

SAMDATA

Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2008

Birgitte Kalseth
(red.)

SINTEF Teknologi og samfunn
Helsetjenesteforskning
7465 TRONDHEIM
Telefon: 4000 2590
Telefaks: 932 70 800
Rapport 3/09

ISBN 978-82-14-04802-5
ISSN 0802-4979

SINTEF © Teknologi og samfunn
Helsetjenesteforskning
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Forside: SINTEF Media
Trykk: TAPIR UTTRYKK, Trondheim

2 Utviklingen i somatisk spesialisthelsetjeneste, 2003–2008

Jorid Kalseth

Over 70 prosent av kostnadene i spesialisthelsetjenesten går til somatiske tjenester. Mer enn 60 milliarder kroner ble brukt til somatiske tjenester i 2008 (Kalseth, 2009). Det er stor offentlig oppmerksomhet om utviklingen i sektoren hos beslutningstakere, i media og i befolkningen generelt, både når det gjelder ressurstilgang, ressursutnyttelse og tilgjengelighet til tjenester. Vi skal i dette kapittelet se på utviklingen i den somatiske spesialisthelsetjenesten den siste femårsperioden fra 2003 til 2008, med et spesielt fokus på utviklingen siste år.

Det er staten som eier sykehusene og har det overordnede finansieringsansvaret for spesialisthelsetjenesten. "Sørge-for" ansvaret er imidlertid delegert til de fire regionale helseforetakene. I de årlige Oppdragsdokumentene fra staten til de regionale helseforetakene settes rammene for den statlige styringen av sektoren både gjennom de ressursene som stilles til rådighet, gjennom de mer overordnede helsepolitiske målsettingene og gjennom konkrete tiltak og styringskrav.

De regionale helseforetakene er til dels svært ulike både når det gjelder størrelse, befolkningssammensetning og geografi. Dette gir ulike rammebetingelser både for etterspørsel og produksjon av tjenester. Fordi helseregionene er av svært ulik størrelse vil de også prege den nasjonale utviklingen i ulik grad. Nasjonale utviklingstrekk dekker over forskjeller mellom regionene, og er i stor grad påvirket av Helse Sør-Øst¹ som utgjør over halvparten av befolkningen. Vi har derfor i stor grad et regionalt perspektiv i beskrivelsen av utviklingstrekk. Vi gir imidlertid også en beskrivelse av utviklingen på nasjonalt nivå.

Vi har to hovedsiktemål med kapitlet. Det første er å beskrive utviklingen i aktivitet, ressursbruk og ventetid. En viktig referanse er styringskravene som er gitt i Oppdragsdokumentene. Det andre hovedsiktemålet er å undersøke forskjeller mellom de regionale helseforetakene, både når det gjelder nivå og utvikling i forbruksrater for ulike aldersgrupper og aktivitetstyper.

Første del av kapitlet (kapittel 2.2) gir en deskriptiv analyse av utviklingen basert på utvalgte indikatorer for ressursbruk, aktivitet og tilgjengelighet. Utviklingen i ulike indikatorer ses i sammenheng. Analyse av utvikling i ressursutnyttelse behandles i et eget kapittel i rapporten (kapittel 3). Vi refererer her til resultatene fra analysene når vi diskuterer utvikling i aktivitet og ressursbruk. I analysene av utviklingstrekk på nasjonalt nivå presenteres absolutte tall og endringstall basert på disse. I analysene på helseregionnivå tar vi utgangspunkt i de regionale helseforetakenes "sørge-for"-ansvar. Det vil si at vi, med noen unntak, ser på forskjeller i nivå og utvikling i tilbudet til pasientene det enkelte

¹ Helse Sør og Helse Øst ble slått sammen til ett regionalt helseforetak fra 1. juni 2007. I alle fremstillinger her presenteres de to regionene samlet som Helse Sør-Øst for alle årene i perioden 2003-2008. Forskjeller mellom Helse Sør og Helse Øst i årene 2003-2006 er vist i tidligere SAMDATA-rapporter.

regionale helseforetakene har ansvar å skaffe spesialisthelsetjenester til, uavhengig av hvor pasienten er behandlet. Utgangspunktet for regioninndelingen er altså pasientens bostedsregion og ikke produsentenes (foretakenes) regiontilhørighet.

I andre del av kapitlet (kapittel 2.3) gis en deskriptiv analyse av forbruksforskjeller for innlagte pasienter. Også her er forbruksratene knyttet til bostedsregion.

Kapittel 2.2 og 2.3 er organisert på samme måte. Først gis en beskrivelse av utviklingen på nasjonalt nivå. Deretter følger en analyse av utviklingen for hver av helseregionene. Til sist gis en kort figurbasert oppsummering hvor utviklingen i helseregionene i perioden og siste år sammenstilles.

Indikatorerne på regionnivå er beregnet i forhold til innbyggertallet i regionene. Det gjør for det første at vi kan foreta nivåssammenligninger mellom regionene. For det andre har det vært til dels svært ulik utvikling i folketallet i regionene i perioden. Mens Helse Vest har hatt en vekst i folketallet på 5,9 prosent i perioden 2003-2008, har folketallet i Helse Nord vært tilnærmet uendret (0,1 prosent). Dette betyr at for at tilbudet til befolkningen skal være uendret må aktiviteten ha økt med nesten seks prosent i Helse Vest, mens aktiviteten kan være uendret i Helse Nord. Endringstallene som presenteres her tar altså hensyn til ulik befolkningsvekst i regionene. Vi presenterer også nasjonale tall per innbygger som en referanse for utviklingen i helseregionene.

I kapittel 2.4 gis en nærmere redegjørelse av datagrunnlaget som benyttes i dette kapitlet, mens tallgrunnlaget vises i tabeller i kapittel 2.5.

2.1 Hovedresultater

- Det har i gjennomsnitt vært en årlig aktivitetsvekst i størrelsesorden 2,6-3,0 prosent i perioden 2003-2008. Gjennomsnittlig årlig realvekst i kostnadene var 2,4 prosent. Det har vært en avtakende kostnadsvekst i perioden.
- Det var lavere vekst i aktivitet og kostnader i 2008 enn året før for landet som helhet. Kostnadsveksten siste år var den laveste i perioden. Målt per innbygger var det ikke realvekst i kostnadene.
- Det er betydelige forskjeller i utvikling mellom helseregionene. Helse Midt-Norge hadde høyest aktivitets- og kostnadsvekst både i perioden 2003-2008 og siste år. Helse Sør-Øst og Helse Vest hadde lavest aktivitets- og kostnadsvekst siste år.
- Nedgangen i senger og liggetid i 2008 var den sterkeste i perioden. Det er Helse Sør-Øst og Helse Vest som bidrar mest til dette.
- Det var nedgang i gjennomsnittlig ventetid til døgn- og dagbehandling i perioden i de tre regionale helseforetakene vi har gode data for. Utviklingen spriker for poliklinisk behandling. Det var ikke en entydig utvikling i ventetiden i regionene siste år for de tre omsorgsnivåene.
- Det var høy vekst i DRG-poeng for dagopphold og nedgang for døgnopphold for elektive medisinske pasienter i alle regionene i siste femårsperiode. Dette reflekterer at planlagt behandling for denne gruppen i økende grad skjer som dagbehandling. Det var også høy vekst i DRG-poeng for kirurgiske øyeblikkelig-hjelp opphold.
- Det var nedgang i DRG-poeng per innbygger for elektive medisinske døgnopphold og medisinske øyeblikkelig-hjelp opphold i alle regionene siste år. Den sterke veksten for elektive medisinske dagopphold bremses opp.
- Veksten i DRG-poeng siste år er i hovedsak knyttet til aldersgruppen mellom 16 og 66 år.

2.2 Utvikling i aktivitet, ressursinnsats og tilgjengelighet

I dette delkapitlet beskriver vi utviklingen i aktivitet, ressursinnsats og tilgjengelighet i somatisk spesialisthelsetjeneste i perioden fra 2003 til 2008. Hovedstørrelser vises i figurer og tabeller i teksten, men indikatorer som gir et mer utfyllende bilde av utviklingen diskuteres også. Tallgrunnlaget for samtlige variabler for alle årene i perioden er vist i tabellene i kapittel 2.5 Tallgrunnlag. Utviklingen i perioden samlet og siste år vektlegges i diskusjonen. Som referanse til siste års utvikling vises også gjennomsnittlig årlig vekst i perioden 2003-2007. Årlig vekst for hvert enkelt år er vist i tabellene bakerst i kapitlet (tabell 2.18-2.22).

Utvikling i aktivitet er i figurene og tabellene i dette delkapitlet vist ved DRG-poeng for innlagte pasienter og polikliniske konsultasjoner. På grunn av omlegging av registrering av det meste av dagrehabiliteringsaktiviteten², fra dagopphold til polikliniske konsultasjoner, er dagrehabiliteringsoppholdene holdt utenfor i aktivitetstallene for å få mest mulig sammenlignbare tallstørrelser over tid. Fordi vi ikke har tallgrunnlag gjennom hele perioden vises konsultasjoner hos private avtalespesialister og opphold ved private opptreningsinstitusjoner i tabellene her kun for siste år. I tabellene bak i kapitlet vises tall for årene 2006-2008.

Utvikling i ressursinnsats er i figurene og tabellene som presenteres her representert ved årsverk totalt, legeårsverk, kostnader og effektive senger. Årsverkene som rapporteres omfatter ikke overtid, innleie og kjøp av tjenester. Endring i omfang av disse størrelsene vil påvirke utviklingen i årsverk. Erfaringsmessig kan det også forekomme betydelige endringer i rapporteringen for enkeltforetak. Dette vil også kunne påvirke utviklingstrekkene. Som referanse for utvikling i totale årsverk viser vi også utviklingen i legeårsverk. Tall for de andre personellgruppene er gitt i tabellene i kapittel 2.5.

Kostnadstallene er eksklusive avskrivninger mv. Dette fordi vi ikke har gode tall for hele perioden. Det er også usikkerhet med hensyn til fordeling av avskrivningskostnader mellom sektorer. De regionale helseforetakene har fått finansierings- og sørge-for ansvar for nye oppgaver gjennom perioden³. Kostnadstallene som presenteres er korrigert for nye oppgaver. Kostnadstallene er deflatert, det vil si at kostnadene for alle år er målt i faste 2008-kroner.

Ventetidsutviklingen følges nøye og er en viktig tilgjengelighetsindikator både i styringssammenheng, for henvisende leger, pasienter og offentligheten. En beskrivelse og diskusjon av utviklingen i ventetid hører derfor med når utviklingstrekk for den somatiske spesialisthelsetjenesten presenteres, men det er viktige forbehold knyttet til presentasjon av tall for gjennomsnittlig ventetid. Vi viser her til Helsedirektoratet sin rapport om aktivitetsutvikling og ventetider i somatisk spesialisthelsetjeneste 2002-2007 (Helsedirektoratet, 2008) som diskuterer problemer med tolkning av ventelistedata. Noen av forbeholdene er diskutert i kapittel 2.4. Gjennomsnittlig ventetid totalt og for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp er vist i tabellene 2.24-2.26 i kapittel 2.5. Det er store mangler i ventelistedataene for flere av helseforetakene i Helse Vest. Vi presenterer derfor ikke tall for ventetid for Helse Vest og derfor heller ikke på nasjonalt nivå.

I presentasjonen av utviklingstrekk for helseregionene drøftes også utvikling i pasientstrømmer innad i og mellom regionene i perioden og siste år. Tallgrunnlaget er gitt i tabell 2.23 i kapittel 2.5.

Siden somatisk sektor står for over 70 prosent av kostnadene i spesialisthelsetjenesten vil utviklingen i sektoren ha stor betydning også for utviklingen i de samlede kostnadene for de regionale helseforetakene. Når ressursbruken øker må enten dette skyldes eller følges av økte inntekter eller så bruker de regionale helseforetakene mer ressurser enn det de har. I det siste tilfelle vil det gi regnskapsmessige underskudd. Vi viser derfor også utvikling i

² Se avsnitt 2.4.

³ Se kapittel 2 i SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008 for en beskrivelse av nye oppgaver og kostnadene knyttet til disse.

årsresultat korrigert for eiers styringskrav for de regionale helseforetakene totalt sett. De faktiske årsresultatene viser større underskudd enn årsresultatet korrigert for eiers styringskrav. Dette er knyttet til at for eksempel underskudd som følge av den ekstraordinære høye økningen i pensjonskostnader er holdt utenom i eiers styringskrav. Tallgrunnlaget er hentet fra Årsrapport fra Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten for 2009, som baserer seg på årsrapportene fra de regionale helseforetakene. Tallene er her deflatert for å være sammenlignbare med kostnadstillene.

For helseregionene viser vi også beregnede indekser for relativt behov for tjenester og relativt ressursbehov innen den somatiske spesialisthelsetjenesten. Dette er basert på kriteriene i inntektssystemet for de regionale helseforetakene. Ressursbehovsindeksen er produktet av behovsindeks og kostnadsindeks (jf. NOU 2008: 2). De beregnede indeksene er en viktig referanse i vurdering av regionale forskjeller i aktivitetsnivå og ressursbruk.

I oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene har det i alle årene fra 2003 til 2007 blitt lagt til grunn at aktiviteten skulle videreføres på samme nivå som året før. Det er kun for 2008 at det legges opp til en aktivitetsvekst. Økningen i ressurstilførselen la til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen på 1,5 prosent fra 2007 til 2008.

I Oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene er det de to siste årene gitt som styringskrav at gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede rettighetspasienter innen somatisk sektor ikke skal øke.

I Oppdragsdokumentene har det også i de senere årene blitt stilt krav om at den prosentvise veksten innen somatisk sektor skal være lavere enn innen det psykiske helsevernet og for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

2.2.1 Nasjonalt nivå

Figur 2.1 og tabell 2.1 viser utvikling i aktivitet og ressursinnsats i perioden fra 2003 til 2008. Figuren viser prosentvis endring fra 2003 for hvert år i perioden.

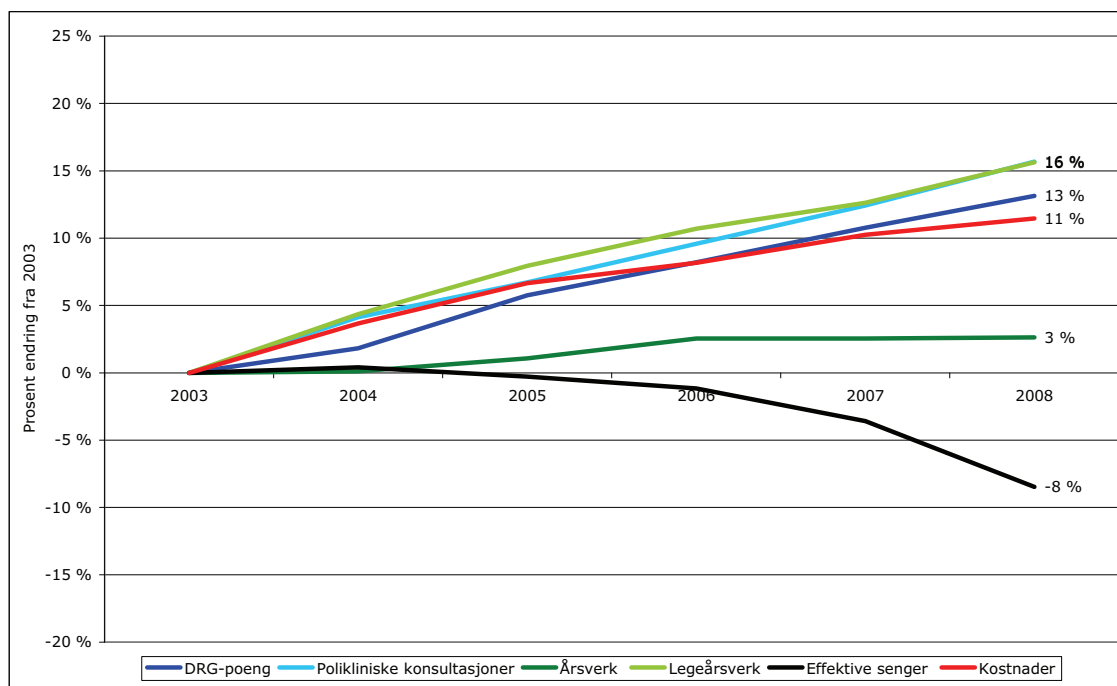
Utviklingen 2003-2008: Avtakende kostnadsvekst i somatisk sektor

Det har vært en betydelig aktivitetsvekst ved somatiske sykehus i perioden. Antall DRG-poeng økte med 13,1 prosent mens antall polikliniske konsultasjoner økte med 15,7 prosent. Det tilsvarer en årlig vekst på 2,6 til tre prosent. Beregninger fra Helsedirektoratet indikerer at økningen i DRG-poeng gjennom perioden overvurderer aktivitetsveksten⁴.

I oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene har det i alle årene fra 2003 til 2007 blitt lagt til grunn et aktiviteten skulle videreføres på samme nivå som året før. Det er kun for 2008 at det legges opp til en aktivitetsvekst. Det har imidlertid i alle årene vært aktivitetsvekst både målt ved DRG-poeng og polikliniske konsultasjoner.

Kostnadene i somatisk spesialisthelsetjeneste var på nesten 63 milliarder kroner i 2008 utenom avskrivninger. Av dette kan i underkant av fire milliarder kroner knyttes til nye oppgaver som er tilført de regionale helseforetakene i perioden. Den beregnede kostnadsveksten er noe svakere enn veksten i DRG-poeng og polikliniske konsultasjoner, 11,4 prosent når vi korrigerer for økte kostnadspriser og nye oppgaver i perioden. Vi har da ikke tatt høyde for at aktivitetsveksten trolig er noe overvurdert på grunn av endringer i kodingspraksis ved sykehusene. Kostnadsveksten har vært avtagende gjennom perioden.

⁴ Se Årsrapport fra Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten for 2009.



Figur 2.1 DRG-poeng, polikliniske konsultasjoner, årsverk totalt, legeårsverk, effektive senger og kostnader. 2003-2008. Kostnader i faste priser. Prosent endring fra 2003. Nasjonale tall

Tabell 2.1 Aktivitet og ressursinnsats 2003 og 2008. Prosent endring 2003-2008, årlig prosent endring 2003-2007 og prosent endring 2007-2008. Nasjonale tall

	2003 ⁴	2008	Pst endring 2003-2008 ⁴	Årlig vekst 2003-2007 ⁴	Pst. endring 2007-08
DRG-poeng ¹	1 017 260	1 152 972	13,1	2,6	2,1
Polikliniske konsultasjoner ¹	3 240 745	3 847 874	15,7	3,0	3,0
Konsultasjoner, priv. avtalespes.		2 093 279			0,0
Sum konsultasjoner, sykehus og private avtalespesialister		5 941 153			1,9
Opphold opptreningsinstitusjoner		33 571			5,1
Årsverk totalt	64 140	65 832	2,6	0,6	0,1
Legeårsverk	7 628	8 820	15,6	3,0	2,7
Effektive senger	12 985	11 885	-8,5	-0,9	-5,1
Kostnader ²	52 878	58 915	11,4	2,4	1,1
Årsresultat ³	-2 392	-700	-70,7	-10,6	-54,2

1) Eksklusive dagrehabilitering.

2) Deflaterte tall eksklusive avskrivninger mv. og nye oppgaver. Tusen kroner.

3) Årsresultat korrigeret for eiers styringskrav for de regionale helseforetakene totalt. Deflatert.

4) Aktivitetstall for 2003 eksklusive Oslo kommunale legevakt (DRG-poeng) og Skadepoliklinikken ved Ullevål universitetssykehus (polikliniske konsultasjoner). Disse leverte ikke data for 2003.

Det er rapportert i overkant av 65 800 årsverk for den somatiske spesialisthelsetjenesten i 2008. Antall årsverk økte med 2,6 prosent i perioden. Det vil si at veksten i rapporterte årsverk er betydelig svakere enn kostnadsveksten. Det kan være flere årsaker til dette. For det første kan personelltallene slik de rapporteres undervurdere noe den reelle årsverksinnsatsen i sektoren i og med at overtid, innleie og kjøp av tjenester ikke fanges opp. For det andre kan kostnadene til andre innsatsfaktorer enn personell ha økt mest. Dette kan for eksempel være knyttet til at det tas i bruk mer kostnadskrevende behandlingsteknologi. En tredje forklaring kan være at årsverkssammensetningen endres. Ser vi på veksten i legeårsverk finner vi at disse økte med 15,6 prosent i perioden. Legeårsverkene utgjør rundt 13 prosent av totale årsverk i 2008. Rapporterte sykepleierårsverk økte med 4,2 prosent. Også målt i antall årsverk var veksten for leger litt større enn for sykepleiere, henholdsvis en økning på 1 192 og 1 029 årsverk. Korrigert for endring i registrering av sykepleierårsverk siste år er økningen i sykepleierårsverk litt høyere enn økningen i legeårsverk⁵. Årsverk for annet pleie- og behandlingspersonell ble redusert med 3,5 prosent i samme tidsrom. Ser vi sykepleierårsverkene og annet pleie- og behandlingspersonell sammen økte disse med 540 årsverk i perioden. En svak nedgang i administrativt- og servicepersonell bidrar også til den svake veksten i årsverk totalt.

Mens det har vært en økning i ressursinnsats målt ved kostnader og årsverk i perioden har sengekapasiteten blitt redusert med 8,5 prosent i perioden målt ved antall effektive senger. Som vist i tidligere SAMDATA rapporter skjer det en dreining i aktivitetssammensetningen ved sykehusene, til større innslag av dagbehandling. Dette vises ved at det er en større vekst i dagopphold enn døgnopphold i perioden. Antall dagopphold økte med over 40 prosent mens antall døgnopphold økte med rundt fem prosent fra 2003 til 2008. Denne omleggingen bidrar til at døgnoppholdene blir mer kostnadskrevende i gjennomsnitt. Dette vises ved at antall DRG-poeng øker mer enn oppholdene for døgnbehandling (om lag 11 prosent vekst i DRG-poeng). Det har vært en økning på over 160 000 dagopphold i perioden. Dagoppholdene har samtidig i gjennomsnitt blitt mindre kostnadskrevende. For dagpasienter var veksten i antall DRG-poeng lavere enn veksten i antall opphold (om lag 26 prosent vekst i DRG-poeng). Omleggingen til dagbehandling vises også gjennom en reduksjon i gjennomsnittlig liggetid på 17,1 prosent fra 2003 til 2008. Reduksjonen i liggetid skyldes ikke alene omlegging til dagbehandling. Gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold gikk ned med 12,5 prosent i perioden. Dette bidrar til reduksjonen i sengetallet ved somatiske sykehus. Det har vært en stadig sterkere reduksjon i antall effektive senger gjennom perioden, som vist i figur 2.1.

Dreining mot mer dagbehandling og reduksjon i liggetid for døgnpasientene bidrar til en mer kostnadseffektiv pasientbehandling ved sykehusene. Beregningene i kapittel 3 viser økt kostnadseffektivitet ved somatiske sykehus i perioden.

Som vist i SAMDATA Nøkkeltall for Spesialisthelsetjenesten 2008 var kostnadsveksten for somatisk sektor lavere enn for det psykiske helsevernet i perioden 2003-2008. Dette er i tråd med styringssignalene i de årlige oppdragsdokumentene fra staten til de regionale helseforetakene.

Utviklingen 2007-2008: Lavere aktivitets- og kostnadsvekst i somatisk sektor og bedret driftsresultat for de regionale helseforetakene

Utviklingen siste år innehar de samme kjennetegnene som utviklingen for hele perioden, men trendene vi har sett de siste årene ble i flere henseende forsterket.

Aktivitetsveksten var sterkere enn veksten i ressursinnsats også siste år. Analysene i kapittel 3 viser også økt kostnadseffektivitet siste år.

Utviklingen siste år var preget av lavere veksttakt enn året før både når det gjelder aktivitet og kostnader. Kostnadsveksten var på 1,1 prosent, som er den laveste realveksten i

⁵ Se Vedlegg SV2 i "Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008" på SAMDATA-prosjektets nettsider www.sintef.no/samdata.

perioden. Antall DRG-poeng økte med 2,1 prosent og antall polikliniske konsultasjoner ved sykehusene økte med tre prosent. Veksten i konsultasjoner ved sykehusene var noe høyere enn året før, men antall konsultasjoner hos private avtalespesialister var imidlertid uendret, slik at den samlede veksten i konsultasjoner var lavere enn året før. Veksten i antall opphold ved de private opptreningsinstitusjonene var også lavere siste år enn året før, 5,1 prosent mot 12,3 prosent året før.

Det var kun en svak økning i antall årsverk totalt siste år, 0,1 prosent. Det var legeårsverkene som hadde størst økning også fra 2007 til 2008, både prosentvis (2,7 prosent) og absolutt (rundt 230 årsverk). Det er rapportert færre sykepleierårsverk for 2008 enn for 2007, en nedgang på rundt 330 årsverk. Dette kan, som nevnt over, i stor grad tilskrives endret registreringspraksis mellom personellkategoriene for noen helseforetak. Endring i registrerings- og rapporteringspraksis gjør at vi må tolke utviklingen i årsverkstallene med varsomhet.

Det var en nedgang i antallet effektive senger på 5,1 prosent fra 2007 til 2008. Dette er den klart sterkeste nedgangen i perioden. Av nedgangen på 1 100 senger fra 2003 til 2008 kan hele 630 knyttes til nedgangen siste år. Også siste år var veksten i opphold og DRG-poeng sterkere for dagbehandling enn for døgnbehandling. I likhet med tidligere år var det en nedgang i gjennomsnittlig liggetid. Nedgangen i gjennomsnittlig liggetid for døgnoppholdene var den største i perioden (3,9 prosent).

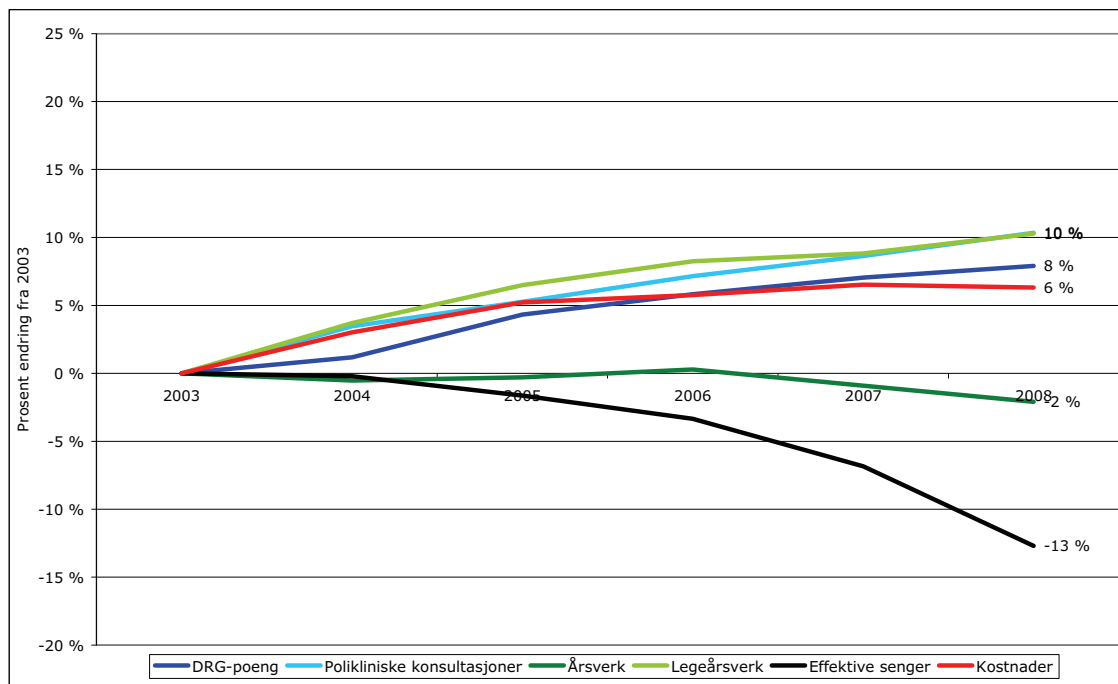
De regionale helseforetakene har hatt betydelige regnskapsmessige underskudd i perioden. Underskuddet ble kraftig redusert fra 2007 til 2008. Underskuddet i 2008 var 700 millioner, korrigert for eiers styringskrav, en nedgang i overkant av 50 prosent når vi måler underskuddene i faste 2008-kroner. I og med at somatisk sektor står for over 70 prosent av kostnadene til de regionale helseforetakene, vil utviklingen i sektoren ha stor betydning også for utviklingen i driftsresultatene. Det er derfor naturlig å se bedringen i driftsresultat i sammenheng med lav kostnadsvekst i den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten. På den annen side ble det gitt en tilleggsbevilgning på 500 millioner kroner sent i 2008 (St.prp. 13 (2008-2009)) for å lette omstillingsutfordringene. Uten tilleggsbevilgningen ville reduksjonen i underskuddet korrigert for eiers styringskrav vært rundt 20 prosent.

Kostnadsveksten i somatisk sektor var lavere enn for det psykiske helsevernet og tverrfaglig spesialisert rusbehandling siste år.

Utvikling korrigert for vekst i befolkningsstørrelsen

Det har vært en vekst i befolkningstallet i landet på 4,8 prosent i perioden fra 2003 til 2008. Siste år var veksten på 1,3 prosent. Nedenfor viser vi utviklingstall for aktivitet og ressursinnsats korrigert for befolkningsvekst. Dette fungerer som referanse for utviklingen i helseregionene.

Målt per innbygger var veksten i perioden i underkant av ti prosent for alle indikatorene for aktivitet og ressursinnsats. Det var en negativ utvikling i årsverksinnsatsen per innbygger. Aktivitetsveksten siste år var beskjeden når vi korrigerer for endring i befolkningstallet. Den var mindre enn en prosent for DRG-poeng og sum konsultasjoner ved sykehus og hos private avtalespesialister. Det var ikke realvekst i kostnadene per innbygger siste år.



Figur 2.2 DRG-poeng, polikliniske konsultasjoner, årsverk totalt, legeårsverk, effektive senger og kostnader. Per innbygger. 2003-2008. Kostnader i faste priser. Prosent endring fra 2003. Nasjonale tall

Tabell 2.2 Aktivitet og ressursinnsats per 1 000 innbyggere 2003 og 2008. Prosent endring 2003-2008, årlig prosent endring 2003-2007 og prosent endring 2007-2008. Nasjonale tall

	2003 ⁴	2008	Pst endring 2003-2008 ⁴	Årlig vekst 2003-2007 ⁴	Pst. endring 2007-08
DRG-poeng ¹	222	240	7,9	1,7	0,8
Polikliniske konsultasjoner ¹	708	802	10,3	2,1	1,7
Konsultasjoner, priv. avtalespes.		436			-1,2
Sum konsultasjoner, sykehus og private avtalespesialister		1 238			0,6
Opphold opptreningsinstitusjoner		7,0			3,8
Årsverk totalt	14,01	13,72	-2,1	-0,2	-1,2
Legeårsverk	1,67	1,84	10,3	2,1	1,3
Effektive senger	2,84	2,48	-12,7	-1,8	-6,3
Kostnader ²	11 552	12 276	6,3	1,6	-0,2
Årsresultat ³	-522	-146	-72,1	-11,3	-54,8

1) Eksklusive dagrehabilitering.

2) Deflaterte tall eksklusive avskrivninger mv. og nye oppgaver. Målt per innbygger.

3) Årsresultat korrigert for eiers styringskrav for de regionale helseforetakene totalt. Deflatert.

4) Aktivitetstall for 2003 eksklusive Oslo kommunale legevakt (DRG-poeng) og Skadepoliklinikken ved Ullevål universitetssykehus (polikliniske konsultasjoner). Disse leverte ikke data for 2003. Disse utgjør 2 146 DRG-poeng og 98 705 konsultasjoner i 2008.

2.2.2 Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst har sørge-for ansvar for over halvparten av landets befolkning. Derfor vil nivå og utvikling i denne regionen i stor grad påvirke landsgjennomsnittet. Regionen hadde økning i befolkningstallet på 5,6 prosent i perioden og 1,5 prosent siste år.

Utviklingen 2003-2008: Høyere aktivitetsvekst enn vekst i ressursinnsats, og lavest kostnadsvekst blant helseregionene

Helse Sør-Øst har i perioden 2003 til 2008 hatt en større vekst i aktivitet per innbygger, målt ved DRG-poeng og polikliniske konsultasjoner enn i kostnader og årsverksinnsats. Aktivitetsveksten var nær veksten for landsgjennomsnittet, mens kostnadsveksten på 4,9 prosent var lavest blant regionene. Analysene i kapittel 3 viser også økt kostnadseffektivitet i perioden. Regionen hadde en lavere vekst i årsverksinnsats totalt og for legeårsverk enn landsgjennomsnitt, differansen var om lag fire prosentpoeng for legeårsverkene. Det er heller ikke store forskjeller i reduksjon i effektive senger og gjennomsnittlig liggetid i perioden for Helse Sør-Øst og landsgjennomsnittet.

Den gjennomsnittlige ventetiden til døgnbehandling, dagbehandling og poliklinisk behandling gikk ned med henholdsvis 15, 35 og ti dager i perioden. Skiller vi mellom pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp finner vi at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp hadde lavere (døgn- og dagbehandling) eller uendret (poliklinisk behandling) ventetid i gjennomsnitt. For pasienter uten rett var ventetiden høyere i 2008 enn i 2003 for døgnbehandling og poliklinisk behandling.

Det har skjedd en endring i bruken av sykehus i løpet av perioden. Dersom vi tar utgangspunkt i opptaksområdene slik de var i 2008, er andelen DRG-poeng i eget helseforetak litt lavere i 2008 enn i 2003, mens andelen i andre foretak har økt. Bruken av private kommersielle sykehus er også redusert. Det har vært endringer i opptaksområdene i regionen i perioden.

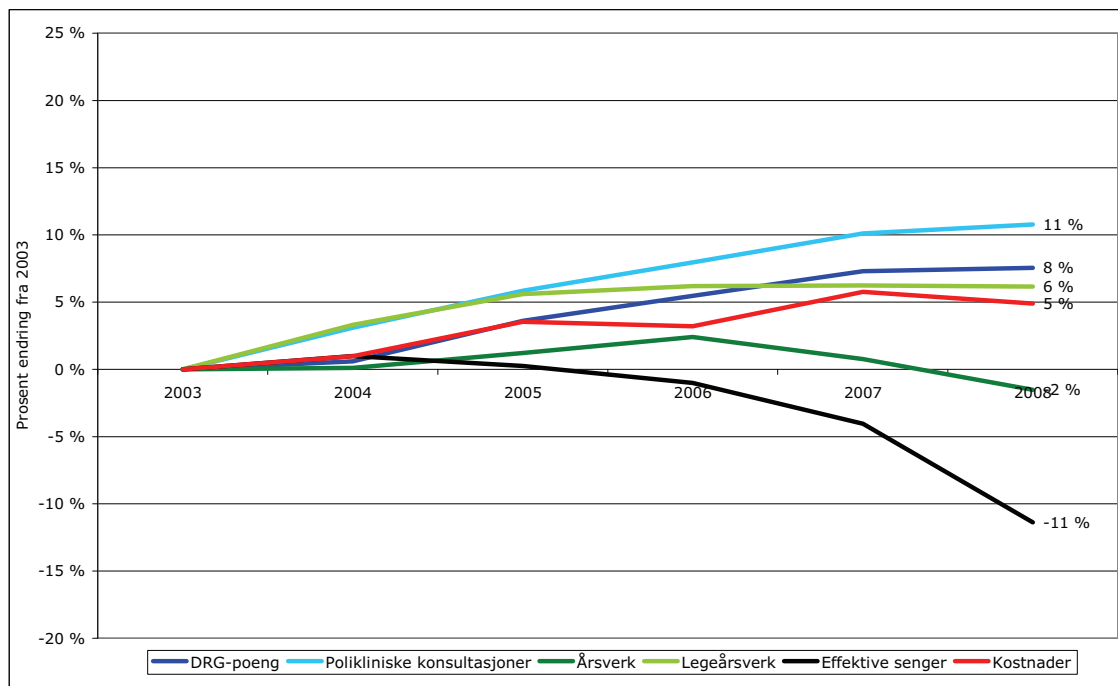
Utviklingen 2007-2008: Lav vekst i aktivitet og kostnader

Helse Sør-Øst er blant regionene med lavest aktivitetsvekst siste år. Det er kun for opphold ved opptreningsinstitusjoner at aktivitetsveksten var høyere enn for landsgjennomsnittet. Realveksten i kostnader per innbygger var negativ, og lavest av helseregionene. Analysene i kapittel 3 viser økt kostnadseffektivitet siste år. Det rapporteres også en nedgang i personellinnsatsen per innbygger. Nivået på legeårsverkene per innbygger har vært stabil siden 2005. Det rapporteres om en betydelig nedgang i sykepleierårsverkene, men dette er også knyttet til endring i rapporteringspraksis ved tre av helseforetakene.

Nedgangen i antall effektive senger per innbygger var spesielt sterk siste år sammenlignet med tidligere år. Opphold og DRG-poeng for døgnopphold per innbygger gikk ned siste år. Den prosentvise reduksjonen i gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold var også større siste år enn de tidligere årene i perioden.

Den gjennomsnittlige ventetiden for døgnbehandling var uendret fra 2007 til 2008, ventetiden til poliklinisk behandling gikk ned med en dag, mens ventetiden for dagbehandling økte med fem dager. For døgnbehandling økte ventetiden for pasienter uten rett, for dagbehandling økte ventetiden for både de med og uten rett. Økningen var spesielt stor for de uten rett. For poliklinisk behandling var det for pasienter uten rett at den gjennomsnittlige ventetiden gikk ned.

Det var forholdsvis små endringer relativt sett i bruken av eget helseforetak versus andre helseforetak og sykehus innenfor og utenfor regionen siste år. Det var en liten nedgang i DRG-poeng ved private ideelle sykehus.



Figur 2.3 DRG-poeng, polikliniske konsultasjoner, årsverk totalt, legeårsverk, effektive senger og kostnader. Per innbygger. 2003-2008. Kostnader i faste priser. Prosent endring fra 2003. Helse Sør-Øst

Tabell 2.3 Aktivitet og ressursinnsats per 1 000 innbyggere 2003 og 2008. Prosent endring 2003-2008, årlig prosent endring 2003-2007 og prosent endring 2007-2008. Helse Sør-Øst

	2003 ⁴	Relativt til gjennom-snitt	2008	Relativt til gjennom-snitt	Relativt til gj.snitt; sammenlignbart 2003	Pst. endring 2003-2008 ⁴	Årlig pst. vekst 2003-2007 ⁴	Pst. endring 2007-08
DRG-poeng ¹	224	1,01	242	1,01	1,01	7,5	1,8	0,2
Polikliniske konsultasjoner ¹	675	0,96	784	0,98	0,96	10,8	2,4	0,7
Konsultasj. priv. avtalespes.			510	1,17				-4,3
Sum konsultasjoner			1 294	1,05				-1,3
Opphold opptreningsinst.			6,9	0,98				4,6
Årsverk totalt	13,58	1,00	13,37	0,99		-1,5	0,2	-2,3
Legeårsverk	1,68	1,02	1,78	0,98		6,2	1,5	-0,1
Effektive senger	2,74	0,98	2,43	0,99		-11,4	-1,0	-7,6
Kostnader ²	11 680	1,01	12 252	1,00		4,9	1,4	-0,8
Årsresultat ³	-348	0,33	-159	0,59		-54,3	5,8	-63,5
Behov-forbruk (Kriterier NOU 2008:2)				1,00				
Ressursbehov (Kriterier NOU 2008:2)				0,99				

1) Eksklusive dagrehabilitering.

2) Deflaterte tall eksklusive avskrivninger mv. og nye oppgaver. Målt per innbygger.

3) Årsresultat korrigert for eiers styringskrav for det regionale helseforetaket totalt. Deflatert.

4) Aktivitetstall for 2003 eksklusive Oslo kommunale legevakt (DRG-poeng) og Skadepoliklinikken ved Ullevål universitetssykehus (polikliniske konsultasjoner). Disse leverte ikke data for 2003. Disse utgjør 0,8 DRG-poeng og 35,7 konsultasjoner per 1 000 innbyggere i 2008.

Helse Sør-Øst hadde et stort underskudd korrigert for eiers styringskrav i 2007, 435 kroner per innbygger målt i 2008-kroner. Underskuddet ble kraftig redusert i 2008 til rundt 160 kroner per innbygger. Tilleggsbevilgningen som ble gitt på slutten av året i 2008 bidro i vesentlig grad til reduksjon i underskuddet. Rundt 40 prosent av reduksjonen i underskuddet kan knyttes til tilleggsbevilgningen. En betydelig brems på aktivitets- og kostnadsvekst i somatisk sektor bidro imidlertid også til dette resultatet. Helse Sør-Øst var den eneste regionen som hadde sterkere kostnadsvekst i både det psykiske helsevernet og rus-behandlingen enn i somatisk sektor siste år.

Nivå 2008: Aktivitets- og kostnadsnivå nær gjennomsnittet

At Helse Sør-Øst omfatter mer enn halvparten av landets befolkning gjenspeiles i at de fleste indikatorene for aktivitet og ressursinnsats per innbygger ligger nær landsgjennomsnittet. Dette er også i tråd med forventet behov når det gjelder forbruksnivå og kostnader basert på kriteriene i NOU 2008: 2. Helse Sør-Øst har en høy rate for konsultasjoner hos private avtalespesialister. Dette bidrar til at den samlede raten for konsultasjoner ved sykehus og hos private avtalespesialister ligger fem prosent over landsgjennomsnittet. For de andre indikatorene for aktivitet og ressursinnsats er avviket fra landsgjennomsnittet to prosent eller mindre.

2.2.3 Helse Vest

Helse Vest har sørge-for ansvar for i overkant av 20 prosent av landets befolkning. Regionen hadde økning i befolkningstallet på 5,9 prosent i perioden og 1,5 prosent siste år.

Utviklingen 2003-2008: Lik vekst i DRG-poeng og kostnader

Både DRG-poeng og kostnadene per innbygger økte med rundt seks prosent i Helse Vest i perioden. Veksten i DRG-poeng var lavere og veksten i polikliniske konsultasjoner høyere enn for landsgjennomsnittet. Kostnadsveksten var om lag som for landsgjennomsnittet. Analysene i kapittel 3 viser økt kostnadseffektivitet i perioden. Veksten i legeårsverk per innbygger har vært betydelig, nesten 20 prosent. I samme periode rapporteres det om tilnærmet uendret nivå på sykepleierårsverk.

Veksten i opphold og DRG-poeng per innbygger for dagbehandling var svakere enn for landet som helhet. Veksten i antall døgnopphold var noe høyere enn for landet som helhet, men veksten i DRG-poengene for døgnbehandling var noe svakere. Gjennomsnittlig liggetid for døgnoppholdene gikk prosentvis noe mer ned for befolkningen i Helse Vest enn for landsgjennomsnittet. Det samme gjelder nedgangen i effektive senger per innbygger.

Vi mangler gode tall for ventetidsutviklingen for befolkningen i Helse Vest.

Pasientstrømmene er endret i perioden. Veksten i DRG-poeng ved eget helseforetak har vært lavere enn veksten ved andre helseforetak i regionen og ved private kommersielle sykehus. Bruken av sykehus i andre regioner ble redusert i perioden.

Utviklingen 2007-2008: Fortsatt lav vekst

I likhet med Helse Sør-Øst hadde også Helse Vest en relativt sett svak vekst i aktivitet og kostnader fra 2007 til 2008. Analysene i kapittel 3 viser økt kostnadseffektivitet siste år. Det har vært en utflating i aktivitets- og kostnadsnivå de siste to årene. Vi finner størst vekst i konsultasjoner for avtalespesialister siste år. Vi ser også en betydelig vekst i legeårsverkene per innbygger siste året, høyest i landet med 5,7 prosent. Helse Vest har også høyest vekst i rapporterte sykepleierårsverk per innbygger (1,2 prosent).

Det var en nedgang i DRG-poeng for dagopphold siste år. I likhet med Sør-Øst var det en betydelig prosentvis nedgang i gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold for befolkningen i Helse Vest (-5 prosent). Antall effektive senger per innbygger gikk ned med seks prosent.

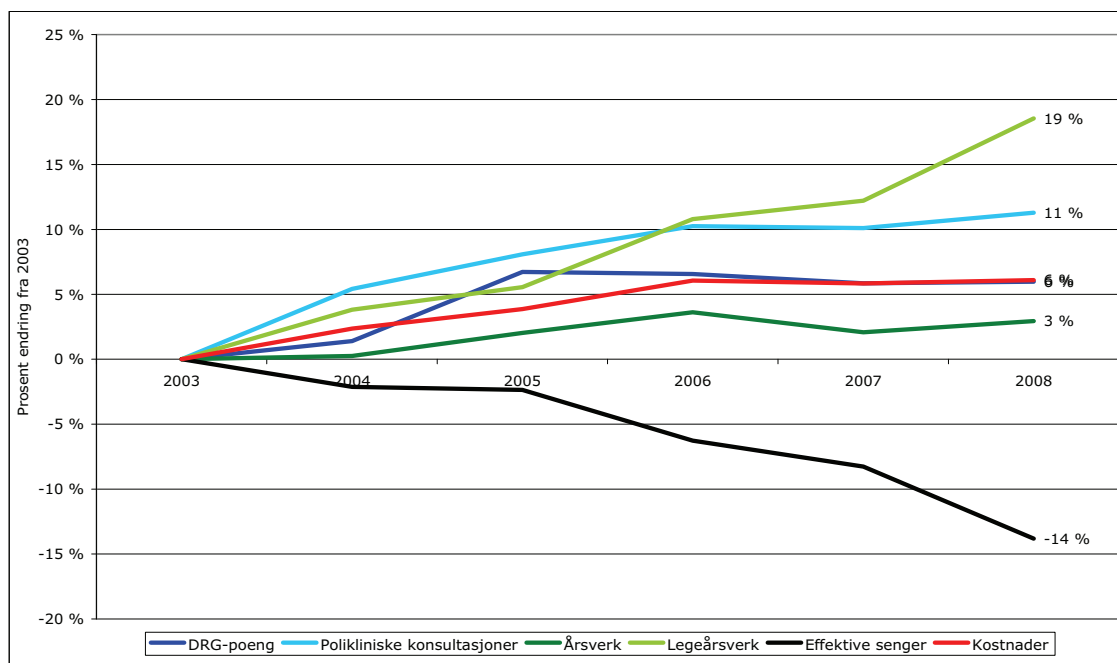
Det har vært en redusert bruk, også absolutt sett, av eget helseforetak målt ved DRG-poeng per innbygger siste år⁶. Økningen finner vi både ved andre helseforetak i regionen, helseforetak i andre regioner og ved private kommersielle sykehus. DRG-poeng ved private ideelle sykehus gikk ned.

Helse Vest hadde en betydelig nedgang i det regnskapsmessige underskuddet fra 2007 til 2008, men målt i forhold til eiers styringskrav økte underskuddet. Underskuddet korrigeret for eiers styringskrav ville vært nesten 70 prosent større dersom det ikke ble gitt tilleggsbevilgning i 2008. Kostnadsveksten i somatisk sektor var lik kostnadsveksten i det psykiske helsevernet, men lavere enn innen rusbehandling.

Nivå 2008: Relativt sett lavt nivå i aktivitet og kostnader per innbygger

Helse Vest ligger under landsgjennomsnittet for alle indikatorene for aktivitet og ressursinnsats. Nivået for aktivitet og kostnader er også litt lavere enn forventet nivå ut fra behovskriteriene i inntektssystemet for de regionale helseforetakene, som er lavest av regionene. Nivået for årsverk og senger er høyere enn kostnadsnivået. Regionen skiller seg ut med et lavt nivå på opphold ved opptreningsinstitusjoner.

⁶ Noe av nedgangen kan skyldes at Rehabiliteringstjenesten i Rogaland i 2008 rapporterer pasientdata som avdeling under Stavanger Universitets sjukehus.



Figur 2.4 DRG-poeng, polikliniske konsultasjoner, årsverk totalt, legeårsverk, effektive senger og kostnader. Per innbygger. 2003-2008. Kostnader i faste priser. Prosent endring fra 2003. Helse Vest

Tabell 2.4 Aktivitet og ressursinnsats per 1 000 innbyggere 2003 og 2008. Prosent endring 2003-2008, årlig prosent endring 2003-2007 og prosent endring 2007-2008. Helse Vest

	2003 ⁴	Relativt til gjennom-snitt	2008	Relativt til gjennom-snitt	Relativt til gj.snitt; sammenlignbart 2003	Pst. endring 2003-2008 ⁴	Årlig pst. vekst 2003-2007 ⁴	Pst. endring 2007-08
DRG-poeng ¹	208	0,94	221	0,92	0,92	6,0	1,4	0,1
Polikliniske konsultasjoner ¹	647	0,92	720	0,90	0,92	11,3	2,4	1,1
Konsultasj. priv. avtalespes.			388	0,89				5,4
Sum konsultasjoner			1 109	0,90				2,6
Opphold opptreningsinst.			5,1	0,73				1,6
Årsverk totalt	12,64	0,93	13,01	0,96		2,9	0,5	0,8
Legeårsverk	1,48	0,91	1,76	0,97		18,6	2,9	5,7
Effektive senger	2,66	0,95	2,29	0,94		-13,8	-2,1	-6,0
Kostnader ²	10 344	0,89	10 975	0,89		6,1	1,4	0,3
Årsresultat ³	-675	0,64	-141	0,52		-79,0	-38,5	46,3
Behov-forbruk (Kriterier NOU 2008:2)				0,93				
Ressursbehov (Kriterier NOU 2008:2)				0,92				

1) Eksklusive dagrehabilitering.

2) Deflaterte tall eksklusive avskrivninger mv. og nye oppgaver. Målt per innbygger.

3) Årsresultat korrigert for eiers styringskrav for det regionale helseforetaket totalt. Deflatert.

4) Aktivitetstall for 2003 eksklusive Oslo kommunale legevakt (DRG-poeng) og Skadepoliklinikken ved Ullevål universitetssykehus (polikliniske konsultasjoner). Disse leverte ikke data for 2003. Disse utgjør 0,0 DRG-poeng og 0,8 konsultasjoner per 1 000 innbyggere i 2008.

2.2.4 Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge har sørge-for ansvar for rundt 14 prosent av landets befolkning. Regionen hadde økning i befolkningstallet på 3,6 prosent i perioden og en prosent siste år.

Utviklingen 2003-2008: Høyest aktivitets- og kostnadsvekst av regionene

Helse Midt-Norge hadde en økning i DRG-poeng per innbygger på 12,3 prosent og en realvekst i kostnadsnivået på ti prosent fra 2003 til 2008. Dette er den høyeste veksten i perioden blant de regionale helseforetakene. Regionen hadde imidlertid lavest vekst i raten for polikliniske konsultasjoner. Legeårsverkene hadde samme vekst som veksten i DRG-poeng.

Regionen hadde størst nedgang i antall effektive senger per innbygger i perioden, med en nedgang på 16,3 prosent. Regionen hadde en særskilt høy vekst i dagbehandling, rundt 40 prosent. Dette bidrar til at regionen hadde størst nedgang i gjennomsnittlig liggetid for oppholdene samlet sett.

Analysene i kapittel 3 gir ikke et entydig bilde av utviklingen i kostnadseffektivitet i regionen i perioden. Samlet sett indikerer resultatene at regionen hadde minst forbedring av de regionale helseforetakene fra 2003 til 2008.

Regionen hadde en betydelig nedgang i den gjennomsnittlige ventetiden for døgn- og dagbehandling i perioden, henholdsvis 41 og 35 dager. Ventetiden for poliklinisk behandling økte imidlertid med åtte dager i gjennomsnitt i samme tidsrom. For døgnbehandling var nedgangen størst for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp, mens for dagbehandling var nedgangen knyttet til pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Ventetiden for poliklinisk behandling økte relativt like mye for begge grupper⁷.

I Helse Midt-Norge har bruken av eget helseforetak, målt ved DRG-poeng, økt i perioden på bekostning av bruken av andre helseforetak i regionen.

Utviklingen 2007-2008: Relativt sett høy aktivitets- og kostnadsvekst

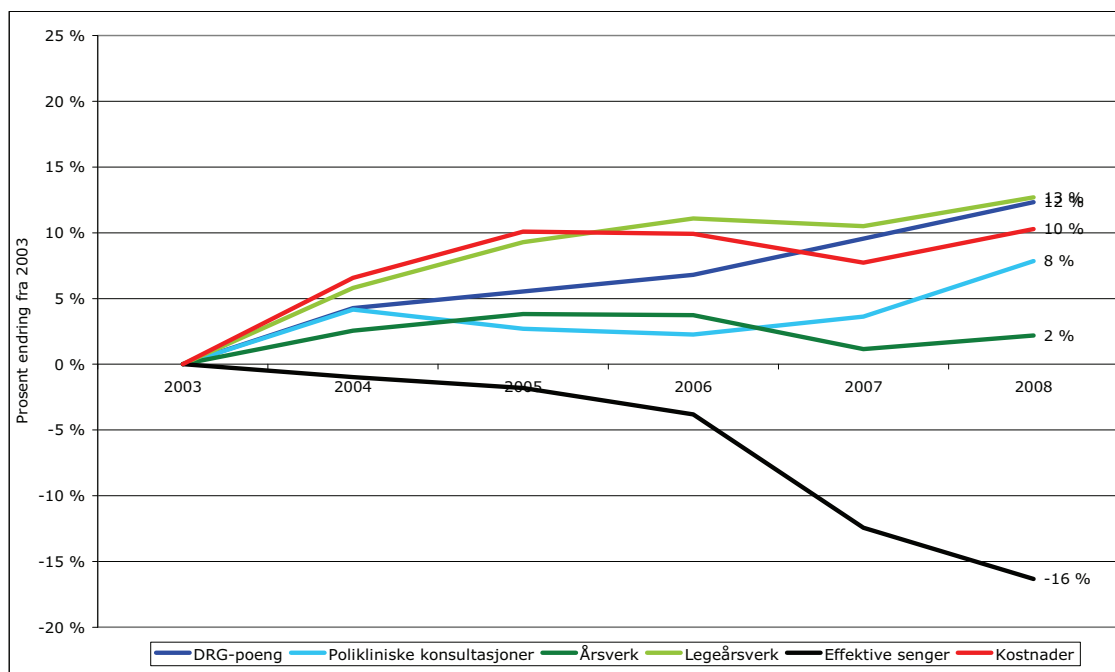
Realveksten i kostnader per innbygger var på 2,7 prosent i Helse Midt-Norge siste år. Dette er den klart høyeste kostnadsveksten. Regionen hadde også en relativt sett høy aktivitetsvekst, 2,5 prosent for DRG-poeng og rundt fire prosent for polikliniske konsultasjoner. Regionen hadde også størst økning i rapporterte årsverk. Analysene i kapittel 3 viser en økning i beregnet kostnadseffektivitet siste år.

Regionen hadde en kraftig nedgang i gjennomsnittlig liggetid og effektive senger fra 2006 til 2007. Nedgangen fortsatte, men ikke i samme grad siste år. Regionen hadde også høyere vekst i dagbehandling enn døgnbehandling siste år, men veksten i dagbehandling var betydelig lavere enn året før.

Regionen hadde en betydelig nedgang i ventetiden for døgn- og dagbehandling fra 2007 til 2008, i gjennomsnitt i overkant av 20 prosent. Ventetiden til poliklinisk behandling fortsatte imidlertid å øke. Mens det var en betydelig nedgang både for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp for døgnpasienter, er det rettighetspasientene som fikk redusert ventetiden mest for dagbehandling. Ventetiden for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp gikk opp. For polikliniske pasient var økningen i ventetid størst for de uten rett.

Veksten i DRG-poeng siste år var relativt sett sterkere ved andre helseforetak i regionen og ved private kommersielle sykehus enn ved eget helseforetak. DRG-poeng ved sykehus i andre regioner gikk ned.

⁷ Helse Midt-Norge har imidlertid en avvikende høy andel som i ventelistedataene er registrert med rett til nødvendig helsehjelp for alle omsorgsnivå.



Figur 2.5 DRG-poeng, polikliniske konsultasjoner, årsverk totalt, legeårsverk, effektive senger og kostnader. Per innbygger. 2003-2008. Kostnader i faste priser. Prosent endring fra 2003. Helse Midt-Norge

Tabell 2.5 Aktivitet og ressursinnsats per 1 000 innbyggere 2003 og 2008. Prosent endring 2003-2008, årlig prosent endring 2003-2007 og prosent endring 2007-2008. Helse Midt-Norge

	2003 ⁴	Relativt til gjennomsnitt	2008	Relativt til gjennomsnitt	Relativt til gj.snitt; sammenlignbart 2003	Pst. endring 2003-2008 ⁴	Årlig pst. vekst 2003-2007 ⁴	Pst. endring 2007-08
DRG-poeng ¹	221	1,00	248	1,04	1,04	12,3	2,3	2,5
Polikliniske konsultasjoner ¹	808	1,14	873	1,09	1,12	7,9	0,9	4,1
Konsultasj. priv. avtalespes.			357	0,82				3,5
Sum konsultasjoner			1 230	1,00				4,0
Opphold opptreningsinst.			8,5	1,22				2,3
Årsverk totalt	13,57	0,99	13,87	1,02		2,2	0,3	1,0
Legeårsverk	1,59	0,97	1,80	0,99		12,7	2,5	2,0
Effektive senger	2,92	1,04	2,44	1,00		-16,3	-3,3	-4,4
Kostnader ²	11 811	1,02	12 987	1,06	1,06	10,0	1,7	2,7
Årsresultat ³	-869	0,82	129	-0,48		-114,9	-63,2	-907,2
Behov-forbruk (Kriterier NOU 2008:2)				1,02				
Ressursbehov (Kriterier NOU 2008:2)				1,04				

1) Eksklusive dagrehabilitering.

2) Deflaterte tall eksklusive avskrivninger mv. og nye oppgaver. Målt per innbygger.

3) Årsresultat korrigeret for eiers styringskrav for det regionale helseforetaket totalt. Deflatert.

4) Aktivitetstall for 2003 eksklusive Oslo kommunale legevakt (DRG-poeng) og Skadepoliklinikken ved Ullevål universitetssykehus (polikliniske konsultasjoner). Disse leverte ikke data for 2003. Disse utgjør 0,0 DRG-poeng og 1,2 konsultasjoner per 1 000 innbyggere i 2008.

I likhet med året før ble underskuddet i det regionale helseforetaket redusert i 2008. Og som den eneste regionen gikk Helse Midt-Norge i regnskapsmessig balanse i 2008. Korrigert for eiers styringskrav hadde regionene et overskudd på 86 millioner kroner. Over 80 prosent av overskuddet kan knyttes til tilleggsbevilgningen som ble gitt på slutten av 2008. Kostnadsveksten i somatisk sektor var høyere enn innen det psykiske helsevernet fra 2007 til 2008.

Nivå 2008: Aktivitets- og kostnadsnivå litt i overkant av det som predikeres ved behovskriterier for somatisk sektor

Nivået på DRG-poeng og kostnader per innbygger lå i 2008 over landsgjennomsnittet og også litt i overkant av det som predikeres av behovskriteriene i inntektssystemet til de regionale helseforetakene. Legeårsverkene lå imidlertid relativt sett noe lavere. Regionen har relativt sett høyt nivå på polikliniske konsultasjoner ved sykehus og lavt nivå på konsultasjoner for private avtale spesialister sammenlignet med landsgjennomsnittet. Men i sum lå regionen på landsgjennomsnittet i 2008. Regionen har høyere rate for opphold ved opptreningsinstitusjoner enn Helse Sør-Øst og Helse Vest.

2.2.5 Helse Nord

Helse Nord har sørge-for ansvar for rundt ti prosent av landets befolkning. Regionen hadde økning i befolkningstallet på 0,1 prosent i perioden og 0,3 prosent siste år.

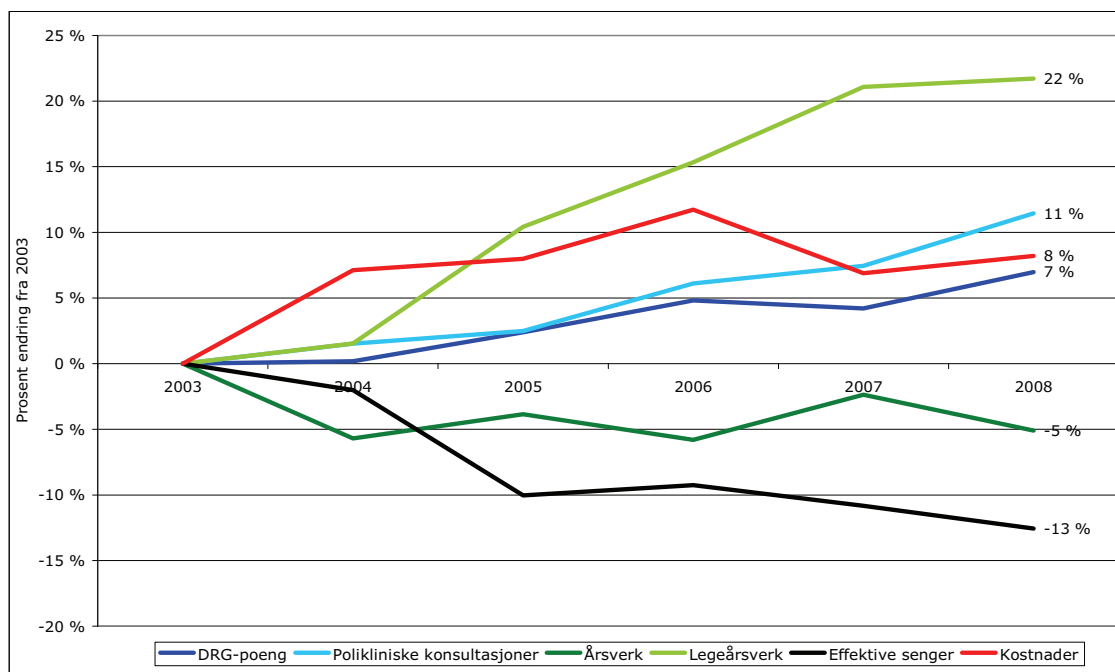
Utviklingen 2003-2008: Nest høyest kostnadsvekst per innbygger i perioden

Aktivitetsveksten i siste femårsperiode skiller seg ikke i vesentlig grad fra landsgjennomsnittet. Regionen hadde en realvekst i kostnadene per innbygger på 8,2 prosent. Dette er nest høyest vekst i perioden etter Helse Midt-Norge. Analysene i kapittel 3 viser en svak økning i kostnadseffektiviteten i perioden også for Helse Nord. Kostnadsutviklingen mellom 2003 og 2007 er preget av omleggingen av ordningen med differensiert arbeidsgiveravgift i henholdsvis 2004 (økt sats) og 2007 (redusert sats). Det er rapportert en betydelig reduksjon i årsverksinnsatsen i perioden. Det framgår imidlertid av figur 2.6 at nivået på årsverksinnsatsen skifter på å gå ned og øke annet hvert år. Det er i første rekke utviklingen for administrativt- og servicepersonell som forårsaker denne utviklingen. Dette kan tyde på varierende praksis i rapporteringen gjennom perioden. Tallene viser en sterk vekst i legeårsverk, på hele 22 prosent. Veksten i sykepleierårsverk er mye lavere, 2,2 prosent. Antall rapporterte legeårsverk økte nesten tre ganger mer enn antall rapporterte sykepleierårsverk.

I likhet med i de andre regionene har det også i Helse Nord skjedd en dreining mot dagbehandling i perioden, men regionen hadde minst reduksjon i gjennomsnittlig liggetid både totalt og for døgnoppholdene av regionene. Regionen hadde en reduksjon i raten for effektive senger som for landsgjennomsnittet.

Regionen hadde en betydelig nedgang i den gjennomsnittlige ventetiden for døgn- og dagbehandling i perioden, henholdsvis 14 og 41 dager. Ventetiden for poliklinisk behandling var i gjennomsnitt uendret i samme tidsrom. For døgnbehandling var det nedgang for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og økning for pasienter uten rett. Også for dagbehandling var nedgangen i første rekke knyttet til pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Økningen i ventetiden for poliklinisk behandling var også størst for de uten rett.

Også i Helse Nord har det skjedd en endring i forbruksmønsteret målt ved DRG-poeng i perioden. Veksten ved eget helseforetak var lavere enn ved andre helseforetak i og utenfor regionen og ved private sykehus.



Figur 2.6 DRG-poeng, polikliniske konsultasjoner, årsverk totalt, legeårsverk, effektive senger og kostnader. Per innbygger. 2003-2008. Kostnader i faste priser. Prosent endring fra 2003. Helse Nord

Tabell 2.6 Aktivitet og ressursinnsats per 1 000 innbyggere 2003 og 2008. Prosent endring 2003-2008, årlig prosent endring 2003-2007 og prosent endring 2007-2008. Helse Nord

	2003 ⁴	Relativt til gjennomsnitt	2008	Relativt til gjennomsnitt	Relativt til gj.snitt; sammenlignbart 2003	Pst. endring 2003-2008 ⁴	Årlig pst. vekst 2003-2007 ⁴	Pst. endring 2007-08
DRG-poeng ¹	235	1,06	252	1,05	1,05	7,0	1,0	2,6
Polikliniske konsultasjoner ¹	858	1,21	957	1,20	1,23	11,4	1,8	3,8
Konsultasj, priv. avtalespes.			224	0,51				5,6
Sum konsultasjoner			1 181	0,96				4,1
Opphold opptreningsinst.			9,6	1,37				5,5
Årsverk totalt	16,13	1,18	15,30	1,13		-5,1	-0,6	-2,8
Legeårsverk	1,81	1,10	2,20	1,21		21,7	4,9	0,5
Effektive senger	3,24	1,16	2,84	1,16		-12,6	-2,8	-1,9
Kostnader ²	13 329	1,15	14 423	1,17		8,2	1,7	1,2
Årsresultat ³	-686	0,65	-477	1,76		-30,5	-3,3	-20,6
Behov-forbruk (Kriterier NOU 2008:2)				1,09				
Ressursbehov (Kriterier NOU 2008:2)				1,19				

1) Eksklusive dagrehabilitering.

2) Deflaterte tall eksklusive avskrivninger mv og nye oppgaver. Målt per innbygger.

3) Årsresultat korrigert for eiers styringskrav for det regionale helseforetaket totalt. Deflatert.

4) Aktivitetstall for 2003 eksklusive Oslo kommunale legevakt (DRG-poeng) og Skadepoliklinikken ved Ullevål universitetssykehus (polikliniske konsultasjoner). Disse leverte ikke data for 2003. Disse utgjør 0,0 DRG-poeng og 1,2 konsultasjoner per 1 000 innbyggere i 2008.

Utviklingen 2007-2008: Relativt sett høy vekst

Helse Nord hadde sammen med Helse Midt-Norge den høyeste aktivitetsveksten målt per innbygger siste år. Realveksten i kostnadene per innbygger var på 1,2 prosent, det vil si litt lavere enn for Helse Midt-Norge. Analysene i kapittel 3 viser en økning i beregnet kostnadseffektivitet siste år. Regionen rapporterer størst nedgang i antall årsverk, men som nevnt over har utviklingen i rapporterte årsverk variert mye fra år til år. Vi ser også et brudd i veksten i legeårsverkene siste år.

Regionen hadde en lavere nedgang i effektive senger per innbygger siste år enn de andre regionene. Regionen hadde også lavest nedgang i gjennomsnittlig liggetid både totalt og for døgnbehandling. Regionen hadde imidlertid størst økning i dagbehandling siste året.

På tross av relativt sett høy aktivitetsvekst finner vi økning i gjennomsnittlig ventetid til behandling for alle tre omsorgsnivå siste år. For døgn- og poliklinisk behandling finner vi økning for både pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp. For dagbehandling var det en økning for de med rett og en reduksjon for de uten rett.

Økningen i DRG-poeng siste år finner vi igjen ved økt bruk av sykehus både innenfor regionen og utenfor. DRG-poeng ved private ideelle sykehus gikk imidlertid ned. Den prosentvise veksten var størst ved private kommersielle sykehus.

Også Helse Nord hadde en reduksjon i underskuddet for det regionale helseforetaket siste år. Uten tilleggsbevilgningen som ble gitt for å lette omstillingsutfordringene i de regionale helseforetakene ville regionen hatt en økning i underskudd korrigert for eiers styringskrav. Regionen hadde det klart største underskuddet per innbygger i 2008, 1,8 ganger landsgjennomsnittet korrigert for eiers styringskrav og mer enn to ganger større enn landsgjennomsnittet i faktisk regnskapsmessig underskudd. Regnskapstallene viser en sterkere vekst i somatisk sektor enn for det psykiske helsevernet i Helse Nord siste år.

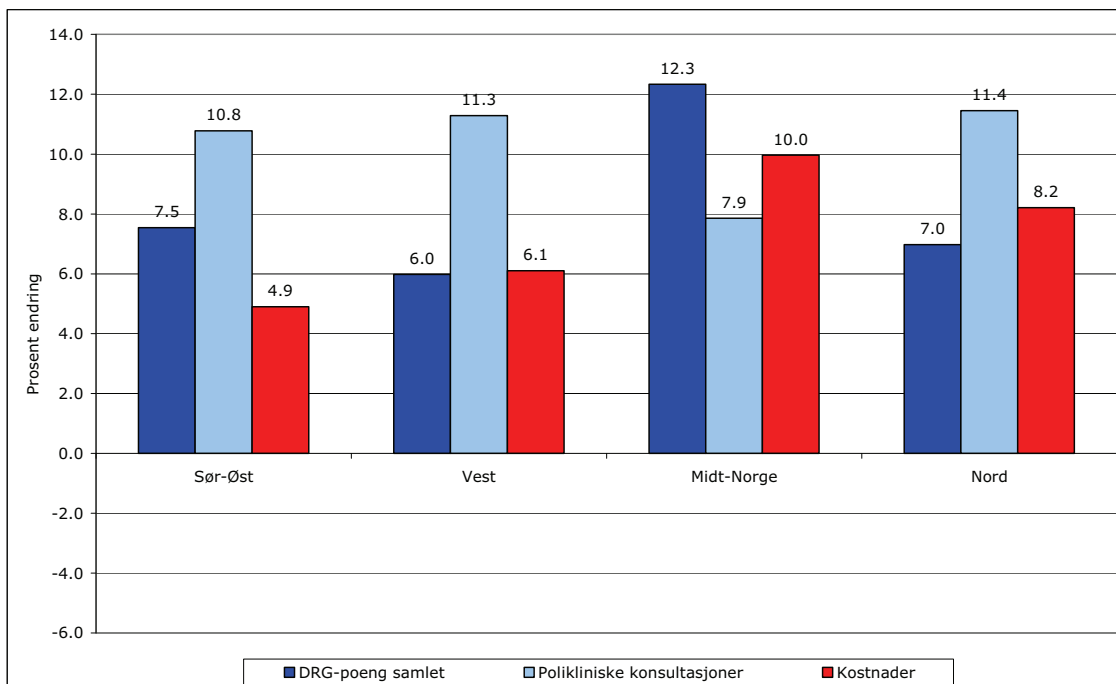
Nivå 2008: Høyest nivå i aktivitet og ressursinnsats per innbygger, men litt lavere enn det som predikeres ved behovskriterier for somatisk sektor

Helse Nord har det høyeste nivået på aktivitet og ressursinnsats per innbygger. Nivået er likevel litt lavere enn det som predikeres av behovskriteriene i inntektssystemet for de regionale helseforetakene. Den kraftige veksten i legeårsverkene har bidratt til at nivået ligger mer enn 20 prosent over gjennomsnittet i 2008. I 2003 lå nivået på legeårsverk per innbygger ti prosent over gjennomsnittet. For årsverk totalt ser vi motsatt utvikling. Regionen har den klart høyeste raten for polikliniske konsultasjoner ved offentlige sykehus, men har samtidig lavest rate for konsultasjoner hos private avtalespesialister. Samlet ligger konsultasjonsraten litt i underkant av landsgjennomsnittet. Regionen har også den høyeste raten for private opptreningsinstitusjoner, 37 prosent over gjennomsnittet.

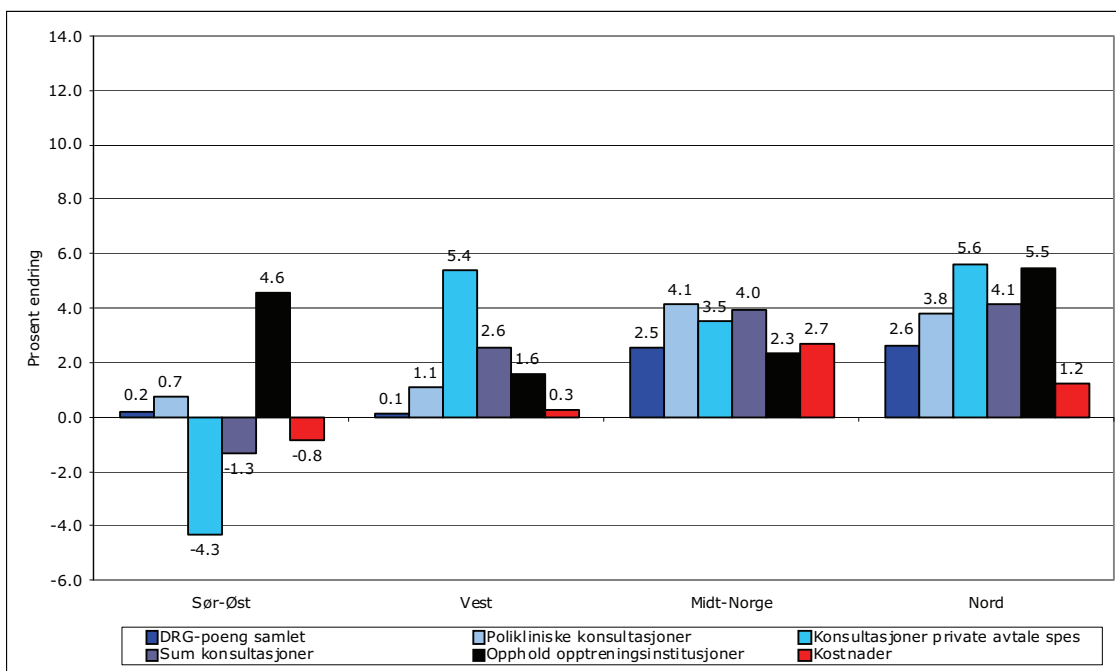
Nivået på den gjennomsnittlige liggetiden i somatiske sykehus i 2008 er lik den vi finner for Helse Vest, det vil si høyere enn for Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst for oppholdene samlet men lavere enn Helse Midt-Norge for døgnopphold.

2.2.6 Oppsummering regionale forskjeller i utvikling i aktivitet og kostnader

For å lette sammenligningen av utviklingen i aktivitet og kostnader for de fire helseregionene viser vi nedenfor figurer som sammenstiller utviklingstallene for regionene for perioden 2003 til 2008 og siste år. Figur 2.7 viser prosentvis endring for DRG-poeng, polikliniske konsultasjoner ved sykehusene og kostnader i perioden 2003-2008, mens figur 2.8 viser prosentvis endring i aktivitet og kostnader per innbygger fra 2007 til 2008. Aktivitets- og kostnadstallene er målt per innbygger.



Figur 2.7 Prosentvis endring i DRG-poeng, polikliniske konsultasjoner og kostnader. Aktivitet og kostnader er målt per innbygger. Prosent endring 2003-2008. Kostnader i 2008-kroner. Helseregioner



Figur 2.8 Prosentvis endring i DRG-poeng, polikliniske konsultasjoner og kostnader. Aktivitet og kostnader er målt per innbygger. Prosent endring 2007-2008. Kostnader i 2008-kroner. Helseregioner

Det fremgår av figur 2.7 at det var betydelige forskjeller både i aktivitetsveksten og kostnadsveksten mellom helseregionene i perioden. Helse Midt-Norge skiller seg ut med klart høyest vekst i DRG-poeng per innbygger, dobbelt så høy vekst som Helse Vest. Helse Midt-

Norge hadde imidlertid lavest vekst i polikliniske konsultasjoner per innbygger. Det var ikke store forskjeller i aktivitetsveksten mellom Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord.

Helse Midt-Norge hadde også høyest realvekst i kostnadene i perioden. Det var større forskjeller i kostnadsveksten enn aktivitetsveksten mellom de tre andre regionene. Helse Sør-Øst hadde lavest kostnadsvekst i perioden og Helse Vest nest lavest vekst.

For det siste året i perioden har vi utviklingstall også for konsultasjoner for private avtalespesialister og opphold ved opptreningsinstitusjoner. Som vi har sett ovenfor er det slik at regioner med relativt sett høy rate for polikliniske konsultasjoner i sykehus har relativt sett lav rate for konsultasjoner hos private avtalespesialister, og omvendt. Det vil si at det er mindre forskjeller mellom regionene når vi ser disse to aktivitetsmålene samlet enn når vi ser dem hver for seg. Vi viser derfor også utviklingstall for konsultasjoner samlet.

Det var også betydelige forskjeller i aktivitetsvekst og kostnadsvekst mellom regionene siste år. Både aktivitets- og kostnadsveksten var størst i Helse Midt-Norge og Helse Nord. De to regionene hadde mer enn to prosentpoeng høyere vekst i DRG-poeng per innbygger enn Helse Sør-Øst og Helse Vest, men mens aktivitetsveksten i store trekk var lik eller noe høyere i Helse Nord enn i Helse Midt-Norge, hadde Helse Nord lavere kostnadsvekst. Med unntak av raten for opphold ved opptreningsinstitusjoner var det lavere aktivitets- og kostnadsvekst i Helse Sør-Øst enn i Helse Vest⁸ siste år.

⁸ Tar vi hensyn til at DRG-poengene reduseres som følge av at Rehabiliteringstjenesten i Rogaland ikke leverte data som egen institusjon, men ble innlemmet som en avdeling under Stavanger Universitetssjukehus var veksten i DRG-poeng i Helse Vest vært høyere enn i Helse Sør-Øst.

2.3 Nærmere om utvikling i forbruksrater og -sammensetning

Vi skal her se nærmere på utviklingen i forbruksrater i helseregionene når det gjelder innlagte pasienter og vise forskjeller i utvikling for ulike aldersgrupper og etter aktivitetstype. Med aktivitetstype menes her inndeling etter oppholdstype (dag- og døgnbehandling), hastegrad (elektiv og øyeblikkelig hjelp (ø-hjelp)) og DRG-type (medisinske og kirurgiske DRG-er). Vi har holdt utenfor DRG-poeng for dagrehabiliteringsopphold innen gruppen elektiv medisinske dagopphold.

Vi har delt pasientene inn i fem aldersgrupper, som vist i tabell 2.7.

Tabell 2.7 Prosentandel DRG-poeng etter oppholdstype, hastegrad og DRG-type. Totalt og for ulike aldersgrupper. Fordeling på aldersgrupper totalt er vist i parentes i siste kolonne. 2008

Alder	Elektiv kirurgi, døgn	Elektiv medisin, døgn	Elektiv kirurgi, dag	Elektiv medisin, dag ¹	Ø-hjelp, kirurgi	Ø-hjelp, medisin	Annet (nyfødte og fødsler mv.)	Totalt
0-15	8,7	7,0	5,7	2,2	5,9	16,7	53,9	100,0 (10,3)
16-49	17,8	8,0	16,3	5,0	15,6	20,7	16,5	100,0 (24,6)
50-66	29,1	10,3	10,9	7,8	17,2	24,6	0,0	100,0 (25,9)
67-79	30,1	8,2	6,5	6,2	17,8	31,2	0,0	100,0 (22,3)
80+	15,4	5,1	5,4	3,1	23,0	48,0	0,0	100,0 (16,9)
Totalt	22,2	8,1	9,8	5,4	16,8	28,2	9,6	100,0

1) Eksklusive dagrehabilitering.

De største gruppene målt ved DRG-poeng er de som omfatter pasienter i alderen 50-66 år og 16-49 år (henholdsvis 26 og 25 prosent). Aldersgruppen 67-79 år står for 22 prosent av DRG-poengene, mens eldre over 80 står for 17 prosent av DRG-poengene.

Samlet utgjorde ø-hjelpsopphold 45 prosent av DRG-poengene i 2008. Medisinske ø-hjelpsopphold alene stod for 28 prosent av DRG-poengene. Elektive kirurgiske døgnopphold utgjorde 22 prosent av DRG-poengene. De andre gruppene stod for mindre enn ti prosent av DRG-poengene. For eldre pasienter over 80 år er nesten halvparten av DRG-poengene generert av medisinske ø-hjelpsopphold. Medisinske ø-hjelpsopphold utgjør en av de største gruppene uavhengig av alder. Andelen kirurgiske ø-hjelpsopphold er også størst blant de eldste. Pasienter i alderen 50-79 har relativt sett mange DRG-poeng i gruppen elektiv kirurgisk døgnbehandling, mens elektiv dagkirurgi utgjør en relativt sett større andel blant pasienter i alderen 16-49 år. For pasienter under 16 år utgjør gruppen "annet", som i all hovedsak er nyfødte, den største gruppen, med mer enn halvparten av DRG-poengene. Gruppen annet, i hovedsak fødsler, utgjør 16 prosent av oppholdene i aldersgruppen 16-49 år.

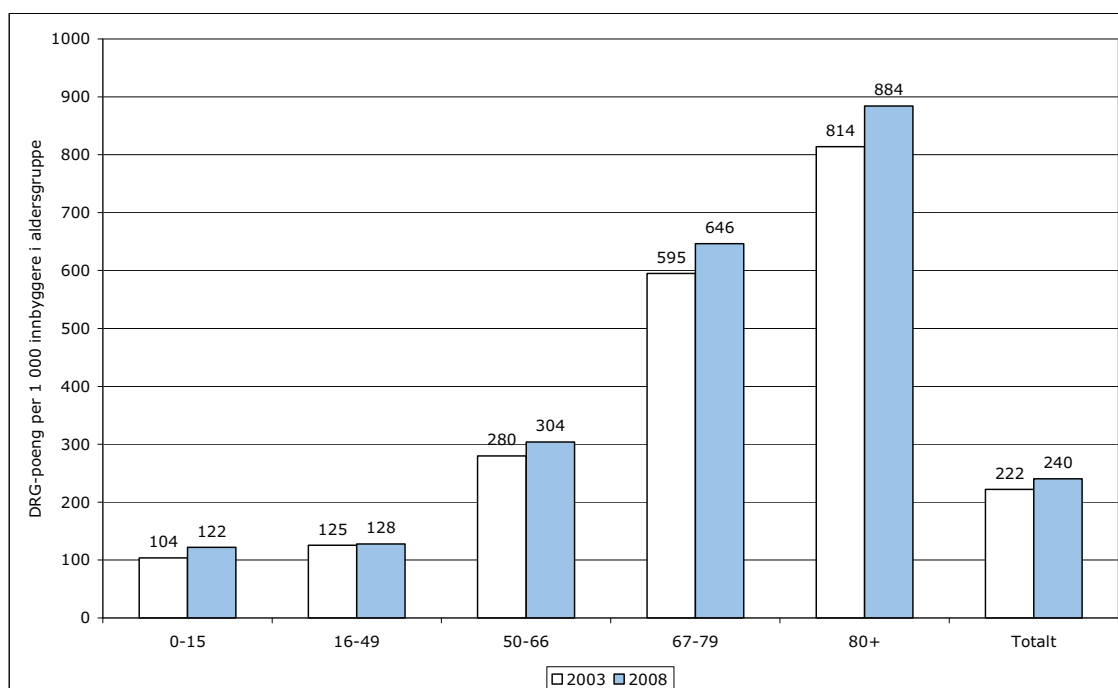
I framstillingen av forbruksrater etter henholdsvis alder og type aktivitet presenterer vi først tall på nasjonalt nivå. Deretter ser vi på nivå og utvikling for hver av helseregionene. For regionene viser figurene antall DRG-poeng per innbygger for de ulike gruppene målt relativt til landsgjennomsnittet. I tillegg vises de faktiske ratene og prosentvis endring i ratene fra 2003-2008 og siste år i tabell. Fordi helseregionene har til dels svært ulik befolkningsutvikling både totalt og når det gjelder alderssammensetning vil prosentvis forbruksvekst per innbygger i aldersgruppene kunne være forskjellig fra det vi ser for samlet forbruksvekst per innbygger. Tall for forbruksrater for ulike aktivitetstyper for aldersgruppene er vist i tabellene 2.27-2.28 bak i kapitlet. For å lette sammenligningen av utviklingstrekk i regionene viser vi avslutningsvis en sammenstilling av endringstall for forbruksratene for regionene.

Vi viser her nivå og utvikling i forbruk målt ved DRG-poeng. For enkelte grupper er det til dels betydelig forskjell i utvikling i antall DRG-poeng og i antall opphold. Dette har både å gjøre med at aktivitetssammensetningen endres over tid, men kan også skyldes endring i kostnadsvektene som følge av regelendringer og logikkendringer i DRG-systemet og endring i registreringspraksis over tid. Slike endringer ser vi i størst grad når vi skiller mellom ulike typer opphold, men vi ser også slike utslag for aldersgruppene. I tabellene på nasjonalt nivå viser vi derfor også endring i forbruksraten målt ved antall opphold per innbygger i parentes. Alle regionene vil være påvirket på samme måte av regel- og logikkendringer, men dersom de i utgangspunktet har en svært ulik aktivitetssammensetning vil også slike endringer bidra til forskjeller i utvikling i DRG-poeng i perioden. Ideelt sett ville vi hatt et datasett hvor vektsettet er uendret over tid. Vi velger å ta utgangspunkt i DRG-poeng i beskrivelse av aktivitetsutvikling fordi det gir mulighet for å fange opp endring i pasientsammensetning over tid. Noe antall opphold ikke gjør. DRG-poengene reflekterer også utviklingen i de regionale helseforetakenes aktivitetsbaserte inntekter knyttet til ulike aldersgrupper og aktivitetstyper. Se kapittel 2.4 for en nærmere beskrivelse av datamaterialet.

2.3.1 Nasjonalt nivå

Figur 2.9 viser forbruksrater for hver av aldersgruppene i 2003 og 2008. Forbruksratene er beregnet i forhold til innbyggertallet i de aktuelle aldersgruppene. Tabell 2.8 viser i tillegg endringstall for perioden 2003-2008 og for det siste året i perioden.

Det fremgår av figur 2.9 at forbruk av somatiske sykehustjenester for innlagte pasienter målt ved DRG-poeng øker med alder. Mens raten i 2008 er mellom 120 og 130 per 1 000 innbyggere for de to gruppene under 50 år, øker raten til i overkant av 300 for gruppen 50-66 år og videre til nær 650 for gruppen 67-79 og i overkant av 880 for gruppen 80 år og eldre.



Figur 2.9 DRG-poeng per 1 000 innbyggere i ulike aldersgrupper. 2003 og 2008. Eksklusive dagrehabilitering. Nasjonalt nivå.

Tabell 2.8 DRG-poeng per 1 000 innbyggere i ulike aldersgrupper 2003 og 2008. Eksklusive dagrehabilitering. Prosent endring 2003-2008, og prosent endring 2007-2008. Prosent endring i antall opphold per innbygger i parentes. Nasjonalt nivå

Aldersgruppe	2003	2008	Pst. endring 2003-2008	Pst. endring 2007-2008
0-15 år	104	122	17,6 (4,0)	-1,2 (1,0)
16-49 år	125	128	1,6 (2,8)	2,0 (1,4)
50-66 år	280	304	8,4 (8,9)	1,9 (2,5)
67-79 år	595	646	8,5 (10,2)	0,1 (2,3)
80 år og eldre	814	884	8,4 (13,2)	0,0 (2,0)
Totalt	222	240	7,9 (7,6)	0,8 (1,8)

Forbruksratene er høyere i 2008 enn i 2003 for alle aldersgrupper. Størst prosentvis økning finner vi for den yngste gruppen 0-15 år, med nesten 17,6 prosent. Antall opphold per innbygger i denne aldersgruppen økte imidlertid bare fire prosent i perioden. Det har skjedd store endringer i grupperingslogikk og kostnadsvekter for DRG-ene innen hoveddiagnosegruppe (HDG) 15 "Nyfødte med tilstand oppstått i perinatalperioden" i disse årene. Det er økningen innen HDG 15 som bidrar til den sterke økningen i DRG-poeng for denne aldersgruppen. For de øvrige gruppene økte antall opphold mer enn antall DRG-poeng. Lavest økning i raten for DRG-poeng finner vi for gruppen 16-49 år, som hadde en vekst på 1,6 prosent. Økningen var på rundt 8,5 prosent for alle de tre gruppene med pasienter som er eldre enn 50 år.

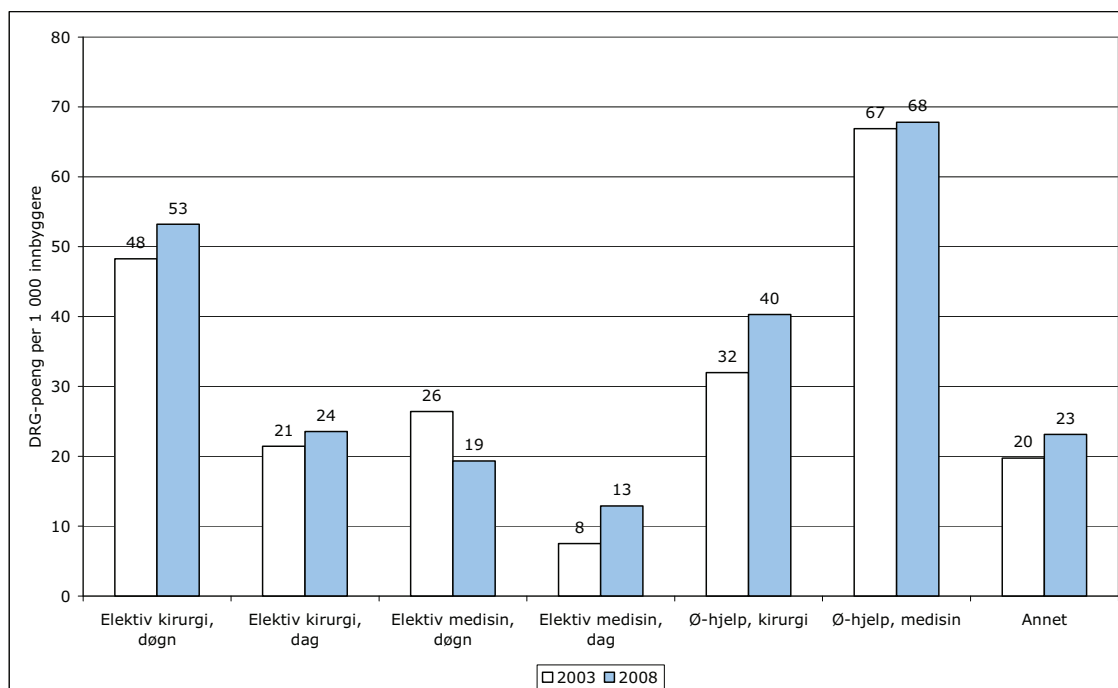
Siste år finner vi en nedgang i DRG-poeng for gruppen 0-15 år⁹. Det var liten endring siste år for de to eldste gruppene. Aldersgruppene 16-49 år og 50-66 år hadde en økning i DRG-poeng per innbygger på rundt to prosent. Det var også disse to gruppene som hadde størst vekst i innbyggertallet siste år. Aktivitetsøkningen målt ved DRG-poeng ved somatiske sykehus på landsbasis siste år kan derfor knyttes i første rekke til pasienter i aldersgruppen mellom 16 og 66 år.

Figur 2.10 og tabell 2.9 viser nivå og utvikling i forbruksrater etter aktivitetstype.

Det har vært en økning i forbruksratene for DRG-poeng for alle oppholdstypene med unntak av elektive medisinske døgnopphold fra 2003 til 2008. Antall opphold for elektiv døgnekirurgi og gruppen annet som omfatter i hovedsak fødsler og nyfødte gikk imidlertid ned.

For elektive medisinske døgnopphold gikk raten for DRG-poeng ned med 26,7 prosent. Størst økning finner vi for elektive medisinske dagopphold som hadde en økning i raten for DRG-poeng på 71,6 prosent. Det kan derfor se ut som det er substitusjon fra døgn til dag for elektive medisinske opphold. Vi har imidlertid ikke undersøkt om det er en slik sammenheng i opphold innenfor den enkelte diagnosegruppe. Det var relativt lik økning i ratene for DRG-poeng for elektive kirurgiske døgn- og dagopphold, henholdsvis 10,2 og 9,7 prosent, men antall opphold gikk ned for døgninnleggelsene. Mens det var liten endring i raten for medisinske ø-hjelpopphold, en økning på 0,7 prosent, økte raten for kirurgiske ø-hjelpopphold med 26 prosent. Det er også denne gruppen som står for den største absolutte endringen i DRG-poeng. Antall opphold økte imidlertid kun med i overkant av fire prosent. Dette indikerer at kirurgiske ø-hjelp opphold i gjennomsnitt er blitt mer ressurskrevende.

⁹ Dette kan trolig i stor grad knyttes til at enkelte tilstander innen gruppen nyfødte med fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem skiftet DRG-gruppering til friske nyfødte som har lavere kostnadsvekt.



Figur 2.10 DRG-poeng per 1 000 innbyggere etter oppholdstype, hastegrad og DRG-type. 2003 og 2008. Eksklusive dagrehabilitering. Nasjonalt nivå

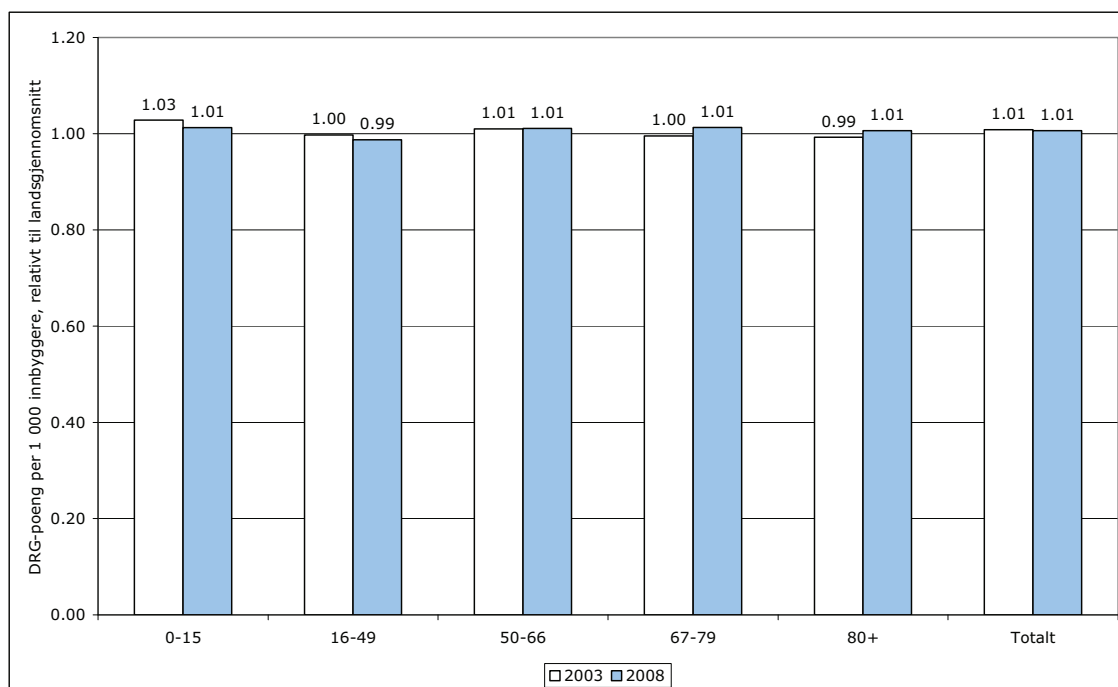
Tabell 2.9 DRG-poeng per 1 000 innbyggere etter oppholdstype, hastegrad og DRG-type. Eksklusive dagrehabilitering. 2003 og 2008. Prosent endring 2003-2008, og prosent endring 2007-2008. Prosent endring i antall opphold per innbygger i parentes. Nasjonalt nivå

Aktivitetstype	2003	2008	Pst. endring 2003-2008	Pst. endring 2007-2008
Elektiv kirurgi, døgn	48	53	10,2	(-13,0)
Elektiv kirurgi, dag	21	24	9,7	(12,9)
Elektiv medisin, døgn	26	19	-26,7	(-13,7)
Elektiv medisin, dag	8	13	71,6	(33,2)
Ø-hjelp, kirurgi	32	40	26,0	(4,4)
Ø-hjelp, medisin	67	68	0,7	(8,1)
Annet	20	23	17,2	(-2,5)
Totalt	222	240	7,9	(7,6)

Også siste år var det en reduksjon i raten for DRG-poeng for elektive medisinske døgnopphold, en nedgang på 9,7 prosent. Ratene for elektive medisinske dagopphold økte med tre prosent. Det var også økning i ratene for elektiv kirurgi, og veksten var størst for døgnpasienter. Det var en nedgang i raten for medisinske ø-hjelpspasienter siste år, men det var en relativt sett stor vekst i raten for kirurgiske ø-hjelpspasienter.

2.3.2 Helse Sør-Øst

Fordi Helse Sør-Øst dekker mer enn halvparten av landets befolkning vil regionen generelt ha stor påvirkning på det beregnede landsgjennomsnittet og derfor ligge nært landsgjennomsnittet på de fleste forbruksgrupper, så sant regionen ikke har en svært avvikende forbruksrate. Figur 2.11 og tabell 2.10 viser nivå og utvikling i DRG-poeng per innbygger for aldersgruppene.



Figur 2.11 DRG-poeng per innbygger i ulike aldersgrupper. Eksklusive dagrehabilitering. Relativt til landsgjennomsnittet 2003 og 2008. Helse Sør-Øst

Tabell 2.10 DRG-poeng per 1 000 innbyggere i ulike aldersgrupper. Eksklusive dagrehabilitering. Nivå og relativt til landsgjennomsnittet 2003 og 2008. Prosent endring 2003-2008, og prosent endring 2007-2008. Helse Sør-Øst

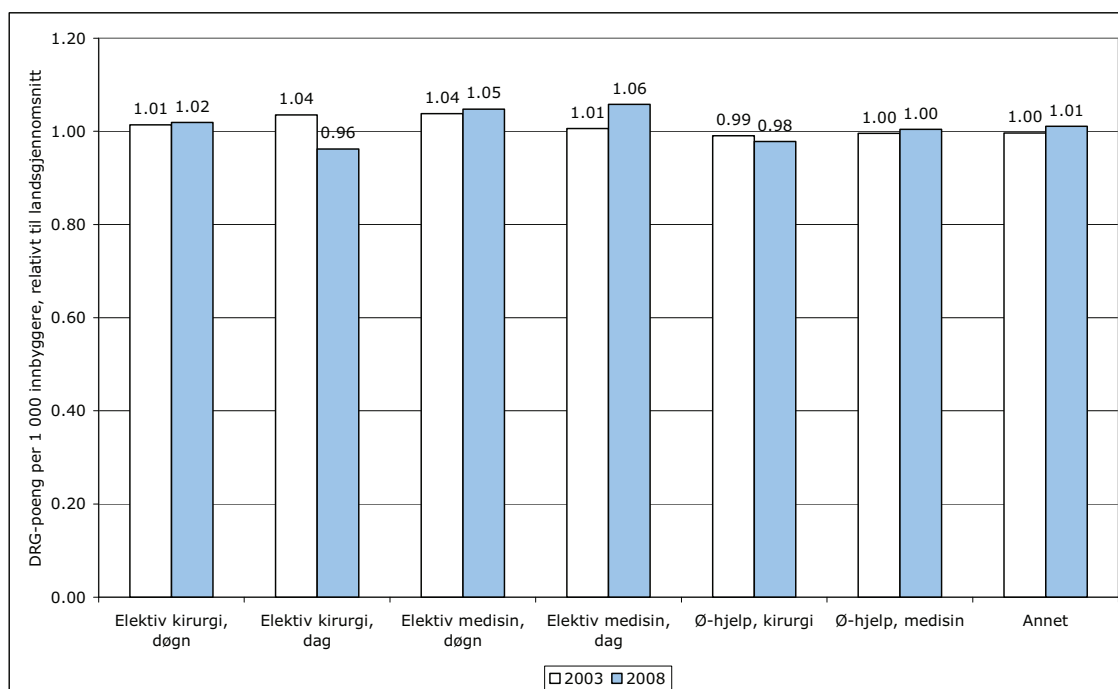
Aldersgruppe	2003	Relativt til gjennomsnitt	2008	Relativt til gjennomsnitt	Pst. endring 2003-2008	Pst. endring 2007-2008
0-15 år	107	1,03	123	1,01	15,8	-2,1
16-49 år	125	1,00	126	0,99	0,3	0,9
50-66 år	283	1,01	307	1,01	8,4	1,5
67-79 år	592	1,00	655	1,01	10,4	0,3
80 år og eldre	808	0,99	890	1,01	9,7	0,1
Totalt	224	1,01	242	1,01	7,5	0,2

For perioden 2003 til 2008 har Helse Sør-Øst hatt en svakere vekst i DRG-poeng per innbygger enn landsgjennomsnittet for de to yngste gruppene, det vil si befolkningen i alderen 0-15 år og 16-49 år. For gruppen 50-66 år er veksten lik landsgjennomsnittet, mens veksten for de to eldste gruppene har vært noe sterkere enn landsgjennomsnittet.

I 2008 er forbruksraten for DRG-poeng en prosent over landsgjennomsnittet for alle aldergrupper med unntak for gruppen 16-49 år som ligger en prosent under landsgjennomsnittet.

Siste år var veksten i forbruksraten størst for aldersgruppen 50-66 år hvor økningen var 1,5 prosent. Vi ser en nedgang på 2,1 prosent for gruppen 0-15 år som trolig i stor grad kan knyttes til endringer i DRG-systemet. Antall opphold i denne gruppen økte med en prosent.

Figur 2.12 og tabell 2.11 viser nivå og utvikling i DRG-poeng per innbygger etter aktivitetstype.



Figur 2.12 DRG-poeng per innbygger etter oppholdstype, hastegrad og DRG-type. Eksklusive dagrehabilitering. Relativt til landsgjennomsnittet 2003 og 2008. Helse Sør-Øst

Tabell 2.11 DRG-poeng per 1 000 innbyggere etter oppholdstype, hastegrad og DRG-type. Eksklusive dagrehabilitering. Nivå og relativt til landsgjennomsnittet 2003 og 2008. Prosent endring 2003-2008, og prosent endring 2007-2008. Helse Sør-Øst

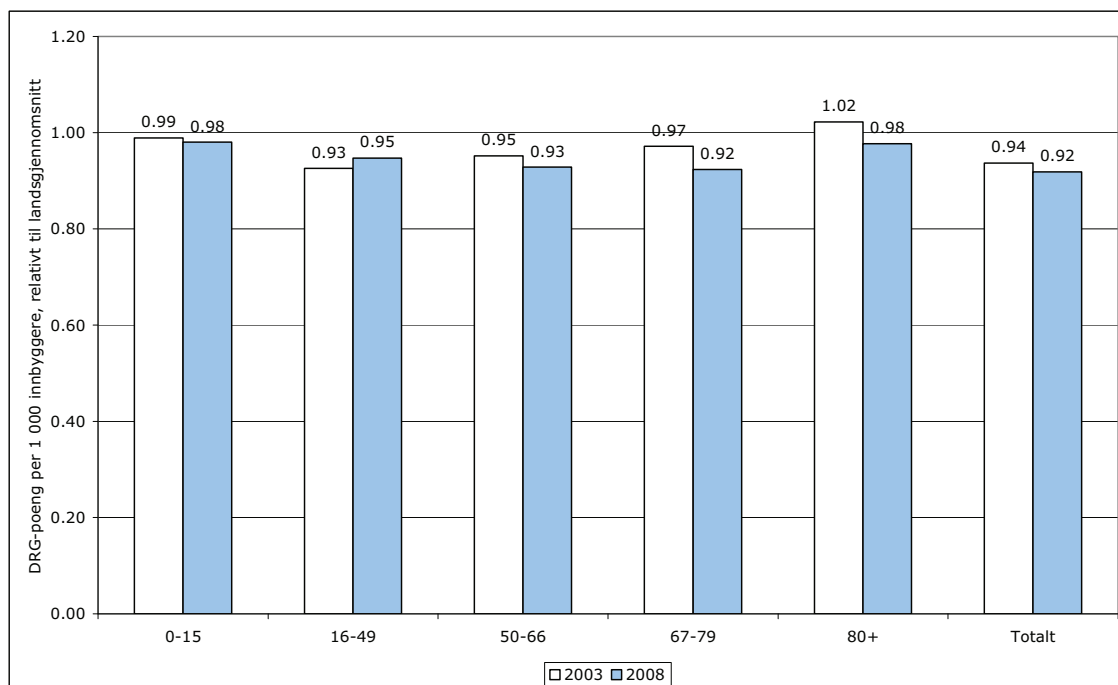
Aktivitetstype	2003	Relativt til gjennomsnitt	2008	Relativt til gjennomsnitt	Pst. endring 2003-2008	Pst. endring 2007-2008
Elektiv kirurgi, døgn	49	1,01	54	1,02	10,8	2,0
Elektiv kirurgi, dag	22	1,04	23	0,96	2,0	1,5
Elektiv medisin, døgn	27	1,04	20	1,05	-26,0	-10,9
Elektiv medisin, dag	8	1,01	14	1,06	80,5	3,5
Ø-hjelp, kirurgi	32	0,99	39	0,98	24,5	5,2
Ø-hjelp, medisin	67	1,00	68	1,00	1,2	-1,8
Annet	20	1,00	23	1,01	18,8	1,7
Totalt	224	1,01	242	1,01	7,5	0,2

Helse Sør-Øst har hatt en svakere vekst enn landsgjennomsnittet for elektiv dagkirurgi og kirurgisk ø-hjelp i perioden. For de øvrige gruppene har veksten vært større enn for landsgjennomsnittet. For elektiv dagkirurgi har det bidratt til at regionen i 2008 hadde en rate som var fire prosent under landsgjennomsnittet, mens raten i 2003 lå fire prosent over landsgjennomsnittet. Også raten for kirurgisk ø-hjelp lå under gjennomsnittet i 2008. For de øvrige gruppene var raten lik eller høyere enn landsgjennomsnittet. Størst positivt avvik finner vi for elektive medisinske opphold, fem og seks prosent over gjennomsnittet for henholdsvis døgn- og dagbehandling.

Siste år var det størst vekst i raten for DRG-poeng for kirurgisk ø-hjelp, en økning på 5,2 prosent. Raten for elektive medisinske døgnpasienter gikk ned med 10,9 prosent.

2.3.3 Helse Vest

Figur 2.13 og tabell 2.12 viser nivå og utvikling i DRG-poeng per innbygger for aldersgruppene for Helse Vest.



Figur 2.13 DRG-poeng per innbygger i ulike aldersgrupper. Relativt til landsgjennomsnittet. Eksklusive dagrehabilitering. 2003 og 2008. Helse Vest

Tabell 2.12 DRG-poeng per 1 000 innbyggere i ulike aldersgrupper. Eksklusive dagrehabilitering. Nivå og relativt til landsgjennomsnittet 2003 og 2008. Prosent endring 2003-2008, og prosent endring 2007-2008. Helse Vest

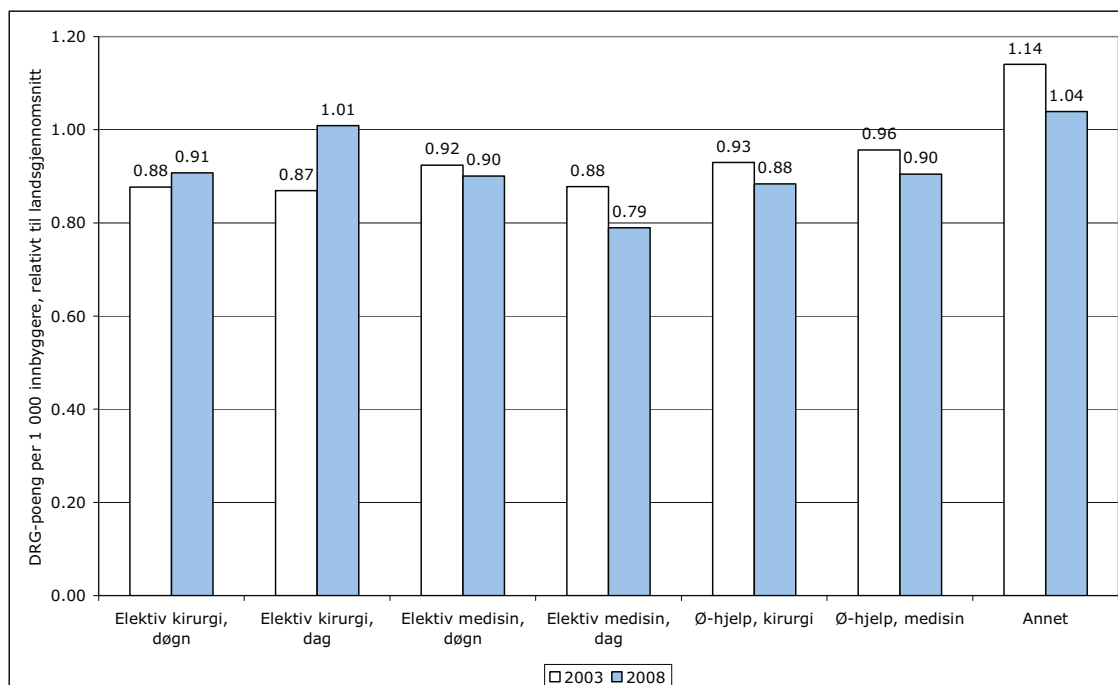
Aldersgruppe	2003	Relativt til gjennomsnitt	2008	Relativt til gjennomsnitt	Pst. endring 2003-2008	Pst. endring 2007-2008
0-15 år	103	0,99	120	0,98	16,6	0,6
16-49 år	116	0,93	121	0,95	4,2	3,5
50-66 år	267	0,95	282	0,93	5,9	1,3
67-79 år	578	0,97	597	0,92	3,2	-3,9
80 år og eldre	832	1,02	864	0,98	3,9	-0,9
Totalt	208	0,94	221	0,92	6,0	0,1

Helse Vest hadde lavere vekst i raten for DRG-poeng enn landsgjennomsnittet for samtlige aldersgrupper med unntak av gruppen 16-49 år. I 2008 lå raten for alle gruppene under landsgjennomsnittet. Størst avvik finner vi for de midtre aldersgruppene. Avviket var eksempelvis på åtte prosent for gruppen 67-79 år.

Siste år finner vi størst økning i raten for gruppen 16-49 år. Også for gruppen 0-15 år var veksten siste år større enn for landsgjennomsnittet. For de tre gruppene med pasienter over 50 år var veksten lavere enn for landsgjennomsnittet, og vi ser en nedgang for gruppene

over 66 år. Dette kan trolig i noen grad knyttes til endring i innrapportering av data for Rehabiliteringstjenesten i Rogaland.

Figur 2.14 og tabell 2.13 viser nivå og utvikling i DRG-poeng per innbygger etter aktivitetstype.



Figur 2.14 DRG-poeng per innbygger etter oppholdstype, hastegrad og DRG-type. Eksklusive dagrehabilitering. Relativt til landsgjennomsnittet 2003 og 2008. Helse Vest

Tabell 2.13 DRG-poeng per 1 000 innbyggere etter oppholdstype, hastegrad og DRG-type. Eksklusive dagrehabilitering. Nivå og relativt til landsgjennomsnittet 2003 og 2008. Prosent endring 2003-2008, og prosent endring 2007-2008. Helse Vest

Aktivitetstype	2003	Relativt til gjennomsnitt	2008	Relativt til gjennomsnitt	Pst. endring 2003-2008	Pst. endring 2007-2008
Elektiv kirurgi, døgn	42	0,88	48	0,91	14,1	3,9
Elektiv kirurgi, dag	19	0,87	24	1,01	27,4	-0,3
Elektiv medisin, døgn	24	0,92	17	0,90	-28,5	-9,7
Elektiv medisin, dag	7	0,88	10	0,79	54,3	2,3
Ø-hjelp, kirurgi	30	0,93	36	0,88	19,7	0,1
Ø-hjelp, medisin	64	0,96	61	0,90	-4,1	-0,9
Annet	23	1,14	24	1,04	6,8	3,1
Totalt	208	0,94	221	0,92	6,0	0,1

Helse Vest har hatt en lavere vekst i raten for DRG-poeng enn landsgjennomsnittet for samtlige grupper med unntak av elektiv kirurgi, både for dag- og døgnpasienter. For dagpasientene hadde regionen en vekst i raten som var nesten 18 prosentpoeng høyere enn

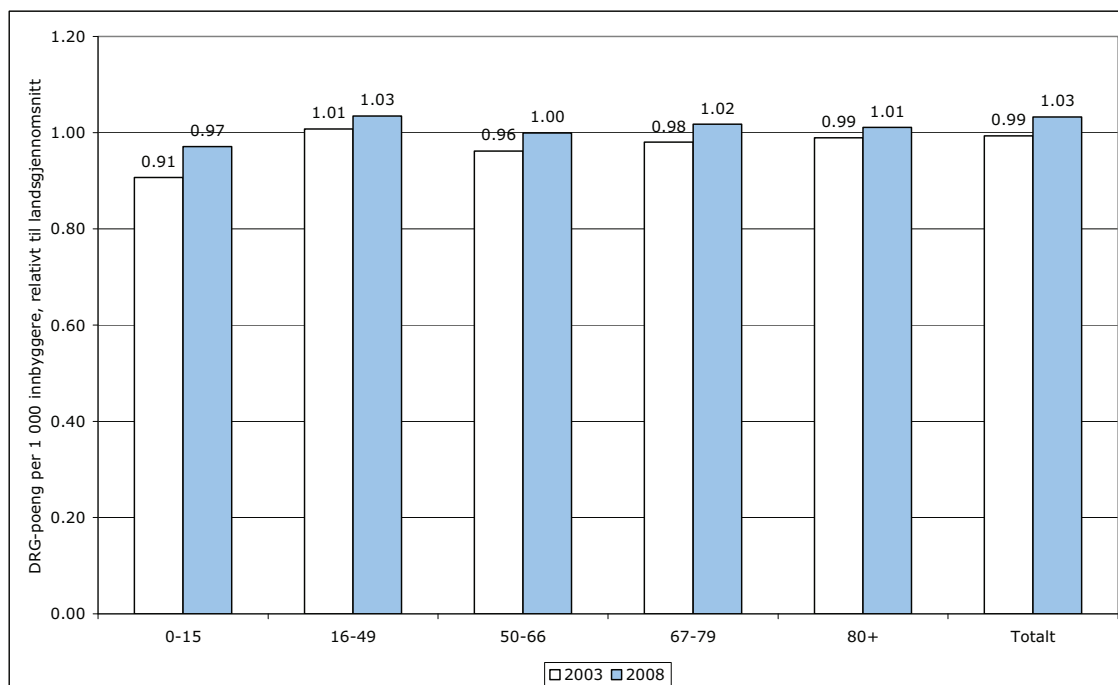
landsgjennomsnittet. Veksten i raten for elektive medisinske dagopphold var på den annen side rundt 17 prosentpoeng lavere enn for landet som helhet.

Forbruksraten i 2008 lå under landsgjennomsnittet for alle gruppene med unntak av elektiv dagkirurgi, hvor raten var nær landsgjennomsnittet. Lavest rate relativt sett finner vi for elektive medisinske dagopphold, der det er mer enn 20 prosent avvik. For de øvrige gruppene er raten rundt ti prosent lavere enn for landsgjennomsnittet.

Siste år hadde Helse Vest størst økning i raten for elektiv døgnekirurgi. For elektive medisinske døgnpasienter hadde regionen en nedgang på 9,7 prosent, det vil si samme utvikling som landsgjennomsnittet.

2.3.4 Helse Midt-Norge

Figur 2.15 og tabell 2.14 viser nivå og utvikling i DRG-poeng per innbygger for aldersgruppene for Helse Midt-Norge.



Figur 2.15 DRG-poeng per innbygger i ulike aldersgrupper. Eksklusive dagrehabilitering. Relativt til landsgjennomsnittet 2003 og 2008. Helse Midt-Norge

Tabell 2.14 DRG-poeng per 1 000 innbyggere i ulike aldersgrupper. Eksklusive dagrehabilitering. Nivå og relativt til landsgjennomsnittet 2003 og 2008. Prosent endring 2003-2008, og prosent endring 2007-2008. Helse Midt-Norge

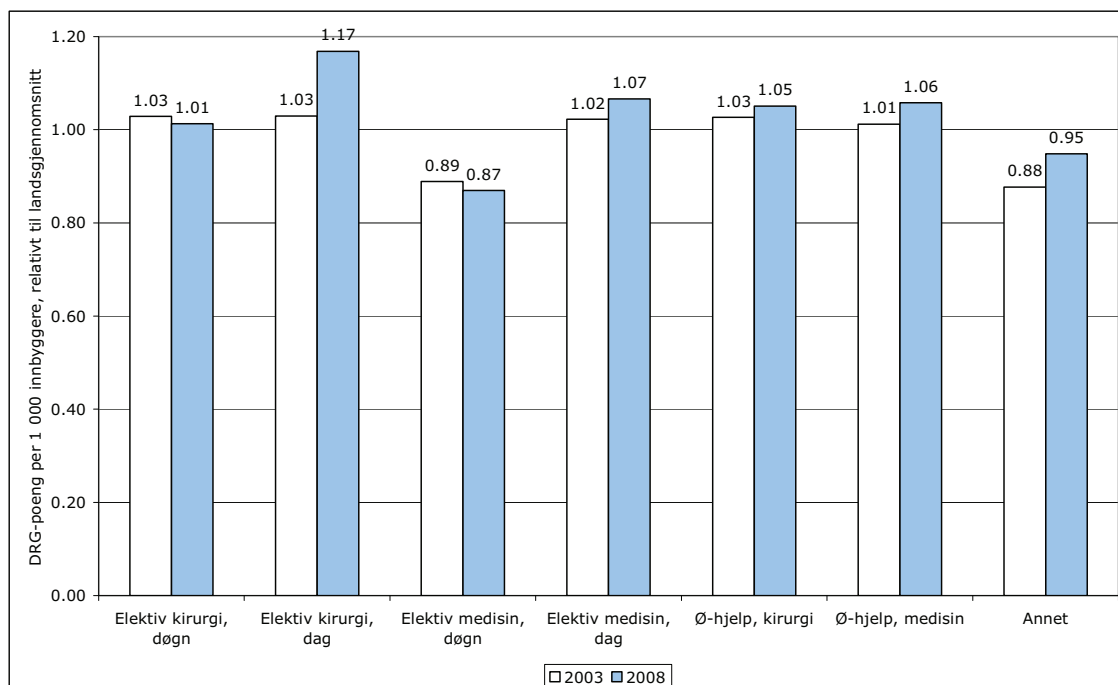
Aldersgruppe	2003	Relativt til gjennomsnitt	2008	Relativt til gjennomsnitt	Pst. endring 2003-2008	Pst. endring 2007-2008
0-15 år	94	0,91	118	0,97	25,9	0,5
16-49 år	126	1,01	132	1,03	4,6	3,7
50-66 år	269	0,96	304	1,00	12,8	1,8
67-79 år	583	0,98	658	1,02	12,8	4,2
80 år og eldre	806	0,99	894	1,01	11,0	0,9
Totalt	221	0,99	248	1,03	12,3	2,5

Helse Midt-Norge hadde en sterkere vekst enn landsgjennomsnittet for alle aldersgrupper i perioden fra 2003 til 2008. Mens regionen hadde lavere rate for samtlige grupper med unntak for gruppen 16-49 år i 2003, var ratene lik eller høyere enn gjennomsnittet for alle aldersgrupper med unntak for gruppen 0-15 år i 2008.

Regionen hadde også siste år større vekst enn landsgjennomsnittet for samtlige aldersgrupper med unntak av gruppen 50-66 år, hvor veksten var om lag som for gjennomsnittet.

snittet av regionene. Størst forskjell finner vi for gruppen 67-79 år som hadde en vekst i raten for DRG-poeng på 4,2 prosent siste år.

Figur 2.16 og tabell 2.15 viser nivå og utvikling i DRG-poeng per innbygger etter aktivitetstype.



Figur 2.16 DRG-poeng per innbygger etter oppholdstype, hastegrad og DRG-type. Eksklusive dagrehabilitering. Relativt til landsgjennomsnittet 2003 og 2008. Helse Midt-Norge

Tabell 2.15 DRG-poeng per 1 000 innbyggere etter oppholdstype, hastegrad og DRG-type. Eksklusive dagrehabilitering. Nivå og relativt til landsgjennomsnittet 2003 og 2008. Prosent endring 2003-2008, og prosent endring 2007-2008. Helse Midt-Norge

Aktivitetstype	2003	Relativt til gjennom-snitt	2008	Relativt til gjennom-snitt	Pst. endring 2003-2008	Pst. endring 2007-2008
Elektiv kirurgi, døgn	50	1,03	54	1,01	8,5	5,6
Elektiv kirurgi, dag	22	1,03	27	1,17	24,5	7,1
Elektiv medisin, døgn	23	0,89	17	0,87	-28,3	-1,8
Elektiv medisin, dag	8	1,02	14	1,07	79,0	-0,1
Ø-hjelp, kirurgi	33	1,03	42	1,05	29,0	5,2
Ø-hjelp, medisin	68	1,01	72	1,06	6,0	-0,6
Annet	17	0,88	22	0,95	26,8	0,5
Totalt	221	0,99	248	1,03	12,3	2,5

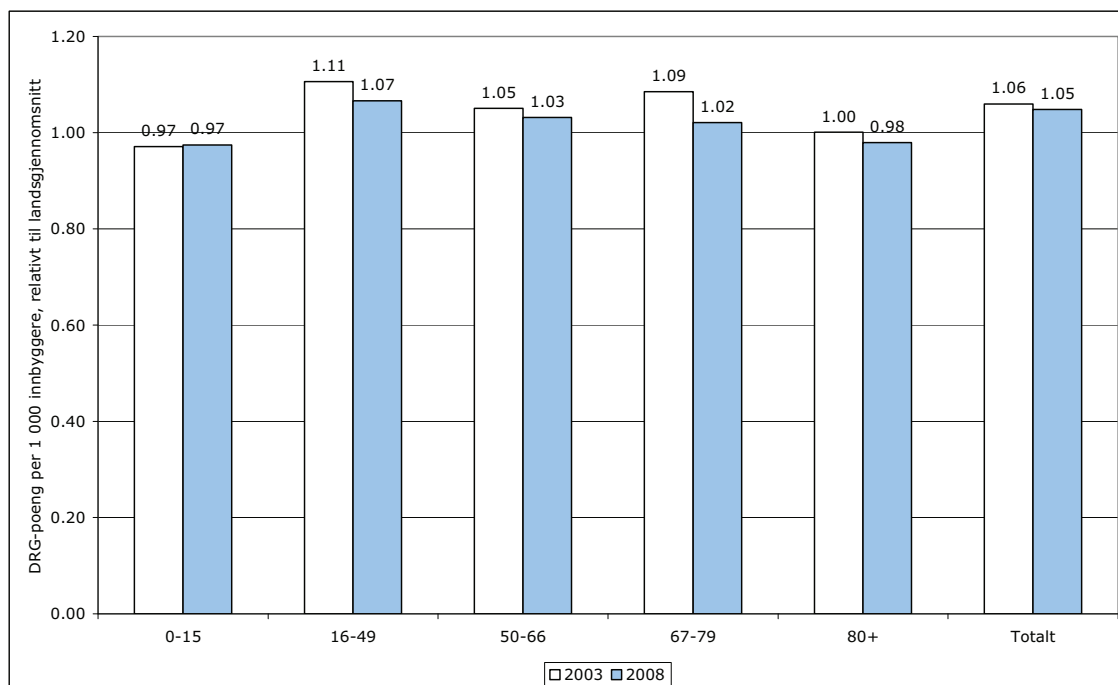
Den sterkere veksten i DRG-poeng i Helse Midt-Norge sammenlignet med landsgjennomsnittet i perioden 2003-2008 finner vi igjen for alle typer opphold med unntak av både kirurgiske og medisinske elektive døgnopphold. Det kan altså se ut som det er en større dreining fra døgn- til dagbehandling i Helse Midt-Norge enn for regionene i gjennomsnitt. Spesielt stor var forskjellen i veksten for dagkirurgi.

Helse Midt-Norge hadde en rate for dagkirurgi i 2008 som var 17 prosent høyere enn for landet som helhet. For ø-hjelpspasienter og elektive dagmedisinske pasienter var raten fem til sju prosent høyere enn gjennomsnittet. For døgnkirurgi var raten en prosent over landsgjennomsnittet i 2008. Raten for elektive medisinske døgnpasienter var imidlertid hele 13 prosent under landsgjennomsnittet.

Siste år hadde Helse Midt-Norge større vekst (eller mindre nedgang) for fem av gruppene. Unntakene finner vi for elektiv dagmedisin, hvor regionen hadde en svak nedgang i raten, og for gruppen "annet". For kirurgiske ø-hjelp pasienter var veksten om lag som for landet som helhet. Størst positivt avvik finner vi for dagkirurgi hvor raten for Helse Midt-Norge økte med 7,1 prosent.

2.3.5 Helse Nord

Figur 2.17 og tabell 2.16 viser nivå og utvikling i DRG-poeng per innbygger for aldersgruppene for Helse Nord.



Figur 2.17 DRG-poeng per innbygger i ulike aldersgrupper. Eksklusive dagrehabilitering. Relativt til landsgjennomsnittet 2003 og 2008. Helse Nord

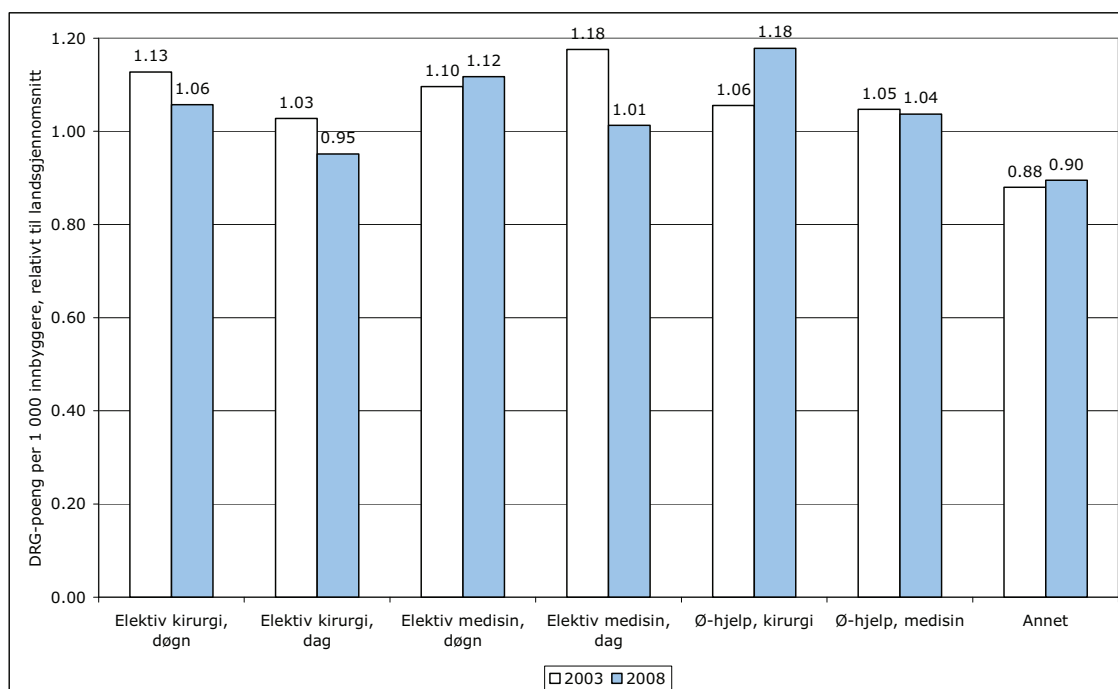
Tabell 2.16 DRG-poeng per 1 000 innbyggere i ulike aldersgrupper. Eksklusive dagrehabilitering. Nivå og relativt til landsgjennomsnittet 2003 og 2008. Prosent endring 2003-2008, og prosent endring 2007-2008. Helse Nord

Aldersgruppe	2003	Relativt til gjennomsnitt	2008	Relativt til gjennomsnitt	Pst. endring 2003-2008	Pst. endring 2007-2008
0-15 år	101	0,97	119	0,97	18,0	-2,4
16-49 år	139	1,11	136	1,07	-1,8	3,3
50-66 år	294	1,05	314	1,03	6,6	5,7
67-79 år	646	1,09	660	1,02	2,2	0,9
80 år og eldre	815	1,00	866	0,98	6,3	0,0
Totalt	235	1,06	252	1,05	7,0	2,6

Helse Nord hadde en svakere vekst i raten for DRG-poeng enn landsgjennomsnittet for alle aldersgruppene med unntak for gruppen 0-15 år. Størst avvik i veksten finner vi for gruppen 67-79 år, hvor raten i Helse Nord økte med 2,2 prosent mot 8,5 prosent på landsbasis. Ratene for aldersgruppene mellom 16 og 79 år ligger fortsatt over landsgjennomsnittet i 2008. Ratene for 80 år og eldre og 0-15 år lå to til tre prosent under gjennomsnittet for regionene i 2008.

Siste år var veksten i Helse Nord høyere for aldersgruppene mellom 16 og 79 år enn på landsbasis. Veksten var høyest for gruppen 55-66 år (5,7 prosent). Det var ingen endring i raten for DRG-poeng for aldersgruppen 80 år og eldre, det vil si at utviklingen for denne aldersgruppen var lik utviklingen for landsgjennomsnittet. Helse Nord hadde en større nedgang i raten for aldersgruppen 0-15 år enn landsgjennomsnittet. Helse Nord var den eneste regionen som hadde nedgang i antallet opphold per innbygger i denne gruppen.

Figur 2.18 og tabell 2.17 viser nivå og utvikling i DRG-poeng per innbygger etter aktivitetstype.



Figur 2.18 DRG-poeng per innbygger etter oppholdstype, hastegrad og DRG-type. Eksklusive dagrehabilitering. Relativt til landsgjennomsnittet 2003 og 2008. Helse Nord

Tabell 2.17 DRG-poeng per 1 000 innbyggere etter oppholdstype, hastegrad og DRG-type. Eksklusive dagrehabilitering. Nivå og relativt til landsgjennomsnittet 2003 og 2008. Prosent endring 2003-2008, og prosent endring 2007-2008. Helse Nord

Aktivitetstype	2003	Relativt til gjennomsnitt	2008	Relativt til gjennomsnitt	Pst. endring 2003-2008	Pst. endring 2007-2008
Elektiv kirurgi, døgn	54	1,13	56	1,06	3,4	6,7
Elektiv kirurgi, dag	22	1,03	22	0,95	1,6	7,6
Elektiv medisin, døgn	29	1,10	22	1,12	-25,3	-11,0
Elektiv medisin, dag	9	1,18	13	1,01	47,8	5,4
Ø-hjelp, kirurgi	34	1,06	47	1,18	40,7	10,9
Ø-hjelp, medisin	70	1,05	70	1,04	0,4	-2,8
Annet	17	0,88	21	0,90	19,2	3,3
Totalt	235	1,06	252	1,05	7,0	2,6

Det har vært til dels betydelig forskjell i vekst for noen av aktivitetstypene i Helse Nord sammenlignet med landsgjennomsnittet i perioden 2003-2008. Det har vært klart lavere vekst i elektiv dag- og døgnkirurgi. Mens veksten på landsbasis var rundt ti prosent for disse aktivitetstypene, var veksten i Helse Nord henholdsvis 1,6 og 3,4 prosent. På den annen side hadde regionen en vesentlig høyere vekst i raten for kirurgisk ø-hjelp, 40,7 prosent mot 26 prosent på landsbasis. Helse Nord hadde også en betydelig lavere vekst i raten for elektiv dagmedisin, 47,8 prosent mot over 70 prosent på landsbasis. På den annen side hadde regionen litt svakere nedgang i raten for elektiv døgnmedisin.

Regionen hadde i 2008 fortsatt høyere rate enn landsgjennomsnittet for elektiv døgnkirurgi. For dagkirurgi har Helse Nord skiftet fra en rate over gjennomsnittet i 2003 til en rate under gjennomsnittet i 2008. For elektive medisinske opphold og ø-hjelpsopphold har regionen fortsatt rater over gjennomsnittet. Men for raten for elektiv dagmedisin var avviket kun en prosent i 2008, mens det var hele 18 prosent i 2003. For kirurgiske ø-hjelpspasienter har den sterke veksten i perioden bidratt til at avviket økte fra seks prosent i 2003 til 18 prosent i 2008. Raten for gruppen "annet" (fødsler og fødende mv.) lå rundt ti prosent under landsgjennomsnittet begge år.

Siste år var veksten i raten for DRG-poeng i Helse Nord høyere enn på landsbasis for alle aktivitetstypene med unntak av elektive medisinske døgnopphold og medisinske ø-hjelpsopphold. For disse var nedgangen større enn på landsbasis. I likhet med tallene for landet som helhet var veksten størst for kirurgisk ø-hjelp, men Helse Nord hadde en betydelig høyere vekst, 10,9 prosent mot fem prosent for landet. Det var også betydelig høyere vekst for elektiv dagkirurgi og også elektiv døgnkirurgi i Helse Nord siste år sammenlignet med landsgjennomsnittet.

2.3.6 Oppsummering regionale forskjeller i utvikling i forbruksrater

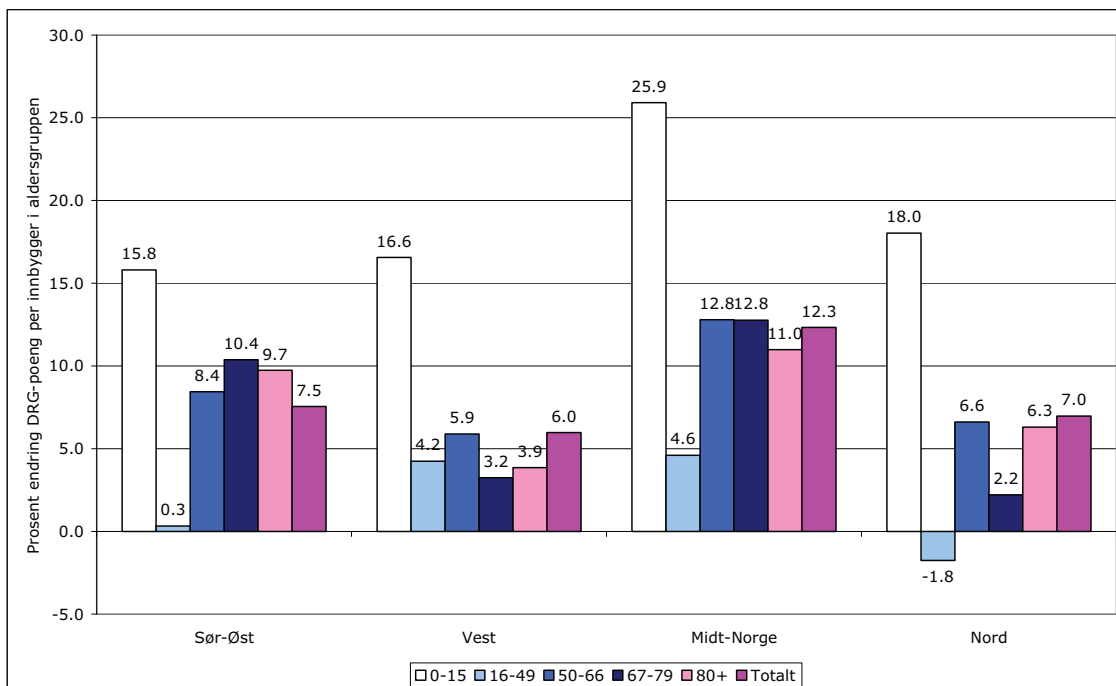
For å lette sammenligningen av utviklingen i forbruksrater for de fire helseregionene viser vi i figurene 2.19-2.22 sammenstilling av utviklingstallene for regionene for henholdsvis perioden 2003 til 2008 og siste år. Figur 2.19 og 2.20 viser prosentvis endring for aldersgruppene.

Helse Midt-Norge hadde gjennomgående høy vekst for alle aldersgrupper både for perioden som helhet og siste år sett i forhold til tilsvarende grupper i de andre regionene. Helse Sør-Øst hadde også, med unntak for gruppen 16-49 år, høy vekst for aldersgruppene i perioden som helhet, mens veksten var relativt sett lav siste år.

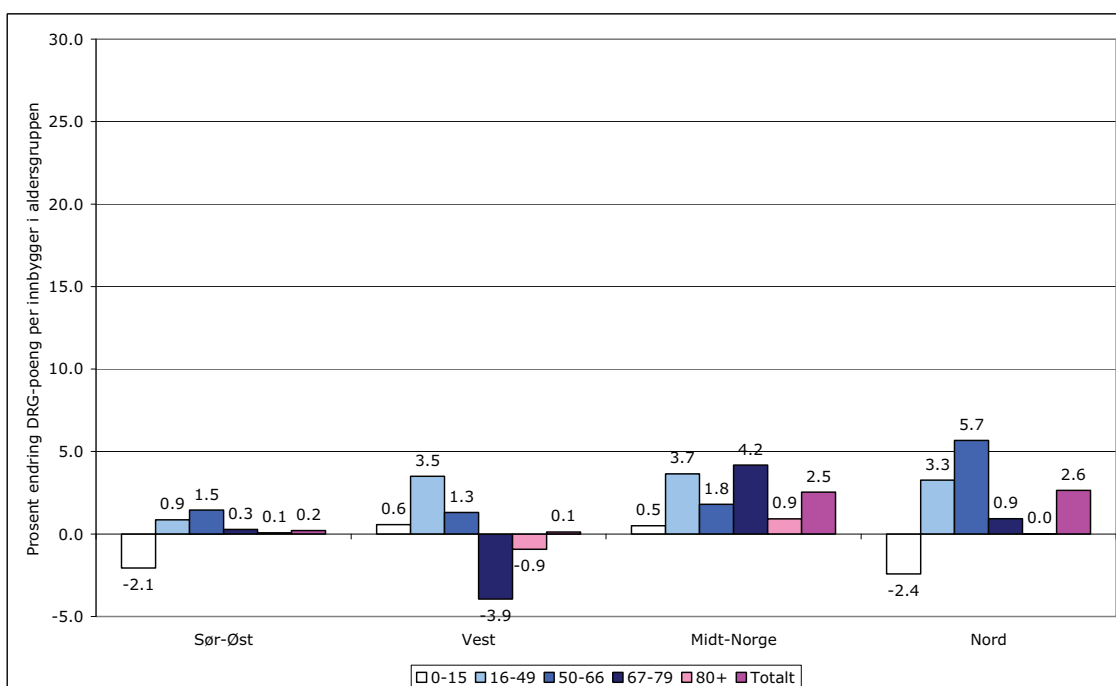
Sett i forhold til Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge hadde Helse Vest lavere vekst i perioden for de fleste aldersgruppene med unntak av gruppen 16-49 år, hvor veksten var på nivå med Helse Midt-Norge. Også Helse Nord skiller seg ut for denne gruppen, men da med motsatt fortegn i og med at veksten var negativ i perioden for denne aldersgruppen.

Både Helse Vest og Helse Nord hadde betydelige forskjeller i utviklingen mellom aldersgruppene siste år. Nedgangen for gruppene over 66 år i Helse Vest siste år kan trolig i betydelig grad knyttes til endring i registrering av pasientdata for Rehabiliteringstjenesten i Rogaland. Vi ser også relativt sett lav vekst for de eldre i Helse Nord.

Det har vært et generelt trekk siste år at veksten i første rekke kommer for aldersgruppene mellom 16 og 66 år. Unntaket her er veksten for gruppen 66-79 år i Helse Midt-Norge som hadde høyest vekst i denne regionen. Det er altså ikke slik at det er de eldre som i størst grad har bidratt til vekst i DRG-poeng siste år. De eldre står imidlertid for en større andel av veksten i opphold enn veksten i DRG-poeng.

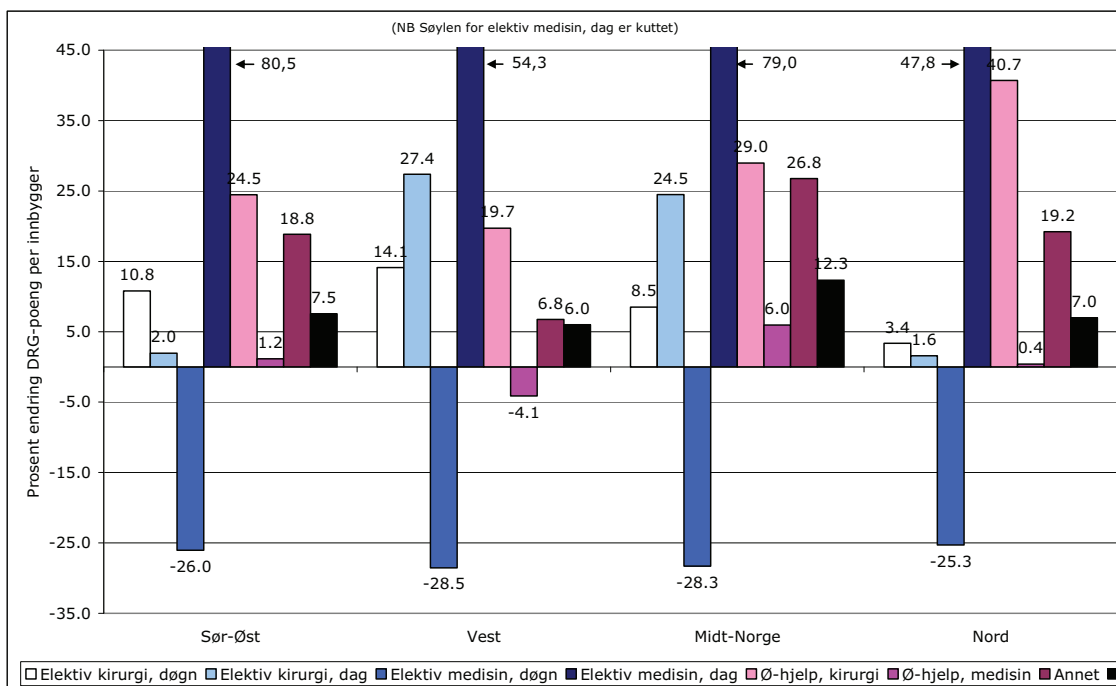


Figur 2.19 Prosent endring i antall DRG-poeng per innbygger for ulike aldersgrupper. Eksklusive dagrehabilitering. 2003-2008. Helseregioner

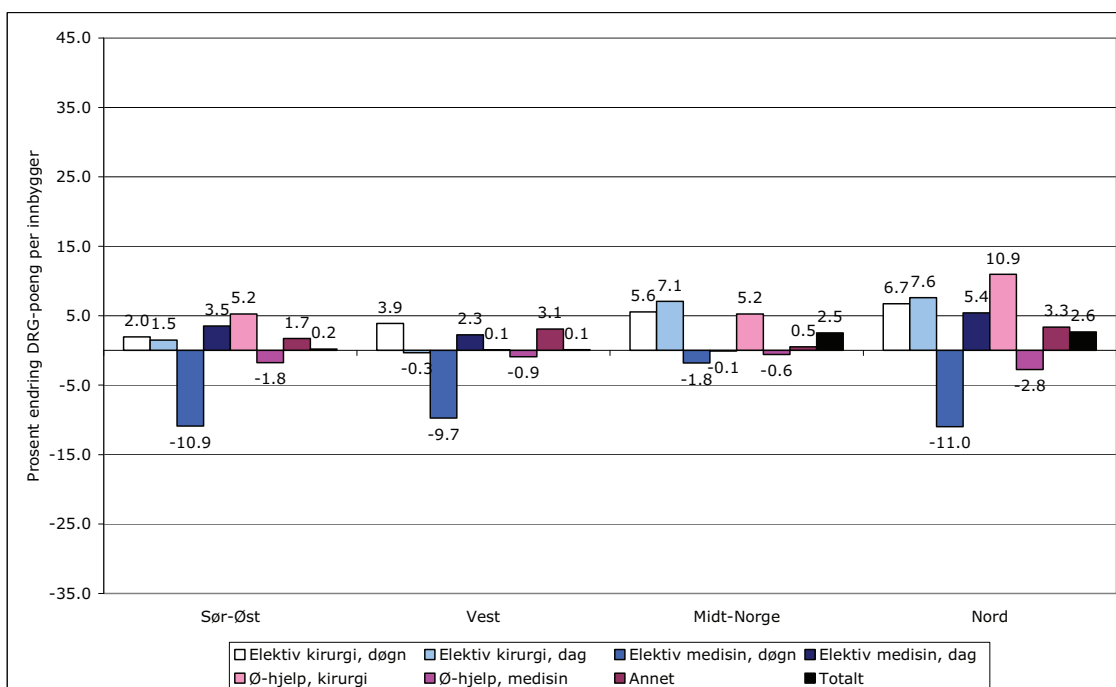


Figur 2.20 Prosent endring i antall DRG-poeng per innbygger for ulike aldersgrupper. Eksklusive dagrehabilitering. 2007-2008. Helseregioner

Figur 2.21 og 2.22 viser prosentvis endring for de ulike aktivitetstypene.



Figur 2.21 Prosent endring i antall DRG-poeng per innbygger etter oppholdstype, hastegrad og DRG-type. Eksklusive dagrehabilitering. 2003-2008. Helseregioner



Figur 2.22 Prosent endring i antall DRG-poeng per innbygger etter oppholdstype, hastegrad og DRG-type. Eksklusive dagrehabilitering. 2007-2008. Helseregioner

Av figur 2.21 kan en lese noen trekk for utviklingen i perioden 2003-2008 som ser ut til å være generelle i den forstand at vi ser de for alle regionene.

Alle regionene hadde høy vekst i DRG-poeng per innbygger for elektive medisinske dagopphold og en reduksjon i elektive medisinske døgnopphold. Alle regionene hadde også relativt sterk vekst for kirurgiske ø-hjelpsoffhold. Helse Vest og Helse Midt-Norge skiller seg ut med høy vekst for elektiv dagkirurgi. Det er også et trekk for alle regionene at det er en økning i antall DRG-poeng, men en nedgang i antall opphold for elektive døgnkirurgi.

Figur 2.22 illustrerer også noen generelle utviklingstrekk siste år. Det var til dels betydelig nedgang i DRG-poeng per innbygger for elektive medisinske døgnopphold, men i mindre grad i Helse Midt-Norge enn i resten av landet. Vi ser også en nedgang i raten for DRG-poeng for medisinske ø-hjelpspasienter. Med unntak for Helse Vest var det også betydelig vekst i raten for kirurgiske ø-hjelpspasienter. Den særskilte sterke veksten i DRG-poeng for medisinske dagpasienter som vi så for perioden totalt ser vi ikke siste år. I Helse Vest og Helse Midt-Norge var det tilnærmet ingen endring siste år.

2.4 Nærmere om datagrunnlag

Beskrivelse av utviklingstrekk er i stor grad basert på data og indikatorer som er tilrettelagt i SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008 (Midttun, 2009).

Beskrivelsen av utviklingstrekk er basert på data fra Norsk pasientregister (NPR) for opphold på offentlig sykehus og private sykehus med driftsavtale, opphold ved private sykehus og som finansieres av det offentlige, polikliniske konsultasjoner ved offentlige sykehus og sykehus med driftsavtale med et regionalt helseforetak (RHF) og konsultasjoner hos private avtalespesialister, samt opphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner (opptreningsinstitusjoner og helsesportssentra). Data for konsultasjoner for private avtalespesialister er ikke komplette. Her er totaltallene estimert som beskrevet i Vedlegg SV4 i "Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008" på SAMDATA-prosjektets nettsider www.sintef.no/samdata.

I beregning av utviklingstall for perioden som helhet er det korrigert for at Oslo kommunale legevakt ble inkludert i datagrunnlaget for DRG-aktiviteten fra og med 2006. I beregning av utviklingstall for poliklinisk behandling er det korrigert for at skadepoliklinikken ved Ullevål Universitetssykehus HF ble inkludert i datagrunnlaget for polikliniske konsultasjoner fra og med 2007. Utviklingstall for siste år i perioden er basert på tall inklusive Oslo kommunale legevakt og skadepoliklinikken ved Ullevål Universitetssykehus HF.

Det har vært en stor endring i registrering av dagrehabiliteringsaktiviteten for de siste to årene som påvirker utviklingstallene vesentlig, både for DRG-poeng og polikliniske konsultasjoner. I 2006 ble det gjennomført journalgjennomgang av et utvalg dagopphold i DRG 462B Rehabilitering, vanlig. Avregningsutvalgets konklusjon etter journalgjennomgangen var at kravene til ISF-refusjon kun var tilfredsstillt for en til to prosent av oppholdene, og utvalget anbefalte derfor avkorting i refusjon for 98 prosent av oppholdene i 2006 (Årsrapport. Avregningsutvalgets arbeid med ISF-oppgjøret 2006, november 2007). Dette medførte en endring i registreringspraksis fra 2006 til 2007. Det ble gjennomført ny journalgjennomgang i 2007, med samme resultat som året før (Årsrapport 2008. Avregningsutvalgets arbeid med ISF-oppgjøret 2007, oktober 2008). Fra 2007 til 2008 er nedgangen i dagrehabiliteringsopphold enda større enn året før. Antall dagrehabiliteringsopphold registrert i aktivitetsdataene for innlagte pasienter gikk ned fra i underkant av 60 000 i 2007 til om lag 10 000 i 2008. Nedgangen skyldes i hovedsak endring i registreringspraksis, men noe kan trolig knyttes til at aktiviteten er opphørt. Oppholdene registreres nå i stor grad som polikliniske konsultasjoner. Vi finner i overkant av 34 000 flere polikliniske konsultasjoner med hoveddiagnose "Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak" for 2008 enn for 2007. Det var svært få slike konsultasjoner i 2007. Disse endringene i registrering av dagrehabiliteringsaktiviteten gir opphav til endringer i aktivitetssammensetning som ikke er "reell". For å få mer sammenlignbare tidsserier har vi derfor valgt å beregne aktivitetstall uten dagrehabilitering inkludert.

Aktiviteten for pasienter som har vært innlagt ved sykehus i perioden beskrives ved antall DRG-poeng for døgn- og dagopphold. Antall DRG-poeng gir uttrykk for et veid antall opphold der beregnede kostnadsvekter i DRG-systemet brukes som vekt. DRG-poeng som aktivitetsmål fanger bedre opp forskjeller i pasientsammensetning enn antall opphold. Ressurskrevende behandlinger teller mye og enklere behandlinger teller lite i antall DRG-poeng. De telles likt når antall opphold legges til grunn. Vi benytter ISF-vektene for å beregne DRG-poeng. Vi vil her spesielt påpeke at beregning av nye kostnadsvekter betyr at vekstsettet endres fra år til år, og dette kan gi store utslag for enkelte pasient- og aktivitetsgrupper.

En vesentlig logikkendring i DRG-systemet fra 2007 til 2008 var at opphold med hoveddiagnosene "Andre spesifiserte tilstander som oppstår i perinatalperioden", "Uspesifisert tilstand som oppstår i perinatalperioden" og "Godartet og uskyldig hjertebilyd" fra 2008 ble gruppert til DRG 391 "Frisk nyfødt" i stedet for DRG 390 "Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem". Dette innebærer en reduksjon i DRG-poeng for disse oppholdene. Det har også vært store logikkendringer og endringer i kostnadsvekter innen hoveddiagnosegruppe 15 " HDG 15 Nyfødte med tilstand oppstått i perinatalperioden"

tidligere i perioden vi studerer. En annen endring i 2008 vedrørende enkelte øye-DRG-er medførte at opphold som havnet i en kirurgisk DRG i 2007 havnet i en medisinsk DRG i 2008. Dette har betydning for inndeling i aktivitetstyper i dette kapitlet. For å ivareta sammenlignbarheten mellom år har vi kodet om de aktuelle oppholdene med operasjonskode CKC10 eller CKC15 (i oper1-oper10) og DRG 36 i 2003 og 2007, slik at de får endret DRG-type fra kirurgi til medisin.

Videre indikerer beregninger fra Helsedirektoratet at økningen i DRG-poeng gjennom perioden vi studerer overvurderer aktivitetsveksten¹⁰. DRG-poeng som aktivitetsmål er drøftet i Vedlegg SV6 i "Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008" på SAMDATA-prosjektets nettsider www.sintef.no/samdata.

Det kan forekomme at pasienter legges inn og registreres som døgnpasienter, men skrives ut samme dag. Pasienten var da ikke lagt inn som dagpasient. Skillet mellom døgnopphold og dagopphold defineres her etter oppholdstype i pasientdata, og ikke ut fra om pasienten blir innskrevet og utskrevet samme dag. I beregning av gjennomsnittlig liggetid settes liggetiden til pasienter som skrives inn og ut samme dag til 0,5 døgn.

Tall for kostnader, personell og senger er basert på samme tallmateriale som er tilrettelagt for SAMDATA-prosjektet tidligere. Kostnadstallene er hentet fra kapittel 2 i Midttun (2009). Kostnadene er eksklusive avskrivninger mv. og er korrigert for prisstigning med utgangspunkt i Statistisk sentralbyrås (SSB) indeks for prisvekst i konsum av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen, se Vedlegg SV6 i "Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten" på SAMDATA-prosjektets nettsider www.sintef.no/samdata. For å få et best mulig grunnlag for å sammenholde kostnadsutviklingen med aktivitetsutviklingen er kostnadstallene korrigert for endringer i nye oppgaver i perioden 2003-2008, se kapittel 2.6 i Midttun (red, 2009). Det er i ettertid av publisering av SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008 avdekket feil i regnskapstallene for to av helseforetakene i Helse Midt-Norge. Disse feilene er korrigert i tallgrunnlaget som presenteres her. Årsverkstallene for 2007 for Helse Midt-Norge er også justert opp med 68 årsverk for administrativt og servicepersonell, som vi har fått opplyst fra et av helseforetakene at manglet i rapporteringen for 2007.

Sengekapasitet uttrykkes ved effektive senger. Effektive senger er gjennomsnittlig antall tilgjengelige senger i løpet av året, se kapittel 14 i Midttun (2009), og kan avvike fra faktisk antall senger på grunn av ferieavvikling, midlertidig stengning av sengeposter mv. Dagplasser telles ikke med i rapporteringen av senger.

Personelltallene og sengetallene er basert på hvilken region helseforetakene eies av eller har driftsavtale med. Tallene for helseregionene er likevel regnet i forhold til innbyggertall. Dette kan i noen grad være misvisende dersom omfanget av gjestepasienter er forskjellig i regionene. Mindre enn fem prosent av døgnoppholdene er imidlertid behandlet ved private sykehus eller i andre regioner enn bostedsregionene (Petersen, 2009).

Utviklingen i gjennomsnittlig ventetid totalt for innleggelser, dagbehandlinger og poliklinisk behandling er basert på ventelistedata fra NPR. Ventetid beregnes for pasienter ordinært avvirket fra venteliste. Det er knyttet usikkerhet til kvaliteten på ventelistedataene, som påvirker nivå og utvikling i ventetid. En stor andel sykehus benytter en mekanisk måte å beregne ventetidsslutt (og påbegynt behandling) på, mens andre setter denne ut fra medisinske vurderinger (Helsedirektoratet 2008). Videre er det åpenbart at tallene over antall avviklede fra venteliste ikke er komplett for enkelte sykehus. Dette gjelder for flere helseforetak i Helse Vest for flere år i perioden. Det beregnes derfor ikke tall for gjennomsnittlig ventetid for Helse Vest og dermed heller ikke for landet samlet.

Det er spesielt interessant å se ventetidsutviklingen i sammenheng med aktivitetsutviklingen. Vi vil forvente at økt aktivitet, kontrollert for befolkningsutvikling, bidrar til å redusere ventetiden til behandling. En slik sammenstilling er imidlertid vanskelig av flere grunner. Dette er også diskutert i Helsedirektoratet sin rapport (Helsedirektoratet, 2008).

¹⁰ Se Årsrapport fra Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten for 2009.

Dette kan blant annet knyttes til at private sykehus ikke er med i ventelistetallene, at ventelistetallene ikke omfatter elektive opphold hvor pasienten tas til behandling samme dag eller dagen etter henvisning, aktiviteten ved poliklinikkene omfatter et vesentlig antall konsultasjoner (oppfølging og kontroller) som ikke er med i ventelistetallene osv. Det vil trolig også være tidsforskyvninger i forholdet mellom kapasitet, aktivitet og henvisninger og ventetid, samtidig som henvisningspraksis kan påvirkes av kapasitets- og aktivitetsutvikling. Det vil kunne være betydelige sammensetningseffekter i forhold til hva som er inkludert i tall som viser utvikling i ventetid og tallene for aktivitetsutvikling.

Behovsindeksene som presenteres i dette kapitlet er basert på kriterier og nøkler i NOU 2008: 2, men oppdatert med nyere tall for kriteriene hentet fra ulike tabeller og databaser på SSB sine nettsider (<http://www.ssb.no>).

2.5 Tallgrunnlag

Tabell 2.18 Nasjonale nøkkeltall for somatisk spesialisthelsetjeneste. 2003-2008. Prosentvis endring for hvert år og for perioden 2003-2008

	2003	2004	2005	2006 ²	2007 ²	2008	Pst endring 2003-2008 ²
Døgnopphold	828 876	840 590	854 581	876 196	862 632	874 167	5,5 (4,7)
		1,4	1,7	2,5 (1,7)	-1,5	1,3	
Dagopphold ¹	382 301	416 461	454 032	478 453	513 853	545 779	42,8
		8,9	9,0	5,4	7,4	6,2	
Samlet antall opphold	1 211 177	1 257 051	1 308 613	1 354 649	1 376 485	1 419 946	17,2 (16,7)
		3,8	4,1	3,5 (3,0)	1,6	3,2	
DRG-poeng døgnopphold	877 291	890 668	919 358	948 274	957 847	975 772	11,2 (11,0)
		1,5	3,2	3,1 (2,9)	1,0	1,9	
DRG-poeng dagopphold ¹	139 969	145 110	156 418	154 893	171 315	177 200	26,6
		3,7	7,8	-1,0	10,6	3,4	
Samlet antall DRG-poeng ¹	1 017 260	1 035 778	1 075 776	1 103 167	1 129 162	1 152 972	13,3 (13,1)
		1,8	3,9	2,5 (2,3)	2,4	2,1	
Polikliniske konsultasjoner ¹	3 240 745	3 374 388	3 458 478	3 551 519	3 735 330	3 847 874	18,7 (15,7)
		4,1	2,5	2,7	5,2 (2,7)	3,0	
Dagrehabilitering, dagopphold	47 277	51 801	60 107	70 192	58 837	9 979	-78,9
		9,6	16,0	16,8	-16,2	-83,0	
Dagrehabilitering, konsultasjoner poliklinikk					718	35 064	
						4783,6	
Konsultasjoner private avtale spes.				2 018 093	2 092 234	2 093 279	
					3,7	0,0	
Opphold ved opptreningsinstitusjoner				28 425	31 928	33 571	
					12,3	5,1	
Kostnader ³	53 419	55 652	57 362	60 072	61 534	62 606	17,2
		4,2	3,1	4,7	2,4	1,7	
Kostnader, korrigert for nye oppgaver ³	52 878	54 816	56 402	57 193	58 246	58 915	11,4
		3,7	2,9	1,4	1,8	1,1	
Kostnader, korrigert for nye oppgaver, men med opptreningsinstitusjoner ³				58 247	59 350	60 007	
					1,9	1,1	

	2003	2004	2005	2006 ²	2007 ²	2008	Pst endring 2003-2008 ²
Legeårsverk	7 628	7 960	8 234	8 444	8 591	8 820	15,6
		4,4	3,4	2,6	2	3	
Sykepleierårsverk	24 400	24 699	24 662	25 389	25 761	25 429	4,2
		1,2	-0,1	2,9	1	-1	
Annet pleie- og behandlingspersonell	13 870	13 797	13 622	13 673	13 340	13 381	-3,5
		-0,5	-1,3	0,4	-2	0	
Administrasjon og servicepersonell	18 242	17 796	18 347	18 272	18 101	18 202	-0,2
		-2,4	3,1	-0,4	-0,9	0,6	
Årsverk totalt	64 140	64 208	64 829	65 774	65 776	65 832	2,6
		0,1	1,0	1,5	0,0	0,1	
Effektive senger	12 985	13 039	12 948	12 834	12 519	11 885	-8,5
		0,4	-0,7	-0,9	-2,5	-5,1	
Gj.sn. liggetid alle opphold	3,7	3,5	3,4	3,2	3,1	3,1	-17,1
		-5,2	-3,8	-4,0	-3,3	-2,2	
Gj.sn. liggetid døgnopphold	5,4	5,2	5,1	5,0	4,9	4,7	-12,5
		-3,3	-1,5	-2,9	-1,5	-3,9	
Årsresultat korrigert for eiers styringskrav RHF totalt ³	-2 392	-2 287	-1 603	-2 106	-1 530	-700	-70,7
		-4,4	-29,9	31,4	-27,4	-54,2	

1) Eksklusive dagrehabilitering.

2) Tallene i parentes er endringstall eksklusive Oslo kommunale legevakt, og Skadepoliklinikken ved Ullevål universitetssykehus.

3) Millioner 2008 kroner. Deflatert.

Tabell 2.19 Nøkkeltall for somatisk spesialisthelsetjeneste per 1 000 innbyggere. 2003-2008. Prosentvis endring for hvert år og for perioden 2003-2008. Helse Sør-Øst

	2003	2004	2005	2006 ²	2007 ²	2008	Pst endring 2003-2008 ²
Døgnopphold	180	180	182	187	183	181	0,8 (-0,6)
		0,4	1,1	2,6 (1,2)	-2,4	-0,8	
Dagopphold ¹	84	88	96	102	110	117	39,6
		5,1	9,1	6,2	8,2	5,9	
Samlet antall opphold,	263	268	278	289	293	298	13,1 (12,2)
		1,9	3,7	3,9 (2,9)	1,3	1,7	
DRG-poeng døgnopphold	193	195	199	204	205	205	6,0 (5,6)
		1,0	2,1	2,5 (2,1)	0,4	-0,1	
DRG-poeng dagopphold ¹	31	30	33	33	36	37	19,7
		-2,1	8,5	0,3	9,8	2,2	
Samlet antall DRG-poeng ¹	224	225	232	237	241	242	7,9 (7,5)
		0,6	3,0	2,2 (1,8)	1,7	0,2	
Polikliniske konsultasjoner ¹	675	696	715	729	778	784	16,1 (10,8)
		3,1	2,7	2,0	6,7 (2,0)	0,7	
Dagrehabilitering, dagopphold	13	15	18	21	16	2	-86,0
		15,8	18,1	14,6	-21,8	-88,6	
Dagrehabilitering, konsultasjoner poliklinikk					0,2	11	
						4 582,4	
Konsultasjoner private avtale spes.				511	533	510	
					4,3	-4,3	
Opphold ved opptreningsinstitusjoner				5,6	6,6	6,9	
					18,1	4,6	
Kostnader ³	11 806	12 002	12 347	12 759	13 135	13 123	11,2
		1,7	2,9	3,3	2,9	-0,1	
Kostnader, korrigerert for nye oppgaver ³	11 680	11 794	12 094	12 055	12 353	12 252	4,9
		1,0	2,5	-0,3	2,5	-0,8	
Kostnader, korrigerert for nye oppgaver, men med opptreningsinstitusjoner ³				12 316	12 629	12 522	
					2,5	-0,9	

	2003	2004	2005	2006 ²	2007 ²	2008	Pst endring 2003-2008 ²
Legeårsverk	1,68	1,73	1,77	1,78	1,78	1,78	6,2
		3,3	2,2	0,6	0,0	-0,1	
Sykepleierårsverk	5,10	5,16	5,12	5,27	5,34	5,07	-0,6
		1,2	-0,8	3,0	1,3	-5,1	
Annet pleie- og behandlingspersonell	2,86	2,83	2,92	2,94	2,78	2,73	-4,7
		-1,1	2,9	0,7	-5,5	-1,7	
Administrasjon og servicepersonell	3,94	3,87	3,94	3,91	3,78	3,79	-3,7
		-1,8	1,8	-0,7	-3,3	0,2	
Årsverk totalt	13,58	13,59	13,74	13,90	13,68	13,37	-1,5
		0,1	1,1	1,2	-1,6	-2,3	
Effektive senger	2,74	2,77	2,74	2,71	2,63	2,43	-11,4
		1,0	-0,7	-1,2	-3,1	-7,6	
Gj.sn. liggetid alle opphold	3,6	3,4	3,3	3,1	3,0	3,0	-16,7
		-4,5	-4,2	-4,1	-2,8	-2,3	
Gj.sn. liggetid døgnopphold	5,2	5,1	5,0	4,8	4,8	4,6	-12,1
		-2,9	-1,6	-2,8	-1,0	-4,5	
Årsresultat korrigert for eiers styringskrav RHF totalt ³	-348	-336	-206	-140	-435	-159	-54,3
		-3,4	-38,6	-32,3	212,1	-63,5	

1) Eksklusive dagrehabilitering.

2) Tallene i parentes er endringstall eksklusive Oslo kommunale legevakt, og Skadepoliklinikken ved Ullevål universitetssykehus.

3) Tusen 2008 kroner. Deflatert.

Tabell 2.20 Nøkkeltall for somatisk spesialisthelsetjeneste per 1 000 innbyggere. 2003-2008. Prosentvis endring for hvert år og for perioden 2003-2008. Helse Vest

	2003	2004	2005	2006 ²	2007 ²	2008	Pst endring 2003-2008 ²
Døgnopphold	173	175	177	179	172	176	2,0
		1,3	1,1	1,1	-4,1	2,7	
Dagopphold ¹	79	90	103	99	98	98	23,8
		13,8	14,1	-3,5	-1,4	0,1	
Samlet antall opphold,	252	265	280	278	270	274	8,9
		5,2	5,5	-0,6	-3,1	1,8	
DRG-poeng døgnopphold	179	179	185	188	185	186	4,3
		0,0	3,6	1,6	-1,4	0,6	
DRG-poeng dagopphold ¹	30	33	37	34	35	34	16,1
		10,1	14,0	-8,6	3,6	-2,2	
Samlet antall DRG-poeng ¹	208	211	222	222	220	221	6,0
		1,4	5,2	-0,1	-0,7	0,1	
Polikliniske konsultasjoner ¹	647	682	699	713	712	720	11,4
		5,4	2,5	2,0	-0,1	1,1	
Dagrehabilitering, dagopphold	4	4	4	7	7	1	-70,7
		-5,6	0,9	60,4	3,1	-81,4	
Dagrehabilitering, konsultasjoner poliklinikk					0	3	
						-	
Konsultasjoner private avtale spes.				380	369	388	
					-3,0	5,4	
Opphold ved opptreningsinstitusjoner				5	5	5	
					7,7	1,6	
Kostnader ³	10 433	10 687	10 854	11 359	11 414	11 495	10,2
		2,4	1,6	4,7	0,5	0,7	
Kostnader, korrigert for nye oppgaver ³	10 344	10 587	10 743	10 970	10 947	10 975	6,1
		2,4	1,5	2,1	-0,2	0,3	
Kostnader, korrigert for nye oppgaver, men med opptreningsinstitusjoner ³				11 040	11 020	11 045	
					-0,2	0,2	

	2003	2004	2005	2006 ²	2007 ²	2008	Pst endring 2003-2008 ²
Legeårsverk	1,48	1,54	1,57	1,64	1,66	1,76	18,6
		3,8	1,7	5,0	1,3	5,7	
Sykepleierårsverk	4,85	4,89	4,83	4,89	4,78	4,83	-0,3
		0,8	-1,1	1,2	-2,3	1,2	
Annet pleie- og behandlingspersonell	2,39	2,53	2,45	2,43	2,43	2,43	1,8
		5,8	-3,0	-1,1	-0,1	0,3	
Administrasjon og servicepersonell	3,91	3,71	4,04	4,13	4,03	3,98	1,7
		-5,1	8,8	2,3	-2,4	-1,3	
Årsverk totalt	12,64	12,67	12,89	13,09	12,90	13,01	2,9
		0,3	1,8	1,6	-1,5	0,8	
Effektive senger	2,66	2,60	2,59	2,49	2,44	2,29	-13,8
		-2,1	-0,2	-4,0	-2,1	-6,0	
Gj.sn. liggetid alle opphold	3,9	3,6	3,4	3,4	3,3	3,2	-18,1
		-8,4	-5,3	-1,9	-1,6	-2,2	
Gj.sn. liggetid døgnopphold	5,6	5,3	5,2	5,0	5,0	4,8	-15,0
		-5,7	-2,0	-2,7	-0,6	-5,0	
Årsresultat korrigeret for eiers styringskrav RHF totalt ³	-675	-666	-222	-471	-97	-141	-79,0
		-1,3	-66,7	112,2	-79,5	46,3	

1) Eksklusive dagrehabilitering.

2) Vi oppgir ikke endringstall eksklusive Oslo I kommunale legevakt, og Skadepoliklinikken ved Ullevål universitetssykehus for denne regionen fordi dette har liten betydning for endringstallene (0,1 prosentpoeng eller mindre).

3) Tusen 2008 kroner. Deflatert.

Tabell 2.21 Nøkkeltall for somatisk spesialisthelsetjeneste per 1 000 innbyggere, 2003-2008. Prosentvis endring for hvert år og for perioden 2003-2008. Helse Midt-Norge

	2003	2004	2005	2006 ²	2007 ²	2008	Pst endring 2003- 2008 ²
Døgnopphold	181	184	184	182	177	179	-1,2
		1,2	0,4	-1,1	-3,1	1,5	
Dagopphold ¹	85	100	100	107	118	123	44,4
		16,8	0,7	6,1	11,0	4,2	
Samlet antall opphold,	267	283	285	289	295	303	13,4
		6,2	0,5	1,4	2,1	2,6	
DRG-poeng døgnopphold	191	194	199	202	202	206	8,3
		2,0	2,2	1,6	0,1	2,1	
DRG-poeng dagopphold ¹	30	36	34	34	40	42	37,9
		18,4	-4,3	-1,0	17,5	4,7	
Samlet antall DRG-poeng ¹	221	230	233	236	242	248	12,4
		4,3	1,2	1,2	2,6	2,5	
Polikliniske konsultasjoner ¹	808	842	830	827	838	873	8,0
		4,2	-1,4	-0,4	1,4	4,1	
Dagrehabilitering, dagopphold	3	2	2	1	2	1	-68,0
		-42,4	14,4	-24,6	36,9	-53,0	
Dagrehabilitering, konsultasjoner poliklinikk					0	1	
						3327,1	
Konsultasjoner private avtale spes.				324	345	357	
					6,7	3,5	
Opphold ved opptreningsinstitusjoner				8	8	9	
					7,0	2,3	
Kostnader ³	11 933	12 776	13 170	13 532	13 246	13 655	14,4
		7,1	3,1	2,7	-2,1	3,1	
Kostnader, korrigert for nye oppgaver ³	11 811	12 587	13 003	12 982	12 647	12 987	10,0
		6,6	3,3	-0,2	-2,6	2,7	
Kostnader, korrigert for nye oppgaver, men med opptreningsinstitusjoner ³				13 230	12 875	13 213	
					-2,7	2,6	

	2003	2004	2005	2006 ²	2007 ²	2008	Pst endring 2003- 2008 ²
Legeårsverk	1,59	1,69	1,74	1,77	1,76	1,80	12,7
		5,8	3,3	1,6	-0,5	2,0	
Sykepleierårsverk	5,76	5,82	5,90	6,05	5,95	5,99	4,0
		1,0	1,4	2,5	-1,7	0,7	
Annet pleie- og behandlingspersonell	2,76	2,74	2,73	2,57	2,51	2,54	-7,9
		-0,7	-0,4	-6,0	-2,3	1,4	
Administrasjon og servicepersonell	3,46	3,67	3,72	3,69	3,51	3,54	2,4
		6,2	1,2	-0,7	-4,8	0,8	
Årsverk totalt	13,57	13,92	14,09	14,08	13,73	13,87	2,2
		2,6	1,2	-0,1	-2,5	1,0	
Effektive senger	2,92	2,89	2,86	2,81	2,55	2,44	-16,3
		-1,0	-0,8	-2,0	-9,0	-4,4	
Gj.sn. liggetid alle opphold	4,0	3,8	3,7	3,5	3,2	3,1	-21,8
		-4,9	-2,5	-5,5	-8,4	-2,7	
Gj.sn. liggetid døgnopphold	5,7	5,7	5,5	5,3	5,1	5,0	-13,3
		-1,3	-2,4	-3,7	-4,3	-2,3	
Årsresultat korrigert for eiers styringskrav RHF totalt ³	-869	-917	-1 029	-1 225	-16	129	-114,9
		5,5	12,1	19,1	-98,7	-907,2	

1) Eksklusive dagrehabilitering.

2) Vi oppgir ikke endringstall eksklusive Oslo I kommunale legevakt, og Skadepoliklinikken ved Ullevål universitetssykehus for denne regionen fordi dette har liten betydning for endringstallene (0,1 prosentpoeng eller mindre).

3) Tusen 2008 kroner. Deflatert.

Tabell 2.22 Nøkkeltall for somatisk spesialisthelsetjeneste per 1 000 innbyggere, 2003-2008. Prosentvis endring for hvert år og for perioden 2003-2008. Helse Nord

	2003	2004	2005	2006 ²	2007 ²	2008	Pst endring 2003- 2008 ²
Døgnopphold	198	200	201	203	200	195	-1,2
		1,3	0,4	1,1	-1,6	-2,3	
Dagopphold ¹	87	90	93	102	105	114	30,1
		2,8	3,6	10,0	2,4	8,4	
Samlet antall opphold,	285	290	294	306	305	309	8,4
		1,7	1,4	3,9	-0,3	1,4	
DRG-poeng døgnopphold	203	205	209	215	211	216	6,1
		0,8	2,2	2,6	-1,6	2,0	
DRG-poeng dagopphold ¹	32	31	32	32	34	36	12,9
		-3,7	2,2	1,2	6,5	6,5	
Samlet antall DRG-poeng ¹	235	236	241	247	245	252	7,0
		0,2	2,2	2,4	-0,6	2,6	
Polikliniske konsultasjoner ¹	858	871	879	910	922	957	11,6
		1,5	1,0	3,5	1,3	3,8	
Dagrehabilitering, dagopphold	16	16	17	18	16	7	-58,8
		-1,5	7,5	5,9	-9,1	-59,6	
Dagrehabilitering, konsultasjoner poliklinikk					0	4	
						2 421,0	
Konsultasjoner private avtale spes.				239	212	224	
					-11,2	5,6	
Opphold ved opptreningsinstitusjoner				9	9	10	
					-3,6	5,5	
Kostnader ³	13 461	14 471	14 597	15 569	15 062	15 285	13,5
		7,5	0,9	6,7	-3,3	1,5	
Kostnader, korrigert for nye oppgaver ³	13 329	14 278	14 394	14 891	14 249	14 423	8,2
		7,1	0,8	3,5	-4,3	1,2	
Kostnader, korrigert for nye oppgaver, men med opptreningsinstitusjoner ³				15 210	14 580	14 751	
					-4,1	1,2	

	2003	2004	2005	2006 ²	2007 ²	2008	Pst endring 2003- 2008 ²
Legeårsverk	1,81	1,84	2,00	2,09	2,19	2,20	21,7
		1,5	8,8	4,4	5,0	0,5	
Sykepleierårsverk	5,83	5,81	5,85	5,88	6,03	5,95	2,2
		-0,3	0,6	0,6	2,6	-1,3	
Annet pleie- og behandlingspersonell	4,15	4,03	4,06	4,13	4,06	3,92	-5,6
		-3,0	0,8	1,8	-1,7	-3,6	
Administrasjon og servicepersonell	4,34	3,53	3,60	3,09	3,46	3,23	-25,6
		-18,6	2,0	-14,2	11,9	-6,6	
Årsverk totalt	16,13	15,21	15,51	15,19	15,74	15,30	-5,1
		-5,7	2,0	-2,0	3,6	-2,8	
Effektive senger	3,24	3,18	2,92	2,94	2,89	2,84	-12,6
		-2,0	-8,2	0,9	-1,7	-1,9	
Gj.sn. liggetid alle opphold	3,6	3,5	3,5	3,3	3,2	3,2	-10,6
		-3,1	0,1	-4,3	-2,3	-1,4	
Gj.sn. liggetid døgnopphold	5,2	5,0	5,1	5,0	4,9	4,8	-6,3
		-2,9	1,3	-2,0	-1,7	-1,0	
Årsresultat korrigert for eiers styringskrav RHF totalt ³	-686	-447	-416	-1 054	-601	-477	-30,5
		-34,8	-7,0	153,4	-43,1	-20,6	

1) Eksklusive dagrehabilitering.

2) Vi oppgir ikke endringstall eksklusive Oslo kommunale legevakt, og Skadepoliklinikken ved Ullevål universitetssykehus for denne regionen fordi dette har liten betydning for endringstallene (0,1 prosentpoeng eller mindre).

3) Tusen 2008 kroner. Deflatert.

Tabell 2.23 DRG-poeng per 1 000 innbyggere¹. Etter behandlingssted. 2008, 2007 og 2003. Inndeling i behandlingssted basert på opptaksområder i 2008 for alle årene. Tidligere Helse Sør og Helse Øst behandlets som en region for alle årene

2008						
Bostedsregion	Pasientens eget HF	Andre HF i egen region	Andre RHF	Private ideelle	Private kommersielle	Totalt
Sør-Øst	164,2	68,1	2,7	3,0	3,8	241,7
Vest	168,8	35,4	10,5	1,0	5,0	220,7
Midt-Norge	198,3	29,7	11,8	1,2	7,1	248,0
Nord	192,1	38,2	18,0	1,3	2,3	251,9
Totalt	172,6	53,1	7,1	2,2	4,4	239,2
2007						
Bostedsregion	Pasientens eget HF	Andre HF i egen region	Andre RHF	Private ideelle	Private kommersielle	Totalt
Sør-Øst	163,8	67,9	2,6	3,1	3,8	241,2
Vest	170,9	34,4	9,6	1,4	4,2	220,4
Midt-Norge	193,5	28,4	12,2	0,9	6,9	241,9
Nord	187,0	37,5	17,6	1,8	1,5	245,4
Totalt	171,7	52,5	6,8	2,3	4,1	237,4
2003						
Bostedsregion	Pasientens eget HF	Andre HF i egen region	Andre RHF	Private ideelle	Private kommersielle	Totalt
Sør-Øst	153,5	58,4	2,6	3,0	6,6	224,1
Vest	161,4	31,9	12,4	1,7	0,8	208,2
Midt-Norge	171,0	32,3	10,4	0,6	6,5	220,7
Nord	182,8	34,8	16,5	1,1	0,1	235,4
Totalt	160,5	46,9	7,1	2,2	4,7	221,5

1) Eksklusive dagrehabilitering.

Tabell 2.24 Gjennomsnittlig ventetid til døgntilrettelagt behandling, etter bostedsregion, 2003-2008. Prosent endring 2003-2008 og 2007-2008

Bostedsregion	Alle						Pst. endring 2003-2008	Pst. endring 2007-2008
	2003	2004	2005	2006	2007	2008		
Sør-Øst	70	58	62	63	61	61	-12,9	0,0
Midt-Norge	107	97	90	87	87	66	-38,3	-24,1
Nord	92	68	72	76	71	78	-15,2	9,9
Bostedsregion	Med rett til helsehjelp						Pst. endring 2003-2008	Pst. endring 2007-2008
	2003	2004	2005	2006	2007	2008		
Sør-Øst	56	50	54	53	50	50	-10,7	0,0
Midt-Norge	83	88	87	86	85	64	-22,9	-24,7
Nord	66	61	61	64	61	64	-3,0	4,9
Bostedsregion	Uten rett til helsehjelp						Pst. endring 2003-2008	Pst. endring 2007-2008
	2003	2004	2005	2006	2007	2008		
Sør-Øst	81	67	73	78	83	86	6,2	3,6
Midt-Norge	189	173	97	88	102	85	-55,0	-16,7
Nord	100	72	90	96	94	106	6,0	12,8

Tabell 2.25 Gjennomsnittlig ventetid til dagbehandling, Etter bostedsregion, 2003-2008. Prosent endring 2003-2008 og 2007-2008

Bostedsregion	Alle						Pst. endring 2003-2008	Pst. endring 2007-2008
	2003	2004	2005	2006	2007	2008		
Sør-Øst	84	73	68	63	68	73	-13,1	7,4
Midt-Norge	130	107	99	113	123	95	-26,9	-22,8
Nord	121	89	73	71	77	80	-33,9	3,9
Bostedsregion	Med rett til helsehjelp						Pst. endring 2003-2008	Pst. endring 2007-2008
	2003	2004	2005	2006	2007	2008		
Sør-Øst	76	64	66	58	58	61	-19,7	5,2
Midt-Norge	113	107	97	107	116	80	-29,2	-31,0
Nord	90	70	55	51	48	53	-41,1	10,4
Bostedsregion	Uten rett til helsehjelp						Pst. endring 2003-2008	Pst. endring 2007-2008
	2003	2004	2005	2006	2007	2008		
Sør-Øst	87	82	69	65	75	85	-2,3	13,3
Midt-Norge	180	83	113	158	166	180	0,0	8,4
Nord	108	94	92	92	114	106	-1,9	-7,0

Tabell 2.26 Gjennomsnittlig ventetid til poliklinisk behandling. Etter bostedsregion. 2003-2008. Prosent endring 2003-2008 og 2007-2008

Bostedsregion	Alle						Pst. endring 2003-2008	Pst. endring 2007-2008
	2003	2004	2005	2006	2007	2008		
Sør-Øst	74	67	67	70	70	69	-6,8	-1,4
Midt-Norge	78	67	65	68	76	86	10,3	13,2
Nord	83	76	82	78	79	83	0,0	5,1
Bostedsregion	Med rett til helsehjelp						Pst. endring 2003-2008	Pst. endring 2007-2008
	2003	2004	2005	2006	2007	2008		
Sør-Øst	64	61	59	62	64	64	0,0	0,0
Midt-Norge	71	65	64	67	75	82	15,5	9,3
Nord	66	67	69	64	69	72	9,1	4,3
Bostedsregion	Uten rett til helsehjelp						Pst. endring 2003-2008	Pst. endring 2007-2008
	2003	2004	2005	2006	2007	2008		
Sør-Øst	73	71	74	80	78	75	2,7	-3,8
Midt-Norge	95	88	75	69	81	109	14,7	34,6
Nord	80	75	85	89	90	93	16,3	3,3

Tabell 2.27 Antall DRG-poeng etter oppholdstype, hastegrad og DRG-type per 1 000 innbyggere i 2008. Totalt og for ulike aldersgrupper (innbyggertallet i gruppen er brukt til å beregne rater). Prosentvis endring 2007-2008

Bostedsregion	Rate						Endring 2007-2008					
	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt
Elektiv kirurgi døgn												
Sør-Øst	10	23	91	201	138	54	-13,6	1,1	3,9	3,0	2,4	2,0
Vest	10	22	82	183	137	48	-7,3	5,1	6,9	-0,8	10,7	3,9
Midt-Norge	11	23	88	191	131	54	-8,2	-4,7	7,4	10,5	11,1	5,6
Nord	11	26	88	188	134	56	-14,6	8,5	6,8	4,5	14,6	6,7
Totalt	11	23	89	195	136	53	-11,4	1,8	5,2	3,4	6,2	3,3
Elektiv kirurgi dag												
Sør-Øst	6	20	32	41	47	23	-6,0	1,6	5,2	4,0	-8,2	1,5
Vest	7	20	35	46	58	24	-2,3	2,2	-2,0	-1,1	-3,9	-0,3
Midt-Norge	7	25	39	46	50	27	6,1	13,0	6,9	0,4	-7,0	7,1
Nord	9	22	30	33	34	22	3,5	5,8	10,6	5,9	10,3	7,6
Totalt	7	21	33	42	48	24	-2,5	3,8	4,4	2,5	-6,0	2,5
Elektiv medisin døgn												
Sør-Øst	8	11	33	54	46	20	-3,1	-10,3	-10,9	-12,3	-14,3	-10,9
Vest	9	9	30	50	41	17	8,7	-3,4	-6,3	-17,1	-28,5	-9,7
Midt-Norge	7	8	26	48	42	17	6,9	-0,5	-7,6	-1,9	5,3	-1,8
Nord	10	10	33	60	52	22	-8,7	-17,0	-11,0	-10,6	-4,2	-11,0
Totalt	9	10	31	53	45	19	-0,1	-8,8	-9,7	-11,8	-14,1	-9,7
Elektiv medisin dag ¹												
Sør-Øst	2,4	6,4	25	44	31	14	13,8	4,2	2,0	6,1	-1,5	3,5
Vest	2,6	5,3	20	30	22	10	29,0	6,9	2,1	-6,1	-0,7	2,3
Midt-Norge	3,4	6,7	24	42	27	14	-12,6	1,6	-3,7	5,9	0,5	-0,1
Nord	2,7	7,6	23	35	19	13	-6,1	2,9	8,5	3,8	3,8	5,4
Totalt	2,7	6,3	24	40	27	13	8,4	4,3	1,8	3,9	-0,8	3,0
Ø-hjelp kirurgi												
Sør-Øst	8	19	51	111	204	39	5,1	1,3	9,1	5,6	5,9	5,2
Vest	6	19	47	108	192	36	-5,0	2,9	0,2	-0,9	-0,6	0,1
Midt-Norge	8	21	53	118	199	42	19,1	9,4	5,5	8,1	-3,4	5,2
Nord	7	22	63	141	222	47	-7,1	4,8	16,4	11,7	9,4	10,9
Totalt	7	20	52	115	203	40	2,9	3,4	7,8	5,7	3,6	5,0

Bostedsregion	Rate						Endring 2007-2008					
	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt
Ø-hjelp medisin												
Sør-Øst	20	26	76	205	425	68	4,4	-1,8	-1,7	-3,1	-0,4	-1,8
Vest	20	26	69	179	414	61	2,9	1,3	0,8	-5,0	-0,3	-0,9
Midt-Norge	21	26	74	212	444	72	9,3	-1,6	-3,7	-1,0	0,8	-0,6
Nord	20	29	76	203	403	70	-2,9	1,8	2,4	-5,9	-8,6	-2,8
Totalt	20	27	75	201	424	68	4,0	-0,9	-1,2	-3,4	-1,0	-1,6
Annet												
Sør-Øst	68	21	0	0	0	23	-2,6	9,0	-	-	-	1,7
Vest	65	21	0	0	0	24	0,2	8,9	-	-	-	3,1
Midt-Norge	61	21	0	0	0	22	-2,9	7,0	-	-	-	0,5
Nord	59	20	0	0	0	21	1,6	8,0	-	-	-	3,3
Totalt	66	21	0	0	0	23	-1,6	8,6	-	-	-	2,0
Totalt												
Sør-Øst	123	126	308	655	891	242	-2,2	0,0	0,4	-0,3	-0,5	-0,5
Vest	120	121	282	598	865	221	0,5	3,2	0,7	-4,2	-0,9	-0,2
Midt-Norge	118	132	304	658	894	248	0,4	3,6	1,7	4,1	0,9	2,5
Nord	119	137	315	660	868	253	-2,7	2,7	5,1	0,3	-0,2	2,2
Totalt	122	128	304	647	886	240	-1,3	1,4	1,1	-0,3	-0,3	0,3

1) Eksklusive dagrehabilitering

Tabell 2.28 Prosentvis endring 2003-2008 i antall DRG-poeng etter oppholdstype, hastegrad og DRG-type per innbygger. Totalt og for ulike aldersgrupper (innbyggertallet i gruppen er brukt til å beregne rater)

Bostedsregion	Endring 2003-2008					
Elektiv kirurgi døgn						
	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt
Sør-Øst	0,8	-7,1	14,2	20,8	14,2	10,8
Vest	7,0	4,3	12,8	17,8	20,8	14,1
Midt-Norge	13,7	-12,9	7,8	16,7	22,7	8,5
Nord	4,2	-8,7	1,9	2,1	5,0	3,4
Totalt	4,7	-6,3	11,6	17,5	15,6	10,2
Elektiv kirurgi dag						
	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt
Sør-Øst	6,8	-3,9	0,3	10,7	12,3	2,0
Vest	26,1	18,7	25,0	41,8	37,2	27,4
Midt-Norge	7,0	19,3	29,8	32,9	14,5	24,5
Nord	6,7	-8,2	-2,8	25,9	26,1	1,6
Totalt	10,6	2,8	8,4	20,7	18,6	9,7
Elektiv medisin døgn						
	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt
Sør-Øst	-14,3	-27,8	-28,6	-26,0	-24,7	-26,0
Vest	-18,0	-33,0	-27,1	-24,9	-42,7	-28,5
Midt-Norge	-19,2	-39,5	-34,4	-20,4	-12,5	-28,3
Nord	-28,6	-37,6	-26,8	-22,8	-10,7	-25,3
Totalt	-17,8	-31,3	-28,8	-24,7	-26,2	-26,7
Elektiv medisin dag ¹						
	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt
Sør-Øst	64,2	66,7	75,5	85,1	121,5	80,5
Vest	17,7	126,8	30,3	32,5	116,3	54,3
Midt-Norge	123,2	119,5	70,1	61,9	49,1	79,0
Nord	13,3	118,5	32,5	17,6	38,5	47,8
Totalt	51,1	86,9	60,4	63,4	98,4	71,6

Bostedsregion	Endring 2003-2008					
Ø-hjelp kirurgi						
	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt
Sør-Øst	21,6	17,5	35,1	24,9	21,1	24,5
Vest	-7,9	18,0	22,6	19,2	22,0	19,7
Midt-Norge	19,2	22,2	43,5	31,3	16,5	29,0
Nord	39,0	17,6	49,6	43,7	30,9	40,7
Totalt	15,4	18,8	35,3	27,3	21,6	26,0
Ø-hjelp medisin						
	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt
Sør-Øst	3,2	-4,2	3,7	0,1	4,8	1,2
Vest	-7,1	-1,5	1,6	-11,5	-2,4	-4,1
Midt-Norge	12,6	-0,9	10,8	1,9	6,4	6,0
Nord	5,4	-3,2	8,1	-11,4	-3,1	0,4
Totalt	2,1	-2,9	4,8	-3,1	2,8	0,7
Annet						
	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt
Sør-Øst	28,0	16,2	-	-	-	18,8
Vest	39,1	-0,7	-	-	-	6,8
Midt-Norge	44,6	18,0	-	-	-	26,8
Nord	43,3	10,2	-	-	-	19,2
Totalt	34,0	12,0	-	-	-	17,2
Totalt						
	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt
Sør-Øst	15,7	-0,5	7,6	9,9	9,0	6,9
Vest	16,4	4,2	5,6	3,0	3,7	5,8
Midt-Norge	25,4	4,5	12,6	12,6	11,0	12,2
Nord	17,6	-2,1	6,0	1,4	6,2	6,4
Totalt	17,4	1,1	7,8	8,1	8,0	7,4

1) Eksklusive dagrehabilitering