte med 37 prosent. Veksten var sterkest fra 1996 til 1998 for begge typer spesialisthelsetjenester.

I 1992 utgjorde brutto driftsutgifter til psykisk helsevern 22,7 prosent av de totale brutto driftsutgifter i sektoren. På tross av satsingen gjennom Opptrappingsplanen var denne andelen redusert til 20,1 prosent i 2001. Konklusjonen var i denne rapporten at det psykiske helsevernet ikke har blitt prioritert høyere enn somatiske sykehus. Her presenteres tilsvarende tall frem til og med 2003.

3.2 Utvikling nasjonalt

Totale utgifter til spesialisthelsetjenesten økte fra om lag 47 milliarder kroner i 1999 til om lag 55 milliarder kroner 2003 (faste priser). Målt i faste priser utgjør denne veksten nesten 8 milliarder kroner, eller 16,4 prosent.

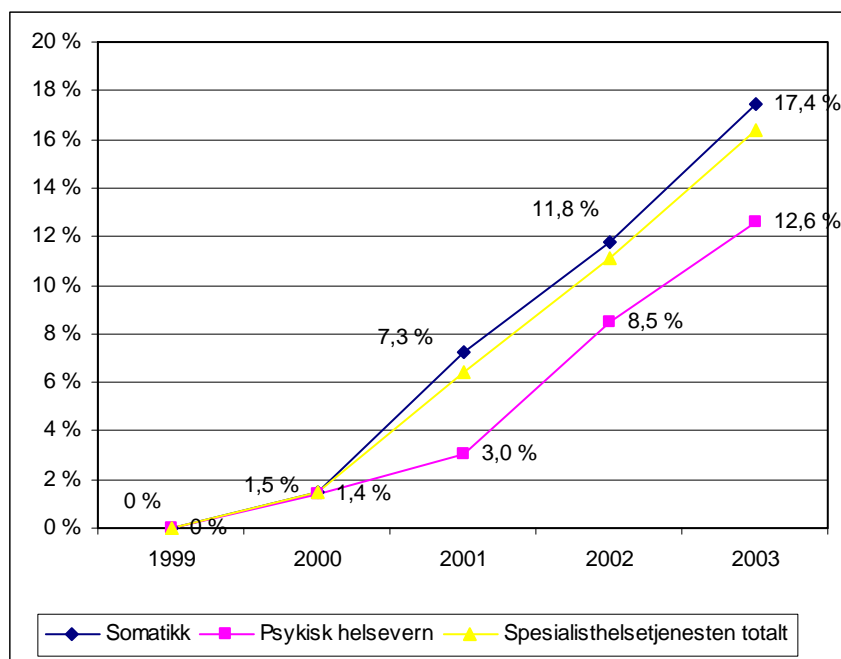
Veksten har vært spesielt stor i siste del av perioden, med en reell samlet vekst i ressursforbruk på 9,4 prosent i perioden etter statlig overtakelse. Dette fremgår av tabellen nedenfor.

Tabell 3.1 Utvikling i totale driftsutgifter til somatikk og psykisk helsevern 1999-2003. Millioner kr målt i faste 2003 kr og prosent endring.

	1999	2000	2001	2002	2003	%-vis endring 1999-2003	%-vis endring 2001-2003
Somatikk	37 559	38 130	40 287	41 984	44 098	17,4 %	9,5 %
Psykisk helsevern	9 850	9 989	10 149	10 687	11 090	12,6 %	9,3 %
Spesialisthelsetjenesten	47 409	48 119	50 436	52 671	55 188	16,4 %	9,4 %

I 2003 utgjorde 11 milliarder kroner utgifter til psykisk helsevern, mens omlag 44 milliarder ble brukt innenfor somatiske sykehus. Av den totale styrkingen av spesialisthelsetjenesten på nærmere 7,8 milliarder kroner, har 6,5 milliarder blitt tilført somatikken, mens psykisk helsevern er blitt styrket med ca 1,2 milliarder.

Figur 3.1 Samlet prosentvis vekst i driftsutgifter i perioden 1999-2003. Somatikk, psykisk helsevern og spesialisthelsetjenesten samlet.



Utgifter til somatikk viser en vekst på 17,4 prosent i perioden 1999 til 2003, mens tilsvarende tall for psykisk helsevern er 12,6 prosent. Forskjellene i veksttakt var mindre i siste del av perioden (2001-2003).

Utgiftene innenfor psykisk helsevern vokser altså sterkere etter 2001 enn tidligere i perioden. Fremdeles er det likevel slik at veksten innenfor somatikken er noe sterkere – også målt i prosentvis endring – enn veksten innenfor psykisk helsevern.

Dette betyr at psykisk helsevern disponerer en stadig mindre andel av totale utgifter til spesialisthelsetjenesten. I 1999 var denne andelen 20,8 prosent, mens tilsvarende tall for 2003 var 20,1 prosent. Hvis andelen til psykisk helsevern skulle holdes på 1999-nivå, ville dette medført en økning i driftsutgiftene her på ca 400 millioner kroner i 2003. Det har imidlertid skjedd en utflating i andelen til psykisk helsevern i løpet av perioden, da nivået i 2003 er identisk med nivået i 2001 (Huseby, 2002).

Økningen i ressursbruk innenfor spesialisthelsetjenesten fra 1999-2003 er høy, og må ses i sammenheng med flere faktorer. I tillegg til innføringen av innsatsstyrt finansiering, har handlingsplan for eldre omsorgen 1998-2000 (St meld 50 1996-97), opptrappingsplanen for psykisk helsevern 1999-2006 (St prp nr 63 1997-98), nasjonal kreftplan 1999-2003 og plan for utstyrsinvesteringer i sykehusene (St prp nr 61 1997-98) bidratt til vesentlig aktivitetsøkning.

Utgiftsveksten forklares også ut fra den relativt sterke kostnadsveksten på en del sentrale innsatsfaktorer som lønn og legemidler³. Det kan derfor være interessant å

³ Regnskapstallene for 2001 er av flere årsaker ikke direkte sammenlignbare med tallene i de øvrige årene. Regnskapsåret 2001 er for det første preget av tilpasning til statlig overtagelse av eierskapet av sykehusene. For det andre opplevde sykehusene ekstraordinære høye utgifter til pensjoner i 2001. Begge forholdene bidro til unormalt høye utgifter i sykehusene i 2001" (SAMDATA Sykehus rapport 4/03 side 31).

studere utviklingen i antall årsverk innenfor spesialisthelsetjenesten de siste 5 årene.

Tabellen nedenfor viser den årlige utviklingen i årsverk⁴ for spesialisthelsetjenesten 1999 – 2003.

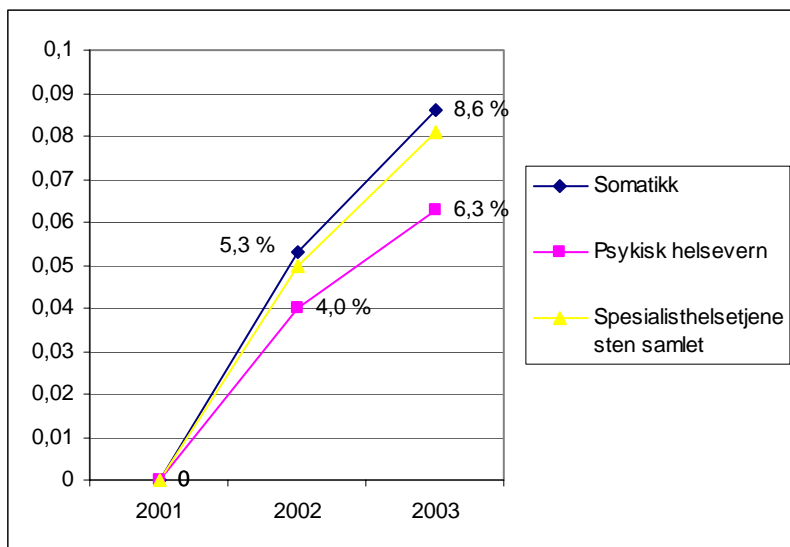
Tabell 3.2 Årsverk innen somatikk, psykisk helsevern og spesialisthelsetjenesten totalt. Absolutte tall og endring i fra 1999 til 2003 og 2001 til 2003.

	1999	2000	2001	2002	2003	1999- 2003	2001- 2003
Somatikk	56 537	57 786	58 414	61 498	63 444	12,2 %	8,6 %
Psykisk helsevern	16 117	16 500	17 207	17 895	18 284	13,4 %	6,3 %
Spesialisthelse- tjenesten samlet	72 654	74 286	75 621	79 393	81 728	12,5 %	8,1 %

Tabellen overfor viser en vekst i antall årsverk innenfor psykisk helsevern som er større en tilsvarende vekst innenfor somatikken for 5-års perioden. Dette gir et noe annerledes bilde enn utviklingen i driftsutgifter viste. Vi tror dette henger sammen med datakvaliteten når det gjelder årsverk, da særlig knyttet til fordeling av årsverk i fellesfunksjoner mellom somatikk og psykisk helsevern. Opptrappingsplanen for psykisk helsevern har satt fokus på antall årsverk innenfor sektoren. Det er derfor nærliggende å anta at dette har påvirket datakvaliteten når det gjelder fordeling av årsverk i fellesfunksjoner. Vi antar derfor at datakvaliteten har blitt bedre utover i perioden. Ser vi på utviklingen etter statlig overtakelse, ser bildet noe annerledes ut. Her er utviklingen mer i overensstemmelse med det bildet utviklingen i driftsutgifter ga. Utvikling i antall årsverk for de to sektorene etter statlig overtakelse er illustrert i figuren nedenfor.

⁴ Årsverk defineres som besatte stillinger ved utgangen av året, omregnet til antall hele stillinger etter stillingsbrøk. Bruk av overtid inkluderes ikke.

Figur 3.2 Samlet prosentvis vekst i antall årsverk i perioden 2001 til 2003. Somatikk, psykisk helsevern og spesialisthelsetjenesten samlet.



Her ser vi at veksten i antall årsverk har vært noe høyere innenfor somatikk enn for psykisk helsevern.

Ser vi på andel av ressursene som har gått til de to sektorene, viser årsverksstatistikken en andel til psykisk helsevern som har blitt svakt redusert fra 22,7 prosent til 22,4 prosent etter statlig overtakelse. Dette er en noe høyere andel enn driftsutgiftene viste (ca 20 prosent), noe som kan henge sammen med dyrere årsverk innenfor somatikken.

I neste avsnitt skal vi se nærmere på utviklingen i ressursinnsats innenfor regionene. Vi velger her å begrense analysen til å studere driftsutgifter som ressursmål.

3.3 Ressursinnsats i regionene

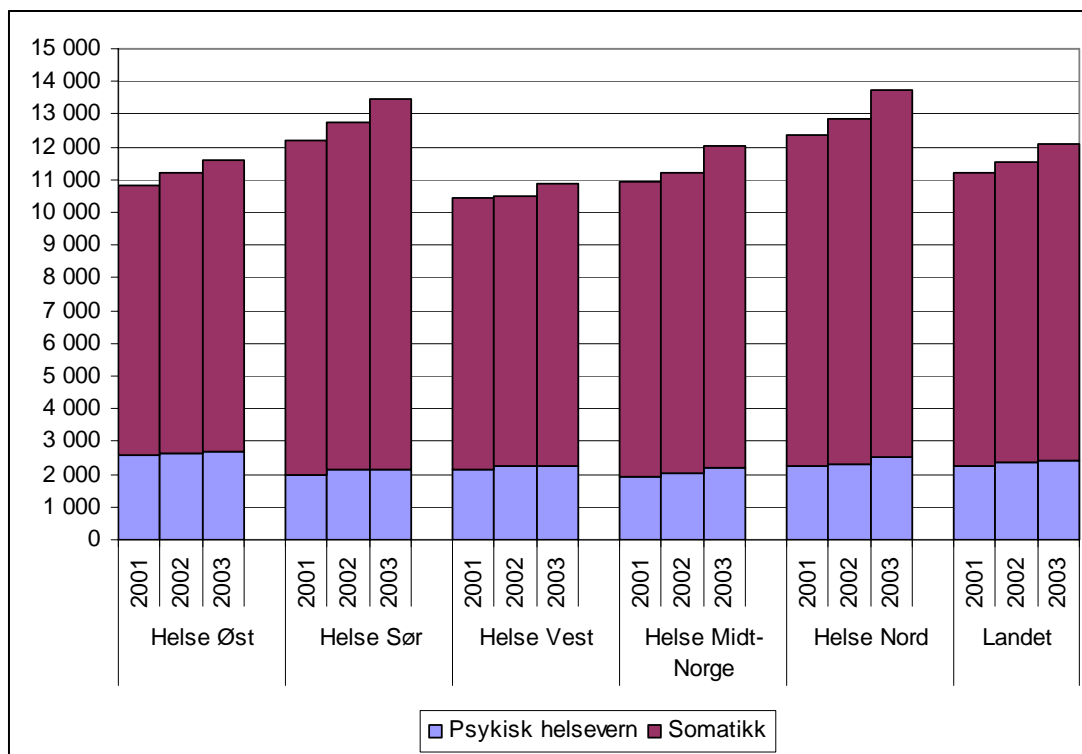
De regionale helseforetakene ble opprettet i 2002. For å kunne gi et bilde av utvikling over tid, har vi tilpasset datamaterialet for fylkene for 2001 til regionvis inndeling.

Fra tabell 3.1 så vi at det har vært en vekst i ressurstilgang til spesialisthelsetjenesten på 9,1 prosent i perioden 2001 – 2003. Dette tilsvarer en økning i driftsutgifter på 4,6 milliarder kroner. Korrigerer vi for vekst i befolkning, utgjør dette en vekst på totalt 7,8 prosent.

Det er et helsepolitisk mål at hele befolkningen uavhengig av alder, kjønn og bosted skal ha god tilgang til helsetjenester av god kvalitet i et offentlig organisert helsevesen (Ot prp 66, 2000-2001). Det er et viktig spørsmål i hvilken grad denne målsettingen blir oppfylt. Vi vil her se nærmere på forskjellene i ressursbruk pr innbygger i regionene⁵, og utvikling i denne i perioden. Vi vil også studere regionenes fordeling av totale ressurser til henholdsvis somatikk og psykisk helsevern.

⁵ Utgiftene her er korrigeret for gjestepasientutgifter/inntekter som følge av pasientstrømmer mellom regionene.

Figur 3.3 Utvikling i totale driftsutgifter per innbygger til somatikk og psykisk helsevern 2001-2003, fordelt etter regionale helseforetak og landet. Målt i faste 2003 kr.

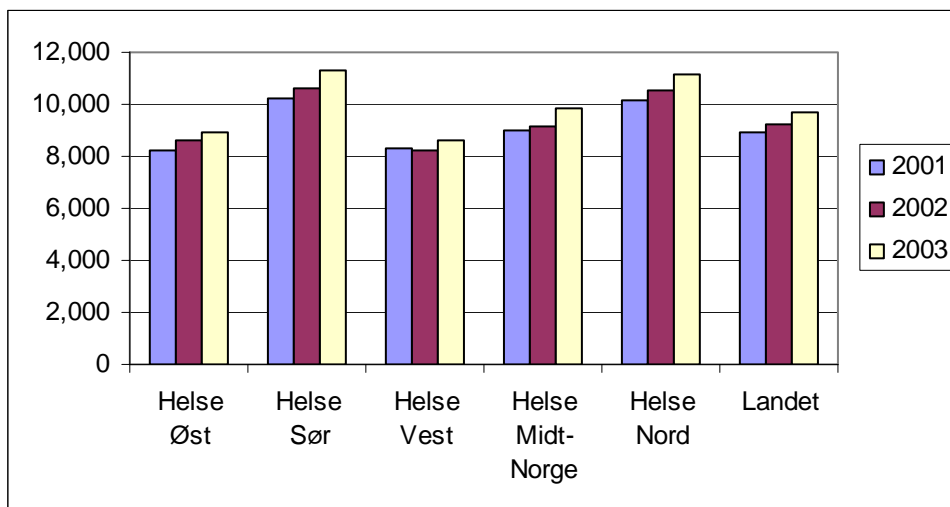


Figur 3.3 viser at det er til dels store forskjeller i ressursbruk pr innbygger mellom regionene. For spesialisthelsetjenesten totalt har Helse Sør og Helse Nord et utgiftsnivå pr innbygger som ligger betydelig høyere enn landet for øvrig, mens det motsatte er tilfellet for Helse Vest. Ressursbruken pr innbygger er i 2003 totalt sett 26 prosent høyere i Helse Nord enn i Helse Vest.

Forskjellene mellom regionene har blitt større i perioden 2001-2003. Helse Nord og Helse Sør er de regionene med sterkest prosentvis vekst i ressursbruk i perioden (hhv 10,8 og 10,0 prosent), mens Helse Vest er den regionen hvor ressursbruken vokser minst (3,9 prosent).

Ser vi på utgifter til somatikk og psykisk helsevern, ser vi at både nivå og utvikling i perioden er noe forskjellig innenfor de ulike regionene.

Figur 3.4 Utvikling i totale driftsutgifter per innbygger til somatikk 2001-2003 . Millioner kr målt i faste 2003 kr.

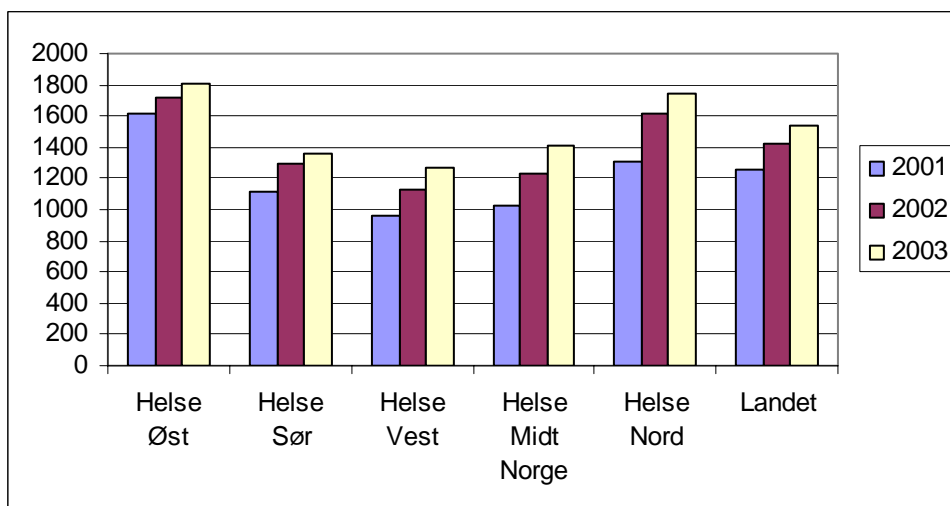


Figur 3.4 viser driftsutgifter pr innbygger for somatikk. Her ligger Helse Sør og Helse Nord høyest med over 11 000 kroner i snitt per innbygger i 2003, mens både Helse Vest og Helse Øst har et betydelig lavere nivå med hhv 8 600 og 8 900 kroner pr innbygger. Forskjellen mellom høyeste (Helse Sør) og laveste (Helse Vest) nivå er på 31 prosent.

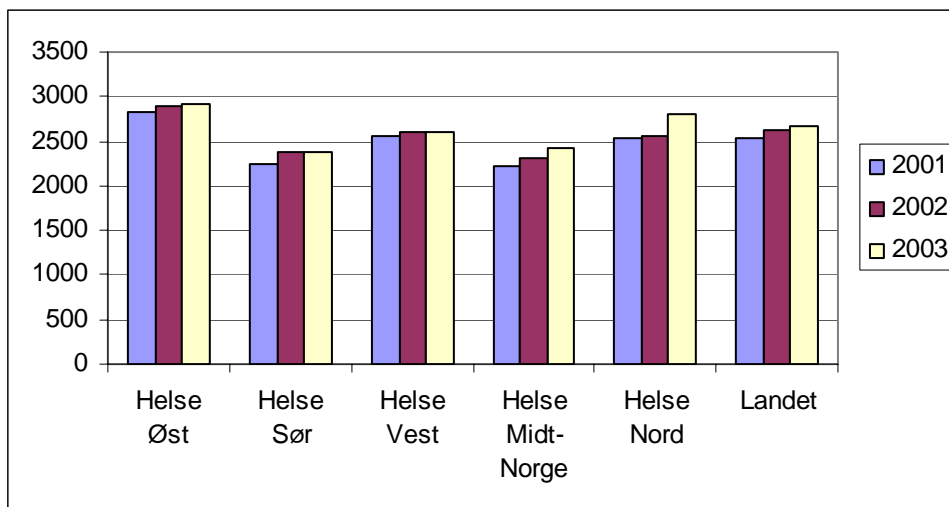
Innenfor somatikken øker forskjellene i perioden. Helse Sør har hatt den største veksten (10,3 prosent) mens Helse Vest har hatt lavest vekst (3,5 prosent).

Innenfor psykisk helsevern er imidlertid bildet noe annerledes. Det er nedenfor skilt mellom utgifter til henholdsvis barn og unge og voksne.

Figur 3.5 Utvikling i totale driftsutgifter per innbygger til psykisk helsevern til barn og unge 2001-2003 . Millioner kr målt i faste 2003 kr.



Figur 3.6 Utvikling i totale driftsutgifter per innbygger til psykisk helsevern for voksne 2001-2003 . Millioner kr målt i faste 2003 kr.

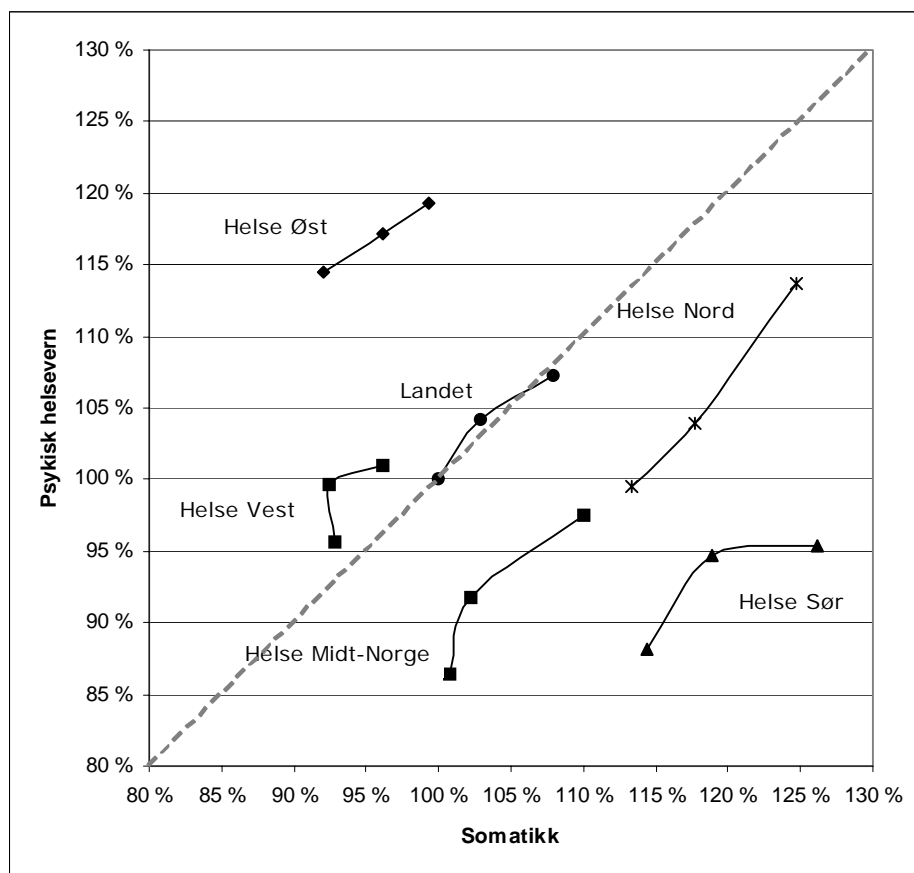


Innenfor psykisk helsevern (barn og unge og voksne) er det Helse Øst og Helse Nord som ligger høyest i 2003, med samlet utgifter på om lag 2 600 pr innbygger, mens de øvrige regionene ligger noe lavere. Forskjellen i ressursbruk pr innbygger mellom høyeste (Helse Øst) og laveste (Helse Sør) er på 25 prosent i 2003. Helse Sør og Helse Midt-Norge ligger lavt både når det gjelder barn og unge og voksne. Lavest i driftsutgifter for barn og unge er Helse Vest.

Utviklingen innenfor psykisk helsevern har vært forskjellig mellom regionene. Mens Helse Nord og Helse Midt-Norge har hatt en samlet vekst på hhv 14,3 og 12,8 prosent, har veksten vært mindre i de øvrige regionene. Minst var den i Helse Øst med 4,2 prosent.

I figuren nedenfor har vi sammenstilt utviklingen innenfor regionene når det gjelder somatikk og psykisk helsevern. Grunnlaget for figuren er avvik fra landsgjennomsnittet i utgifter pr innbygger for hhv somatikk og psykisk helsevern. For å få fram endring over tid, sammenlignes regionvise tall for alle årene fra 2001 til 2003 med landsgjennomsnittet for 2001. Figuren må leses fra venstre mot høyre.

Figur 3.7 Driftsutgifter pr innbygger i prosent av landsgjennomsnitt for 2001. Somatikk og psykisk helsevern. Regioner og landet totalt. 2001-2003.

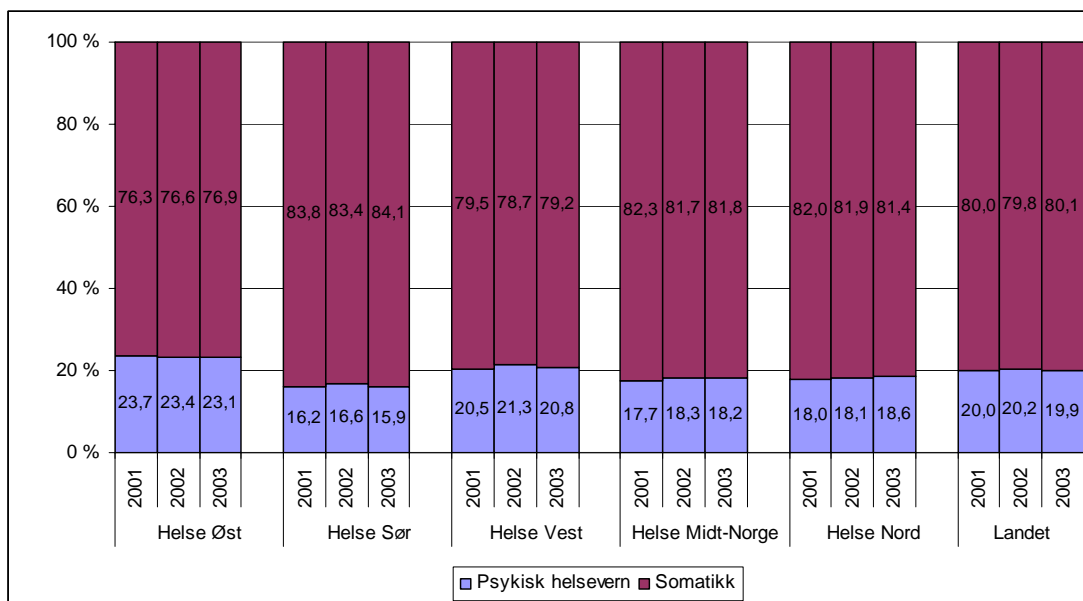


Plassering i figuren viser utgiftsnivå innenfor hhv somatikk og psykisk helsevern. Helse Øst ligger i øverste venstre del av diagrammet, noe som betyr at de har et relativt høyt nivå på utgifter til psykisk helsevern, mens tilsvarende nivå på utgifter til somatikk er lavt. Der motsatte er tilfellet for Helse Sør som ligger i nedre del til høyre i figuren. Helse Nord har et utgiftsnivå innenfor både somatikk og psykisk helsevern som er høyere enn gjennomsnittet for landet, mens det motsatte er tilfellet for Helse Vest.

Punktene på kurven angir observasjon for årene 2001, 2002 og 2003. Figuren må leses fra venstre mot høyre. Formen på kurven for de ulike regionene sier derfor noe om utvikling over tid. Er kurven brattere enn 45 grader, indikerer dette relativt sett økte utgifter til psykisk helsevern sett i forhold til utvikling i utgifter til somatikk. Dette gjelder f eks for Helse Sør i perioden 2001 til 2002.

Figur 3.8 viser fordeling av ressursbruk mellom somatikk og psykisk helsevern (samlet) innenfor regionene.

Figur 3.8 Utvikling i andel driftsutgifter per innbygger til somatikk og psykisk helsevern 2001-2003, fordelt per regionale helseforetak og landet. 2001-2003.



Av figuren ovenfor ser vi at andelen til somatikk og psykisk helsevern varierer en god del mellom regionene⁶. Helse Øst bruker over 23 prosent av ressursene til psykisk helsevern, mens tilsvarende andel i Helse Sør er ca 16 prosent.

Det er ikke store endringer i denne fordelingen i perioden. Andelen til psykisk helsevern reduseres noe i Helse Øst og Helse Sør, mens den økes i de øvrige regionene.

3.4 Hvorfor regionale forskjeller?

Det er naturlig at aktiviteten innen en region reflekterer ulikheter mht sykkelighet, kjønns- og alderssammensetning, sosiale og næringsmessige faktorer, standard på kommunehelsetjenesten samt behandlingsinstitusjonenes kapasitet. Slike forhold blir ikke korrigeret for i denne statistikken. Videre vil prisen på innsatsfaktorer og produktivitet variere mellom institusjoner og regioner. Forskjeller i kapasitet og produktivitet vil delvis være et resultat av fylkeskommunenes historiske prioritering av spesialisthelsetjenesten.

Hagenutvalget (NOU 2003:1) hadde som oppgave å utrede fremtidig finansieringsmodell for spesialisthelsetjenesten. I tilknytning til dette ble det gjort analyser av faktorer som kan forklare forskjeller i kostnadsnivå mellom helseregionene. Vi vil her knytte våre resultater til disse analysene. Hagenutvalgets analyser fokuserte i første rekke på faktorer som ligger utenfor de regionale helseforetakenes kontroll, slik som befolkningsammensetning og sosiale forhold.

Innenfor somatikken fant en klar sammenheng mellom befolkningens *alderssammensetning* og forbruket av sykehustjenester. Helse Vest har en yngre befolkning enn landet for øvrig. Også reisetid ble funnet å ha betydning for utgiftsnivået. Reisetid til sykehus er spesielt lang i Helse Nord og Helse Midt-Norge. Regionenes forventede utgiftsnivå (2000) korrigeret for alderssammensetning og

⁶ Landet framkommer her som summen av de regionale helseforetakene. Det er et lite avvik fra landet totalt slik det er vist i tabell 3.1. Dette forklares nærmere i vedlegg "datagrunnlag og definisjoner".

reisetid, er vist i tabellen nedenfor. Det er ikke grunn til å anta at alderssammensetning og reisetid endres vesentlig i løpet av tre år. Vi kan derfor sammenstille det forventede utgiftsnivået fra Hagenutvalget for 2000 med våre resultater for 2003.

Tabell 3.3 Somatikk. Forventet utgiftsnivå 2000 (pst av landsgjennomsnitt) korrigeret for befolkningens alderssammensetning og reisetid. Kilde: NOU 2003:1. Faktisk utgiftsnivå (pst av landsgjennomsnitt) for 2003. Kilde: SAMDATA somatikk 2003.

	Forventet utgiftsnivå korrigeret for alder og reisetid (pst av landsgj.snitt)	Faktisk utgiftsnivå (pst av landsgj.snitt)
	2000	2003
Helse Øst	99	92
Helse Sør	99	117
Helse Vest	97	89
Helse Midt-Norge	104	102
Helse Nord	108	115
Alle	100	100

Det høye utgiftsnivået i Helse Nord kan altså delvis forklares gjennom lang reisetid til sykehus, mens utgiftsnivået i Helse Midt-Norge av samme grunn ligger noe under det som er forventet. Selv om Helse Vest har en forholdsvis ung befolkning, er det faktiske utgiftsnivået lavere enn forventet. Også Helse Øst har lavere utgifter pr innbygger enn forventet ut fra kjønn og reisetid, mens det motsatte er tilfellet for Helse Sør.

Helse Sør omfatter Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Dette er begge institusjoner med et særlig høyt kostnadsnivå. Hvis vi korrigerer for kostnadsnivået ved Rikshospitalet, kan utgifter pr 1000 innbyggere i Helse Sør i prosent av landsgjennomsnittet anslås til ca 113⁷.

Når det gjelder psykisk helsevern viser analyser utført ved SINTEF Helse (beskrevet i NOU 2003:1) at utgiftsnivået i regionene har sammenheng med faktorene alderssammensetning samt sosiale kriterier (andel ugifte, uføre, sosialhjelpsmottakere og voksne uten videregående opplæring). I tillegg har enkelte områder tilførsel av personer som har eller som kommer til å utvikle psykiatriske lidelser. Tar en hensyn til disse faktorene, kan en i følge SINTEF Helse (modell III i NOU 2003:1) beregne forventede utgifter pr 1000 innbygger (i pst av landsgjennomsnittet) for 2000 som vist i tabellen nedenfor. Også her velger vi å anta at faktorene ikke endres betydelig over tid, og at vi derfor kan sammenstille de forventede kostnadene med faktiske utgiftsforskjeller for 2003.

⁷ Anslaget er gjort utfra følgende beregning: Rikshospitalet har et kostnadsnivå som ligger om lag 10 prosent over universitetssykehus for øvrig. Disse merkostnadene dekkes ikke gjennom gjestepasientoppjøret. Vi antar her at hele differansen som følge av høyt kostnadsnivå bæres av Helse Sør. Om vi beregner driftsutgifter pr 1000 innbygger i Helse Sør eksklusive denne merkostnaden, kommer vi fram til driftskostnader på 113 pst av landsgjennomsnittet.

Tabell 3.4 Psykisk helsevern. Forventet utgiftsnivå 2000 (pst av landsgjennomsnitt) korrigeret for befolkningens alderssammensetning sosiale kriterier og flyttemønstre. Kilde: SINTEF Helse, NOU 2003:1. Faktisk utgiftsnivå (pst av landsgjennomsnitt) for 2003. Kilde: SAMDATA psykisk helsevern 2003.

	Forventet utgiftsnivå korrigeret for alder, sosiale faktorer og flyttemønstre. (pst av landsgj.snitt)	Faktisk utgiftsnivå (pst av landsgj.snitt)
	2000	2003
Helse Øst	102	111
Helse Sør	102	89
Helse Vest	95	94
Helse Midt-Norge	97	91
Helse Nord	103	106
Alle	100	100

Det er først og fremst de sosiale kriteriene som påvirker det forventede ressursbehovet, noe som medfører et merbehov i Helse Nord, Sør og Øst. Omvendt trekker disse kriteriene ned ressursbehovet i Helse Vest og Midt-Norge. Flyttemønstre bidrar til høyere ressursbehov i Helse Øst, og mindre ressursbehov i Helse Sør og Nord.

For Helse Nord og Helse Vest forklarer disse faktorene en stor del av avviket i faktisk kostnadsnivå fra landsgjennomsnittet, mens dette bare delvis er tilfellet for Helse Midt-Norge og Helse Øst. Helse Sør har et faktisk kostnadsnivå som ikke kan forklares ved hjelp av de valgte faktorene.

4 Tilgjengelighet (ventende og ventetid)

4.1 Innledning

God tilgjengelighet til nødvendige helsetjenester, uavhengig av bosted er en sentral målsetning for norsk helsevesen. Indikatorer som sier noe om tilgjengelighet er for eksempel hvor mange pasienter som står på venteliste og hvor lenge en må vente på å få behandling. Lange ventetider har vært det største ankepunktet mot den offentlige spesialisthelsetjenesten og det er i Statens styringsbrev til de regionale helseforetakene påpekt at reduksjon i ventetid til et akseptabelt nivå og fjerning av unødige helsekøer er viktige suksesskriterier.

Som vi har sett i avsnitt 3 har det vært en betydelig økning i ressursinnsatsen, både til somatikk og psykisk helsevern den siste femårs perioden. Det er i forlengelsen av dette interessant å vite om denne økte ressursinnsatsen har hatt konsekvenser for pasientene i form av økt tilgjengelighet til tjenester. Som tidligere nevnt har det skjedd en betydelig økning i aktiviteten på sykehusene, målt som antall innleggelser og dagbehandlinger. Et sentralt spørsmål er derfor om det er en sammenheng mellom økt ressursinnsats og antall ventende pasienter og ventetid til utredning/behandling. Det er i praksis vanskelig å finne ut hvor sterk denne sammenhengen er. Årsakene til dette er flere, og vi kan nedenfor nevne noen eksempler som illustrerer kompleksiteten.

Det første eksemplet er relatert til de somatiske fagområdene, hvor en de senere årene har hatt en sterk nedgang i antall pasienter som står på venteliste. I Kalseth (2003) skisseres det opp flere måter å redusere antall pasienter på venteliste. De forhold som er trukket opp er hovedsakelig av to typer; registreringstekniske forhold ("ventelistrydding") og økning i behandlingsskapasitet⁸ (for eksempel i det enkelte helseforetak eller bruk av private aktører). Hvilke virkemidler og strategier som de regionale helseforetakene benytter for å redusere ventelistene varierer. Undersøkelser har vist at ventelistedata tradisjonelt har vært av dårlig kvalitet og har rommet et betydelig antall pasienter som ikke lenger er behandlingsaktuelle (Johnsen og Paulsen, 2001, Dahlen m.fl 2002). Det er rimelig å anta at ventelistrydding kan ha gitt betydelige bidrag til å redusere antallet på venteliste. I Huseby 2004 fremgår det at nedgangen i antall pasienter på venteliste er større enn økningen i pasientbehandling i det enkelte regionale helseforetak. Dette indikerer at det har foregått sanering av ventelister og/eller kjøp av behandlingsskapasitet hos private aktører i stor grad. Vi vet imidlertid ikke hvor mye av nedgangen av ventelistene som kan forklares med sanering av ventelister. Dette medfører at det ikke er mulig å si noe eksakt om sammenhengen mellom ressursinnsats og tilgjengelighet målt i form av antall ventende og ventetid.

⁸ Det finnes tilbud og ordninger utenfor helseforetakene som kan bidra til økt behandlingsskapasitet, som kjøp av tjenester hos andre, fritt sykehusvalg, kjøp av helsetjenester i utlandet og Trygdeverkets adgang til Kjøp av helsetjenester.

Det andre eksemplet er knyttet til å øke behandlingsskapasiteten gjennom økt bruk av private aktører, noe som har vært en del av utviklingen innenfor den somatiske delen av sektoren de senere år. De private aktørene rapporterer ikke ventelistedata til Norsk pasientregister. I den grad pasienter som henvises til private aktører, har stått på venteliste til et helseforetak først, er disse ikke inkludert i noen ventelisteoversikter. Det betyr at de ventelistedata som presenteres kun inneholder alle pasienter som er registrert med en henvisning på et offentlig sykehus, og ventetiden til pasienter som er behandlet på disse sykehusene.

Det tredje eksemplet er relatert til psykisk helsevern, hvor det er stilt spørsmål om kvaliteten på ventelistedata som er innrapportert (Halsteinli, 2004, Hem, 2004). Det er svært store forskjeller i ventetid både mellom helseforetak og mellom poliklinikker i de enkelte helseforetak. En årsak til store variasjoner kan være ulike måter å registrere ventetidsdata på. Dette skyldes at noen regner en pasient som "avviklet fra venteliste" ved start av utredning eller ved første pasientkontakt, mens andre regner en pasient som "avviklet fra venteliste" etter gjennomført utredning for eksempel ved andre pasientkontakt.

Som diskusjonen ovenfor indikerer er det imidlertid vanskelig å trekke slutninger om sammenhengen mellom ressursinnsats og ventetid. I dette avsnittet fremstilles oversikter som viser utviklingen i ventelister og ventetid på nasjonalt og regionalt nivå.

4.2 Nasjonalt nivå

4.2.1 Antall ventende

Det er per 2. tertial 2004 i alt 198 074 pasienter som venter på behandling på sykehus, noe som er en reduksjon på omlag 74 000 pasienter siden 1999. Reduksjonen i antall pasienter på venteliste har funnet sted i perioden fra 2000 til 2003, det vil si både perioden før og etter at staten overtok eieransvaret for spesialisthelsetjenesten. Vi vet ikke noe om hvor stor del av denne nedgangen i antallet på venteliste som skyldes økning i behandlingsskapasitet eller registreringstekniske forhold. Antallet ventende pasienter er stabilt fra 2003 til 2004 (se figur nedenfor). De aller fleste som står på venteliste venter på poliklinisk utredning eller behandling. Dette gjelder 85 prosent av pasientene til somatiske fagområder og over 90 prosent innen psykisk helsevern.

Lange ventelister og unødig ventetid til utredning og behandling nevnes ofte som et betydelig problem i helsetjenesten. Lange ventelister er i seg selv et mindre problem hvis ventetiden for samtlige på denne listen er akseptabel i forhold til den lidelse man venter på behandling for.

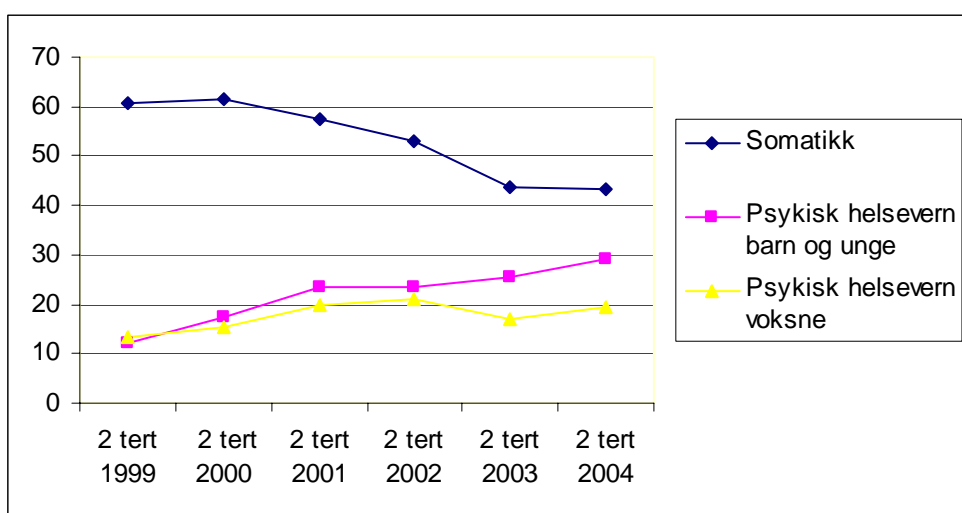
Nedgangen i antall pasienter på venteliste er først og fremst blant de som har ventet lenge til behandling (over 6 mnd). Av alle pasienter som står på venteliste per 2. tertial 2004 utgjør de som har ventet mer enn 6 måneder 13,6 prosent, mot 35,1 prosent i 1999. I vedlegg (figur v1) fremgår antallet pasienter på venteliste etter hvor lenge de har ventet på behandling.

I Huseby (2004) vises det til at aktivitetsøkningen som har funnet sted på sykehus, og som har bidratt til at færre pasienter står på venteliste, i stor grad består av en økning i rehabilitering, dialyse og kjemoterapi, utredninger av søvnløshet, behandling av gamle meniskskader, og andre lidelser i muskel- og skjelettsystem som har hatt en betydelig økning i femårsperioden.

I tillegg ser en at mye av økningen i aktivitet, målt som antall opphold, er reinnleggelses og seriebehandlinger. I et tilgjengelighetsperspektiv er det viktig å påpeke at utviklingen i seriebehandlinger og reinnleggelses betyr at tilgjengeligheten til sykehustjenester har økt langt mindre enn økningen i antallet opphold kan tyde på. Økningen i menisk-diagnoser og gamle brudd-skader indikerer imidlertid også at en rekke pasienter med helseproblem som tidligere ikke var prioritert ved offentlige sykehus og hadde svært lang ventetid for behandling, har fått en betydelig bedring av tilgjengeligheten til sykehustjenester de siste årene. Økt bruk av private sykehus er med og forklarer denne aktivitetsøkningen.

I figuren nedenfor ser vi hvor mange pasienter som står på venteliste til behandling per 1000 innbyggere, fordelt på henholdsvis somatikk og psykisk helsevern ved utgangen av 2. tertial i perioden 1999 til 2004.

Figur 4.1 Antall ventende per 1000 innbyggere. Somatiske fagområder og psykisk helsevern. 2. tertial 1999-2004. Kilde: Norsk pasientregister



Utviklingen i antall ventende pasienter viser en annerledes utvikling innenfor psykisk helsevern enn for de somatiske fagområder. Innenfor psykisk helsevern har det, både for barn og unge og voksne vært en sterk økning i antall ventende pasienter i perioden 2. tertial 1999 til 2004. Veksten er sterkest for barn og unge, hvor det har vært en kraftig økning fra 12 til 29 ventende per 1000 innbyggere. Det er i alt 3 153 barn og ung og 6 794 voksne som per 2. tertial 2004 venter på et behandlingstilbud innen det psykiske helsevernet.

I samme periode har det vært en økning i antall pasienter som har fått behandling, både blant barn og unge og voksne (Halsteinli, 2004). Dette innebærer at kapasiteten vokser parallelt med at ventelistene stiger da det er flere oppsøker hjelp innen det psykiske helsevernet enn tidligere.

4.2.2 Ventetid

I forhold til tilgjengelighet til tjenester er spørsmålet hvor lenge den enkelte pasient må vente av avgjørende betydning. Det finnes flere studier som dokumenterer sammenheng mellom lang ventetid og dårlige behandlingsresultater. Dette gjelder blant annet for hjertesvikt (Ekroth et.al. 1994), organtransplantasjon (Aaronson og Mancini 1999), klaffefeil (Lund et. al. 1996), og for hofteladd- og kneleddsartrose

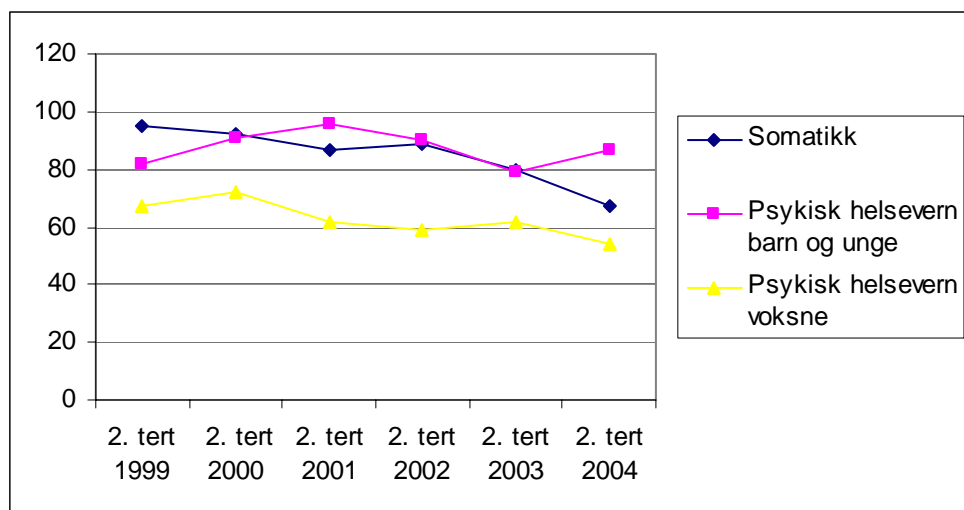
(Christensen et.al. 1996). Kreftpasienter opplever også stor psykisk belastning når ventetiden blir urimelig lang (Sørbye et.al. 1998 og Guldvog 2000).

I figuren nedenfor fremgår utviklingen i hvor lenge pasienter i gjennomsnitt måtte vente før de fikk utredning eller behandling på sykehus eller en institusjon.

Ventetiden til utredning og behandling på somatiske sykehus er betydelig redusert i løpet av perioden 2. tertial 1999 til 2003, fra 95 til 67 dager. Nedgang i ventetid har i all hovedsak foregått i perioden etter at Staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten (fra 2002 til 2004), med en nedgang fra 89 til 67 dager.

Tradisjonelt har mange av pasientene på venteliste hatt plager og lidelser som har vært så lavt medisinsk prioritert at pasientene i realiteten ikke har hatt noe behandlingstilbud. En indikasjon på at pasienter med lidelser med lav hastegrad nå er prioritert, bekreftes gjennom å se på ventetiden til utvalgte pasientgrupper. Ventetiden til pasienter med grå stær, fjerning av mandler, lyskebrokk og åreknuter er kraftig redusert fra 2001 til 2003, mens ventetiden til operasjon av tykktarmsbryst og prostatakreft er tilnærmet uforandret i samme periode. En ser imidlertid at ventetiden for innsettelse av hofteproteser er redusert i denne perioden, fra 162 dager i 2001 til 125 dager i 2003, noe som kan forklares med økt behandlingsskapitet (Torvik, 2003 og Huseby, 2004).

Figur 4.2 Gjennomsnittlig ventetid i dager. Somatikk og psykisk helsevern. 2. tertial 1999-2004. Kilde: Norsk pasientregister



I gjennomsnitt venter barn og unge 87 dager før de får et behandlingstilbud innen psykisk helsevern i 2. tertial 2004. Ventetiden er tilnærmet lik det den var i 1999. En nedgang i ventetid fra 2001 til 2003 fra 96 til 79 dager, ble etterfulgt av en økning i ventetid fra 2003 til 2004. I Halsteinli (2004) fremgår det at det er svært store forskjeller i ventetid både mellom helseforetak og mellom poliklinikker i de enkelte helseforetak. En årsak til store variasjoner kan være ulike måter å registrere ventetidsdata på. Det er derfor viktig at tallene tolkes med varsomhet.

Ventetiden for voksne som har fått behandling innen psykisk helsevern er 54 dager i 2. tertial 2004, noe som er kortere enn i samme periode tidligere år. Siden 2000 har det vært en nedgang i ventetid for voksne med 25 prosent.

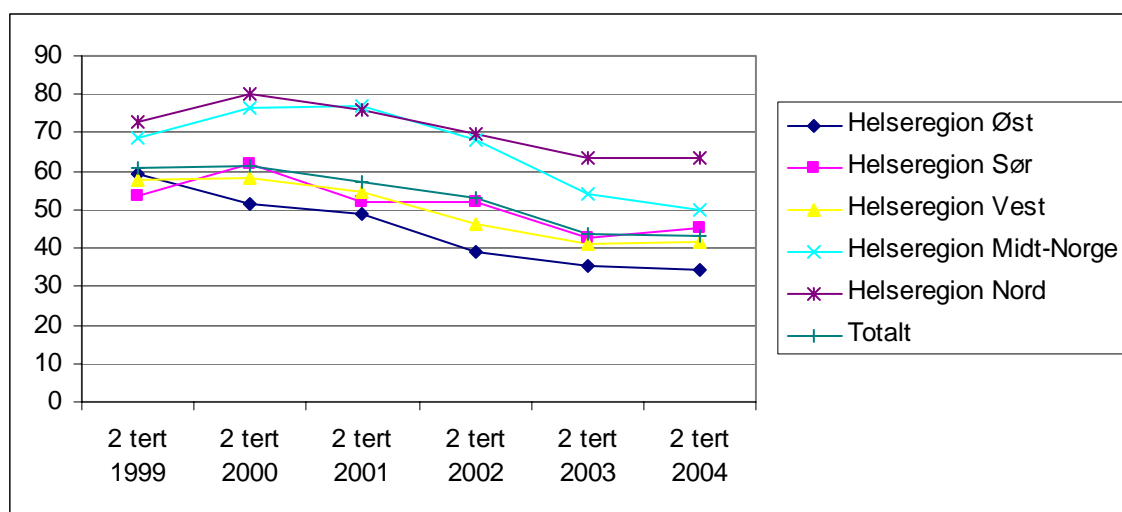
4.3 Regionalt nivå

4.3.1 Somatikk

I perioden 2. tertial 2000 til 2003 har det vært en nedgang i antallet ventende i alle regionale helseforetak, mens nivået har vært stabilt fra 2003-2004. Nedgangen er sterkest for pasienter bosatt i Helse Midt-Norge, som har en reduksjon på 35 prosent fra 1999 til 2004.

I figuren nedenfor fremgår antall ventende pasienter fordelt etter regionale helseforetak.

Figur 4.3 Antall ventende per 1000 innbyggere. Somatiske fagområder. 2 tertial 1999-2004. Kilde Norsk pasientregister.



Det er i Helseregion Øst at det er færrest pasienter på venteliste i forhold til innbyggertallet, noe som har vært stabilt siden 2000. Helseregion Nord har flest ventende i forhold til innbyggertallet. Det er tilnærmet dobbelt så mange ventende pasienter per innbygger i Helseregion Nord sammenlignet med Helseregion Øst.

En forklaring på variasjonen i antallet på venteliste mellom Helseregion Øst og Nord er at det henvises flere pasienter til sykehus i Helse Nord sett i forhold til befolkningstallet. Dette kan skyldes variasjoner i sykkelighet i befolkningen. Det er tidligere vist til at Sogn og Fjordane har landets laveste sykkelighet og Finnmark landets høyeste (Huseby og Kalseth, 2001). Videre er det også slik at variasjon i ventelister kan forklares med bruk av private avtalespesialister. Det er en sterk konsentrasjon av avtalespesialister i hovedstadsområdet. Bruken av private avtalespesialister er ikke inkludert i fremstillingene her.

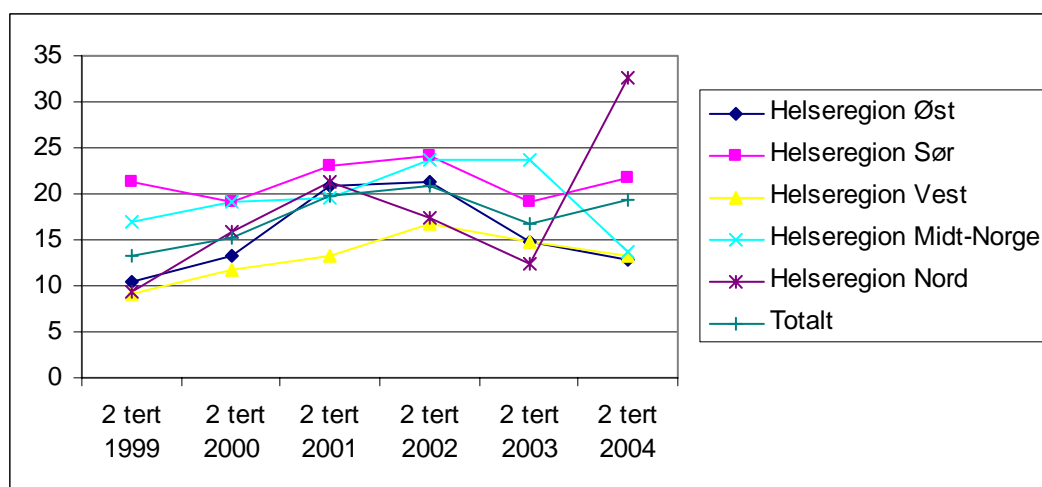
Pasienter bosatt i Helse Øst har også kortest ventetid til behandling (60 dager per 2. tertial 2004). Ventetiden er lengst for pasienter bosatt i Helse Vest med 73 dager. Det er nedgang i ventetid til behandling på sykehus i alle regionale helseforetak. Utviklingen i ventetid per regionale helseforetak i perioden 2. tertial 1999-2004 er vist i vedlegg (figur v2).

4.3.2 Psykisk helsevern for voksne

Det er små forskjeller mellom de regionale helseforetakene når det gjelder antallet voksne som venter på et behandlingstilbud innen det psykiske helsevernet mellom 2. tertial 1999 og 2004. Unntaket er for pasienter bosatt i Helse Nord hvor det i 2004 er langt flere på venteliste enn tidligere og i forhold til de andre regionene⁹.

Det er i Helseregion Øst og i Midt-Norge at det per 2. tertial 2004 er færrest ventende til psykisk helsevern for voksne, med 13-14 ventende, mens Helseregion Nord har 33 ventende per 10 000 innbyggere. Dette ser vi av figuren nedenfor.

Figur 4.4 Antall ventende per 10 000 innbyggere. Psykisk helsevern for voksne. 2. tertial 1999-2004. Kilde: Norsk pasientregister.



Når det gjelder ventetid til behandling er det regionale variasjoner i perioden 2. tertial 1999-2004. For pasienter bosatt i Helse Øst har det vært en kraftig nedgang i ventetiden fra 84 til 48 dager i denne perioden. Ventetiden til behandling er nå kortest i denne regionen per 2. tertial 2004. Samtidig ser vi at for pasienter bosatt i Helse Vest, Midt Norge og Nord har ventetiden til behandling gått opp i denne perioden, og det er i Helseregion Nord at gjennomsnittlig ventetid er lengst, med 69 dager (vedlegg, figur v3).

4.3.3 Psykisk helsevern for barn og unge

Det er et økende antall barn og unge som venter på et tilbud innen psykisk helsevern i denne perioden innenfor alle regionale helseforetak.

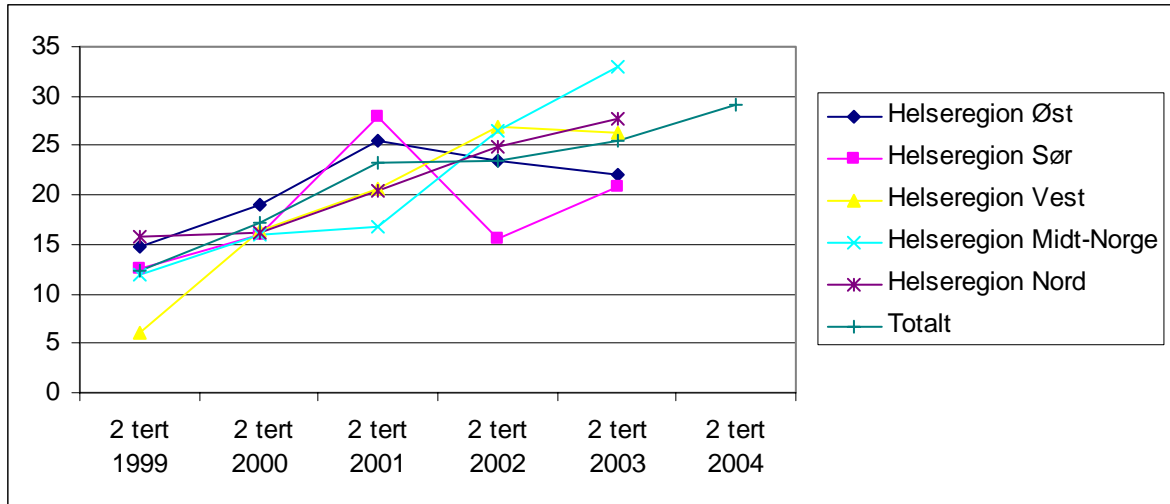
Det er grunn til å stille spørsmålsteget med kvaliteten på de registreringer som er gjort i perioden, spesielt gjelder dette for Helse Sør og nivået på antall ventende i 2001. I tillegg er det for 2004 ikke mulig å fremstille data med utgangspunkt i pasientenes bosted¹⁰ og i figuren nedenfor er derfor kun nivå for landet presentert.

⁹ Det er grunn til å anta at antall ventende pasienter bosatt i Helse Nord er mer korrekt per 2. tertial 2004 enn tidligere år, da det ikke er alle institusjoner som har levert ventelistedata til NPR tidligere år.

¹⁰ Ved innføring av nytt rapporteringsformat til NPR basert på XML, er det i første versjon ikke tatt høyde for bostedskommune til pasienten på henvisningen

I figuren nedenfor som viser antall barn og unge som venter på tilbud innen psykisk helsevern, fremgår det at det er flest ventende pasienter i Helse Midt-Norge og færrest ventende i Helse Øst og Helse Sør.

Figur 4.5 Antall ventende per 10 000 innbyggere. Psykisk helsevern for barn og unge. 2. tertial 1999-2004. Kilde: Norsk pasientregister.



Barn og unge med psykisk lidelser venter per 2. tertial 2003 lengst på behandling i Helse Vest, hvor gjennomsnittlig ventetid er 98 dager. Ventetiden er kortest i Helse Sør med 67 dager. Ventetiden for barn og unge var i 1999 lengst i Helse Sør, og de har følgelig hatt den største nedgangen (vedlegg, figur v4).

5 Sammendrag av rapporten

Økning i bruk av ressurser til spesialisthelsetjenesten

Bruk av ressurser til helsetjenester er et tema som stadig berøres i media, ofte med utgangspunkt i manglende bevilgninger. Norge bruker betydelige ressurser til helsetjenester sammenlignet med andre land. Målt som utgifter per capita bruker Norge mer ressurser til helsetjenester enn de andre nordiske land, og det er i 2002 bare USA og Sveits av OECD-land som ligger høyere enn oss. Andelen av bruttonasjonalproduktet som brukes til helsetjenester er også økende.

Det ble i 2003 brukt omlag 55 milliarder kroner til spesialisthelsetjenesten, hvilket er en økning på 8 milliarder kroner eller 16,4 prosent siden 1999. Av dette utgjør utgiftene til somatikk og psykisk helsevern henholdsvis 44 og 11 milliarder kroner.

Veksten i utgifter i perioden 1999-2003 har vært sterkere til somatikk enn til psykisk helsevern, med en utflating i siste del av perioden. Psykisk helsevern disponerer i 2003 omlag 20 prosent av de totale utgifter til spesialisthelsetjenesten, hvilket er det samme som i 2001. Til sammenligning var andelen i 1992 på 22,7 prosent og i 1999 på 20,8 prosent. Andelene til somatikk og psykisk helsevern varierer en god del mellom regionene. Helse Øst bruker over 23 prosent av ressursene til psykisk helsevern, mens tilsvarende andel i Helse Sør er ca 16 prosent. Det er ikke store endringer i denne fordelingen i perioden 2001-2003.

Somatikk

Det har i perioden 1999 til 2003 vært en sterk aktivitetsøkning på somatiske sykehus. Veksten har vært sterkest fra 2002 til 2003 og kan for denne perioden hevdes å ha kommet på tross av signaler og retningslinjene fra Helsedepartementet og politiske myndigheter. Det ble i styringsbrev fra Helsedepartementet til de regionale helseforetakene satt fokus på styring av aktivitetsveksten gjennom nullvekst. I tillegg til at styringssignalene om utflating av veksten ikke ble fulgt i 2003, kan det også stilles spørsmål om myndighetenes intensjon ved innføringen av innsatsstyrt finansiering og nylige vedtak om opprettholdelse av denne finansieringsformen var at aktivitetsøkningene skulle komme i form av reinnleggelser og sterk økning i fleropphold, søvnløshetsutredninger, og snorke- og meniskoperasjoner.

Veksten i aktivitet og ressursinnsats har bidratt til en reduksjon i antallet pasienter som står på venteliste til somatiske sykehus. Antallet pasienter på venteliste er kraftig redusert fra 1999 til 2003 som en følge av økt behandlingsskapasitet og saneringer av ventelister på sykehusene. Det er ikke mulig å si hvor stor del av endringen som skyldes det ene og andre forholdet. Reduksjonen har i all hovedsak kommet innenfor pasientgrupper som har ventet lenge på behandling og derfor har vært lavt prioritert, slik at de i realiteten ikke har hatt noe behandlingstilbud. Ventetiden til behandling er som en konsekvens av økt behandlingsskapasitet og sanering av ventelister blitt sterkt redusert. Indikatorer presentert i SAMDATA viser

at dette først og fremst er innenfor pasientgrupper med lav hastegrad. Unntaket er innsettelse av hofteproteser, hvor nedgangen i ventetid er redusert de senere år.

Psykisk helsevern

I tråd med Opptappingsplanen har det innen psykisk helsevern for barn og unge vært en økning i den polikliniske kapasiteten, produktiviteten har økt (gjennom at den enkelte pasient har fått flere tiltak) og en større andel av barn og unge mottar et behandlingstilbud (dekningsgraden er høyere i 2003 enn i 1998). Veksten i døgnplasser har imidlertid vært vesentlig lavere enn målet, men dette målet er nedtonet med bakgrunn i at den faglige utviklingen tilsier flere ambulante og oppsøkende metoder. Samtidig med en utbygging av kapasiteten og tilbudet er antallet barn og unge som venter på et behandlingstilbud økende. Det er om lag 3 150 ventende per 2. tertial 2004, mot omlag 1 300 i samme periode i 1999. Ventetiden er relativt stabil i samme periode.

Når det gjelder psykisk helsevern for voksne er det skjedd en vesentlig endring i personellsituasjonen i retning av flere og bedre kvalifisert personell og en økning i den polikliniske kapasiteten (hovedsakelig på grunn av flere behandlere). Samtidig har man i løpet av planperioden fått færre omsorgsplasser i sykehjem og flere aktive behandlingsplasser ved DPS-er. Tilbudet har økt kvantitativt i form av antall pasienter som mottar døgntilbud og poliklinisk behandling, samtidig med at det er flere behandlere med høyere kompetanse enn før. Samtidig med en utbygging av kapasiteten og tilbudet er antallet voksne som venter på et behandlingstilbud økende. Det er omlag 6 800 ventende per 2. tertial 2004, mot omlag 4 500 i samme periode i 1999. Ventetiden er imidlertid redusert fra 67 til 54 dager i samme periode.

Regionale forskjeller

Det er til dels store forskjeller i ressursbruk pr innbygger mellom regionene. For spesialisthelsetjenesten totalt har Helse Sør og Helse Nord et utgiftsnivå pr innbygger som ligger betydelig høyere enn landet for øvrig, mens det motsatte er tilfellet for Helse Vest. Ressursbruken pr innbygger er totalt sett 26 prosent høyere i Helse Nord sammenlignet med Helse Vest i 2003.

Forskjellene mellom regionene har blitt større i perioden 2001-2003. Helse Nord og Helse Sør er de regionene med sterkest prosentvis vekst i ressursbruk i perioden (hhv 10,8 og 10,0 prosent), mens Helse Vest er den regionen hvor ressursbruken vokser minst (3,9 prosent).

Ser vi på utgifter til somatikk, ser vi at både nivå og utvikling i perioden er noe forskjellig innenfor de ulike regionene. Helse Sør og Nord bruker mest per innbygger mens Helse Vest ligger lavest. Korrigerer en forbruket for alderssammensetning, reisetid til sykehus og bruk av Rikshospitalet / Radiumhospitalet er bilde at det høye utgiftsnivået i Helse Nord delvis kan forklares gjennom lang reisetid til sykehus, mens utgiftsnivået i Helse Midt-Norge av samme grunn ligger noe under det som er forventet. Selv om Helse Vest har en forholdsvis ung befolkning, er det faktiske utgiftsnivået lavere enn forventet. Også Helse Øst har lavere utgifter pr innbygger enn forventet ut fra kjønn og reisetid, mens det motsatte er tilfellet for Helse Sør.

Innenfor psykisk helsevern er det Helse Øst og Helse Nord som ligger høyest i 2003, med utgifter på om lag 2 600 pr innbygger, mens de øvrige regionene ligger

noe lavere. Ressursbruken er lavest i Helse Sør og Midt-Norge, og Helse Vest (barn og unge). Forskjellen i ressursbruk pr innbygger mellom høyeste (Helse Øst) og laveste (Helse Sør) er på 25 prosent i 2003. Utviklingen innenfor psykisk helsevern har vært forskjellig mellom regionene. Mens Helse Nord og Helse Midt-Norge har hatt en vekst på hhv 14,3 og 12,8 prosent, har veksten vært mindre i de øvrige regionene. Minst var den i Helse Øst med 4,2 prosent.

Det er først og fremst de sosiale kriteriene som påvirker det forventede ressursbehovet, noe som medfører et merbehov i Helse Nord, Sør og Øst. Omvendt trekker disse kriteriene ned ressursbehovet i Helse Vest og Midt-Norge. Flyttemønstre bidrar til høyere ressursbehov i Helse Øst, og mindre ressursbehov i Helse Sør og Nord.

For Helse Nord og Helse Vest forklarer disse faktorene en stor del av avviket i faktisk kostnadsnivå fra landsgjennomsnittet, mens dette bare delvis er tilfellet for Helse Midt-Norge og Helse Øst. Helse Sør har et faktisk kostnadsnivå som ikke kan forklares ved hjelp av de valgte faktorene.

Del III

6 Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten - utgifter

6.1 Nasjonalt nivå

Tabell 6.1 Totale driftsutgifter til spesialisthelsetjenesten fordelt på somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern. 1997-2003. Millioner kroner målt i faste 2003 kroner. Prosentvis endring.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002 ¹	2003 ¹	Prosent endring 1997-2003	Prosent endring 1999-2003
Psykisk helsevern									
Totale driftsutgifter	9 113	9 534	9 850	9 989	10 149	10 687	11 090 ²		
Prosent endring fra året før		4,6	3,3	1,4	1,6	5,3	3,8	21,7	12,6
Somatisk spesialisthelsetjeneste									
Totale driftsutgifter	34 180	35 856	37 559	38 130	40 287	41 984	44 098		
Prosent endring fra året før		4,9	4,8	1,5	5,7	4,2	5,0	29,0	17,4
Spesialisthelsetjenesten									
Totale driftsutgifter	43 293	45 390	47 409	48 120	50 436	52 671	55 188		
Prosent endring fra året før		4,8	4,4	1,5	4,8	4,4	4,8	27,4	16,4

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

2 Tallet er korrigert med kr 7 mill etter publisering av sektorrapporten for Psykisk helsevern.

Tabell 6.2 Totale driftsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, ambulanse, personalpolitiske tiltak, felles RHF og samlet i 2003. Millioner kroner. Driftsutgifter prosentvis fordelt på utgiftsartene lønn, varer og tjenester og andre driftsutgifter.

	Somatisk spesialist- helsetjeneste	Psykisk helsevern	Ambulanse	Personal- politiske tiltak	Felles RHF	Sum
Totale driftsutgifter	44 098	11 090 ¹	2 027	529	488	58 232
<i>Herav (prosentandeler)</i>						
- lønnsutgifter	71,1	81,6	35,1	78,1	31,7	71,5
- utgifter til varer og tjenester	17,7	6,8	28,1	1,4	0,4	15,7
- andre driftsutgifter	11,3	11,7	36,8	20,4	68,0	12,8

1 Tallet er korrigert med kr 7 mill etter publisering av sektorrapporten for Psykisk helsevern.

Tabell 6.3 Totale driftsutgifter til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og spesialisthelsetjenesten samlet. Millioner kroner samt prosentvis fordeling. 2003.

	Somatisk spesialist- helsetjeneste		Psykisk helsevern		Spesialist-helsetjenesten	
	Mill kr	Prosent- andel	Mill kr	Prosent- andel	Mill kr	Prosent- andel
Totale driftsutgifter	44 098	100,0	11 090 ¹	100,0	55 188	100,0
Finansiert av:						
A. Øremerkede aktivitetstilskudd						
Innsatsstyrt finansiering	18 357	41,6	-	-	18 357	33,3
Polikliniske refusjoner	3 746	8,5	771	7,0	4 517	8,2
B. Øremerkede rammetilskudd						
Regionsykehustilskudd	2 584	5,9	156	1,4	2 740	5,0
Andre øremerkede statstilskudd (herunder opptrappingsplanen)	160	0,4	1 149	10,4	1 310	2,4
C. Pasientbetaling	663	1,5	50	0,5	713	1,3
D. Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.	2 208	5,0	368	3,3	2 576	4,7
E. Driftsutgifter finansiert av RHF	16 379	37,1	8 596	77,5	24 975	45,3

1 Tallet er korrigert med kr 7 mill etter publisering av sektorrapporten for Psykisk helsevern.

6.2 Regionalt nivå

Tabell 6.4 Totale driftsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, ambulanse, personalpolitiske tiltak, felles RHF og samlet korrigeret for gjestepasientoppgjør. Helseregioner. Millioner kroner 2003.

RHF	Somatikk	Psykisk helsevern	Ambulanse	Personalpolitiske tiltak	Felles RHF	Sum
Helse Øst RHF	14 577	4 382	504	180	88	19 731
Helse Sør RHF	10 071	1 905	326	109	110	12 522
Helse Vest RHF	8 100	2 1230	340	82	67	10 720
Helse Midt-Norge RHF	6 328	1 4041	379	84	120	8 316
Helse Nord RHF	5 167	1 180	478	73	102	7 000
Sum landet	44 244	11 001 ¹	2 027	529	488	58 288

1 Tallet er korrigeret med kr 7 mill etter publisering av sektorrapporten for Psykisk helsevern.

Tabell 6.5 Totale driftsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, ambulanse, personalpolitiske tiltak, felles RHF og samlet korrigeret for gjestepasientoppgjør. Helseregioner. Prosentandeler. 2003.

RHF	Somatikk	Psykisk helsevern	Ambulanse	Personalpolitiske tiltak	Felles RHF	Sum
Helse Øst RHF	73,9	22,2	2,6	0,9	0,4	100,0
Helse Sør RHF	80,4	15,2	2,6	0,9	0,9	100,0
Helse Vest RHF	75,6	19,9	3,2	0,8	0,6	100,0
Helse Midt-Norge RHF	76,1	16,9	4,6	1,0	1,4	100,0
Helse Nord RHF	73,8	16,9	6,8	1,0	1,5	100,0
Sum landet	75,9	18,9	3,5	0,9	0,8	100,0

Tabell 6.6 Totale driftsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern, korrigert for gjestepasientopp-
gjør. Helseregioner. Kroner per innbygger og avvik fra gjennomsnittet. 2003. I 2003-kroner.

	Somatikk		Psykisk helsevern		Sum	
	Utgift per innbygger	Avvik fra gjennomsnittet	Utgift per innbygger	Avvik fra gjennomsnittet	Utgift per innbygger	Avvik fra gjennomsnittet
Helse Øst RHF	8 607	0,94	2 620	1,12	11 227	0,97
Helse Sør RHF	10 640	1,16	2 123	0,91	12 763	1,11
Helse Vest RHF	8 269	0,90	2 232	0,96	10 501	0,91
Helse Midt-Norge RHF	9 155	0,99	2 065	0,88	11 220	0,97
Helse Nord RHF	10 539	1,15	2 314	0,99	12 853	1,11
Sum	9 208	1,00	2 335	1,00	11 543	1,00

Tabell 6.7 Totale driftsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern, korrigert for gjestepasientopp-
gjør. Helseregioner. Kroner per innbygger og avvik fra gjennomsnittet. 2003.

	Somatikk		Psykisk helsevern		Sum	
	Utgift per innbygger	Avvik fra gjennomsnittet	Utgift per innbygger	Avvik fra gjennomsnittet	Utgift per innbygger	Avvik fra gjennomsnittet
Helse Øst RHF	8 893	0,92	2 674	1,11	11 566	0,96
Helse Sør RHF	11 298	1,17	2 137	0,89	13 435	1,11
Helse Vest RHF	8 607	0,89	2 263	0,94	10 870	0,90
Helse Midt-Norge RHF	9 845	1,02	2 184	0,91	12 029	1,00
Helse Nord RHF	11 162	1,15	2 548	1,06	13 711	1,14
Sum	9 666	1,00	2 4031	1,00	12 069	1,00

1 Tallet er korrigert etter publisering av sektorrapporten for Psykisk helsevern.

Tabell 6.8 Driftsutgifter til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. Helseregioner. Millioner kroner. 2003.

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Totale driftsutgifter korrigert for gjestepasientoppgjør	14 577	10 071	8 100	6 328	5 167	44 244
Finansiert av:						
A. Øremerkede aktivitetstilskudd						
Innsatsstyrt finansiering	6 444	3 907	3 508	2 514	1 984	18 357
Polikliniske refusjoner	1 092	910	691	600	452	3 745
B. Øremerkede rammetilskudd						
Regionsykehusstilskudd	523	600	560	462	438	2 584
Andre øremerkede statstilskudd	55	48	38	20	-	160
C. Pasientbetaling	194	138	141	102	78	652
D. Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.	758	525	300	293	220	2 096
E. Driftsutgifter finansiert av RHF	5 511	3 944	2 861	2 338	1 994	16 649

Tabell 6.9 Driftsutgifter til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. Helseregioner. Prosentandeler. 2003.

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Totale driftsutgifter korrigert for gjestepasientoppgjør	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Finansiert av:						
A. Øremerkede aktivitetstilskudd						
Innsatsstyrt finansiering	44,2	38,8	43,3	39,7	38,4	41,5
Polikliniske refusjoner	7,5	9,0	8,5	9,5	8,7	8,5
B. Øremerkede rammetilskudd						
Regionsykehusstilskudd	3,6	6,0	6,9	7,3	8,5	5,8
Andre øremerkede statstilskudd	0,4	0,5	0,5	0,3	-	0,4
C. Pasientbetaling	1,3	1,4	1,7	1,6	1,5	1,5
D. Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.	5,2	5,2	3,7	4,6	4,3	4,7
E. Driftsutgifter finansiert av RHF	37,8	39,2	35,3	36,9	38,6	37,6

Tabell 6.10 Driftsutgifter og finansiering av psykisk helsevern. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. Helse-regioner. Millioner kroner. 2003.

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Totale driftsutgifter korrigert for gjestepasientoppgjør	4 382	1 905	2 130	1 404 ¹	1 180	11 001 ¹
Finansiert av:						
A. Øremerkede aktivitetstilskudd						
Innsatsstyrt finansiering						-
Polikliniske refusjoner	287	158	126	104	95	770
B. Øremerkede rammetilskudd						
Regionsykehusstilskudd	65	0	64	26	-0	156
Andre øremerkede statstilskudd	380	223	240	169	138	1 149
C. Pasientbetaling	15	10	13	6	6	50
D. Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.	182	60	47	42	33	364
E. Driftsutgifter finansiert av RHF	3 453	1 454	1 640	1 057	908	8 512

1 Tallet er korrigert med kr 7 mill etter publisering av sektorrapporten for Psykisk helsevern.

Tabell 6.11 Driftsutgifter og finansiering av psykisk helsevern. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. Helse-regioner. Prosentandeler. 2003.

Prosentandeler	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Totale driftsutgifter korrigert for gjestepasientoppgjør	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Finansiert av:						
A. Øremerkede aktivitetstilskudd						
Innsatsstyrt finansiering	-	-	-	-	-	-
Polikliniske refusjoner	6,6	8,3	5,9	7,4	8,1	7,0
B. Øremerkede rammetilskudd						
Regionsykehusstilskudd	1,5	0,0	3,0	1,9	-0,0	1,4
Andre øremerkede statstilskudd	8,7	11,7	11,3	12,0	11,7	10,4
C. Pasientbetaling	0,3	0,5	0,6	0,4	0,5	0,5
D. Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.	4,2	3,1	2,2	3,0	2,8	3,3
E. Driftsutgifter finansiert av RHF	78,8	76,3	77,0	75,3	77,0	77,4

Tabell 6.12 Driftsutgifter og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern samlet. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. Helseregioner. Millioner kroner. 2003.

Millioner kroner	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Totale driftsutgifter korrigeret for gjestepasientoppgjør	18 959	11 976	10 230	7 733	6 347	55 245
Finansiert av:						
A. Øremerkede aktivitetstilskudd						
Innsatsstyrt finansiering	6 444	3 907	3 508	2 514	1 984	18 357
Polikliniske refusjoner	1 379	1 068	817	703	547	4 515
B. Øremerkede rammetilskudd						
Regionsykehustilskudd	588	600	625	489	438	2 740
Andre øremerkede statstilskudd	435	271	278	188	138	1 310
C. Pasientbetaling	209	147	154	108	84	702
D. Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.	940	585	347	335	253	2 460
E. Driftsutgifter finansiert av RHF	8 964	5 398	4 500	3 395	2 902	25 161

Tabell 6.13 Driftsutgifter og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern samlet. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. Helseregioner. Prosentandeler. 2003.

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Totale driftsutgifter korrigeret for gjestepasientoppgjør	100	100	100	100	100	100
Finansiert av:						
A. Øremerkede aktivitetstilskudd						
Innsatsstyrt finansiering	34,0	32,6	34,3	32,5	31,3	33,2
Polikliniske refusjoner	7,3	8,9	8,0	9,1	8,6	8,2
B. Øremerkede rammetilskudd						
Regionsykehustilskudd	3,1	5,0	6,1	6,3	6,9	5,0
Andre øremerkede statstilskudd	2,3	2,3	2,7	2,4	2,2	2,4
C. Pasientbetaling	1,1	1,2	1,5	1,4	1,3	1,3
D. Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.	5,0	4,9	3,4	4,3	4,0	4,5
E. Driftsutgifter finansiert av RHF	47,3	45,1	44,0	43,9	45,7	45,5

6.3 Grunnlagsdata

Tabell 6.14 Totale driftsutgifter psykisk helsevern for barne- og unge og for voksne, somatiske spesialisthelsetjenester, ambulanser, personalpolitiske tiltak og felles RHF. Helseforetak. 1 000 kroner. 2003.

	Psykisk helsevern		Somatikk	Ambu- lanser	Personal- politiske tiltak	Felles RHF	Sum
	Barn og unge	Voksne					
Helse Øst RHF							
Sykehuset Østfold HF	84 170	400 969	1 829 890	60 822	8 058	.	2 383 909
Sykehuset Asker og Bærum HF	45 955	360 159	674 610	.	26 835	.	1 107 559
Akershus universitetssykehus HF	112 501	311 640	1 669 578	.	35 563	.	2 129 282
Aker universitetssykehus HF	17 838	584 865	1 296 974	.	16 746	.	1 916 423
Ullevål universitetssykehus HF	294 238	830 382	3 257 897	306 745	51 450	.	4 740 712
Sykehuset Innlandet HF	107 411	718 281	2 791 460	136 036	28 467	.	3 781 655
Sunnaas sykehus HF	.	.	212 659	.	7 402	.	220 061
Ført på RHF-nivå, inkl driftstilskudd	.	548 673	1 422 535	.	5 388	88 496	2 065 092
Sum Helse Øst RHF	662 113	3 754 969	13 155 603	503 603	179 909	88 496	18 344 693
Helse Sør RHF							
Rikshospitalet HF	5 989	.	3 520 215	.	30 908	.	3 557 112
Det norske radiumhospital HF	.	.	1 061 056	.	17 384	.	1 078 440
Ringerike sykehus HF	7 327	44 959	395 408	.	6 719	.	454 413
Sykehuset i Buskerud HF	66 755	346 691	1 055 335	83 089	30 741	.	1 582 611
Psykiatrien i Vestfold	63 582	358 852	422 434
Helse Blefjell HF	13 076	80 675	515 669	5 238	6 649	.	621 307
Sykehuset i Telemark HF	47 408	294 096	1 087 193	65 447	4 822	.	1 498 966
Sykehuset i Vestfold HF	.	.	1 444 829	42 199	7 732	.	1 494 760
Sørlandet sykehus HF	80 062	487 739	1 877 986	130 092	4 437	.	2 580 316
Ført på RHF-nivå, inkl driftstilskudd	.	.	92 636	.	.	110 048	202 684
Sum Helse Sør RHF	284 199	1 613 012	11 050 327	326 065	109 392	110 048	13 493 043

	Psykisk helsevern		Somatikk	Ambu- lanser	Personal- politiske tiltak	Felles RHF	Sum
	Barn og unge	Voksne					
Helse Vest RHF							
Helse Stavanger HF	91 324	418 293	1 921 149	50 646	26 977	.	2 508 390
Helse Fonna HF	39 265	315 694	988 479	72 297	14 829	.	1 430 564
Helse Bergen HF	123 207	595 533	3 582 144	108 145	28 721	.	4 437 750
Helse Førde HF	32 332	193 599	875 094	67 379	11 934	.	1 180 338
Ført på RHF-nivå, inkl driftstilskudd	17 575	301 099	564 546	41 966	.	66 851	992 037
Sum Helse Vest RHF	303 703	1 824 218	7 931 412	340 433	82 461	66 851	10 549 079
Helse Midt-Norge RHF							
Helse Sunnmøre HF	44 269	152 941	1 025 600	72 888	21 453	.	1 317 151
Helse Nordmøre og Romsdal HF	31 611	274 428	821 957	91 905	20 411	.	1 240 312
St. Olavs Hospital H	97 934	536 743	3 044 177	90 339	24 797	.	3 793 990
Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF	.	.	277 424	-2	3 694	.	281 116
Helse Nord Trøndelag HF	43 065	221 171 ¹	917 261	60 825	13 781	.	1 256 103
Ført på RHF-nivå, inkl driftstilskudd	.	.	112 260	62 575	.	120 326	295 161
Sum Helse Midt-Norge RHF	216 879	1 185 283	6 198 679	378 530	84 136	120 326	8 183 833
Helse Nord RHF							
Helgelandssykehuset HF	21 871	60 699	546 349	52 241	3 156	.	684 316
Nordlandssykehuset HF	65 371	293 766	992 883	65 745	17 511	.	1 435 276
Hålogalandssykehuset HF	14 729	111 730	751 252	66 273	14 980	.	958 964
Universitetssykehuset i Nord- Norge HF	50 423	383 608	2 035 399	72 956	17 511	.	2 559 897
Helse Finnmark HF	41 940	106 189	582 037	84 094	19 485	.	833 745
Ført på RHF-nivå, inkl driftstilskudd	.	325	49 109	137 157	.	101 966	288 557
Sum Helse Nord RHF	194 334	956 317	4 957 029	478 466	72 643	101 966	6 760 755

	Psykisk helsevern		Somatikk	Ambu- lanser	Personal- politiske tiltak	Felles RHF	Sum
	Barn og unge	Voksne					
Andre institusjoner							
Private ideelle utenfor RHF	.	95 097	339 657	.	.	.	434 754
Kommersielle sykehus	.	.	376 953	.	.	.	376 953
Annet							
Behandlingsreiser utlandet	.	.	88 328	.	.	.	88 328
Sum andre institusjoner og annet	0	95 097	804 938	0	0	0	900 035
Sum spes. helsetjenesten	1 661 228	9 428 896	44 097 989	2 027 097	528 541	487 687	58 231 438

1 Tallet er korrigert med kr 7 mill etter publisering av sektorrapporten for Psykisk helsevern.

Tabell 6.15 Gjestepasientutgifter og – inntekter for psykisk helsevern, somatiske sykehus og spesialisthelsetjenesten samlet (1 000 kroner). Regionale helseforetak, 2003.

	Psykisk helsevern for barn og unge		Psykisk helsevern for voksne		Somatiske sykehus		Sum gjestepasientutgifter	Sum gjestepasientinntekter
	Gj. pasientutgifter	Gj. pasientinntekter	Gj. pasientutgifter	Gj. pasientinntekter	Gj. pasientutgifter	Gj. pasientinntekter		
Helse Øst RHF	-	-	44 919	79 505	1 620 822	199 698	1 665 741	279 203
Helse Sør RHF	-	-	26 562	19 017	303 771	1 282 876	330 333	1 301 893
Helse Vest RHF	-	-	7 197	5 122	291 165	122 316	298 362	127 438
Helse Midt-Norge RHF	999	-	24 923	23 880	276 467	146 735	302 382	170 615
Helse Nord RHF	-	-	28 892	-	241 135	31 106	270 027	31 106

Litteraturliste

Christensen U, Knudsen M, Rubeck B

1996 Ventetid til operation – evaluering af forsøgsordning med ventetidsgaranti. København: DIKE, 1996: 138.

Dahlen K, Kindseth O, Lie T, Mogseth E og Petersen SØ

2002 Ventelister ved helseforetakene i Midt-Norge våren 2002. Rapport STF78 A025501. Trondheim: SINTEF Unimed

Ekroth R, Nilsson F, Svensson S

1994 Förbättrade resultat vis hjärtkirurgi: kortare kölister minskade mortaliteten. Läkartidningen 1994; 91: 2051-52.

Guldvog B,

2000 Verdens beste helsevesen? Fremdeles uakseptable ventetider!, Tidsskr Nor Lægeforen nr. 120, 2000; 2987.

Halsteinli V (red)

2003 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten Tabeller. Sammenligningsdata for spesialisthelsetjenesten 2002. STF78 A035018. SINTEF Unimed

Halsteinli V (red)

2004 SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapport 2003. Rapport STF78 A045016. SINTEF Helse

Helsedepartementet

2003 Nytt brev til RHF'ene

Helsedepartementet

2003 Revidert styringsdokument 2003 – styringskrav knyttet til pasientbehandling og aktivitetsvekst

Helsedepartementet

2003 Styringsdokumentene for de regionale helseforetakene 2003

Hem, L

2004 Gjennomgang av ventelistedata innen psykisk helsevern. SINTEF Helse

Huseby, B (red)

2002 Levekår, tilgjengelighet til sykehustjenester og bruk av sykehus i norske kommuner. Rapport STF78 A015021. SINTEF Unimed

Huseby, B (red)

2004 SAMDATA Somatikk. Sektorrapport 2003. Rapport STF78 A045015. SINTEF Helse

Kalseth J (red)

2003 Utviklingen i helseregionene etter sykehusreformen. Rapport STF78 A035020 SINTEF Unimed

Kjekshus, LE

2004 INTORG – De somatiske sykehusenes interne organisering. En kartlegging av 50 somatiske sykehus i Norge i 2003. Rapport STF78 A045005 SINTEF Helse

Lund O, Nielsen TT, Emmertsen K, Flo C, Rasmussen B, Jensen FT et al.

1996 Routine evaluation of mental health: reliable information or worthless "guesstimates"? *Acta Psychiatrica Scandinavia* 1996; 93: 125-128

NOU 2003: 1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. Helsedepartementet.

Ot prp nr 66

2000-2001 Om lov om helseforetak m.m. Oslo: Sosial- og helsedepartement.

Stortingsmelding nr 5

2003-2004 Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten

Stortingsmelding nr 25

2003-2004 Åpenhet og helhet

Stortingsmelding nr 50

1997-1998 Handlingsplan for eldreomsorgen

St.prp nr 61

1996-1997 Om Nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus

St.prp nr 63

1997-1998 Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006

Sørbye S, Risberg T, Norum J, Wist E. V (red)

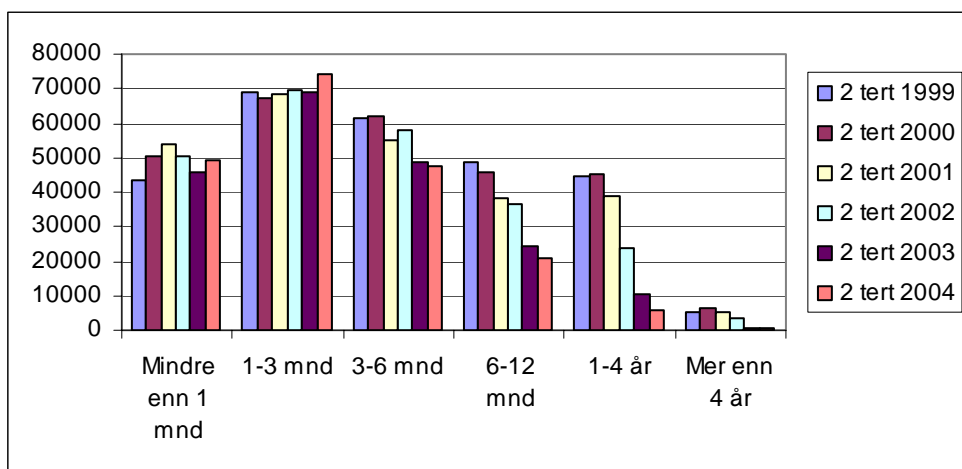
1998 Kreftpasienters oppfatning av utredningstid før behandling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 2468-70.

Aaonsen KD, Mancini DM

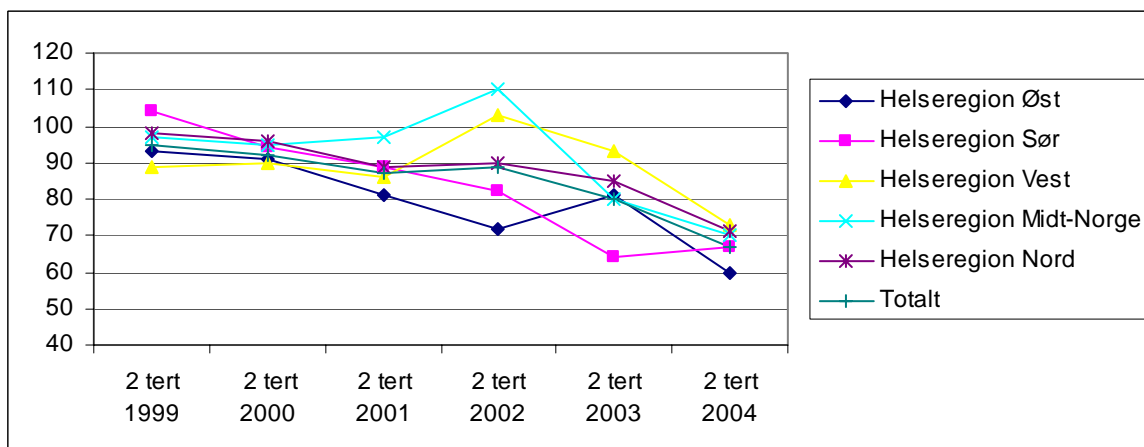
1999 Mortality remains high for outpatient transplant candidates with prologed (>6 months) waiting list time. *J Am Coll Cardiol* 1999; 33: 1189-95.

Vedlegg

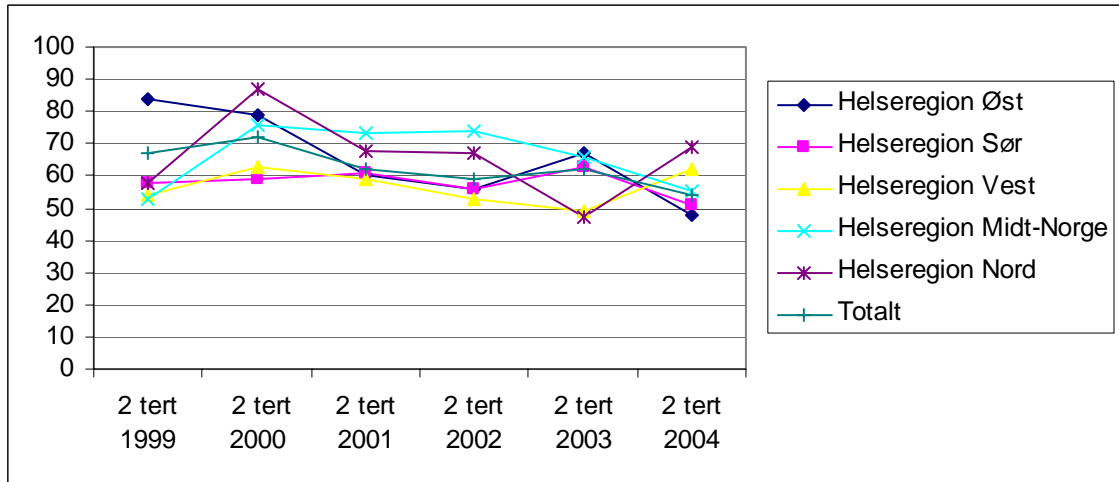
Figur v 1 Antall pasienter på venteliste til somatiske fagområder etter hvor lenge de har ventet. 2 tertial 1999-2004.



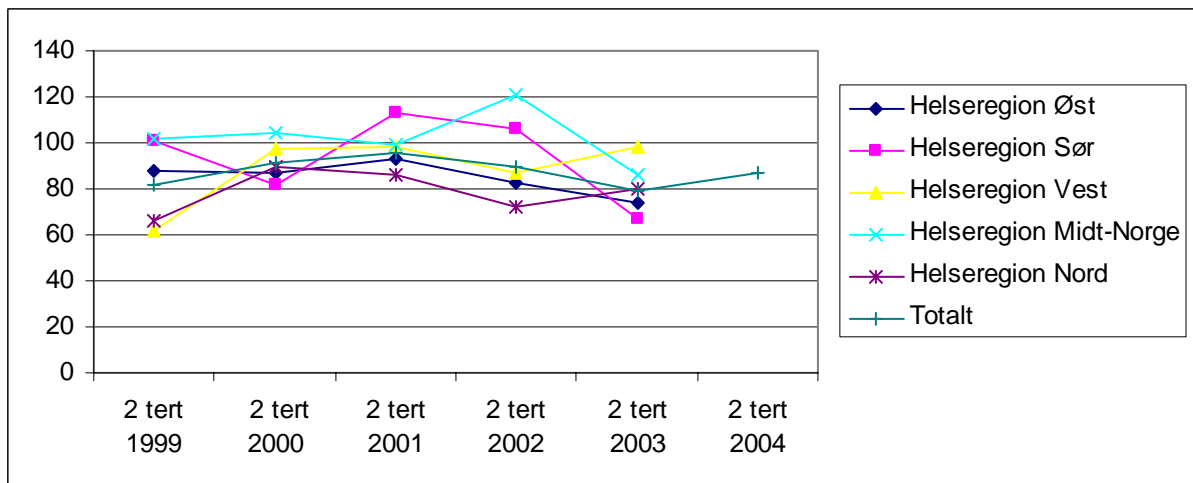
Figur v 2 Ventetid til behandling etter regionale helseforetak. Somatiske sykehus. 2. tertial 1999-2004



Figur v 3 Ventetid til behandling etter regionale helseforetak. Psykisk helsevern for voksne. 2. tertial 1999-2004



Figur v 4 Ventetid til behandling etter regionale helseforetak. Psykisk helsevern for barn og unge. 2. tertial 1999-2004



Datagrunnlag og definisjoner

SAMDATA benytter flere dataregistre som basis for tabellene som presenteres. Statistisk sentralbyrå (SSB) innhenter personelldata. Dette datamaterialet kvalitetskontrolleres både av SSB og SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning. Regnskapsdata fra institusjoner og rapporteringsenheter er for driftsåret 2002 innhentet fra helseforetakene av SINTEF Unimed. Regnskapsdata for private institusjoner er innhentet og kontrollert av SSB, men er også gjennomgått en kvalitetskontroll i SINTEF Unimed. Befolkningsdata innhentes fra SSB.

1.1 Datagrunnlag og definisjoner senger og personell

Personell- og regnskapsdata er basert på data fra alle foretak som ligger til de regionale helseforetakene. I tillegg er data for private sykehus utenfor RHF-ene tatt med. Personelltall for somatiske institusjoner utenfor sykehus har ikke vært med tidligere. Etter omorganiseringen av spesialisthelsetjenesten er det enda viktigere å ha oversikt over omfang og innhold i tjenester som utføres ved disse. I årets SAMDATA presenteres opplysninger om personell ved institusjoner som har driftsavtale med de regionale helseforetakene. Private oppføringsinstitusjoner utenfor RHF-ene er ikke inkludert.

1.2 Datagrunnlag utgifter og finansiering

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

I datagrunnlaget inkluderes den andelen av utgifter ved kommersielle sykehus/klinikker som er offentlig finansiert. Dette beregnes ved å anta at utgifter for den offentlig finansierte delen av virksomheten er lik inntekten som institusjonen mottar fra RHF-ene. Dette gjelder Volvat medisinske senter AS, Spesialistklinikken Drammen private sykehus AS, Omnia sykehuset AS, Axess sykehus og spesialistklinik AS, Medi3 AS, Ringvollklinikken AS og Colosseum legeavdeling AS. De tre sistnevnte institusjonene er i 2003 nye i datagrunnlaget.

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

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

Sykehuset Sørlandet HF består av de Vest-Agder Sykehus HF, Aust-Agder Sykehus HF og Lister Sykehus HF. Institusjonene under HF-et er imidlertid de samme som i 2002. Det

sammen gjelder Sykehuset Innlandet HF som i 2002 bestod av Oppland Sentralsykehus HF, Tynset Sykehus HF, Sentralsjukehuset i Hedmark HF og Kongsvinger Sjukehus HF. Betanien Hospitalet (Bergen) har levert samlet regnskap for somatikk og psykisk helsevern i 2003. Regnskapstallene er fordelt mellom somatikk og psykisk helsevern i tråd med fordeling for 2002.

Nytt i 2003 er at opptreningsinstitusjoner som har avtale med RHF-ene inngår i datagrunnlaget. Hvilke institusjoner som er nye framgår under definisjoner nedenfor, under beskrivelse av annen virksomhet innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste.

I sammenligning med 2002 benyttes deflator for prisvekst i konsumet av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen. Deflatoren er på 5,5 prosent. Dette er samme deflator som benyttes av SSB.

1.3 Definisjoner utgifter og finansiering

Totale driftsutgifter:

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

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

- Funksjon 610, somatiske tjenester - fellesfunksjoner
- Funksjon 615, somatiske tjenester – røntgen/lab
- Funksjon 620, somatiske tjenester - behandling
- Funksjon 630, somatiske tjenester – (re-) habilitering
- Funksjon 670, utadrettede støttefunksjoner
- Funksjon 673, særskilte funksjoner

For psykisk helsevern er utgifter som angitt over ført under følgende KOSTRA funksjoner inkludert ved beregning av totale driftsutgifter:

- Funksjon 640, voksenpsykiatri - fellesfunksjoner
- Funksjon 645, voksenpsykiatri – direkte pasientrettet virksomhet
- Funksjon 650, barne- og ungdomspsykiatri - fellesfunksjoner
- Funksjon 655, barne- og ungdomspsykiatri – direkte pasientrettet virksomhet

Lønnsutgifter:

Lønnsutgifter defineres som sum av alle kostnader ført på underkontoer av kontonr 5 "Lønnskostnad".

Utgifter til varer og tjenester:

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

Andre driftsutgifter:

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

Driftstilskudd til avtalespesialister:

Utgifter vedrørende driftstilskudd til avtalespesialister framkommer på bakgrunn av spesifikasjoner fra helseforetak/institusjoner samt RHF-er. Denne type tilskudd er som regel ført under kontonr 450, 451 eller 458 – "kjøp av helsetjenester".

Driftstilskudd til privat pleie:

Utgifter vedrørende driftstilskudd til privat pleie framkommer på bakgrunn av spesifikasjoner fra helseforetak/institusjoner samt RHF-er. Denne type tilskudd er som regel ført under kontonr 450, 451 eller 458 – "kjøp av helsetjenester".

Driftsutgifter til annen virksomhet innen somatisk spesialisthelsetjeneste:

Driftsutgifter til annen virksomhet inneholder totale driftsutgifter ført under funksjonene 610, 615, 620, 630, 670 og 673 på de regionale helseforetakene, og som ikke er spesifisert som driftstilskudd til private spesialister. I tillegg inngår tilskudd til private lab- og røntgeninstitutter samt RHF-enes kjøp av behandling i utlandet, som ikke omfattes av gjestepasientoppkjøret mellom regionene.

Her vil også driftsutgifter for institusjoner innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste som ikke defineres som sykehus ligge. Dette gjelder f eks somatiske spesialsykehjem, habiliteringsinstitusjoner og opptreningsinstitusjoner. Innenfor denne gruppen finnes følgende nye institusjoner i 2003:

Helse Øst RHF: Sofienberg opptreningsssenter AS, Bakke opptreningsssenter AS, Landaasen opptreningsssenter AS, Paulsrud opptreningsssenter AS, Grande opptreningsssenter AS, Steffensrud opptreningsssenter AS, Hernes institutt, Sølvskottberget rehabiliteringssenter AS, Tonsåsen opptreningsssenter, Ringen rehabiliteringssenter AS, Godthaab opptreningsssenter, Sjømennenes helseheim rehabilitering (Rykkinn), Beito-stølen helsesportsenter AS, Hurdal opptreningsssenter, Opptreningsssenteret Jeløy kurbad.

Helse Vest RHF: Røde Kors Haugland Rehabilitering, Sjømennenes helseheim rehabilitering (Bergen), Ravneberghaugen opptreningsinstitusjon, Hagahaugen opptreningsssenter.

Helse Midt-Norge RHF: Muritunet AS, Meråker sanitetsforenings kurbad, Bjørnang opptreningsssenter AS, Selli rehabilitering og opptreningsssenter AS, Kastvollen Rehabiliteringssenter, Røros rehabiliteringssenter AS.

Helse Nord RHF: Nordtun HelseRehab, Opptreningsssenteret i Salangen, Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad AS, Skibotnsenteret AS, Valnesfjord helsesportsenter, Opptreningsssenteret i Finnmark AS.

Driftsutgifter til annen virksomhet innen psykisk helsevern:

Driftsutgifter til annen virksomhet inneholder totale driftsutgifter ført under funksjonene 640, 645, 650 og 655 på de regionale helseforetakene, og som ikke er spesifisert som driftstilskudd til private spesialister eller tilskudd til privatpleie.

Driftsutgifter somatiske sykehus/egne institusjoner:

Driftsutgifter somatiske sykehus/egne institusjoner er basert på totale driftsutgifter i institusjoner og helseforetak under RHF-ene, samt private institusjoner – med fradrag for driftstilskudd til avtalespesialister.

Totale driftsutgifter somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern:

Sum driftsutgifter egne institusjoner, driftstilskudd til avtalespesialister og driftsutgifter annen virksomhet innen somatisk spesialisthelsetjeneste.

Ved sammenligning med 2002, vil tap ol ført under kontonr 78 bli trukket ut både for 2002 og 2003. Tidligere år har dette ikke blitt trukket ut ved beregning av totale driftsutgifter.

Innsatsstyrt finansiering (ISF):

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

Polikliniske refusjoner:

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

Regionsykehusstilskudd:

Regionsykehusstilskudd er tilskudd til regionsykehusene (og andre sykehus) for å ivareta ansvar for drift og oppbygging av regionsykehusfunksjoner, samt forskning og undervisning. Regionsykehusstilskuddet består av 4 deler; tilskudd til basiskostnader, tilskudd til særskilte funksjoner, tilskudd til undervisning og tilskudd til forskning – som henholdsvis er inntektsført på kontonr 331, 334, 332 og 333 i helseforetakenes kontoplan.

Andre øremerkede driftstilskudd:

For somatisk spesialisthelsetjeneste består dette i hovedsak av nasjonal kreftplan.

For psykisk helsevern består dette i hovedsak av øremerkede midler fra Opptrappingsplanen for psykisk helse, bevilget over kap 743, post 73, 75 og 76 i St.prp. nr 1 (2001-2002).

Øremerkede driftstilskudd er ført under kontonr 335, 336 og 337 i helseforetakenes kontoplan.

Opplysninger om bruk av øremerkede tilskudd er i utgangspunktet gitt fra RHF-ene. Disse opplysningene er sammenholdt med informasjon fra helseforetakene om øremerkede tilskudd, og dette har for eksempel gitt tilleggsinformasjon om mammografi-tilskudd. Vi gjør også oppmerksom på at øremerket tilskudd til kreftregisteret via nasjonal kreftplan inngår i øremerkede tilskudd for Helse Sør RHF.

For de regionene som ikke har gitt opplysninger om øremerkede tilskudd fra RHF-ene, har informasjon fra helseforetakene og institusjonene i regionen blitt benyttet. I så tilfelle har summen av tilskudd ført på kontonr 335, 336 og 337 "andre pasient- og behandlingsrelaterte offentlige tilskudd/refusjoner" blitt benyttet.

Pasientbetaling:

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

Salgsinntekter mv.:

Dette består av kontonr 30 og 31 – "salgsinntekter", kontonr 326 – "utskrivingsklare pasienter", kontonr 329 – "andre pasient- og behandlingsrelaterte inntekter", kontonr 338 – "andre pasient-/behandlingsrelaterte offentlige tilskudd", kontonr 339 – "andre pasient-/behandlingsrelaterte tilskudd", kontonr 34 – "offentlig avgift vedrørende omsetning", kontonr 35 – "andre tilskudd/refusjoner", kontonr 36 – "leieinntekter", kontonr 38 – "gevinst ved avgang av anleggsmidler", kontonr 39 – "andre inntekter". Statens direkte finansiering av Glittrelinikken og Modum Bad vil inngå her.

Driftsutgifter finansiert av RHF – nasjonalt nivå:

Dette vil framkomme som totale driftsutgifter som ikke er finansiert av polikliniske refusjoner, regionsykehustilskudd, andre øremerkede tilskudd, pasientbetaling og salgsinntekter mv. Det vil si at denne størrelsen residualbestemmes som totale driftsutgifter minus de finansieringpostene som er angitt.

Gjestepasientutgifter:

Består av utgifter til kjøp av helsetjenester i andre helseregioner, eller hos private kommersielle og ideelle institusjoner som er godkjent for ISF-refusjoner. Disse utgiftene er ført på kontonr 673 i driftsregnskapene ved de regionale helseforetak samt helseforetak/institusjoner. Opplysninger om gjestepasientoppgjør mellom regioner har i hovedsak blitt basert på opplysninger om sumtall fra RHF-ene. Kjøp av lab- og røntgentjenester fra private institutter og kjøp av behandling i utlandet inngår ikke i begrepet gjestepasientutgifter. Kjøp av helsetjenester til egen virksomhet, for eksempel innleid arbeidskraft, inngår heller ikke i begrepet gjestepasientutgifter.

Gjestepasientinntekter:

Består av inntekter generert av behandlede pasienter bosatt i andre regioner. Inntektene er ført på kontonr 321 ved regionale helseforetak og helseforetak/institusjoner. ISF-refusjoner generert av regionens egne pasienter som har blitt behandlet i andre regioner inngår ikke under begrepet gjestepasientinntekter. Opplysninger om gjestepasientoppgjør mellom regioner har i hovedsak blitt basert på opplysninger om sumtall fra RHF-ene.

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

Netto gjestepasientoppgjør:

Gjestepasientutgifter minus gjestepasientinntekter.

Driftsutgifter finansiert av RHF:

Dette vil framkomme som helseregionens totale driftsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste korrigert for gjestepasientoppgjør, som ikke er finansiert av polikliniske refusjoner, regionsykehustilskudd, andre øremerkede tilskudd, pasientbetaling eller andre salgsinntekter mv. Dvs at denne størrelsen residualbestemmes som totale driftsutgifter psykisk helsevern korrigert for gjestepasientoppgjør minus de finansieringsartene som er angitt overfor. Ved beregning av driftsutgifter finansiert av RHF presentert i nasjonale tabeller korrigeres det ikke for gjestepasientoppgjør.

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

- 1) Kjøp av behandling hos private institusjoner som ikke rapporterer regnskap inngår som regionenes gjestepasientutgifter. Dette vil ikke inngå når totale driftsutgifter nasjonalt summeres over enheter som rapporterer regnskapsdata. F eks gjelder dette kjøp av behandling hos Stokkanklinikken AS og Mjøskirurgene AS.
- 2) Glittreklinikken finansieres i hovedsak direkte av staten. Det vil si at når sum totale driftsutgifter summeres for helseregionene, inngår ikke statens utgifter til Glittreklinikken.
- 3) Modum Bad finansieres direkte av staten. Det vil si at når sum totale driftsutgifter summeres for helseregionene, så inngår ikke statens utgifter til Modum Bad.
- 4) I tillegg kan avviket skyldes mangler og feilføringer av gjestepasientoppgjør som ikke avdekkes i kvalitetskontroll.

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