

# SAMDATA Somatikk 2004

## Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2004

Ronny Jørgenvåg  
(red)

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

Rapport 1/05

ISBN 82-446-1002-6  
ISSN 0802-4979

SINTEF © Helse  
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Forside: TAPIR UTTRYKK

Trykk: TAPIR UTTRYKK, Trondheim



# SINTEF RAPPORT

## SINTEF Helse

Postadresse:  
7465 Trondheim/  
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:  
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)  
Telefaks:  
22 06 79 09 (Oslo)  
930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

**SAMDATA Somatikk sektorrapport 2004**

FORFATTER(E)

Ronny Jørgenvåg (red.)

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. STF78 A055020	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Marit Getz Wold	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-446-1002-6	PROSJEKTNR. 78H055.30	ANTALL SIDER OG BILAG 289
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\NIS\Prosjekt\78H05530\Endelig rapport	PROSJEKTLIDER (NAVN, SIGN.) Ronny Jørgenvåg	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)	
ARKIVKODE E	DATO 2005-09-15	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Kari Nyland, forskningssjef	

### SAMMENDRAG

I 2004 utgjør totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste 46,7 mrd kroner. Dette innebærer en realvekst fra 2003 på 3,1 prosent. Siste års kostnadsvekst er finansiert av økt rammebevilgning fra RHF-ene.

Det er en svak vekst i årsverk på 0,5 prosent ved somatiske sykehus fra 2003 til 2004. Fordelt på typer personell er det en økning i overkant av fire prosent i legeårsverk, mens det er en reel tilbakegang innen hjelpepleiere/barnpleiere, administrasjon, kontorpersoneell og service- driftspersoneell. Utviklingen i sengetall viser en utflating sammenlignet med tidligere år.

Målt i antall opphold (døgnopphold og dagbehandling) økte bruken av sykehustjenester med i alt 4,3 prosent fra 2003 til 2004. Økningen i antall dagbehandlinger var 9,8 prosent og døgnopphold 1,6 prosent. Polikliniske konsultasjoner økte med 4,3 prosent. I 2004 ble omlag 132 000 pasientopphold (døgnopphold og dagbehandling) utført utenfor pasientenes bostedsregion. Omtrent 10 prosent av alle opphold, og 14 prosent av alle elektive opphold, var behandlinger utenfor pasientenes bostedsregion i 2004. Det er en økning i antall pasienter som venter på behandling ved somatiske sykehus ved utgangen av 1. tertial 2005 sammenlignet med samme periode i 2004 på fem prosent. Ventetiden til behandling (for ventende pasienter) er uendret fra 1. tertial 2004 til 2005 på nasjonalt nivå.

Driftskostnader per korrigerede opphold går ned med 1,3 prosent fra 2003 til 2004, og indikerer en økning i produktiviteten. Målt med korrigerede opphold per årsverk, øker produktiviteten med to prosent på landsbasis.

Fra 2003 til 2004 øker teknisk effektivitet med 0,4 prosent, mens kostnadseffektiviteten øker med 1,2 prosent.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Sykehus	Hospitals
EGENVALGTE	Statistikk	Statistics



# Forord

Formålet med SAMDATA Somatikk er å presentere bearbeidede og sammenlignbare styringsindikatorer, samt analyser av utviklingstendenser for spesialisthelsetjenesten i den somatiske sektoren. Målet er at SAMDATA Somatikk skal gi et godt grunnlag for styring, planlegging, evaluering og forskning om sektoren. Arbeidet med rapporten tar utgangspunkt i hovedmålene for helsetjenesten, og fokuserer særlig på målet om *god tilgang til helsetjenester av god kvalitet for alle innbyggere i Norge, uavhengig av bosted, kjønn og alder* og målet om *effektiv utnyttelse av offentlige ressurser*.

SINTEF Helse utarbeider også en rapport for psykisk helsevern, SAMDATA Psykisk Helsevern.

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

Thomas Halvorsen har kvalitetskontrollert og bearbeidet personell- og sengedata. Marit Pedersen, Solveig Osborg Ose og Heidi Torvik har kontrollert og bearbeidet regnskapsdata, og Heidi Torvik har vært prosjektleder for kvalitetskontrollen av regnskapsdata. Ronny Jørgenvåg har vært prosjektleder for rapporten. Rapportens forskjellige bidrag er sydd sammen av prosjektsekretær Hanne Kvam.

Pasientdata er innsamlet og kvalitetskontrollert av Norsk pasientregister (NPR). Statistisk Sentralbyrå (SSB) har samlet inn data for senger, personell og regnskap. Dataene er kvalitetskontrollert i samarbeid med SINTEF Helse.

Trondheim, 15. september 2005

Ronny Jørgenvåg  
(red.)



# Innholdsfortegnelse

Forord .....	1
Innholdsfortegnelse .....	3
Tabelloversikt.....	8
Figuroversikt.....	17
Om SAMDATA Somatikk sektorrapport .....	21
Del I Nasjonale og regionale utviklingstrekk .....	25
1    Utviklingen nasjonalt og regionalt 2001-2004.....	27
1.1    Utviklingstrekk sett i lys av helsepolitiske målsetninger .....	27
1.2    Status og utvikling nasjonalt nivå 2001-2004.....	29
1.3    Status og utvikling i helseregionene.....	32
1.3.1    Helseregion Øst.....	32
1.3.2    Helseregion Sør.....	34
1.3.3    Helseregion Vest .....	35
1.3.4    Helseregion Midt-Norge.....	36
1.3.5    Helseregion Nord.....	37
1.3.6    Oppsummering regionale forskjeller.....	38
Del II Befolkningsspesspektiv ("sørge-for" ansvar).....	41
2    Personell og senger .....	43
2.1    Innledning .....	43
2.2    Personell .....	43

2.3	Effektive senger.....	44
2.4	Årsverk – nasjonalt nivå .....	44
2.5	Årsverk – regionalt nivå .....	45
2.6	Senger – regionalt nivå.....	46
2.7	Årsverk – HF-områder .....	47
2.8	Senger – HF-områder .....	48
3	Kostnader og finansiering .....	49
3.1	Innledning .....	49
3.2	Datagrunnlag og definisjoner .....	50
3.3	Nasjonale utviklingstrekk 2003-2004 .....	50
3.4	Regionale utviklingstrekk 2003-2004 .....	52
3.4.1	Regionale tall driftskostnader.....	53
3.4.2	Regionale tall finansiering.....	55
4	Bruk av sykehustjenester .....	61
4.1	Formål og datagrunnlag .....	61
4.2	Fortsatt økning i aktiviteten fra 2003 til 2004.....	62
4.2.1	Vekst i antall opphold ved offentlige og private sykehus.....	62
4.2.2	Flere opphold – bedre tilgjengelighet?.....	63
4.2.3	Befolkningen i helseregion Sør og Nord har høyest forbruk .....	65
4.2.4	Store variasjoner mellom foretaksområder .....	65
4.3	Utviklingen i elektive opphold og ø-hjelpsopphold .....	66
4.4	Utviklingen i liggedøgn.....	67
4.5	Aktivitetsutviklingen i henhold til hovedkapitlene i ICD-10 .....	68
4.5.1	Vekst i aktivitet på offentlige sykehus .....	68
4.5.2	Vekst i aktivitet ved private sykehus.....	69
4.6	Eldres bruk av sykehustjenester .....	69
4.7	Definisjon av datagrunnlaget .....	70
4.8	Befolkningens bruk av sykehustjenester – regionalt nivå.....	71
4.9	Befolkningens bruk av sykehustjenester – HF-områder.....	75



5	Pasientstrømmer.....	85
5.1	Formål og datagrunnlag .....	85
5.2	Nasjonal utvikling i pasientstrømmer 2000-2004 .....	86
5.3	Regionvis utvikling i pasientstrømmer fra 2000 til 2004 .....	86
5.3.1	Helseregion Øst.....	87
5.3.2	Helseregion Sør.....	88
5.3.3	Helseregion Vest .....	90
5.3.4	Helseregion Midt-Norge.....	92
5.3.5	Helseregion Nord.....	94
5.4	Pasientstrømmer regionalt nivå – 2003 og 2004 .....	96
5.5	Pasientstrømmer mellom regionene .....	98
5.6	Pasientstrømmer etter bostedsområde – helseregion Øst .....	101
5.7	Pasientstrømmer etter bostedsområde - helseregion Sør .....	102
5.8	Pasientstrømmer etter bostedsområde – helseregion Vest.....	103
5.9	Pasientstrømmer etter bostedsområde - helseregion Midt Norge .....	104
5.10	Pasientstrømmer etter bostedsområde - helseregion Nord.....	105
6	Tilgjengelighet (ventetider) .....	107
6.1	Formål og datagrunnlag .....	107
6.2	Resultater .....	109
6.3	Generell venteliste- og ventetidsutvikling .....	112
6.4	Antall ventende og ventetidsutvikling fordelt på fagområde .....	116
7	Aktivitetsvekst og prioritering .....	119
7.1	Innledning .....	119
7.2	Generell aktivitetsutvikling .....	119
7.2.1	Aktivitetsvekst og organisering .....	122
7.2.2	Hvilke pasientgrupper har fått økt sitt tjenesteforbruk? .....	125
7.2.3	Ressursberegning knyttet til økning i aktivitet.....	129
7.3	Prioritering.....	129
7.3.1	Tjenestebruk for pasienter med kronisk diagnose .....	130

7.3.2	Ressursbruk knyttet til kroniske pasienter .....	139
7.3.3	Utvikling i praksis knyttet til "Rett til helsehjelp" .....	139
7.4	Avsluttende kommentarer .....	143
Del III Foretaksperspektivet.....		145
8	Dagkirurgi.....	147
8.1	Innledning .....	147
8.2	Hovedtrender .....	148
8.3	Variasjoner mellom regioner og helseforetak.....	150
8.4	Variasjoner innenfor de største dagkirurgiske DRGene.....	154
9	Aktivitet og ressursbruk .....	159
9.1	Korrigerte opphold og samlet antall opphold .....	159
9.2	Gjennomsnittlig liggetid .....	160
9.3	Andel døgn- og langtidsopphold, andel langtidsliggedager og andel polikliniske inntekter.....	161
9.4	Driftskostnader per korrigert opphold og per liggedag .....	161
9.4.1	Formål og datagrunnlag .....	161
	9.4.1.1 Forbehold.....	162
9.4.2	Resultater .....	164
9.5	Korrigerte opphold per årsverk og per behandlerårsverk og beleggsprosent.....	166
9.6	Aktivitet – regionale helseforetak .....	167
9.7	Produktivitetsmål – regionale helseforetak.....	168
9.8	Aktivitet – helseforetak.....	169
9.9	Produktivitetsmål - helseforetak .....	174
9.10	Aktivitet og kostnader for andre sykehus.....	177
10	Effektivitetsutvikling 1999 – 2004 .....	179
10.1	Innledning .....	179
10.2	Metode.....	179
10.3	Datagrunnlag og modellspesifikasjon .....	180
10.3.1	Teknisk effektivitet .....	180

10.3.2	Kostnadseffektivitet .....	181
10.4	Metodeproblemer .....	181
10.4.1	Omlegging av tilskudd .....	181
10.4.2	Beregning av langtidsliggedøgn.....	181
10.5	Utvikling i effektivitet på nasjonalt nivå .....	182
10.6	Utvikling i effektivitet på regionalt nivå .....	184
10.6.1	Teknisk effektivitet .....	184
10.6.2	Kostnadseffektivitet .....	186
10.7	Oppsummering .....	188
Del IV Grunnlagsdata .....		189
Grunnlagsdata personell og senger .....		191
Grunnlagsdata kostnader og finansiering .....		211
Grunnlagsdata forbruk av sykehustjenester.....		217
Grunnlagsdata aktivitet og kostnader .....		227
Del V Vedlegg .....		235
Vedlegg 1	Oversikt over hvilke enheter som inngår i datamaterialet .....	237
Vedlegg 2	Datagrunnlag og definisjoner personell og senger.....	249
Vedlegg 3	Datagrunnlag og definisjoner kostnader og finansiering .....	253
Vedlegg 4	Datagrunnlag og definisjoner pasientdata.....	259
Vedlegg 5	Datagrunnlag og definisjoner aktivitet og ressursbruk .....	281
Vedlegg 6	Datagrunnlag effektivitetsutvikling .....	285
Litteraturliste .....		287

## Tabelloversikt

Tabell 1.1	Nøkkeltall for somatisk spesialisthelsetjeneste fra 2001 til 2004, samt endring i prosent fra 2003 til 2004. ....	29
Tabell 1.2	Forventet relativt nivå kostnad per innbygger sammenlignet med landsgjennomsnittet for 2002 (fra Hagenutvalgets beregninger) og faktisk relativt nivå kostnad per innbygger for årene 2001 til 2004. Alle helseregioner. ....	38
Tabell 1.3	Kostnader per innbygger, dagbehandling per 1000 innbyggere, døgnopphold per 1000 innbyggere, årsverk per 1000 innbyggere. Alle helseregioner og sum landet.. Døgnopphold, dagbehandling og årsverk er korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. Kostnader målt i 2004-kroner. 2001 til 2004. ....	40
Tabell 2.1	Antall årsverk etter personellkategori ved somatiske sykehus. 2003 <sup>2</sup> og 2004. Endringer i antall og prosent. ....	44
Tabell 2.2	Antall årsverk i prosentandel etter personellkategori for somatiske sykehus. 2003 og 2004. Endringer i prosentpoeng. ....	45
Tabell 2.3	Antall årsverk per 1000 innbyggere etter personellkategori. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. 2003 <sup>2</sup> og 2004. Somatiske sykehus. Bostedsregion. ....	45
Tabell 2.4	Antall effektive senger i sykehus per 1000 innbyggere. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. 2003 og 2004. Bostedsregioner. .	46
Tabell 2.5	Årsverk per 1000 innbyggere etter personellkategori og foretaksområde. 2003 og 2004. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. Helseforetaksområder. ....	47
Tabell 3.1	Totale driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. 2003 og 2004. Finansiering fordelt på ulike finansieringskomponenter. Millioner kr målt i faste 2004 kr. Prosentandeler og prosentvis endring. ....	51
Tabell 3.2	Totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, fordelt på driftskostnader ved egne sykehus (herav tilskudd til avtalespesialister) og netto gjestepasientkostnader. 2003. Millioner kr målt i faste 2004 kr. Regionale helseforetak. ....	53
Tabell 3.3	Totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, fordelt på driftskostnader ved egne sykehus (herav tilskudd til avtalespesialister) og netto gjestepasientkostnader. 2004. Millioner kr. Regionale helseforetak. ....	53

Tabell 3.4	Totalt driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2003 og 2004. Millioner kr målt i faste 2004 kr. Prosentvis endring fra 2003 til 2004. Regionale helseforetak. ....	54
Tabell 3.5	Totalt driftskostnader per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2003 og 2004. Kroner målt i faste 2004 kr. Prosentavvik fra landsgjennomsnitt. Regionale helseforetak. ....	54
Tabell 3.6	Driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. 2003. Millioner kr målt i faste 2004 kr. Regionale helseforetak. ....	55
Tabell 3.7	Driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering prosentvis fordelt på ulike finansieringsposter. 2003. Regionale helseforetak. ....	56
Tabell 3.8	Driftskostnader per innbygger til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering prosentvis fordelt på ulike finansieringsposter. 2003. Kroner per innbygger målt i faste 2004 kroner. Regionale helseforetak. ....	56
Tabell 3.9	Driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. Millioner kr målt i faste 2004 kr. Regionale helseforetak. ....	57
Tabell 3.10	Driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering prosentvis fordelt på ulike finansieringsposter. 2004. Regionale helseforetak. ....	58
Tabell 3.11	Driftskostnader per innbygger til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering prosentvis fordelt på ulike finansieringsposter. 2004. Kroner per innbygger. Regionale helseforetak. ....	58
Tabell 3.12	Totalt utbetalinger til helseregionene via finansieringsordningen ISF. 2003 og 2004. Millioner kr målt i faste 2004 kr. Prosentvis endring. Regionale helseforetak. ....	59
Tabell 3.13	Driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste finansiert av de regionale helseforetakene. 2003 og 2004. Millioner kr målt i faste 2004 kr. Prosentvis endring. Regionale helseforetak. ....	60
Tabell 3.14	Totalt utbetalinger av polikliniske refusjoner fra Rikstrygdeverket til somatisk spesialisthelsetjeneste. 2003 og 2004. Millioner kr målt i faste 2004 kr. Prosentvis endring. Regionale helseforetak. ....	60
Tabell 4.1	Oversikt over prosentvis endring i antall opphold fra 2003 til 2004 avhengig av type opphold og hvilke institusjoner og type data som er inkludert i datamaterialet. ....	70

Tabell 4.2	Bruk av sykehustjenester i regionene i 2003 og 2004 etter type opphold. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere.....	71
Tabell 4.3	Bruk av sykehustjenester i regionene i 2003 og 2004. Døgnopphold og dagbehandling eksklusive dialyse (DRG 317), kjemoterapi (DRG 410A-C) og rehabilitering (DRG 462A-C). Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere.....	71
Tabell 4.4	Bruk av sykehustjenester i regionene i 2003 og 2004 etter type opphold. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere.....	72
Tabell 4.5	Bruk av sykehustjenester i regionene i 2003 og 2004 etter innleggelsesmåte. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere.....	72
Tabell 4.6	Bruk av sykehustjenester i regionene i 2003 og 2004 etter innmåte og type behandling. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere.....	73
Tabell 4.7	Sum liggedøgn i regionene i 2003 og 2004 etter type opphold og innmåte. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere.....	73
Tabell 4.8	Antall opphold etter hovedkategorier i ICD-10 i 2004, og prosentvis endring fra 2003 til 2004. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere.....	74
Tabell 4.9	Bruk av sykehustjenester i RHF-områdene i 2003 og 2004 etter type opphold. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere.....	75
Tabell 4.10	Bruk av sykehustjenester i regionene i 2003 og 2004 etter innleggelsesmåte. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere.....	76
Tabell 4.11	Bruk av sykehustjenester i regionene i 2003 og 2004 etter innmåte og type behandling. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere.....	77
Tabell 4.12	Sum liggedøgn i regionene i 2003 og 2004 etter type opphold og innmåte. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere.....	78
Tabell 4.13	Rater for antall opphold i regionene i 2003 og 2004 etter alder, type opphold og innmåte. Rater per 1000 innbyggere 80 år og eldre. ....	79
Tabell 4.14	Sum liggedøgn i regionene i 2003 og 2004 etter alder, type opphold og innmåte. Rater per 1000 innbyggere 80 år og eldre. ....	79
Tabell 4.15	Relativt sykehusbruk blant eldre. Regionnivå 2003 og 2004. ....	80
Tabell 4.16	Rater for antall opphold i HF-områdene i 2003 og 2004 etter alder, type opphold og innmåte. Rater per 1000 innbyggere 80 år og eldre. ....	81

Tabell 4.17	Sum liggedøgn i regionene i 2003 og 2004 etter alder, type opphold og innmåte. Rater per 1000 innbyggere 80 år og eldre. ....	82
Tabell 4.18	Relativt sykehusbruk blant eldre i spesialisthelsetjenesten. HF-områder 2003 og 2004.....	83
Tabell 5.1	Andel av pasientene som er behandlet ved "eget" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2003 og 2004 etter pasientenes bostedsregion.....	96
Tabell 5.2	Andel av pasientene som er behandlet ved "eget" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner eller ved private institusjoner. Andel av alle elektive opphold (døgn og dag) 2003 og 2004 etter pasientenes bostedsregion. ....	96
Tabell 5.3	Andel korrigererte opphold for pasienter som er behandlet ved "eget" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2003 og 2004 etter pasientenes bostedsregion. ....	97
Tabell 5.4	Andel korrigererte opphold for pasienter som er behandlet ved "eget" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner eller ved private institusjoner. Andel av alle elektive opphold (døgn og dag) i 2003 og 2004 etter pasientenes bostedsregion. ....	97
Tabell 5.5	Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som sum av samlet antall opphold (døgn og dag) i 2003 og 2004. ....	98
Tabell 5.6	Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som andel av samlet antall opphold (døgn og dag) i 2003 og 2004. ....	98
Tabell 5.7	Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som sum av alle elektive opphold (døgn og dag) i 2003 og 2004. ....	99
Tabell 5.8	Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som andel av alle elektive opphold (døgn og dag) i 2003 og 2004.....	99
Tabell 5.9	Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som sum liggedøgn (døgn og dag) i 2003 og 2004. ....	100
Tabell 5.10	Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som andel av alle liggedøgn (døgn og dag) i 2003 og 2004.....	100

Tabell 5.11	Andel av pasientene som er behandlet ved "egne" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner, Rikshospitalet/Radiumhospitalet eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2003 etter pasientenes bostedsområde i helseregion Øst. ....	101
Tabell 5.12	Andel av pasientene som er behandlet ved "egne" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner, Rikshospitalet/Radiumhospitalet eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2004 etter pasientenes bostedsområde i helseregion Øst. ....	101
Tabell 5.13	Andel av pasientene som er behandlet ved "egne" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2003 etter pasientenes bostedsområde i helseregion Sør. ....	102
Tabell 5.14	Andel av pasientene som er behandlet ved "egne" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2004 etter pasientenes bostedsområde i helseregion Sør. ....	102
Tabell 5.15	Andel av pasientene som er behandlet ved "egne" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner, Rikshospitalet/Radiumhospitalet eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2003 etter pasientenes bostedsområde i helseregion Vest. ....	103
Tabell 5.16	Andel av pasientene som er behandlet ved "egne" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner, Rikshospitalet/Radiumhospitalet eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2004 etter pasientenes bostedsområde i helseregion Vest. ....	103
Tabell 5.17	Andel av pasientene som er behandlet ved "egne" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner, Rikshospitalet/Radiumhospitalet eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2003 etter pasientenes bostedsområde i helseregion Midt-Norge. ....	104
Tabell 5.18	Andel av pasientene som er behandlet ved "egne" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner, Rikshospitalet/Radiumhospitalet eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2004 etter pasientenes bostedsområde i helseregion Midt-Norge. ....	104



Tabell 5.19	Andel av pasientene som er behandlet ved "egne" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner, Rikshospitalet/Radiumhospitalet eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2003 etter pasientenes bostedsområde i helseregion Nord.....	105
Tabell 5.20	Andel av pasientene som er behandlet ved "egne" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner, Rikshospitalet/Radiumhospitalet eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2004 etter pasientenes bostedsområde i helseregion Nord.....	105
Tabell 6.1	Antall ventende per 1 000 innbyggere etter helseregion. Median ventetid for ventende pasienter og andel ventende med ventetid > 6 mnd per 1. tertial 2002-2005.....	112
Tabell 6.2	Antall ventende i absolutte tall og per 1 000 innbyggere etter pasientenes bostedsområde. Median ventetid for ventende pasienter og andel ventende med ventetid > 6 mnd per 1. tertial 2003-2005.....	113
Tabell 6.3	Antall ventende per 10 000 innbyggere innenfor ulike fagområder for pasienter som fortsatt venter ved utgangen av 1. tertial 2005 per helseregion (bostedsregion). ....	116
Tabell 6.4	Median ventetid per 10 000 innbyggere innenfor ulike fagområder for ventende pasienter ved utgangen av 1. tertial 2005 per helseregion (bostedsregion). ....	117
Tabell 7.1	Aktivitetsutviklingen fra 2000 til 2004 fordelt på ulike typer opphold og behandlinger. Antall opphold og antall pasienter. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten. ....	121
Tabell 7.2	Endring i faktisk antall opphold fra 2000 til 2004 fordelt på ulike typer opphold og kategorier sykehus. Prosent endring i parentes. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.....	123
Tabell 7.3	Antall opphold for utvalgte enkle kirurgiske prosedyrer i 2000 og 2004. Fordelt etter kategorier sykehus. Antall opphold, prosent endring og andel av totalt antall opphold. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten...	124
Tabell 7.4	Antall opphold per 1000 innbyggere for enklere kirurgiske prosedyrer fordelt etter helseforetakenes opptaksområder for årene 2000 og 2004. Kjønn- og aldersstandardiserte rater, endring i rate og forbruksindeks. Somatiske institusjoner innen spesialisthelsetjenesten.....	125

Tabell 7.5	Antall opphold per 10 000 innbyggere fordelt etter hoveddiagnose ICD-10. Elektive døgnopphold, øyeblikkelig hjelp døgnopphold og elektiv dagbehandling. Rate i 2004 og endring i rate fra 2000. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.....	126
Tabell 7.6	Kirurgiske DRG-er med størst økning i perioden 2000- 2004. Endring i antall opphold og prosent endring. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten. ....	128
Tabell 7.7	Endring i antall opphold og korrigerte DRG-poeng fra 2000 til 2004 og andel av total. Fordelt etter utvalgte typer opphold. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten. ....	129
Tabell 7.8	Antall opphold for pasienter registrert med en kronikerdiagnose i henhold til et definert utvalg. Fordelt på døgnopphold og dagbehandling 2000 og 2004. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten. ....	132
Tabell 7.9	Antall pasienter per 10 000 innbyggere med dagbehandling eller døgnopphold med diagnose som angir kronisk sykdom. Fordelt etter aldersgrupper i 2000 og 2004. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten. ....	133
Tabell 7.10	Antall opphold og antall pasienter fordelt etter utvalgte diagnosekategorier ICD-10 (kronisk sykdom). Faktisk antall og prosentvis endring. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.....	134
Tabell 7.11	Antall konsultasjoner og antall pasienter som har vært til en eller flere konsultasjoner. Pasienter registrert med utvalgte diagnoser som angir kronisk sykdom. 2000 og 2004. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten. ....	135
Tabell 7.12	Endring i antall opphold og korrigerte DRG-poeng fra 2000 til 2004. Pasienter registrert med utvalgte diagnoser som angir kronisk sykdom.....	139
Tabell 8.1	Antall dagkirurgiopphold i 2003 og 2004. ....	149
Tabell 8.2	Dagkirurgi som andel av dagkirurgiske DRG, all elektiv kirurgi og all kirurgi i de regionale helseforetakene 2003 og 2004. ....	151
Tabell 8.3	Dagkirurgi som andel av dagkirurgiske DRG, all elektiv kirurgi og all kirurgi i helseforetakene 2003 og 2004. ....	153
Tabell 8.4	Andel dagkirurgi i de 15 største dagkirurgiske DRG-ene i 2004, etter regionalt helseforetak. Antall opphold i parentes. Tall for 2004 og endring fra 2003 til 2004.....	155

Tabell 9.1	Prosentvis reduksjon i driftskostnader DRG-aktivitet i 2004 ved videreføring av universitetstilskudd fra 2003 sammenlignet med kostnader i avsnitt 9.7 og avsnitt 9.9.....	163
Tabell 9.2	Driftskostnader per korrigerede opphold, eksklusiv arbeidsgiveravgift og inklusiv arbeidsgiveravgift. 2004. ....	164
Tabell 9.3	Driftskostnader per korrigerede opphold og per liggedag for de "gamle" regionsykehusene. 2004 og endring fra 2003. ....	165
Tabell 9.4	Antall korrigerede opphold, samlet antall opphold og indeks for pasientsammensetning for 2004, samt endring fra 2003 til 2004. Regionalt helseforetak. ....	167
Tabell 9.5	Gjennomsnittlig liggetid for opphold samlet, døgnopphold, normalopphold og langtidsopphold for 2004, samt endring fra 2003 til 2004. Regionalt helseforetak. ....	167
Tabell 9.6	Andel døgnopphold, andel langtidsopphold, andel langtidsliggedager og andel polikliniske inntekter 2003 og 2004. Regionalt helseforetak. ....	168
Tabell 9.7	Driftskostnader DRG-virksomhet per korrigerede opphold og per liggedag og relativt kostnadsnivå for 2004, samt prosentvis endring fra 2003 til 2004. Regionalt helseforetak. ....	168
Tabell 9.8	Korrigerede opphold per årsverk, korrigerede opphold per behandlerårsverk og beleggsprosent for 2004, samt prosentvis endring fra 2003 til 2004. Regionalt helseforetak. ....	169
Tabell 9.9	Antall korrigerede opphold, samlet antall opphold og indeks for pasientsammensetning for 2004, samt endring fra 2003 til 2004. Helseforetak.....	169
Tabell 9.10	Gjennomsnittlig liggetid for opphold samlet, døgnopphold, normalopphold og langtidsopphold for 2004, samt endring fra 2003 til 2004. Helseforetak. .	171
Tabell 9.11	Andel døgnopphold, andel langtidsopphold, andel langtidsliggedager og andel polikliniske inntekter 2003 og 2004. Helseforetak.....	172
Tabell 9.12	Driftskostnader DRG-virksomhet per korrigerede opphold og per liggedag og relativt kostnadsnivå for 2004, samt prosentvis endring fra 2003 til 2004. Helseforetak.....	174
Tabell 9.13	Korrigerede opphold per årsverk, korrigerede opphold per behandlerårsverk og beleggsprosent for 2004, samt prosentvis endring fra 2003 til 2004. Helseforetak.....	175

Tabell 9.14	Samlet antall opphold og antall døgnopphold, gjennomsnittlig liggetid for alle opphold og for døgnopphold i 2004, samt endring fra 2003 til 2004. Private sykehus. ....	177
Tabell 10.1	Teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet, nasjonale tall – vektet og uvektet 1999 - 2004. Prosentvis endring 2003 til 2004 og 1999 til 2004. ....	183
Tabell 10.2	Teknisk effektivitet i de fem regionale helseforetakene – vektet. ....	185
Tabell 10.3	Teknisk effektivitet i de fem regionale helseforetakene – uvektet. ....	185
Tabell 10.4	Kostnadseffektivitet i de fem regionale helseforetakene - vektet. ....	187
Tabell 10.5	Kostnadseffektivitet i de fem regionale helseforetakene - uvektet. ....	187

## Figuroversikt

Figur 1.1	Relativ utvikling fra 2001-2004 i årsverk totalt per 1000 innbyggere, kostnader per innbygger (2004-kroner), antall døgnopphold per 1000 innbyggere, antall dagbehandlinger per 1000 innbyggere og samlet antall opphold per 1000 innbyggere. ....	31
Figur 1.2	Sentrale indikatorer for Helseregion Øst, 2001-2004. a) utvikling i forhold til landsgjennomsnittet, og b) utvikling i forhold til nivå i egen region 2001 <sup>1</sup> . Døgnopphold, dagbehandling og årsverk er korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. ....	32
Figur 1.3	Sentrale indikatorer for Helseregion Sør, 2001-2004. a) utvikling i forhold til landsgjennomsnittet, og b) utvikling i forhold til nivå i egen region 2001. Døgnopphold, dagbehandling og årsverk er korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. ....	34
Figur 1.4	Sentrale indikatorer for Helseregion Vest, 2001-2004. a) utvikling i forhold til landsgjennomsnittet, og b) utvikling i forhold til nivå i egen region 2001. Døgnopphold, dagbehandling og årsverk er korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. ....	35
Figur 1.5	Sentrale indikatorer for helseregion Midt-Norge, 2001-2004. a) utvikling i forhold til landsgjennomsnittet, og b) utvikling i forhold til nivå i egen region 2001. Døgnopphold, dagbehandling og årsverk er korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. ....	36
Figur 1.6	Sentrale indikatorer for helseregion Nord, 2001-2004. a) utvikling i forhold til landsgjennomsnittet, og b) utvikling i forhold til nivå i egen region 2001. Døgnopphold, dagbehandling og årsverk er korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. ....	37
Figur 2.1	Antall effektive senger per 1000 innbyggere fordelt på somatiske sykehus. Korrigert for pasientflyt mellom foretak, kjønns- og aldersstandardisert. Etter foretaksområde. 2003 og 2004. ....	48
Figur 3.1	Totale driftskostnader per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste. 2003 og 2004. Kroner målt i faste 2004 kr. ....	55
Figur 3.2	Driftskostnader per innbygger finansiert av Innsatsstyrt finansiering, rammetilskudd fra RHF og polikliniske refusjoner. Kr per innbygger. 2004. Regionale helseforetak. ....	59
Figur 4.1	Prosentvis endring i antall opphold etter oppholdstype fra 2003-2004. Korrigert og ukorrigert for befolkningsutvikling. ....	62

Figur 4.2	Bruk av dagbehandling for befolkningen i helseregionene i 2004. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere. Alle dagbehandlinger og dagbehandling eksklusive dialyse, kjemoterapi og rehabilitering. ....	63
Figur 4.3	Prosentvis endring i antall opphold og korrigerte opphold etter oppholdstype fra 2003 til 2004.....	64
Figur 4.4	Antall opphold og antall korrigerte opphold for befolkningen i det enkelte foretaksområde per helseregion. Rate per 1000 innbyggere i 2004.....	66
Figur 4.5	Prosentvis endring i antall opphold etter innleggelsesmåte fra 2000 til 2004. 2000 er satt til referanseår (2000=100). Døgnopphold og dagbehandling.....	67
Figur 5.1	Andel pasienter behandlet på helseforetak i regionen og utenfor regionen (Rikshospitalet/Radiumhospitalet, andre helseforetak og private sykehus). Pasienter med opptaksområde til helseforetak i Helse Øst. Prosent av alle opphold 2000 og 2004.....	87
Figur 5.2	Prosentvis ending i antall opphold (døgn og dag) fra 2000 til 2004 etter behandlingssted. Helseforetak i regionen, Rikshospitalet/Radiumhospitalet, andre helseforetak utenfor regionen og private sykehus. Pasienter med opptaksområde til helseforetak i Helse Øst. Endring i antall opphold fra 2000 til 2004 i parentes.....	88
Figur 5.3	Andel pasienter behandlet i eget helseforetak, andre helseforetak i regionen, Rikshospitalet/Radiumhospitalet, andre helseforetak utenfor regionen og private sykehus. Pasienter med opptaksområde til helseforetak i Helse Sør. Prosent av alle opphold 2000 og 2004.....	89
Figur 5.4	Prosentvis ending i antall opphold fra 2000 til 2004 etter behandlingssted. Eget helseforetak, andre helseforetak i regionen, Rikshospitalet/Radiumhospitalet, andre helseforetak utenfor regionen og private sykehus. Pasienter med opptaksområde til helseforetak i Helse Sør. Endring i antall opphold i parentes.....	90
Figur 5.5	Andel pasienter behandlet i eget helseforetak, andre helseforetak i regionen, andre helseforetak utenfor regionen og private sykehus. Pasienter med opptaksområde til helseforetak i Helse Vest. Prosent av alle opphold 2000 og 2004.....	91
Figur 5.6	Prosentvis endring i antall opphold fra 2000 til 2004 etter behandlingssted. Eget helseforetak, andre helseforetak i regionen, andre helseforetak utenfor regionen og private sykehus. Pasienter med opptaksområde til helseforetak i Helse Vest. Endring i antall opphold i parentes.....	92

Figur 5.7	Andel pasienter behandlet i eget helseforetak, andre helseforetak i regionen, andre helseforetak utenfor regionen og private sykehus. Pasienter med opptaksområde til helseforetak i Helse Midt-Norge. Prosent av alle opphold 2000 og 2004.....	93
Figur 5.8	Prosentvis endring i antall opphold fra 2000 til 2004 etter behandlingssted. Eget helseforetak, andre helseforetak i regionen, andre helseforetak utenfor regionen og private sykehus. Pasienter med opptaksområde til helseforetak i Helse Midt-Norge. Endring i antall opphold i parentes. ....	94
Figur 5.9	Andel pasienter behandlet i eget helseforetak. Pasienter med opptaksområde til helseforetak i Helse Nord. Prosent av alle opphold 2000 og 2004.....	95
Figur 5.10	Prosentvis endring i antall opphold fra 2000 til 2004 etter behandlingssted. Eget helseforetak, andre helseforetak i regionen, andre helseforetak utenfor regionen og private sykehus. Pasienter med opptaksområde til helseforetak i Helse Nord. Endring i antall opphold i parentes. ....	95
Figur 6.1	Antall ventende per 1000 innbyggere, per 1. tertial 2002-2005 etter pasientens bostedsregion. ....	109
Figur 6.2	Median ventetid til utredning / behandling (for pasienter som står og venter) ved utgangen av 1. tertial 2002-2005 etter pasientens bostedsregion.....	110
Figur 6.3	Median ventetid til utredning / behandling for utvalgte pasientgrupper 2001-2004. ....	111
Figur 7.1	Akkumulert prosentvis endring i ulike typer opphold fra 2000 til 2004. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten. ....	120
Figur 7.2	Median ventetid i dager fordelt etter utvalgte diagnosegrupper. År 2000 og 2003. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten. ....	136
Figur 7.3	Pasienter per 10 000 innbyggere med utvalgte hoveddiagnoser for kronisk sykdom. År 2000 og 2004. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten. ....	138
Figur 7.4	Antall ordinært avviklede pasienter fra venteliste med og uten rett til helsehjelp. Første tertial i årene 2000, 2002, 2003, 2004 og 2005. ....	140
Figur 7.5	Gjennomsnittlig ventetid i dager for ordinært avviklede pasienter med og uten rett til helsehjelp. Første tertial i årene 2000, 2002, 2003, 2004 og 2005. ....	141
Figur 7.6	Andel av ordinært avviklede pasienter fra venteliste som er tildelt rett til helsehjelp. Første tertial i årene 2000, 2002, 2003, 2004 og 2005. ....	142

Figur 7.7	Differanse i antall dager gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med og uten rett til helsehjelp. Første tertial i årene 2000, 2002, 2003, 2004 og 2005. ....	142
Figur 8.1	Utviklingen i antall dagkirurgiske opphold, 1999-2004. ....	148
Figur 8.2	Utviklingen i dagkirurgi som andel av all elektiv kirurgi og andel av all kirurgi, 1999-2003. ....	149
Figur 8.3	Utviklingen i andel dagkirurgi av dagkirurgiske DRG-er, 1999-2004. ....	150
Figur 8.4	Dagkirurgiens andel av all kirurgi i helseregionene fra 1999 til 2004. ....	151
Figur 8.5	Den relative utviklingen i dagkirurgi som andel av all kirurgi i helseregionene fra 1999 til 2003 (1999=100). ....	152
Figur 8.6	Andel dagkirurgi innenfor de 15 største dagkirurgiske DRG-er i 2004 etter regionalt helseforetak. ....	156
Figur 9.1	Indeks for pasientsammensetning 2004 og 2003. Regionale helseforetak. ...	160
Figur 10.1	Utvikling i effektivitet i perioden 1999 – 2004. Årsgjennomsnitt vektet med sykehusstørrelse. ....	183
Figur 10.2	Teknisk effektivitet i de fem regionale helseforetakene – vektet. ....	184
Figur 10.3	Kostnadseffektivitet i de fem regionale helseforetakene – vektet. ....	186



## Om SAMDATA Somatikk sektorrapport

Formålet med SAMDATA Somatikk er å utvikle, analysere og publisere *styringsdata* som gir informasjon om ressursinnsats, kapasitet, effektivitet, aktivitet og tilgjengelighet, samt sette fokus på relevante helsepolitiske problemstillinger. Slike relevante problemstillinger kan være variasjoner i bruk av dagkirurgi, eldres bruk av sykehustjenester og bruk av rett til nødvendig helsehjelp som grunnlag for prioritering av pasientgrupper.

I SAMDATA-prosjektet har det tidligere blitt skilt mellom en tabelldel og en rapport for somatiske sykehus og tilsvarende for psykisk helsevern. Fra 2004 er SAMDATA-konseptet noe endret ved at det publiseres to sektorrapporter; en for somatikk og en for psykisk helsevern. I denne sektorrapporten presenteres innledningsvis en beskrivelse av utviklingen i ressursinnsats, ressursbruk og aktivitet nasjonalt og regionalt for perioden 2001-2004. Innholdet i første del er utdrag fra de øvrige delene av rapporten. Videre skiller det mellom to perspektiver; henholdsvis befolkningsperspektivet ("sørge-for" ansvaret) i del II og foretaksperspektivet i del III av rapporten. Sektorrapporten inneholder også grunnlagstabeller (del IV) og vedlegg (del V). For å skille denne nye SAMDATA-rapporten fra tidligere SAMDATA-rapporter og tabeller har vi gitt den betegnelsen *SAMDATA Somatikk Sektorrapport*.

I tillegg til denne publikasjonen, vil det også bli utarbeidet en nesten tilsvarende sektorrapport for psykisk helsevern (SAMDATA Sektorrapport Psykisk helsevern). En tredje publikasjon (SAMDATA Spesialisthelsetjenesten) gir en sammenfattende analyse av utviklingen i somatikk og psykisk helsevern.

### Innholdet i rapporten

Målsettingene om en mest mulig effektiv ressursutnyttelse og god tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester av god kvalitet for hele befolkningen har vært stabile helsepolitiske mål i Norge og er preget av bred politisk konsensus. Eierskapsreformen har imidlertid også satt fokus på organiseringen av helsetjenestene for å bedre kunne oppnå disse målene. Opprettelsen av regionale helseforetak skulle gjøre det enklere for pasienter å få tilgang på sykehustjenester ved andre sykehus i regionen og ledig kapasitet skulle utnyttes bedre gjennom økte pasientstrømmer. Tilbud som gir effektiv ressursutnyttelse som f.eks. dagkirurgi skulle styrkes, og samordning og funksjonsfordeling av spesialisthelsetjenestetilbudet skulle sikre helsetjenester med god kvalitet og styrking av beste praksis.

I SAMDATA Somatikk sektorrapport settes fokus på alle disse målsettingene gjennom beskrivelser av utviklingen i effektivitet, kostnader, kostnadsnivå, ventetider, aktivitet, senger og personell og pasientstrømmer. I rapporten for 2004 har vi ikke inkludert tall om reinnleggelser. Dette vil imidlertid inkluderes i sektorrapport for 2005. I ett av analyseprosjektene i SAMDATA høsten 2005 vil det bli innsamlet pasientdata fra landets sykehus på personnivå for årene 2001 og 2004. Disse dataene vil gjøre det mulig å følge pasienten både innenfor og mellom sykehus på en bedre måte enn hva tilgjengelige pasientdata gjør. Resultater fra analyseprosjektet vil brukes i neste års analyser og fremstilling av reinnleggelser i sektorrapporten.

Innholdet i rapporten er som følger:

Del I av rapporten beskriver utviklingen i ressursinnsats, ressursbruk og aktivitet nasjonalt og regionalt for perioden 2001 til 2004. Innholdet i denne delen er utdrag fra de øvrige delene av rapporten. Denne delen inneholder også nøkkeltall for perioden.

I del II av rapporten er fokuset befolkningsperspektivet / regionenes "sørge-for ansvar". I denne delen av rapporten analyseres ressursinnsats / ressursbruk i form av personell, senger, kostnader og finansiering. Videre fremgår det hvordan ressursbruken kommer til uttrykk gjennom tilgjengelighet i form av ventetider, befolkningens bruk av sykehustjenester og pasientstrømmer. Beskrivelsene av utviklingen i kostnader og finansiering av de somatiske spesialisthelsetjenestene inngår også i del II, ettersom det her tas utgangspunkt i pasientenes bostedsregion og det beregnes kostnader per innbygger. I denne delen belyses utviklingen i aktivitet, med særskilt fokus på kronikere, samt helseforetakenes bruk av rett til helsehjelp og ventetid for pasienter med og uten denne retten for perioden 2000-2004.

Del III av rapporten fokuserer på foretaksperspektivet. Perspektivet i denne delen av rapporten er knyttet til produksjonen av helsetjenester og helseforetakene / sykehusene som produksjonsbedrifter. Denne delen vil inneholde analyser av variasjoner i bruk av dagkirurgi og kostnadsnivået mellom regioner, helseforetak, og institusjoner. Det vil i denne delen av rapporten skilles mellom kostnads- og aktivitetsindikatorer. Videre vil denne delen også inkludere et kapittel som analyserer utviklingen i teknisk- og kostnadseffektivitet i perioden 1999-2004, og beskriver utviklingen for hver av regionene.

I tabellen nedenfor oppsummeres innholdet i rapporten med angivelse av analysenivå, data-grunnlag og kapittelnummerering.

<b>Innhold SAMDATA Somatikk sektorrapport 2004</b>				
Del:	Kapittel:		Analysenivå:	Data:
Del I	Nasjonale og regionale utviklingstrekk			
	Kap 1	Nasjonale og regionale utv.trekk 2001-2004	Nasjonalt, regionalt	Alle datakilder
Del II	Befolningsperspektiv ("sørge-for" ansvar)			
	Kap 2	Personell og senger		Årsverks- og sengedata
	Kap 3	Kostnader og finansiering		Regnskapsdata
	Kap 4	Bruk av sykehustjenester	Nasjonalt, regionalt, foretaksområder	Pasientdata
	Kap 5	Pasientstrømmer		Pasientdata
	Kap 6	Tilgjengelighet (ventetider)		Pasientdata, VentsYS
	Kap 7	Aktivitetsvekst og prioritering		Pasientdata, VentsYS
Del III	Foretakspektivet			
	Kap 8	Dagkirurgi		Pasientdata
	Kap 9	Aktivitet og ressursbruk	Nasjonalt, regionalt, helseforetak	Regnskaps-, årsverks-, senge- og pasientdata
Kap 10	Effektivitetsutvikling 1999-2004	Regnskaps-, årsverks- og pasientdata		
Del IV	Grunnlagsdata			
	T1	Grunnlagsdata senger og personell	Nasjonalt, regionalt, helseforetak, institusj.	Årsverks- og sengedata
	T2	Grunnlagsdata kostnader og finansiering	Nasjonalt, regionalt, helseforetak, institusj.	Regnskapsdata
	T3	Grunnlagsdata forbruk av sykehustjenester	Bostedsområder	Pasientdata
	T4	Grunnlagsdata aktivitet og kostnader	Nasjonalt, regionalt institusjon	Regnskaps- og pasientdata
Del V	Vedlegg og definisjoner			
	Vedl. 1	Oversikt over hvilke enheter som inngår i data		
	Vedl. 2	Datagrunnlag og definisjoner personell og senger		
	Vedl. 3	Datagrunnlag og definisjoner kostnader og finansiering		
	Vedl. 4	Datagrunnlag og definisjoner pasientdata		
	Vedl. 5	Datagrunnlag og definisjoner aktivitet og ressursbruk		
	Vedl. 6	Datagrunnlag effektivitetsutvikling		

## Fortolkninger og bruk av SAMDATA Sykehus Tabeller

Hensikten med SAMDATA Somatikk sektorrapport er å presentere indikatorer for ressursinnsats, bruk av sykehus og produktivitet. Rapporten er i hovedsak av beskrivende karakter, og inkluderer derfor i liten grad analyser av årsaker til presenterte variasjoner.

Rent generelt vil det være slik at en del av disse variasjonene, eller deler av disse, skyldes "naturlige" forhold, f.eks. ved at bruken av sykehus er hyppigere i noen områder p.g.a. en høyere sykkelighet. Når tallmaterialet i denne rapporten ikke korrigerer for geografiske variasjoner i sykkelighet (det korrigeres kun for ulik befolkningssammensetning), vil et høyt sykehusforbruk i et område helt eller delvis kunne skyldes et slikt forhold.

I tillegg til ulikheter i etterspørsel og behov vil en del variasjoner skyldes andre forhold som er relatert til tilbudet av, og tilgjengeligheten til, sykehustjenester. Dette er forhold som det kan gjøres noe med på kort eller lang sikt, f.eks. ved å øke kapasiteten til en identifisert flaskehals (f.eks. operasjonskapasiteten ved et sykehus). Indikatorene i denne rapporten bør derfor kunne brukes både som en beskrivelse av situasjonen i sykehussektoren i 2004 og som et utgangspunkt for videre analyser av årsaker til dokumenterte variasjoner.

Det er også viktig å understreke at gjennomsnittstall på nasjonalt eller regionalt nivå ikke er tenkt som et normtall for enhetene som inngår i disse gruppene. Hvilke størrelser som enhetenes indikatorer skal måles opp mot bør være gjenstand for vurdering i hvert enkelt tilfelle. Det kan f.eks. være slik at et sykehus bør sammenligne sitt kostnadsnivå mot nivået ved et annet sykehus eller det sykehuset med lavest kostnadsnivå.

I fremstillingene av aktivitetsutvikling innen spesialisthelsetjenesten brukes i mange sammenhenger antall opphold som grunnlag, hvor en slår sammen døgnopphold og dagbehandlinger. I de senere årene har det vært en sterk økning i antallet dagbehandlinger. Det er flere grunner til en slik utvikling, både medisinske, organisatoriske og med all sannsynlighet også økonomiske. I mange tilfeller opplever en at tradisjonelle innleggelse erstattes med en serie dagbehandlinger. Den enkelte pasient vil i slike tilfeller generere flere dagbehandlinger istedenfor en innleggelse. Resultatet fremstår som en vekst i antall opphold (og aktivitet), selv om det ikke er flere pasienter som får behandling som følge av økning i aktiviteten. Bruken av opphold som enhet for analyse av variasjoner i bruk av tjenester er derfor følsom i forhold til endret behandlingspraksis.

## Kvalitetssikring av data

For å kunne gjennomføre gode beregninger av både effektivitet, produktivitet og ressursutvikling i den norske spesialisthelsetjenesten, er både SINTEF Helse og SSB avhengig av at de data som rapporteres fra helseforetakene og regionene er av en god nok kvalitet til å kunne brukes til slike analyser. På tross av ny kontoplan og endringer i innsamling av årsverksdata, er det likevel store variasjoner i hvordan regnskapene føres, kostnader fordeles og personell inkluderes. Dette gjør det arbeidskrevende å lage gode sammenligningstall, og kan bare gjennomføres i god dialog med de enkelte foretak.

SAMDATA er ikke alene om å presentere statistikk for sykehussektoren. Norsk pasientregister (NPR) har ansvaret for innsamling av pasientdata og publiserer også statistikk på dette området. I tillegg har Statistisk Sentralbyrå (SSB) et nasjonalt ansvar for å publisere offentlig statistikk også for sykehussektoren. Vi har et nært samarbeid med SSB om kvalitetssikring av regnskapsdata og senge- og personelldata. Til tross for dette vil det forekomme avvik mellom det vi presenterer i SAMDATA og statistikk fra SSB. Dette skyldes delvis forskjeller i definisjoner og avgrensninger. For å rydde opp i dette, gir vi i vedlegg 3 og 4 en oversikt der vi beskriver forskjellene mellom statistikk i SAMDATA og statistikk fra SSB når det gjelder kostnader og aktivitetsdata.

For beskrivelse av innhold og definisjoner i våre tallgrunnlag vises det til vedlegg 1-6.

## Del I Nasjonale og regionale utviklingstrekk

I del I av rapporten gis det en beskrivelse av utviklingen i ressursinnsats, ressursbruk og aktivitet nasjonalt og regionalt for perioden 2001-2004. Innholdet i denne delen er utdrag fra de øvrige delene av rapporten. Denne delen inneholder også nøkkeltall for perioden. Innledningsvis oppsummerer vi i tillegg noen av de viktigste utviklingstrekkene, sett i forhold til helsepolitiske målsetninger som er trukket fram av myndighetene i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2004.

Blant de sentrale helsepolitiske målsetninger for helsetjenesten er god tilgang til helsetjenester av god kvalitet for alle innbyggere i Norge og effektiv utnyttelse av offentlige ressurser.

De regionale helseforetakene har som oppgave å sørge for at personer innenfor helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon. Fra 2002 til 2003 økte aktiviteten sterkt ved de somatiske sykehusene, til tross for signaler om utflating av veksten fra de sentrale myndigheter. I styringsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2004 ble det lagt til grunn at det ikke er like sterkt behov for stimulering til videre vekst i pasienttilbudet. Videre står det at aktiviteten skal tilpasses tilgjengelig og påregnelig ressursramme, og at den bør videreføres på samme høye nivå som i 2003. Det skal fortsatt være fokus på å holde ventelistene nede på et lavt nivå. Samtidig er det vektlagt at arbeidet med kostnadseffektivisering videreføres.

De regionale helseforetakene har som oppgave å sørge for at de overordnede vedtak oppfylles slik som at pasienters rettigheter til helsetjenester oppfylles, og at normer og retningslinjer for prioriteringer som angis i pasientrettighetslover og prioriteringsforskrifter følges opp. Lov om pasientrettigheter (2004) gir den enkelte pasienten rettigheter ovenfor helsetjenesten om lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet. Dette kommer blant annet til uttrykk gjennom at det skal vurderes hvorvidt den enkelte pasient har rett til nødvendig helsehjelp, og fra 2004 er helseforetakene pålagt å gi disse pasientene en individuell frist for behandling (Ot.prp. 63, 2002-2003).

I styringsdokumentene for 2004 poengteres det at det skal legges sterkere vekt på at prioriteringer skal samsvare med mål, rammer og retningslinjer som er trukket opp av overordnede politiske organer. Det innebærer en klarere prioritering av behandling av kreftsykdommer, lindrende behandling, rusrelaterte lidelser, psykiske lidelser, pasienter med kroniske sykdommer og innenfor habilitering og rehabilitering. Videre fremgår det at det er store variasjoner når det gjelder bruk av prioriteringsverktøy som tildeling av rett til nødvendig helsehjelp. De regionale helseforetakene er derfor gitt i oppgave å arbeide mot en enhetlig praksis av prioriteringsforskriften med hensyn til tildeling av rett til nødvendig helsehjelp.

For å kunne gi befolkningen i sin region nødvendige helsetjenester tildeles de regionale helseforetakene basisfinansiering, som fordeles etter behovene til befolkningen. Det har vært et mål med sykehusreformen å oppnå et mer likeverdig helsetilbud over hele landet. I den forbindelse ble fordelingsnøkklene som ligger til grunn for fordeling av basistilskudd mellom RHF-ene og et forslag til overgangsordning diskutert i St.meld 5 (2003-2004). Resultatet er

at det fra 2005 og den neste femårsperioden vil bli en omfordeling av basisbevilgningen, som i hovedsak består i at Helse Nord RHF og Helse Sør RHF får en inntektsreduksjon, mens Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF får en inntektsøkning.

# 1 Utviklingen nasjonalt og regionalt 2001-2004

Ronny Jørgenvåg, Kari Nyland, Heidi Torvik, Thomas Halvorsen, Marit Pedersen og Birgitte Kalseth

Rapporten SAMDATA somatikk er organisert etter tema som ressursinnsats, aktivitet, og ressursutnyttelse. Innenfor hvert kapittel presenteres relevante indikatorer som beskriver status og utvikling både nasjonalt og for de ulike helseregionene når det gjelder det aktuelle tema.

I dette kapitlet ønsker vi å gi en kort oppsummering der vi forsøker å se utviklingen i de ulike indikatorene i sammenheng. Dette gjøres både på nasjonalt (avsnitt 1.2) og på regionalt nivå (avsnitt 1.3) for perioden 2001 til 2004.

Innledningsvis oppsummerer vi noen av de viktigste utviklingstrekkene sett i forhold til helsepolitiske målsetninger som er trukket fram av myndighetene i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2004.

## 1.1 Utviklingstrekk sett i lys av helsepolitiske målsetninger

### ***Aktiviteten i regionene fra 2003-2004 øker mer enn føringene fra myndighetene***

Signaler om en utflating av aktivitetsvekst til tross; veksten i aktivitet fortsatte fra 2003 til 2004, selv om den er mer moderat enn veksten fra 2002 til 2003. Veksten fra 2003 til 2004 omfatter både elektiv og ø-hjelp, og det er en økning i bruk av sykehustjenester blant befolkningen i alle helseregioner.

Alle typer sykehus har hatt en aktivitetsvekst de siste fem år. De private sykehusene har bidratt betydelig til at tilgjengeligheten til behandling er bedret for pasientgrupper som tidligere hadde relativt lang ventetid ved mange offentlige sykehus. Nesten halvparten av den registrerte veksten i dagkirurgisk behandling har kommet ved private sykehus. Dette omfatter spesielt pasienter som ventet på "enklere" kirurgisk behandling.

### ***Prioritering? – veksten i aktivitet kommer alle til gode – også kronikere***

En sterk aktivitetsvekst er ressurskrevende for helsetjenesten. Behovet for virkemidler for å regulere og dempe etterspørselen etter tjenester blir tema når tilgjengelige ressurser er begrenset. Et slikt virkemiddel er prioritering. Aktivitetsveksten de senere år har gitt fornyet fokus på behovet for prioritering i helsetjenesten. Analyser gjort i denne rapporten har hatt spesielt fokus på utviklingen i tjenestebruk og ventetid til behandling for pasienter med kronisk sykdom i perioden 2000-2004. Hovedinntrykket fra de analyser som er gjort er at veksten i aktivitet innen enkelte fagområder eller typer aktivitet generelt sett ikke har gått ut over tilbudet til disse pasientene. Resultatene fra vår beskrivelse gir ikke grunnlag for å trekke klare konklusjoner med hensyn til prioritering for denne gruppen generelt sett. Utviklingen for disse pasientene følger i stor grad den generelle trenden med en vekst i antall pasienter som har fått tilbud i perioden fra 2000 til 2004. Den registrerte ventetiden til elektiv behandling har vært relativt stabile for de fleste av kronikergruppene.

### ***Ulik praksis i tildeling av rett til nødvendig helsehjelp***

På tvers av pasientgrupper er spesialisthelsetjenesten pålagt å bruke ordningen med "rett til helsehjelp" som et generelt prioriteringsverktøy. Innføringen av ordningen med rett til helsehjelp (fra 2001) har bidratt til at et økende antall pasienter får innvilget retten. Antallet uten rett til helsehjelp har vært relativt stabil de siste årene. Det er store regionale variasjoner i forhold til hvor stor andel av pasientene som tildeles rett til helsehjelp. I Helse Midt-Norge er det om lag 90 prosent av pasientene som tildeles slik rett, mens tilsvarende i Helse Øst, Sør og Nord er om lag 55 prosent.

En ser imidlertid at det over tid er blitt en tilnærming i ventetid for pasienter med og uten innvilget rett til helsehjelp. I første tertial 2004 var forskjellen 13 dager, mens den i 2005 bare var 5 dager. Ulik praksis i tildeling og registrering av rett til helsehjelp er problematisert tidligere, som i odelstingsprp. nr 63 (2002-2003). Det fremgår også i denne rapporten at forskjellene fortsatt er store og at ordningen er vanskelig å praktisere på en ensartet måte.

### ***Går ventelistedugnaden mot slutten?***

Det er små forskjeller mellom regionene når det gjelder ventetid for de som står på venteliste. Dette kan tyde på at størrelsen på ventelistene er godt tilpasset planlagt aktivitetsnivå i helseregionene. En del pasientgrupper med "mindre" alvorlige lidelser som behandles dagkirurgisk hadde en betydelig vekst de første årene etter eierskapsreformen. Økningen i antall opphold ser imidlertid til å flate ut for en del av disse gruppene fra 2003-2004. Når vi ser en svakere vekst eller reduksjon i aktiviteten knyttet til enkelte pasientgrupper kan dette ha flere forklaringer. Er det etterspørselen som avtar? Eller er det tilbudet som begrenses, og at dette derfor er et uttrykk for prioritering? Det kan tenkes at den økte innsatsen for å redusere ventelistene i årene etter eierskapsreformen kan ha tatt av for en oppdemmet etterspørsel, som nå begynner å avta. Veksten i aktivitet ved de private sykehusene er basert nettopp på volumveksten for pasientgrupper egnet for dagkirurgi og enklere medisinsk dagbehandling. Det har vært rom for at de fleste pasienter får behandling innen en rimelig kort venteperiode. Dette kan muligens ha bidratt til at ventetidene til behandling for pasienter med og uten vurdert rett til helsehjelp over tid har nærmet seg hverandre.

### ***Større skjevhet i fordeling av kostnader mellom regionene***

Fra 2005 omfordeles basisbevilgningen med basis i kostnadsnøkler etter befolkningens behov for tjenester. Dette gir som nevnt tidligere noen omfordelingseffekter til fordel for Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF, og en inntektsreduksjon for Helse Nord RHF og Helse Sør RHF. I denne rapporten fremkommer det at i den siste fireårsperioden har blitt større forskjeller mellom regionene i kostnader per innbygger. De helseregionene som tradisjonelt har hatt lave kostnader per innbygger (helseregion Vest og Øst), har fått ytterligere lavere kostnader de siste årene sammenlignet med landsgjennomsnittet, mens det motsatte er tilfellet for helseregion Nord som fra før hadde det høyeste kostnadsnivået.

For helseregion Nord er denne utviklingen i stor grad forårsaket av økning i arbeidsgiveravgift. Men selv om det korrigeres for økt arbeidsgiveravgift i Nord, viser våre tall en økning i forskjellene mellom helseregionenes kostnadsnivå fra 2001 til 2004. Helseregion Nord har altså et kostnadsnivå som er hele 35 prosent høyere enn helseregion Vest i 2004. Noe av denne forskjellen kan forventes ut fra befolkningens alderssammensetning og reiseavstander i regionen. Hagenutvalget (NOU 2003:1) konkluderte med at vi ut fra disse kriteriene bør forvente at nettopp helseregion Vest har laveste kostnadsnivå mens Nord bør ligge høyest. Størrelsen på forskjellene kan imidlertid ikke forklares ut fra alder og reisetid.



## 1.2 Status og utvikling nasjonalt nivå 2001-2004

Tabell 1.1 Nøkkeltall for somatisk spesialisthelsetjeneste fra 2001 til 2004, samt endring i prosent fra 2003 til 2004.

	2001	2002	2003	2004	Pst endring 2003-2004
<b>Ressursinnsats:</b>					
Antall effektive senger totalt	13 108	13 133	12 986	13 029	0,3
Antall årsverk totalt <sup>1)</sup>	59 316	62 125	63 155	63 498	0,5
herav antall legeårsverk <sup>1)</sup>	7 240	7 328	7 592	7 922	4,3
Totale driftskostnader (i mill. kr) <sup>2) 6)</sup>	41 347	43 073	45 261	46 670	3,1
RHF finansiering (i mill. kr) <sup>2)</sup>	14 206	17 312	16 946	27 165	60,3
Ref innsatsstyrt finansiering (i mill. kr) <sup>2)</sup>	17 761	16 675	18 834	12 523	-33,5
<b>Aktivitet:</b>					
Totalt antall opphold (dag og døgn)	1 096 233	1 146 643	1 250 471	1 304 761	4,3
Sum dagbehandlinger totalt <sup>3)</sup>	324 826	359 515	421 595	462 971	9,8
Sum døgnopphold totalt	771 407	787 128	828 876	841 790	1,6
herav som ø-hjelp (døgn)	481 909	487 783	500 714	512 136	2,3
herav som elektive (døgn)	242 915	253 618	281 370	282 939	0,6
Sum polikliniske konsultasjoner	3 007 680	3 060 055	3 240 745	3 374 388	4,1
Indeks pasientsammensetning		1,02	1,01	0,99	-2,0
Sum korrigerede opphold		1 150 211	1 223 915	1 245 408	1,8
Sum liggedager for alle opphold	4 755 307	4 885 100	4 781 753	4 847 605	1,4
herav liggedager totalt døgn	4 430 255	4 462 635	4 422 209	4 384 381	-0,9
Gjennomsnittlig liggetid alle opphold	4,3	4,2	3,9	3,8	-4,9
Gjennomsnittlig liggetid døgnopphold	5,7	5,6	5,4	5,3	-3,2
<b>Ressursutnyttelsen<sup>4)</sup>:</b>					
Beleggsprosent (døgn)			89,8	89,1	-0,8
Korrigerede opphold per årsverk			25,5	26,0	2,1
Korrigerede opphold per behandlerårsverk			35,9	36,2	0,8
Andel langtidsopphold			5,3	4,9	-8,2
Andel langtidsliggedager			9,8	9,6	-2,4
Driftskostnader per korrigerede opphold <sup>2)</sup>			27 282	26 935	-1,3
Andel polikliniske inntekter			13,2	12,3	-6,8
<b>Ventende og ventetider<sup>5)</sup>:</b>					
Antall ventende per 1000 innbyggere	55	50		39	
Median ventetid i dager for ventende pas.	88	77		51	

1) Punkttall per 31.12 i driftsåret. Årsverk for fødestuer og helsesentre er holdt utenfor. Hvis disse inkluderes, er det totale antall årsverk i 2004 64.415 og antall legeårsverk 7.960.

2) Målt i faste 2004-kroner.

3) Sum dagbehandling innlagte og dagbehandling på poliklinikken som utløser ISF-refusjon.

4) Tall for 2003 og 2004 omfatter alle helseforetak og institusjoner md driftsavtale med et helseforetak. Tall for 2001 og 2002 omfatter kun DRG-sykehus, og er ikke sammenlignbare med 2003 og 2004.

5) Tallene gjelder 1. tertial det enkelte år. Ved utgangen av 1. tertial 2005 var det 41 antall ventende per 1000 innbygger. Tall fro 2003 inngår ikke på grunn av manglende kompletthet i data.

6) I kostnadstallene inkluderes nye ansvarsområder for regionene etter hvert som de kommer til. Dette gjelder f eks behandlingshjelpemidler (fra og med 2003) og nye opptreningsinstitusjoner (2002, 2003, 2004). Betydningen av dette er imidlertid beskjeden.

### **Ressursinnsats**

I 2004 utgjør totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste 46,7 mrd kroner. Dette innebærer en realvekst fra 2003 på 3,1 prosent, mens den samlede realveksten fra 2001 er på 10 prosent. Siste års kostnadsvekst er finansiert av økt rammebevilgning fra RHF-ene.

Den samlede veksten fra 2001 til 2004 er noe lavere når det gjelder årsverk (7,1 prosent). Tidligere år har vært preget av vekst innenfor de fleste yrkeskategorier. Perioden fra 2003 til 2004 kjennetegnes derimot av en svak vekst totalt. Antall legeårsverk øker med fire prosent, mens vi ser en reell nedgang i årsverk for hjelpepleiere, personell i administrative stillinger og stillinger knyttet til service og drift fra 2003 til 2004.

Antall effektive senger har nesten ikke endret seg i perioden 2001 til 2004. Det er omlag 80 færre senger i 2004 enn fire år før, noe som utgjør en relativ reduksjon på 0,6 prosent for fireårsperioden.

### **Aktivitet**

Perioden 2001 til 2004 har vært preget av sterk vekst i aktiviteten ved de somatiske sykehusene. Størst har veksten vært i antall dagbehandlinger (43 prosent), men også antall døgnopphold (9 prosent) og polikliniske konsultasjoner (12 prosent) har økt. Mens vi i løpet av 1990-tallet opplevde økning i antall innleggelser for øyeblikkelig hjelp og reduksjon i antall elektive opphold, er situasjonen nå endret. Elektive innleggelser har økt med 16 prosent i løpet av fireårsperioden, mens innleggelser for øyeblikkelig hjelp har økt med seks prosent. Aktivitetsøkningen de siste to årene har kommet på tross av at de regionale helseforetakene i sine styringsbrev fra offentlige myndigheter siden 2003 er blitt bedt om å stabilisere aktiviteten.

Fra 2003 til 2004 økte aktiviteten med om lag 54 300 opphold til totalt 1 304 761 opphold (døgnopphold og dagbehandling), noe som tilsvarer en økning i opphold totalt på 4,3 prosent. Antall døgnopphold økte med 1,6 prosent (12 900 opphold). Dette er inklusive alle pasientopphold, også friske nyfødte, fødsler i fødestuer og rehabiliteringsopphold. Veksten i dagbehandling var på 9,8 prosent (41 400 opphold), mens det for polikliniske konsultasjoner er registrert en økning på 4,1 prosent (133 600 konsultasjoner) fra 2003 til 2004. Veksten i antall opphold skjer ved både offentlige og private sykehus. Økning ved private sykehus skyldes først og fremst flere offentlig godkjente sykehus fra 2004.

Fra 2003 til 2004 er det en økning i både elektive og ø-hjelpsopphold, hhv 4,7 og tre prosent. Den prosentvise økningen i ø-hjelpsopphold er omlag den samme som økningen fra 2002 til 2003, mens økning i elektive opphold i perioden går noe tilbake.

Dagkirurgi utgjør nå nesten 50 prosent av all kirurgi, og 61 prosent av all elektiv kirurgi i Norge. Økningen siste år var på 5,2 prosent (9 500 opphold). Så godt som hele økningen fra 2003 til 2004 skyldes aktivitetsvekst blant de private sykehusene utenfor RHF-ene.

Veksten i antall pasienter er ikke like sterk som veksten i antall opphold. Fra 2003 til 2004 var veksten i antall pasienter 2,9 prosent, mens antall opphold økte med 4,3 prosent. Både antall pasienter og antall opphold vokser mer enn befolkningen.

Det er registrert aktivitetsvekst i alle helseregionene, men vekstraten er ulik. Dette er nærmere kommentert i de neste avsnittene. Omlag 132 000 opphold ble i 2004 utført utenfor egen bostedsregion. Omlag ti prosent av alle opphold, og 14 prosent av alle elektive opphold var behandlinger utenfor pasientens bostedsregion siste år. Fra 2003 til 2004 økte pasientstrømmene mellom helseregionene med ca 8 500 opphold totalt (døgnopphold og dagbehandling). Dette kan i hovedsak forklares med en økning i bruk av private sykehus (nye godkjente sykehus).

### Ventende og ventetider

Antall som venter på behandling ble redusert fra 2001 til 2004. Fra 1. tertial 2004 til 1. tertial 2005 har imidlertid antall ventende steget med fem prosent. I forhold til befolkningstallet er det færrest ventende i helseregion Øst og flest ventende i helseregion Nord, hhv 32 og 67 ventende per 1000 innbyggere.

Ventetid til utredning eller behandling er per 1. tertial 2005 relativ lik for befolkningen uavhengig av bostedsregion. Dette gjelder for pasienter som fremdeles står og venter på behandling. Det samme gjelder andelen langtidsventende (ventetid over 6 måneder).

Når det gjelder ventetid for utvalgte pasientgrupper, ser denne ut til å flate ut fra 2003 til 2004. Dette gjelder spesielt operasjoner med høy hastegrad (for prostatakreft er det en økning i median ventetid fra 77 til 83 dager). For operasjoner med lav hastegrad er det en nedgang i median ventetid for grå stær, fjerning av mandler og lyskebrokk (8-10 prosent), og en økning for åreknuter (4 prosent).

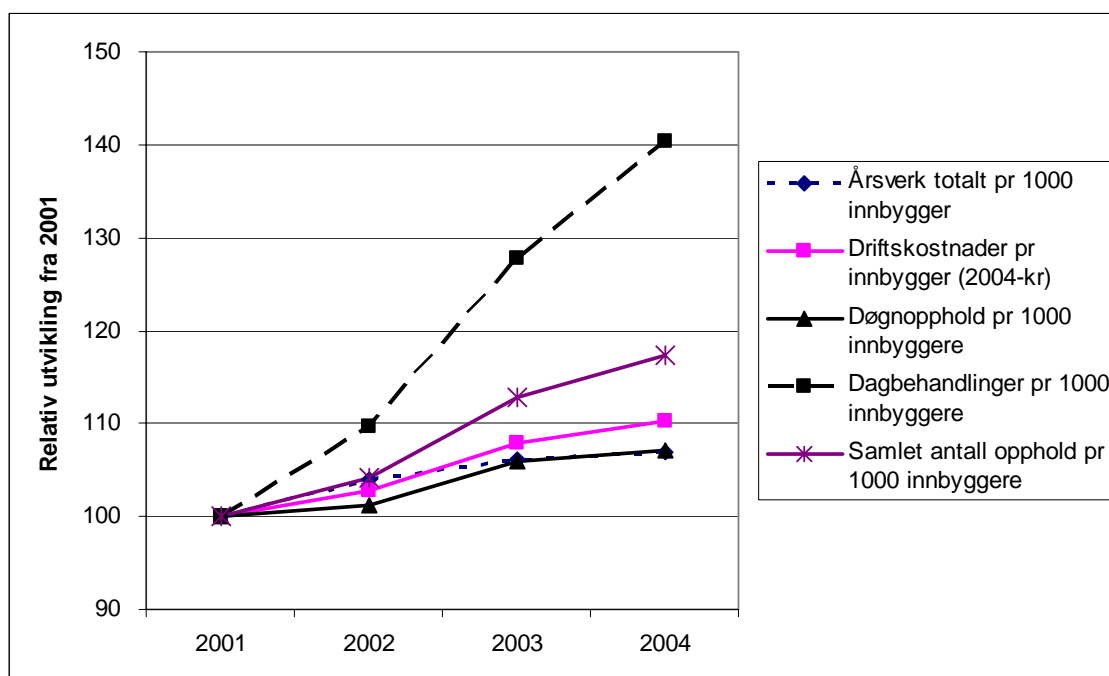
### Ressursutnytting

Den samlede aktivitetsveksten har altså vært større enn veksten i ressursinnsats i løpet av fireårsperioden. Dette har medført at kostnadseffektiviteten har økt med ca 10 prosent i perioden. Veksten fra 2003 til 2004 var på om lag 1 prosent.

Den tekniske effektiviteten, der aktivitet ses i forhold til årsverksinnsatsen, viser en samlet økning på ca 10 prosent for fireårsperioden. Vekst fra 2003 til 2004 er på om lag 0,4 prosent.

Relativ utvikling i årsverk totalt, kostnader per innbygger, døgnopphold, dagbehandlinger og samlet antall opphold er illustrert i figuren nedenfor.

Figur 1.1 Relativ utvikling fra 2001-2004 i årsverk totalt per 1000 innbyggere, kostnader per innbygger (2004-kroner), antall døgnopphold per 1000 innbyggere, antall dagbehandlinger per 1000 innbyggere og samlet antall opphold per 1000 innbyggere.



### 1.3 Status og utvikling i helseregionene

I avsnittene under forsøker vi å gi et bilde av status og utvikling i de ulike helseregionene. Dette gjør vi med utgangspunkt i to figurer som viser sentrale indikatorer for årene 2001-2004, både når det gjelder a) utvikling i forhold til landsgjennomsnitt for hvert år, og b) utvikling i forhold til nivå for egen region fra 2001.

Fokus settes på helseregionenes "sørge-for" ansvar. Vi konsentrerer derfor beskrivelsen omkring indikatorene:

- Ressursinnsats: kostnader per innbygger og årsverk per 1000 innbyggere
- Tilbud til befolkningen: rate for dagbehandling og rate for døgnopphold.

Tallene som ligger til grunn for figurene, er presentert i tabell 1.3 sist i kapitlet.

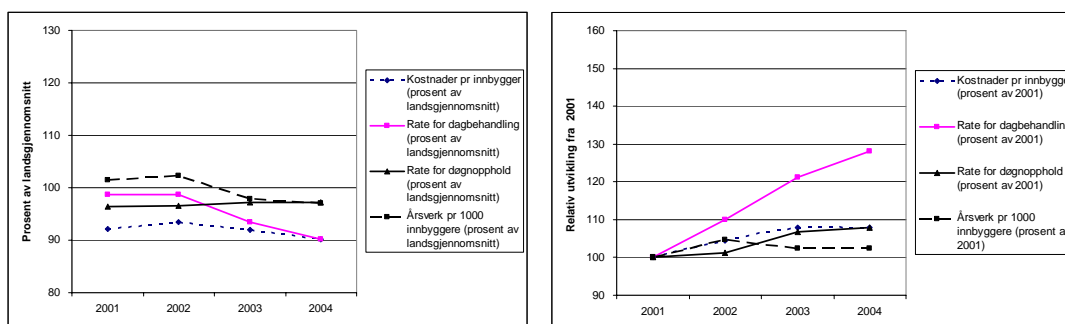
For å få et bilde av hvordan regionene følger opp sitt "sørge-for" ansvar, er alle tall korrigert for pasientstrømmen mellom regionene. Døgnopphold, dagbehandling og årsverk er også kjønns- og aldersstandardisert. Vi vil altså vise ressursinnsats og aktivitet knyttet til befolkningen i en region, uavhengig av om behandlingen har skjedd i egen region eller ikke. Dette er imidlertid ikke uproblematisk. Det finnes ingen beregninger som viser hva pasientbehandling som utføres i foretak eid av ett helseforetak for pasienter bosatt i andre regioner, faktisk koster. Det beste estimatet vi har, er det som andre foretak faktisk betaler for denne behandlingen, dvs *gjestepasientkostnadene*. Hvis gjestepasientkostnadene ikke dekker faktiske kostnader knyttet til gjestepasientoppholdene, vil underskuddet herfra inngå i kostnader som eier-regionen må dekke. I våre rateberegninger (kostnader per innbygger) vil et slikt underskudd inngå i kostnadene som fordeles på befolkningen i eier-regionen, selv om dette strengt tatt ikke kommer egen befolkning til gode.

Det finnes heller ingen nøyaktige beregninger som fordeler årsverk ved et helseforetak på de helseregioner hvor pasientene er bosatt. Vi korrigerer årsverkstallene på grunnlag av den enkelte regions andel av foretakets *liggedøgn*. Denne fordelingsnøkkelen er ikke nødvendigvis sammenfallende med fordelingsnøkkelen som er brukt til fordeling av kostnadene.

Ressursbruken innenfor en helseregion vil også påvirkes av kostnadsnivået ved egne helseforetak. Dette blir kort kommentert. Her skifter vi altså perspektiv fra "sørge for" perspektivet til "foretaks" perspektivet.

#### 1.3.1 Helseregion Øst

Figur 1.2 Sentrale indikatorer for Helseregion Øst, 2001-2004. a) utvikling i forhold til landsgjennomsnittet, og b) utvikling i forhold til nivå i egen region 2001<sup>1</sup>. Døgnopphold, dagbehandling og årsverk er korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.



<sup>1</sup> Kostnader målt i 2004-kroner.

Befolkningen i helseregion Øst har for hele perioden 2001-2004 benyttet seg av sykehustjenester i mindre grad enn landsgjennomsnittet. I 2004 hadde befolkningen i helseregion Øst de laveste forbruksratene av alle regioner både for døgnopphold og for dagbehandling. Avviket fra landsgjennomsnittet er størst når det gjelder dagbehandling. Her har vi pekt på at regionen har et større omfang av bruk av avtalespesialister<sup>1</sup> enn de øvrige regionene. Dette er aktivitet som ikke fanges opp av våre tall.

Det har vært en betydelig vekst i antall dagbehandlinger for befolkningen i regionen fra 2001 til 2004. Veksten på 28 prosent er likevel mindre enn veksten i landet forøvrig. Raten for dagbehandling har derfor blitt redusert sammenlignet med landsgjennomsnittet. For 2004 lå raten for dagbehandling ca ti prosent under landsgjennomsnittet. For døgnopphold har utviklingen i regionen vært lik den for landet for øvrig. Her ligger helseregion Øst ca tre prosent under landsgjennomsnittet.

Kostnader per innbygger i helseregion Øst til somatiske sykehustjenester var i 2004 hele 10 prosent lavere enn landsgjennomsnittet. Fra 2002 til 2004 er kostnadene per innbygger sammenlignet med landsgjennomsnittet redusert fra 93 prosent til 90 prosent.

Når det gjelder årsverk per 1000 innbyggere ligger imidlertid regionen nærmere landsgjennomsnittet. Også her ser vi en relativ reduksjon i nivå, fra 102 prosent i 2001 til 97 prosent av landsgjennomsnittet i 2004.

Forskjellen i relativt nivå mellom de to indikatorene (kostnader og årsverk) henger sammen med måten vi korrigerer for gjestepasienter på. Helseregion Øst kjøper en stor andel av behandlingene (om lag 17 prosent) fra andre regioner. Størstedelen av disse tjenestene kjøper regionen fra Rikshospitalet som eies av Helse Sør RHF. Når det gjelder kostnader, antar vi at behandling av pasienter fra andre regioner ved Rikshospitalet koster det samme som det regionene må betale for denne behandlingen, dvs gjestepasientkostnaden. Når vi studerer regionenes bruk av årsverk, fordeles årsverkene ved Rikshospitalet etter den enkelte regions andel av liggedøgnene ved sykehuset.

Disse to fordelingsnøkklene gir en nokså ulik fordeling. For 2004 finansierte Helse Øst RHF om lag 30 prosent av totale kostnader ved Rikshospitalet, mens pasienter fra regionen la beslag på 57 prosent av liggedøgnene. Fordeles årsverkene etter samme nøkkel som kostnadene, vil nivå for årsverk per 1000 innbyggere i helseregion Øst bli på om lag 92 prosent av landsgjennomsnittet, altså mye nærmere nivået for kostnader sammenlignet med landsgjennomsnittet. Håndtering av gjestepasienter ved Rikshospitalet forklarer altså det meste av nivåforskjellen mellom kostnader per innbygger og årsverk per 1000 innbyggere sammenlignet med landsgjennomsnittet for helseregion Øst. Hva som er korrekt fordeling av årsverk og kostnader, har vi imidlertid ikke grunnlag for å si noe om.

Befolkningen i helseregion Øst har lavest median ventetid, færrest ventende og lavest andel langtidsventende sammenlignet med øvrige regioner (tall for 1. tertial 2005). Når det gjelder ventetid for ventende pasienter, er imidlertid forskjellene mellom regionene små.

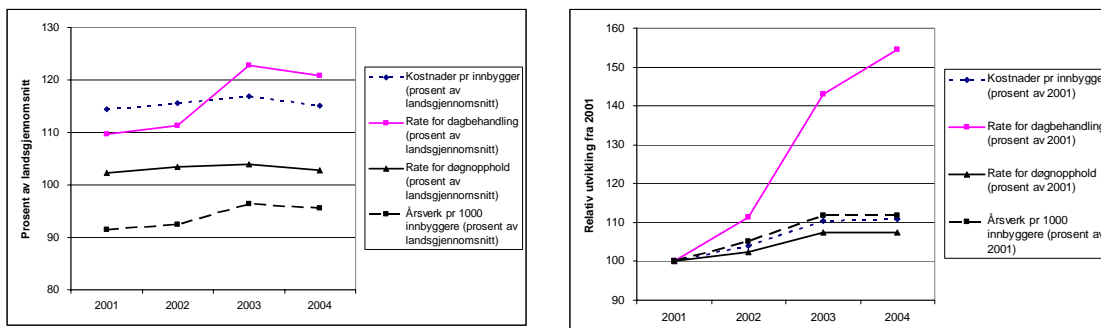
Foretakene i Helse Øst RHF har til sammen en målt kostnadseffektivitet (vektet) på nivå med landsgjennomsnittet for 2004, mens den tekniske effektiviteten ligger svakt under gjennomsnittet for landet. Regionen har sammen med Helse Sør RHF hatt størst økning i kostnadseffektivitet av alle regionene de siste årene. Kostnadseffektiviteten har økt i perioden 1999 til 2004 med hele 14,1 prosent (vektet for foretaksstørrelse).

---

<sup>1</sup> Om lag 50 prosent av landets avtalespesialister er lokalisert innenfor denne regionen som huser om lag 36 prosent av befolkningen.

## 1.3.2 Helseregion Sør

Figur 1.3 Sentrale indikatorer for Helseregion Sør, 2001-2004. a) utvikling i forhold til landsgjennomsnittet, og b) utvikling i forhold til nivå i egen region 2001. Døgnopphold, dagbehandling og årsverk er korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.



<sup>1</sup> Kostnader målt i 2004-kroner.

Befolkningen i helseregion Sør har et høyere forbruk av både døgnopphold og dagbehandling enn landsgjennomsnittet. Avviket fra gjennomsnittet er særlig stort når det gjelder dagbehandling. Her viser våre tall at befolkningen i regionen har høyest forbruk av alle regioner, 22 prosent høyere enn gjennomsnittet for landet. I perioden 2001 til 2004 har regionen hatt en vekst i antall dagbehandling per 1000 innbyggere på hele 54 prosent, mens landsgjennomsnittet har økt med ca 40 prosent.

Det relativt høye forbruket av dagbehandling gjelder i all hovedsak rehabilitering. Ser vi bort fra rehabiliteringsopphold, mottar befolkningen i regionen dagbehandling i et omfang som er på nivå med landet for øvrig. Om befolkningen i helseregion Sør faktisk mottar mer dagbehandling enn landet for øvrig innenfor de nevnte kategoriene, eller om våre funn skyldes ulik organisering av disse tjenestene, kan vi ikke gi svar på. Det er mulig at øvrige regioner tilbyr slik behandling innenfor institusjoner som ikke omfattes av vårt datagrunnlag.

I perioden 2001 til 2004 har regionen hatt de høyeste kostnader per innbygger sammen med helseregion Nord. I 2004 hadde helseregion Sør kostnader per innbygger som lå 15 prosent over gjennomsnittet for landet. For 2003 var tilsvarende tall 17 prosent. Den relative nedgangen skyldes at kostnadene per innbygger i helseregion Sør ikke har økt fra 2003 til 2004.

Når det gjelder årsverk per 1000 innbyggere, har imidlertid regionen lavere rate enn alle andre regioner i hele perioden. Dette til tross for en sterk vekst i antall årsverk i regionen fra 2001 til 2003.

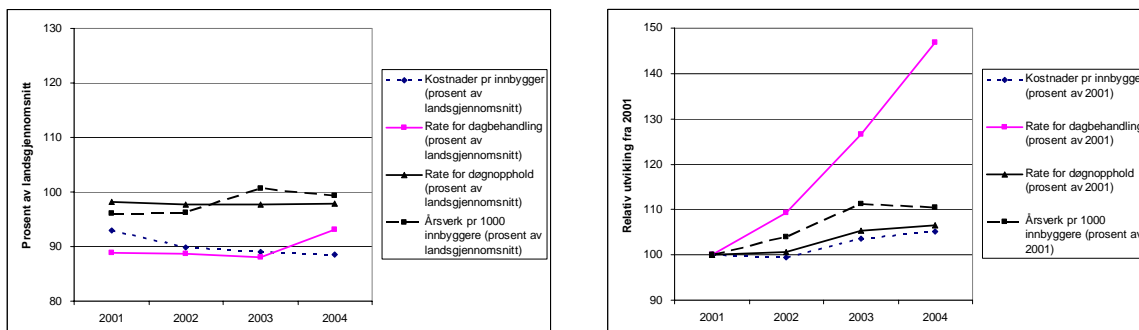
Forskjellen i nivå på ratene for årsverk og kostnader skyldes måten vi korrigerer for pasientflyt mellom regionene på. Dette er nærmere kommentert i avsnittet som omhandler helseregion Øst. Det er altså mulig at de høye kostnadene per innbygger i helseregion Sør delvis skyldes underskudd knyttet til behandling av pasienter fra helseregion Øst. Vi har imidlertid ikke noe grunnlag for å si noe nærmere om hvorvidt dette faktisk er tilfelle, og i hvilken grad dette påvirker kostnader per innbygger i regionen.

Hele 94,7 prosent av alle pasienter fra helseregion Sør er behandlet innenfor egne HF. Regionen har dermed sammen med helseregion Vest høyest egendekning av landets helseregioner.

Helse Sør RHF har målt kostnadseffektivitet på nivå med landsgjennomsnittet, mens den tekniske effektiviteten er noe over landsgjennomsnittet for 2004. Regionen har hatt størst vekst i effektivitet av alle regionene den siste seksårsperioden, uavhengig om vi legger teknisk- eller kostnadseffektivitet til grunn. Våre målinger indikerer en særlig sterk vekst i kostnadseffektivitet fra 2003 til 2004.

## 1.3.3 Helseregion Vest

Figur 1.4 Sentrale indikatorer for Helseregion Vest, 2001-2004. a) utvikling i forhold til landsgjennomsnittet, og b) utvikling i forhold til nivå i egen region 2001. Døgnopphold, dagbehandling og årsverk er korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.



<sup>1</sup> Kostnader målt i 2004-kroner.

Som figuren viser, ligger helseregion Vest under landsgjennomsnittet både når det gjelder aktivitet og ressursinnsats, og slik har bildet stort sett vært i perioden 2001 til 2004. For 2004 er avviket fra landsgjennomsnittet lite når det gjelder årsverk og døgnopphold, noe større når det gjelder dagbehandling, og betydelig større når det gjelder kostnader per innbygger. Avviket for dagbehandling ser ut til å være i ferd med å reduseres. Her er det særlig innenfor gruppen rehabilitering at regionen har relativt lavt forbruk.

Avviket i kostnader per innbygger mellom helseregion Vest og landsgjennomsnittet ser ut til å øke. Helseregion Vest har hatt en samlet vekst i perioden 2001 til 2004 på fem prosent. Dette er en lavere vekst enn den vi finner i øvrige regioner, og står i sterk kontrast til veksten i helseregion Midt-Norge og helseregion Nord der veksten har vært på hhv 15 og 16 prosent i samme periode.

Regionen har kostnader per innbygger som er 11 prosent under landsgjennomsnittet. Fra Hagenutvalgets arbeid (NOU 2003:1) vet vi at vi ut fra befolkningssammensetning og reisetider i regionen for 2002 kunne forvente et kostnadsnivå per innbygger på ca 97 prosent av landsgjennomsnittet. Et slikt nivå ville innebære økte kostnader for regionen i størrelsesorden 800 millioner kroner i forhold til den faktiske situasjonen i 2004.

Når det gjelder årsverk, har regionen hatt en sterkere vekst enn landsgjennomsnittet i fireårsperioden. Antall årsverk per 1000 innbyggere økte med hele 11 prosent i perioden 2001 til 2003. Tilsvarende økning for landet totalt var på seks prosent. Dette har ført til at årsverksinnsatsen i helseregion Vest for 2004 er på nivå med landet for øvrig.

Veksten i antall årsverk per 1000 innbyggere i helseregion Vest har vært større enn tilsvarende økning i kostnadene for perioden 2001 til 2004. Utviklingen i helseregion Vest skiller seg fra utviklingen for landet forøvrig på dette området.

Hele 94,9 prosent av alle pasienter fra helseregion Vest er behandlet innenfor egne HF. Regionen har lavest andel behandlet hos private av alle regioner. Her ser vi imidlertid en økning fra 2003-2004 (fra 0,3 til 1,3 prosent).

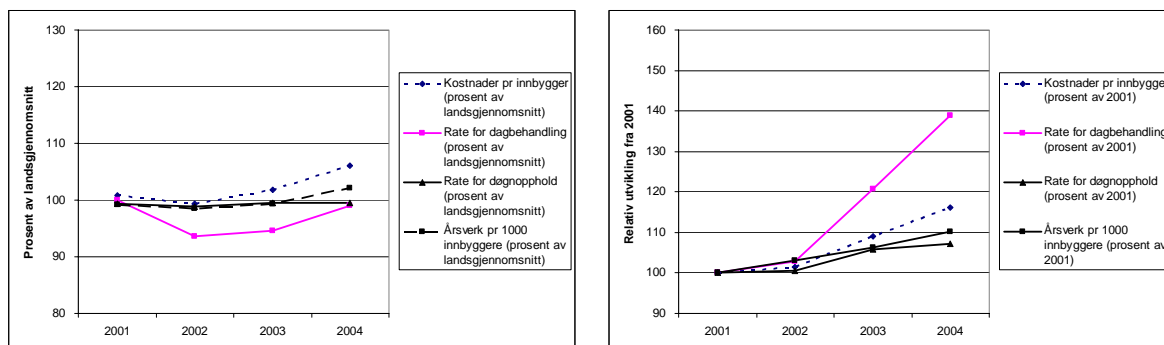
Aktivitetsveksten de siste årene har ført til at ventetidene i regionen går ned. Per 1. tertial 2005 har regionen fortsatt noe høyere median ventetid for ventende. Antall ventende per 1000 innbyggere er svakt under landsgjennomsnittet.

Våre mål indikerer at Helse Vest RHF har den høyeste kostnadseffektiviteten av landets regioner. Fra 2003 til 2004 hadde Helse Vest vekst i kostnadseffektiviteten. Ser vi på utviklingen de siste seks årene under ett, har regionen hatt lavest samlet vekst av alle regionene når det gjelder dette effektivitetsmålet.

Når det gjelder teknisk effektivitet, indikerer våre mål en noe lavere effektivitet enn landet for øvrig. Her har regionen hatt en nedgang i effektivitet i seksårsperioden fra 1999 til 2004 på 1,7 prosent. Den tekniske effektiviteten for landet samlet økte med nesten 10 prosent i samme periode.

### 1.3.4 Helseregion Midt-Norge

Figur 1.5 Sentrale indikatorer for helseregion Midt-Norge, 2001-2004. a) utvikling i forhold til landsgjennomsnittet, og b) utvikling i forhold til nivå i egen region 2001. Døgnopphold, dagbehandling og årsverk er korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.



<sup>1</sup> Kostnader målt i 2004-kroner.

De siste årene har helseregion Midt-Norge hatt aktivitet og ressursforbruk på linje med gjennomsnittet for landet. Et unntak har vært rate for dagbehandling som var noe lavere i perioden 2002-2003, men dette har endret seg. For 2004 er raten for dagbehandling helt på landsgjennomsnittet, noe som skyldes en økning i antall dagkirurgiske inngrep. Dette kan i all hovedsak knyttes til en sterk økning i bruken av private sykehus. 6,1 prosent av alle dagbehandlinger og døgnopphold for befolkningen i helseregion Midt-Norge er utført ved private sykehus. Dette er en høyere andel enn vi finner i andre regioner.

Det kan se ut som om regionen nå er i ferd med å få et nivå på kostnader per innbygger som ligger noe over gjennomsnittet. Hagenutvalget (NOU 2003:1) konkluderte med at regionen ut fra befolkningssammensetning og reisetid bør forventes å ha et kostnadsnivå om lag fire prosent over landsgjennomsnittet. For 2004 viser tallene at kostnadene per innbygger er 6,2 prosent over dette gjennomsnittet. Ser vi bort fra helseregion Nord<sup>2</sup>, har region Midt-Norge hatt den sterkeste veksten i kostnader per innbygger (16 prosent) i perioden 2001-2004 av alle regioner. Dette skyldes særlig stor vekst fra 2003 til 2004. Mens øvrige regioner (med unntak av helseregion Nord) har reell vekst i kostnadene dette året på fra 0 til 1,6 prosent, viser tallene for helseregion Midt-Norge en reell kostnadsvekst på 6,3 prosent (440 millioner kroner).

Også når det gjelder årsverk, har regionen hatt sterkere vekst enn landsgjennomsnittet. Dette har ført til at det for 2004 kun var helseregion Nord som hadde flere årsverk per 1000 innbyggere enn region Midt-Norge.

Regionen har størst reduksjon i ventetid til behandling i perioden 2001 til 2004. Median ventetid er per 1. tertial 2005 på landsgjennomsnittet.

Helse Midt-Norge RHF har kostnadseffektivitet omlag på landsgjennomsnittet i 2004. Veksten i kostnadseffektivitet har vært lav i hele seksårsperioden fra 1999 til 2004, samlet vekst er på 5,2 prosent. Dette er noe lavere enn veksten for landet samlet (10 prosent).

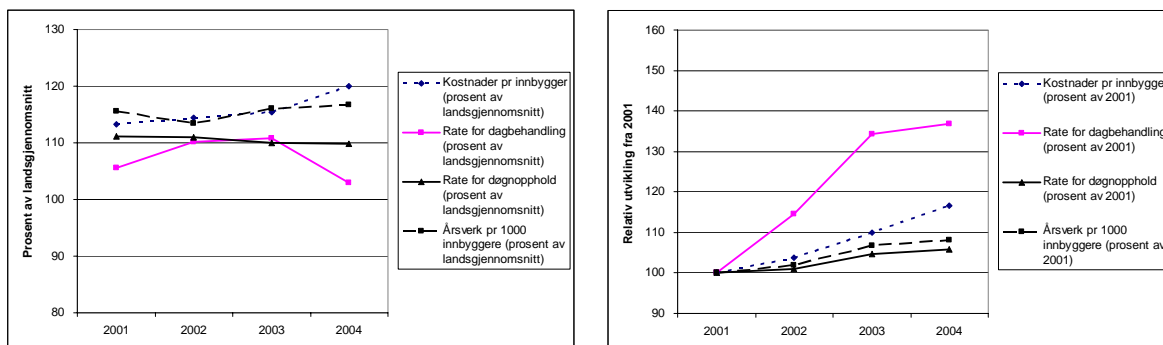
<sup>2</sup> Etter at differensiering av arbeidsgiveravgiften falt bort i 2004, har helseregion Nord fått en økning i kostnadene per innbygger som ikke reflekterer tilgang i ressurser.



Når det gjelder teknisk effektivitet, indikerer våre målinger at regionen er mer effektiv enn landet totalt sett. Innenfor dette effektivitetsmålet har foretakene i Helse Midt-Norge hatt en økning på over 13 prosent i perioden 1999 til 2004 når effektivitetsmålet vektet etter foretaksstørrelse.

### 1.3.5 Helseregion Nord

Figur 1.6 Sentrale indikatorer for helseregion Nord, 2001-2004. a) utvikling i forhold til landsgjennomsnittet, og b) utvikling i forhold til nivå i egen region 2001. Døgnopphold, dagbehandling og årsverk er korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.



<sup>1</sup> Kostnader målt i 2004-kroner.

Helseregion Nord har tradisjonelt hatt høyt forbruk av somatiske sykehustjenester og høy ressursbruk sammenlignet med øvrige regioner.

For døgnopphold viser våre tall at regionen har et forbruksnivå som ligger 10 prosent over landsgjennomsnittet og 7 prosent over helseregion Sør som har nest høyest nivå på denne indikatoren. Dette bildet har vært stabilt i hele perioden. Det høye forbruket gjelder både elektive og ø-hjelpsopphold, og innenfor både kirurgiske og medisinske spesialiteter.

Også for befolkningens bruk av dagbehandling har helseregion Nord tradisjonelt ligget høyt (2002 og 2003 ca 10 pst over landsgjennomsnittet). Her har regionen imidlertid hatt en svakere økning fra 2003-2004 sammenlignet med landet for øvrig. Dette har ført til at raten for dagbehandling for 2004 ligger bare 3 prosent over landsgjennomsnittet.

Helseregion Nord har de høyeste kostnadene til somatiske helsetjenester per innbygger i 2004. Dette forholdstallet har ligget høyt i hele perioden. Avviket fra landsgjennomsnittet har imidlertid ikke vært høyere i perioden enn nettopp for 2004 da kostnadsnivået var 20 prosent over gjennomsnittet for landet. Dette er betydelig over det kostnadsnivået vi utfra befolkningssammensetning og reisetid skulle forvente (8 prosent over gjennomsnitt (NOU 2003:1)). Økningen i kostnadene fra 2003 til 2004 (6,1 prosent) skyldes at regionen for 2004 for første gang har like høy arbeidsgiveravgift som resten av landet. Korrigert for arbeidsgiveravgift, har region Nord en reell økning i kostnader per innbygger fra 2003 til 2004 på 1,9 prosent.

Som for kostnader og aktivitet utmerker regionen seg med høyt antall årsverk per 1000 innbyggere. I perioden 2001-2004 ligger tall for regionen 16-17 prosent over landsgjennomsnittet. Dette har først og fremst sin forklaring i høye rater for sykepleiere og annet pleie- og behandlingspersonell.

Befolkningen i regionen benytter somatiske sykehustjenester mer enn landet for øvrig og regionen har også flest ventende per 1000 innbyggere av alle regioner. Median ventetid og andel langtidsventende er på gjennomsnittet for landet per 1. tertial 2005.

Våre mål indikerer at Helse Nord RHF har den laveste kostnadseffektiviteten av alle regioner. Utviklingen de siste seks år har vist en svak økning i dette effektivitetsmålet, mens utviklingen fra 2003 til 2004 var negativ (-2,8 prosent). Utviklingen siste år har trolig sammenheng med økningen i arbeidsgiveravgiften.

Den tekniske effektiviteten for regionen ser ut til å være som for landet totalt. Her har Helse Nord RHF vist en økning i løpet av de siste 6 år på over 14 prosent.

### 1.3.6 Oppsummering regionale forskjeller

Det er relativt store forskjeller mellom helseregionene når det gjelder kostnader per innbygger til somatiske spesialisthelsetjenester. I 2004 varierte kostnadene mellom 12 165 (helseregion Nord) og 8 984 (helseregion Vest) kroner per innbygger. Helseregion Nord har altså et kostnadsnivå som er hele 35 prosent høyere enn helseregion Vest. Noe av denne forskjellen kan forventes ut fra befolkningens alderssammensetning og reiseavstander i regionen. Hagenutvalget (NOU 2003:1) konkluderte med at vi ut fra disse kriteriene bør forvente at nettopp helseregion Vest har laveste kostnadsnivå mens helseregion Nord forventes å ligge høyest. Størrelsen på forskjellene kan imidlertid ikke forklares ut fra alder og reisetid. Tabellen nedenfor viser forventet relativt nivå på kostnad per innbygger sammenlignet med landsgjennomsnittet for 2002 (fra Hagenutvalgets beregninger i NOU 2003:1) og faktisk relativt nivå på kostnad per innbygger for årene 2001 til 2004.

Tabell 1.2 Forventet relativt nivå kostnad per innbygger sammenlignet med landsgjennomsnittet for 2002 (fra Hagenutvalgets beregninger) og faktisk relativt nivå kostnad per innbygger for årene 2001 til 2004. Alle helseregioner.

	Forventet relativt nivå kostnad per innbygger (NOU 2003:1)	Faktisk relativt nivå kostnad per innbygger			
		2001	2002	2003	2004
Helseregion Øst	0,99	0,92	0,93	0,92	0,90
Helseregion Sør	0,99	1,14	1,16	1,17	1,15
Helseregion Vest	0,97	0,93	0,90	0,89	0,89
Helseregion Midt-Norge	1,04	1,01	0,99	1,02	1,06
Helseregion Nord	1,08	1,13	1,14	1,15	1,20

Tabellen viser at forskjellene i kostnader per innbygger har blitt større i løpet av den siste fireårsperioden. De helseregionene som tradisjonelt har hatt lave kostnader per innbygger (helseregion Vest og Øst), har fått ytterligere lavere kostnader per innbygger de siste årene sammenlignet med landsgjennomsnittet, mens det motsatte er tilfellet for helseregion Nord som fra før hadde det høyeste kostnadsnivået. For helseregion Nord er utviklingen siste år i stor grad forårsaket av økning i arbeidsgiveravgift. Men selv om vi korrigerer for økt arbeidsgiveravgift i helseregion Nord, viser våre tall en økning i forskjellene mellom helseregionenes kostnadsnivå fra 2001 til 2004.

Studerer vi ressursinnsats i form av årsverk, er forskjellene mindre. Her er det bare helseregion Nord som skiller seg ut med årsverk per 1000 innbyggere som ligger stabilt mellom 16-17 prosent over gjennomsnittet for landet i fireårsperioden. Blant de øvrige helseregionene har forskjellene blitt stadig mindre, og i 2004 var variasjonen mellom disse på seks prosentpoeng. Noe av forklaringen til at forskjellene blir mindre når vi måler ressursinnsats i form av årsverk, skyldes ulike metoder for korrigerering for pasientflyt mellom regionene på når det gjelder kostnader og årsverk. Dette påvirker særlig kostnads- og

årsverksratene for helseregionene Øst og Sør og er nærmere beskrevet i avsnittene 1.3.1 og 1.3.2. Ulike metoder for håndtering av pasientflyt mellom regionene forklarer imidlertid ikke hvorfor helseregion Vest har kostnader per innbygger som ligger 11 prosent under landsgjennomsnittet, mens de for årsverk per 1000 innbyggere ligger på nivå med landet for øvrig.

Det er en klar sammenheng mellom kostnader og aktivitet i regionene. Helseregionene som har høye kostnader per innbygger har også høyere aktivitet knyttet til sin befolkning. Når det gjelder aktivitet, er imidlertid forskjellene mellom regionene noe mindre enn for kostnader. For døgnopphold utmerker helseregion Nord seg med langt høyere rater enn de øvrige regionene (110 prosent av landsgjennomsnittet for 2004). Ser vi bort fra helseregion Nord, varierer ratene for regionene mellom 97 og 103 prosent av landsgjennomsnittet for 2004. Dette bildet har vært stabilt de siste fire årene. Når det gjelder omfanget av dagbehandlinger, er forskjellene mellom regionene noe større. Her ligger helseregion Sør på 121 prosent av landsgjennomsnittet mens tilsvarende for helseregion Øst er 90. En stor del av variasjonen forklares med forskjeller innenfor gruppene rehabilitering, dialyse og cytostatika, noe som kan skyldes ulik organisering i regionene. Ser vi bort fra disse behandlingsgruppene, blir forskjellene mellom regionene betydelig mindre.

Det meste av forbruksvariasjonen kan knyttes til elektive opphold. Unntakene her er helseregion Nord som også har høyere rater for ø-hjelpsopphold, og helseregion Midt-Norge som har lavere rater for ø-hjelpsopphold enn landet for øvrig.

Vi ser også en klar sammenheng mellom antall på venteliste og antall opphold ved sykehusene. Helseregion Nord som har høye forbruksrater, har over 60 prosent flere på venteliste per 1000 innbyggere enn landsgjennomsnittet per 1. tertial 2005, mens lavforbruksregionene Øst og Vest også har færre på venteliste. Unntaket her er helseregion Sør som har høye forbruksrater, men færre per 1000 innbyggere på venteliste sammenlignet med landet for øvrig. Dette har trolig sammenheng med at en del av merforbruket i helseregion Sør er knyttet til pasientgrupper hvor ikke alle står på venteliste (rehabilitering).

Det er små forskjeller mellom regionene når det gjelder median ventetid for de som står på venteliste. Dette kan tyde på at størrelsen på ventelistene er godt tilpasset planlagt aktivitetsnivå i helseregionene.

Tabell 1.3 Kostnader per innbygger, dagbehandling per 1000 innbyggere, døgnopphold per 1000 innbyggere, årsverk per 1000 innbyggere. Alle helseregioner og sum landet. Døgnopphold, dagbehandling og årsverk er korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. Kostnader målt i 2004-kroner. 2001 til 2004.

	2001	2002	2003	2004	Prosent endring 2001-2004
<b>Helseregion Øst</b>					
Kostnader per innbygger	8 457	8 831	9 139	9 129	8,0
Rate for dagbehandling	71	78	86	91	28,2
Rate for døgnopphold	164	166	175	177	7,9
Årsverk per 1000 innbyggere	13,1	13,7	13,4	13,4	2,3
<b>Helseregion Sør</b>					
Kostnader per innbygger	10 508	10 917	11 591	11 732	10,9
Rate for dagbehandling	79	88	113	122	54,4
Rate for døgnopphold	174	178	187	187	7,5
Årsverk per 1000 innbyggere	11,8	12,4	13,2	13,2	11,9
<b>Helseregion Vest</b>					
Kostnader per innbygger	8 532	8 484	8 831	8 984	5,1
Rate for dagbehandling	64	70	81	94	46,9
Rate for døgnopphold	167	168	176	178	6,6
Årsverk per 1000 innbyggere	12,4	12,9	13,8	13,7	10,5
<b>Helseregion Midt-Norge</b>					
Kostnader per innbygger	9 253	9 393	10 101	10 740	16,1
Rate for dagbehandling	72	74	87	100	38,9
Rate for døgnopphold	169	170	179	181	7,1
Årsverk per 1000 innbyggere	12,8	13,2	13,6	14,1	10,2
<b>Helseregion Nord</b>					
Kostnader per innbygger	10 410	10 813	11 434	12 165	16,7
Rate for dagbehandling	76	87	102	104	36,8
Rate for døgnopphold	189	191	198	200	5,8
Årsverk per 1000 innbyggere	14,9	15,2	15,9	16,1	8,1
<b>Sum Helseregioner</b>					
Kostnader per innbygger	9 185	9 447	9 920	10 136	10,3
Rate for dagbehandling	72	79	92	101	40,3
Rate for døgnopphold	170	172	180	182	7,1
Årsverk per 1000 innbyggere	12,9	13,4	13,7	13,8	7,0

## Del II Befolkningsperspektiv ("sørge-for" ansvar)

Sykehusreformen som ble iverksatt i januar 2002 implementerte det helsepolitiske målet om god tilgjengelighet til helsetjenester av god kvalitet for hele befolkningen, uavhengig av bosted, kjønn eller alder gjennom fastlegging av "sørge-for" ansvaret på både nasjonalt og regionalt nivå.

"Sørge-for" ansvaret står sentralt i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2004. Det vektlegger at regionene skal fortsette utviklings- og forbedringsarbeid knyttet til håndtering av kombinasjonen av "sørge-for" ansvaret for helseregionenes befolkning og å være leder for den regionale helseforetaksgruppen. Spørsmålet om hvordan "sørge-for"-ansvaret fylles og utvikles av både nasjonale, regionale og lokale aktører er tema for denne delen av SAMDATA-rapporten. I kapittel 2, 3, 4, 5, 6 og 7 settes søkelyset på utviklingen i befolkningens tilgjengelighet til somatiske spesialisthelsetjenester fra 2003 til 2004.

Befolkningens tilgjengelighet til sykehustjenester avhenger i stor grad av *ressursinnsats* og *tilbud* av spesialisthelsetjenester. Tilbudet av sykehustjenester er avhengig av sykehusenes kapasitet i form av både areal, senger og personell, samt teknologisk utstyr og kompetanse. Nivået på disse innsatsfaktorene avhenger igjen av både økonomiske ressurser og av strukturelle forhold som tilgang på kvalifisert personell. I kapittel 2 og 3 beskrives befolkningens *tilbud* av sykehustjenester i henhold til nivået av sykehussenger, personell og penger. Kapittel 2 gir en beskrivelse av utviklingen i sengekapasitet og årsverk etter personellkategori for både helseregionene og HF-områdene, mens kapittel 3 gir oversikt over totale driftskostnader til den somatiske spesialisthelsetjenesten etter regionen og er kontrollert for gjestepasientoppgjør.

Volumet i *bruk av sykehustjenester* gir uttrykk både for befolkningens tilgang til tjenester og for etterspørselen etter tjenestene. Utviklingen i befolkningens bruk av sykehustjenester står derfor også sentralt når fokus settes på "sørge-for" ansvaret og en befolkningsorientert beskrivelse av aktiviteten i den somatiske sykehussektoren. Befolkningens bruk av sykehustjenester, og forskjeller mellom ulike geografiske områder er tema for kapittel 4. I dette kapitlet beskrives aktivitetsutviklingen fra 2003 til 2004 i de fem helseregionene og alle foretaksområdene i relasjon til hvilken type behandling pasientene har mottatt.

I perioden fra 2010 til 2030 vil andelen eldre i den norske befolkningen øke relativt sterkt. Økningen i både antall og andel eldre representerer trolig den største utfordringen for morgendagens spesialisthelsetjeneste og for de regionale foretakenes evne til å ivareta "sørge-for" ansvaret. I 2001 brukte pasienter i pensjonsalder omtrent halvparten<sup>3</sup> av liggedøgnene ved heldøgnsavdelingene ved norske sykehus. Kapittel 4 inkluderer, som i 2003, derfor en egen del om eldres sykehusbruk.

Omfanget av *pasientstrømmer* analyseres i kapittel 5 av rapporten. En av målsetningene med opprettelsen av regionale helseforetak (Ot.prp. nr. 66, 2000-2001), var å samordne helsetjenesten innenfor den enkelte helseregion og gjennom funksjons- og oppgavefordeling

---

<sup>3</sup> Pasienter over 66 år brukte 47 prosent av liggedøgnene totalt og 53 prosent av liggedøgnene ved innleggelser for øyeblikkelig medisinsk hjelp (behandling definert i en medisinsk DRG).

søke å effektivisere ressursutnyttelsen. Videre er det slik at den enkelte pasient gjennom lov om pasientrettigheter har fått styrket retten til tilgang på helsehjelp av god kvalitet (Lov om pasientrettigheter, Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Endringer i den enkelte pasients rettighet til helsehjelp og endret organisering av spesialisthelsetjenesten gjør at det er interessant å følge bevegelse i pasientstrømmer innenfor og mellom helseregionene.

*Ventetid før behandling* kan hevdes å være den mest direkte indikatoren på befolkningens tilgjengelighet til somatiske spesialisthelsetjenester. Å redusere ventetiden for planlagte behandlinger var også et av de viktigste målene og suksesskriteriene for eierskapsreformen. Til tross for at antallet på venteliste og ventetiden er gått sterkt ned de senere årene, vektlegges det i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene at det fortsatt må være fokus på å holde ventelistene på et lavt nivå for 2004. I kapittel 6 presenteres tall som viser utviklingen i ventende og ventetid for behandling i helseregionene og foretaksområdene.

*Aktivitetsvekst og prioritering* er tema i kapittel 7, hvilket er sentrale helsepolitiske målsettinger de siste fem årene. Et sentralt spørsmål er hvordan aktivitetsendringer ved helseforetakene gir seg utslag i endringer i tjenestebruk for ulike pasientgrupper. Samordning og utnyttning av ledig kapasitet ble framsatt som viktige virkemidler til økt aktivitet før sykehusreformen. Utviklingen i arbeidsfordeling mellom ulike typer sykehus er i den sammenheng interessant.

Fokuset på aktivitetsøkning har de siste par år blitt etterfulgt av en fornyet oppmerksomhet rundt prioriteringsspørsmål. Dette gjenspeiles i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene. Vi vil belyse i hvilken grad tilgjengelige registerdata kan gi en meningsfull beskrivelse av aktivitetsutviklingen for pasientgrupper som helsemyndighetene mener bør prioriteres. I den sammenheng brukes et utvalg diagnosegrupper som defineres som kronisk sykdom. Kan en beskrivelse av tjenestebruk og ventetidsutvikling for disse gruppene gi noen indikasjon på prioritering?

På tvers av pasientgrupper er spesialisthelsetjenesten pålagt å bruke ordningen med "rett til helsehjelp" som et generelt prioriteringsverktøy. Den enkelte pasient blir etter henvisning fra sin fastlege vurdert til å ha rett eller ikke rett til å få helsehjelp innen en angitt tidsperiode. Kapitlet avsluttes med en framstilling av utvikling i omfang av pasienter som tildeles/ikke tildeles rett til helsehjelp og ventetid til behandling for de to gruppene.

## 2 Personell og senger

Thomas Halvorsen

Det er en svak vekst på 0,5 prosent i antall årsverk ved somatiske sykehus fra 2003 til 2004. Fordelt på typer personell er det en økning i overkant av fire prosent i legeårsverk, mens det er en reel tilbakegang innen hjelpepleiere/barnepleiere, administrasjon, kontorphersonell og service- driftspersonell. På regionnivå er det først og fremst i helseregion Midt-Norge at det er en vekst i antall årsverk mellom 2003 og 2004.

Utviklingen i sengetall viser en utflating sammenlignet med tidligere år. Det er heller ingen endring fra 2003 til 2004 for den enkelte helseregion. Befolkningen i helseregion Nord bruker flest senger i forhold til innbyggertallet, mens helseregion Øst ligger lavest.

### 2.1 Innledning

Dette kapitlet presenterer tall for personell og senger innen somatisk spesialisthelsetjeneste. Først presenteres nasjonale oversikter, deretter brytes disse ned i form av rater på helseregionnivå, og til slutt presenteres rater på foretaksnivå.

### 2.2 Personell

Det har gjennom flere år vært en klar vekst i antall årsverk i norske somatiske sykehus. Også fra 2003 til 2004 er det en netto tilvekst, men denne er på beskjedne 0,5 prosent. Dette er en noe lavere vekstrate enn hva man har sett i tidligere år, og kan bety at veksten i årsverk ved somatiske sykehus er i ferd med å avta. Det er først og fremst en reell tilbakegang i årsverk innen hjelpepleiere/barnepleier, administrasjon og kontorphersonell, og service- og driftspersonell som sørger for at den totale veksten begrenses. De øvrige yrkeskategoriene opplever en økning i årsverk fra 2003 til 2004. Det er for eksempel en klar økning i legeårsverk i denne perioden med en vekst på i overkant av fire prosent.

På regionnivå er det heller ingen dramatiske endringer fra i 2003 til 2004. Helseregion Midt-Norge har den klareste oppgangen i totalt antall årsverk per 1000 innbyggere, videre har helseregion Nord en svak oppgang, mens helseregion Vest har en svak nedgang. De øvrige helseregionene har nullvekst. Oppgangen i legeårsverk deles av samtlige regioner bortsett fra Helse Vest som har nullvekst for denne yrkeskategorien. Nedgangen i service- og driftspersonell skyldes primært en nedgang for helseregionene Vest, - Øst og - Nord. De øvrige regionene opplever en svak vekst for denne yrkesgruppen.

I grunnlagsdel (T1) fremgår årsverk fordelt etter personellkategori per helseforetak.

## 2.3 Effektive senger

Også utviklingen i effektive senger viser en utflating i forhold til tidligere år. Hele 1980- og 1990-tallet og de første årene i det nye årtusenet var preget av en klar nedgang i antallet effektive senger. Perioden fra 2003 til 2004 bryter imidlertid med denne trenden ved at det her ikke er noen utvikling i verken positiv eller negativ forstand. Det er altså marginale endringer i sengeraten verken på nasjonalt nivå eller for de enkelte regionene. Dette kan bety at nedgangstrenden i sengeraten er i ferd med å flate ut. Det er naturlig nok praktiske begrensninger for hvor lavt sengeraten kan synke, noe som i sin tur vil bidra til at en slik utflating nødvendigvis vil inntre før eller siden. Sengetall for årene framover vil vise om årets brudd i utviklingen for effektive senger representerer en utflating av denne trenden, eller kun et midlertidig platå før en videre nedgang i sengeraten.

I grunnlagsdel (T1) fremgår sengetall fordelt etter avdelingstype per helseforetak.

## 2.4 Årsverk – nasjonalt nivå

Tabell 2.1 Antall årsverk<sup>1</sup> etter personellkategori ved somatiske sykehus. 2003<sup>2</sup> og 2004. Endringer i antall og prosent.

Personellgrupper	2003 (N=)	2004 (N=)	Endringer i antall 2003-2004	Prosentvis endring 2003-2004
Leger	7 592	7 922	330	4,3
Sykepleiere <sup>3</sup>	24 157	24 543	386	1,6
Hjelpepleiere/barnepleiere	5 115	4 819	-296	-5,8
Annet behandl. personell <sup>4</sup>	6 772	6 788	16	0,2
Annet pasientretta arbeid <sup>5</sup>	1 422	1 788	366	25,7
Adm. og kontorpersonell	10 061	9 871	-190	-1,9
Service- og driftspersonell	8 036	7 767	-269	-3,3
<b>Totalt</b>	<b>63 155</b>	<b>63 498</b>	<b>343</b>	<b>0,5</b>

1 Punkttall per 31. desember gjeldende driftsår.

2 På grunn av usikkerhet knyttet til innrapporterte tall fra Universitetssykehuset i Nord-Norge i 2003 er disse tallene blitt erstattet av gjennomsnittstall for 2002 og 2004.

3 Medregnet sykepleiere i administrative stillinger og jordmødre

4 Omfatter vernepleiere, fysioterapeuter, fysiokjemikere, bioingenører, radiografer, ergoterapeuter og annet arbeidsterapipersonell, sosionomer og psykologer.

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

Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 2



Tabell 2.2 Antall årsverk<sup>1</sup> i prosentandel etter personellkategori for somatiske sykehus. 2003<sup>2</sup> og 2004. Endringer i prosentpoeng.

Personellgrupper	2003	2004	Endring i prosentpoeng 2003-2004
Leger	12,0	12,5	0,5
Sykepleiere <sup>3</sup>	38,2	38,7	0,5
Hjelpepleiere/barnepleiere	8,1	7,6	-0,5
Annet behandl. personell <sup>4</sup>	10,7	10,7	0,0
Annet pasientretta arbeid <sup>5</sup>	2,3	2,8	0,5
Adm. og kontorpersonell	15,9	15,5	-0,4
Service- og driftspersonell	12,7	12,2	-0,5
<b>Totalt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>0,0</b>

<sup>1</sup> Punkttall per 31. desember gjeldende driftsår.

<sup>2</sup> På grunn av usikkerhet knyttet til innrapporterte tall fra Universitetssykehuset i Nord-Norge i 2003 er disse tallene blitt erstattet av gjennomsnittstall for 2002 og 2004.

<sup>3</sup> Medregnet sykepleiere i administrative stillinger og jordmødre

<sup>4</sup> Omfatter vernepleiere, fysioterapeuter, fysio kjemikere, bioingeniører, radiografer, ergoterapeuter og annet arbeidsterapipersonell, sosionomer og psykologer.

<sup>5</sup> Omfatter annet fagutdannet helsepersonell som ikke er spesifisert annet sted i tillegg til ufaglært pleiepersonell.

Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 2

## 2.5 Årsverk – regionalt nivå

Tabell 2.3 Antall årsverk<sup>1</sup> per 1000 innbyggere etter personellkategori. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. 2003<sup>2</sup> og 2004. Somatiske sykehus<sup>3</sup>. Bostedsregion.

Helseregion Pasientenes bosted	Leger		Sykepleiere		Annet pas. rettet arbeid		Adm./ kontor		Drift/ service		I alt	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Helseregion Øst	1,7	1,8	5,0	5,1	2,8	2,7	2,2	2,2	1,7	1,6	13,4	13,4
Helseregion Sør	1,5	1,6	5,0	5,1	2,9	2,9	2,2	2,1	1,5	1,6	13,2	13,2
Helseregion Vest	1,6	1,6	5,3	5,3	2,7	2,8	2,0	2,1	2,2	1,9	13,8	13,7
Helseregion Midt-Norge	1,6	1,7	5,7	5,8	2,8	2,8	2,0	2,1	1,5	1,6	13,6	14,1
Helseregion Nord	1,8	1,9	6,1	6,1	3,8	4,2	2,3	2,0	1,9	1,8	15,9	16,1
<b>Totalt</b>	<b>1,6</b>	<b>1,7</b>	<b>5,3</b>	<b>5,3</b>	<b>2,9</b>	<b>2,9</b>	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>	<b>1,8</b>	<b>1,7</b>	<b>13,7</b>	<b>13,8</b>

<sup>1</sup> Punkttall per 31. desember gjeldende driftsår.

<sup>2</sup> På grunn av usikkerhet knyttet til innrapporterte tall fra Universitetssykehuset i Nord-Norge i 2003 er disse tallene blitt erstattet av gjennomsnittstall for 2002 og 2004.

<sup>3</sup> Somatiske sykehus inkluderer rehabiliteringsinstitusjonene Nevro hjemmet og Mork, samt Rehabiliteringstjenesten i Stavanger.

<sup>4</sup> Medregnet sykepleiere i administrative stillinger og jordmødre

<sup>5</sup> Omfatter hjelpepleiere, barnepleiere, annet behandlingspersonell i pasientrettet arbeid.

Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 2

## 2.6 Senger – regionalt nivå

Tabell 2.4 Antall effektive senger i sykehus per 1000 innbyggere. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. 2003 og 2004. Bostedsregioner.

Helseregion Pasientenes bosted	Effektive senger	
	2003	2004
Helseregion Øst	2,61	2,64
Helseregion Sør	2,87	2,90
Helseregion Vest	2,82	2,76
Helseregion Midt-Norge	2,90	2,92
Helseregion Nord	3,42	3,35
<b>Totalt</b>	<b>2,83</b>	<b>2,83</b>

Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 2

## 2.7 Årsverk – HF-områder

Tabell 2.5 Årsverk<sup>1</sup> per 1000 innbyggere etter personellkategori og foretaksområde. 2003<sup>2</sup> og 2004. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. Helseforetaksområder.

HF-område Pasientenes bosted	Leger		Sykepleiere <sup>3</sup>		Annet pas.- rettet arbeid <sup>4</sup>		Administrasjon / Kontor		Drift/Service		Totalt	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Østfold	1,3	1,4	4,5	4,5	2,4	2,5	2,2	2,4	1,2	1,5	11,6	12,2
Asker og Bærum	1,4	1,4	4,5	4,4	2,2	2,3	2,2	2,1	1,5	1,5	11,8	11,8
Akershus	1,8	1,8	5,1	5,1	3,1	3,0	2,2	2,2	1,5	1,5	13,7	13,6
Ullevål og Aker	2,0	2,1	5,5	5,6	3,1	3,0	2,7	2,3	1,9	1,9	15,2	14,9
Innlandet	1,5	1,7	4,7	4,8	2,5	2,5	1,7	2,1	1,7	1,4	12,1	12,5
Ringerike	1,3	1,3	4,6	4,3	2,5	2,2	1,7	1,7	1,1	1,3	11,1	10,8
Buskerud	1,7	1,6	4,9	4,7	3,2	2,7	2,3	2,3	1,4	1,5	13,5	12,8
Blefjell	1,3	1,5	4,8	5,0	2,8	2,9	1,8	1,8	1,4	1,4	12,0	12,7
Vestfold	1,7	1,7	5,5	5,4	3,0	3,2	2,4	2,4	1,8	1,9	14,5	14,6
Telemark	1,4	1,6	4,7	5,2	3,0	3,5	1,8	1,5	1,3	1,4	12,2	13,2
Sørlandet	1,6	1,5	5,0	5,2	2,7	2,4	2,4	2,3	1,6	1,7	13,3	13,0
Stavanger	1,5	1,6	5,2	5,3	3,0	3,7	1,8	2,0	1,9	1,1	13,4	13,8
Fonna	1,4	1,5	5,1	5,3	2,2	2,3	1,8	1,9	1,9	1,8	12,4	12,7
Bergen	1,7	1,7	5,4	5,0	2,6	2,4	2,2	2,2	2,7	2,4	14,6	13,7
Førde	1,7	1,7	5,5	5,7	3,0	2,9	1,9	2,3	2,1	2,1	14,2	14,8
Sunnmøre	1,5	1,6	5,2	5,2	2,8	2,7	1,9	1,9	1,2	1,2	12,6	12,7
Nordm./ Romsd	1,7	1,8	6,0	5,9	2,8	2,9	1,9	2,2	1,7	1,5	14,1	14,2
St. Olavs hosp.	1,7	1,9	6,1	6,2	2,9	2,9	2,2	2,4	1,8	1,9	14,7	15,3
Nord-Trøndelag	1,3	1,5	5,3	5,7	2,5	2,7	1,6	1,6	1,2	1,4	12,1	12,9
Helgeland	1,6	1,7	5,5	5,7	3,5	3,5	1,9	1,7	1,7	1,6	14,2	14,3
Nordland	1,9	1,9	6,1	5,7	3,6	3,4	2,1	1,8	1,5	1,5	15,2	14,3
Hålogaland	1,7	1,7	6,0	6,1	3,6	3,9	2,2	2,1	1,6	1,5	15,1	15,2
UNN <sup>5</sup>	2,1	2,4	6,1	6,3	4,5	5,7	2,4	2,0	2,3	2,1	17,4	18,5
Finnmark	1,9	2,0	7,2	7,1	3,8	4,3	2,6	2,3	2,4	2,8	17,8	18,5

<sup>1</sup> Punkttall per 31. desember gjeldende driftsår.

<sup>2</sup> På grunn av usikkerhet knyttet til innrapporterte tall fra Universitetssykehuset i Nord-Norge i 2003 er disse tallene blitt erstattet av gjennomsnittstall for 2002 og 2004.

<sup>3</sup> Tallene for 2003 avviker noe fra de som ble publisert i SAMDATA i fjor pga ny inndeling i de underliggende foretaksområdene, samt at det har blitt lagt til noen institusjoner som før ikke ble klassifisert som sykehus.

<sup>4</sup> Medregnet sykepleiere i administrative stillinger og jordmødre.

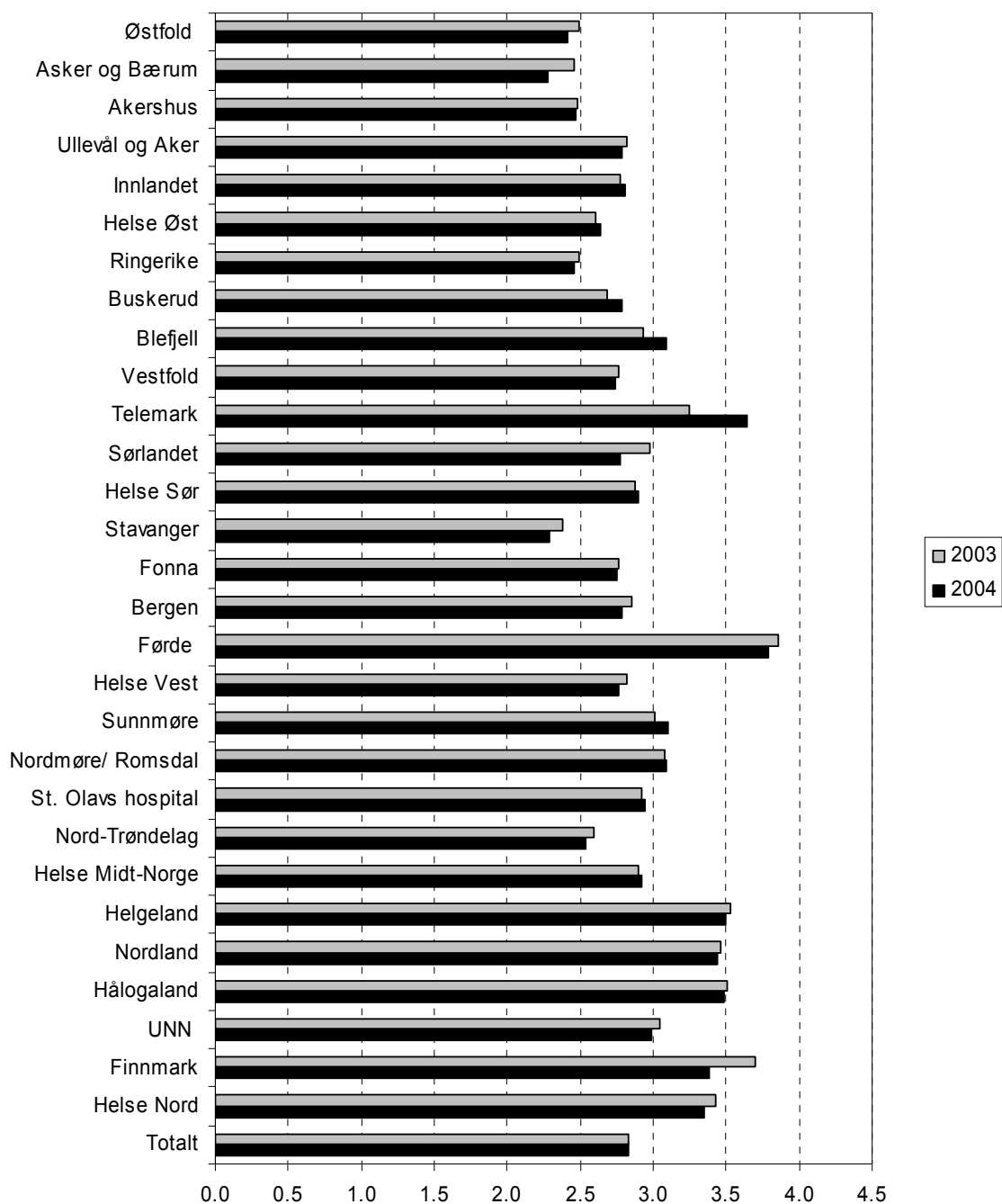
<sup>5</sup> Omfatter hjelpepleiere, barnepleiere, annet behandlingspersonell i pasientrettet arbeid.

Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 2

## 2.8 Senger – HF-områder

Figur 2.1 Antall effektive senger per 1000 innbyggere fordelt på somatiske sykehus. Korrigeret for pasientflyt mellom foretak, kjønns- og aldersstandardisert. Etter foretaksområde. 2003<sup>1</sup> og 2004.



Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 2

<sup>1</sup> Tall for Ullevål og Aker HF-område er korrigeret for 2003. Effektive sengetall for Ullevål Universitetssykehus i 2003 er satt lik gjennomsnittet av 2002 og 2004 på grunn av manglende komplettethet i data.

## 3 Kostnader og finansiering

Marit Pedersen

I 2004 utgjør totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste 46,7 mrd kroner, noe som innebærer en realvekst på tre prosent fra 2003. Kostnadsveksten finansieres av økning i RHF-enes basisramme. Finansieringsordningen Innsatsstyrt Finansiering (ISF), polikliniske refusjoner fra Rikstrygdeverket og tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra endres fra 2003 til 2004. Hvis disse forutsettes uendret, vil den samlede kostnadsveksten delvis finansieres ved økte polikliniske refusjoner og delvis ved økt bruk av basisramme til RHF-ene.

Helse Øst RHF og Helse Sør RHF har den svakeste økningen i totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, med en vekst på henholdsvis 0,8 og 1,7 prosent. I Helse Midt-Norge RHF og i Helse Nord RHF observeres en sterkere kostnadsvekst. Helse Midt-Norge har en kostnadsvekst på 6,8 prosent, og i Helse Nord øker kostnadene med 6,3 prosent. Den differensierte arbeidsgiveravgiften faller bort i 2004, og dette har størst konsekvens for Helse Nord RHF. Korrigert for endret arbeidsgiveravgift øker kostnadene i Helse Nord med om lag to prosent. Mellom helseregionene observeres ulik vekst og stadig større forskjeller i kostnader per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste. Den økte variasjonen i kostnader per innbygger kan delvis tilskrives arbeidsgiveravgiften i Helse Nord.

### 3.1 Innledning

Formålet med dette kapitlet er å presentere utvikling i driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste fra 2003 til 2004. Utviklingen vises på nasjonalt og regionalt nivå. I tillegg presenteres beregninger av hvordan kostnadene finansieres. Det må understrekes at tilskudds- og refusjonsordninger for ISF, poliklinisk aktivitet og forskning/ utdanning/ nasjonale kompetansesentra har blitt radikalt endret fra 2003 til 2004. Omlegging av finansieringsmodeller gjør at sammenligning av finansieringskomponenter fra 2003 til 2004 er vanskelig, men sammenligning mellom regioner samme år kan gjøres.

Utvikling i driftskostnader sier noe om helsemyndighetene sin ressursinnsats for å kunne håndtere sitt "sørge-for" ansvar overfor befolkningen. Det må presiseres at høy ressursinnsats til somatisk spesialisthelsetjeneste, målt i høye kostnader per innbygger, ikke nødvendigvis er en indikasjon på dårligere ressursutnyttelse i sektoren. Lave kostnader per innbygger har heller ikke nødvendigvis noen sammenheng med effektiv ressursutnyttelse. Men det kan også være slik at det er en sammenheng mellom høy ressursinnsats og dårligere ressursutnyttelse – og omvendt. Ulik ressursinnsats kan gi en indikasjon på ulik prioritering og organisering. For eksempel kan det være relevant å sammenholde ressursinnsats til somatisk virksomhet og psykisk helsevern. Ulik organisering av

rehabilitering og samhandling med primærhelsetjenesten kan også være en årsak til ulikt nivå på ressursinnsats til somatisk spesialisthelsetjeneste. Dette kapitlet sier ikke noe om hva som forårsaker ulikt nivå på, og utvikling i, ressursinnsats. Kapittel 9 og 10 presenterer produktivitet og effektivitetsutvikling i sektoren.

### 3.2 Datagrunnlag og definisjoner

Beregningene i dette kapitlet baseres på regnskap som helseforetak, og private institusjoner finansiert av helseforetak, rapporterer inn til Statistisk Sentralbyrå (SSB). Se grunnlagstabell T2 i del IV for en gjennomgang av hvilke institusjoner som inngår i beregningsgrunnlaget. Det er verdt å merke seg at driftskostnader for private institusjoner inngår med både den delen som er finansiert av helseforetak og den delen som er finansiert av Rikstrygdeverket. Kostnader knyttet til produksjon av helsetjenester som er finansiert av private inngår ikke. Se grunnlagstabell T2 i del IV for en gjennomgang av hvilke institusjoner som inngår i beregningsgrunnlaget.

Ved beregning av regionenes totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste korrigeres det for gjestepasientoppgjør mellom regioner. I beregningene benyttes faktisk regnskapsført oppgjør mellom regioner. Det betyr at hvis gjestepasientoppjøret ikke gjenspeiler faktisk kostnader ved behandling av gjestepasienter, så tas det ikke høyde for et eventuelt over- eller underskudd knyttet til denne aktiviteten. Beregningene gjenspeiler hva det faktisk har kostet de regionale helseforetakene å gi befolkningen et tilbud innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste.

Regnskapene konsolideres når totale driftskostnader beregnes med utgangspunkt i institusjoner. Dette gjelder i hovedsak videreføring av tilskudd innenfor helseforetak og videreføring fra helseforetak til private institusjoner. Se vedlegg 3 for en grundigere redegjørelse for kostnads- og inntektsbegreper som benyttes.

### 3.3 Nasjonale utviklingstrekk 2003-2004

Tabell 3.1 viser at totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste øker fra 45,3 mrd kr i 2003 til 46,7 mrd kr i 2004, målt i faste 2004 kr<sup>4</sup>. Dette innebærer en realvekst på 3,1 prosent.

Statens finansiering gjennom Innsatsstyrt finansiering (ISF) går ned med 6,3 mrd kr fra 2003 til 2004. Dette skyldes at refusjonssatsen i ISF er redusert fra 60 til 40 prosent. Hvis refusjonssatsen har vært uendret 60 prosent, ville utbetalinger via ISF vært omtrent uendret fra 2003 til 2004 fordi aktivitetsnivået er omtrent uendret.

Polikliniske refusjoner går samtidig ned med 420 mill kr, noe som tilsvarer en reduksjon på ti prosent på landsbasis. Takstene for polikliniske refusjoner reduseres fra 2003 til 2004. Takstreduksjonen innebærer at konsultasjonstakstene reduseres med 35 prosent for konsultasjoner fra og med 01.01.04, og at laboratorie- og røntgentakstene reduseres med og sju prosent fra 01.07.04. Refusjoner for konsultasjonstakster utgjør en langt større andel av polikliniske refusjoner enn laboratorie- og røntgentakstene. Den observerte reduksjonen i regnskapsførte polikliniske refusjoner er derfor lavere enn takstreduksjonen skulle tilsi.

Omlagging av tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra, ved at basistilskuddet som eksisterte i 2003 nå inngår i RHF-enes rammebevilgning, gjør at tilskuddet ikke er sammenlignbart fra 2003 til 2004.

Hvis finansieringskomponentene ISF, polikliniske refusjoner og tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra hadde vært undret fra 2003 til 2004, så ville den

---

<sup>4</sup> Indeks for prisvekst i konsum av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen på 2,6 prosent fra 2003 til 2004 er benyttet når størrelser fra 2003 prisjusteres. Dette er samme indeks som SSB benytter. Det vil si at når endringstall presenteres i dette kapitlet, så vil det gjennomgående benyttes deflaterte 2003-tall.

samlede kostnadsveksten på 1,4 mrd kr delvis vært finansiert ved økning i polikliniske refusjoner og delvis ved økt bruk av RHF-enes basisramme. På grunn av omlegging av finansieringsordningene, blir kostnadsveksten i praksis dekket inn av økt bruk av basisramme.

Tabell 3.1 Totale driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. 2003 og 2004. Finansiering fordelt på ulike finansieringskomponenter. Millioner kr målt i faste 2004 kr. Prosentandeler og prosentvis endring.

	2003		2004		Prosentvis endring 2003-2004
	Mill. Kr.	Prosent- andel	Mill. Kr.	Prosent- andel	
Totale driftskostnader	45 261	100	46 670	100	3,1
<i>Finansiert av:</i>					
<i>A. Øremerkede aktivitetstilskudd</i>					
Innsatsstyrt finansiering	18 834	41,6	12 523	26,8	-33,5
Polikliniske refusjoner	3 844	8,5	3 443	7,4	-10,4
<i>B. Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra<sup>1</sup></i>					
	2 692	4,6	882	1,9	-67,2
<i>C. Pasientbetaling</i>					
	681	1,5	810	1,7	19,0
<i>D. Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.</i>					
	2 264	5,0	1 847	4,0	-18,4
<i>E. Driftskostnader finansiert av RHF<sup>2</sup></i>					
	16 946	38,4	27 165	57,8	60,3

Datakilde: SSB og SINTEF Helse.

Definisjoner: Se vedlegg 3.

1 I 2003 ble dette tilskuddet i SAMDATA benevnt regionsykehustilskudd, og bestod av basistilskudd, tilskudd til forskning, undervisning og særskilte funksjoner. For Helse Sør RHF var dette i 2003 en fiktiv størrelse.

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

I SAMDATA beregnes ikke driftsresultat for året. Eventuelt underskudd i driften inngår dermed i komponenten " E. Driftskostnader finansiert av RHF-enes basisramme". Det må understrekes at kostnader til avskrivninger ikke inngår i SAMDATA sin definisjon av totale driftskostnader.

RHF-ene har i 2004 inngått avtale med nye private sykehus og avtalespesialister. Økt bruk av private sykehus og avtalespesialister utgjør ca 200 mill kr, hvorav om lag 100 mill kr gjelder større omfang av avtalespesialister og om lag 100 mill kr gjelder økt bruk av private sykehus. Dette tolkes som omorganisering av driften i RHF-ene, og det korrigeres ikke for dette når endring i totale driftskostnader beregnes.

Inkludering av nye rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner i Helse Sør utgjør om lag 100 mill kr. Dette har marginal effekt ved beregning av utvikling i totale driftskostnader på nasjonalt nivå. Hvis det korrigeres for dette reduseres kostnadsveksten fra 3,1 til 2,9 prosent på nasjonalt nivå. Ved beregning av endringstall for Helse Sør har dette noe betydning, og vil kommenteres når disse presenteres.

### 3.4 Regionale utviklingstrekk 2003-2004

#### **Store og økende regionale variasjoner**

Kostnadsveksten på 3,1 prosent på nasjonalt nivå skjuler store regionale variasjoner. Det observeres en svakere kostnadsvekst i Helse Øst RHF og Helse Sør RHF med en økning på henholdsvis 0,8 prosent og 1,7 prosent. Når det korrigeres for nye opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i Helse Sør er kostnadsveksten på 0,7 prosent. Kostnadsveksten i Helse Vest RHF er 2,5 prosent, og dermed nær landsgjennomsnittet. I Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF observeres sterkere kostnadsvekst innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste, med en kostnadsøkning på henholdsvis 6,8 prosent og 6,3 prosent fra 2003 til 2004, jf tabell 3.4.

Bortfall av differensiert arbeidsgiveravgift har stor betydning for Helse Nord RHF. Målt i inflasjonsjusterte størrelser, øker regnskapsført arbeidsgiveravgift med 230 mill kr fra 2003 til 2004. Hvis det korrigeres for dette øker kostnadene i Helse Nord RHF med om lag to prosent.

Når utvikling i kostnader per innbygger betraktes, går det fram at variasjonen i ressursinnsats er stor, se tabell 3.5 og figur 3.1. Helse Nord RHF og Helse Sør RHF har høyeste nivå på kostnader per innbygger, og bruker henholdsvis 12 165 og 11 732 kroner per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste. Disse to regionene har dermed kostnader per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste som ligger 20 og 16 prosent over landsgjennomsnittet. I Helse Midt-Norge RHF observeres en sterk kostnadsvekst fra 2003 til 2004, og kostnader per innbygger som i 2003 lå omtrent på landsgjennomsnittet ligger nå seks prosent over dette. Helse Vest RHF og Helse Øst RHF bruker fortsatt lavest ressursinnsats, og bruker henholdsvis 8 984 og 9 129 kr per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste. De regionale variasjonene i kostnader per innbygger har økt, i og med at fire av fem regionale helseforetak har en ressursinnsats som ligger lengre fra landsgjennomsnittet i 2004 sammenlignet med 2003.

#### **Ulik effekt av endret finansiering**

Hvis refusjonssatsen i ISF forutsettes undret fra 2003 til 2004, ville utbetalingene via ISF øke med fem prosent i Helse Midt-Norge RHF. I Helse Nord RHF ville de derimot blitt redusert med tre prosent, jf tabell 3.12. Det vil si at den sterke kostnadsveksten i Helse Midt-Norge RHF delvis ville blitt kompensert gjennom økte utbetalinger via ISF hvis refusjonssatsen forutsettes uendret. Kostnadsveksten i Helse Nord RHF blir i hovedsak finansiert gjennom økt basisramme, men også ved økning av andre tilskudd.

Takstene for polikliniske refusjoner blir redusert fra 2003 til 2004. Hvis aktivitetsnivået forutsettes uendret, skulle dette samlet sett tilsi en reduksjon i utbetalinger fra Rikstrygdeverket på om lag 20-25 prosent. Imidlertid reduseres totale utbetalinger fra Rikstrygdeverket kun med ti prosent fra 2003 til 2004, se tabell 3.14. Årsaken til dette kan delvis være økt poliklinisk aktivitet. Kapittel 4 viser at antall polikliniske konsultasjoner øker med 4,1 prosent fra 2003 til 2004.

Reduksjonen i utbetalinger av polikliniske refusjoner fra Rikstrygdeverket varierer mellom de regionale helseforetakene. I Helse Vest RHF observeres en relativt sterk reduksjon i regnskapsførte refusjoner fra Rikstrygdeverket, mens det motsatte finner sted i Helse Sør RHF, se tabell 3.14.

På grunn av omlegging av finansieringsordninger har kostnader finansiert av RHF-enes basisramme økt kraftig fra 2003 til 2004. Et gjennomgående trekk er imidlertid at regionene som har en svak kostnadsvekst har en svakere økning i bruk av RHF-ets basisramme – og tilsvarende motsatt for regionene som har en sterkere kostnadsvekst, jf tabell 3.4 og tabell 3.13.

#### **Høye kostnader per innbygger – høyt aktivitetsnivå**

De regioner som har et høyt nivå på kostnader per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste har også et høyt nivå både på aktivitetsbasert finansiering og basisramme, se tabell 3.11 og figur 3.2. Dette kan være en indikasjon på at høyere



kostnader kan sees i sammenheng med høyere aktivitetsnivå – som igjen kan avspeile variasjoner i organisering av tjenestetilbudet.

### 3.4.1 Regionale tall driftskostnader

Tabell 3.2 Totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, fordelt på driftskostnader ved egne sykehus (herav tilskudd til avtalespesialister) og netto gjestepasientkostnader. 2003. Millioner kr målt i faste 2004 kr. Regionale helseforetak.

Millioner kr	Somatisk spesialisthelsetjeneste, egne foretak og avtaleinstitusjoner (A + B)	Herav tilskudd til avtalespesialister (B)	Netto gjestepasientkostnader (C)	Sum somatisk spesialisthelsetjeneste <sup>1</sup> (A + B + C)
Helse Øst RHF	13 523	159	1 458	14 981
Helse Sør RHF	11 338	46	-1 005	10 333
Helse Vest RHF	8 138	66	173	8 311
Helse Midt-Norge RHF	6 360	13	133	6 493
Helse Nord RHF	5 077	25	215	5 293
Sum	44 435	309	975	45 411

Datakilde: SSB og SINTEF Helse.

Definisjoner: Se vedlegg 3.

<sup>1</sup> Totale driftskostnader summert over regionale helseforetak samsvarer ikke nøyaktig med totale driftskostnader presentert i tabeller for nasjonale tall. Dette skyldes i hovedsak uklarheter rundt gjestepasientoppgjøret. Se vedlegg 4.

Tabell 3.3 Totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, fordelt på driftskostnader ved egne sykehus (herav tilskudd til avtalespesialister) og netto gjestepasientkostnader. 2004. Millioner kr. Regionale helseforetak.

Millioner kr	Somatisk spesialisthelsetjeneste, egne foretak og avtaleinstitusjoner (A + B)	Herav tilskudd til avtalespesialister (B)	Netto gjestepasientkostnader (C)	Sum somatisk spesialisthelsetjeneste (A + B + C) <sup>1</sup>
Helse Øst RHF	13 870	196	1 231	15 101
Helse Sør RHF	11 482	58	-977	10 505
Helse Vest RHF	8 270	81	251	8 521
Helse Midt-Norge RHF	6 695	39	240	6 935
Helse Nord RHF	5 418	28	210	5 628
Sum	45 735	402	955	46 690

Datakilde: SSB og SINTEF Helse.

Definisjoner: Se vedlegg 3.

<sup>1</sup> Totale driftskostnader summert over regionale helseforetak samsvarer ikke nøyaktig med totale driftskostnader presentert i tabeller for nasjonale tall. Dette skyldes i hovedsak uklarheter rundt gjestepasientoppgjøret. Se vedlegg 3.

Tabell 3.4 Totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2003 og 2004. Millioner kr målt i faste 2004 kr. Prosentvis endring fra 2003 til 2004. Regionale helseforetak.

Millioner kr	Sum somatisk spesialisthelsetjeneste 2003	Sum somatisk spesialisthelsetjeneste 2004	Prosentvis endring 2003-2004
Helse Øst RHF	14 981	15 101	0,8
Helse Sør RHF <sup>2</sup>	10 333	10 505	1,7 <sup>2</sup>
Helse Vest RHF	8 311	8 521	2,5
Helse Midt-Norge RHF	6 493	6 935	6,8
Helse Nord RHF	5 293	5 628	6,3
Sum	45 411	46 690	2,8

Datakilde: SSB og SINTEF Helse.

Definisjoner: Se vedlegg 3.

1 Totale driftskostnader summert over regionale helseforetak samsvarer ikke nøyaktig med totale driftskostnader presentert i tabeller for nasjonale tall. Dette skyldes i hovedsak uklarheter rundt gjestepasientoppjøret. Se vedlegg 3.

2 Korrigert for nye opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner øker kostnader i Helse Sør med 0,7 prosent.

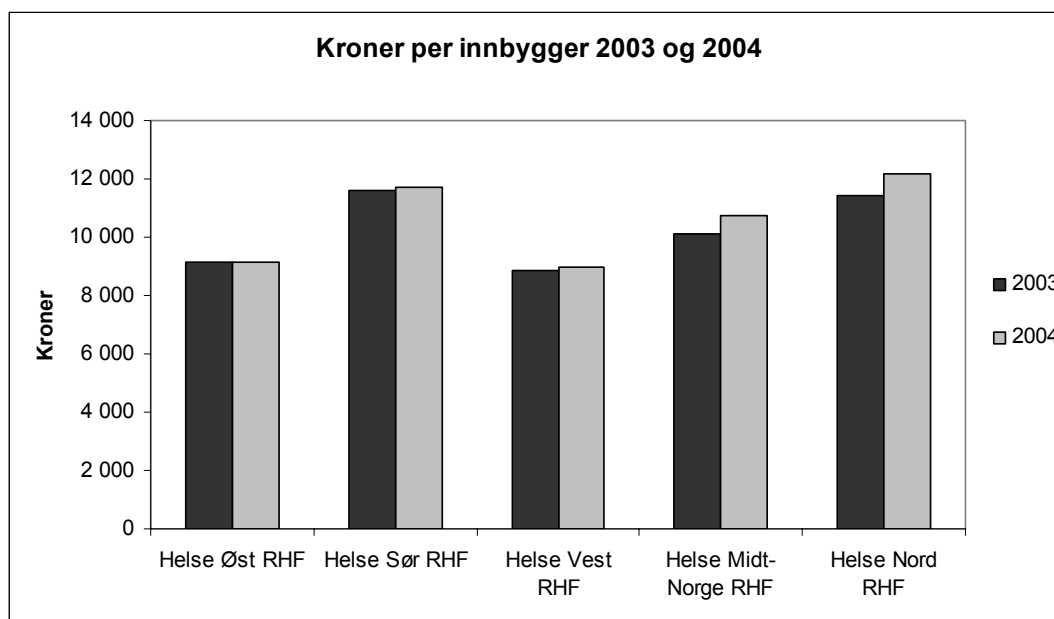
Tabell 3.5 Totale driftskostnader per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2003 og 2004. Kroner målt i faste 2004 kr. Prosentavvik fra landsgjennomsnitt. Regionale helseforetak.

Kroner per innbygger	2003	Prosentavvik fra gjennomsnitt	2004	Prosentavvik fra gjennomsnitt	Prosentvis endring 2003-2004
Helse Øst RHF	9 139	-7,9	9 129	-9,9	-0,1
Helse Sør RHF	11 591	16,8	11 732	15,7	1,2
Helse Vest RHF	8 831	-11,0	8 984	-11,4	1,7
Helse Midt-Norge RHF	10 101	1,8	10 740	6,0	6,3
Helse Nord RHF	11 434	15,3	12 165	20,0	6,4
Sum	9 920	0,0	10 136	0,0	2,2

Datakilde: SSB og SINTEF Helse.

Definisjoner: Se vedlegg 3.

Figur 3.1 Totale driftskostnader per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste, 2003 og 2004. Kroner målt i faste 2004 kr.



### 3.4.2 Regionale tall finansiering

Tabell 3.6 Driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. 2003. Millioner kr målt i faste 2004 kr. Regionale helseforetak.

Millioner kroner	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum <sup>1</sup>
Totale driftskostnader korrigert for gjestepasientoppgjør	14 981	10 333	8 311	6 493	5 293	45 411
Finansiert av:						
A. Øremerkede aktivitetstilskudd						
Innsattsstyrt finansiering	6 611	4 008	3 600	2 579	2 036	18 834
Polikliniske refusjoner	1 121	934	709	615	464	3 842
B. Øremerkede rammetilskudd						
Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra	523	616	624	476	452	2 692
Andre øremerkede statstilskudd	56	49	39	20	0	165
C. Pasientbetaling	199	141	145	104	80	669
D. Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.	777	537	308	301	226	2 150
E. Driftskostnader finansiert av RHF <sup>2</sup>	5 693	4 048	2 886	2 397	2 035	17 059

Datakilde: SSB og SINTEF Helse.

Definisjoner: Se vedlegg 3.

1 Totale driftskostnader summert over regionale helseforetak samsvarer ikke nøyaktig med totale driftskostnader presentert i tabeller for nasjonale tall. Dette skyldes i hovedsak uklarheter rundt gjestepasientoppgjøret. Se vedlegg 3.

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

Tabell 3.7 Driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering prosentvis fordelt på ulike finansieringsposter. 2003. Regionale helseforetak.

Prosentandeler	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Totale driftskostnader korrigert for gjestepasientoppgjør	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Finansiert av:						
A. Øremerkede aktivitetstilskudd						
Innsatsstyrt finansiering	44,1	38,8	43,3	39,7	38,5	41,5
Polikliniske refusjoner	7,5	9,0	8,5	9,5	8,8	8,5
B. Øremerkede rammetilskudd						
Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra	3,5	6,0	7,5	7,3	8,5	5,9
Andre øremerkede statstilskudd	0,4	0,5	0,5	0,3	0,0	0,4
C. Pasientbetaling						
D. Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.	1,3	1,4	1,7	1,6	1,5	1,5
E. Driftskostnader finansiert av RHF <sup>1</sup>	5,2	5,2	3,7	4,6	4,3	4,7
E. Driftskostnader finansiert av RHF <sup>1</sup>	38,0	39,2	34,7	36,9	38,4	37,5

Datakilde: SSB og SINTEF Helse.

Definisjoner: Se vedlegg 3.

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

Tabell 3.8 Driftskostnader per innbygger til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering prosentvis fordelt på ulike finansieringsposter. 2003. Kroner per innbygger målt i faste 2004 kroner. Regionale helseforetak.

Kroner per innbygger	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Totale driftskostnader korrigert for gjestepasientoppgjør	9 139	11 591	8 831	10 101	11 434	9 920
Finansiert av:						
A. Øremerkede aktivitetstilskudd						
Innsatsstyrt finansiering	4 033	4 496	3 825	4 012	4 399	4 115
Polikliniske refusjoner	684	1 047	753	957	1 002	839
B. Øremerkede rammetilskudd						
Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra	319	691	664	741	977	588
Andre øremerkede statstilskudd	34	55	41	31	0	36
C.+ D. Andre inntekter						
E. Driftskostnader finansiert av RHF	595	761	481	630	661	616
E. Driftskostnader finansiert av RHF	3 473	4 541	3 066	3 729	4 396	3 727

Datakilde: SSB og SINTEF Helse.

Definisjoner: Se vedlegg 3.

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

Tabell 3.9 Driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. Millioner kr målt i faste 2004 kr. Regionale helseforetak.

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

Datakilde: SSB og SINTEF Helse.

Definisjoner: Se vedlegg 3.

1 Totale driftskostnader summert over regionale helseforetak samsvarer ikke nøyaktig med totale driftskostnader presentert i tabeller for nasjonale tall. Dette skyldes i hovedsak uklarheter rundt gjestepasientoppgjøret. Se vedlegg 3.

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

Tabell 3.10 Driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering prosentvis fordelt på ulike finansieringsposter. 2004. Regionale helseforetak.

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

Datakilde: SSB og SINTEF Helse.

Definisjoner: Se vedlegg 3.

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

Tabell 3.11 Driftskostnader per innbygger til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering prosentvis fordelt på ulike finansieringsposter. 2004. Kroner per innbygger. Regionale helseforetak.

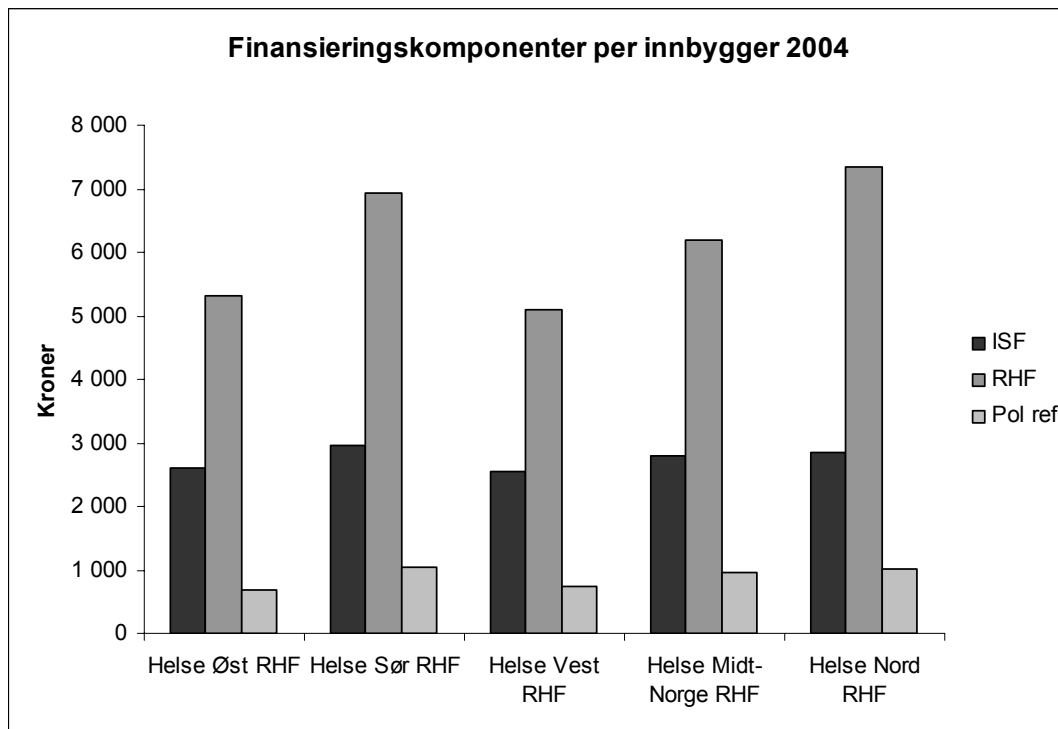
Kroner per innbygger	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Totale driftskostnader korrigert for gjestepasientoppgjør	9 129	11 732	8 984	10 740	12 165	10 136
Finansiert av:						
A. Øremerkede aktivitetstilskudd						
Innsatsstyrt finansiering	2 608	2 969	2 558	2 801	2 842	2 719
Polikliniske refusjoner	613	972	631	847	890	747
B. Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra	118	268	173	226	297	191
C. Pasientbetaling	131	206	177	189	218	172
D. Andre tilskudd, kurpenger, salgsinntekter mv.	330	376	340	474	582	386
E. Driftskostnader finansiert av RHF <sup>1</sup>	5 329	6 942	5 105	6 204	7 336	5 920

Datakilde: SSB og SINTEF Helse.

Definisjoner: Se vedlegg 3.

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

Figur 3.2 Driftskostnader per innbygger finansiert av Innsatsstyrt finansiering, rammetilskudd fra RHF og polikliniske refusjoner. Kr per innbygger. 2004. Regionale helseforetak.



Tabell 3.12 Totale utbetalinger til helseregionene via finansieringsordningen ISF. 2003 og 2004. Millioner kr målt i faste 2004 kr. Prosentvis endring. Regionale helseforetak.

Region	2003	2004	Prosentvis endring 2003-2004	Prosentvis endring 2003-2004, Korrigert <sup>1</sup>
Helse Øst RHF	6 611	4 315	-34,7	-2,1
Helse Sør RHF	4 008	2 659	-33,7	-0,5
Helse Vest RHF	3 600	2 426	-32,6	1,1
Helse Midt-Norge RHF	2 579	1 808	-29,9	5,2
Helse Nord RHF	2 036	1 315	-35,4	-3,1
Sum	18 834	12 523	-33,5	-0,3

1 Forutsetter 60 prosent refusjonssats i ISF.

Datakilde: SINTEF Helse.

Definisjoner: Se vedlegg 3.

Tabell 3.13 Driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste finansiert av de regionale helseforetakene. 2003 og 2004. Millioner kr målt i faste 2004 kr. Prosentvis endring. Regionale helseforetak.

Region	2003	2004	Endring 2003-2004
Helse Øst RHF	5 693	8 815	54,8
Helse Sør RHF	4 048	6 216	53,6
Helse Vest RHF	2 886	4 842	67,8
Helse Midt-Norge RHF	2 397	4 006	67,1
Helse Nord RHF	2 035	3 394	66,8
Sum	17 059	27 272	59,9

Datakilde: SSB og SINTEF Helse.

Definisjoner: Se vedlegg 3.

Tabell 3.14 Totale utbetalinger av polikliniske refusjoner fra Rikstrygdeverket til somatisk spesialisthelsetjeneste. 2003 og 2004. Millioner kr målt i faste 2004 kr. Prosentvis endring. Regionale helseforetak.

Region	2003	2004	Endring 2003-2004
Helse Øst RHF	1 121	1 014	-9,5
Helse Sør RHF	934	870	-6,8
Helse Vest RHF	709	598	-15,6
Helse Midt-Norge RHF	615	547	-11,1
Helse Nord RHF	464	412	-11,2
Sum	3 842	3 441	-10,4

Datakilde: SSB.

Definisjoner: Se vedlegg 3.



## 4 Bruk av sykehustjenester

Ronny Jørgenvåg

Målt i antall opphold (døgnopphold og dagbehandling) økte bruken av sykehustjenester med i alt 4,3 prosent fra 2003 til 2004. Økningen i antall dagbehandlinger var 9,8 prosent og døgnopphold 1,6 prosent. Polikliniske konsultasjoner økte med 4,3 prosent. Fra 2003 til 2004 er det en økning i både elektive og ø-hjelps opphold, økningen er på henholdsvis 4,7 og 3 prosent.

Fra 2003 til 2004 er det en økning i aktiviteten både ved helseforetakene i regionene og ved private sykehus. Sistnevnte økning skyldes hovedsakelig at flere private sykehus ble offentlig godkjente sykehus.

Som i 2003 er det fremdeles pasienter bosatt i helseregion Sør og helseregion Nord som har flest opphold i forhold til befolkningstallet, henholdsvis 310 og 304 opphold per 1000 innbyggere. Mens raten for antall døgnopphold er høyest for befolkningen i helseregion Nord, er antall dagbehandlinger høyest i helseregion Sør. Variasjon i antall dagbehandlinger mellom regionene kan i hovedsak forklares gjennom ulikt omfang av dialyse, kjemoterapi og rehabilitering.

### 4.1 Formål og datagrunnlag

Formålet med kapitlet er å vise bruken av sykehustjenester ut fra det regionale helseforetakets "sørge-for" ansvar. Det regionale helseforetaket har et ansvar for å gi befolkningen innenfor sitt område nødvendig spesialisthelsetjenestetilbud. I dette kapitlet vil det derfor presenteres aktivitetstall for befolkningen i de regionale helseforetakene og helseforetakenes opptaksområder for 2003 og 2004.

Innledningsvis framgår datagrunnlaget som er anvendt (tabell 4.1). I SAMDATA legges det stor vekt på sammenlignbare størrelser, og tallene fra 2004 er derfor gjort sammenlignbare med 2003-tallene. Et eksempel på dette er at Orkdal sjukehus HF fra 2004 er inkludert i St. Olavs Hospital HF. Vi har gjort tilsvarende endring i datagrunnlaget tilbake i tid, slik at tallene blir sammenlignbare. I tabellen har vi fremstilt hvordan aktivitetstall i SAMDATA skiller seg fra tall presentert av SSB. SAMDATA og NPR opererer med tilsvarende datagrunnlag i sine fremstillinger av aktivitetsutviklingen. En oversikt over hvilke institusjoner som inngår i grunnlaget for den enkelte region fremgår av vedlegg 1.

Datagrunnlaget som benyttes er innrapporterte pasientdata til Norsk pasientregister om innleggelser, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner ved de somatiske (inklusive de private) sykehus. Det foreligger ikke tilgjengelige data for hele spesialisthelsetjenesten som kan anvendes. I fremstillingene er aktiviteten hos private avtalespesialister og ved private opptreningsinstitusjoner ikke inkludert. Regionale variasjoner i bruk av polikliniske tjenester på sykehus kan blant annet forklares med bruk av private avtalespesialister.

Det er i kapitlet presentert omfanget av sykehustjenester som er generert av befolkningen innen helseforetakenes opptaksområder. I denne fremstillingen er det anvendt tilsvarende

opptaksområder til helseforetakene som i 2003, til tross for at Helse Øst RHF i 2004 har gjort endringer i helseforetakenes opptaksområder. For å kunne dele inn befolkningen relatert til sykehusenes opptaksområder i Oslo-regionen er det fra 2004 nødvendig å kjenne til pasientens kommunenummer og bydelskode i Oslo (Helse Øst, 2003). I pasientdata fra NPR er det ikke tilfredsstillende kvalitet på registreringene av hvilken bydel pasientene kommer fra, noe som medfører at vi ikke kan relatere aktiviteten til de nye opptaksområder. Vi har derfor lagt til grunn den gamle inndelingen i opptaksområder i denne fremstillingen.

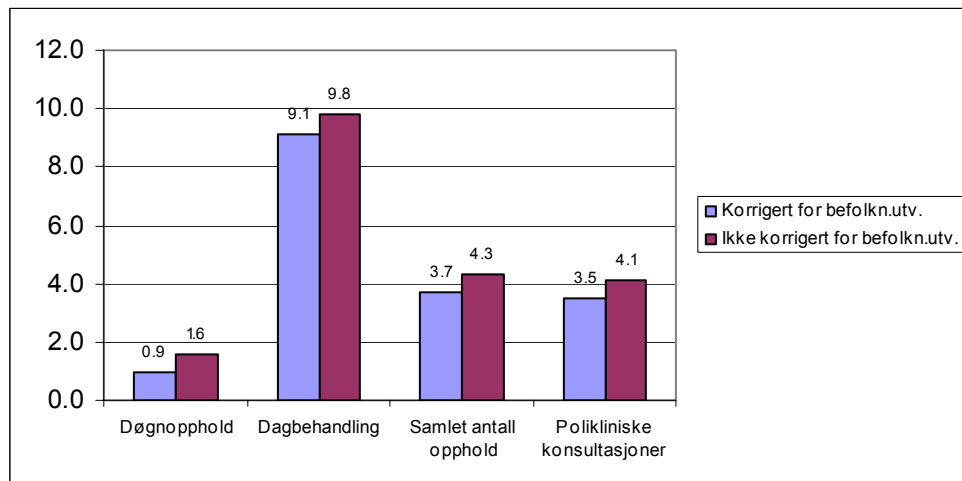
## 4.2 Fortsatt økning i aktiviteten fra 2003 til 2004

### 4.2.1 Vekst i antall opphold ved offentlige og private sykehus

I SAMDATA 1/04 (Huseby, 2004) framkom det at aktivitetsveksten fra 2002 til 2003 var større enn noen gang tidligere, tross føringene gjennom styringsdokumenter fra offentlige myndigheter om utflating i vekst. Vekst i døgnopphold og dagbehandlinger var på henholdsvis 5,3 og 17,3 prosent. Samlet antall opphold økte fra 2002 til 2003 med i alt 9,1 prosent.

I styringsdokumentet fra de offentlige myndigheter til landets regionale helseforetak for 2004 ble det lagt til rette for en videreføring av aktiviteten på om lag samme høye nivå som aktiviteten i 2003. I hvilken grad ble dette etterfulgt? Figuren nedenfor viser den prosentvise endring i antall opphold fra 2003 til 2004 fordelt på oppholdstype og korrigert/ukorrigert for befolkningsutvikling.

Figur 4.1 Prosentvis endring i antall opphold etter oppholdstype fra 2003-2004. Korrigert og ukorrigert for befolkningsutvikling.



Veksten i aktivitet fortsatte fra 2003 til 2004, selv om den er mer moderat enn veksten fra 2002 til 2003. Figuren viser at samlet antall opphold (dagbehandling og døgnopphold) økte med 4,3 prosent, noe som utgjør 54 290 opphold. Korrigert for befolkningsendring var veksten på 3,7 prosent. Videre ser en at økningen i dagbehandling var mye høyere enn for døgnopphold. Veksten i døgnopphold var på 1,6 prosent (0,9 prosent korrigert for befolkningsutvikling). Polikliniske konsultasjoner økte med 4,3 prosent i absolutte tall og med 3,5 prosent korrigert for befolkningsutviklingen.

Det er fra 2003 til 2004 en økning i aktiviteten både ved helseforetakene i regionene og ved private sykehus. Helseforetakene i regionene økte døgnoppholdene med 1,6 prosent og dag-

behandlingene med 7,2 prosent. Tilsvarende økning for døgn- og dagbehandling ved private sykehus var -3,3 og 85,2 prosent.

Økning i antall opphold ved private sykehus utgjorde 23 prosent av den totale endringen i antall opphold fra 2003 til 2004. Denne økningen skyldes hovedsakelig at flere private sykehus ble offentlig godkjente sykehus<sup>5</sup>.

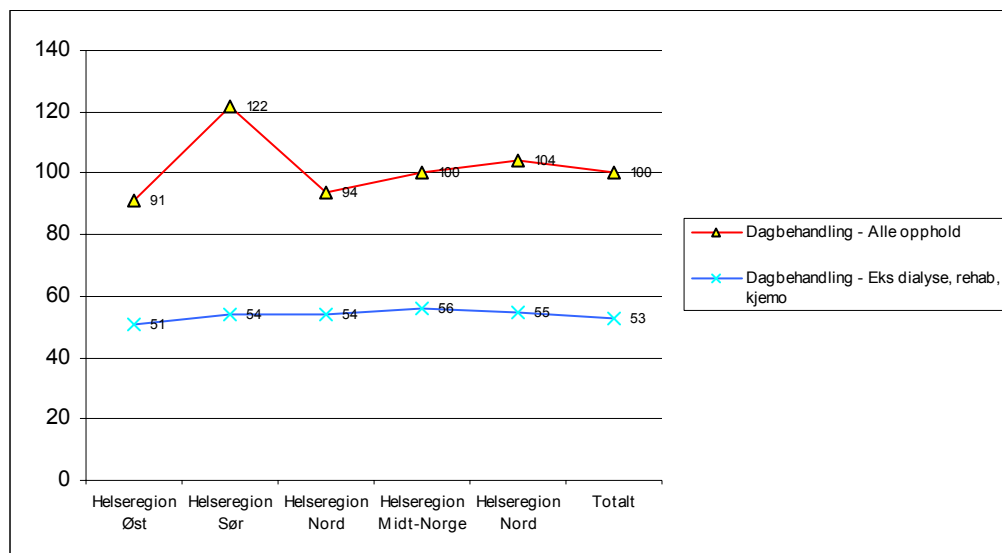
#### 4.2.2 Flere opphold – bedre tilgjengelighet?

I fremstillingene av aktivitetsutvikling innen spesialisthelsetjenesten brukes i mange sammenhenger antall opphold som grunnlag, hvor en slår sammen døgnopphold og dagbehandling. Dette benevnes som samlet antall opphold.

I de senere årene har det vært en sterk økning i antall dagbehandlinger. Det er flere grunner til en slik utvikling, både medisinske, organisatoriske og med all sannsynlighet også økonomiske. I mange tilfeller opplever en at tradisjonelle innleggelser erstattes med en serie dagbehandlinger. Den enkelte pasient vil i slike tilfeller generere flere dagbehandlinger istedenfor en innleggelse. Resultatet fremstår som en vekst i antall opphold (og aktivitet), selv om det ikke er flere pasienter som får behandling som følge av økning i aktiviteten. Bruk av opphold som enhet for analyse av variasjoner i bruk av tjenester er derfor følsom i forhold til endret behandlingspraksis.

Beskrivelser av variasjoner i antall dagbehandlinger er spesielt følsomt i forhold til omfanget av pasienter som får dialyse, kjemoterapi eller rehabilitering i regionene. I figuren nedenfor fremgår antall dagbehandlinger per 1000 innbyggere for befolkningen i den enkelte helseregion, totalt og uten nevnte grupper.

Figur 4.2 Bruk av dagbehandling for befolkningen i helseregionene i 2004. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere. Alle dagbehandlinger og dagbehandling eksklusive dialyse, kjemoterapi og rehabilitering.



Hensikten med figuren er å vise at det er store forskjeller i bruk av dagbehandling mellom befolkningen i helseregionene i 2004. Dette kan i all hovedsak forklares gjennom ulikt omfang av pasienter som får dialysebehandling, kjemoterapi eller som mottar

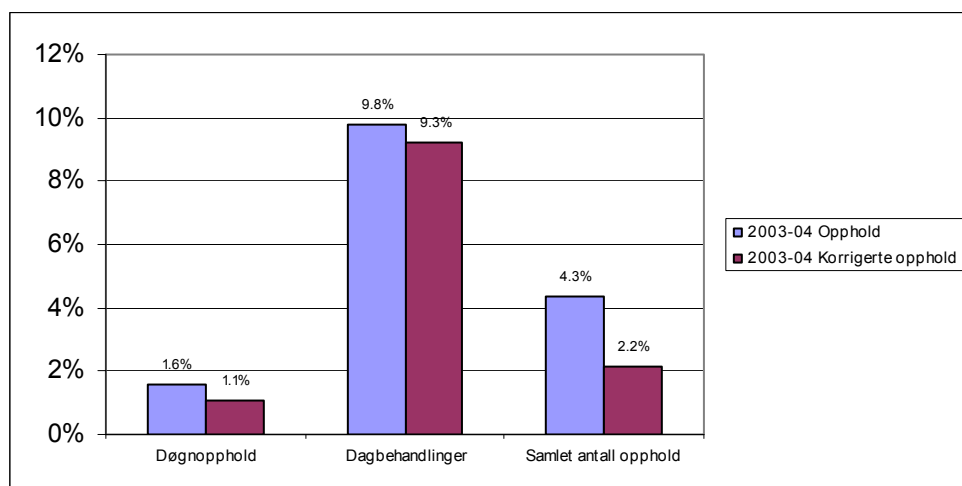
<sup>5</sup> Mjøs-kirurgene, Klinikk Stokkan Tromsø, Medi3 Molde, Norsk idrettsmedisinsk senter (NIMI), Trondheim Spesialistlegesenter, Moxnessklinikken, Hagesund private sykehus, Bergen kirurgiske sykehus, Colosseumklinikken i Stavanger og Vestfjordklinikken ble offentlig godkjente sykehus fra 2004.

rehabiliteringstilbud. Disse gruppene kjennetegnes ved at det er mange behandlinger per pasient.

Pasientdata fra NPR gir mulighet til å beregne utvikling i antall pasienter som får behandling på det enkelte sykehus i det enkelte år, noe som kan brukes som grunnlag for å beskrive endring mellom år for enkeltsykehus. Det vil si at det ikke er mulig å følge pasienten mellom sykehus. Med denne måten å beregne antall pasienter som får behandling på sykehus i hvert enkelt år, er endringen fra 2003 til 2004 på 2,9 prosent (døgnopphold og dagbehandling). Som vi ser er den prosentvise endring i antall pasienter som får behandling betydelig lavere enn endring i samlet antall opphold. Dette skyldes blant annet økning i antall (serie) dagbehandlinger.

En annen måte å beregne endring i bruk av tjenester på, er å bruke de empirisk beregnede kostnadsvektene som i finansieringsordningen (ISF) benyttes som grunnlag for utbetalingene til de regionale helseforetakene. Kostnadsvektene gjenspeiler ressursbruken for den enkelte pasientbehandling, enten denne er gjort ved innleggelse eller dagbehandling, og er på denne måten vektet for ulik ressursbruk i forholdet mellom døgnopphold og dagbehandling. I rapporten benevnes dette som korrigerende opphold<sup>6</sup>. Figuren nedenfor viser prosentvis endring i antall opphold og korrigerende opphold fra 2003-2004 fordelt på oppholdstype.

Figur 4.3 Prosentvis endring i antall opphold og korrigerende opphold etter oppholdstype fra 2003 til 2004.



Figuren viser at den prosentvise endringen i korrigerende opphold er lavere enn endringen i antall opphold fra 2003 til 2004. Samlet antall opphold endret seg med 4,3 prosent fra 2003 til 2004, mens det var en endring på 2,2 prosent i antall korrigerende opphold. Hensikten med å vise dette er at en ved å bruke de beregnede kostnadsvektene som grunnlag for å vise variasjon i forbruk av tjenester finner at det er mindre endring enn ved å bruke opphold som enhet. Det er imidlertid en klar sammenheng mellom hvilke helseforetak og områder hvor det er høyt og lavt forbruk uavhengig av om en bruker opphold eller ressursbruk som grunnlag for analyse.

<sup>6</sup> Korrigerende opphold er en teoretisk størrelse som vi benytter for å korrigere for forskjeller i pasientsammensetning mellom sykehusene. Antall korrigerende opphold er beregnet som produktet av indeksen for pasientsammensetning ved et sykehus og antall sykehusopphold. Dersom et sykehus bare har pasienter med kostnadsvekt lik 1,00, blir denne indeksen lik 1,00, og dermed ble antall korrigerende opphold lik antall innleggelses. Sykehus med relativt sett flere tyngre enn lette DRG-er, målt ved kostnadsvektene, vil få et høyere antall korrigerende opphold enn sykehusopphold. Det motsatte vil være tilfelle dersom sykehuset har en høy andel lette DRG-er. På denne måten benyttes altså DRG-systemet til å gjøre sykehusenes produksjon mer sammenlignbar mellom sykehus.

Dette viser at aktivitetsfremstilling, som for eksempel samlet antall opphold, påvirkes av hvordan tjenestene er organisert, og at en må være forsiktig i tolkingen av forholdet mellom aktivitetsendring og spørsmålet om endring i tilgjengelighet til helsetjenester.

#### 4.2.3 Befolkningen i helseregion Sør og Nord har høyest forbruk

Som i 2003 er det fremdeles pasienter bosatt i helseregion Sør og helseregion Nord som har flest opphold i forhold til befolkningstallet, henholdsvis 310 og 304 opphold per 1000 innbyggere. Mens raten for antall døgnopphold er høyest for befolkningen i helseregion Nord, er antall dagbehandlinger høyest i helseregion Sør. Til sammenligning har pasienter bosatt i helseregion Øst og helseregion Vest i alt 268 og 272 opphold per 1000 innbyggere. For å illustrere omfanget av forskjeller i rater, kan vi gjøre et lite regneeksempel. Befolkningen i helseregion Øst har 15,7 prosent lavere rate enn befolkningen i helseregion Sør for samlet antall opphold. Hvis befolkningen i helseregion Øst skulle øke sitt forbruk av sykehustjenester slik at de kom på samme nivå som befolkningen i helseregion Sør, ville dette kreve nærmere 70 000 opphold for befolkningen i helseregion Øst.

Ved å se på oppholdene etter hovedkategorier i ICD-10 (etter hoveddiagnose) finner en for de fleste kategorier at det er mindre variasjoner mellom befolkningen i helseregionene (se tabell 4.8). Ett unntak er imidlertid for kategorien "Forhold med betydning for helsetilstanden og kontakt med helsetjenesten". Denne kategorien favner blant annet pasientgrupper med mange dagbehandlinger som dialyse, kjemoterapi og rehabilitering samt nyfødte barn (døgnopphold). Befolkningen i helseregion Sør har en betydelig høyere rate enn befolkningen i de andre helseregionene innen denne kategorien. Mens det for befolkningen i helseregion Sør er 91 opphold per 1000 innbyggere er tilsvarende for befolkningen i helseregion Øst 60 opphold per 1000 innbyggere. Denne forskjellen skyldes et større antall rehabiliteringsopphold i helseregion Sør enn i andre regioner, sett i forhold til befolkningstallet.

Raten for polikliniske konsultasjoner viser at befolkningen i helseregion Midt-Norge og Nord har et betydelig høyere forbruk sammenlignet med de andre helseregionene. Raten for polikliniske konsultasjoner er henholdsvis 839 og 869 konsultasjoner per 1000 innbyggere i disse helseregionene, mens den for befolkningen i de andre regionene er fra 686 til 705 konsultasjoner per 1000 innbyggere. Omfanget av private avtalespesialister er betydelig høyere i hovedstadsområdet enn i andre deler av landet, og dette kan forklare variasjoner i bruk av polikliniske tjenester på sykehus. Et tilsvarende regneeksempel som ovenfor viser at forskjellen i bruk av polikliniske tjenester mellom befolkningen i helseregion Øst og Nord tilsvarer i overkant av 300 000 konsultasjoner.

Det foreligger få undersøkelser som viser omfanget av aktiviteten til private avtalespesialister. I en rapport om desentralisering av spesialisthelsetjenester i helseregion Nord er det estimert at det i 2004 ble utført om lag 113 000 konsultasjoner innen somatisk helsetjeneste av avtalespesialister (Helse Nord, 2004). Til sammenligning viste et tilsvarende estimat for helseregion Øst at avtalespesialister i somatiske fagområder gjennomførte om lag 900 000 konsultasjoner i 2003 (Jørgenvåg og Kjekshus, 2004). Dette viser behovet for komplette data for hele spesialisthelsetjenesten for å kunne lage gode analyser av forbruket av tjenester.

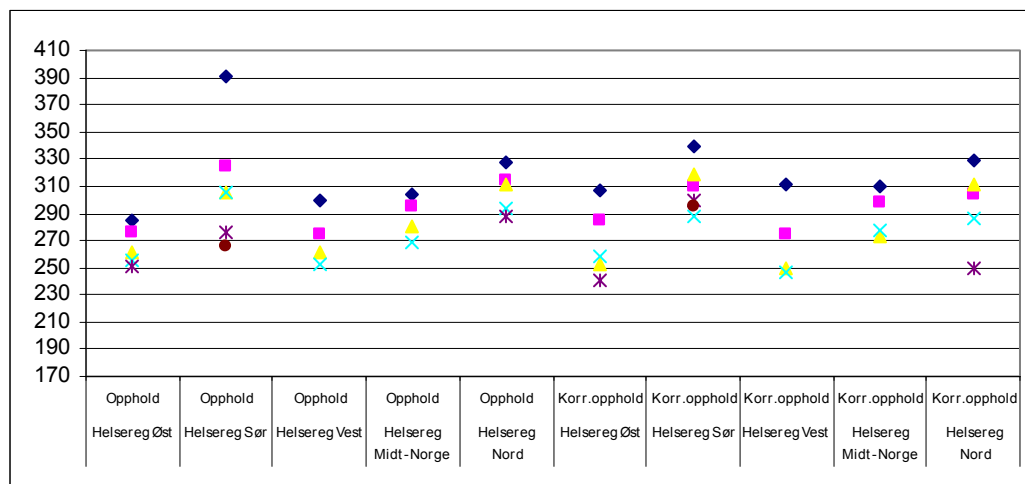
#### 4.2.4 Store variasjoner mellom foretaksområder

Samtidig som det er store variasjoner mellom bruken av sykehustjenester mellom helseregionene, finner en også store variasjoner for befolkningen innenfor den enkelte region.

Aktivitet og ressursbruk for befolkningen i foretaksområdene og variasjoner innenfor og mellom regionene illustreres i figuren på neste side. Figuren viser raten for antall opphold og korrigerede opphold for befolkningen i foretaksområdene i den enkelte region. Det enkelte foretaksområde fremgår som et punkt i figuren, men er ikke navngitt. Ønsker en å se hvilke områder som ligger lavt og høyt fremgår dette av tabell 4.9. I tillegg har det enkelte foretaksområde samme kjennetegn i figuren både for opphold og korrigerede opphold. Dette gjør

det mulig å se om det enkelte foretaksområde ligger lavt eller høyt på aktivitet og/eller ressursbruk.

Figur 4.4 Antall opphold og antall korrigerede opphold for befolkningen i det enkelte foretaksområde per helseregion. Rate per 1000 innbyggere i 2004.



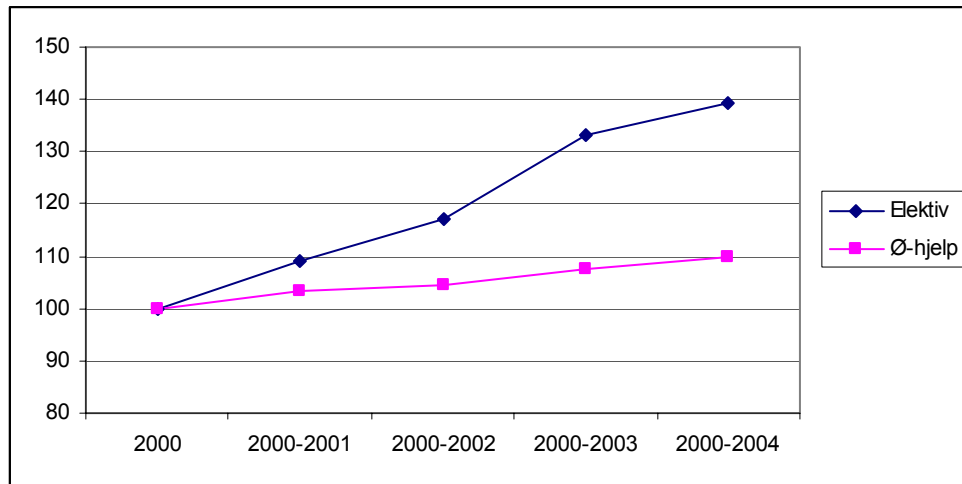
Befolkningen i helseregion Sør har flest opphold i 2004 sett i forhold til befolkningstallet. Det er imidlertid interessant å se at det er store variasjoner mellom befolkningen i foretaksområdene. Innenfor denne regionen har befolkningen i flere foretaksområder et lavt forbruksnivå, målt i antall opphold, sammenlignet med foretaksområder i andre regioner. Et eksempel for å vise variasjonen innen regionen er forholdet mellom Ringerike og Telemark (lavest og høyest): Befolkningen i bostedsområde Ringerike hadde i 2004 i alt 266 opphold per 1000 innbyggere, mens tilsvarende for befolkningen i Telemark var 391 opphold per 1000 innbyggere, altså en forskjell på nærmere 50 prosent i antall opphold. Befolkningen i Telemark har flere innleggelser enn befolkningen i Ringerike, men det er først og fremst for antall dagbehandlinger at det er store variasjoner mellom områdene.

Ved å vise rate for ressursbruk per foretaksområde (det vil si antall korrigerede opphold per 1000 innbyggere for befolkningen i det enkelte foretaksområde) ser en at variasjon mellom foretaksområdene er mindre enn om en bruker opphold som enhet. Dette gjelder spesielt for befolkningen i helseregion Sør. Det er imidlertid godt samsvar mellom hvilke foretaksområder som ligger lavt eller høyt i aktivitet og ressursbruk, uavhengig av om en bruker opphold eller korrigerede opphold som grunnlag. Eksemplet ovenfor viste at variasjonen i antall opphold mellom befolkningen i Telemark og Ringerike var omlag 50 prosent når en bruker antall opphold. Tilsvarende variasjon i ressursbruk mellom områdene var 15 prosent i 2004 når en bruker korrigerede opphold.

### 4.3 Utviklingen i elektive opphold og ø-hjelpsopphold

Det har som tidligere nevnt vært en betydelig økning i aktiviteten ved de somatiske sykehusene i perioden fra 2000 til 2004. I figuren nedenfor er økningen i aktivitet for befolkningen relatert til hvorvidt dette gjelder planlagt (elektive) eller øyeblikkelig-hjelp pasienter.

Figur 4.5 Prosentvis endring i antall opphold etter innleggelsesmåte fra 2000 til 2004. 2000 er satt til referanseår (2000=100). Døgnopphold og dagbehandling.



I perioden fra 2000 til 2004 har det vært ti prosent endring i antall øyeblikkelig-hjelp opphold, mens økningen i elektive opphold er på 40 prosent.

Fra 2003 til 2004 er det en økning i både elektive og ø-hjelps-opphold, økningen er på henholdsvis 4,7 og 3 prosent. Den prosentvise endringen i ø-hjelps-opphold er tilsvarende med endringen i antall opphold fra 2002 til 2003, mens endringen i elektive opphold er svakere enn samme periode.

Økningen i elektive opphold fra 2003 til 2004 er størst for pasienter bosatt i helseregion Vest og helseregion Midt-Norge, med 11 prosent. For befolkningen i helseregion Sør er det en økning på fire prosent, mens den er omtrent uendret for helseregion Øst og helseregion Nord.

Økningen i ø-hjelps opphold fra 2003 til 2004 er høyest for pasienter bosatt i helseregion Øst og Nord med henholdsvis seks og fem prosent. For befolkningen i helseregion Sør er det en økning på tre prosent, mens den er omtrent uendret for helseregion Vest og helseregion Midt-Norge.

Når det gjelder økningen i elektive opphold beskrevet ovenfor, er denne høyere innenfor medisinske DRG-er enn innen kirurgiske DRG-er, hvilket er i samsvar med endringen fra 2002-2003. For pasienter bosatt i alle helseregioner, med unntak for helseregion Midt-Norge er økningen større i elektive opphold, definert til medisinske enn til kirurgiske DRG-er.

Det er befolkningen i helseregion Sør som har den høyeste raten for elektive opphold, i alt 183 per 1 000 innbyggere etterfulgt av helseregion Nord med 169 opphold per 1000 innbyggere. Befolkningen i helseregion Sør har flere opphold innen kategorien medisinske DRG-er sammenlignet med de andre.

#### 4.4 Utviklingen i liggedøgn

Selv om det var en økning i antall opphold ved somatiske sykehus fra 2003 til 2004, var det en nedgang på 1,3 prosent i den samlede liggetidsraten (sum liggedager for befolkningen i den enkelte region dividert med befolkningstallet - per 1000 innbyggere). For alle regioner, med unntak av helseregion Midt-Norge, gikk raten ned. I helseregion Midt-Norge økte liggetidsraten med 1,1 prosent.

Videre er det befolkningen i helseregion Øst som har den laveste liggetidsraten, hvilket er i samsvar med tidligere år. Det er interessant å relatere omfanget av aktivitet med liggedøgn for befolkningen i den enkelte region. Imens befolkningen i helseregion Sør har flest opphold i forhold til befolkningstallet er liggetidsraten (antall liggedøgn i forhold til befolkningstallet)

lavere enn i helseregion Midt-Norge og Nord. Befolkningen i helseregion Midt-Norge er samtidig den regionen som har høyest liggetidsrate, og skiller seg ut ved en høyere rate for øyeblikkelig-hjelp innleggelser.

#### 4.5 Aktivitetsutviklingen i henhold til hovedkapitlene i ICD-10

Når aktiviteten endrer seg mellom år og ved variasjoner i bruk av helsetjenester, er det interessant å vite hvilke diagnoser og behandlinger som forskjeller kan relateres til. De hovedkategorier innen ICD-10 med flest opphold (døgnopphold og dagbehandling) i 2004 er henholdsvis:

- Forhold med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (318 619 opphold)
- Sykdommer i sirkulasjonssystemet (134 859 opphold)
- Svulster (102 656 opphold)

Den prosentvis største endringen i antall opphold fra 2003 til 2004 er innenfor hovedkategoriene; sykdommer i blod, bloddannede organ og immunforsvaret (13 prosent – 830 opphold), endokrine sykdommer (10 prosent – 1 682 opphold) og psykiske lidelser (10 prosent – 1 070 opphold). Dette er imidlertid kategorier med et svært lavt volum på sykehus.

Hvis en ser på kategorier med størst endring i antall opphold fra 2003 til 2004 er dette henholdsvis:

- Forhold med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (25 471 opphold)
- Sykdommer i muskel- skjelettsystem og bindevev (3 965 opphold)
- Skader, forgiftninger og konsekvenser av ytre årsak (3 510 opphold)
- Symptom, tegn, unormale kliniske funn og lab-funn (3 326 opphold)

Nedenfor gis en beskrivelse av hvilke diagnosegrupper innenfor disse kategoriene hvor det er størst endring i antall opphold, om endringen skjer ved offentlige eller private sykehus, og hvorvidt det er døgn- eller dagbehandling.

##### 4.5.1 Vekst i aktivitet på offentlige sykehus

Veksten i antall opphold i hoveddiagnosegruppen "Forhold med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten" fra 2003-2004 skjer på offentlige sykehus, og er i all hovedsak en økning i antall dagbehandlinger. Pasienter registrert med kjemoterapi (Z51), rehabilitering (Z508) og dialyse (Z491) hadde en økning på henholdsvis 12 742, 5 835 og 4 406 opphold fra 2003 til 2004. Disse pasientgruppene utgjorde i alt 90 prosent av endringen i denne hoveddiagnosegruppen. Disse tre pasientgruppene sto for 55 prosent av endring i antall dagbehandlinger fra 2003-2004.

Når det gjelder hoveddiagnosegruppen "Symptom, tegn, unormale kliniske funn og lab-funn" og "Skader, forgiftninger og konsekvenser av ytre årsak" er det en økning i døgnopphold og dagbehandlinger kun på offentlige sykehus fra 2003-2004. For førstnevnte kategori er det størst økning i antall opphold for pasienter med smerter i hals og bryst (R07) med 784 opphold, smerter i buk og bekken (R10) med 447 opphold og munnpusting/snorking (R065) med 306 opphold. For kategorien "Skader, forgiftninger og konsekvenser av ytre årsak" er det størst endring i antall opphold for pasienter med brudd i underarm (S52)- 500 opphold, brudd i kne, legg og ankel (S82)- 424 opphold, intrakraniell skade (S06) – 377 opphold og komplikasjoner ved innvendige ortopediske proteser, implantater og transplantater (T84)- 313 opphold.

For pasienter med sykdommer i nervesystemet var det fra 2002 til 2003 en sterk økning i antall opphold. Dette er beskrevet i Huseby (2004), og var først og fremst knyttet til veksten i pasienter med diagnosen søvnløshet. I 2003 var det om lag 15 000 opphold med denne



diagnosen ved offentlige og private sykehus, en dobling i antall fra 2002. De tre sykehusene Omniasykehuset, Voss og Stensby sto for nær 70 prosent av denne behandlingen i 2003. Fra 2003 til 2004 er det en ytterligere økning på nærmere 3 prosent for pasienter med denne diagnosen. Det er imidlertid skjedd en vridning fra private til offentlige sykehus, idet det er en nedgang i antall opphold på 33 prosent ved Omniasykehuset, og en økning ved Akershus universitetssykehus/Stensby sykehus (105 prosent) for pasienter med denne diagnosen.

#### 4.5.2 Vekst i aktivitet ved private sykehus

Ved private sykehus er det spesielt pasienter med sykdommer i øyet og dets omgivelser samt sykdommer i muskel-, skjelettsystem og bindevev at det er størst endring i antall opphold fra 2003 til 2004. Endring i antall opphold for disse kategoriene er henholdsvis 2 432 og 4 091 opphold, hvilket tilsvarer omlag 2/3 av all økning i aktivitet ved private sykehus.

For pasienter med sykdommer i muskel-, skjelettsystem og bindevev ser vi at det er en nedgang i antall innleggelseser, men økning i antall dagbehandlinger på offentlige sykehus. Det er imidlertid innenfor denne kategorien at vi finner den største økningen i pasientbehandling på private sykehus. Pasienter med kneleddlidelser (M23) og skulderlidelser (M75) øker med henholdsvis 1 750 og 1 369 opphold. Disse to diagnosegruppene utgjør om lag 30 prosent av all økning i opphold ved private sykehus.

For pasienter med sykdommer i øyet og øyets omgivelser finner en nedgang i innleggelseser og dagbehandlinger ved offentlige sykehus fra 2003 til 2004, mens det er en betydelig økning i aktiviteten ved private sykehus. I all hovedsak er det en nedgang i antall øyeblikninger ved Rikshospitalet (-2 698 opphold) og en økning ved Omniasykehuset (+2 243 opphold). Den største endringen i antall opphold ved private sykehus, finner en for pasienter med hoveddiagnosen "Andre sykdommer i netthinnen" (H35), som øker med 1 809 opphold, og "Andre tilstander i øyelokk" (H02) med 377 opphold. På offentlige sykehus er det en nedgang i pasienter med aldersbetinget grå stær (H25) med - 1 718 opphold og brytningsforstyrrelser (H52) med - 753 opphold.

## 4.6 Eldres bruk av sykehustjenester

Som vist i Huseby (2004) er bruk av sykehustjenester høyere blant eldre enn yngre pasienter. I tillegg har de eldste pasientene ofte mer komplekse lidelser og sykdommer enn yngre, de har behov for andre typer behandling, lenger liggetid og andre innleggelsesmønstre enn yngre. At de eldre utgjør en stadig større andel av befolkningen, gjør det interessant å følge utviklingen i bruk av sykehustjenester for denne gruppen. I SAMDATA 1/04 ble bruk av tjenester blant de eldre presentert for første omgang, og det følges opp i denne rapporten. I tillegg er bruken av sykehustjenester blant eldre i Norge sammenlignet med andre land i Skandinavia for 2002 presentert i egen rapport (Huseby, 2005).

Endring i antall opphold fra 2003 til 2004 var på 6,1 prosent for pasienter over 80 år. Korrigert for befolkningsutvikling var det en vekst på 4,2 prosent for de eldste pasientene (fra 80 år). Endring i bruk av tjenester for eldre fra 2003 til 2004 var litt høyere enn endring i antall opphold for hele befolkningen.

Også når det gjelder eldre, var det befolkningen i helseregion Sør som hadde flest opphold per 1000 innbyggere i 2003, og de har samtidig den største endringen fra 2003 til 2004 (6,9 prosent). Dette tilsier at variasjonsraten mellom helseregionene ble større fra 2003 til 2004.

I beskrivelsene av Eldres sykehusbruk i fjorårets SAMDATA-rapport ble det presentert en "ny" indikator på Eldres bruk av sykehustjenester. Indikatoren er kalt "relativt sykehusbruk blant eldre", og viser ratioen mellom Eldres bruk av sykehustjenester (definert som liggedøgn) og Eldres andel av befolkningen. Tabellene i dette kapitlet viser at St. Olavs hospital HF-område har høyeste nivå av relativt sykehusbruk blant eldre; de Eldres andel av liggedøgnene på sykehus<sup>7</sup> er nær seks ganger så høyt som de Eldres andel av befolkningen.

<sup>7</sup> Disse beregningene er uavhengige av hvilke sykehus pasientene er behandlet ved og gjelder pasientenes bostedsområder.

Til sammenligning har for eksempel de eldste i Innlandet HF-område bare 3,6 ganger så mange liggedøgn på sykehus som den andelen av befolkningen de utgjør. Tidligere analyser viser at den relative eldrebelastningen generelt sett er størst i de store byene.

Eldres andel av befolkningen blir større fra 2003 til 2004. Til tross for dette er den relative sykehusbruken blant eldre uendret fra 2003 til 2004.

## 4.7 Definisjon av datagrunnlaget

Tabell 4.1 Oversikt over prosentvis endring i antall opphold fra 2003 til 2004 avhengig av type opphold og hvilke institusjoner og type data som er inkludert i datamaterialet.

Publisert av	Enhet	Type opphold	2003	2004	% endring	
=	Datagrunnlag SSB	Totalt	Sum RHF og private	1 203 958	1 257 534	4,4 %
+	Friske nyfødte <sup>1)</sup>			41 784	41 682	0,2 %
+	Rehabiliteringsinstitusjoner <sup>2)</sup>	Sum døgn/dag		2 727	3 534	29,6 %
+	Føde- og sykestuer <sup>3)</sup>	Sum døgn/dag		2 002	2 011	0,4 %
=	Datagrunnlag SAMDATA/NPR	Sum samlet antall opphold		1 250 471	1 304 761	4,3 %
	RHF-ene	Helse Øst	Døgnopphold	244 698	251 311	2,7 %
		RHF	Dagbehandling	116 472	127 334	9,3 %
			Sum Helse Øst RHF	361 170	378 645	4,8 %
		Helse Sør	Døgnopphold	199 009	200 264	0,6 %
		RHF	Dagbehandling	121 952	129 288	6,0 %
			Sum Helse Sør RHF	320 961	326 306	1,7 %
		Helse Vest	Døgnopphold	159 284	163 587	2,7 %
		RHF	Dagbehandling	72 779	82 254	13,0 %
			Sum Helse Vest RHF	232 063	245 010	5,6 %
		Helse Midt-Norge	Døgnopphold	114 035	114 941	0,8 %
		RHF	Dagbehandling	54 172	57 666	6,4 %
			Sum Helse Midt-Norge	168 207	172 607	2,6 %
		Helse Nord	Døgnopphold	87 636	88 283	0,7 %
		RHF	Dagbehandling	45 491	46 564	2,4 %
			Sum Helse Nord RHF	133 127	134 847	1,3 %
		RHF-ene	Døgnopphold	804 662	817 164	1,6 %
		totalt	Dagbehandling	410 866	440 251	7,2 %
			Sum RHF-ene	1 215 528	1 257 415	3,4 %
	Private inst	Private	Døgnopphold, LOS>0	13 206	11 936	-9,6 %
		totalt	Døgnopphold, LOS=0	11 008	11 484	4,3 %
			Dagbehandling	10 729	19 865	85,2 %
			Sum private	34 943	47 346	35,5 %
	Totalt RHF-ene og private	Døgnopphold		828 876	841 790	1,6 %
		Dagbehandling		421 595	462 971	9,8 %
Tot	SAMDATA/NPR	Samlet antallet opphold døgn/dag		1 250 471	1 304 761	4,3 %

<sup>1)</sup> Friske nyfødte er definert som DRG 391

<sup>2)</sup> Rehabiliteringsinstitusjoner: Rehabiliteringstjenesten i Rogaland, Nevrohjemmet rehabiliteringssenter og Mork rehabiliteringssenter

<sup>3)</sup> Fødestuer: Ørland fødestue, Valdres fødestogo, Steigen fødestue, Andenes fødestue, Brønnøy fødestue, Nordkapp helsesenter, Hallingdal sjukestugu, Alta helsesenter, Helsesenteret Sonjatun, Fødestua i Midt-Troms og Tinn fødestue

## 4.8 Befolkningens bruk av sykehustjenester – regionalt nivå

Tabell 4.2 Bruk av sykehustjenester i regionene i 2003 og 2004 etter type opphold. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere.

Helseregion Pasientenes bosted	Døgnopphold		Dagbehandling (Dagbeh. innlagte + poliklinikk)		Samlet antall opphold		Polikl. konsultasjoner	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Helseregion Øst	175	177	86	91	260	268	675	686
Helseregion Sør	187	187	113	122	300	310	665	705
Helseregion Vest	176	178	81	94	257	272	657	692
Helseregion Midt-Norge	179	181	87	100	266	281	806	839
Helseregion Nord	198	200	102	104	300	304	858	869
Ureg/utlendinger	(3 435)	(3 348)	(370)	(621)	(3 805)	(3 841)	(6 845)	(6 558)
<b>Totalt</b>	<b>180</b>	<b>182</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>272</b>	<b>282</b>	<b>706</b>	<b>731</b>
(N=)	(828 876)	(841 790)	(421 595)	(695 621)	(1 250 471)	(1 304 761)	(3 233 900)	(3 374 388)

Datakilde: Norsk pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 4.3 Bruk av sykehustjenester i regionene i 2003 og 2004. Døgnopphold og dagbehandling eksklusive dialyse (DRG 317), kjemoterapi (DRG 410A-C) og rehabilitering (DRG 462A-C). Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere.

Helseregion Pasientenes bosted	Døgnopphold		Dagbehandling (Dagbeh. innlagte + poliklinikk)		Samlet antall opphold	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Helseregion Øst	170	172	48	51	218	223
Helseregion Sør	181	180	55	54	236	234
Helseregion Vest	171	173	45	54	216	227
Helseregion Midt-Norge	176	178	45	56	221	234
Helseregion Nord	192	193	55	55	247	248
Ureg/utlendinger	(3 428)	(3 331)	(202)	(232)	(3 630)	(3 563)
<b>Totalt</b>	<b>176</b>	<b>177</b>	<b>49</b>	<b>53</b>	<b>225</b>	<b>230</b>
(N=)	(806 795)	(817 122)	(226 241)	(246 195)	(1 033 036)	(1 063 317)

Datakilde: Norsk pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 4.4 Bruk av sykehustjenester i regionene i 2003 og 2004 etter type opphold. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere.

Helseregion Pasientenes bosted	Døgnopphold		Dagbehandling (Dagbeh. innlagte + poliklinikk)		Samlet antall opphold		Polikl. konsultasjoner	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Helseregion Øst	175	177	86	91	260	268	675	686
Helseregion Sør	187	187	113	122	300	310	665	705
Helseregion Vest	176	178	81	94	257	272	657	692
Helseregion Midt-Norge	179	181	87	100	266	281	806	839
Helseregion Nord	198	200	102	104	300	304	858	869
Ureg/utlendinger	(3 435)	(3 348)	(370)	(621)	(3 805)	(3 841)	(6 845)	(6 558)
<b>Totalt</b>	<b>180</b>	<b>182</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>272</b>	<b>282</b>	<b>706</b>	<b>731</b>
(N=)	(828 876)	(841 790)	(421 595)	(695 621)	(1 250 471)	(1 304 761)	(3 233 900)	(3 374 388)

Datakilde: Norsk pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 4.5 Bruk av sykehustjenester i regionene i 2003 og 2004 etter innleggelsesmåte. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere.

Helseregion Pasientenes bosted	Elektive opphold Døgn og dag		Ø-hjelps-opphold Døgn og dag		Fødsler <sup>1</sup> per 1000 kvinne 16-49 år Døgn og dag		Friske nyfødte <sup>2</sup> per 1000 innb 0 år Døgn og dag	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Helseregion Øst	142	144	95	100	55	55	714	710
Helseregion Sør	176	183	102	105	50	50	712	688
Helseregion Vest	131	145	105	106	58	59	746	733
Helseregion Midt-Norge	142	157	100	99	55	55	759	766
Helseregion Nord	169	169	109	115	54	54	814	822
Ureg/utlendinger	(459)	(551)	(3 134)	(3 137)	(88)	(90)	(122)	(50)
<b>Totalt</b>	<b>149</b>	<b>156</b>	<b>100</b>	<b>103</b>	<b>55</b>	<b>55</b>	<b>736</b>	<b>729</b>
(N=)	(683 488)	(721 121)	(462 844)	(483 021)	(57 291) <sup>3</sup>	(57 521) <sup>4</sup>	(41 784)	(41 682)

<sup>1</sup> Fødsler er definert som DRG 370-375, 382<sup>2</sup> Friske nyfødte er definert som DRG 391<sup>3</sup> Eksklusive 13 fødsler for kvinner under og over aldersgruppen 16-49 år<sup>4</sup> Eksklusive 8 fødsler for kvinner under og over aldersgruppen 16-49 år

Datakilde: Norsk pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 4.6 Bruk av sykehustjenester i regionene i 2003 og 2004 etter innmåte og type behandling. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere.

Helseregion Pasientenes bosted	Elektive opphold Kir. DRG		Elektive opphold Med. DRG		Ø-hjelps-opphold Kir. DRG		Ø-hjelps-opphold Med. DRG	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Helseregion Øst	62	61	79	83	15	16	77	81
Helseregion Sør	73	71	103	112	15	16	85	86
Helseregion Vest	59	63	72	81	16	16	84	84
Helseregion Midt-Norge	67	77	75	80	17	17	81	81
Helseregion Nord	70	69	98	100	18	20	87	89
Ureg./utlendinger	(179)	(169)	(270)	(381)	(743)	(782)	(2321)	(2 329)
Totalt	65	66	84	89	16	17	82	84
(N=)	(297 796)	(305 664)	(382 695)	(412 510)	(73 245)	(76 862)	(375 498)	(387 010)

Datakilde: Norsk pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 4.7 Sum liggedøgn i regionene i 2003 og 2004 etter type opphold og innmåte. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere.

Helseregion Pasientenes bosted	Liggetidsrate Alle opphold døgn/dag		Liggetidsrate Elektive døgnopphold		Liggetidsrate Døgnopphold ø-hjelp		Liggetidsrate Døgnopphold ø-hjelp med. DRG	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Helseregion Øst	1 005	992	288	275	529	528	395	395
Helseregion Sør	1 086	1 069	353	341	522	514	398	389
Helseregion Vest	1 083	1 053	316	309	590	562	423	404
Helseregion Midt-Norge	1 111	1 123	303	304	612	608	448	447
Helseregion Nord	1 131	1 112	329	314	599	603	449	442
Ureg./utlendinger	(12 808)	(12 499)	(1 141)	(948)	(10 468)	(10 464)	(6 415)	(6 544)
Totalt	1 064	1 050	313	303	559	551	414	408
(N=)	(4 885 100)	(4 848 469)	(1 432 449)	(1 395 879)	(2 567 798)	(2 548 788)	(1 902 601)	(1 885 270)

Datakilde: Norsk pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 4.8 Antall opphold etter hovedkategorier i ICD-10 i 2004, og prosentvis endring fra 2003 til 2004. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere.

Hovedkategorier ICD-10	Rater per 10 000 innbyggere 2004						Pst endr 2003- 2004	Endr. i antall. opph. 2003- 2004
	Helse- region Øst	Helse- region Sør	Helse- region Vest	Helse- region Midt- Norge	Helse- region Nord	Totalt		
Visse infeksjons- og parasittsykd.	4	5	5	4	4	5	6 %	1 281
Svulster	21	24	22	23	22	22	2 %	1 810
Sykd i blod, bløddannede organ og immunforsvaret	2	1	1	1	2	2	13 %	830
Endokrine sykd, ernærings-sykd og metab. forstyr.	3	5	4	4	5	4	10 %	1 682
Psykiske lidelser	3	2	3	2	3	3	10 %	1 070
Sykd i nervesystemet	11	10	12	10	10	11	5 %	2 277
Sykd i øyet og omgivelser	9	12	10	14	10	11	-1 %	- 266
Sykd i øre og ørebensknute	2	2	3	3	3	2	9 %	912
Sykd i sirkulasjonssystemet	29	30	28	27	33	29	1 %	1 686
Sykd i åndedrettssystemet	15	19	17	16	18	17	1 %	954
Sykd i fordøyelses-systemet	14	14	15	15	18	14	4 %	2 685
Sykd i hud og underhud	3	3	3	3	3	3	6 %	828
Sykd i muskel- skjelett og bindevev	20	22	21	25	22	22	4 %	3 965
Sykd i urin og kjønnsorganer	12	14	12	13	16	13	3 %	1 763
Svangerskap, fødsel og barselstid <sup>1</sup>	85	75	82	82	83	82	0 %	- 81
Tilstander i perinatalperioden <sup>2</sup>	167	117	105	111	87	129	4 %	543
Medfødte misdannelser, deform., kromosomavvik <sup>3</sup>	10	9	8	10	8	9	- 3 %	- 262
Symptom, tegn, unormale kliniske funn og lab-funn	11	11	14	13	14	12	6 %	3 326
Skader, forgiftninger og konsekvs av ytre årsaker	20	21	19	21	20	20	4 %	3 510
Kontakt med helsetj. m.m.	63	91	60	62	77	69	9 %	25 471
<b>Totalt (N=)</b>	<b>440 709</b>	<b>281 018</b>	<b>251 375</b>	<b>183 692</b>	<b>140 544</b>	<b>1 301 164</b>	<b>4 %</b>	<b>53 984</b>

<sup>1</sup> Ratene gjelder kvinner i alderen 16-49 år.<sup>2</sup> Ratene gjelder gutter og jenter 0-1 år (per 1000 innb).<sup>3</sup> Ratene gjelder gutter og jenter 0-15 år.

Datakilde: Norsk pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

## 4.9 Befolkningens bruk av sykehustjenester – HF-områder

Tabell 4.9 Bruk av sykehustjenester i RHF-områdene i 2003 og 2004 etter type opphold. Kønns- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere.

HF-område Pasientenes bosted	Døgnopphold		Dagbehandling innlagte + poliklinikk		Samlet antall opphold		Polikl. konsultasjoner	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Østfold	188	194	70	76	258	269	557	587
Asker og Bærum	152	154	86	101	238	255	620	651
Akershus	180	184	82	85	258	269	627	646
Ullevål og Aker	169	171	97	103	266	273	718	720
Innlandet	182	182	82	85	264	267	741	742
Helseregion Øst	175	177	86	91	260	268	675	686
Ringerike	175	180	74	74	249	254	595	639
Buskerud	183	183	93	94	277	277	643	680
Blefjell	199	196	90	94	289	290	626	654
Vestfold	178	178	139	139	318	318	705	766
Telemark	197	200	132	175	329	375	750	790
Sørlandet	190	188	109	120	299	308	635	660
Helseregion Sør	187	187	113	122	300	310	665	705
Stavanger	169	172	82	98	251	271	554	627
Fonna	183	189	76	86	259	275	681	718
Bergen	168	167	88	99	256	267	658	655
Førde	213	216	64	75	277	291	908	973
Helseregion Vest	176	178	81	94	257	272	657	692
Sunnmøre	192	189	95	109	287	299	832	874
Nordmøre/Romsdal	195	189	80	95	275	285	892	922
St. Olavs Hospital	170	177	93	106	262	283	805	835
Nord-Trøndelag	174	178	74	84	248	262	702	732
Helsereg M-Norge	179	181	87	100	266	281	806	839
Helgeland	224	222	88	94	312	317	783	835
Nordland	196	196	90	97	286	293	770	790
Hålogaland	200	203	90	94	290	296	952	956
UNN	164	169	137	131	301	301	829	826
Finnmark	217	220	102	103	318	324	967	960
Helseregion Nord	198	200	102	104	300	304	858	869
Ureg./utlendinger	(3 435)	(3 348)	(370)	(493)	(3 805)	(3 841)	(6 845)	(6 558)
Totalt	180	182	92	100	272	282	706	731
(N=)	(828 876)	(841 790)	(421 595)	(695 621)	(1 250 471)	(1 304 761)	(3 233 900)	(3 374 388)

Datakilde: Norsk pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 4.10 Bruk av sykehustjenester i regionene i 2003 og 2004 etter innleggelsesmåte. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere.

HF-område Pasientenes bosted	Elektive opphold Døgn og dag		Ø-hjelps-opphold Døgn og dag		Fødsler per 1000 kvinne 16-49 år Døgn og dag		Friske nyfødte per 1000 innb 0 år Døgn og dag	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Østfold	134	142	102	105	49	50	632	705
Asker og Bærum	140	155	74	76	54	55	758	628
Akershus	137	124	100	123	56	52	643	670
Ullevål og Aker	147	150	91	94	60	61	755	736
Innlandet	145	147	104	105	50	48	703	721
Helseregion Øst	142	144	95	100	55	55	714	710
Ringerike	135	138	93	94	46	50	654	701
Buskerud	147	144	106	109	53	53	634	611
Blefjell	165	167	101	101	52	49	708	702
Vestfold	199	197	98	100	48	47	747	775
Telemark	209	253	98	101	49	47	751	775
Sørlandet	170	174	108	113	51	53	722	626
Helseregion Sør	176	183	102	105	50	50	712	688
Stavanger	135	154	100	101	59	59	612	597
Fonna	129	143	105	109	59	57	868	815
Bergen	126	137	105	104	57	58	782	797
Førde	139	151	114	118	60	58	846	802
Helseregion Vest	131	145	105	106	58	59	746	733
Sunnmøre	166	173	98	97	56	59	711	722
Nordmøre/Romsdal	148	161	103	100	55	53	710	696
St. Olavs Hospital	139	160	99	97	55	55	769	772
Nord-Trøndelag	122	135	102	105	54	52	829	866
Helsereg. M-Norge	142	157	100	99	55	55	759	766
Helgeland	168	173	123	124	58	55	768	845
Nordland	159	166	104	106	55	53	813	839
Hålogaland	153	147	117	130	49	49	805	816
UNN	189	185	87	92	55	57	850	826
Finnmark	181	182	119	124	55	53	816	780
Helseregion Nord	169	169	109	115	54	54	814	822
Uregistrert/utlendinger	(459)	(551)	(3 134)	(3 137)	(88)	(90)	(122)	(50)
Totalt	149	156	100	103	55	55	736	729
(N=)	(683 488)	(721 121)	(462 844)	(483 021)	(57 291) <sup>3</sup>	(57 521) <sup>4</sup>	(41 784)	(41 682)

<sup>1</sup> Eksklusive 13 kvinner under eller over aldersgruppen 16-49 år<sup>2</sup> Eksklusive 8 kvinner under eller over aldersgruppen 16-49 år

Datakilde: Norsk pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata



Tabell 4.11 Bruk av sykehustjenester i regionene i 2003 og 2004 etter innmåte og type behandling. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere.

HF-område Pasientenes bosted	Elektive opphold Kir. DRG		Elektive opphold Med. DRG		Ø-hjelps-opphold Kir. DRG		Ø-hjelps-opphold Med. DRG	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Østfold	62	66	72	75	16	17	85	87
Asker og Bærum	66	61	74	93	14	15	58	60
Akershus	59	57	78	67	15	16	84	104
Ullevål og Aker	60	57	86	93	15	16	72	75
Innlandet	65	65	76	80	15	16	83	84
Helseregion Øst	62	61	79	83	15	16	77	81
Ringerike	60	62	74	74	14	15	77	77
Buskerud	77	78	69	65	15	17	89	91
Blefjell	76	75	88	91	14	15	85	84
Vestfold	72	69	127	128	16	16	80	81
Telemark	78	75	131	178	16	17	81	82
Sørlandet	71	66	98	107	15	16	91	93
Helseregion Sør	73	71	103	112	15	16	85	86
Stavanger	61	70	73	84	16	16	74	74
Fonna	57	60	72	83	15	15	88	92
Bergen	54	56	72	80	16	17	87	85
Førde	73	76	66	75	16	17	94	96
Helseregion Vest	59	63	72	81	16	16	84	84
Sunnmøre	76	81	89	92	15	15	81	80
Nordmøre/Romsdal	72	78	75	82	16	15	85	83
St. Olavs Hospital	63	78	75	81	18	17	80	79
Nord-Trøndelag	60	69	61	65	18	19	83	84
Helsereg. M-Norge	67	77	75	80	17	17	81	81
Helgeland	76	75	91	98	16	17	101	99
Nordland	65	70	94	96	17	17	84	84
Hålogaland	67	64	86	83	19	22	95	105
UNN	65	63	124	123	20	21	66	68
Finnmark	82	80	98	101	19	22	93	95
Helseregion Nord	70	69	98	100	18	20	87	89
Uregistrert/utlendinger	(179)	169	(270)	(381)	(743)	(782)	(2 321)	(2 329)
Totalt	65	66	84	89	16	17	82	84
(N=)	(297 796)	(305 664)	(382 695)	(412 510)	(73 245)	(76 862)	(375 498)	(387 010)

Datakilde: Norsk pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 4.12 Sum liggedøgn i regionene i 2003 og 2004 etter type opphold og innmåte. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere.

HF-område pasientenes bosted	Liggetidsrate Alle opphold døgn og dag		Liggetidsrate Elektive døgnopphold		Liggetidsrate Døgnopphold for ø-hjelp		Liggetidsrate Døgnopphold for ø-hjelp med. DRG	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Østfold	957	953	325	298	470	492	354	373
Asker og Bærum	895	865	274	263	434	405	325	305
Akershus	972	967	278	265	510	536	395	411
Ullevål og Aker	1 089	1 074	258	247	610	600	451	446
Innlandet	986	971	324	316	507	499	374	370
Helseregion Øst	1 005	992	288	275	529	528	395	395
Ringerike	957	967	363	375	430	420	320	312
Buskerud	1 063	1 021	301	284	560	540	422	410
Blefjell	1 067	1 071	363	373	509	509	395	397
Vestfold	1 097	1 075	345	336	513	513	384	387
Telemark	1 242	1 303	452	475	556	558	416	408
Sørlandet	1 052	1 000	333	289	518	504	408	383
Helseregion Sør	1 086	1 069	353	341	522	514	398	389
Stavanger	1 068	1 046	339	348	569	527	373	348
Fonna	1 053	1 043	335	337	544	529	427	422
Bergen	1 091	1 042	282	260	615	586	444	421
Førde	1 150	1 132	361	357	608	598	465	451
Helseregion Vest	1 083	1 053	316	309	590	562	423	404
Sunnmøre	1 159	1 181	373	356	582	590	445	446
Nordmøre/Romsdal	1 117	1 112	358	354	563	551	425	413
St. Olavs Hospital	1 176	1 185	266	281	707	692	498	496
Nord-Trøndelag	948	973	264	261	509	525	382	394
Helseereg. M-Norge	1 111	1 123	303	304	612	608	448	447
Helgeland	1 191	1 177	364	368	639	633	498	477
Nordland	1 163	1 093	317	309	653	599	487	440
Hålogaland	1 127	1 125	337	313	607	630	465	475
UNN	1 047	1 052	281	257	509	557	359	385
Finnmark	1 130	1 119	358	346	581	592	435	435
Helseregion Nord	1 131	1 112	329	314	599	603	449	442
Uregistrert/utlendinger	(12 808)	(12 499)	(1 141)	(948)	(10 468)	(10 464)	(6 415)	(6 544)
Totalt	1064	1 050	313	303	559	551	414	408
(N=)	(4 885 100)	(4 848 469)	(1 432 449)	(1 395 879)	(2 567 798)	(2 548 788)	(1 902 601)	(1 885 270)

Datakilde: Norsk pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 4.13 Rater for antall opphold i regionene i 2003 og 2004 etter alder, type opphold og innmåte. Rater per 1000 innbyggere 80 år og eldre.

Helseregion Pasientenes bosted	Opphold totalt Døgn og dag 80 år +		Opphold Elektive døgnopph 80 år +		Opphold Døgnopphold for ø-hjelp 80 år +		Opphold Døgnopphold for ø-hjelp med. DRG 80 år +	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Helseregion Øst	777	800	110	112	456	460	389	392
Helseregion Sør	873	933	138	136	452	457	387	390
Helseregion Vest	792	828	124	127	479	486	415	419
Helseregion Midt-Norge	809	837	97	109	485	473	416	410
Helseregion Nord	777	794	124	118	478	482	407	408
Totalt	804	838	118	120	466	469	399	401
(N=)	(168 228)	(178 547)	(24 738)	(25 543)	(97 468)	(99 809)	(83 565)	(85 543)

Datakilde: Norsk pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 4.14 Sum liggedøgn i regionene i 2003 og 2004 etter alder, type opphold og innmåte. Rater per 1000 innbyggere 80 år og eldre.

Helseregion Pasientenes bosted	Liggetidsrate Alle opphold døgn/dag 80 år +		Liggetidsrate Elektive døgnopphold 80 år +		Liggetidsrate Døgnopphold for ø-hjelp 80 år +		Liggetidsrate Døgnopphold for ø-hjelp med. DRG 80 år +	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Helseregion Øst	4 356	4 359	761	718	3 385	3 413	2 677	2 714
Helseregion Sør	4 393	4 313	1 061	1 026	3 048	2 947	2 368	2 309
Helseregion Vest	5 073	4 798	1 104	1 096	3 778	3 486	2 924	2 724
Helseregion Midt-Norge	5 221	5 284	826	870	4 168	4 133	3 183	3 219
Helseregion Nord	4 997	4 800	870	781	3 952	3 825	3 056	3 023
Totalt	4 696	4 616	911	885	3 564	3 478	2 774	2 737
(N=)	(982 242)	(983 961)	(390 569)	(188 558)	(745 596)	(741 399)	(580 254)	(583 501)

Datakilde: Norsk pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 4.15 Relativt sykehusbruk blant eldre. Regionnivå 2003 og 2004.

Helseregion Pasientenes bosted	Andel i befolkningen 80 år +		Eldres andel av sum lgd v/døgnopphold		Relativt sykehusbruk blant eldre 80 år+ (døgnopphold)	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Helseregion Øst	4,49	4,55	20,34	20,98	4,53	4,61
Helseregion Sør	4,81	4,88	19,91	20,03	4,14	4,10
Helseregion Vest	4,42	4,44	22,18	21,89	5,02	4,93
Helseregion Midt-Norge	4,81	4,91	22,99	23,62	4,78	4,81
Helseregion Nord	4,34	4,41	20,35	20,09	4,69	4,55
<b>Totalt</b>	<b>4,57</b>	<b>4,63</b>	<b>21,00</b>	<b>21,29</b>	<b>4,59</b>	<b>4,60</b>

Datakilde: Norsk pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 4.16 Rater for antall opphold i HF-områdene i 2003 og 2004 etter alder, type opphold og innmåte. Rater per 1000 innbyggere 80 år og eldre.

HF-område Pasientenes bosted	Opphold totalt Døgn og dag 80 år +		Opphold Elektive døgnopph 80 år +		Opphold Døgnopphold for ø-hjelp 80 år +		Opphold Døgnopphold for ø-hjelp med. DRG 80 år +	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Østfold	683	709	129	112	451	465	383	394
Asker og Bærum	763	841	137	147	409	393	346	335
Akershus	811	804	107	120	498	517	428	446
Ullevål og Aker	836	881	97	107	469	476	400	405
Innlandet	744	733	110	105	441	438	379	373
Helseregion Øst	777	800	110	152	456	460	389	392
Ringerike	633	733	123	141	383	364	327	311
Buskerud	717	601	102	103	463	482	395	408
Blefjell	801	750	187	168	466	454	407	392
Vestfold	773	745	108	97	450	468	378	400
Telemark	1 454	1 910	222	248	443	446	380	380
Sørlandet	843	836	122	113	463	465	399	397
Helseregion Sør	873	933	138	136	452	457	387	390
Stavanger	814	836	154	162	442	428	376	362
Fonna	716	758	122	121	460	486	401	423
Bergen	794	830	89	89	497	507	431	440
Førde	847	900	175	176	517	531	456	461
Helseregion Vest	792	828	124	127	479	486	415	419
Sunnmøre	874	878	129	118	479	436	412	379
Nordmøre/Romsdal	721	726	96	109	463	435	397	375
St. Olavs Hospital	869	922	82	111	517	508	444	441
Nord-Trøndelag	716	742	96	97	450	480	388	415
Helsereg. M-Norge	809	837	97	109	485	473	416	410
Helgeland	811	786	136	134	528	497	460	425
Nordland	749	717	123	106	473	466	405	397
Hålogaland	743	781	120	115	525	542	447	463
UNN	845	882	114	104	375	404	303	330
Finnmark	740	836	137	139	459	474	399	399
Helseregion Nord	777	794	124	118	478	488	407	408
Totalt	804	838	118	120	466	469	399	401
(N=)	(168 228)	(178 547)	(24 738)	(25 543)	(97 468)	(99 809)	(83 565)	(85 543)

Datakilde: Norsk pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 4.17 Sum liggedøgn i regionene i 2003 og 2004 etter alder, type opphold og innmåte. Rater per 1000 innbyggere 80 år og eldre.

HF-område Pasientenes bosted	Liggetidsrate Alle opphold døgn/dag 80 år +		Liggetidsrate Elektive døgnopph 80 år +		Liggetidsrate Døgnopphold for ø-hjelp 80 år +		Liggetidsrate Døgnopphold for ø-hjelp med. DRG 80 år +	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Østfold	3 915	4 024	1 042	798	2 770	3 095	2 132	2 377
Asker og Bærum	4 330	4 162	814	877	3 300	2 985	2 614	2 424
Akershus	3 983	4 243	651	647	3 125	3 429	2 510	2 717
Ullevål og Aker	5 156	5 114	731	693	4 155	4 123	3 297	3 314
Innlandet	3 673	3 658	657	679	2 822	2 789	2 237	2 207
Helseregion Øst	4 356	4 359	761	718	3 385	3 413	2 677	2 714
Ringerike	3 451	3 311	1 000	1 180	2 324	2 034	1 788	1 598
Buskerud	4 163	4 131	698	690	3 313	3 276	2 493	2 522
Blefjell	4 519	4 272	1 136	1 054	3 236	3 014	2 593	2 470
Vestfold	4 122	4 018	854	699	3 053	3 139	2 283	2 441
Telemark	6 160	6 701	2 058	2 357	3 313	3 128	2 555	2 409
Sørlandet	4 047	3 745	907	764	2 881	2 723	2 332	2 140
Helseregion Sør	4 393	4 313	1 061	1 026	3 048	2 947	2 368	2 309
Stavanger	5 266	4 980	1 746	1 856	3 302	2 879	2 525	2 262
Fonna	4 265	4 155	886	843	3 242	3 154	2 646	2 587
Bergen	5 313	4 992	788	782	4 315	3 976	3 250	3 022
Førde	5 115	4 776	1 133	950	3 824	3 632	3 084	2 899
Helseregion Vest	5 073	4 798	1 104	1 096	3 778	3 486	2 924	2 724
Sunnmøre	5 349	5 101	1 040	867	4 043	3 783	3 175	2 989
Nordmøre/Romsdal	4 383	4 235	781	878	3 439	3 175	2 658	2 431
St. Olavs Hospital	6 353	6 601	814	999	5 270	5 298	3 913	4 110
Nord-Trøndelag	3 791	4 021	682	625	2 939	3 230	2 333	2 545
Helsereg. M-Norge	5 221	5 284	826	870	4 168	4 133	3 183	3 219
Helgeland	5 059	5 122	961	991	3 950	3 977	3 224	3 139
Nordland	5 894	4 676	872	752	4 870	3 779	3 721	2 946
Hålogaland	5 013	4 941	926	779	3 988	4 038	3 090	3 189
UNN	4 645	4 824	790	645	3 499	3 805	2 498	3 018
Finnmark	3 807	4 135	719	711	2 943	3 202	2 396	2 599
Helseregion Nord	4 997	4 800	870	781	3 952	3 825	3 056	3 023
Totalt	4 696	4 616	911	885	3 564	3 478	2 774	2 737
(N=)	(982 242)	(983 961)	(190 517)	(188 558)	(745 596)	(741 399)	(580 254)	(583 501)

Datakilde: Norsk pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 4.18 Relativt sykehusbruk blant eldre i spesialisthelsetjenesten. HF-områder 2003 og 2004.

HF-område Pasientenes bosted	Andel i befolkningen 80 år +		Eldres andel av sum lgd døgnopphold		Relativt sykehusbruk 80 år+ døgn	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Østfold	4,70	4,82	19,52	20,50	4,15	4,25
Asker og Bærum	4,08	4,30	21,18	21,90	5,19	5,09
Akershus	3,18	3,29	14,51	16,24	4,57	4,93
Ullevål og Aker	4,35	4,38	22,69	22,83	5,22	5,22
Innlandet	5,55	5,67	19,65	20,36	3,54	3,59
Helseregion Øst	4,49	4,55	20,34	20,98	4,53	4,61
Ringerike	5,55	5,60	19,48	18,82	3,51	3,36
Buskerud	4,27	4,39	17,87	18,83	4,18	4,29
Bleifjell	5,72	5,84	23,70	22,51	4,15	3,85
Vestfold	4,76	4,89	18,93	19,36	3,98	3,96
Telemark	5,05	5,14	23,49	23,90	4,65	4,65
Sørlandet	4,55	4,58	18,41	18,15	4,04	3,96
Helseregion Sør	4,81	4,88	19,91	20,03	4,14	4,10
Stavanger	3,67	3,73	20,73	20,29	5,66	5,44
Fonna	4,85	4,92	20,46	20,47	4,22	4,16
Bergen	4,49	4,55	23,33	23,27	5,19	5,11
Førde	5,55	5,59	24,05	23,09	4,33	4,13
Helseregion Vest	4,42	4,44	22,18	21,89	5,02	4,93
Sunnmøre	4,96	5,10	23,14	22,14	4,67	4,34
Nordmøre/Romsdal	5,40	5,52	20,85	20,87	3,86	3,78
St. Olavs Hospital	4,11	4,52	25,11	26,54	6,12	5,87
Nord-Trøndelag	4,98	5,10	19,84	21,09	3,98	4,14
Helseereg. M-Norge	4,81	4,91	22,99	23,62	4,78	4,81
Helgeland	5,02	5,07	21,32	22,17	4,25	4,37
Nordland	4,45	4,53	23,82	20,44	5,36	4,51
Hålogaland	5,44	5,52	23,88	23,93	4,39	4,33
UNN	3,43	3,50	17,42	18,09	5,08	5,17
Finmark	3,30	3,35	12,29	13,53	3,72	4,04
Helseregion Nord	4,34	4,41	20,35	20,09	4,69	4,55
Totalt	4,57	4,63	21,00	21,29	4,59	4,60

Datakilde: Norsk pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata





## 5 Pasientstrømmer

Ronny Jørgenvåg

I 2004 ble omlag 132 000 pasientopphold (døgnopphold og dagbehandling) utført utenfor pasientenes bostedsregion. Omtrent 10 prosent av alle opphold, og 14 prosent av alle elektive opphold, var behandlinger utenfor pasientenes bostedsregion i 2004. Fra 2003 til 2004 var det en økning i pasientstrømmene mellom helseregionene, på nærmere 8 500 opphold samlet sett. Dette tilsier en prosentvis endring i antall opphold på 2,6 prosent, hvilket var lavere enn fra 2002 til 2003.

Den mest betydelige endringen i pasientstrømmene i 2004 sammenlignet med 2003, er knyttet til økningen i opphold ved private sykehus med en økning på 8 500 opphold. Nærmere seks prosent av alle elektive opphold i 2004 ble utført ved private sykehus. Økt bruk av private sykehus bidrar til at andelen bruk av sykehus i eget helseforetak er redusert fra 75,3 til 74,5 prosent av alle opphold fra 2003 til 2004.

Hvis en ser på det totale omfanget av pasientbehandling utenfor egen region, ser en som følge av endringer i pasientstrømmer fra 2003 til 2004 at helseregion Øst reduserte sin relative andel av pasientstrømmene fra 60 til 56 prosent. I absolutte tall var pasientstrømmen i helseregion Øst uendret fra 2003 til 2004. Helseregion Midt-Norge stod for totalt ni prosent av pasientstrømmene i 2003 og 13 prosent av pasientstrømmene i 2004.

### 5.1 Formål og datagrunnlag

En av målsetningene med opprettelsen av regionale helseforetak (Ot.prp. nr. 66, 2000-2001), var å samordne helsetjenesten innenfor den enkelte helseregion og gjennom funksjons- og oppgavefordeling søke å effektivisere ressursutnyttelsen. Videre er det slik at den enkelte pasient gjennom lov om pasientrettigheter har fått styrket retten til tilgang på helsehjelp av god kvalitet (Lov om pasientrettigheter, Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Viktige elementer i denne loven er retten til nødvendig helsehjelp innen spesialisthelsetjenesten som er medisinsk forsvarlig (uavhengig av kapasitetshensyn), og retten til å velge sykehus hvor behandlingen skal finne sted (fritt sykehusvalg). Endringer i den enkelte pasients rettighet til helsehjelp og endret organisering av spesialisthelsetjenesten gjør at det er interessant å følge bevegelse i pasientstrømmer innenfor og mellom helseregionene.

Det foreligger få undersøkelser om den faktiske bruken av fritt sykehusvalg. I en undersøkelse i 2004 ble det anslått at pasienter benyttet retten til fritt sykehusvalg ved knapt 56 000 sykehuskontakter i 2003 (Christensen og Hem, 2004). Når det gjaldt omfanget av brukere av fritt sykehusvalg utenfor egen bostedsregion, ble denne vurdert til å være i underkant av 6 000, hvilket tilsvarer 0,9 prosent av alle elektive pasientkontakter. Til tross for at retten til fritt sykehusvalg har vært gjeldende siden 1. januar 2001, ser det altså ut til at bare et fåtall ønsker å bli behandlet utenfor regionen. Pasientstrømmene ut av regionene har tradisjonelt vært relativt små, dersom vi ser bort fra den avtalefestede bruken av Riks- og Radiumhospitalet for pasienter fra helseregion Øst. Økningen i bruk av private sykehus har imidlertid medført en økning i pasientstrømmene.

I dette kapitlet er det lagt vekt på å vise andelen pasienter som behandles på helseforetak innenfor og utenfor den enkelte region. Behandling på private sykehus regnes som behandling utenfor regionen, uavhengig av det private sykehus sin geografiske lokalisasjon. I teksten innledningsvis vises det hvordan utviklingen i pasientstrømmer (innenfor og utenfor regionen) har vært for befolkningen i den enkelte helseregion i perioden 2000-2004, mens det i tabellene i andre del av kapitlet er fokusert spesielt på utviklingen fra 2003 til 2004. I tabellene for 2003-2004 skilles det mellom andel opphold av alle behandlinger (døgnopphold og dagbehandling) og av alle elektive opphold (døgnopphold og dagbehandling). For å gi et bilde av andelen av ressursbruken knyttet til pasientstrømmene, uttrykkes pasientbehandlingene i antall korrigerede opphold på regionnivå<sup>8</sup>.

## 5.2 Nasjonal utvikling i pasientstrømmer 2000-2004

I 2004 ble omlag 132 000 pasientopphold utført utenfor pasientenes bostedsregion. Omtrent 10 prosent av alle opphold, og 14 prosent av alle elektive opphold, var behandlinger utenfor pasientenes bostedsregion i 2004. Andelen av korrigerede opphold som kan relateres til behandling utenfor regionen var henholdsvis 11 prosent (alle opphold) og 17 prosent (elektive opphold) i 2004, hvilket betyr at pasienter behandlet utenfor bostedsregionen er mer ressurskrevende enn opphold forøvrig.

Ved å legge omfanget av pasientstrømmer de siste fem år til grunn, var det i underkant av åtte prosent av alle opphold som ble utført utenfor pasientenes bostedsregion i 2000, mens tilsvarende tall for 2004 var 10,2 prosent. I absolutte tall økte pasientstrømmene med 50 000 opphold i denne perioden. For elektive opphold er det en endring fra 10,4 til 14,4 prosent fra 2000 til 2004.

Fra 2003 til 2004 var det en økning i pasientstrømmene mellom helseregionene, på nærmere 8 500 opphold samlet sett (døgnopphold og dagbehandling). Dette tilsier en prosentvis endring i antall opphold på 2,6 prosent, hvilket var lavere enn fra 2002 til 2003. Endringen i korrigerede opphold for de samme oppholdene tilsvarte 2,2 prosent. Dette indikerer at endringen i pasientstrømmer kommer innenfor pasientgrupper som er mindre ressurskrevende.

Den mest betydelige endringen i pasientstrømmene i 2004 sammenlignet med 2003, er knyttet til økningen i opphold ved private sykehus<sup>9</sup> med en økning på 8 500 opphold. Nærmere seks prosent av alle elektive opphold i 2004 ble utført ved private sykehus. Befolkningen i helseregion Midt-Norge hadde i 2004 i alt 6 500 flere opphold ved private sykehus enn i 2003. I tillegg har befolkningen i helseregion Vest i alt 2 500 opphold flere opphold utenfor egen regionen, noe som i hovedsak er en økning i bruk av private sykehus.

Økt bruk av private sykehus bidrar til at andelen bruk av sykehus i eget helseforetak er redusert fra 75,3 til 74,5 prosent av alle opphold fra 2003 til 2004.

Hvis en ser på det totale omfanget av pasientbehandling utenfor egen region, ser en som følge av endringer i pasientstrømmer fra 2003 til 2004 at helseregion Øst reduserte sin relative andel av pasientstrømmene fra 60 til 56 prosent. I absolutte tall var pasientstrømmen i helseregion Øst uendret fra 2003 til 2004. Helseregion Midt-Norge stod for totalt ni prosent av pasientstrømmene i 2003 og 13 prosent av pasientstrømmene i 2004.

## 5.3 Regionvis utvikling i pasientstrømmer fra 2000 til 2004

Det er nedenfor vist hvor stor andel av pasientbehandlingen som foretas på eget helseforetak, andre helseforetak i regionen eller utenfor regionen for 2000 og 2004 for befolkningen i den enkelte

<sup>8</sup> Korrigerede opphold er en teoretisk størrelse som vi benytter for å korrigere for forskjeller i pasientsammensetning mellom sykehusene. Antall korrigerede opphold er beregnet som produktet av indeksen for pasientsammensetning ved et sykehus og antall sykehusopphold. Dersom et sykehus bare har pasienter med kostnadsvekt lik 1,00, blir denne indeksen lik 1,00, og dermed ble antall korrigerede opphold lik antall innleggelse. Sykehus med relativt sett flere tyngre enn lette DRG-er, målt ved kostnadsvektene, vil få et høyere antall korrigerede opphold enn sykehusopphold. Det motsatte vil være tilfelle dersom sykehuset har en høy andel lette DRG-er. På denne måten benyttes altså DRG-systemet til å gjøre sykehusenes produksjon mer sammenlignbar mellom sykehus.

<sup>9</sup> I SAMDATA Somatikk er alle opphold ved private ideelle sykehus uten fast driftsavtale og private kommersielle sykehus definert som opphold utenfor pasientenes region. Når bruken av private sykehus øker, øker dermed også pasientstrømmene, selv om pasientene er behandlet på private sykehus som geografisk sett er plassert i pasientenes region.

helseregion. Dette gir indikasjoner på omfanget av samordning av tjenester innen regionen og eventuell effekt av fritt sykehusvalg.

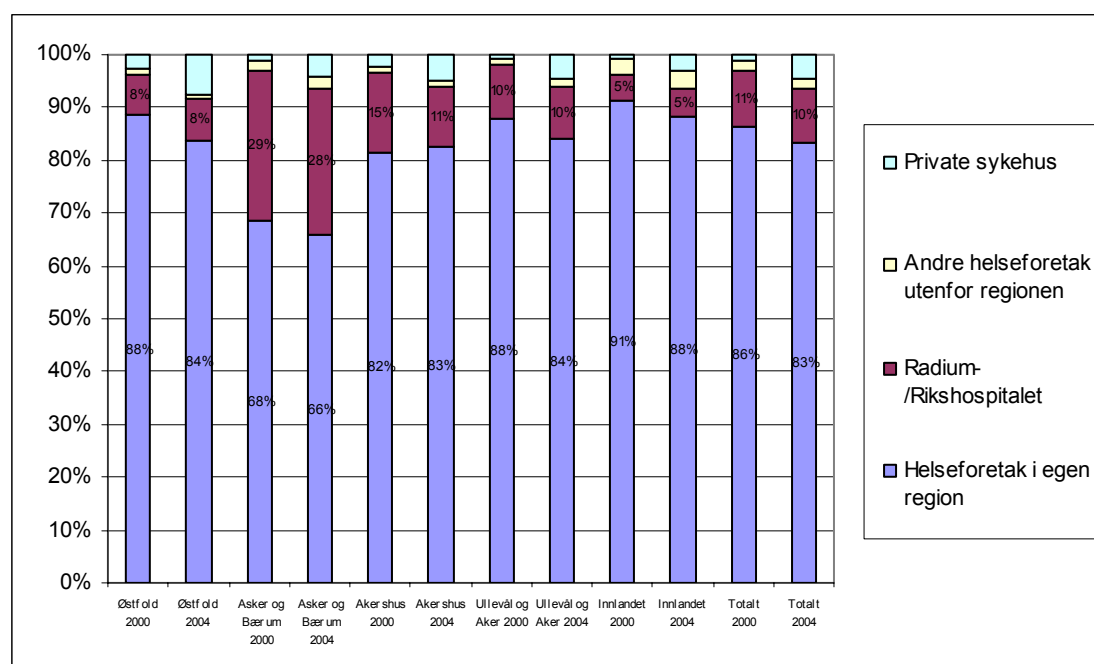
Alle fremstillinger nedenfor er gjort med utgangspunkt i samlet antall opphold, dvs summen av døgnopphold og dagbehandling (elektiv og ø-hjelp).

### 5.3.1 Helseregion Øst

Befolkningen i helseregion Øst er registrert med 22 prosent flere døgnopphold og dagbehandlinger i 2004 sammenlignet med 2000. Det som kjennetegner denne endringen er både en økning i aktivitet ved egne helseforetak og kjøp av tjenester hos private sykehus.

Figur 5.1 viser andel av oppholdene i 2000 og 2004 ved helseforetak i regionen og utenfor regionen (henholdsvis Radium-/Rikshospitalet, andre helseforetak utenfor regionen og private sykehus). Dårlig kvalitet på pasientdata medfører at vi ikke har mulighet til å følge pasientstrømmer etter de nye opptaksområder som ble innført fra 01.01.2004 i Helse Øst (se også vedlegg 4). Dette medfører at vi ikke skiller mellom helseforetak innen egen region.

Figur 5.1 Andel pasienter behandlet på helseforetak i regionen og utenfor regionen (Rikshospitalet/Radiumhospitalet, andre helseforetak og private sykehus). Pasienter med opptaksområde til helseforetak i Helse Øst. Prosent av alle opphold 2000 og 2004.

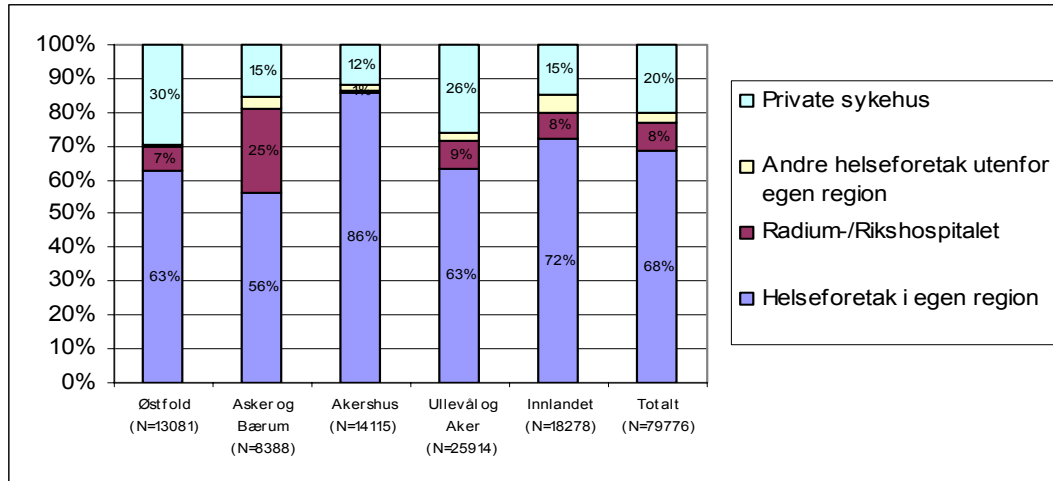


Figuren viser at:

- En mindre andel av pasientene i helseregion Øst behandles på helseforetak i regionen i 2004 sammenlignet med 2000, henholdsvis 83 og 86 prosent.
- Økningen i pasientstrømmer utenfor regionen for befolkningen i helseregion Øst skyldes økt bruk av private sykehus.
- Andelen bruk av private sykehus økte fra 1,2 til 4,7 i perioden fra 2000 til 2004.

Endring i antall opphold for befolkningen i helseregion Øst fra 2000 til 2004 er på nærmere 80 000 opphold. I figuren nedenfor har vi fremstilt hvor stor endring i opphold det er ved egne helseforetak i regionen, Radiumhospitalet/Rikshospitalet, andre helseforetak utenfor regionen og på private sykehus. Figuren viser blant annet endringen i bruk av private sykehus for befolkningen i de ulike opptaksområdene i regionen.

Figur 5.2 Prosentvis ending i antall opphold (døgn og dag) fra 2000 til 2004 etter behandlingssted. Helseforetak i regionen, Rikshospitalet/Radiumhospitalet, andre helseforetak utenfor regionen og private sykehus. Pasienter med opptaksområde til helseforetak i Helse Øst. Endring i antall opphold fra 2000 til 2004 i parentes.



Befolkningen som har Akershus universitetssykehus HF som sitt nærmeste sykehus genererer i 2004 i alt 14 115 flere opphold (døgn og dag) enn i 2000. Av den totale endringen i opphold i Akershus HF-område er det 86 prosent som behandles ved helseforetak i regionen, mens 12 prosent behandles på private sykehus.

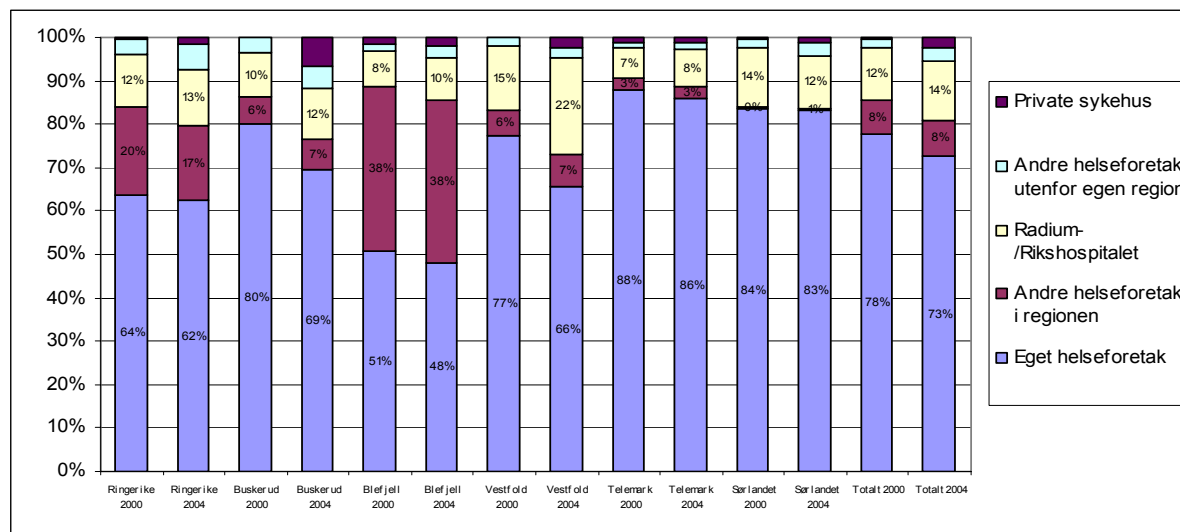
Til sammenligning ser en av den totale endringen i opphold for befolkningen fra Østfold HF-område i denne perioden at økningen finner sted ved helseforetak i regionen (63 prosent), Radiumhospitalet/Rikshospitalet (syv prosent) og private sykehus (30 prosent).

### 5.3.2 Helseregion Sør

Befolkningen i helseregion Sør er registrert med 34 prosent flere opphold (døgnopphold og dagbehandlinger) i 2004 sammenlignet med 2000. Det som kjennetegner denne endringen er både en økning i aktivitet ved egne helseforetak, andre helseforetak utenfor regionen og bruk av private aktører.

I figur 5.3 nedenfor ser en hvor stor andel av oppholdene i 2000 og 2004 som er ved eget helseforetak, andre helseforetak i regionen og utenfor regionen (Rikshospitalet/Radiumhospitalet, helseforetak utenfor regionen og private sykehus).

Figur 5.3 Andel pasienter behandlet i eget helseforetak, andre helseforetak i regionen, Rikshospitalet/Radiumhospitalet, andre helseforetak utenfor regionen og private sykehus. Pasienter med opptaksområde til helseforetak i Helse Sør. Prosent av alle opphold 2000 og 2004.

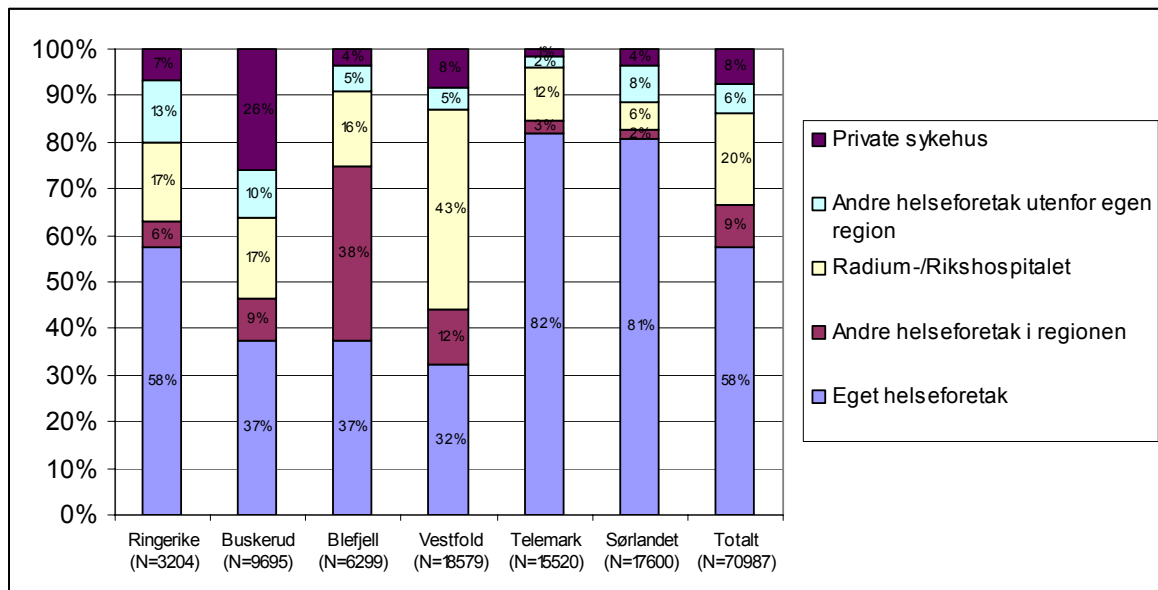


Figuren viser at:

- Sykehuset Telemark HF er det helseforetak som behandler den største andelen av pasientene i sitt opptaksområde innenfor eget helseforetak. I 2004 var denne andelen 86 prosent.
- Blefjell sykehus HF er det helseforetak som behandler lavest andel av pasientene i sitt opptaksområde innenfor eget helseforetak. I 2004 var denne andelen 48 prosent. Befolkningen i opptaksområdet til Blefjell sykehus HF bruker i tillegg Sykehuset Buskerud HF og Sykehuset Telemark HF i stor grad.
- Andel pasienter som får behandling ved eget helseforetak har i perioden 2000-2004 blitt redusert for alle helseforetak fra 76 til 73 prosent. Størst nedgang i bruk av eget helseforetak er pasienter i opptaksområde til Sykehuset Buskerud HF. Her er nedgangen på 14 prosent fra 2000-2004.

Befolkningen i helseregion Sør sin bruk av sykehustjenester øker fra 2000 til 2004 med 71 000 opphold. I figuren nedenfor har vi fremstilt hvor stor del av endringen i opphold det er ved egne helseforetak, andre helseforetak i regionen og utenfor regionen i denne perioden.

Figur 5.4 Prosentvis ending i antall opphold fra 2000 til 2004 etter behandlingssted. Eget helseforetak, andre helseforetak i regionen, Rikshospitalet/Radiumhospitalet, andre helseforetak utenfor regionen og private sykehus. Pasienter med opptaksområde til helseforetak i Helse Sør. Endring i antall opphold i parentes.



Figuren viser at Sykehuset Telemark HF og Sørlandet sykehus HF er de helseforetakene som i størst grad klarer å håndtere økningen i aktivitet fra 2000 til 2004 ved eget helseforetak. Befolkningen som har Sykehuset Telemark HF som sitt nærmeste sykehus genererer i 2004 i alt 15 520 flere opphold enn i 2000. Av den totale endringen i opphold for befolkningen i Telemark HF-område er det 82 prosent som behandles ved eget helseforetak, mens 12 prosent behandles på Radiumhospitalet / Rikshospitalet.

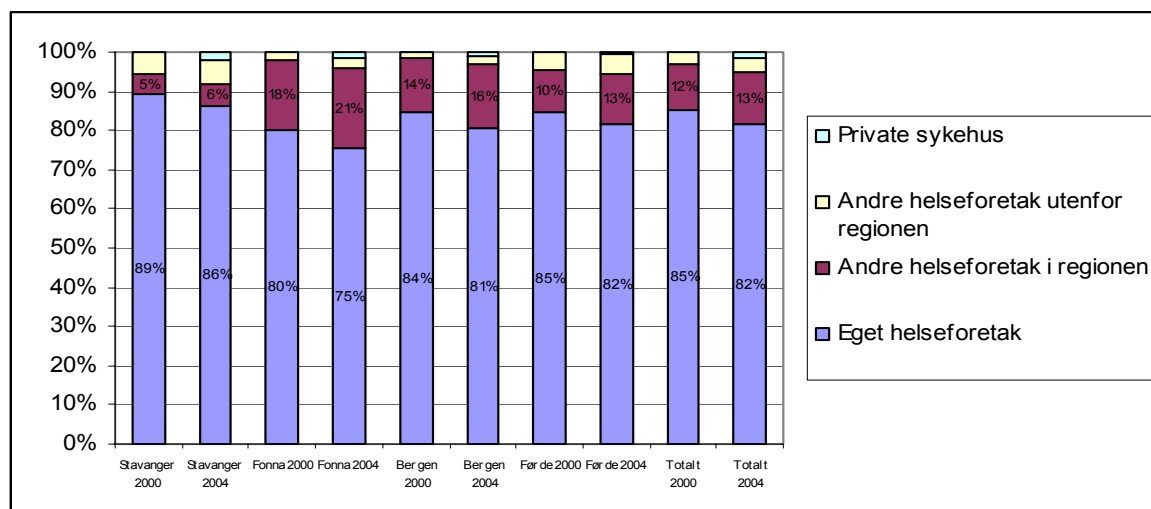
Til sammenligning ser en at av endringen i opphold for befolkningen fra Vestfold HF-område i denne perioden, er det kun 32 prosent av økningen som kommer ved eget helseforetak, mens 43 prosent er på Radiumhospitalet / Rikshospitalet.

### 5.3.3 Helseregion Vest

Befolkningen i helseregion Vest er registrert med 27 prosent flere opphold (døgnoophold og dagbehandlinger) i 2004 sammenlignet med 2000. Det som kjennetegner denne endringen er både en økning i aktivitet ved egne helseforetak i regionen, institusjoner med avtale med Helse Vest RHF og kjøp av tjenester hos private aktører.

I figur 5.5 nedenfor ser en andel av oppholdene i 2000 og 2004 ved eget helseforetak, andre helseforetak i regionen og utenfor regionen (helseforetak utenfor regionen og private sykehus).

Figur 5.5 Andel pasienter behandlet i eget helseforetak, andre helseforetak i regionen, andre helseforetak utenfor regionen og private sykehus. Pasienter med opptaksområde til helseforetak i Helse Vest. Prosent av alle opphold 2000 og 2004.

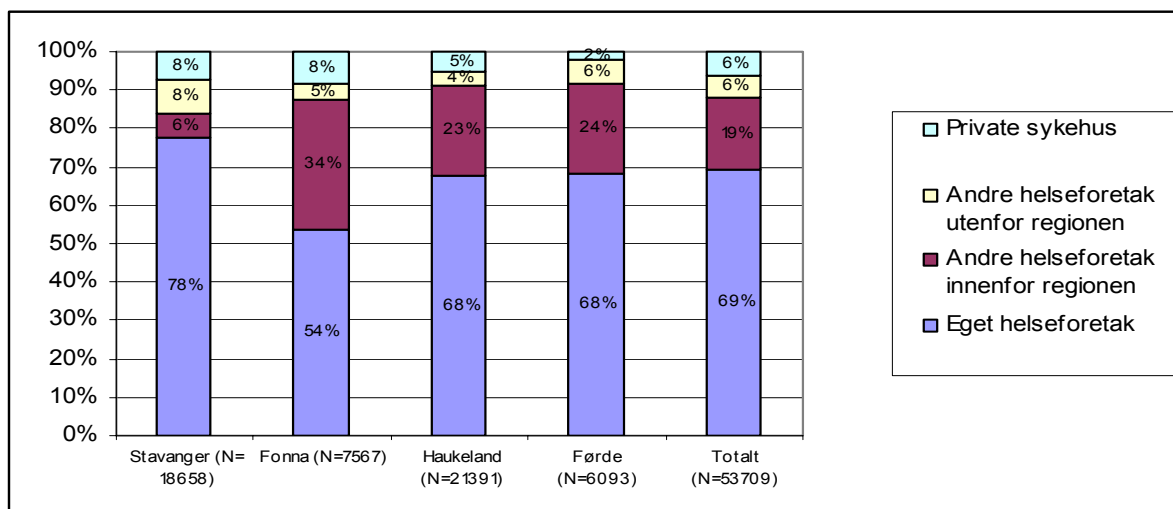


Figuren viser:

- Helse Stavanger HF er det helseforetak som behandler den største andelen av pasientene i sitt opptaksområde innenfor eget helseforetak. I 2004 var denne andelen 86 prosent.
- Helse Fonna HF er det helseforetak som behandler den laveste andelen av pasientene i sitt opptaksområde innenfor eget helseforetak. I 2004 var denne andelen 75 prosent.
- Pasienter som er i opptaksområdet til Helse Bergen HF blir i 2004 enten behandlet innenfor eget helseforetak (81 prosent) eller på sykehus som Helse Vest har avtale med (14 prosent). Dette gjelder spesielt Haraldsplass diakonale sykehus.
- Andel pasienter som får behandling ved eget helseforetak har i perioden 2000-2004 blitt redusert for alle helseforetak (totalt fra 85 til 82 prosent).

Befolkningen i helseregion Vest sin bruk av sykehustjenester øker fra 2000 til 2004 med 53 700 opphold. I figuren nedenfor har vi fremstilt hvor stor endringen i opphold det er ved egne helseforetak, andre helseforetak i regionen og utenfor regionen i denne perioden.

Figur 5.6 Prosentvis endring i antall opphold fra 2000 til 2004 etter behandlingssted. Eget helseforetak, andre helseforetak i regionen, andre helseforetak utenfor regionen og private sykehus. Pasienter med opptaksområde til helseforetak i Helse Vest. Endring i antall opphold i parentes.



Av den totale endring i opphold for befolkningen i opptaksområde til Helse Bergen i denne perioden ser en at økningen finner sted ved eget helseforetak (68 prosent) og avtaleinstitusjoner (24 prosent).

Figuren viser at Helse Fonna HF er det helseforetaket i Helse Vest som i minst grad har klart å håndtere økningen i aktivitet innen eget helseforetak. Befolkningen som har Helse Fonna HF som sitt nærmeste sykehus genererer i 2004 i alt 7567 flere opphold enn i 2000. Av den totale endringen i opphold i Fonna HF-område er det 54 prosent som behandles ved eget helseforetak og 34 prosent ved andre helseforetak i regionen (herav 18 prosent i Helse Bergen HF).

#### 5.3.4 Helseregion Midt-Norge

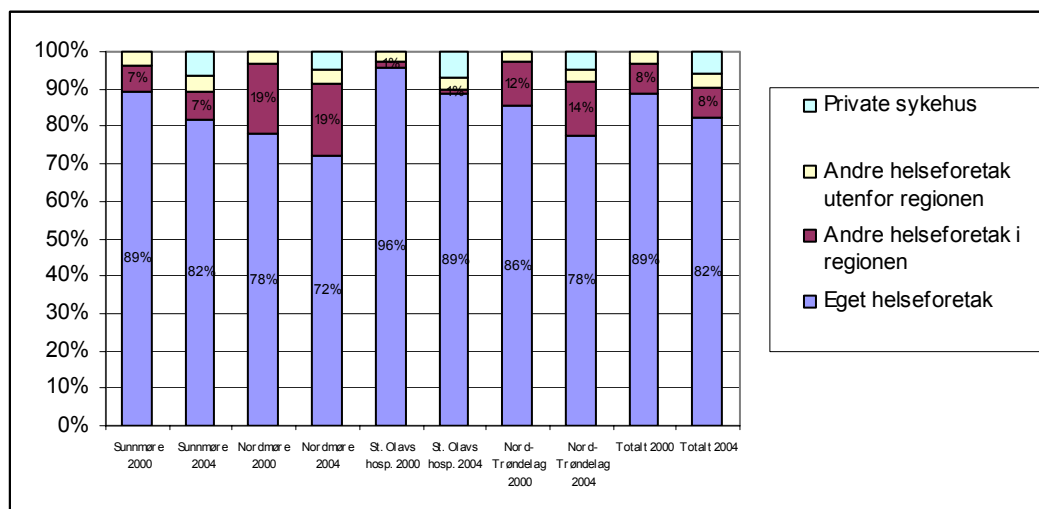
Befolkningen i Helse Midt-Norge er registrert med 25 prosent flere opphold (døgnopphold og dagbehandlinger) i 2004 sammenlignet med 2000. Det som kjennetegner denne endringen er både en økning i aktivitet ved egne helseforetak og kjøp av tjenester til private aktører.

Helse Midt-Norge er den regionen som har størst økning i bruk av private sykehus fra 2003 til 2004, noe som har bidratt til at de nå har en større andel av oppholdene ved private sykehus sammenlignet med de andre regionene. Nedgangen i andel bruk av sykehus i eget HF var derfor størst i Helse Midt-Norge, på 3,4 prosent fra 2003-2004. Omlag 11 prosent av de elektive oppholdene til befolkningen i Helse Midt-Norge var i 2004 ved private sykehus.

I figur 5.7 nedenfor ser en hvor stor andel av oppholdene i 2000 og 2004 som er ved eget helseforetak, andre helseforetak i regionen og utenfor regionen (helseforetak utenfor regionen og private sykehus).



Figur 5.7 Andel pasienter behandlet i eget helseforetak, andre helseforetak i regionen, andre helseforetak utenfor regionen og private sykehus. Pasienter med opptaksområde til helseforetak i Helse Midt-Norge. Prosent av alle opphold 2000 og 2004.

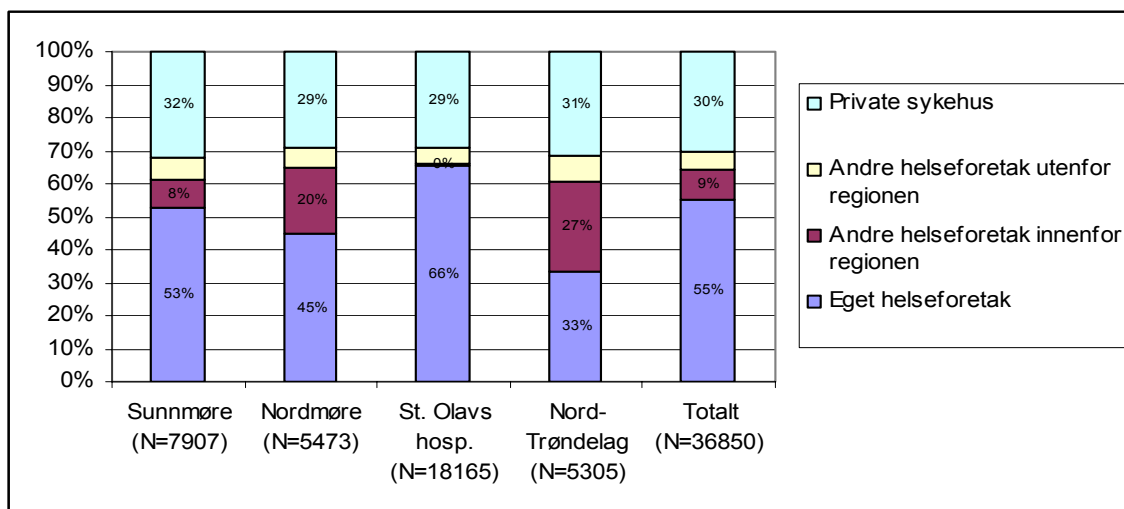


Figuren viser:

- Andel av pasienter som får behandling ved eget helseforetak har i perioden fra 2000 til 2004 blitt redusert for alle helseforetak. Størst nedgang i bruk av eget helseforetak er det for pasienter som sogner til Helse Nord-Trøndelag. Her er nedgangen på 8 prosentpoeng fra 2000-2004.
- St. Olavs Hospital HF er det helseforetak som behandler den største andel av pasientene i sitt opptaksområde innenfor eget helseforetak. I 2004 var denne andelen 89 prosent, hvilket tilsvarer en nedgang på sju prosentpoeng fra 2000.
- Nordmøre og Romsdal HF er det helseforetak som behandler lavest andel av pasientene i sitt opptaksområde innenfor eget helseforetak. I 2004 var denne andelen 72 prosent.
- Bruken av St. Olavs Hospital HF og private aktører øker for alle områder i regionen.

Befolkningen i helseregion Midt-Norge sin bruk av sykehustjenester øker fra 2000 til 2004 med 36 850 opphold. I figuren nedenfor har vi fremstilt hvor stor endringen i opphold det er ved egne helseforetak, andre helseforetak i regionen og utenfor regionen i denne perioden.

Figur 5.8 Prosentvis endring i antall opphold fra 2000 til 2004 etter behandlingssted. Eget helseforetak, andre helseforetak i regionen, andre helseforetak utenfor regionen og private sykehus. Pasienter med opptaksområde til helseforetak i Helse Midt-Norge. Endring i antall opphold i parentes.



Figuren viser at St. Olavs Hospital HF er det helseforetaket som i størst grad klarer å håndtere økningen i aktivitet for befolkningen i opptaksområdet ved eget helseforetak. Befolkningen som har St Olavs HF som sitt nærmeste sykehus genererer i 2004 i alt 18 165 flere opphold enn i 2000. Av den totale endringen i opphold i St. Olavs HF-område er det 66 prosent som behandles ved eget helseforetak, mens 29 prosent behandles på private sykehus.

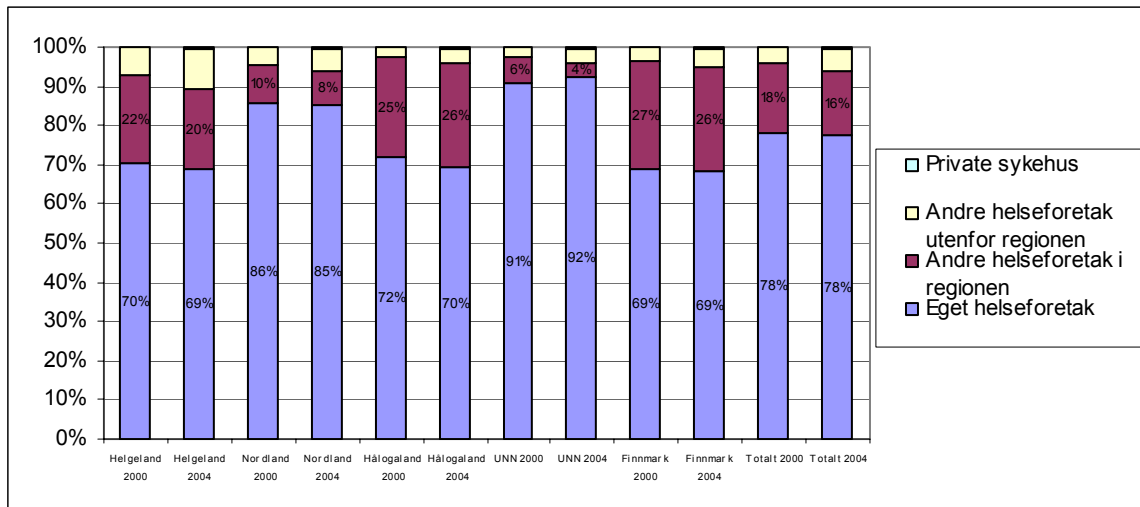
Av den totale endring i opphold for befolkningen fra Nord-Trøndelag HF-område i denne perioden ser en at økningen finner sted ved eget helseforetak (33 prosent), andre helseforetak innenfor regionen (hovedsakelig St. Olavs Hospital HF - 27 prosent) og private sykehus (31 prosent).

### 5.3.5 Helseregion Nord

Befolkningen i Helse Nord er registrert med 22 prosent flere opphold (døgnoophold og dagbehandling) i 2004 sammenlignet med 2000. Det som kjennetegner denne endringen er først og fremst en økning i aktivitet ved helseforetak i egen region.

I figur 5.9 nedenfor ser en hvor stor andel av oppholdene i 2000 og 2004 som er ved eget helseforetak, andre helseforetak i regionen og utenfor regionen (helseforetak utenfor regionen og private sykehus).

Figur 5.9 Andel pasienter behandlet i eget helseforetak. Pasienter med opptaksområde til helseforetak i Helse Nord. Prosent av alle opphold 2000 og 2004.

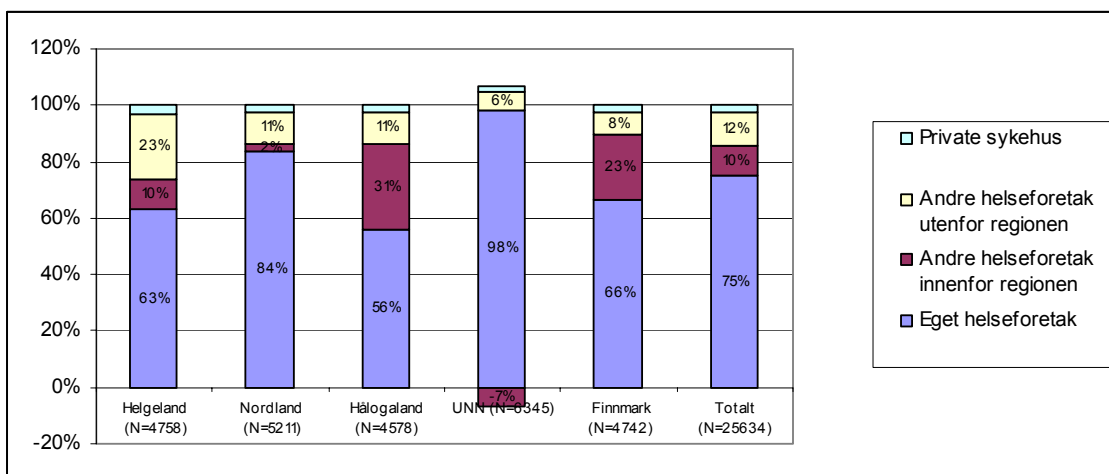


Figuren viser at:

- Universitetssykehuset i Nord Norge HF er det helseforetak som behandler den største andelen av pasientene i sitt opptaksområde innenfor eget helseforetak. I 2004 var denne andelen 92 prosent, hvilket er tilnærmet uendret siden 2000.
- Helgelandssykehuset HF, Hålogalandssykehuset HF og Helse Finnmark HF er de helseforetak som behandler lavest andel av pasientene i sitt opptaksområde innenfor eget helseforetak. I 2004 var denne andelen 69-70 prosent.

Befolkningen i helseregion Nord sin bruk av sykehustjenester øker fra 2000 til 2004 med 25 364 opphold. I figuren nedenfor har vi fremstilt hvor stor andel av endringen som finner sted ved egne helseforetak, andre helseforetak i regionen og utenfor regionen.

Figur 5.10 Prosentvis endring i antall opphold fra 2000 til 2004 etter behandlingssted. Eget helseforetak, andre helseforetak i regionen, andre helseforetak utenfor regionen og private sykehus. Pasienter med opptaksområde til helseforetak i Helse Nord. Endring i antall opphold i parentes.



Figuren viser at Universitetssykehuset i Nord Norge HF er det helseforetaket som i størst grad klarer å håndtere økningen i aktivitet ved eget helseforetak. Befolkningen som har Universitetssykehuset i Nord Norge som sitt nærmeste sykehus genererer i 2004 i alt 6 345 flere opphold enn i 2000. Av den totale endringen i opphold er det 98 prosent som behandles ved eget helseforetak.

Av den totale endringen i antall opphold fra 2000 til 2004 for befolkningen i Hålogaland HF-område ser en at 56 prosent forklares med økt bruk av eget helseforetak, 31 prosent ved andre helseforetak i regionen (hovedsakelig Universitetssykehuset i Nord Norge HF) og 11 prosent økt bruk av andre helseforetak utenfor regionen.

## 5.4 Pasientstrømmer regionalt nivå – 2003 og 2004

Tabell 5.1 Andel av pasientene som er behandlet ved "eget" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2003 og 2004 etter pasientenes bostedsregion.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Andel av alle opphold (dag og døgn)							
	Pasientens eget HF		Andre HF i egen region		Andre RHF		Private inst.	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Helseregion Øst	68,3	67,4	14,2	15,7	13,1	12,2	4,4	4,7
Helseregion Sør	71,8	72,5	22,3	22,2	2,4	3,1	3,4	2,3
Helseregion Vest	82,7	81,6	12,9	13,3	4,0	3,8	0,3	1,3
Helseregion Midt-Norge	85,1	82,2	8,3	8,1	3,7	3,5	2,9	6,1
Helseregion Nord	78,4	77,7	16,1	16,4	5,3	5,3	0,3	0,6
Totalt	75,3	74,5	15,1	15,6	6,9	6,6	2,7	3,3

Tabell 5.2 Andel av pasientene som er behandlet ved "eget" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner eller ved private institusjoner. Andel av alle elektive opphold (døgn og dag) 2003 og 2004 etter pasientenes bostedsregion.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Andel av alle elektive opphold (dag og døgn)							
	Pasientens eget HF		Andre HF i egen region		Andre RHF		Private inst.	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Helseregion Øst	59,2	59,1	14,7	15,9	18,1	16,5	7,9	8,4
Helseregion Sør	60,7	62,3	31,0	30,5	2,5	3,5	5,7	3,8
Helseregion Vest	77,9	76,2	15,7	16,2	5,8	5,1	0,6	2,5
Helseregion Midt-Norge	79,5	74,8	10,4	9,8	4,7	4,4	5,4	10,9
Helseregion Nord	71,2	70,3	21,4	21,6	6,9	7,1	0,5	1,0
Totalt	67,0	66,5	18,9	19,1	9,2	8,6	4,9	5,8

Datakilde: Norsk pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 5.3 Andel korrigerede opphold<sup>10</sup> for pasienter som er behandlet ved "eget" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2003 og 2004 etter pasientenes bostedsregion.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Korrigerede opphold - andel av alle opphold (dag og døgn)							
	Pasientens eget HF		Andre HF i egen region		Andre RHF		Private inst.	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Helseregion Øst	65,9	64,4	16,3	17,6	13,6	13,4	4,8	4,6
Helseregion Sør	69,6	69,6	23,9	24,0	3,4	4,0	3,1	2,3
Helseregion Vest	79,4	78,4	14,8	15,3	5,4	5,2	0,4	1,2
Helseregion Midt-Norge	81,1	78,6	11,4	11,8	4,6	4,5	2,9	5,2
Helseregion Nord	72,6	71,6	20,2	20,9	6,6	6,7	0,5	0,8
<b>Totalt</b>	<b>72,1</b>	<b>71,0</b>	<b>17,4</b>	<b>18,0</b>	<b>7,8</b>	<b>7,8</b>	<b>2,7</b>	<b>3,2</b>

Tabell 5.4 Andel korrigerede opphold for pasienter som er behandlet ved "eget" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner eller ved private institusjoner. Andel av alle elektive opphold (døgn og dag) i 2003 og 2004 etter pasientenes bostedsregion.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Korrigerede opphold – andel av elektive opphold (dag og døgn)							
	Pasientens eget HF		Andre HF i egen region		Andre RHF		Private inst.	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Helseregion Øst	52,8	51,8	18,1	19,0	20,4	19,7	8,6	9,5
Helseregion Sør	55,3	55,3	34,8	35,1	4,0	5,2	5,9	4,4
Helseregion Vest	71,8	70,2	18,9	19,5	8,5	7,8	0,8	2,5
Helseregion Midt-Norge	71,7	68,1	15,6	15,3	6,4	6,0	6,3	10,6
Helseregion Nord	62,2	60,8	27,3	27,9	9,4	9,7	1,0	1,6
<b>Totalt</b>	<b>60,4</b>	<b>59,3</b>	<b>22,8</b>	<b>23,1</b>	<b>11,4</b>	<b>11,2</b>	<b>5,4</b>	<b>6,4</b>

Datakilde: Norsk pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

<sup>10</sup> Korrigerede opphold er en teoretisk størrelse som vi benytter for å korrigere for forskjeller i pasientsammensetning mellom sykehusene. Antall korrigerede opphold er beregnet som produktet av indeksen for pasientsammensetning ved et sykehus og antall sykehusopphold. Dersom et sykehus bare har pasienter med kostnadsvekt lik 1,00, blir denne indeksen lik 1,00, og dermed ble antall korrigerede opphold lik antall innleggelse. Sykehus med relativt sett flere tyngre enn lette DRG-er, målt ved kostnadsvektene, vil få et høyere antall korrigerede opphold enn sykehusopphold. Det motsatte vil være tilfelle dersom sykehuset har en høy andel lette DRG-er. På denne måten benyttes altså DRG-systemet til å gjøre sykehusenes produksjon mer sammenlignbar mellom sykehus.

## 5.5 Pasientstrømmer mellom regionene

Tabell 5.5 Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som sum av samlet antall opphold (døgn og dag) i 2003 og 2004.

Helseregion	Pasientstrømmer ut av regionen (N=) Alle typer opphold		Pasientstrømmer inn til regionen (N=) Alle typer opphold		Netto <sup>1</sup> pasientstrøm (N=) Alle typer opphold	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Helse Øst RHF	74 644	74 423	9 173	11 215	-65 471	- 63 208
Helse Sør RHF	15 879	15 043	65 449	62 873	49 570	47 830
Helse Vest RHF	10 212	12 753	5 875	6 588	-4 337	- 6 165
Helse Midt-Norge RHF	11 382	17 741	6 302	6 231	-5 080	- 11 510
Helse Nord RHF	7 703	8 308	1 883	1 933	-5 820	- 6 375
Private ideelle utenfor RHF	-	-	6 411	6 461	6 411	6 461
Kommersielle sykehus	-	-	28 532	36 808	28 532	36 808
Ugyldig bosted/utlendinger	3 805	3 841	-	-	-3 805	- 3 841
<b>Totalt</b>	<b>123 625</b>	<b>132 109</b>	<b>123 625</b>	<b>132 109</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<sup>1</sup> Netto pasientstrøm er sum av pasientstrømmer inn til regionen minus sum av pasientstrømmer ut av regionen.

Datakilde: Norsk pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 5.6 Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som andel av samlet antall opphold (døgn og dag) i 2003 og 2004.

Helseregion	Pasientstrømmer ut av regionen Andel av alle opphold		Pasientstrømmer inn til regionen Andel av alle opphold	
	2003	2004	2003	2004
Helse Øst RHF	17,5	16,8	2,5	3,0
Helse Sør RHF	5,9	5,3	20,4	19,1
Helse Vest RHF	4,3	5,1	2,5	2,7
Helse Midt-Norge RHF	6,6	9,6	3,7	3,6
Helse Nord RHF	5,5	5,9	1,4	1,4
Private ideelle utenfor RHF	-	-	100	100
Kommersielle sykehus	-	-	100	100
Ugyldig bosted/utlendinger	100	100	-	-
<b>Totalt</b>	<b>9,9</b>	<b>10,1</b>	<b>9,9</b>	<b>10,1</b>

Datakilde: Norsk pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 5.7 Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som sum av alle elektive<sup>1</sup> opphold (døgn og dag) i 2003 og 2004.

Helseregion	Pasientstrømmer ut av regionen (N=)		Pasientstrømmer inn til regionen (N=)		Netto pasientstrøm (N=)	
	Alle typer opphold		Alle typer opphold		Alle typer opphold	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Helse Øst RHF	60 600	59 514	5 049	6 950	- 55 551	- 52 564
Helse Sør RHF	13 201	12 094	50 383	46 981	37 182	34 887
Helse Vest RHF	7 571	10 037	3 325	3 869	- 4 246	- 6 168
Helse Midt-Norge RHF	9 358	15 811	3 300	3 532	- 6 028	- 12 279
Helse Nord RHF	5 803	6 379	600	645	- 5 203	- 5 734
Private ideelle utenfor RHF	-	-	5 767	5 600	5 767	5 600
Kommersielle sykehus	-	-	28 532	36 808	28 532	36 808
Ugyldig bosted/utlendinger	453	550	-	-	- 453	- 550
<b>Totalt</b>	<b>96 986</b>	<b>104 385</b>	<b>96 986</b>	<b>104 385</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<sup>1</sup> Elektive opphold er eksklusive fødsler (DRG 370-375, 382) og friske nyfødte (DRG 391).

Datakilde: Norsk pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 5.8 Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som andel av alle elektive<sup>1</sup> opphold (døgn og dag) i 2003 og 2004.

Helseregion	Pasientstrømmer ut av regionen		Pasientstrømmer inn til regionen	
	Andel av alle elektive opphold		Andel av alle elektive opphold	
	2003	2004	2003	2004
Helse Øst RHF	26,1	25,0	2,9	3,7
Helse Sør RHF	8,3	7,2	25,6	23,3
Helse Vest RHF	6,4	7,6	2,9	3,1
Helse Midt-Norge RHF	10,1	15,4	3,9	3,9
Helse Nord RHF	7,4	8,1	0,8	0,9
Private ideelle utenfor RHF	-	-	100,0	100,0
Kommersielle sykehus	-	-	100,0	100,0
Ugyldig bosted/utlendinger	100	100	-	-
<b>Totalt</b>	<b>14,2</b>	<b>14,5</b>	<b>14,2</b>	<b>14,5</b>
<b>(N=)</b>	<b>(682 045)</b>	<b>(719 623)</b>	<b>(682 045)</b>	<b>(719 623)</b>

<sup>1</sup> Elektive opphold er eksklusive fødsler (DRG 370-375, 382) og friske nyfødte (DRG 391).

Datakilde: Norsk pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 5.9 Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som sum liggedøgn (døgn og dag) i 2003 og 2004.

Helseregion	Pasientstrømmer ut av regionen (N=) Sum liggedøgn <sup>1</sup>		Pasientstrømmer inn til regionen (N=) Sum liggedøgn <sup>1</sup>		Netto <sup>2</sup> pasientstrøm (N=) Sum liggedøgn <sup>1</sup>	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Helse Øst RHF	229 341	225 505	44 392	51 090	-184 949	- 174 415
Helse Sør RHF	47 860	50 988	233 979	225 180	186 119	174 192
Helse Vest RHF	43 629	46 711	18 470	21 130	-25 159	- 25 581
Helse Midt-Norge RHF	37 169	43 646	27 672	25 270	-9 497	- 18 376
Helse Nord RHF	36 519	37 165	5 868	5 716	-30 651	- 31 449
Private sykehus utenfor RHF	-	-	76 945	88 128	76 945	88 128
Ugyldig bosted/utlendinger	12 795	12 499	-	-	-12 808	12 499
<b>Totalt</b>	<b>407 313</b>	<b>416 514</b>	<b>407 313</b>	<b>416 514</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<sup>1</sup> Liggetid er definert som utdato minus inndato, dog minst 1 for alle opphold. Maksimal liggetid er definert som utdato minus 1. januar året før utskrivning.

<sup>2</sup> Netto pasientstrøm er sum av pasientstrømmer inn til regionen minus sum av pasientstrømmer ut av regionen.

Datakilde: Norsk pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 5.10 Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som andel av alle liggedøgn<sup>1</sup> (døgn og dag) i 2003 og 2004.

Helseregion	Pasientstrømmer ut av regionen Andel av liggedøgn totalt		Pasientstrømmer inn til regionen Andel av liggedøgn totalt	
	2003	2004	2003	2004
Helse Øst RHF	14,0	13,8	3,0	3,5
Helse Sør RHF	4,8	5,2	19,9	19,5
Helse Vest RHF	4,4	4,8	1,9	2,2
Helse Midt-Norge RHF	5,1	5,9	3,8	3,5
Helse Nord RHF	7,0	7,2	1,2	1,2
Private ideelle utenfor RHF	-	-	100	100
Kommersielle sykehus	-	-	100	100
Ugyldig bosted/utlendinger	100	100	-	-
<b>Totalt</b>	<b>8,3</b>	<b>8,6</b>	<b>8,3</b>	<b>8,6</b>
<b>(N=)</b>	<b>(407 326)</b>	<b>(416 514)</b>	<b>(407 326)</b>	<b>(416 514)</b>

<sup>1</sup> Liggetid er definert som utdato minus inndato, dog minst 1 for alle opphold. Maksimal liggetid er definert som utdato minus 1. januar året før utskrivning.

Datakilde: Norsk pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata.



## 5.6 Pasientstrømmer etter bostedsområde – helseregion Øst

Tabell 5.11 Andel av pasientene som er behandlet ved "egne" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner, Rikshospitalet/Radiumhospitalet eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2003 etter pasientenes bostedsområde i helseregion Øst.

HF-område Pasientenes bosted	Prosent av opphold 2003												Total andel utenfor egen region	Antall opphold (N)
	Sykehuset Østfold HF			Sykehuset Asker og Bærum HF			Ullevål og Aker HF			Sykehuset Akershus univ.sh HF				
	Østfold HF	Asker og Bærum HF	Ullevål og Aker HF	Sykehuset Østfold HF	Asker og Bærum HF	Ullevål og Aker HF	Sykehuset Akershus univ.sh HF	Østfold HF	Asker og Bærum HF	Ullevål og Aker HF	Rikshosp / Radiumhosp HF	Private sykehus		
Østfold	80,1	0,4	0,7	2,1	2,1	0,3	80,1	4,3	84,3	0,9	8,9	5,9	15,7	67 931
Asker og Bærum	0,2	50,0	2,0	2,4	2,4	0,5	50,0	11,1	61,2	2,5	31,0	5,3	38,8	36 065
Akershus	0,2	0,4	68,7	2,9	2,9	3,2	68,7	11,4	80,0	0,9	13,9	5,1	20,0	54 748
Ullevål og Aker	1,3	0,7	7,0	58,3	58,3	0,5	58,3	24,7	83,0	1,5	10,5	5,0	17,0	163 145
Innlandet	0,1	0,1	0,5	4,5	4,5	82,3	82,3	6,8	89,1	3,4	5,6	1,9	10,9	104 752

1) Andre HF i egen region er i tillegg til nevnte HF også institusjoner med avtale med Helse Øst RHF; Revmatismesykehuset, Martina Hansens Hospital, Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus

Tabell 5.12 Andel av pasientene som er behandlet ved "egne" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner, Rikshospitalet/Radiumhospitalet eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2004 etter pasientenes bostedsområde i helseregion Øst.

HF-område Pasientenes bosted	Prosent av opphold 2004												Total andel utenfor egen region	Antall opphold (N)
	Sykehuset Østfold HF			Sykehuset Asker og Bærum HF			Ullevål og Aker HF			Sykehuset Akershus univ.sh HF				
	Østfold HF	Asker og Bærum HF	Ullevål og Aker HF	Sykehuset Østfold HF	Asker og Bærum HF	Ullevål og Aker HF	Sykehuset Akershus univ.sh HF	Østfold HF	Asker og Bærum HF	Ullevål og Aker HF	Rikshosp / Radiumhosp HF	Private sykehus		
Østfold	78,1	0,5	0,8	2,6	2,6	0,2	78,1	5,6	83,7	0,8	7,8	7,6	16,3	71 428
Asker og Bærum	0,1	53,0	1,5	4,2	4,2	0,5	53,0	12,8	65,8	2,3	27,7	4,1	34,2	39 088
Akershus	0,2	0,4	69,0	4,4	4,4	3,4	69,0	13,6	82,6	1,1	11,4	4,8	17,4	56 854
Ullevål og Aker	1,0	1,2	8,2	57,8	57,8	0,5	57,8	26,2	84,0	1,5	10,0	4,5	16,0	168 704
Innlandet	0,1	0,1	0,9	4,6	4,6	80,0	80,0	8,1	88,1	3,4	5,4	3,2	11,9	105 779

1) Andre HF i egen region er i tillegg til nevnte HF også institusjoner med avtale med Helse Øst RHF; Revmatismesykehuset, Martina Hansens Hospital, Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus

## 5.7 Pasientstrømmer etter bostedsområde - helseregion Sør

Tabell 5.13 Andel av pasientene som er behandlet ved "egne" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2003 etter pasientenes bostedsområde i helseregion Sør.

HF-område Pasientenes bosted	Prosent av opphold 2003														Total andel utenfor region	Antall opphold (N)		
	Ringerike sykehus HF		Sykehuset Buskerud HF		Sykehuset i Vestfold HF		Sykehuset Telemark HF		Sørlandet sykehus HF		Rikshosp / Radiumhosp HF		Bruk av egnet HF innen regionen	Bruk av andre HF innen regionen			Tot. andel opphold i egen region	Bruk av andre HF utenfor regionen
	HF	HF	HF	HF	HF	HF	HF	HF	HF	HF	HF	HF						
Ringerike	61,4	16,7	0,6	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	12,6	30,4	61,4	91,8	5,2	3,0	8,2	14 471	
Buskerud	3,7	69,0	2,2	0,4	0,1	0,1	0,1	11,8	18,2	69,0	18,2	69,0	87,2	3,9	8,8	12,7	38 085	
Blefjell	0,3	12,0	48,1	0,5	24,1	0,2	0,2	9,4	46,5	48,1	29,2	48,1	94,6	1,8	3,5	5,3	29 251	
Vestfold	0,1	3,1	0,4	66,0	3,5	0,1	0,1	22,0	29,2	66,0	29,2	66,0	95,2	1,8	3,0	4,8	70 934	
Telemark	0,0	0,1	1,2	0,7	84,2	0,9	8,6	84,2	11,5	84,2	11,5	84,2	95,7	1,4	2,8	4,2	40 199	
Sørlandet	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	83,1	12,4	83,1	12,9	83,1	12,9	83,1	96,0	2,5	1,5	4,0	78 181	

Tabell 5.14 Andel av pasientene som er behandlet ved "egne" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2004 etter pasientenes bostedsområde i helseregion Sør.

HF-område Pasientenes bosted	Prosent av opphold 2004														Total andel utenfor egen region	Antall opphold (N)		
	Ringerike sykehus HF		Sykehuset Buskerud HF		Sykehuset i Vestfold HF		Sykehuset Telemark HF		Sørlandet sykehus HF		Rikshosp / Radiumhosp HF		Bruk av egnet HF innen regionen	Bruk av andre HF innen regionen			Tot. andel opphold i egen region	Bruk av andre HF utenfor regionen
	HF	HF	HF	HF	HF	HF	HF	HF	HF	HF	HF	HF						
Ringerike	62,3	16,3	0,5	0,2	0,1	0,1	13,0	0,1	0,1	30,2	62,3	92,5	5,8	1,6	7,4	14 748		
Buskerud	4,5	69,4	2,0	0,3	0,1	0,1	12,0	0,1	0,1	19,0	69,4	88,4	5,0	6,6	11,6	38 431		
Blefjell	0,5	12,2	48,0	0,5	24,2	0,3	9,8	0,3	0,2	47,5	48,0	95,5	2,6	1,9	4,5	29 787		
Vestfold	0,1	3,3	0,6	65,7	3,3	0,2	22,1	0,2	0,2	29,5	65,7	95,2	2,5	2,2	4,7	71 510		
Telemark	0,0	0,1	0,9	0,8	85,9	1,0	8,5	85,9	11,3	85,9	11,3	97,2	1,7	1,2	2,9	46 133		
Sørlandet	0,0	0,0	0,1	0,1	0,4	83,2	12,0	83,2	12,6	83,2	12,6	95,8	3,0	1,2	4,2	81 113		

## 5.8 Pasientstrømmer etter bostedsområde – helseregion Vest

Tabell 5.15 Andel av pasientene som er behandlet ved "egne" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner, Rikshospitalet/Radiumhospitalet eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2003 etter pasientenes bostedsområde i helseregion Vest.

HF-område Pasientenes bosted	Prosent av opphold 2003										Total andel utenfor egen region	Antall opphold (N)
	Helse Stavanger HF	Helse Fonna HF	Helse Bergen HF	Helse Førde HF	Bruk av eget HF	Bruk av andre HF innen regionen <sup>1)</sup>	Tot. andel opphold i egen region	Bruk av andre HF utenfor regionen	Rikshosp / Radiumhosp HF	Private sykehus		
Stavanger	87,0	1,8	2,8	0,1	87,0	5,6	92,6	4,5	2,2	0,7	7,4	68 404
Fonna	2,8	78,1	13,7	0,1	78,1	19,1	97,2	0,9	1,5	0,4	2,8	42 144
Bergen	0,2	1,5	81,7	0,5	81,7	15,8	97,5	1,1	1,2	0,3	2,5	95 173
Førde	0,1	0,1	11,8	82,7	82,7	12,1	94,8	1,7	1,8	1,7	5,2	30 679

1) Andre HF i egen region inkluderer institusjoner med avtale med Helse Vest; Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus, Haraldsplass diakonale sykehus og Hospitalet Betanien

Tabell 5.16 Andel av pasientene som er behandlet ved "egne" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner, Rikshospitalet/Radiumhospitalet eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2004 etter pasientenes bostedsområde i helseregion Vest.

HF-område Pasientenes bosted	Prosent av opphold 2004										Total andel utenfor egen region	Antall opphold (N)
	Helse Stavanger HF	Helse Fonna HF	Helse Bergen HF	Helse Førde HF	Bruk av eget HF	Bruk av andre HF innen regionen <sup>1)</sup>	Tot. andel opphold i egen region	Bruk av andre HF utenfor regionen	Rikshosp / Radiumhosp HF	Private sykehus		
Stavanger	86,3	1,7	2,8	0,1	86,3	5,5	91,8	4,0	2,0	2,1	8,2	74 937
Fonna	3,0	75,5	13,9	0,1	75,5	20,6	96,1	1,0	1,4	1,6	3,9	45 029
Bergen	0,2	1,1	80,8	0,4	80,8	16,1	96,9	0,9	1,1	1,1	3,1	99 890
Førde	0,1	0,0	12,3	81,8	81,8	12,8	94,5	1,8	1,7	2,0	5,5	32 150

1) Andre HF i egen region inkluderer institusjoner med avtale med Helse Vest; Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus, Haraldsplass diakonale sykehus og Hospitalet Betanien

## 5.9 Pasientstrømmer etter bostedsområde - helseregion Midt-Norge

Tabell 5.17 Andel av pasientene som er behandlet ved "egne" helseforetak, andre helseforetak, andre regioner, Rikshospitalet/Radiumhospitalet eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2003 etter pasientenes bostedsområde i helseregion Midt-Norge.

HF-område Pasientenes bosted	Prosent av opphold 2003										Total andel utenfor egen region	Antall opphold (N)
	Helse Sunnmøre HF	Helse Nordmøre og Romsdal HF	St. Olavs Hospital HF	Helse Nord Trøndelag HF	Bruk av eget HF	Bruk av andre HF innen regionen	Tot. andel opphold i egen region	Bruk av andre HF utenfor regionen	Rikshosp / Radiumhosp HF	Private sykehus		
Sunnmøre	84,0	1,5	5,4	0,0	84,0	7,0	90,9	2,3	2,0	4,7	9,0	37 294
Nordmøre/Romsdal	7,7	73,9	11,8	0,1	73,9	19,6	93,5	1,8	1,5	3,2	6,5	32 558
St. Olavs Hospital	0,1	0,2	92,6	1,0	92,6	1,3	93,9	2,6	1,1	2,4	6,1	70 615
Nord Trøndelag	0,1	0,1	13,5	81,6	81,6	13,6	95,1	1,8	1,4	1,7	4,9	32 820

Tabell 5.18 Andel av pasientene som er behandlet ved "egne" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner, Rikshospitalet/Radiumhospitalet eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2004 etter pasientenes bostedsområde i helseregion Midt-Norge.

HF-område Pasientenes bosted	Prosent av opphold 2004										Total andel utenfor egen region	Antall opphold (N)
	Helse Sunnmøre HF	Helse Nordmøre og Romsdal HF	St. Olavs Hospital HF	Helse Nord Trøndelag HF	Bruk av eget HF	Bruk av andre HF innen regionen	Tot. andel opphold i egen region	Bruk av andre HF utenfor regionen	Rikshosp / Radiumhosp HF	Private sykehus		
Sunnmøre	81,9	1,4	5,7	0,1	81,9	7,1	89,0	2,4	2,0	6,6	11,0	38 962
Nordmøre/Romsdal	6,6	72,4	12,5	0,1	72,4	19,2	91,6	2,0	1,5	4,9	8,4	33 699
St. Olavs Hospital	0,1	0,2	88,8	0,8	88,8	1,0	89,8	2,2	1,1	6,9	10,2	76 615
Nord Trøndelag	0,0	0,1	14,1	77,6	77,6	14,2	91,9	2,2	1,1	4,9	8,1	34 841

## 5.10 Pasientstrømmer etter bostedsområde - helseregion Nord

Tabell 5.19 Andel av pasientene som er behandlet ved "egne" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner, Rikshospitalet/Radiumhospitalet eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2003 etter pasientenes bostedsområde i helseregion Nord.

HF-område	Prosent av opphold 2003												
	Helgelands sykehuset HF	Nordlands sykehuset HF	Hålogalands-lands-sykehuset HF	Univ.sh i Nord-Norge HF	Helse Finnmark HF	Bruk av eget HF	Bruk av andre innen regionen	Tot. andel opphold i egen region	Bruk av andre HF utenfor regionen	Rikshosp / Radiumhosp HF	Private sykehus	Total andel utenfor egen region	Antall opphold (N)
Helgeland	69,3	11,7	0,1	7,7	0,1	69,3	19,6	89,0	8,9	1,8	0,3	11,0	25 220
Nordland	0,4	85,7	0,7	7,5	0,1	85,7	8,6	94,3	3,1	2,3	0,3	5,7	27 941
Hålogaland	0,1	7,4	71,1	17,4	0,1	71,1	25,0	96,1	1,8	1,7	0,4	3,9	31 132
Unn	0,2	0,4	3,7	91,8	0,5	91,8	4,9	96,7	1,4	1,8	0,1	3,3	31 927
Finnmark	0,2	0,4	0,6	23,8	70,4	70,4	24,9	95,4	2,3	2,0	0,3	4,6	22 727

Tabell 5.20 Andel av pasientene som er behandlet ved "egne" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner, Rikshospitalet/Radiumhospitalet eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2004 etter pasientenes bostedsområde i helseregion Nord.

HF-område	Prosent av opphold 2004												
	Helgelands sykehuset HF	Nordlands sykehuset HF	Hålogalands-lands-sykehuset HF	Univ.sh i Nord-Norge HF	Helse Finnmark HF	Bruk av eget HF	Bruk av andre innen regionen	Tot. andel opphold i egen region	Bruk av andre HF utenfor regionen	Rikshosp / Radiumhosp HF	Private sykehus	Total andel utenfor egen region	Antall opphold (N)
Helgeland	69,1	12,7	0,1	7,2	0,1	69,1	20,1	89,2	8,5	1,6	0,6	10,7	25 600
Nordland	0,3	85,4	0,7	7,3	0,1	85,4	8,4	93,8	3,6	2,1	0,6	6,3	28 707
Hålogaland	0,2	7,6	69,5	18,3	0,1	69,5	26,2	95,7	2,4	1,5	0,5	4,4	31 698
Unn	0,3	0,4	2,7	92,4	0,4	92,4	3,7	96,1	1,7	1,7	0,5	3,9	32 205
Finnmark	0,2	0,3	0,4	25,5	68,5	68,5	26,5	95,0	2,8	1,5	0,7	5,0	23 012



## 6 Tilgjengelighet (ventetider)

Ronny Jørgenvåg

Det er en økning i antall pasienter som venter på behandling ved somatiske sykehus ved utgangen av 1. tertial 2005 sammenlignet med samme periode i 2004 på fem prosent. Færrest ventende er det blant befolkningen i helseregion Øst og flest ventende i helseregion Nord per 1. tertial 2005, henholdsvis 32 og 67 ventende per 1000 innbyggere. Dette bildet tilsvarer situasjonen i 2003 og 2004. For de øvrige helseregionene er antallet ventende i forhold til befolkningstallet relativt likt ved utgangen av 1. tertial 2005.

Ventetiden til behandling (for ventende pasienter) er uendret fra 1. tertial 2004 til 2005 på nasjonalt nivå. Median ventetid var i 1. tertial 2005 omtrent lik for befolkningen i alle helseregioner (fra 47 til 54 dager). Andelen langtidsventende (pasienter som har ventet mer enn 6 mnd) er også relativt lik mellom helseregionene, fra ni til 13 prosent i 1. tertial 2005.

De fagområdene hvor det ved utgangen av 1. tertial 2005 er flest ventende er innen ortopedisk kirurgi, øre-, nese- og halssykdommer og kvinnesykdommer. Dette tilsvarer situasjonen ved utgangen av 1. tertial 2004.

Ventetiden til behandling for pasienter med alvorlige sykdommer som operasjon av tykktarm- og/eller endetarmskreft, innsettelse av hofteproteser og operasjon av brystkreft er tilnærmet uforandret fra 2003 til 2004. Det registreres en svak økning for operasjon av prostatakreft. Når det gjelder median ventetid til behandling av pasientgrupper som har lav hastegrad som grå stær, lyskebrokk, fjerning av mandler og åreknuter, er det en svak reduksjon for alle grupper fra 2003 til 2004, med unntak for åreknuter.

### 6.1 Formål og datagrunnlag

Det har de senere år vært en betydelig vekst i pasientbehandlingen, noe som har ført til reduserte ventelister og ventetider. Det vektlegges fremdeles sterkt i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene at ressursbruken og innsatsen skal være i tråd med helsepolitiske målsetninger og prioriteringer. En av disse målsetningene er god tilgjengelighet til tjenestene som tilbys.

Norsk pasientregister (NPR) mottar VentSYS- og pasientdata fra sykehusene. Begge datakildene kan anvendes for å beregne ventetider. I VentSYS rapporteringen skilles det mellom øyeblikkstall og periodetall. Med øyeblikkstall menes antall pasienter som venter på et gitt opptellingstidspunkt og hvor lenge pasientene har ventet på utredning/behandling. Med periodetall menes antall nyhenviste og antall henvisninger avviklet (med ventetid) i en

periode. Med VentSYS-data er det mulig å beregne antall ventende og ventetid på fagområde-nivå. I VentSYS rapporteringen er det ikke "pasient" som er enheten, men "henvisning/søknad". Pasientdata gir muligheten for å beregne ventetid på et lavere nivå enn VentSYS-data, og ventetiden kan beregnes for det enkelte inngrep.

I SAMDATA har vi tidligere anvendt både VentSYS-data (øyeblikks- og periodetall) og pasientdata for å beregne ventende og ventetider. Da det knytter seg usikkerhet til kvaliteten på periodetallene i VentSYS for 1. tertial 2005, har vi valgt å ikke fremstille oversikter over utviklingen i antall avviklede henvisninger. Avviklede henvisninger er tidligere anvendt for å kunne beregne "køindikator" (Huseby, 2004). Formålet med "køindikatoren" har vært å analysere om endring i antall ventende mellom to tidspunkt kan forklares gjennom endring i antall avviklede henvisninger, og at det ikke er andre forhold som forklarer en slik endring (for eksempel økning eller nedgang i antall nyhenvisninger eller ikke ordinært avviklede henvisninger). På grunn av usikkerhet knyttet til datagrunnlaget har vi valgt å ikke presentere denne indikatoren i årets rapport.

I dette kapitlet fremstilles det oversikter som beskriver status og utvikling i antall ventende og ventetid (for ventende pasienter) nasjonalt og for helseregionene og foretaksområdene. Antall ventende og ventetid er også fordelt etter fagområde. Fagområde er anvendt for å kunne identifisere hvilke pasientgrupper hvor antall ventende og ventetid varierer mellom helseregionene. Fagområde er en betegnelse på kliniske hoved- og subspecialiteter.

Tidligere SAMDATA-rapporter har presentert ventetid for utvalgte pasientgrupper med hjelp av pasientdata fra NPR. Pasientdataene gjør det mulig, i motsetning til VentSYS-data, å beregne faktisk ventetid for særskilte pasientgrupper (ikke bare på fagområder). Indikatorene presentert i SAMDATA er utvalgt i forhold til a) størrelse, b) hastegrad; det vil si både pasientgrupper som har en alvorlig sykdom og hvor lang ventetid bør unngås (for eksempel kreftpasienter) og pasientgrupper som har lavere hastegrad i forhold til behandling. De sistnevnte er også interessante i et prioriteringsperspektiv. Slike pasientgrupper har også ofte muligheter for å kjøpe seg behandling i det private marked, fordi det gjelder relativt enkel behandling eller kirurgi som kan gjøres som dagbehandling. De regionale helseforetakene inngår i økende grad avtaler om kjøp av denne typen behandling hos private avtalespesialister fordi det er for liten kapasitet (lengre ventetid) ved de offentlige sykehusene. Det er beregnet ventetid for følgende typer behandling: grå stær, lyskebrokk, fjerning av mandler og åreknuter. Dette er pasientgrupper som har lav hastegrad i forhold til behandling. Videre er det beregnet ventetid for: behandling for innsettelse av hofteproteser, operasjon av tykktarms- og/eller endetarmskreft, operasjon av brystkreft og operasjon av prostatakreft. Dette er pasientgrupper som har en alvorlig sykdom og hvor lang ventetid bør unngås.

I tidligere rapporter har vi presentert ventetid for disse indikatorene for befolkningen på regionalt- og helseforetaksnivå. For 2004 er det ikke innrapportert ventelisteinformasjon i pasientdata til Norsk pasientregister komplett. Det er anslagsvis 30 prosent av de innrapporterte oppholdene hvor det mangler informasjon som gjør det mulig å beregne ventetid for disse oppholdene. Årsaken til manglende kompletthet i pasientdata er relatert til en større systemleverandørs endring/oppgradering av pasientadministrative systemer på sykehus, hvilket har bidratt til at informasjonen ikke er blitt med i sykehusenes uttrekk av data rapportert til NPR. I dette kapitlet fremgår derfor ventetid for de utvalgte indikatoroperasjoner på nasjonalt nivå for perioden 2001-2004. Det er for 2004 lagt til grunn de helseforetak som har rapportert nødvendig ventelisteinformasjon, anslagsvis 70 prosent av oppholdene.

Behandling hos private avtalespesialister og ved private sykehus er ikke inkludert i dette kapitlet. Årsaken er at private sykehus og avtalespesialister ikke rapporterer ventelistedata til NPR. Dette må tas i betraktning ved sammenligninger av behandlingsrater for befolkningen i ulike deler av landet.

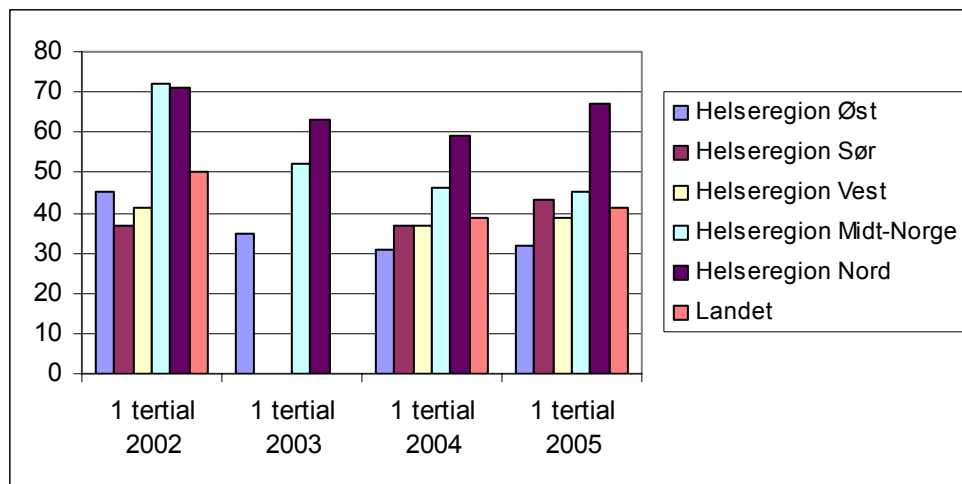


## 6.2 Resultater

Nedenfor presenteres resultatene av utviklingen i antall ventende og ventetid nasjonalt og for det enkelte regionale helseforetak. For alle figurer og tabeller som presenteres er det tatt utgangspunkt i pasientenes bostedsregion eller bostedsområde.

Imens det de siste fem årene har vært en nedgang i antall pasienter som venter på behandling, ser en at det er en økning i antall pasienter som venter på behandling ved somatiske sykehus ved utgangen av 1. tertial 2005 sammenlignet med samme periode i 2004. Tall fra nettstedet til NPR viser at det er 189 335 ventende pasienter ved utgangen av 1. tertial 2005, hvilket indikerer en økning fra 1. tertial 2004 på fem prosent. I figuren nedenfor fremgår antall ventende per 1000 innbyggere for befolkningen i den enkelte helseregion per 1. tertial 2002-2005.

Figur 6.1 Antall ventende per 1000 innbyggere, per 1. tertial 2002-2005 etter pasientens bostedsregion<sup>1)</sup>.



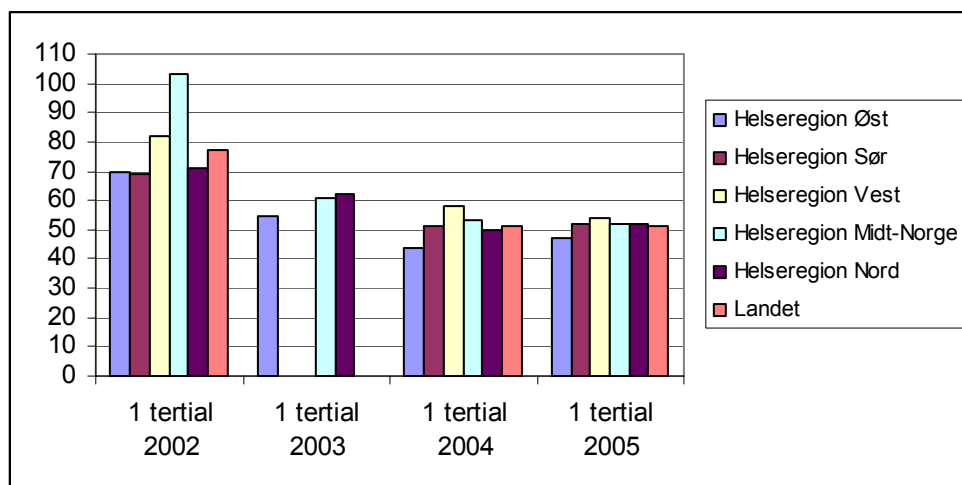
1) Sykehuset Vestfold HF og Haugesund sjukehus leverte ikke ventelistedata 1. tertial 2003. Det er derfor ikke presentert tall for helseregion Sør og Vest for dette tertialet.

Figuren viser at det er færrest ventende blant befolkningen i helseregion Øst og flest ventende i helseregion Nord per 1. tertial 2005, henholdsvis 32 og 67 ventende per 1000 innbyggere. Dette bildet tilsvarer situasjonen i 2003 og 2004. For de øvrige helseregionene er antallet ventende i forhold til befolkningstallet relativt likt ved utgangen av 1. tertial 2005.

Ventetiden til behandling (for pasienter som står og venter) er uendret fra 1. tertial 2004 til 2005 på nasjonalt nivå. Nedenfor fremgår median ventetid<sup>11</sup> for pasienter som står og venter på utredning/behandling ved utgangen av 1. tertial 2002 til 2005.

<sup>11</sup> Median ventetid uttrykker det antall dager hvor halvparten av pasientene venter kortere og halvparten venter lengre. Ventetiden er beregnet for den første kontakt pasienten har med sykehuset og hvor vedkommende er registrert med en verdi som angir at pasienten er tatt fra venteliste. Ved flere opphold etter hverandre inkluderes kun ventetiden til første opphold.

Figur 6.2 Median ventetid til utredning / behandling (for pasienter som står og venter) ved utgangen av 1. tertial 2002-2005<sup>1)</sup> etter pasientens bostedsregion.



1) Sykehuset Vestfold HF og Haugesund sjukehus leverte ikke ventelistedata 1. tertial 2003. Det er derfor ikke presentert tall for helseregion Sør og Vest for dette tertialet.

Utviklingen de senere år kjennetegnes ved at det har vært en nedgang i hvor lenge pasientene har ventet på behandling i alle helseregioner. Samtidig observeres det en utjevning i ventetid mellom helseregionene. Median ventetid var i 1. tertial 2005 omtrent lik for befolkningen i alle helseregioner (fra 47 til 54 dager).

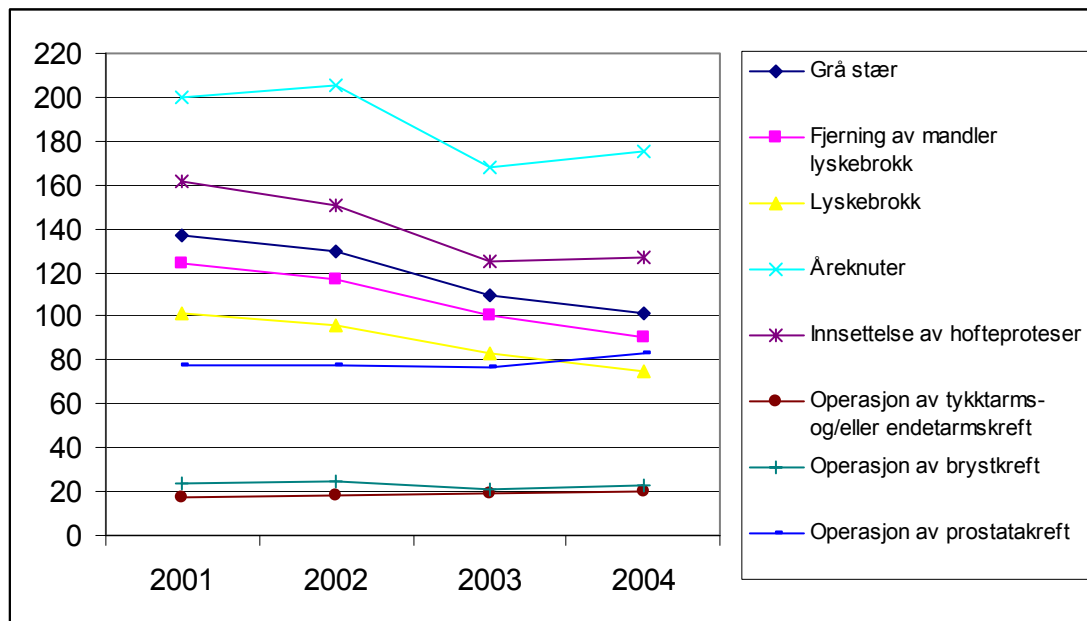
Andelen langtidsventende (pasienter som har ventet mer enn 6 mnd) er også relativt lik mellom helseregionene, fra ni til 13 prosent i 1. tertial 2005.

For variasjoner i antall ventende, ventetid og andel langtidsventende per helseregion og bostedsområde vises det til tabell 6.1 og 6.2.

De fagområdene hvor det ved utgangen av 1. tertial 2005 er flest ventende er innen ortopedisk kirurgi, øre-, nese- og halssykdommer og kvinnesykdommer. Dette tilsvarer situasjonen ved utgangen av 1. tertial 2004.

Når det gjelder ventetiden til behandling for utvalgte pasientgrupper er denne fremstilt i figuren på neste side. Det er viktig å merke seg at for 2004 har vi informasjon om ventetid til inngrepene kun for 70 prosent av sykehusene.

Figur 6.3 Median ventetid til utredning / behandling for utvalgte pasientgrupper 2001-2004.



Ventetiden til behandling for pasienter med alvorlige sykdommer som operasjon av tykktarm- og/eller endetarmskreft, operasjon av prostatakreft og operasjon av brystkreft er tilnærmet uforandret mellom 2001 og 2004. For operasjoner av prostatakreft er det en økning i median ventetid fra 2003 til 2004 (fra 77 til 83 dager). Det er en betydelig nedgang i median ventetid for innsettelse av hofteproteser fra 2001 til 2004, fra over 160 dager til 127 dager i 2004. Det er imidlertid ingen endring i ventetid for denne pasientgruppen fra 2003 til 2004.

Når det gjelder median ventetid til behandling av pasientgrupper som har lav hastegrad som grå stær, lyskebrokk, fjerning av mandler og åreknuter, er det en betydelig reduksjon i median ventetid for alle grupper i perioden fra 2001 til 2004. Det er en nedgang i median ventetid for grå stær, fjerning av mandler og lyskebrokk (8-10 prosent) fra 2003 til 2004, og en økning for åreknuter (4 prosent).

### 6.3 Generell venteliste- og ventetidsutvikling

Tabell 6.1 Antall ventende<sup>1)</sup> per 1 000 innbyggere etter helseregion. Median ventetid for ventende pasienter og andel ventende med ventetid > 6 mnd per 1. tertial 2002-2005.

Helseregion Pasientenes bosted	Periode	Antall ventende per 1000 innbyggere	Median ventetid (ventende pasienter)	Prosent av ventende som har ventet over 6 mnd
Helseregion Øst	1. tertial 2002	45	70	22
	1. tertial 2003	35	55	15
	1. tertial 2004	31	44	8
	1. tertial 2005	32	47	9
	Endr. 2004-05	3%	7%	13%
Helseregion Sør	1. tertial 2002	37	69	22
	1. tertial 2003 <sup>2)</sup>	.	.	.
	1. tertial 2004	37	51	13
	1. tertial 2005	43	52	13
	Endr. 2004-05	16%	2%	0%
Helseregion Vest	1. tertial 2002	41	82	29
	1. tertial 2003 <sup>3)</sup>	.	.	.
	1. tertial 2004	37	58	16
	1. tertial 2005	39	54	12
	Endr. 2004-05	5%	-7%	-25%
Helseregion Midt-Norge	1. tertial 2002	72	103	36
	1. tertial 2003	52	61	18
	1. tertial 2004	46	53	12
	1. tertial 2005	45	52	9
	Endr. 2004-05	-2%	-2%	-25%
Helseregion Nord	1. tertial 2002	71	71	26
	1. tertial 2003	63	62	23
	1. tertial 2004	59	50	13
	1. tertial 2005	67	52	9
	Endr. 2004-05	14%	4%	-31%
Alle helseregioner	1. tertial 2002	50	77	26
	1. tertial 2003 <sup>4)</sup>	.	.	.
	1. tertial 2004	39	51	12
	1. tertial 2005	41	51	11
	Endr. 2004-05	5%	0%	-8%

<sup>1)</sup> Når det refereres til antall ventende gjelder dette tallet både ventende til utredning og ventende til eventuell behandling dvs. både poliklinikk, dagbehandling og innleggelse.

<sup>2)</sup> Sykehuset i Vestfold HF leverte ikke ventelistedata 1. tertial 2003 og vi presenterer derfor ikke tall for dette tertialet.

<sup>3)</sup> Haugesund sjukehus leverte ikke ventelistedata for 1. tertial 2003 og vi presenterer derfor ikke tall for dette tertial.

<sup>4)</sup> Sykehuset i Vestfold HF og Haugesund sjukehus leverte ikke ventelistedata i 1. tertial 2003, og vi presenterer derfor ikke tall for dette tertial.

Datakilde: NPR

Tabell 6.2 Antall ventende<sup>1)</sup> i absolutte tall og per 1 000 innbyggere etter pasientenes bostedsområde. Median ventetid for ventende pasienter og andel ventende med ventetid > 6 mnd per 1. tertial 2003-2005.

HF-område Pasientenes bosted	Periode	Antall ventende	Antall ventende per 1000 innbyggere	Median ventetid (ventende pasienter)	Prosent av ventende som har ventet over 6 mnd
Østfold	1. tertial 2003	10 770	42	68	20
	1. tertial 2004	8 928	35	51	9
	1. tertial 2005	8 608	33	44	6
	Endr. 2004-05	-320	-6%	-14%	-33%
Asker og Bærum	1. tertial 2003	4 108	27	51	14
	1. tertial 2004	4 142	27	39	6
	1. tertial 2005	7 081	46	45	8
	Endr. 2004-05	2 939	70%	15%	33%
Akershus	1. tertial 2003	9 288	42	69	19
	1. tertial 2004	8 528	39	46	7
	1. tertial 2005	7 081	32	50	11
	Endr. 2004-05	-1 447	-18%	9%	57%
Ullevål og Aker	1. tertial 2003	18 709	29	54	15
	1. tertial 2004	16 341	26	44	8
	1. tertial 2005	17 961	28	47	9
	Endr. 2004-05	-1 620	8%	7%	13%
Innlandet	1. tertial 2003	14 056	38	47	9
	1. tertial 2004	13 681	37	42	8
	1. tertial 2005	15 033	40	47	11
	Endr. 2004-05	1 352	8%	12%	38%
<i>Sum helseregion Øst</i>	<i>1. tertial 2003</i>	<i>56 931</i>	<i>35</i>	<i>55</i>	<i>15</i>
	<i>1. tertial 2004</i>	<i>51 620</i>	<i>31</i>	<i>44</i>	<i>8</i>
	<i>1. tertial 2005</i>	<i>53 270</i>	<i>32</i>	<i>47</i>	<i>9</i>
	<i>Endr. 2004-05</i>	<i>1 650</i>	<i>3%</i>	<i>7%</i>	<i>13%</i>
Ringerike	1. tertial 2003	2 010	36	40	8
	1. tertial 2004	2 018	36	42	8
	1. tertial 2005	2 307	42	50	9
	Endr. 2004-05	289	17%	19%	13%
Buskerud	1. tertial 2003	5 276	38	55	13
	1. tertial 2004	5 678	41	49	10
	1. tertial 2005	5 485	39	47	8
	Endr. 2004-05	-193	-5%	-4%	-20%
Blefjell	1. tertial 2003	4 672	48	56	16
	1. tertial 2004	4 548	47	51	14
	1. tertial 2005	4 059	42	47	11
	Endr. 2004-05	-489	-11%	-8%	-21%
Vestfold	1. tertial 2003 <sup>2)</sup>	.	.	.	.
	1. tertial 2004	7 994	36	46	9
	1. tertial 2005	8 814	40	50	9
	Endr. 2004-05	820	11%	9%	0%

HF-område Pasientenes bosted	Periode	Antall ventende	Antall ventende per 1000 innbyggere	Median ventetid (ventende pasienter)	Prosent av ventende som har ventet over 6 mnd
Telemark	1. tertial 2003	5 791	49	54	15
	1. tertial 2004	7 906	66	64	17
	1. tertial 2005	5 687	48	52	15
	Endr. 2004-05	-2 119	-27%	-13%	-12%
Sørlandet	1. tertial 2003	9 453	36	50	12
	1. tertial 2004	10 650	40	52	16
	1. tertial 2005	12 446	47	59	18
	Endr. 2004-05	1 796	18%	13%	13%
<i>Sum helseregion Sør</i>	<i>1. tertial 2003<sup>2)</sup></i>	.	.	.	.
	<i>1. tertial 2004</i>	<i>38 856</i>	<i>37</i>	<i>51</i>	<i>13</i>
	<i>1. tertial 2005</i>	<i>38 798</i>	<i>43</i>	<i>52</i>	<i>13</i>
	<i>Endr. 2004-05</i>	<i>-58</i>	<i>16%</i>	<i>2%</i>	<i>0%</i>
Stavanger	1. tertial 2003	15 980	55	89	32
	1. tertial 2004	13 339	45	64	18
	1. tertial 2005	13 495	45	61	15
	Endr. 2004-05	156	0%	-5%	-17%
Fonna	1. tertial 2003 <sup>3)</sup>	.	.	.	.
	1. tertial 2004	6 618	40	58	16
	1. tertial 2005	5 157	31	47	10
	Endr. 2004-05	-1 461	-23%	-16%	-38%
Bergen	1. tertial 2003	11 153	30	65	25
	1. tertial 2004	12 996	34	58	16
	1. tertial 2005	11 941	31	53	11
	Endr. 2004-05	-1 055	-9%	-9%	-31%
Førde	1. tertial 2003	5 242	49	50	10
	1. tertial 2004	5 265	49	50	11
	1. tertial 2005	6 142	57	51	7
	Endr. 2004-05	877	16%	2%	-36%
<i>Sum helseregion Vest</i>	<i>1. tertial 2003<sup>3)</sup></i>	.	.	.	.
	<i>1. tertial 2004</i>	<i>38 218</i>	<i>37</i>	<i>58</i>	<i>16</i>
	<i>1. tertial 2005</i>	<i>36 735</i>	<i>39</i>	<i>54</i>	<i>12</i>
	<i>Endr. 2004-05</i>	<i>- 1 483</i>	<i>5%</i>	<i>-7%</i>	<i>-25%</i>
Sunnmøre	1. tertial 2003	6 385	50	49	13
	1. tertial 2004	5 528	53	45	8
	1. tertial 2005	6 087	47	51	7
	Endr. 2004-05	559	-11%	13	-13%
Nordmøre/Romsdal	1. tertial 2003	6 792	59	61	18
	1. tertial 2004	6 042	53	52	9
	1. tertial 2005	5 768	50	47	8
	Endr. 2004-05	-274	-6%	-10%	-11%

HF-område Pasientenes bosted	Periode	Antall ventende	Antall ventende per 1000 innbyggere	Median ventetid (ventende pasienter)	Prosent av ventende som har ventet over 6 mnd
St. Olavs Hospital	1. tertial 2003	14 670	54	68	21
	1. tertial 2004	12 880	47	65	16
	1. tertial 2005	12 009	44	57	10
	Endr. 2004-05	-871	-6	-12	-38
Nord-Trøndelag	1. tertial 2003	5 514	43	54	17
	1. tertial 2004	5 038	39	51	9
	1. tertial 2005	5 441	42	50	7
	Endr. 2004-05	403	8%	-2%	-22%
<i>Sum helseregion Midt-Norge</i>	<i>1. tertial 2003</i>	<i>33 361</i>	<i>52</i>	<i>61</i>	<i>18</i>
	<i>1. tertial 2004</i>	<i>29 488</i>	<i>46</i>	<i>53</i>	<i>12</i>
	<i>1. tertial 2005</i>	<i>29 305</i>	<i>45</i>	<i>52</i>	<i>9</i>
	<i>Endr. 2004-05</i>	<i>-183</i>	<i>-2%</i>	<i>-2%</i>	<i>-25%</i>
Helgeland	1. tertial 2003	4 899	53	58	26
	1. tertial 2004	4 434	57	44	13
	1. tertial 2005	5 255	67	50	13
	Endr. 2004-05	821	18%	14%	0%
Nordland	1. tertial 2003	6 070	62	63	29
	1. tertial 2004	4 346	45	42	12
	1. tertial 2005	5 288	54	52	14
	Endr. 2004-05	942	20%	24%	17%
Hålogaland	1. tertial 2003	5 654	55	51	18
	1. tertial 2004	5 871	57	45	8
	1. tertial 2005	6 020	59	45	10
	Endr. 2004-05	149	4%	0%	25%
UNN	1. tertial 2003	6 265	56	62	17
	1. tertial 2004	6 075	54	57	12
	1. tertial 2005	7 903	71	58	11
	Endr. 2004-05	1 828	31%	2%	-8%
Finnmark	1. tertial 2003	6 249	85	76	26
	1. tertial 2004	6 561	90	60	20
	1. tertial 2005	6 496	89	65	19
	Endr. 2004-05	-65	-1%	8%	-5%
<i>Sum helseregion Nord</i>	<i>1. tertial 2003</i>	<i>29 137</i>	<i>63</i>	<i>62</i>	<i>23</i>
	<i>1. tertial 2004</i>	<i>27 287</i>	<i>59</i>	<i>50</i>	<i>13</i>
	<i>1. tertial 2005</i>	<i>30 962</i>	<i>67</i>	<i>52</i>	<i>9</i>
	<i>Endr. 2004-05</i>	<i>3 675</i>	<i>20%</i>	<i>4%</i>	<i>-31%</i>
Alle helseregioner	1. tertial 2003 <sup>4)</sup>	.	.	.	.
	1. tertial 2004	185 519	39	51	12
	1. tertial 2005	189 070	41	51	11
	Endr. 2004-05	3 551	5%	0%	-8%

<sup>1)</sup> Når det refereres til antall ventende gjelder dette tallet både ventende til utredning og ventende til eventuell behandling dvs. både poliklinikk, dagbehandling og innleggelse.

<sup>2)</sup> Sykehuset i Vestfold HF leverte ikke ventelistedata 1. tertial 2003.

<sup>3)</sup> Haugesund sjukehus leverte ikke ventelistedata for 1. tertial 2003.

<sup>4)</sup> Sykehuset i Vestfold HF og Haugesund sjukehus leverte ikke ventelistedata i 1. tertial 2003.

Datakilde: NPR

## 6.4 Antall ventende og ventetidsutvikling fordelt på fagområde

Tabell 6.3 Antall ventende<sup>1)</sup> per 10 000 innbyggere innenfor ulike fagområder for pasienter som fortsatt venter ved utgangen av 1. tertial 2005 per helseregion (bostedsregion).

Fagområde	Henvisninger (N=)	Rate per 10000 innb. Helseregion Øst	Rate per 10000 innb. Helseregion Sør	Rate per 10000 innb. Helseregion Vest	Rate per 10000 innb. Helseregion MN	Rate per 10000 innb. Helseregion Nord	Rate per 10000 innb. Totalt
Ubestemt fagområde	213	0	1	0	0	0	0
Generell kirurgi	8 299	11	21	24	15	28	18
Barnekirurgi	703	2	2	1	1	1	2
Gastroenterologisk kir	6187	15	5	15	16	17	13
Karkirurgi	2 624	6	6	3	9	5	6
Ortopedisk kirurgi	26 464	53	51	46	80	79	57
Thoraxkirurgi	366	1	1	0	1	2	1
Urologi	9 101	17	22	18	23	26	20
Kjevekirurgi	5 681	6	19	9	15	22	12
Plastikk-kirurgi	5 912	8	10	23	10	18	13
Nevrokirurgi	1 247	2	2	2	3	8	3
Generell indremedisin	2 154	3	4	7	3	9	5
Blodsykdommer	681	2	1	1	2	2	1
Endokrinologi	3 279	6	10	5	5	12	7
Fordøyelsessyk.	9 948	17	31	11	24	37	22
Hjertesykdommer	10 581	22	25	20	19	34	23
Infeksjonssykdommer	386	1	1	1	1	0	1
Lungesykdommer	3 497	6	9	6	10	9	8
Nyresykdommer	712	2	2	1	1	2	2
Revmatiske sykd.	5 607	10	16	9	10	23	12
Kvinnesykdommer	15 101	28	31	28	37	58	33
Anestesiologi	1 291	2	2	2	0	12	3
Barnesykdommer	7 605	13	14	20	15	27	17
Fysikalsk medisin	4 021	5	12	9	8	15	9
Hudsykdommer	5 408	5	3	20	14	33	12
Nevrologi	10 396	18	23	26	25	28	23
Klinisk nevrofysiologi	3 339	5	4	8	15	10	7
Ikke-kir. kreftbehandl	325	0	0	1	0	0	1
Øre-nese-hals sykd.	20 883	34	64	28	51	78	45
Øyesykdommer	12 390	17	30	31	31	41	27
Yrkes- og arbeidsmed.	364	0	1	1	0	0	1
Transplant. utredn. kir	22	0	0	0		0	0
Ikke gyldig kode	2 601	1	3	5	7	28	6
<b>Totalt</b>	<b>187 388</b>	<b>314</b>	<b>430</b>	<b>383</b>	<b>453</b>	<b>665</b>	<b>407</b>

<sup>1)</sup> Når det refereres til antall ventende gjelder dette tallet både ventende til utredning og ventende til eventuell behandling dvs. både poliklinikk, dagbehandling og innleggelse.

Datakilde: NPR.



Tabell 6.4 Median ventetid per 10 000 innbyggere innenfor ulike fagområder for ventende pasienter ved utgangen av 1. tertial 2005 per helseregion (bostedsregion).

Fagområde	Henvisninger N=	Median ventetid Helsereg Øst	Median ventetid Helsereg Sør	Median ventetid Helsereg Vest	Median ventetid Helsereg MN	Median ventetid Helsereg Nord	Median ventetid Totalt
Ubestemt fagområde	213	22	12	52	266	982	22
Generell kirurgi	8 299	43	29	44	38	39	39
Barnekirurgi	703	47	66	75	35	83	53
Gastroenterologisk kirurgi	6 187	46	30	50	57	52	47
Karkirurgi	2 624	47	50	72	53	54	52
Ortopedisk kirurgi	26 464	51	50	74	66	54	58
Thoraxkirurgi	366	64	59	57	46	47	52
Urologi	9 101	46	57	54	46	51	51
Kjevekirurgi	5 681	60	324	108	89	213	128
Plastikkirurgi	5 912	81	74	93	79	82	82
Nevrokirurgi	1 247	61	75	58	86	39	57
Generell indremedisin	2 154	43	31	44	30	23	34
Blodsykdommer	681	39	42	43	31	32	39
Endokrinologi	3 279	44	79	46	26	58	52
Fordøyelsesykdommer	9 948	32	46	44	44	40	40
Hjertesykdommer	10 581	32	30	50	46	31	39
Infeksjonssykdommer	386	42	24	61	29	26	43
Lungesykdommer	3 497	44	43	47	61	50	47
Nyresykdommer	712	44	50	40	31	40	43
Revmatiske sykdommer	5 607	39	75	103	59	66	60
Kvinnesykdommer	15 101	43	25	26	39	32	31
Anestesiologi	1 291	64	58	131	28	123	86
Barnesykdommer	7 605	51	51	54	43	58	51
Fysikalsk medisin	4 021	39	19	130	39	73	47
Hudsykdommer	5 408	30	32	46	39	43	40
Nevrologi	10 396	53	57	54	58	58	54
Klinisk nevrofysiologi	3 339	32	45	51	59	26	46
Ikke-kir. kreftbehandling	325	15	12	15	30	32	22
Øre-nese-hals sykdommer	20 883	58	74	45	54	58	59
Øyesykdommer	12 390	57	50	61	50	70	54
Yrkes- og arbeidsmedisin	364	58	74	73	46	61	67
Transplant., utredn. og	22	25	15	48		11	18
Ikke gyldig kode oppgitt	2 601	85	73	58	85	88	75
<b>Totalt</b>	<b>187 388</b>	<b>47</b>	<b>52</b>	<b>54</b>	<b>52</b>	<b>53</b>	<b>52</b>

<sup>1)</sup> Når det refereres til antall ventende gjelder dette tallet både ventende til utredning og ventende til eventuell behandling dvs. både poliklinikk og innleggelse.

Datakilde: NPR.



## 7 Aktivitetsvekst og prioritering

Birgitte Kalseth

### 7.1 Innledning

Kapitlet innledes med en beskrivelse av aktivitetsutviklingen ved somatiske institusjoner innen spesialisthelsetjenesten fra 2000 til 2004. Utviklingen belyses med bakgrunn i to sentrale helsepolitiske målsettinger de siste fem år - aktivitetsvekst og bedre prioritering.

Økt aktivitet for å korte ned ventelistene/ventetiden var en viktig målsetting for sykehus-tjenesten på begynnelsen av dette tiåret. Et sentralt spørsmål er hvordan aktivitetsendringer ved helseforetakene gir seg utslag i endringer i tjenestebruk for ulike pasientgrupper. Samordning og utnyttning av ledig kapasitet ble framsatt som viktige virkemidler til økt aktivitet før sykehusreformen. Utviklingen i arbeidsfordeling mellom ulike typer sykehus er i den sammenheng interessant.

Fokuset på aktivitetsøkning har de siste par år blitt etterfulgt av en fornyet oppmerksomhet rundt prioriteringsspørsmål. Dette gjenspeiles i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene. Vi vil belyse i hvilken grad tilgjengelige registerdata kan gi en meningsfull beskrivelse av aktivitetsutviklingen for pasientgrupper som helsemyndighetene mener bør prioriteres. I den sammenheng brukes et utvalg diagnosegrupper som defineres som kronisk sykdom. Kan en beskrivelse av tjenestebruk og ventetidsutvikling for disse gruppene gi noen indikasjon på prioritering?

På tvers av pasientgrupper er spesialisthelsetjenesten pålagt å bruke ordningen med "rett til helsehjelp" som et generelt prioriteringsverktøy. Den enkelte pasient blir etter henvisning fra sin fastlege vurdert til å ha rett eller ikke rett til å få helsehjelp innen en angitt tidsperiode. Kapitlet avsluttes med en framstilling av utvikling i omfang av pasienter som tildeles/ikke tildeles rett til helsehjelp og ventetid til behandling for de to gruppene.

### 7.2 Generell aktivitetsutvikling

Den norske spesialisthelsetjenesten var utover 1990-tallet karakterisert av lange ventelister og ventetider til utredning og behandling. Situasjonen ble etter hvert vanskelig å forsvare for helsemyndighetene og ventelistesituasjonen ble en medvirkende faktor i begrunnelsen for sykehusreformen (Ot.prop nr 66, 2000-2001). I styringsdokumentene til de regionale helseforetakene for årene 2002 og 2003 vektlegges aktivitetsvekst som et viktig mål for å bedre situasjonen. Stykkprisfinansiering, fritt sykehusvalg og økt bruk av private sykehus har gjennom hele det siste tiåret vært virkemidler for å motivere sykehusene til økt aktivitet. Dette har i stor grad lyktes. Antallet kontakter med sykehusene har økt kraftig de siste årene og ventelistene og ventetidene er redusert<sup>12</sup> (se bla Huseby 2004). Det er også

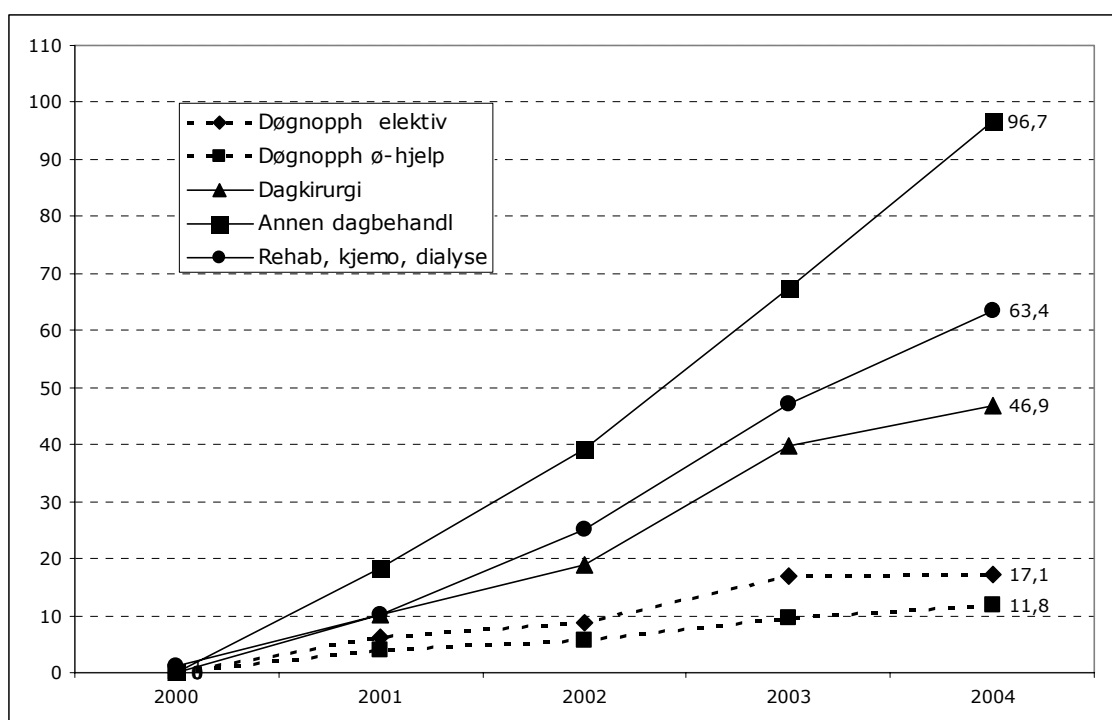
---

<sup>12</sup> Noe av forklaringen på en betydelig reduksjon i ventelistetall og ventetider i begynnelsen av dette tiåret kan tilskrives massiv ryddig i sykehusenes ventelister (Dahlen m fl 2000, Johnsen og Paulsen 2001). Det hadde spesielt betydning for oversikter over antallet langtidsventere. Mange registrerte pasienter på venteliste viste seg å ikke være reelt ventende pasienter. Den reelle ventelistesituasjonen før ryddeaksjonene er i etterkant vanskelig å vurdere. Det store fokuset på ventelistene og iverksatte tiltak har imidlertid *både* gitt en bedre oversikt over det reelt antall ventende (og ventetider) og en aktivitetsøkning med påfølgende kortere ventetid.

dokumentert at en relativt stor andel av veksten er knyttet til serieopphold og flere reinnleggelser. I første del av dette kapitlet følger vi opp beskrivelsene av aktivitetsutvikling i fjorårets SAMDATA Somatikk-publikasjon med beskrivelser av endringer i planlagt versus ikke-planlagt aktivitet og omfanget av døgnopphold og dagbehandling. I den sammenheng er utvikling i aktivitetsfordeling mellom ulike typer sykehus også interessant.

Figur 7.1 viser den prosentvise veksten i ulike typer opphold i perioden fra år 2000 til 2004. Tabell 7.1 viser endringer i faktisk antall opphold, samt hvor mange pasienter<sup>13</sup> (personer) som står bak oppholdene.

Figur 7.1 Akkumulert prosentvis endring i ulike typer opphold fra 2000 til 2004. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.



Datakilde: NPR.

<sup>13</sup> Antallet pasienter baserer seg på opplysninger om at samme pasient har vært i kontakt med samme sykehus flere ganger innenfor samme driftsår. Kontakter med ulike sykehus kan ikke identifiseres og dette medfører i realiteten en viss overestimering av antall pasienter.

Tabell 7.1 Aktivitetsutviklingen fra 2000 til 2004 fordelt på ulike typer opphold og behandlinger. Antall opphold og antall pasienter<sup>1)</sup>. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Type opphold	Opphold		Pasienter		Opphold per pasient		Endring i antall		Endring i prosent	
	2004	2004	2000	2004	Opphold	Pasienter	Opphold	Pasienter		
Døgnopph. elektiv <sup>1</sup>	238 207	189 540	1,2	1,3	34 827	19 058	17,1	11,2		
Døgnopph ø-hjelp	464 254	349 588	1,3	1,3	49 080	30 108	11,8	9,4		
Dagkirurgi <sup>2</sup>	192 187	171 771	1,1	1,1	61 379	52 789	46,9	44,4		
Annen dagbeh <sup>3</sup>	68 496	35 038	2,1	2,0	33 678	18 281	96,7	109,1		
Rehabiliter hdiag <sup>4</sup>	74 285	23 055	2,9	3,2	36 610	10 268	97,2	80,3		
Dialyse hdiag <sup>5</sup>	93 283	1 475	58,4	63,2	27 189	344	41,1	30,4		
Kjemoterapi hdiag <sup>6</sup>	73 876	11 805	5,5	6,3	29 914	3 806	68,0	47,6		
Fødsel/nyfødt <sup>7</sup>	100 129	98 897	1,0	1,0	-5 050	-4 332	-4,8	-4,2		
Død v/ankomst	44	44	1,0	1,0	7	7	18,9	18,9		
<b>Totalt</b>	<b>1 304 761</b>	<b>788 471*</b>	<b>1,5</b>	<b>1,7</b>	<b>267 634</b>	<b>103 329*</b>	<b>25,8</b>	<b>15,1*</b>		

\*Totalt antall pasienter er færre enn summen av antall pasienter i den enkelte gruppe fordi samme pasient kan ha flere typer opphold gjennom året.

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

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

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

4 Rehabilitering er definert som DRG 462 i 1999 og 2000 og DRG 462A-C i 2001-2004.

5 Dialyse er definert som DRG 317.

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

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

Datakilde: NPR.

Det er registrert en vekst på 26 prosent i antallet enkeltkontakter med sykehusene i perioden 2000 til 2004. Tallene inkluderer kontakter for døgnopphold eller dagbehandling, mens ordinære polikliniske kontakter knyttet til utredning eller kontroll er holdt utenfor. Det er antall opphold for dagbehandling som har økt mest. Veksten er på 47 prosent for dagkirurgiske opphold og på hele 97 prosent for annen dagbehandling. Døgnopphold har økt med 14 prosent (elektiv og ø-hjelp). Figur 7.1 viser at det har vært en årviss vekst i hele perioden for alle typer opphold, men at veksten i prosent har vært langt sterkere for dagbehandling enn for døgnopphold. For elektive døgnopphold spesielt, er vekstkurven imidlertid noe flatere fra 2003 til 2004 enn for årene før.

Fjorårets SAMDATA Somatikk viste at en stor andel av aktivitetsveksten de siste årene var relatert til flere opphold per pasient (Huseby 2004). I tabell 7.1 har vi derfor skilt mellom opphold og pasienter for å illustrere i hvilket omfang endringer i aktivitet skyldes nye pasienter som får behandling eller at de samme pasientene har flere kontakter hver.

Antall opphold per pasient er markert høyere for enkelte grupper og disse er derfor spesifisert i tabellen. Dette gjelder spesielt pasienter som har rehabiliteringsopphold, pasienter som går til cellegiftbehandling (kjemoterapi) og i særdeleshet gjelder det dialysepasienter. Denne pasientgruppen har i gjennomsnitt 63 opphold hver i 2004. 1 475 pasienter genererte over 93 000 opphold.

Tabellen viser at veksten i antall pasienter også er stor, altså er aktivitetsveksten ikke bare relatert til en endret organisering av tjenesten gjennom bruk av fleropphold. Den største økningen i faktisk antall behandlede pasienter har kommet innen dagkirurgi, med over 50 000 flere registrerte i 2004 enn i 2000, en økning på 44 prosent. Veksten i andre dagpasienter er også betydelig.

Veksten totalt, kan dermed tilskrives et økt antall behandlede pasienter og en økning i opphold per pasient. Av endringer i antall opphold totalt sett kan bare 40 prosent tilskrives et økt antall pasienter. Økning i antall opphold per pasient for dialysepasienter, behandling med kjemoterapi og rehabiliteringspasienter bidrar i størst grad til dette, men det gjelder også de andre gruppene. For døgnopphold hvor pasientene er innlagt som øyeblikkelig hjelp, er 60 prosent av endringen generert av flere pasienter, mens 40 prosent skyldes flere opphold for de samme pasientene. Utviklingen med flere opphold per pasient ble mer grundig beskrevet i fjorårets SAMDATA Somatikk (Huseby 2004).

Når det gjelder økningen i ikke-kirurgisk dagbehandling, er en delforklaring at det har blitt bedre registrering og innrapportering av aktivitet, men nye tilbud og overgang fra døgntilbud til dagtilbud er også viktige forklaringsfaktorer.

Den store veksten i dagkirurgisk behandling kan forklares med økt tilbud, en stadig omlegging fra døgn- til dagbehandling ved sykehusene og ikke minst det voksende tilbudet ved private sykehus. For denne gruppen isolert sett, er problematikken med fleropphold mindre aktuell. I neste delkapittel vil endret aktivitet ved private sykehus beskrives nærmere.

Ser vi på aktivitetsendringen i forhold til endringer i befolkningsstørrelsen, målt som rater per 1000 innbyggere, opprettholdes bildet av en styrking av tjenestetilbudet. Endringer i raten for ulike typer kontakter med sykehusene følger mønsteret for aktivitetsutvikling skissert tidligere.

### 7.2.1 Aktivitetsvekst og organisering

Eierskapsreformen i spesialisthelsetjenesten har medført muligheter for endringer i sykehusenes organisering og funksjonsfordeling. Vi har sett nærmere på endringer i aktivitet innenfor ulike typer eller kategorier sykehus. Grupperingen av sykehusene er gjort pragmatisk med utgangspunkt i størrelse, funksjon og organisatoriske forhold. Den faktiske endringen i aktivitet vist i tabell 7.2 gjenspeiler delvis sykehusgruppenes størrelse, ved at de tidligere sentralsykehusene til sammen har den største aktiviteten, fulgt av de tidligere regionsykehusene. Det forventes dermed at disse også har de største nominelle endringer i aktivitet.

Tabell 7.2 Endring i faktisk antall opphold fra 2000 til 2004 fordelt på ulike typer opphold og kategorier sykehus<sup>14</sup>. Prosent endring i parentes. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

	Døgn- opphold elektiv <sup>1</sup>	Døgn- opphold ø-hjelp	Dag- kirurgi <sup>2</sup>	Rehab, dialyse, kjemoter og medisinsk dagbeh <sup>3</sup>	Svang- erskap/ fødsel/ nyfødte <sup>4</sup>	Endring totalt
Større sykehus med regionale funksjoner	7 814 (10)	8 421 (9)	6 195 (19)	39 637 (70)	1 841 (6)	63 913 (22)
Større sykeh med de vanligste spesialiteter (tidligere sentralsykehus)	10 961 (17)	30 218 (17)	12 916 (25)	47 033 (67)	-5 184 (-11)	95 950 (24)
Lokalsykehus underlagt større HF	429 (1)	2 658 (3)	6 895 (29)	14 832 (87)	-955 (-7)	23 856 (14)
Lokalsykehus i HF med flere lokalsykehus	2 202 (10)	4 802 (8)	4 705 (24)	14 650 (84)	-1 354 (-11)	25 004 (19)
Spesialinstitusjoner med driftsavtale med RHF eller underlagt HF	-2 628 (20)	-374 (-39)	2 956 (115)	20 804 (214)	0	20 758 (79)
Andre private ideelle sykehus (Feiringklinikken og Glittreklinikken)	1 125 (26)	444 (107)	3 (100)	212 (-)	0	1 784 (38)
Private kommersielle sykehus	6 464 (1116)	-1 (-100)	27 709 (2463)	899 (2809)	0	35 071 (2019)
Syke/fødestuer og annet	-4 (100)	0	0	696 (-)	606 (43)	1 298 (92)
<b>Totalt</b>	<b>26 363</b>	<b>46 168</b>	<b>61 379</b>	<b>138 763</b>	<b>- 5 046</b>	<b>267 634</b>

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

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

3 Dagbehandling blant innlagte pasienter definert i medisinsk DRG, eller dagbehandling på poliklinikk definert i medisinsk DRG, rehabilitering definert som DRG 462 i 1999 og 2000 og DRG 462A-C i 2001-2003, dialyse er definert som DRG 317, kjemoterapi er definert som DRG 410, DRG 410 A-C

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

Datakilde: NPR.

Aktivitetsveksten er tydelig i alle sykehusgruppene, både i faktisk antall og prosent. Den mest iøynefallende endringen er likevel den sterke veksten i registrert aktivitet ved private sykehus. Veksten er i særdeleshet knyttet til dagkirurgi. Av den totale økningen i dagkirurgi fra 2000 til 2004 står de private sykehusene for 45 prosent. Både ny aktivitet og mer komplett innrapportering av aktivitet bidrar trolig til dette bildet. Med tanke på at vi opererer innefor en tidsramme på fem år er økningen i antall opphold hvor det utføres dagkirurgi også betydelig ved alle andre typer sykehus.

Et interessant spørsmål er om de store sykehusene i økende grad overlater de enklere oppgavene til lokalsykehusene og private sykehus. Den enkle oversikten i tabell 7.2 viser at den totale veksten i opphold er svakere for lokalsykehus underlagt større helseforetak enn for de store sykehusene. Dette gjelder både elektive døgnopphold og øyeblikkelig hjelp. Samtidig har denne gruppen sykehus en noe større prosentvis vekst i dagkirurgi og ikke-

<sup>14</sup> Større sykehus med regionale funksjoner tilsvarer de tidligere regionsykehusene, større sykehus med de vanligste spesialiteter tilsvarer de tidligere sentralsykehusene, lokalsykehus underlagt større HF er sykehus som inngår i HF sammen med sykehus i de to første gruppene, lokalsykehus i lokalsykehus-HF viser til at det kun er lokalsykehus som inngår i HF-et. I tillegg til spesialinstitusjoner som har driftsavtale med eller er underlagt et HF kommer to sykehus drevet på ideell basis (Feiringklinikken og Glittreklinikken) som eies av LHL. Disse benevnes som andre private ideelle sykehus.

kirurgisk dagbehandling. Dette kan indikere en endret arbeidsfordeling. Noe kan også skyldes at en større andel av aktiviteten ved de mindre sykehusene har vært egnet for en omlegging til dagbehandling.

Med utgangspunkt i den store økningen i bruken av private sykehus for dagkirurgi, er de vanligste kirurgiske prosedyrene som utføres ved disse sykehusene valgt ut for å studere arbeidsfordelingen mellom sykehusene ytterligere. De valgte kirurgiske prosedyrene omfatter 90 prosent av kirurgien ved de private sykehusene og inkluderer prosedyrer med over 100 opphold. Vi velger å kalle prosedyrene for "enkle kirurgiske prosedyrer" da utvalgte prosedyrer er egnet som dagkirurgi.

Tabell 7.3 Antall opphold for utvalgte enkle kirurgiske prosedyrer i 2000 og 2004. Fordelt etter kategorier sykehus. Antall opphold, prosent endring og andel av totalt antall opphold. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Kategori sykehus	2000	2000	2004	2004	Endring		
	Opphold	Andel	Opphold	Andel	Antall	Pst	Andel
Større sykehus med regionale funksjoner	32 139	22	34 733	18	2 594	8	-5
Større sykeh med vanligste spesialiteter (tidligere sentralsykehus)	55 693	39	68 001	35	12 308	22	-4
Lokalsykehus underlagt større HF	28 582	20	32 432	17	3 850	14	-3
Lokalsykehus i HF med flere lokalsykehus	22 102	15	26 484	14	4 382	20	-2
Spesialinstitusjoner med driftsavtale med RHF eller underlagt HF	4 041	3	6 517	3	2 476	61	0,5
Private kommersielle sykehus	1 103	1	28 332	14	27 229	2 569	14
Sum	143 661	100	196 523	100	52 862	37	0,0

Datakilde: NPR.

Veksten i de utvalgte kirurgiske prosedyrene er på 37 prosent i den aktuelle femårsperioden. De private sykehusene har økt sin totale andel med 14 prosent fra 2000 til 2004, mens andelen ved andre sykehus er redusert, og mest ved de største sykehusene. Likevel har alle typer sykehus hatt en økning i antallet utførte prosedyrer. Økningen er minst ved universitetssykehusene, men er likevel på 8 prosent. Private sykehus bidrar med over halvparten av den totale veksten innen den virksomhet de har spesialisert seg på. Dette skyldes vekst i det eksisterende tilbud og nye tilbud ved private sykehus, men som nevnt tidligere er det med årene også blitt en bedre registrering og innrapportering av den offentlig betalte aktiviteten ved private sykehus. Norsk pasientregister mangler så langt data over aktiviteten hos private avtalespesialister utenfor de godkjente private sykehusene.

I tabell 7.4 framstilles befolkningsbaserte rater for utvalget av enklere kirurgi fordelt etter HF-enes geografiske ansvarsområder. Ratene i 2004 spenner fra Ullevål og Aker HF-område med en rate på 34, som er 18 prosent under landsgjennomsnittet, til Sunnmøre HF-område med en rate på 32 prosent over landsgjennomsnittet. Raten har økt med 34 prosent totalt sett i perioden. Bare tre av 23 områder hadde en økning på under 20 prosent. Områdene i Helse Midt-Norge, Buskerud HF-område og Telemark HF-område hadde den største veksten. Disse områdene har også de høyeste ratene i 2004. Variasjonen i rate mellom områdene økte fra 10 til 14 prosent i perioden målt ved variasjonskoeffisienten. Også her bør vi være oppmerksomme på at tilbudet av enklere kirurgi utenfor offentlige og private sykehus, og som betales av det offentlige, kan bidra til noe av variasjonen mellom områdene.



Tabell 7.4 Antall opphold per 1000 innbyggere for enklere kirurgiske prosedyrer fordelt etter helseforetakenes opptaksområder for årene 2000 og 2004. Kjønn- og aldersstandardiserte rater, endring i rate og forbruksindeks. Somatiske institusjoner innen spesialisthelsetjenesten.

Bostedsområder HF	Standardisert rate		Endring		Forbruksindeks*	
	2000	2004	Rate	Prosent	2000	2004
Østfold HF-område	32	43	11	34	1,01	1,02
Asker og Bærum HF-område	35	38	3	8	1,11	0,90
Akershus HF-område	29	35	6	21	0,90	0,82
Ullevål og Aker HF-område	29	34	5	18	0,92	0,81
Innlandet HF-område	32	40	9	28	0,99	0,95
Ringerike HF-område	26	38	12	48	0,82	0,90
Buskerud HF-område	29	51	22	76	0,91	1,20
Blefjell HF-område	35	49	14	40	1,10	1,14
Vestfold HF-område	35	43	8	23	1,10	1,01
Telemark HF-område	32	50	18	55	1,02	1,18
Sørlandet HF-område	39	43	4	11	1,21	1,00
Stavanger HF-område	34	49	15	43	1,07	1,14
Fonna HF-område	31	38	7	22	0,97	0,88
Bergen HF-område	27	37	9	35	0,85	0,86
Førde HF-område	37	51	14	37	1,16	1,19
Sunnmøre HF-område	34	56	21	62	1,08	1,31
Nordmøre/Romsdal HF-område	36	52	16	45	1,13	1,23
St. Olavs hosp. HF-område	29	52	23	82	0,90	1,22
Nord-Trøndelag HF-område	30	47	17	58	0,94	1,11
Helgeland HF-område	35	47	12	34	1,11	1,11
Nordland HF-omr	35	44	9	25	1,10	1,04
Hålogaland HF-område	31	39	9	29	0,96	0,93
UNN HF-område	32	39	6	20	1,02	0,91
Finnmark HF-område	35	48	12	35	1,11	1,12
Total	32	43	11	34	1,00	1,00

\*Forbruksindeks= Det aktuelle området sin rate i forhold til landsgjennomsnittet.

Datakilde: NPR.

## 7.2.2 Hvilke pasientgrupper har fått økt sitt tjenesteforbruk?

Framstillingen over er svært generell og vi ønsker et noe mer detaljert innsyn i innholdet i de skisserte endringer. Aktiviteten i 2000 og 2004 framstilles derfor også som befolkningsbaserte rater fordelt etter hovedkapitlene i diagnosekodeverket ICD-10 (se tabell 7.5). Siden aktivitetsvekst var en helsepolitisk målsetting i flere år i den aktuelle perioden, skiller det mellom planlagt aktivitet og øyeblikkelig hjelp. Det er den planlagte aktiviteten sykehusene har størst mulighet for å styre og som regulerer ventelister og ventetid. Dermed er det spesielt interessant å se hvilke pasientgrupper som tilgodeses ved en vekst i elektiv virksomhet i perioden.

Tabell 7.5 Antall opphold per 10 000 innbyggere fordelt etter hoveddiagnose ICD-10. Elektive døgnopphold, øyeblikkelig hjelp døgnopphold og elektiv dagbehandling. Rate i 2004 og endring i rate fra 2000. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Hovedkapitler ICD-10	Elektive døgnopphold		Ø-hjelp døgnopphold		Elektiv dagbehandling	
	Rate 2004	Endr	Rate 2004	Endr	Rate 2004	Endr
Visse infeksjons- og parasittsykdommer	3	0	41	8	2	0
Svulster	112	6	69	4	41	17
Sykd i blod, bloddannede organ og immunforsvaret	3	1	9	2	3	1
Endokrine sykd, ernærings syk og metabolske forstyrrelser	10	3	18	4	10	4
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	3	1	18	2	5	4
Sykd i nervesystemet	49	27	31	2	28	14
Sykd i øyet og øyets omgivelser	15	2	6	-1	86	11
Sykd i øre og ørebenskne	4	1	4	1	15	0
Sykd i sirkulasjonssystemet	63	8	184	13	43	21
Sykd i åndedrettssystemet	31	0	110	10	25	8
Sykd i fordøyelsessystemet	36	5	88	8	21	7
Sykd i hud og underhud	8	2	11	2	11	8
Sykd i muskel- skjelettsystem og bindevev	87	17	37	6	91	43
Sykd i urin- og kjønnsorganer	47	7	49	10	31	9
Symptom, tegn, unormale kliniske funn og lab-funn	16	4	93	-1	11	7
Skader, forgiftninger og konsek av ytre årsak	23	2	162	16	15	4
Ytre årsaker til sykd, skader og dødsfall	0	0	0	0	0	0
Forhold m/betydn for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	67	23	43	2	490	177
<b>Totalt</b>	<b>578</b>	<b>108</b>	<b>972</b>	<b>86</b>	<b>929</b>	<b>334</b>

Datakilde: NPR.

Det generelle bildet er at de befolkningsbaserte ratene for døgnopphold og dagbehandling ved sykehus øker innen nesten alle sykdomsgrupper. Det er likevel store forskjeller i størrelsen på veksten og hvilke sykdomsgrupper som øker sin oppholdsrate innen øyeblikkelig hjelp og elektiv aktivitet. For øyeblikkelig hjelp er det skader, sykdommer i sirkulasjonssystemet, sykdommer i åndedrettssystemet og sykdommer i urin- og kjønnsorganer som har størst rateøkning. De tre førstnevnte gruppene er, som tabellen viser, fra før de vanligste grunnene til innleggelse som øyeblikkelig hjelp. For planlagte opphold skiller det mellom elektive døgnopphold og elektive dagbehandlinger.

For elektive dagbehandling kom den største endringen innen gruppen benevnt som "forhold med betydning for helsetilstanden og kontakt med helsetjenesten. Herunder kommer blant annet alle typer etterbehandling og oppfølging. Innenfor dette faller det store volumet av rehabiliteringsopphold, kjemoterapi (cellegiftbehandling) og dialyse. Dette er typer opphold som har hatt en sterk registrert vekst, noe som både er vist i dette kapitlet og i tidligere SAMDATA-publikasjoner. Et særlig kjennetegn ved disse gruppene er som nevnt at hver pasient kan ha mange opphold i serie over en kortere eller lengre periode. En relativt moderat økning i antall pasienter kan dermed gi en betydelig rateøkning når dette måles i

antall opphold. Selv om vi tar høyde for at noen nye institusjoner er kommet til i data-materialet er veksten i rehabiliteringspasienter betydelig. En bedring i rehabiliteringstilbudet kan antas å komme både kronikere og andre med behov for rehabilitering til gode.

I fjorårets SAMDATA Somatikk sektorrapport ble det redegjort for hvilke pasientgrupper som økte mest innenfor hovedkapitlene i ICD-10 for perioden 1999-2003. De konkrete diagnose-gruppene som hadde størst vekst basert på tresiffernivå i ICD-10 systemet var:

- Søvnløshet (G47) økte med 13 000 opphold
- Mononevropati i overekstremitet (G56) økte med ca 2 500 opphold (mest pasienter med karpal tunell syndrom)
- Andre tilstander i øyelokk (H02) økte med mer enn 2 000 opphold
- Kneleddlidelser (M23) økte med over 6 000 opphold
- Artroser- slitasjegikt (M05), kneleddsartrose (M17) og ervervede deformiteter i fingre og tær (M20) økte med 2-3 000 opphold hver
- Skulderlidelser (M75) økte med mer enn 3 000 opphold
- Hemoroider (I83) økte med ca 3 000 opphold
- Åreknuter (I84) økte med 1 600 opphold

Dette dreier seg nesten utelukkende om elektive pasienter og veksten kom i all hovedsak etter eierskapsreformen. Samtidig var det en nedgang i antallet opphold med hoveddiagnose angina pectoris på nesten 5000 opphold, mens det var en tilsvarende økning i antallet opphold for akutt hjerteinfarkt i denne perioden. Her kan endrede diagnosekriterier med påvisning av infarkt være en forklaring. Også antallet opphold for svulster økte, både for godartede og ondartede svulster i hud, samt svulster med usikkert eller ukjent malignitetspotensial.

Følger vi utviklingen videre fra 2003 til 2004 finner vi noen interessante utviklingstrekk. Veksttakten for søvnforstyrrelser er stabilisert, men antallet opphold er på samme nivå i 2004. Det samme gjelder behandling for karpal tunell syndrom. For artroser, ervervede deformiteter i fingre og tær, hemoroider og åreknuter er det en reduksjon i antall opphold totalt i 2004 i forhold til 2003. For kneleddlidelser og skulderlidelser og "andre tilstander i øyelokk" er det fortsatt vekst i den årlige aktiviteten.

Vi bør i sammenheng med dette påpeke at en del enklere behandling også dekkes av det offentlige selv om det utføres av private avtalespesialister utenfor de godkjente private sykehusene som inngår i vårt materiale. Eventuelle endringer i fordelingen av pasienter mellom godkjente sykehus og andre private avtalespesialister gir noe usikkerhet i resultatene. Det mest iøynefallende eksemplet er behandling for aldersbetinget grå stær. I vårt datamateriale ser vi en klar nedgang i antall opphold fra 2003 til 2004 (-1 300 opphold). Dette behøver ikke være et uttrykk for en dårligere tilgjengelighet til denne typen behandling. Det kan muligens forklares med at det er mange avtalespesialister også utenfor private sykehus som utfører denne prosedyren<sup>15</sup>.

Ser vi igjen på perioden fra 2000 til 2004 vil vi trekke fram at tjenestetilbudet til pasienter med iskemisk hjertesykdom også er blitt bedre. Det er en betydelig økning i antallet pasienter som får utredning og behandling ved hjelp av terapeutiske perkutane kardiovaskulære prosedyrer. Dette innebærer undersøkelse av hjertets kransarterier og en samtidig utblokkning av tette partier i disse årene hos pasienter hvor dette identifiseres. Antallet registrerte prosedyrer (DRG 112) er nær fordoblet den siste femårsperioden (se tabell 4.6).

---

<sup>15</sup> Aasved (i Dagens Medisin 10/05) viser til en sterk vekst i antallet grå stær-operasjoner. Tallene referert i Dagens Medisin gir grunn til å anta at en relativt stor andel av grå stær-operasjonene ikke fanges opp i våre data.

Antallet koronare bypassoperasjoner har holdt seg relativt stabilt i samme periode (DRG 106 og 107- ikke vist i tabell).

En bedring i behandlingstilbudet i form av kirurgi kan påvises fordi vi har tilgang til registrerte prosedyrekoder i pasientdata fra Norsk pasientregister. For annen type behandling har vi i liten grad opplysninger om innholdet i tjenestetilbudet, og må holde oss til diagnosen<sup>16</sup>. I tabell 7.6 nedenfor gis en oversikt over hvilke typer kirurgiske prosedyrer, basert på kirurgiske DRG-er<sup>17</sup>, som har hatt den største faktiske veksten i perioden fra 2000 til 2004.

Tabell 7.6 Kirurgiske DRG-er med størst økning i perioden 2000- 2004. Endring i antall opphold og prosent endring. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Døgnopphold (5 kirurgiske DRG-er med størst økning)		Endring			
DRG	DRG-navn	Antall opphold			Prosent
		Elektiv	Ø-hjelp	Tot	Tot
112	Terapeutiske kardiovaskulære prosedyrer (bla utblokking av kransarteriene i hjertet ved fortetting av årene)	2 630	2 654	5 284	94
222	Operasjoner på kneledd eks proteseoperasjoner	2 835	400	3 235	119
210	Oper på bekken/hofte/femur eks proteseoperasjoner	115	2 317	2 433	64
224	Oper på humerus/albue/underarm ekskl skulderprot u/bk	1 097	825	1 925	48
227	Bløtdelsoperasjoner ITAD u/bk	872	521	1 394	55
	Sum	8 196	6 872	15 073	57
Dagbehandling (10 kirurgiske DRG-er med størst økning)		Endring			
DRG	DRG-navn	Antall opphold			Prosent
		Elektiv	Ø-hjelp	Tot	Tot
221	Operasjoner på kneledd eks proteseoperasjoner <sup>1)</sup>	13 148	30	13 178	630
270	Operasjoner på hud/underhud ITAD u/bk	5 846	32	5 878	185
77	Oper på åndedrettssystemet ITAD u/bk	3 797	6	3 803	834
224	Oper på humerus/albue/underarm ekskl skulderprot u/bk	3 330	6	3 336	250
40	Oper på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer >17 år	2 582	167	2 749	48
119	Inngrep for åreknuter	2 118	8	2 126	52
6	Karpal tunnel syndrom	2 048	5	2 053	56
55	Diverse operasjoner på Øre-Nese-Hals	1 916	16	1 932	271
227	Bløtdelsoperasjoner ITAD u/bk	1 751	76	1 827	97
158	Enkle tarmoper og op på anus og fremlagt tarm	1 617	29	1 646	137
	Sum	38 153	375	38 528	158

<sup>1</sup> Veksten i antall registrerte prosedyrer er høyere enn antall reelle operasjoner på grunn av en omgruppering av meniskoperasjoner i DRG-systemet. Dette utgjør ca 8000 opphold i 2004. Vesken er likevel på ca 8000 opphold.

Datakilde: NPR

<sup>16</sup> Unntaket er registrering av Z-koder i ICD-10 hvor formålet med kontakt kodes. Herunder kommer ulike typer etterbehandling og rehabilitering.

<sup>17</sup> Vi velger å bruke DRG for enkelthets skyld, da bruk av prosedyrekodeverket NCSP også inkluderer mange svært enkle prosedyrer som vi ikke ønsker å ta med i denne oversikten, eksempelvis syng av ruptur etter fødsel

### 7.2.3 Ressursberegning knyttet til økning i aktivitet

Framstillingen av aktivitet fra 2000 til 2004 har vist at den største veksten i antall opphold har kommet for kirurgisk og medisinsk dagbehandling, og i antall pasienter spesielt for elektiv dagkirurgi. Vi benytter DRG-systemet for å få et bedre bilde av hvordan dette slår ut i endrede ressurskrav. Brukes beregnede DRG-poeng for ulike typer aktivitet som mål, heller enn antall opphold, får vi en korreksjon for pasientsammensetning. Samtidig gir dette oss et grovt bilde av hva utviklingen har betydd i form av økte kostnader.

Tabell 7.7 viser at døgnaktiviteten krevde omtrent  $\frac{3}{4}$  av de beregnede ressursene i 2004. Andelen er redusert med seks prosentpoeng fra 2000 til 2004. Det er spesielt økning i dagkirurgisk aktivitet, samt rehabilitering og etterbehandling ved hjelp av kjemoterapi, som skaper denne endringen.

Tabell 7.7 Endring i antall opphold og korrigerede DRG-poeng<sup>18</sup> fra 2000 til 2004 og andel av total. Fordelt etter utvalgte typer opphold. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Type opphold	Prosent endring 2000-2004		Andel av opphold		Andel av DRG-poeng		Andel av endring i DRG-poeng 2000-2004
	Antall opph	DRG-poeng	2000	2004	2000	2004	
Døgn elektiv	17	15	20	18	32	29	17,6
Døgn ø-hjelp	12	21	40	36	50	47	38,5
Dagkirurgi	47	96	13	15	7	10	24,0
Annen dagbehandl	97	142	3	5	1	1	3,8
Rehabilitering	97	31	4	6	3	4	3,9
Dialyse	41	6	6	7	1	1	0,3
Kjemoterapi	68	168	4	6	1	2	5,7
Fødsel/nyfødt	-5	32	10	8	5	5	6,1
Død v/ankomst-mottak	19	-15	0	0	0	0	0,0
Total	26	27	100	100	100	100	100,0

Datakilde: NPR.

Tallene viser videre at veksten i innleggelser som øyeblikkelig hjelp står for 39 prosent av økningen i beregnede ressurser, mens veksten i dagkirurgi kan tilskrives 24 prosent. Dagkirurgien generer 10 prosent av de antatte kostnadene til døgn- og dagbehandling ved sykehusene i 2004.

## 7.3 Prioritering

En sterk aktivitetsvekst er ressurskrevende for helsetjenesten. Kostnadene til drift av den offentlige helsetjenesten er i Norge, som i andre land, stadig økende. Behovet for virkemidler for å regulere og dempe etterspørselen etter tjenester blir tema når tilgjengelige ressurser er begrenset. Et slikt virkemiddel er prioritering.

<sup>18</sup> Korrigerede DRG-poeng baseres på kostnadsvektene i DRG-systemet, og er justert for gjeldende prisregler. DRG-vektene angir det relative ressursforbruket for en pasientgruppe i forhold til gjennomsnittspasienten. Å bruke DRG-vektene gjør det mulig å beskrive pasientsammensetningen mht ressurskrav.

Etablerte grunnleggende prioriteringskriterier i helsetjenesten, basert på LønningII-utvalgets forslag, er tilstandens alvorlighetsgrad, tiltakets forventede effekt og kostnadseffektivitet. Prioritering kan innebære en vurdering av hvem som skal få/ ikke få et bestemt helse-tjenestetilbud, og en sortering av pasientene for å sikre at de som trenger det mest får et tilbud før de som kan vente lenger. Det kan skje en prioritering både mellom (horisontal) og innen (vertikal) ulike fagområder og diagnosegrupper.

Prioritering har fått en sentral plass i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene de siste år. Der angis enkelte pasientgrupper som skal ha en særskilt prioritet; personer med kroniske sykdommer, psykisk helsevern, kreftbehandling og kreftomsorg, rehabilitering og habilitering og tilbud til rusmiddelmissbrukere (styringsdokumentene for 2004). I tillegg vises det til at helseforetakene skal foreta en generell prioritering innefor de rammer som er tilgjengelige:

*"Helsedepartementet forutsetter at de regionale helseforetakene i 2004 sterkere grad vektlegger at faglige prioriteringer samsvarer med mål, rammer og retningslinjer trukket opp av overordnede politiske og faglige myndigheter. De regionale helseforetak må derfor ha en klar analyse av eget tilbud og befolkningens behov innenfor de ulike fagområdene. De regionale helseforetak må selv forstå den prioritering som er nødvendig innenfor de ressursene man har til rådighet. Helse [regionalt foretak] må redusere kapasitet på de områder der man i dag har overkapasitet. Frigjorte ressurser må kanaliseres til områder som i dag preges av mangelfullt utbygd tilbud. Det vises i denne sammenheng til prioriterte pasientgrupper"* (styringsdokumenter til regionale helseforetak 2004).

Utfordringen med et slikt generelt pålegg er å definere hvilke kriterier som skal ligge til grunn for en omfordeling av ressurser. Det angis fra sentralt hold hvilke områder/pasientgrupper som skal ha en overordnet prioritering, mens det overlates til den enkelte regionale helseforetak å definere hvilke områder/pasientgrupper som har et tilbud preget av overkapasitet.

I delkapittel 7.3.1 ser vi nærmere på utvikling i kontakter med spesialisthelsetjenesten for en avgrenset gruppe pasienter med kronisk sykdom. Deretter beskrives utviklingen i praksis for ordningen med "rett til helsehjelp" som går på tvers av fagområder/diagnosegrupper.

### 7.3.1 Tjenestebruk for pasienter med kronisk diagnose

I styringsdokumentene til de regionale helseforetakene de siste par år, framheves pasienter med kroniske sykdommer som en gruppe som skal ha prioritet. Vi vil bruke tilgjengelige data fra Norsk pasientregister for å se i hvilken grad de kan belyse ulike sider ved tilbud og tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester for kronikere.

Kronisk sykdom innebærer at en person har en lidelse som i mange tilfeller ikke lar seg helbrede. En del av disse pasientene må regne med større eller mindre grad av symptomer og plager resten av livet. Dette varierer fra at pasienten har lette plager eller funksjonshemminger, til store funksjonshemminger og konstante smerter. For mange tilstander kan helsevesenet imidlertid bidra til at symptomene/plagene lindres og at livskvaliteten bedres. Graden av bedring varierer med type lidelse og individuelle forhold. Tiltakene for å hjelpe disse pasientene rommer en lang rekke virkemidler, blant annet bruk av medikamenter, kirurgi, fysikalsk behandling, trening, lærings- og mestringskurs, varmebehandling o.s.v.

Å avgrense hvilke diagnoser som er relevante å studere når vi skal se på utvikling i tjenestebruk er vanskelig. I vårt datamateriale har vi tilgang til pasientenes diagnose og hvilken type kirurgisk behandling vedkommende eventuelt har gjennomgått. Det er lite informasjon om innholdet i behandlingen ellers. Utenom det diagnosen i seg selv kan si, har vi heller ikke opplysninger om alvorlighetsgrad eller andre relevante forhold knyttet til pasientenes tilstand.

Det er derfor en utfordrende oppgave å bruke registerdata fra spesialisthelsetjenesten til å kunne si noe om tilbudet til en slik sammensatt pasientgruppe. Både teoretiske, operasjonelle og datamessige forhold bidrar til dette. Registerdata kan beskrive endringer i kontakter med helsetjenesten og ventetid til elektiv behandling. Hvordan endringer i antall kontakter

(døgnopphold, dagbehandling) for ulike grupper av pasienter skal tolkes med hensyn til om det indikerer at tilbudet er bedret er imidlertid ikke gitt. En økning i forbruk kan i noen tilfeller like gjerne indikere endringer i behov, manglende tilbud i kommunehelsetjenesten m.m. Mange kronikergruppene kjennetegnes av at omfang og kvalitet på tjenestetilbudet nettopp avhenger av innsatsen både i kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og eventuelt private organisasjoner. Samhandlingen mellom alle disse tjenesteyterne er også viktig. Mange tilbud til pasienter med kronisk sykdom gis derfor utenfor spesialisthelsetjenesten. Spesielt kan dette antas å omfatte en del læring og mestringstilbud, opptrening og rehabiliteringstilbud. I tillegg gjøres en større andel av oppfølging og kontroll som tidligere ble gjort på sykehusenes poliklinikker nå av fastlegen. Basert på intervjuer med fastleger gjelder dette blant annet pasienter med diabetes og kronisk obstruktiv lungesykdom (Kalseth m.fl 2004).

Karstensen (2001) brukte data fra Norsk pasientregister for å beskrive utviklingen i kontakten med sykehusene etter innføringen av ordningen med innsattsstyrt finansiering av sykehusene (ISF). I dette arbeidet ble kronisk sykdom definert med utgangspunkt i diagnosekodeverket ICD-10. Disse diagnosegruppene vil også danne grunnlaget for avgrensning av kroniske diagnoser i dette kapitlet, og brukes til å beskrive utviklingen i bruk av sykehus fra år 2000 til 2004. En oversikt over de enkelte pasientgrupper er gitt i tabell 7.10. Gruppen er svært heterogen ved at både lidelsens karakter, pasientenes funksjonsnivå og behovet for spesialisthelsetjenester sannsynligvis varierer betydelig. Noen av sykdommene er i stor grad aldersrelaterte, mens andre ikke er det.

### ***Endringer i antall opphold for pasienter med kronisk sykdomsdiagnose***

Det er flere innfallsvinkler til en beskrivelse av tjenestebruk. Pasienter med kroniske sykdommer kan ha mange kontakter med spesialisthelsetjenesten, både ved poliklinikker, dagavdelinger og sengeavdelinger på sykehus. Videre kan årsaken til kontakt være direkte relatert til den kroniske sykdommen, den kan ha indirekte ha betydning, eller det kan være helt andre årsaker til behov for kontakt med spesialisthelsetjenesten. Når sykdommen er hovedårsak til kontakt skal dette gjenspeiles i den registrerte hoveddiagnose. Ved andre kontakter kan den kroniske diagnose kodes som en bidiagnose når det er relevant. Det er dokumentert at koding av bidiagnoser i tidligere år har vært mangelfull. I dagens finansieringssystem er koding av bidiagnoser i en del tilfeller utslagsgivende for hvilken DRG pasientene grupperes til og påvirker dermed inntekten til helseforetaket. Det er derfor et sterkt insentiv til å kode mest mulig av relevante bidiagnoser (Jørgenvåg og Hope, 2005).

I tabell 7.8 skisseres volumet av ulike typer kontakter med spesialisthelsetjenesten for hele gruppen samlet for årene 2000 og 2004. Det skilles mellom opphold på døgnavdelinger og dagbehandling. Datagrunnlaget gir ikke mulighet til å følge pasientene over år eller mellom institusjoner. Når vi teller antall pasienter er dette derfor basert på opplysninger om kontakt med samme institusjon gjennom et kalenderår.

Tabell 7.8 Antall opphold for pasienter registrert med en kronikerdiagnose i henhold til et definert utvalg. Fordelt på døgnopphold og dagbehandling 2000 og 2004. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Kronisk diagnose	2000	2004	2000	2004	Endring antall		Prosent endring	
	Døgn- opphold	Døgn- opphold	Dag- behandl	Dag- behandl	Døgn- opphold	Dag- behandl	Døgn- opph	Dag- behandl
Hoveddiagnose	102 506	108 470	33 147	42 728	5 964	9 581	5,8	28,9
Bidiagnose	110 231	184 058	18 509	34 007	73 827	15 498	67,0	83,7
Andre opphold uten kronisk diagnose for disse pasientene	33 905	40 167	42 212	83 286	6 262	41 074	18,5	97,3
Alle opphold for kronikere uavhengig av diagnose	246 642	332 695	93 868	160 021	86 053	66 153	34,9	70,5

Datakilde: NPR.

Både antall registrerte døgnopphold og dagbehandlinger for pasienter med kronisk sykdom har økt i femårsperioden fra år 2000 til 2004. For 2004 ble det registrert 108 470 døgnopphold med en hoveddiagnose som faller inn i vårt utvalg, en økning på 6 prosent fra år 2000. Antall dagbehandlinger var i underkant av 43 000, med en økning på hele 29 prosent. Antallet opphold med kronisk sykdom som bidiagnose har økt med hele 67 prosent for døgnopphold og 84 prosent for dagbehandlinger. Som gjort rede for ovenfor kan nok dette delvis tilskrives en mer komplett koding i 2004. Vi kan heller ikke utelukke at det kodes bidiagnoser som ikke er direkte relevante for årsaken til oppholdet, men det eventuelle omfanget av dette er vanskelig å vurdere. En inkludering av bidiagnoser vil for 2004 bidra til at antallet døgnopphold nesten tredobles og antall dagbehandlinger nesten dobles. Tar vi i tillegg med andre opphold for pasienter som fra før har registrert minst ett opphold med en kronikerdiagnose får vi et tillegg på 40 000 døgnopphold og 83 000 dagbehandlinger i 2004. Til sammen hadde de utvalgte pasientgruppene over 490 000 opphold i 2004, hvorav 68 prosent var døgnopphold.

Oversikten viser litt av utfordringen med å vurdere endringer i tilbudet til pasienter med kroniske diagnoser. Siden hoveddiagnosen er den mest sikre og stabile indikasjon på at oppholdet er direkte relatert til pasientens kroniske sykdom, vil vi i den videre beskrivelse av aktiviteten holde oss til dette. Vi skiller mellom antall opphold og antall pasienter (personer) for å kontrollere for at hver pasient kan ha mange opphold og at endring i tjenestetilbudets omfang og innhold kan påvirke antall opphold. I tabell 7.9 framstilles rater for antall pasienter med døgnopphold eller dagbehandling som har registrert hoveddiagnose som angir kronisk sykdom i 2000 og 2004. Pasientene inndeles i fem alderskategorier.

Totalt sett finner vi en økning i pasientraten på 5 prosent i perioden. Den største rateøkningen kommer i befolkningen under 67 år. For de aller eldste (over 80 år) er raten noe redusert, men denne gruppen har naturlig nok den høyeste tjenestebruken fra før.



Tabell 7.9 Antall pasienter per 10 000 innbyggere med dagbehandling eller døgnopphold med diagnose som angir kronisk sykdom. Fordelt etter aldersgrupper i 2000 og 2004. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

	2000 <sup>1)</sup>	2004 <sup>1)</sup>	Rate 2000	Rate 2004	Pst endring
0-15 år	5 149	5 783	54	60	10,5
16-49 år	12 772	14 689	60	69	14,5
50-66 år	25 229	31 106	312	347	11,3
67-79 år	36 619	35 159	879	900	2,4
80 år+	23 591	24 492	1 198	1 149	-4,1
Total	103 360	111 229	230	241	5,2

1) Inkluderer kun opphold for pasienter registrert med gyldig bostedskommune.

Datakilde: NPR.

I tabell 7.10 fordeles døgnopphold og dagbehandling med kronisk hoveddiagnose etter de utvalgte diagnosegrupper.

Totalt sett øker antall utvalgte kronikeropphold med 11 prosent i perioden, mens det faktiske antall pasienter øker med 8 prosent. Både opphold for kroniske sykdommer i hud, nervesystem og skjelett-muskelsystem har en total vekst på over 30 prosent. I antall pasienter er veksten noe mindre, med 25 prosent for skjelett-muskelsykdom, 23 prosent for nervesykdom og 10 prosent for hudsykdom. Antallet registrerte opphold for kronisk øyesykdom er redusert i perioden. Dette kan ha sammenheng med at det finnes et tilbud til disse pasientene også utenfor offentlige og private sykehus, men som betales av det offentlige via Rikstrykdeverket.

De enkelte kronikergruppene varierer betydelig i volum. De fem største diagnosegruppene; grå stær, angina pectoris, kronisk iskemisk hjertesykdom, kroniske sykdommer i nedre luftveier og artroser utgjør over halvparten av alle opphold på i alt 24 grupper. For 19 av gruppene er det en økning i antall opphold og pasienter. Bare noen få grupper har færre opphold i 2004 enn i 2000. Dette gjelder diagnosegruppene grå stær, grønn stær, angina pectoris og hemiplegi (halvsidig lammelse). Nesten halvparten av opphold for angina pectoris er øyeblikkelig hjelp. Samtidig med denne nedgangen er, som tidligere nevnt, en like stor økning i antall registrerte hjerteinfarkt. Disse inngår ikke vårt utvalg.

Antallet opphold og pasienter registrert med kronisk iskemisk hjertesykdom (I25) økte med over 5000 opphold fra 2000 til 2004, en vekst på 68 prosent. Økningen er omgjort i rater betydelig for alle aldergrupper over 50 år, og størst for de aller eldste. Omtrent 1/3 av oppholdene for iskemisk hjertesykdom er øyeblikkelig hjelp. Under kapittel 4.2.2 så vi at prosedyrer for å utrede hjertesykdom og utblokkning av tette kransarterier var en av de kirurgiske prosedyrene som hadde økt mest i perioden. I vårt utvalg utgjør opphold relatert til sirkulasjonssykdom omtrent en tredjedel av kronikeroppholdene.

En annen stor gruppe er skjelett-muskellidelser, med artroser (slitasjegikt), betennelser i ledd og systemiske bindevevssykdommer som undergrupper. For artroser er pasientene i hovedsak mellom 50 og 79 år og behandlingen er i nesten 90 prosent av tilfellene kirurgisk. Økningen for denne gruppen er på 28 prosent fra 2000 til 2004. I prosent er det likevel antall pasienter med systemiske bindevevssykdommer som vokser mest. Rateberegning viser også her at prosentvis økning i oppholdsraten finner sted i alle aldersgrupper i den voksne befolkning.

Tabell 7.10 Antall opphold og antall pasienter fordelt etter utvalgte diagnosekategorier ICD-10 (kronisk sykdom). Faktisk antall og prosentvis endring. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Diagnosegruppe ICD-10	Dagbeh. og døgnoophold 2004	Endr 2000-2004	Prosent endring	Pasi- enter 2004	Endring 2000-2004	Prosent endring
E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	1 512	358	31	1 385	289	26
E10-E14 Diabetes mellitus	8 159	372	5	5 917	385	7
G20 Parkinsons sykdom	1 473	718	95	906	301	50
G30-G32 Andre degenerative sykdommer i sentralnervesystemet	1 043	499	92	549	168	44
G35-G37 Demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet	2 162	759	54	1 412	362	34
G40 Epilepsi	5 600	612	12	4 372	446	11
G80 Cerebral Parese	1 618	384	31	840	437	108
G81 Hemiplegi	109	-207	-66	91	-201	-69
G82 Andre paralytiske sykdommer	491	101	26	241	46	24
H25 Grå stær- aldersbetinget	21 088	-1 302	-6	15 899	-2 735	-15
H40 Grønn stær	3 415	22	1	2 578	-275	-10
I10-I15 Hypertensjon (høyt blodtr)	3976	1 200	43	3535	1 080	44
I20 Angina Pectoris	19 918	-3 098	-13	15 375	-1 676	-10
I25 Annen Kronisk Iskemisk hjertesykdom	13 610	5 519	68	11 059	4 438	67
I50 Hjertesvikt	9 791	1 281	15	7763	824	12
I70 Aterosklerose	5 913	214	4	4 512	263	6
J40-J47 Kroniske sykd i nedre luftvei	14 280	-618	-4	10 257	-769	-7
J60-J70 Lungesykd som skyldes ytre stoffer	616	246	66	538	198	58
L20-L30 Dermatitt og eksem	1 009	43	4	912	17	2
L40-L45 Papuloskvamøse lidelser - psoriasis og lignende	1 681	671	66	1 006	160	19
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	9 717	2 869	42	6 276	923	17
M15-M19 Arthroser	16 112	3 484	28	14 841	3263	28
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	3 614	849	31	2 317	555	31
N40 Prostata hyperplasi	4 279	569	15	3 959	484	14
Totalt opphold med kroniker hoveddiagnose	151 186	15 533	11	111 452	7 896	8
Opphold uten utvalgt kronisk hoveddiagnose	1 153 563	252 089	28	705 887	101 840	17
Totalt antall opphold	1 304 749	267 622	26	788 471	103 329	15

Datakilde: NPR.

Flere av gruppene som øker mest i prosent fra 2000 til 2004 er relativt små i utgangspunktet. En beskjedne vekst i opphold kan gi en sterk prosentvis vekst. Det er derfor vanskelig å tolke slike endringer. En inkludering av nye avdelinger i helseforetakene kan også gi en tilsynelatende vekst som skyldes ny registrering. Dette er blant annet relevant i forhold til enkelte spesialinstitusjoner som før var underlagt fylkeskommunen og nå er underlagt helseforetakene (f eks habiliteringsinstitusjoner). Dette er antakelig av marginal betydning totalt sett, men kan ha betydning for noen mindre grupper som for eksempel Cerebral Parese hvor 80 prosent av oppholdene gjelder pasienter under 16 år. Det er en for omfattende oppgave innenfor rammene av dette kapitlet å gå inn på eventuelle lokale endringer knyttet til spesifikke pasientgrupper.

Også antall polikliniske konsultasjoner for de utvalgte kronikergruppene vokser totalt sett, og det er flere pasienter som har kontakter med poliklinikkene. Totaltall for dette er framstilt i tabell 7.11. Økningen i antall konsultasjoner er mest markant for pasienter med kronisk nervesykdom, med en økning på 24 prosent. Det er en klar vekst i konsultasjoner for alle undergruppene, med unntak av pasienter med hemiplegi. Antall konsultasjoner for artroser økte med 22 prosent og for forstørret prostata var veksten på 23 prosent. Antallet konsultasjoner for sirkulasjonssykdom har en relativt moderat vekst totalt, og dette skyldes i stor grad en nedgang i for opphold med hoveddiagnose Angina Pectoris og en samtidig sterk økning i antallet konsultasjoner for hjertesvikt. På samme måte som for døgnopphold og dagbehandling er det en reduksjon i antallet polikliniske konsultasjoner for aldersbetinget grå stær. For kronisk sykdom i nedre luftveier er utviklingen svært stabil, mens antallet konsultasjoner for diabetes mellitus øker med 21 prosent. Vi nevnte tidligere at dette er grupper hvor fastlegene er antatt å kunne ta en større del av oppfølgingen enn tidligere.

Tabell 7.11 Antall konsultasjoner<sup>1)</sup> og antall pasienter som har vært til en eller flere konsultasjoner. Pasienter registrert med utvalgte diagnoser som angir kronisk sykdom. 2000 og 2004. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

	Antall konsultasjoner 2004	Antall pasienter 2004	Endring konsult 2000-04	Endring pasienter 2000-04	Pst endr kons	Pst endr pas	Kons per pas 2000	Kons per pas 2004
Kronisk hoveddiagnose	609 053	279 092	49 322	26 344	8,8	10,4	2,2	2,2
Ikke utvalgt kronisk hoveddiagnose	2 765 335	1 303 811	404 329	170 130	17,1	15,0	2,1	2,1

1 Eksklusive dagbehandling som inngår i Innsatsstyrt finansiering.

Datakilde: NPR.

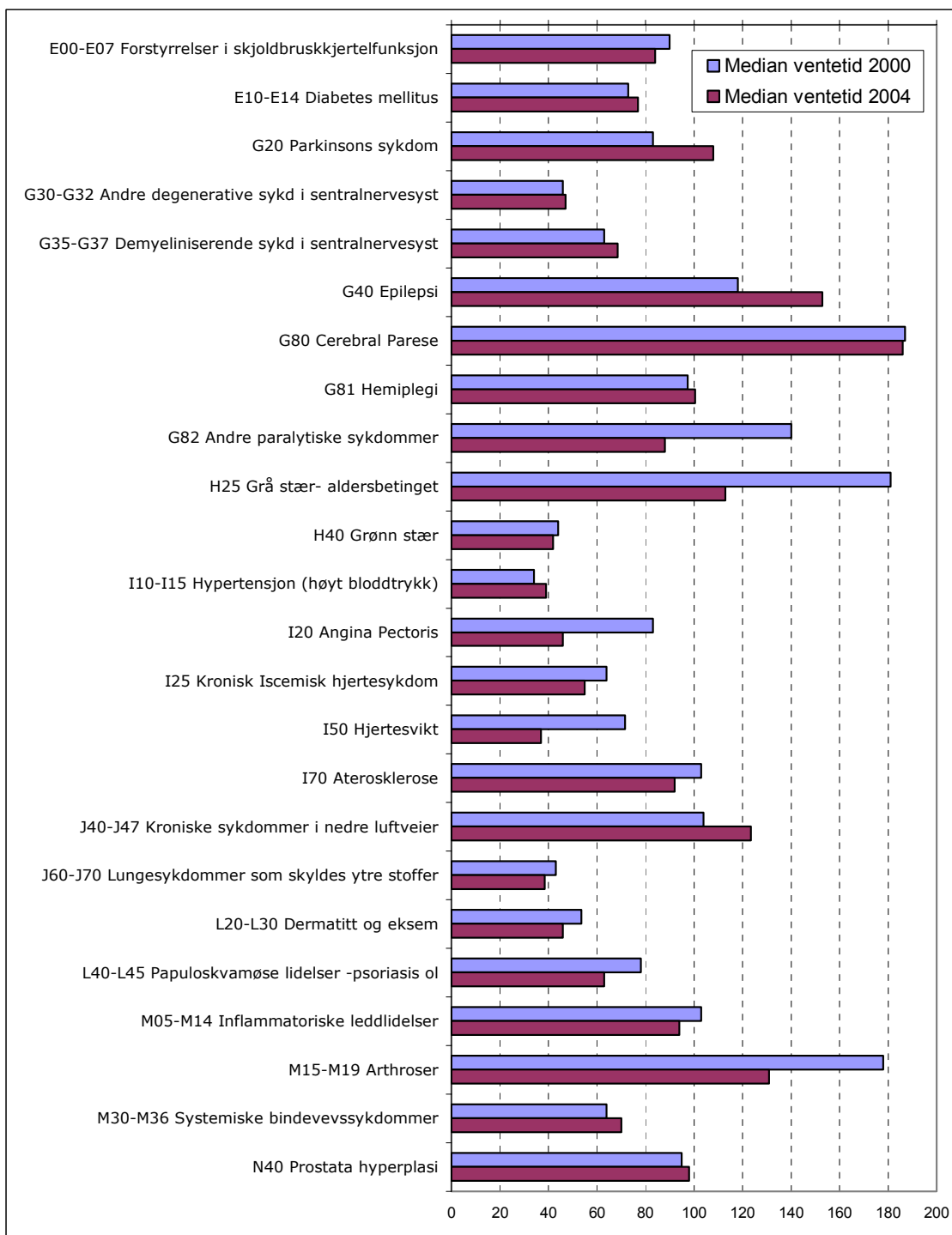
### **Ventetid til planlagt opphold for pasienter med kronisk sykdomsdiagnose**

En indikator på tilgjengelighet er ventetiden til behandling. Median ventetid<sup>19</sup> i 2000 og 2003<sup>20</sup> for den enkelte pasientgruppe er vist i figur 7.2. Halvparten av diagnosegruppene har hatt en reduksjon i median ventetid, mens den andre halvparten har hatt en økning. For 14 av gruppene er endringene svært moderate, med noen få dagers økning eller reduksjon i median ventetid. Alle gruppene sett under ett har en redusert median ventetid på 29 dager.

<sup>19</sup> Median ventetid uttrykker det antall dager hvor halvparten av pasientene venter kortere og halvparten venter lengre. Ventetiden er beregnet for den første kontakt pasienten har med sykehuset og hvor vedkommende er registrert med en verdi som angir at pasienten er tatt fra venteliste. Ved flere opphold etter hverandre inkluderes kun ventetiden til første opphold.

<sup>20</sup> For 2004 er det ikke tilgjengelige ventetidsdata på grunn av en datateknisk feil ved innrapportering fra en av de største systemleverandørene som brukes av helseforetakene.

Figur 7.2 Median ventetid i dager fordelt etter utvalgte diagnosegrupper. År 2000 og 2003. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.



Datakilde: NPR

Endringen i median ventetid varierer fra -68 dager til +35 dager. Måles ventetid som aritmetisk gjennomsnitt går endringen fra -83 dager til +56 dager.

Av de litt større gruppene er reduksjonen størst for pasienter med grå stær (-68 dager) og artroser (-47 dager). Disse hadde i utgangspunktet noen av de lengste mediane ventetidene og har fortsatt relativt sett lang ventetid med 113 dagers median ventetid for grå stær og 131 dager for artroser i 2004. For pasienter med Parkinsons sykdom og epilepsi har medianventetiden økt med til å bli 108 (+25 dager) og 153 dager (+35) i 2004. Epilepsipasientene består i hovedsak av barn og unge.

Totalt sett er bildet at registrert ventetid er redusert for de fleste av de store gruppene. Mange av de mindre pasientgruppene består av relativt få pasienter og gir derfor et spinkelt grunnlag for å trekke klare konklusjoner.

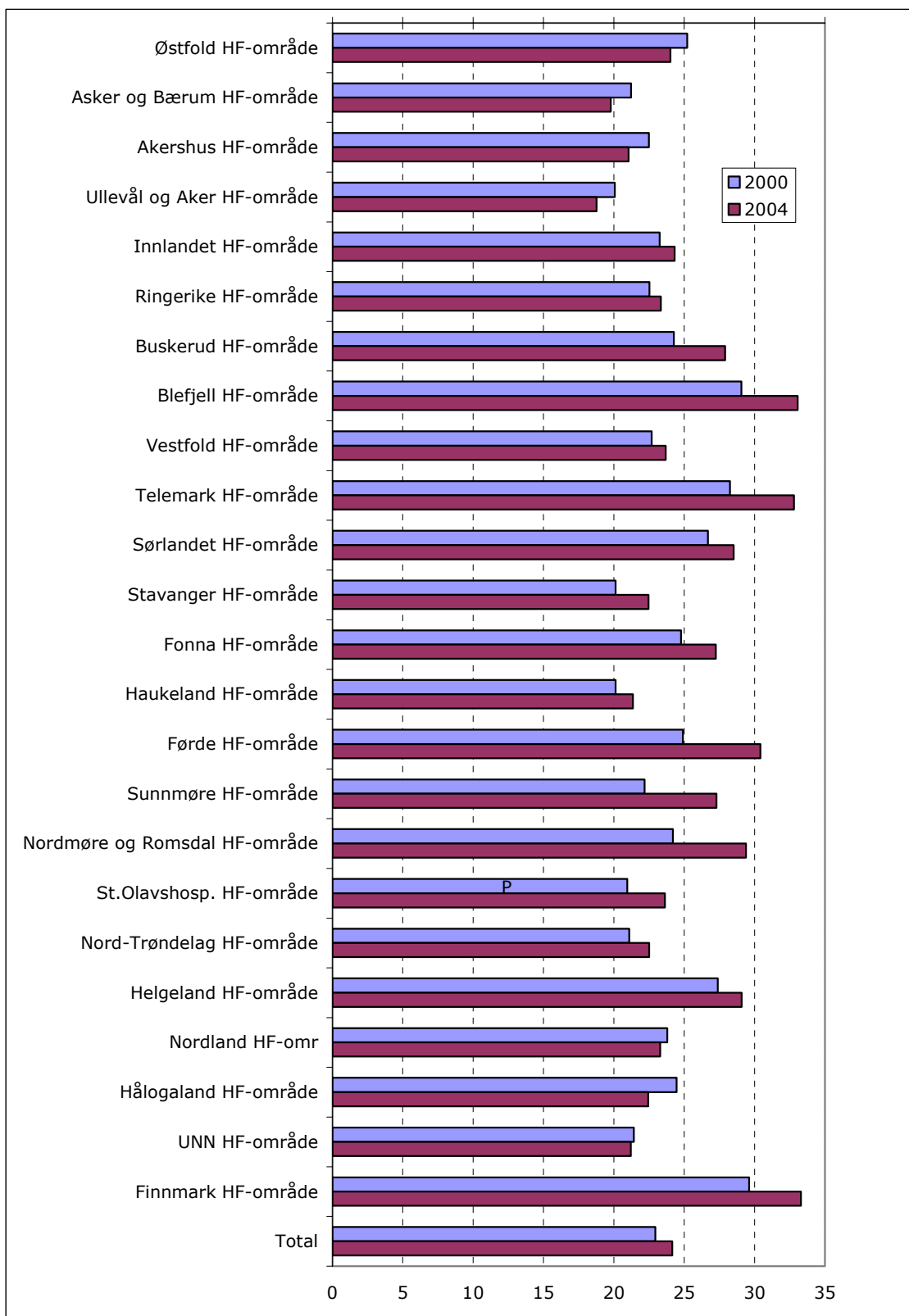
### ***Geografiske variasjoner i sykehusbruk for pasienter med kronisk sykdom som hoveddiagnose***

Hittil har beskrivelsen av aktivitet relatert til pasienter med kronisk diagnose vært basert på nasjonale utviklingstrekk. Avslutningsvis framstilles variasjoner i sykehusbruk for pasienter bosatt i helseforetakenes geografiske ansvarsområder (se figur 7.3).

Antall pasienter brukes som enhet og ikke antall opphold. Dette for å korrigere for eventuelle forskjeller i opphold per pasient som kan skyldes organisatoriske forhold. Variasjonskoeffisienten for antall pasienter per 10 000 innbyggere med opphold på sykehus var på 12 prosent i år 2000 og 18 prosent i 2004. Variasjonen i antall registrerte pasienter har dermed økt noe. De største endringene er kommet i Blefjellsområdet, i Telemark, Førdeområdet, Sunnmøre, Nordmøre og Romsdal og Finnmark. De høyeste ratene i 2004 hadde Blefjellsområdet, Telemark og Finnmark. Innen Helse Øst er det en reduksjon i den registrerte pasientraten for fire av fem områder. Disse områdene hadde fra før noen av de laveste pasientratene i landet. En delforklaring på dette kan være at grå-stærpatienter, som er en stor gruppe, i større grad enn andre steder får et tilbud hos private spesialister som ikke inngår i vårt datamateriale. Vi har ikke kunnskap om hvorvidt dette også kan gjelde andre grupper.

Forskjellene mellom områdene spenner i 2004 fra Asker og Bærum HF-område, som ligger 18 prosent under gjennomsnitt, til Blefjell og Finnmark med en rate nesten 40 prosent over gjennomsnittet. Hvorvidt rateforskjellen mellom områdene og endring i rater indikerer ulik tilgjengelighet, ulike behov, ulik organisering, registrering av aktivitet eller andre forhold er vanskelig å vurdere uten å gå mer i dybden på materialet. En mer inngående studie av endringer i hvilke avdelinger og institusjoner som inngår i ulike områder og en kartlegging av nye tilbud og alternative tilbud ville vært interessant, men går utover rammene for dette kapitlet.

Figur 7.3 Pasienter per 10 000 innbyggere med utvalgte hoveddiagnoser for kronisk sykdom. År 2000 og 2004. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.



Datakilde: NPR.

### 7.3.2 Ressursbruk knyttet til kroniske pasienter

Gjennom bruk av kostnadsvektene i DRG-systemet kan vi gjøre en grov beregning av endringen i ressurskrav knyttet til aktivitetsveksten for de utvalgte kronikergruppene. Vi skal imidlertid være forsiktige med å trekke klare konklusjoner om prioriteringer eller andre forhold på basis av dette. Det ble tidligere vist til at den totale tjenestebruken for disse pasientene omfatter mer enn de kontakter hvor den kroniske diagnosen er hoveddiagnose.

Tabell 7.12 Endring i antall opphold og korrigerte DRG-poeng fra 2000 til 2004. Pasienter registrert med utvalgte diagnoser som angir kronisk sykdom.

	Endring opphold		Endring korrigerte DRG-poeng		Andel av døgn- og dagbehandl		Andel av totalt antall DRG-poeng	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	2000	2004	2000	2004
Kronisk hoveddiagnose	15 533	11	8 800	6	13	12	18	15

Den prosentvise veksten i DRG-poeng er lavere enn veksten i antall opphold. I gjennomsnitt er altså dette snakk om relativt "lette" opphold i forhold til ressurskrav. Andelen dagbehandling for disse pasientgruppene ligger totalt sett i underkant av 30 prosent. Det er beregnet en økning på 6 prosent i ressursbehov knyttet til en økning på 11 prosent i antall opphold. For driftsåret 2000 er det beregnet at 18 prosent av totale utgifter kan knyttes til dag- og døgnopphold med registrert kronisk hoveddiagnose. Andelen er redusert til 15 prosent i 2004, noe som viser at andre typer av opphold har økt enda mer.

### 7.3.3 Utvikling i praksis knyttet til "Rett til helsehjelp"

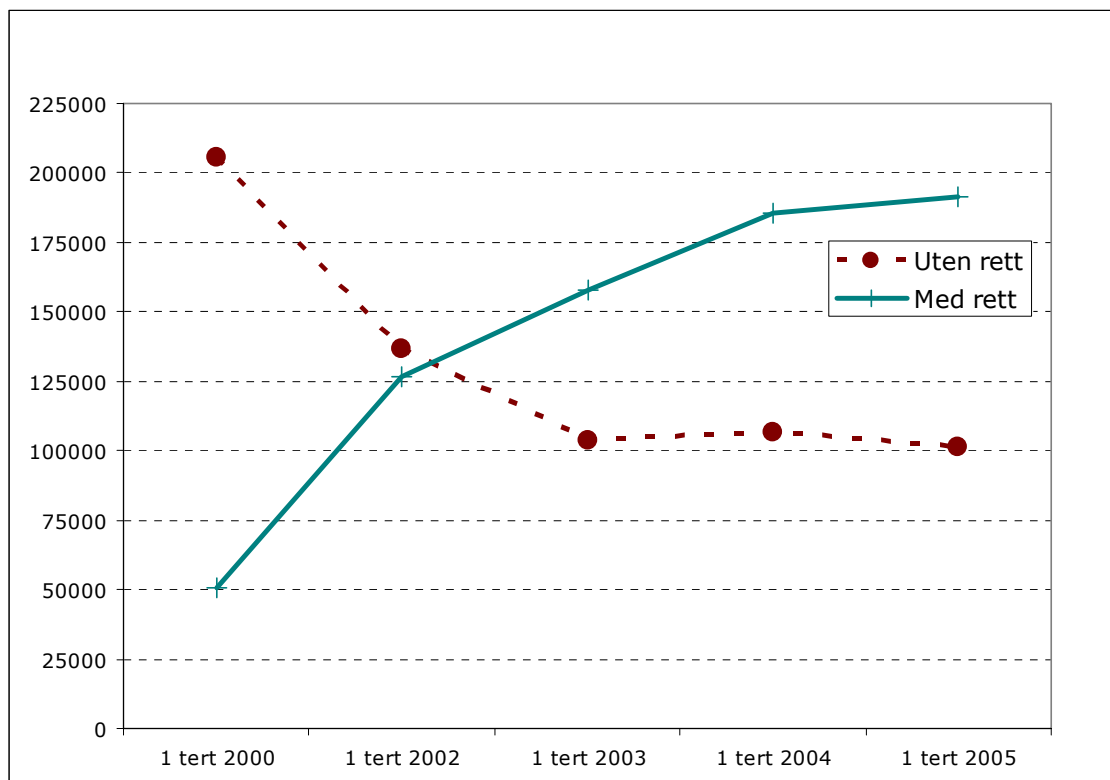
Rett til helsehjelp er et relativt nytt begrep som ble innført med endringer i pasientrettighetsloven i 2001. Rett til helsehjelp avløste den tidligere "ventetidsgarantien" hvor pasienter som ble innvilget ventetidsgaranti skulle behandles innen en angitt tidsperiode. I den nye ordningen er det innført et system med en vurderingsgaranti hvor den enkelte pasient skal få tilbakemelding på sin søknad om helsehjelp fra sykehuset innen 30 virkedager. I tilbakemeldingen blir pasienten opplyst om hun eller han enten innvilges eller avslås retten til helsehjelp. Får man ikke innvilget rett til helsehjelp kan personen fortsatt stå på venteliste som en uprioritert pasient. Fra november 2004 er det individuelle behandlingsfrister knyttet til denne rettighetsvurderingen. Opplysninger om den enkelte pasient sin rett til helsehjelp skal registreres i sykehusenes pasientadministrative system og leveres til Norsk pasientregister som et ledd i den tertialvise rapportering av pasientrelaterte data. Vi vil bruke registrerte opplysninger for å se på utvikling i registreringspraksis og ventetider i forhold til prioriteringsgrad.

År 2000 var det siste året den gamle ventetidsgarantien fortsatt var gyldig. Vi tar i framstillingene nedenfor utgangspunkt i dette året for å få med forskjellen i bruk av de to ordningene. Tallene omfatter pasienter som er ordinært avvirket fra venteliste, altså de pasientene som har mottatt behandling<sup>21</sup>.

I figur 7.4 kan vi følge utviklingen fra siste året ventetidsgarantien var i bruk fram til første tertial 2005.

<sup>21</sup> I forhold til ventetid er det mest aktuelt å se på hvor lenge pasientene faktisk ventet før de fikk behandling. Derfor brukes gjennomgående ordinært avvirkede pasienter som grunnlag i denne framstillingen. Andelen med og uten rett til helsehjelp endres ikke nevneverdig om vi ser på utviklingen for nyhenviste pasienter i de samme periodene.

Figur 7.4 Antall ordinært avviklede pasienter fra venteliste med og uten rett til helsehjelp. Første tertial i årene 2000, 2002, 2003, 2004 og 2005<sup>22</sup>.



Datakilde: VentSYS, NPR.

Figuren illustrerer med tydelighet at relativt få pasienter fikk innvilget ventetidsgaranti i under den gamle garantiordningen (se år 2000), og at innføringen av ordningen med rett til helsehjelp har bidratt til at et økende antall pasienter får innvilget retten. Antallet uten rett til helsehjelp har vært relativt stabil de siste årene.

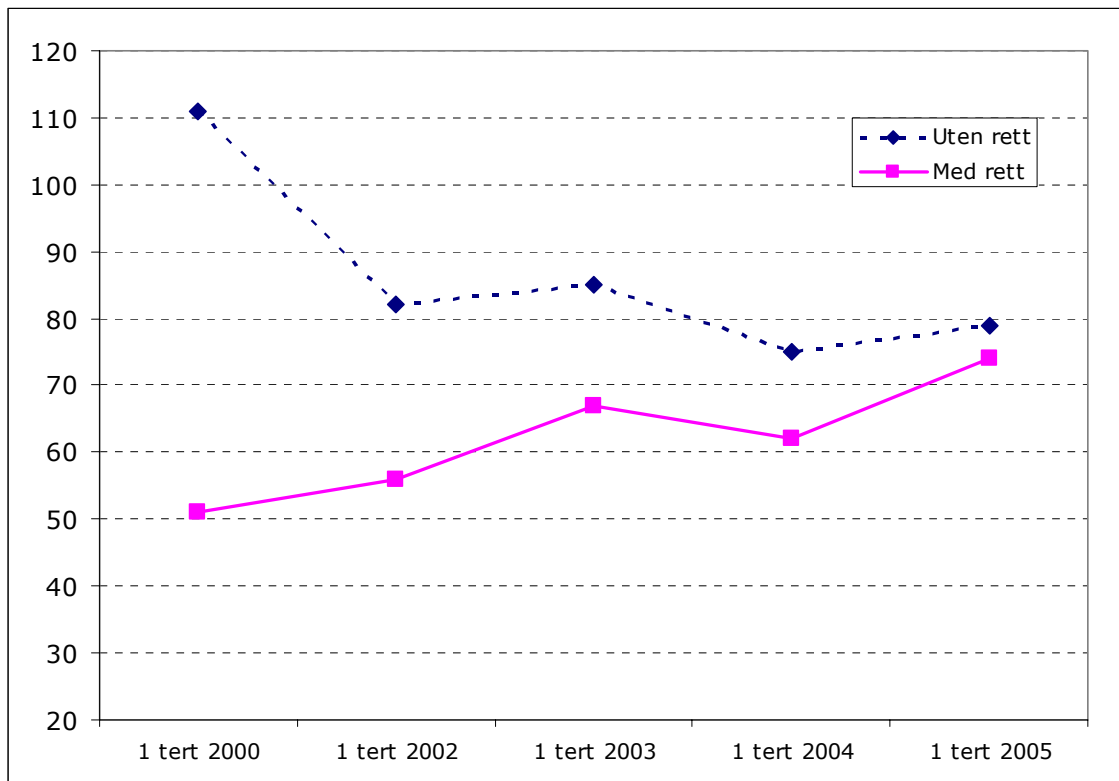
Utviklingen i gjennomsnittlig ventetid til behandling for de to gruppene er interessant og er vist i figur 7.5. Registreringene indikerer at det over tid er blitt en tilnærming i ventetid for pasienter med og uten innvilget rett til helsehjelp. I første tertial 2004 var forskjellen 13 dager, mens den i 2005 bare var 5 dager. Dette omfatter som nevnt pasienter som har mottatt behandling. Dataene indikerer at gjennomsnittlig ventetid går opp for rettighetspasienter i første tertial 2005. Dette kan skyldes at det etter hvert er kommet til pasienter som tidligere ikke ville fått denne retten. Hvis disse i realiteten har en noe lengre ventetid, vil det bidra til at gjennomsnittlig ventetid totalt sett øker for gruppen med rett til helsehjelp.

Også alle pasienter sett under ett, gikk ventetidene ned i perioden fra 2000 til 2004, mens dataene fra første tertial 2005 viser et brudd i utviklingen og en økning i gjennomsnittlig ventetid.

<sup>22</sup> 2001 var et overgangsår og derfor ikke inkludert i tallene.



Figur 7.5 Gjennomsnittlig ventetid i dager for ordinært avviklede pasienter med og uten rett til helsehjelp. Første tertial i årene 2000, 2002, 2003, 2004 og 2005.

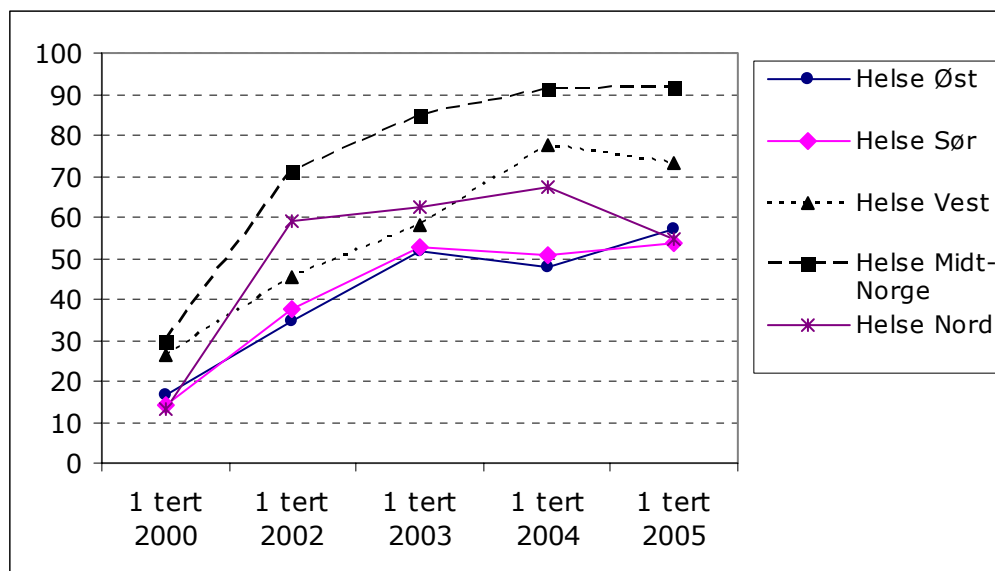


Datakilde: VentSYS, NPR.

Utviklingen i den enkelte helseregion i andel av ordinært avviklede pasienter med og uten rett til helsehjelp er framstilt i figur 7.6.

I alle helseregionene har det over tid vært en økning i andelen med innvilget rett til helsehjelp. Helse Midt-Norge skiller seg fra de andre ved at de har hatt en relativt høy andel pasienter med innvilget rett i hele perioden etter at ordningen kom. De er nå oppe i over 90 prosent med innvilget rett. For pasienter i Helse Nord og Helse Vest er det registrert en nedgang i andelen pasienter med tildelt rett i første tertial 2005 i forhold til samme periode året før. Helse Nord blir da liggende på omtrent samme nivå som Helse Sør og Helse Øst med en andel rundt 55 prosent. Helse Vest ligger på 73 prosent første tertial 2005.

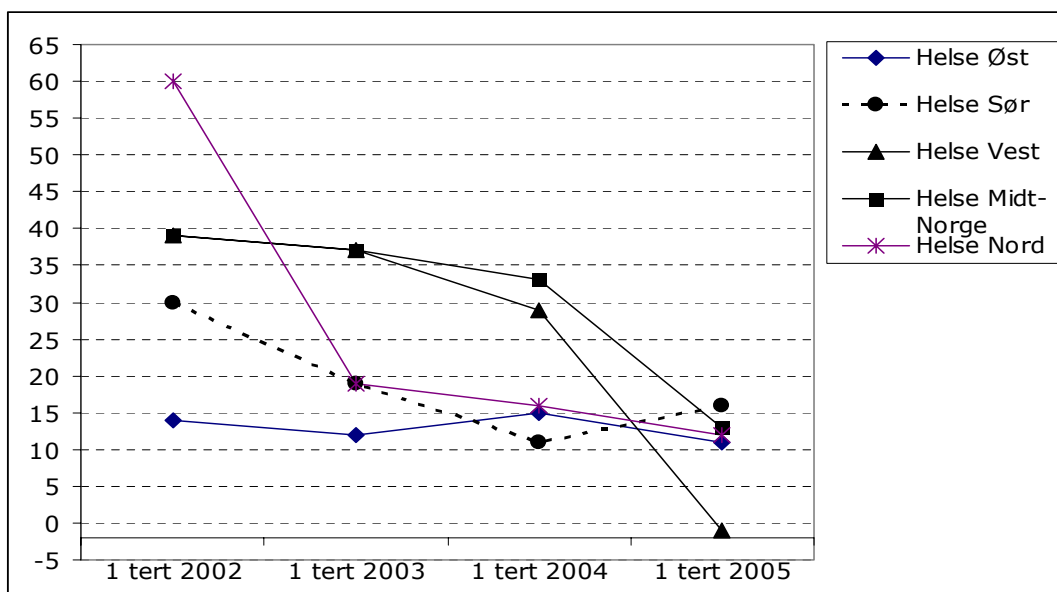
Figur 7.6 Andel av ordinært avviklede pasienter fra venteliste som er tildelt rett til helsehjelp. Første tertial i årene 2000<sup>23</sup>, 2002, 2003, 2004 og 2005.



Datakilde: VentSYS, NPR.

Den nasjonale oversikten viste at den gjennomsnittlige ventetiden for pasienter med og uten rett til helsehjelp nærmet seg hverandre. Ser vi på utviklingen i forskjellen i ventetid mellom de to gruppene på helseregionnivå, er bildet i hovedsak det samme over tid. For pasienter fra Helse Midt-Norge og spesielt for Helse Vest er reduksjonen i forskjell mellom gruppene betydelig fra første tertial 2004 til samme periode i 2005. For Helse Vest bidrar dette faktisk til at det ikke er noen forskjell mellom de to gruppene. For de andre regionene ligger forskjellen mellom 11 og 16 dager i gjennomsnittlig ventetid.

Figur 7.7 Differanse i antall dager gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med og uten rett til helsehjelp. Første tertial i årene 2000, 2002, 2003, 2004 og 2005.



Datakilde: VentSYS, NPR.

<sup>23</sup> I år 2000 gjaldt den gamle ordningen med ventetidsgaranti

Vi bør selvsagt ta et visst forbehold i våre konklusjoner når utvikling framstilles på et så aggregert nivå som her og at det kan være rimelige forklaringer på utviklingen som framkommer ved en mer detaljert studie av bruken av rett til helsehjelp. Det tas også forbehold i forhold til om alle regionene har en komplett registrering av opplysninger om retten til helsehjelp og at det kan være systemgenererte feil som svekker dataenes validitet. Skal slike registreringer ha noen nytte i styringsmessig sammenheng er det en forutsetning at data-grunnlaget er rimelig pålitelig.

Allerede i odelstingsproposisjon nr 63 (2002-2003) *"Om lov om endringer i lov av 2.juli 1999 nr 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) med mer"* problematiseres ulik praksis mellom helseregionene i tildeling og registrering av rett til helsehjelp.

*"Når fastsettelsen baseres på en individuell medisinskfaglig vurdering, må man akseptere at de fristene som settes, vil kunne variere noe, også for likeartede tilfeller, fordi fastsettelsen vil måtte baseres på den enkelte legens skjønn. Det vil imidlertid ikke være akseptabelt at praksis fortsetter å være så ulik helseregionene i mellom som det som er redegjort for ..."*

Vi har vist at forskjellene fortsatt er store og at ordningen er vanskelig å praktisere på en ensartet måte.

## 7.4 Avsluttende kommentarer

Formålet ved dette kapitlet var todelt. For det første gi en beskrivelse av den generelle utviklingen i sykehusenes aktivitet de siste fem år. Et annet siktemål var å se om tilgjengelige aktivitetsdata og ventelistedata fra Norsk pasientregister gir et relevant grunnlag for å belyse prioriteringsspmå.

Veksten i aktivitet er generell

Den registrerte aktivitetsveksten ved sykehusene i Norge i løpet av den siste femårsperioden er betydelig. Veksten kommer innenfor alle typer opphold, enten vi ser på døgnaktivitet, dagaktivitet, øyeblikkelig hjelp eller elektiv virksomhet og innenfor de fleste hoveddiagnosegrupper. Også antallet polikliniske konsultasjoner øker. Både den relative og faktiske veksten er størst innen elektiv virksomhet.

En betydelig andel av veksten i antall opphold kan tilskrives en økning i antall opphold per pasient. Samtidig er det også en klar økning i antall behandlede pasienter. For døgn- og dagbehandling er veksten på 15 prosent og for polikliniske konsultasjoner er veksten på 10 prosent.

Utviklingen med flere opphold per pasient gjenspeiler i stor grad en endring i organiseringen av pasientforløp. Økt bruk av dagtilbud innebærer ofte at pasienten har mange dagbehandling til fordel for en lengre innleggelse. Parallelt med dette er det også en vekst i planlagte og ikke-planlagte reinnleggelser ved døgnavdelinger. Den økte forekomsten av øhjelpsinngelgelser for eldre ble framstilt i fjorårets SAMDATA Somatikk (se Huseby 2004).

Alle typer sykehus har hatt en aktivitetsvekst de siste fem år. De private sykehusene har bidratt betydelig til at tilgjengeligheten til behandling er bedret for pasientgrupper som tidligere hadde relativt lang ventetid ved mange offentlige sykehus. Nesten halvparten av den registrerte veksten i dagkirurgisk behandling har kommet ved private sykehus. Dette omfatter spesielt pasienter som ventet på "enklere" kirurgisk behandling. Men også pasientgrupper som i hovedsak behandles ved offentlige sykehus har fått bedre tilgang til behandling. Dette gjelder blant annet pasienter med iskemisk hjertesykdom.

Går ventelistedugnen mot slutten?

Vekstraten for elektiv kirurgi og andre elektive opphold reduseres fra 2003 til 2004, i forhold til de foregående år, men antallet opphold øker likevel med henholdsvis 2,6 og 7,8 prosent.

En del pasientgrupper med "mindre" alvorlige lidelser som kan behandles dagkirurgisk hadde en betydelig vekst de første årene etter eierskapsreformen. Økningen i antall opphold ser imidlertid til å flate ut for en del av disse gruppene fra 2003-2004. Herunder kommer blant annet opphold med diagnosene søvnforstyrrelser (snorking), karpal tunell syndrom?, åreknuter, hemoroider, kneleddsartrose, ervervede deformiteter i fingre og tær og reumatoid artritt. Tidligere var det ofte lang ventetid for elektiv behandling av denne typen lidelser.

Når vi ser en svakere vekst eller reduksjon i aktiviteten knyttet til enkelte pasientgrupper kan dette ha flere forklaringer. Er det etterspørselen som avtar? Eller er det tilbudet som begrenses, og at dette derfor er et uttrykk for prioritering? Det kan tenkes at den økte innsatsen for å redusere ventelistene i årene etter eierskapsreformen kan ha tatt av for en oppdemmet etterspørsel, som nå begynner å avta. Veksten i aktivitet ved de private sykehusene er basert nettopp på volumveksten for pasientgrupper egnet for dagkirurgi og enklere medisinsk dagbehandling.

Alle prioriteres?

Aktivitetsveksten de senere år har gitt fornyet fokus på behovet for prioritering i helse-tjenesten. Hovedinntrykket fra framstillingen i dette kapitlet er at veksten i aktivitet innen enkelte fagområder eller typer aktivitet generelt sett ikke har gått ut over tilbudet til andre pasienter. Vi så spesielt på utviklingen i tjenestebruk og ventetid til behandling for en del utvalgte pasienter med en hoveddiagnose som angir at de har en kronisk sykdom. Dette er en stor og heterogen gruppe som er vanskelig å avgrense. Resultatene fra vår beskrivelse gir ikke grunnlag for å trekke klare konklusjoner med hensyn til prioritering for denne gruppen generelt sett. Utviklingen for disse pasientene følger i stor grad den generelle trenden med en vekst i antall pasienter som har hatt enten døgn eller dagbehandling i perioden fra 2000 til 2004. De registrerte ventetiden til elektiv behandling har vært relativt stabile for de fleste av kronikergruppene.

Veksten i elektiv virksomhet er som sagt generell. Kan den økte elektive kapasiteten ha bidratt til at ventetiden til behandling er såpass redusert at det ikke har vært et erkjent behov for en sterk prioritering mellom disse pasientene? Det har vært rom for at de fleste pasienter får behandling innen en rimelig kort venteperiode. Dette kan muligens ha bidratt til at ventetidene til behandling for pasienter med og uten vurdert rett til helsehjelp over tid har nærmet seg hverandre.

Prioritering blir ofte assosiert med en regulering av etterspørselen etter elektive tilbud. Vi vil til slutt stille spørsmål ved om den sterke fokuseringen på å redusere ventelistene har bidratt til å begrense tilbudet til det økende antall eldre pasienter med sammensatt sykdomsbilde og redusert funksjonsnivå? For denne gruppen er det kapasiteten ved indremedisinske avdelinger som er av størst betydning, da deres sykehusbruk domineres av innleggelse som øyeblikkelig hjelp. Dette er et komplisert spørsmål som vi ikke skal besvare her. Det kan likevel stilles spørsmål ved om en økende andel ikke planlagte reinnleggelse for de aller eldste kort tid etter utskrivning kan indikere at presset på liggetid for eldre er blitt svært høyt. I den sammenheng er imidlertid også oppgavefordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og samarbeidet mellom ulike deler av helsetjenesten et viktig tema.

## Del III Foretaksperspektivet

Det ligger klare forventninger til at eierskapsreformen skal gjøre sykehusene bedre i stand til å møte helsepolitiske målsettinger og gi bedre og billigere helsetjenester. I forslaget til lov om helseforetak (Ot. prp. nr. 66, 2000-2001) påpekes det at det på tross av store ressursøkninger til helsesektoren de siste ti år, en sterk økning i antallet legestillinger, og økt aktivitet på de fleste sykehus likevel er mangel på penger, medisinsk-faglig arbeidskraft og lange ventelister. Foretaksorganiseringen skal derfor bidra til bedre organisering og en mer effektiv utnyttelse av personell, bygninger, utstyr og økonomiske ressurser. I styringsdokumentene til de regionale helseforetakene (RHF-ene) de senere årene er det stilt eksplisitte krav til effektivisering av den somatiske spesialisthelsetjenesten.

I del III av rapporten er fokuset foretaksperspektivet. Perspektivet i denne delen av rapporten er knyttet til produksjonen av helsetjenester og helseforetakene / sykehusene som produksjonsbedrifter. I tillegg setter vi fokus på variasjoner mellom regionene og helseforetakene knyttet til organiseringen av de somatiske spesialisthelsetjenestene.

Dagkirurgi regnes vanligvis som effektiv ressursutnyttelse i sammenligning med døgnopphold som krever både pleie- og sengerressurser i tillegg til den kirurgiske behandlingen. I kapittel 8 beskrives utviklingen av dagkirurgi som andel av dagkirurgiske DRG, all elektiv kirurgi og all kirurgi. Kapitlet viser variasjoner mellom regioner og foretak i bruk av dagkirurgi, både generelt og spesielt for utvalgte dagkirurgiske DRG.

I kapittel 9 settes søkelyset på aktivitets- og produktivetsindikatorer ved helseforetakene i 2004. Produktivetsindikatorer vil f.eks. være antall korrigerte opphold per behandlerårsverk og beleggsprosent. Produktivitet sier derfor noe om aktivitet i forhold til en eller flere innsatsfaktorer. Indikatorer for kostnadsnivå vil også delvis kunne oppfattes som også indikatorer for produktivitet. Forskjellen ligger grovt sett i at kostnadsnivået både har en priskomponent og en volumkomponent. Det kan tenkes at både kostnadsnivået og produktiviteten ved et sykehus er meget høyt fordi lønnsnivået ved dette sykehuset avviker i forhold til andre sykehus. Eksempler på kostnadsnivåindikatorer er netto driftskostnader per korrigerte opphold og relativt kostnadsnivå. Aktivitetsindikatorene gir informasjon om gjennomsnittlig liggetid, den korrigerte aktiviteten og omfanget av pasienter med liggetid utenfor trimpunkt.

Videre vil denne delen også inkludere et kapittel som analyserer utviklingen i teknisk- og kostnadseffektivitet i perioden 1999-2004, og beskriver utviklingen for hver av regionene.



## 8 Dagkirurgi

Pål E. Martinussen

Dagkirurgi utgjør nå nesten 50 prosent av all kirurgi, og 61 prosent av all elektiv kirurgi i Norge. Økningen siste år var likevel langt mindre enn året før: fra 2003 til 2004 var økningen på bare 5,2 prosent og i overkant av 9 500 opphold mot 17,6 prosent og mer enn 27 000 opphold fra 2002 til 2003. Så godt som hele fjorårets økning skyldes en sterk aktivitetsvekst blant de private sykehusene utenfor RHF'ene, som stod for nesten 93 prosent av økningen i dagkirurgiske inngrep fra 2003 til 2004, og utførte totalt 15 prosent av all dagkirurgi i Norge i 2004. Helse Vest RHF hadde en økning i dagkirurgiske opphold på 7,5 prosent, mens Helse Sør RHF hadde en nedgang på 9,1 prosent. Helse Øst RHF har fortsatt den høyeste andelen dagkirurgi, uavhengig av om det måles som andel av dagkirurgiske DRG, andel av elektiv kirurgi eller andel av all kirurgi. De dagkirurgiske DRG-ene som hadde størst økning var lettere ortopediske operasjoner (DRG 222 og DRG 224).

### 8.1 Innledning

Dagkirurgi har spilt en stadig viktigere rolle i norsk helsevesen i løpet av de siste 15 årene, og i europeisk sammenheng rangerer Norge svært høyt når det gjelder utbredelsen av denne formen for behandling. Det har lenge vært en uttalt helsepolitisk målsetning å erstatte stadig flere sykehusinnleggelses med dagbehandling, og som i andre land bygger denne ambisjonen på en sterk optimisme knyttet til potensialet i moderne kirurgiske teknikker, og dermed dagkirurgi. De vanlige argumentene er at dagkirurgi er mindre traumatiserende for pasienten, involverer lettere narkose enn ved tradisjonell kirurgi, og betyr kortere behandlingstid og raskere rekonvalesens. Den underliggende antagelsen er derfor at økt bruk av dagkirurgi vil bedre effektiviteten i sykehusene, så vel som kvaliteten i behandling av pasienten.

I utgangspunktet kan det diskuteres hva som skal defineres som dagkirurgi. To sentrale spørsmål i denne sammenhengen er (i) hvorvidt dagkirurgiske operasjoner skal forutsettes å være elektive (planlagte) og (ii) hvorvidt et døgnopphold definert i en kirurgisk DRG med 0 liggedager skal defineres som dagkirurgi. I beregningene i dette kapitlet er det benyttet en vid definisjon av dagkirurgi: dagkirurgi er definert som alle kirurgiske inngrep der pasienten har 0 liggedager (uavhengig av om pasienten er innlagt på heldøgnsavdeling eller dagavdeling og uavhengig av om operasjonen er planlagt eller ikke).

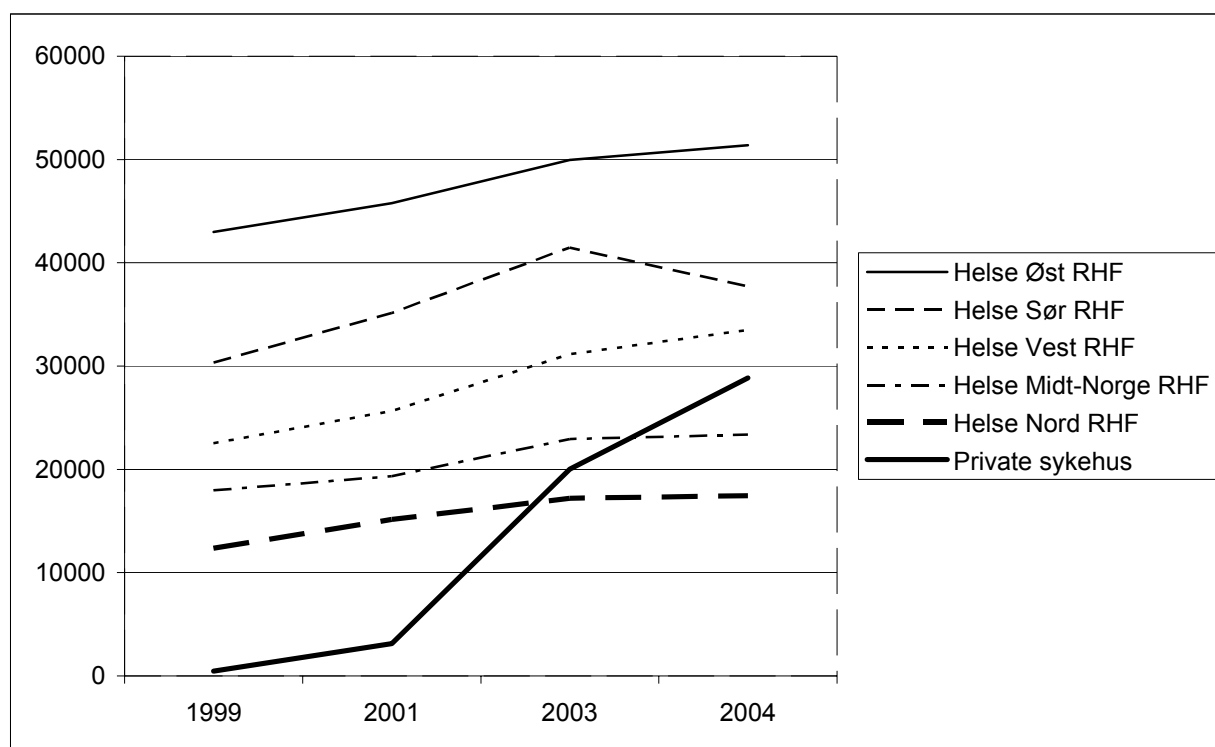
Datagrunnlaget for dette kapitlet er pasientdata for innlagte heldøgns pasienter, innlagte dagpasienter og pasienter som har fått dagbehandling ved poliklinikkene ved norske sykehus. I kapitlet beskrives omfanget av dagkirurgi i relasjon til all kirurgi, all elektiv kirurgi og dagkirurgiske DRG.

## 8.2 Hovedtrender

Dagbehandlinger og dagkirurgi ble først inkludert i ISF-systemet fra 1999, og er derfor ikke komplett registrert for tidligere år. I løpet av seksårsperioden det eksisterer data for, har antallet dagkirurgiske operasjoner økt med nesten 52 prosent, eller mer enn 65 000 opphold. Økningen siste år var imidlertid langt mindre enn året før: fra 2003 til 2004 økte bruken av dagkirurgi med bare 5,2 prosent og i overkant av 9 500 opphold, mot 17,6 prosent og mer enn 27 000 opphold fra 2002 til 2003. Den sterke økningen hele perioden 1999-2004 sett under ett kan derfor først og fremst relateres til tidligere års utvikling.

Som det fremgår av figur 8.1 og tabell 8.1 skyldes så godt som hele fjorårets økning den sterke dagkirurgiske aktivitetsveksten blant de private sykehusene. Private sykehus utenfor RHF'ene stod for nesten 93 prosent av økningen i dagkirurgiske inngrep fra 2003 til 2004, og utførte totalt 15 prosent av all dagkirurgi i Norge i 2004. Den tilsvarende økningen for 2002-2003 var på 45 prosent – dette til tross for at den faktiske økningen i private dagkirurgiske opphold var betydelig større i perioden 2002-2003, med 12 400 opphold mot bare 9 195 i 2003-2004. Det er de nye private sykehusene som bidrar til denne sterke veksten, mens de tidligere godkjente private sykehusene faktisk opplevde en nedgang i dagkirurgiske opphold på 1.9 prosent, bidro den dagkirurgiske aktiviteten i de nye sykehusene til at veksten for de private sykehusene samlet er på nesten 44 prosent. Blant de tidligere godkjente sykehusene var det først og fremst Volvat medisinske senter og Spesialistklinikken Drammen private sykehus som bidro til nedgangen; førstnevnte hadde nesten 3.000 (-61,5 prosent) færre dagkirurgiske opphold enn i 2003, mens sistnevnte hadde 627 opphold færre (-14,2 prosent).

Figur 8.1 Utviklingen i antall dagkirurgiske opphold, 1999-2004.





Tabell 8.1 Antall dagkirurgiopphold i 2003 og 2004.

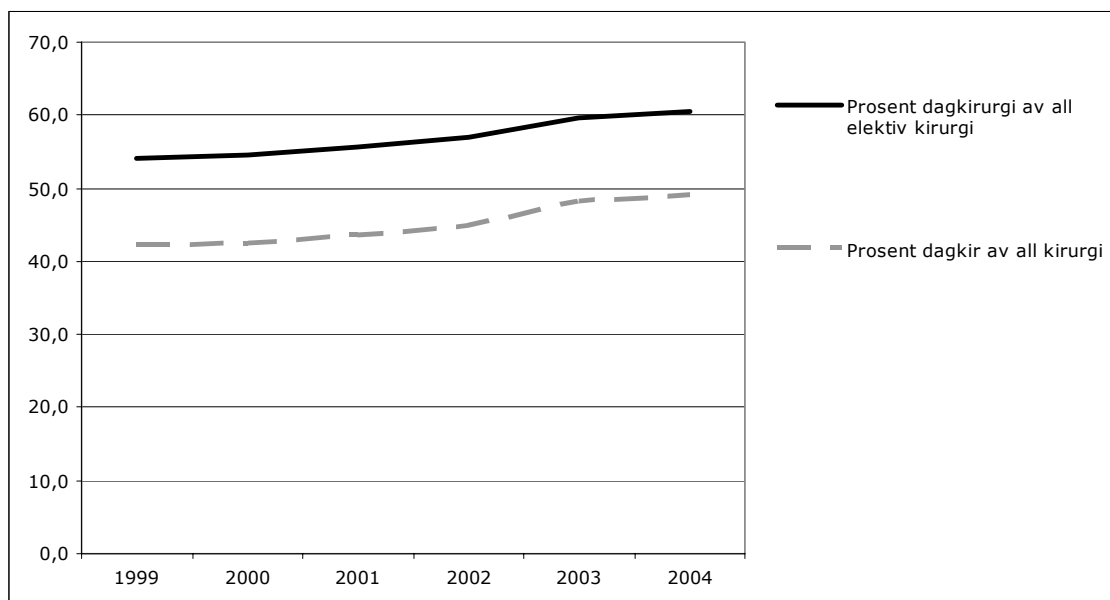
Regionalt helseforetak	Dagkirurgiske opphold (N=)		Endring i antall opphold	Endring i prosent
	2003	2004		
Helse Øst RHF	49 950	51 391	1 441	2,9
Helse Sør RHF	41 471	37 708	-3 763	-9,1
Helse Vest RHF	31 153	33 491	2 338	7,5
Helse Midt-Norge RHF	22 924	23 374	450	2,0
Helse Nord RHF	17 200	17 440	240	1,4
Tidligere godkjente private sykehus <sup>1</sup>	20 032	19 645	-387	-1,9
Nye private sykehus <sup>2</sup>	-	9 195	9 195	-
<b>Totalt</b>	<b>182 730</b>	<b>192 244</b>	<b>9 514</b>	<b>5,2</b>

<sup>1</sup> Medi 3 Ålesund, Volvat medisinske senter, Glittrelinniken, Axess sykehus og spesialistklinikk, Omniasykehuset AS, Drammen private sykehus AS, Ringvollkliniken, Feiringkliniken, Colosseumkliniken Oslo, Klinik Stokkan Trondheim.

<sup>2</sup> Trondheim spesialistlegesenter, Haugesund private sykehus, Norsk idrettsmedisinsk institutt, Idrettskliniken, Medi 3 Molde, Mjøskirurgene, Bergen kirurgiske sykehus, Klinik Stokkan Tromsø, Colosseumkliniken Stavanger, Moxnesskliniken, Vestfjordkliniken.

Dagkirurgi utgjør nå nesten 50 prosent av all kirurgi, og nesten 61 prosent av all elektiv kirurgi i Norge. Økningen fra fjoråret er på henholdsvis 1,1 og 1,0 prosentpoeng, noe som er mindre enn økningen året før der igjen, da andelen dagkirurgi av all elektiv kirurgi økte med 2,6 prosentpoeng, mens andel dagkirurgi av all kirurgi økte med 3,1 prosentpoeng.

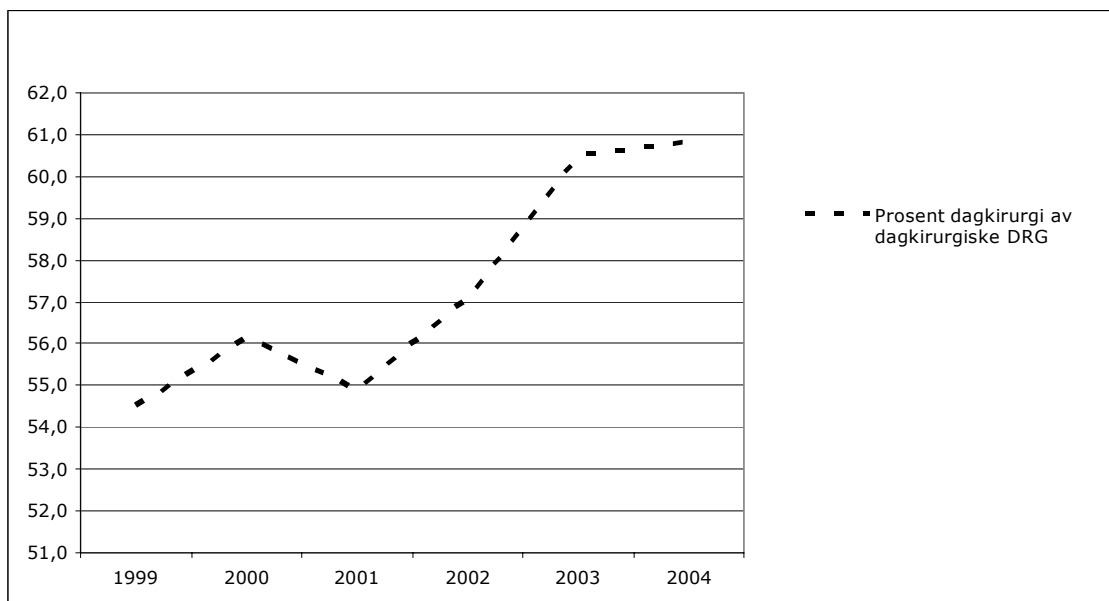
Figur 8.2 Utviklingen i dagkirurgi som andel av all elektiv kirurgi og andel av all kirurgi, 1999-2003.



I 2003 ble definisjonen av de dagkirurgiske DRG-ene vesentlig endret, ved at en rekke DRG-er for operasjoner med komplikasjoner fikk korrigert vekt lik ukomplisert ved dagbehandling. Det er derfor et definisjonsspørsmål hvorvidt disse skal defineres som dagkirurgiske DRG-er,

men spørsmålet har stor betydning for utviklingen i andel dagkirurgi av dagkirurgiske DRG. Bare 3,4 prosent av oppholdene i disse kompliserte DRG-ene ble utført dagkirurgisk. Det gir derfor et mer realistisk bilde å ekskludere de kompliserte DRG-ene fra de dagkirurgiske DRG-ene. Dette er gjort i figur 8.3, og gir en dagkirurgiandel av dagkirurgiske DRG-er på 60,8 prosent i 2004, som tilsvarer en vekst på 0,4 prosentpoeng fra 2003. Dersom de kompliserte DRG-ene likevel inkluderes i dagkirurgiske DRG-er reduseres andelen dagkirurgi av dagkirurgiske DRG-er for 2004 naturlig nok; fra 60,8 til 56,8 prosent. Dette innebærer likevel en økning fra 2003, da tilsvarende andel var 55,9 prosent.

Figur 8.3 Utviklingen i andel dagkirurgi av dagkirurgiske DRG-er, 1999-2004.



### 8.3 Variasjoner mellom regioner og helseforetak

Det er store regionale variasjoner i den dagkirurgiske aktiviteten. Mens Helse Vest hadde en aktivitetsvekst på 7,5 prosent, var det 3 763 færre dagkirurgiske opphold i Helse Sør i 2004, noe som gir en nedgang på 9,1 prosent i forhold til fjoråret. Denne nedgangen skyldes i hovedsak at Rikshospitalet HF fra i fjor av overførte sine øyeoperasjoner til Ullevål Universitetssykehus. I Helse Øst økte dermed dagkirurgiske opphold med 2,9 prosent, mens tilsvarende økning i Helse Midt-Norge og Helse Nord var på henholdsvis 2,0 og 1,4 prosent. I Helse Øst overførte Ullevål Universitetssykehus sine ØNH-operasjoner til private sykehus i fjor, slik at bruttoøkningen i dagkirurgiske opphold ikke er like sterk som overføringen av øyeoperasjonene fra Rikshospitalet HF skulle tilsi.

Fra 2003 til 2004 økte dagkirurgiandelen både i Helse Vest og Helse Nord, uavhengig av om det måles som andel av dagkirurgiske DRG, andel av elektiv kirurgi eller andel av all kirurgi. Motsatt tendens observeres for Helse Sør, der andel dagkirurgi gikk ned for alle fire indikatorer, noe som altså dels kan forklares med de nevnte funksjonsendringene i Rikshospitalet HF. Helse Øst har det høyeste nivået av dagkirurgi uansett hvordan andelen måles. I Helse Øst ble 61,5 prosent av all elektiv kirurgi utført dagkirurgisk i 2004, mens Helse Sør hadde laveste andel med 51,6 prosent. Andelen dagkirurgi i de private sykehusene er naturligvis svært høy, og har steget i forhold til fjoråret målt langs alle 4 indikatorer.

Tabell 8.2 Dagkirurgi som andel av dagkirurgiske DRG, all elektiv kirurgi og all kirurgi i de regionale helseforetakene 2003 og 2004.

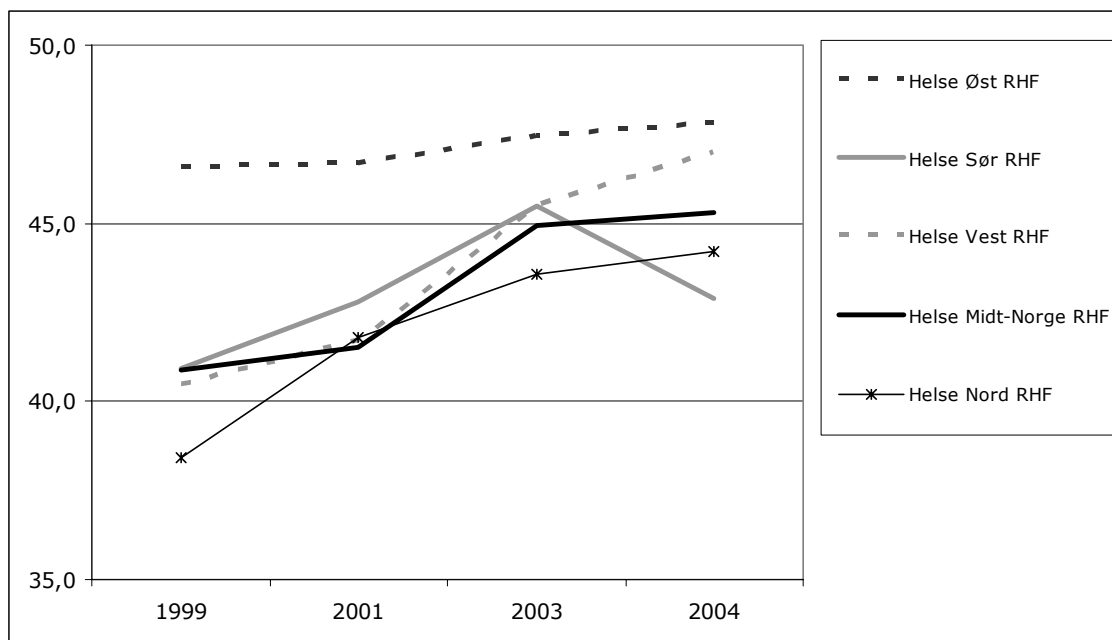
Regionalt Helseforetak	Dagkirurgi som andel av dagkirurgiske DRG <sup>1</sup>		Dagkirurgi som andel av alle dagkirurgiske DRG		Dagkirurgi som andel av all elektiv kirurgi		Dagkirurgi som andel av all kirurgi	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Helse Øst RHF <sup>2</sup>	61,7	61,2	56,0	56,1	60,9	61,5	47,4	47,8
Helse Sør RHF	58,3	55,6	53,8	51,2	54,9	51,6	45,5	42,9
Helse Vest RHF <sup>3</sup>	56,2	57,1	52,7	53,8	57,6	59,0	45,5	47,0
Helse Midt-Norge RHF	56,8	56,9	52,2	52,7	58,0	57,6	44,9	45,3
Helse Nord RHF	54,2	54,4	50,2	51,1	54,5	56,3	43,6	44,2
Private sykehus	86,3	88,4	85,9	88,4	81,6	85,7	80,1	84,3
<b>Totalt</b>	<b>60,4</b>	<b>60,8</b>	<b>55,9</b>	<b>56,8</b>	<b>59,5</b>	<b>60,5</b>	<b>48,0</b>	<b>49,1</b>

<sup>1</sup> Kompliserte DRG'er som gir korrigeret vekt lik ukomplisert ved dagbehandling er ikke inkludert i definisjonen av dagkirurgiske DRG. Dette gjelder følgende DRG'er i 2004: 7, 76, 152, 154 B, 157, 159, 161, 166 N, 168, 170, 193, 195, 210, 214 C, 218, 221, 223, 226, 233, 257, 259, 265, 269, 292, 304, 308, 310, 312, 336, 354, 358, 401, 442, 493, 501 A.

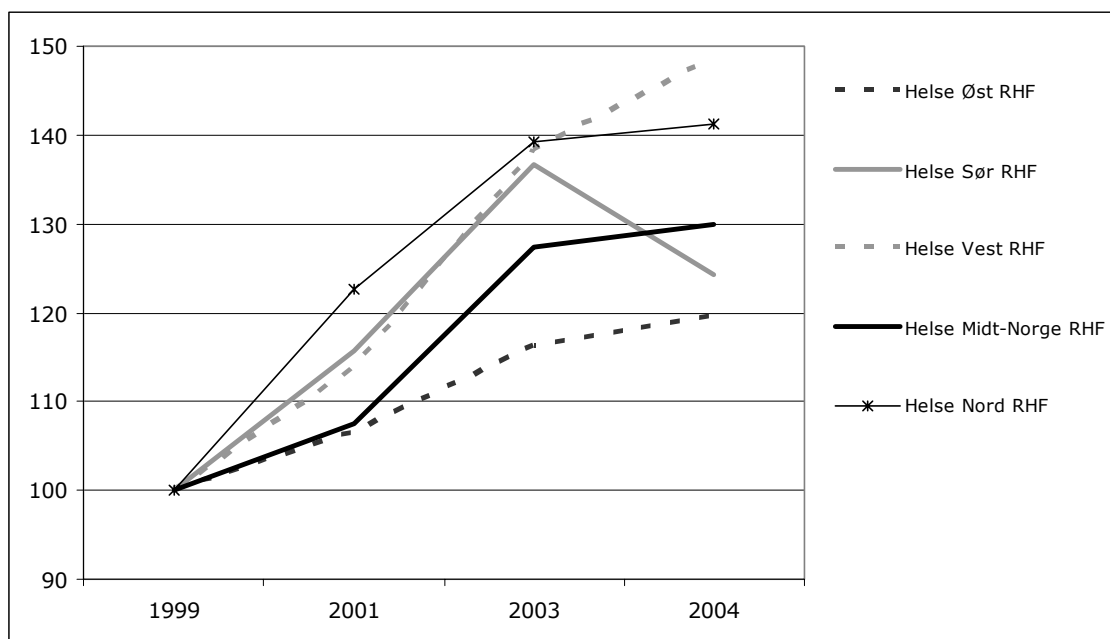
<sup>2</sup> Revmatismesykehuset, Martina Hansens hospital, Diakonhjemmets sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus er definert som faste avtaleinstitusjoner for Helse Øst RHF og inngår i tallgrunnlaget for Helse Øst RHF i tillegg til de andre HF'ene i regionen.

<sup>3</sup> Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus, Haraldsplass Diakonale sykehus og Hospitalet Betanien er definert som faste avtaleinstitusjoner for Helse Vest RHF og inngår i tallgrunnlaget til Helse Vest RHF i tillegg til de andre HF'ene i regionen.

Figur 8.4 Dagkirurgiens andel av all kirurgi i helseregionene fra 1999 til 2004.



Figur 8.5 Den relative utviklingen i dagkirurgi som andel av all kirurgi i helseregionene fra 1999 til 2003 (1999=100).



I alle regionene var det også stor variasjon mellom de enkelte helseforetakene når det gjelder utviklingen i dagkirurgi fra 2003 til 2004. I Helse Øst er det først og fremst avtaleinstitusjonene og Ullevål Universitetssykehus HF som peker seg ut. Avtaleinstitusjonene omfatter Lillehammer Sanitetsforenings revmatismesykehus, Martina Hansens hospital, Diakonhjemmets sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus, og disse hadde en økning i dagkirurgiske opphold på 11,9 prosent (610 opphold). Økningen i dagkirurgi for Ullevål Universitetssykehus HF var nesten den samme; 10,2 prosent og 1 249 opphold. Som nevnt over, overtok Ullevål Universitetssykehus HF øyeoperasjonene fra Rikshospitalet HF, noe som delvis forklarer den sterke veksten. I andre enden av skalaen finner vi Sykehuset Innlandet HF, som var det eneste sykehuset i regionen som opplevde en reduksjon: antallet dagkirurgiske opphold gikk ned med 1 133 opphold, noe som tilsvarer åtte prosents nedgang. Det er imidlertid verdt å merke seg at Sykehuset Innlandet HF hadde en relativt høy dagkirurgiandel i utgangspunktet.

I Helse Sør var det kun Sykehuset Buskerud HF, Blefjell sykehus HF og Sykehuset Telemark HF som hadde relativ vekst i dagkirurgiske opphold fra 2003 til 2004, med en økning på mellom to og 5,6 prosent. På grunn av overføringen av øyeoperasjonene til Ullevål Universitetssykehus hadde Rikshospitalet hele 3 043 færre dagkirurgiske opphold enn i 2004, noe som tilsvarer en nedgang på 40 prosent i forhold til 2003. Nedgangen i dagkirurgi var relativt stor også for Sykehuset i Vestfold HF og Sørlandet HF, med henholdsvis 7,3 og 5,8 prosent, men begge foretakene hadde relativt høye dagkirurgiandeler i 2003.

I Helse Vest utmerker Helse Stavanger HF og Helse Førde HF seg med en økning i den dagkirurgiske aktiviteten på 14,6 prosent (1 313 opphold) og 10,3 prosent (347 opphold). Enda sterkere var likevel veksten for avtaleinstitusjonene i Helse Vest; Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus, Haraldsplass Diakonale sykehus og Betanien Hospital sto sammen for en økning i dagkirurgi på over 43 prosent (774 opphold).

Tabell 8.3 Dagkirurgi som andel av dagkirurgiske DRG, all elektiv kirurgi og all kirurgi i helseforetakene 2003 og 2004.

Helseforetak	Dagkirurgi som andel av dagkirurgiske DRG <sup>1</sup>		Dagkirurgi som andel av all elektiv kirurgi		Dagkirurgi som andel av all kirurgi		(Dagkirurgi N=)	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Sykehuset Østfold HF	60,4	63,3	61,4	64,3	46,5	48,7	7 131	7 443
Sykeh. Asker og Bærum HF	58,2	58,2	58,8	56,7	45,1	44,0	3 100	3 177
Akershus univ. sh. HF	61,5	60,9	63,7	62,5	46,5	46,1	5 674	5 947
Aker univ. sh. HF	51,7	51,2	48,2	48,2	33,6	33,4	2 494	2 547
Ullevål univ. sh. HF	63,0	63,2	66,1	66,2	49,1	51,0	12 251	13 500
Sykehuset Innlandet HF	65,7	64,6	63,5	63,2	51,7	50,9	14 157	13 024
Sunnaas sykehus HF <sup>2</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-
Avtaleinst. Helse Øst RHF <sup>3</sup>	59,9	60,9	50,8	54,8	46,2	46,7	5 143	5 753
Sum Helse Øst RHF	61,8	62,0	60,9	61,5	47,4	47,8	49 950	51 391
Rikshospitalet HF	49,1	37,5	41,4	28,1	35,7	25,1	7 587	4 544
Det norske radiumhosp. HF	16,5	15,4	9,7	8,9	9,5	8,8	218	213
Ringerike sykehus HF	61,6	59,0	66,7	59,4	48,5	45,7	1 651	1 630
Sykehuset Buskerud HF	63,0	63,5	60,9	60,0	49,0	49,1	5 599	5 853
Blefjell sykehus HF	55,2	56,2	54,3	53,5	44,5	44,3	2 149	2 270
Sykehuset Telemark HF	57,5	58,1	56,8	56,9	47,0	47,4	5 871	5 986
Sykehuset i Vestfold HF	65,5	63,4	64,4	64,4	52,2	50,2	7 824	7 253
Sørlandet sykehus HF	63,2	61,6	63,1	63,5	51,8	50,4	10 572	9 959
Sum Helse Sør RHF	58,4	56,1	54,9	51,6	45,5	42,9	41 471	37 708
Helse Stavanger HF	59,4	60,6	64,2	65,1	49,3	51,2	8 987	10 300
Helse Fonna HF	65,1	66,1	65,5	66,1	54,0	54,6	5 818	5 602
Helse Bergen HF	52,8	53,0	53,2	53,5	41,1	41,3	11 195	11 315
Helse Førde HF	47,1	50,8	46,5	50,1	38,9	42,1	3 357	3 704
Avtaleinst. Helse Vest RHF <sup>4</sup>	61,0	64,6	59,8	63,6	49,1	54,9	1 796	2 570
Sum Helse Vest RHF	56,3	57,7	57,6	59,0	45,5	47,0	31 153	33 491
Helse Sunnmøre HF	57,5	56,5	57,0	55,7	46,7	46,1	4 434	4 192
Nordmøre og Romsdal HF	59,7	63,5	58,7	61,9	47,7	50,8	3 911	4 070
St. Olavs Hospital HF	54,7	54,8	55,6	54,7	41,0	42,4	10 267	10 948
Helse Nord-Trøndelag HF	59,7	60,3	64,9	64,5	49,0	48,5	4 312	4 164
Sum Helse Midt-Norge RHF	57,0	57,4	58,0	57,6	44,9	45,3	22 924	23 374

Helseforetak	Dagkirurgi som andel av dagkirurgiske DRG <sup>1</sup>		Dagkirurgi som andel av all elektiv kirurgi		Dagkirurgi som andel av all kirurgi		(Dagkirurgi N=)	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Helgelandssykehuset HF	59,9	65,6	58,2	64,3	48,0	53,9	2 369	2 638
Nordlandssykehuset HF	56,8	57,6	54,5	55,1	45,6	46,7	4 037	4 311
Hålogalandssykehuset HF	55,1	55,6	56,4	61,7	44,5	45,3	3 008	2 839
Univ. sh. i Nord-Norge HF	47,4	46,1	48,4	47,8	37,1	35,9	5 193	5 159
Helse Finnmark HF	61,7	62,4	64,0	67,5	52,7	53,1	2 593	2 493
Sum Helse Nord RHF	54,3	54,9	54,5	56,3	43,6	44,2	17 200	17 440
Private ideelle utenfor RHF <sup>5</sup>	0,3	0,3	0,1	0,2	0,2	0,2	7	6
Kommersielle sykehus <sup>6</sup>	94,6	94,2	91,8	92,6	91,8	92,6	20 025	28 834
<b>Totalt</b>	<b>60,5</b>	<b>61,4</b>	<b>59,5</b>	<b>60,5</b>	<b>48,0</b>	<b>49,1</b>	<b>182 730</b>	<b>192 244</b>

<sup>1</sup> Kompliserte DRG'er som gir korrigeret vekt lik ukomplisert ved dagbehandling er ikke inkludert. i definisjonen av dagkirurgiske DRG. Dette gjelder følgende DRG'er i 2003: 7, 76, 152, 154, 157, 159, 161, 166, 168, 170, 193, 195, 210, 214, 218, 221, 223, 233, 257, 259, 265, 269, 292, 304, 308, 310, 312, 336, 354, 358, 401, 407, 442, 493. Bare 2,6 prosent av oppholdene i disse DRG'ene er dagkirurgi.

<sup>2</sup> Inklusive Drøbak rehabiliteringssenter (tidligere underlagt Bærum sykehus).

<sup>3</sup> Revmatismesykehuset, Martina Hansens hospital, Diakonhjemmets sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus er definert som faste avtaleinstitusjoner for Helse Øst RHF.

<sup>4</sup> Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus, Haraldsplass diakonale sykehus og Hospitalet Betanien er definert som faste avtaleinstitusjoner for Helse Vest RHF.

<sup>5</sup> Feiringklinikken og Glittreklinikken er definert som private ideelle institusjoner utenfor RHF'ene.

<sup>6</sup> I 2003 er følgende definert som kommersielle sykehus: Medi 3 Ålesund, Volvat medisinske senter, Glittreklinikken, Axess sykehus og spesialistklinikk, Omniasykehuset AS, Drammen private sykehus AS, Ringvollklinikken, Feiringklinikken, Colosseumklinikken Oslo og Klinikk Stokkan Trondheim. I 2004 kommer følgende institusjoner i tillegg: Trondheim spesialistlegesenter, Haugesund private sykehus, Norsk idrettsmedisinsk institutt, Idrettsklinikken, Medi 3 Molde, Mjøskirurgene, Bergen kirurgiske sykehus, Klinikk Stokkan Tromsø, Colosseumklinikken Stavanger, Moxnessklinikken og Vestfjordklinikken. Tallene gjelder bare opphold/behandlinger som er offentlig finansiert.

Av de fire helseforetakene i helseregion Midt-Norge hadde både St. Olavs Hospital HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF en økning i dagkirurgiske opphold, mens Helse Sunnmøre HF og Helse Nord-Trøndelag HF opplevde nedgang. Økningen i dagkirurgiske opphold for St. Olavs Hospital HF var på 2 072, noe som tilsvarer en vekst på over 23 prosent. Aktivitetsveksten for Helse Nordmøre og Romsdal HF var betydelig lavere; knapt fire prosent.

I Helse Nord hadde Helgelandssykehuset HF og Nordlandssykehuset HF en vekst i dagkirurgiske opphold på henholdsvis 11,4 prosent og 6,8 prosent. For de øvrige tre sykehusene i regionen var det en nedgang i bruken av dagkirurgi fra 2003 til 2004.

I likhet med tidligere år er dagkirurgiandelen ved mange av de største og mest spesialiserte sykehusene relativt lav. Dette kan knyttes til disse sykehusenes ansvar for de tyngste pasientene.

## 8.4 Variasjoner innenfor de største dagkirurgiske DRGene

I tabell 8.4 er andelen dagkirurgi i de 15 største dagkirurgiske DRGene i 2004 presentert. Det første vi kan merke oss er den store variasjonen i dagkirurgiandel mellom de ulike dagkirurgiske DRGene; mens bare knapt fem prosent av alle opphold i DRG 112 ble behandlet dagkirurgisk i 2004, var andelen for DRG 6 hele 96,7 prosent. Andre DRGer med dagkirurgiandel over 90 prosent er øyeoperasjoner (DRG 39 og DRG 40), inngrep for åreknuter og abort. I tillegg til DRG 112 har både tonsillektomi (DRG 60), humerusoperasjoner (DRG 219) og livmoroperasjoner (DRG 359) alle under 50 prosent dagkirurgiandel. De DRGene

som har hatt den sterkeste veksten fra 2003 til 2004 er operasjoner på humerus/albue/underarm (38,5 prosent), operasjoner på kneledd (23 prosent), operasjoner på humerus og kne/legg/fot (16,9 prosent) og bløtdelsoperasjoner (15,8 prosent).

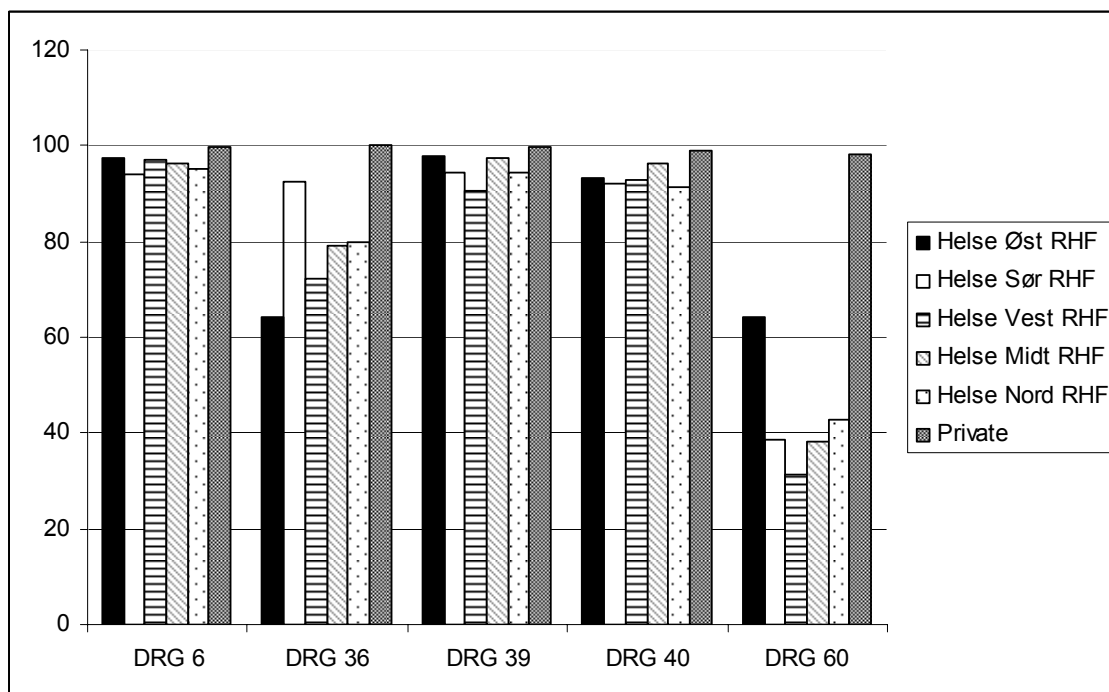
Tabell 8.4 Andel dagkirurgi i de 15 største dagkirurgiske DRG-ene i 2004, etter regionalt helseforetak. Antall opphold i parentes. Tall for 2004 og endring fra 2003 til 2004.

Utvalgte dagkirurgiske DRG	Andel dagkirurgi						Totalt	Endr i andel dagkir. 2003-2004	Endr. i dagkir. opph. 2003-2004
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Priv. inst.			
6 Op ved karpaltunnelsyndrom	97,5 (1 769)	94,2 (1 081)	97,2 (1 108)	96,4 (676)	95,1 (580)	99,7 (729)	96,7	4,2	273
36 Op på corpus vitreum, choroidea, retina	64,1 (1 233)	92,5 (1 491)	72,1 (704)	79,1 (816)	79,8 (554)	100,0 (1 069)	80,3	4,8	842
39 Operasjoner på linsen	97,8 (6 645)	94,3 (6 543)	90,4 (5 083)	97,5 (4 129)	94,5 (1 756)	99,8 (1 070)	95,1	5,9	3
40 Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer > 17 år	93,4 (1 940)	92,0 (1 682)	93,0 (1 467)	96,4 (1 508)	91,2 (1 101)	99,0 (889)	93,8	2,9	371
60 Tonsillektomi og/eller adenoidektomi < 18 år	64,1 (1 071)	38,5 (526)	31,4 (441)	38,1 (356)	42,7 (406)	98,4 (422)	47,7	11,4	691
112 Terapeutiske perkutane kardiovask prosedyrer	4,4 (75)	8,9 (254)	7,2 (157)	0,6 (8)	1,6 (20)	0,3 (6)	4,6	-40,3	-302
119 Inngrep for åreknuter	93,0 (1 915)	85,2 (1 058)	88,4 (1 460)	84,8 (685)	82,4 (505)	99,4 (1 227)	90,0	14,8	639
219 Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år u/bk	22,1 (431)	16,9 (209)	15,3 (149)	17,3 (156)	19,7 (107)	95,1 (411)	24,2	16,9	289
222 Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u/bk	76,1 (3 975)	79,9 (2 781)	73,8 (2 196)	68,1 (1 441)	76,6 (1 282)	96,6 (5 562)	81,2	23,0	4 592
224 Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderpr u/bk	35,4 (1 037)	26,0 (400)	45,9 (722)	25,7 (263)	40,9 (335)	98,4 (2 716)	51,4	38,5	2 415
227 Bløtdelsoperasjoner ITAD u/bk	54,0 (1 096)	47,8 (706)	41,0 (482)	43,7 (487)	53,0 (437)	97,1 (989)	54,9	15,8	806
229 Op på håndledd/hånd inkl sårkirurgi ekskl prot u/bk	83,7 (1 834)	68,2 (1 209)	75,7 (833)	60,0 (635)	68,4 (469)	99,7 (750)	75,8	6,0	357
270 Op på hud og underhud ITAD u/bk	84,6 (1 462)	86,8 (2 223)	92,4 (2 464)	84,0 (895)	83,1 (647)	98,9 (1 964)	89,5	7,6	807
359 Op på uterus /adn ved godartede sykd u/bk	37,3 (1 055)	28,7 (549)	17,0 (224)	24,0 (275)	24,3 (230)	57,3 (142)	29,5	12,6	358
381 Spontan el medik utløst abort inkl med kir revisjon	92,4 (5 838)	88,8 (3 090)	90,4 (2 620)	92,6 (2 326)	89,6 (1 810)	-	91,0	8,6	1 071

Videre ser vi at det er en viss regional variasjon innenfor de største dagkirurgiske DRG-ene, og det er først og fremst Helse Øst som skiller seg ut med høye dagkirurgiandeler. For tonsillektomi har Helse Øst eksempelvis mer enn dobbelt så høy dagkirurgiandel som Helse Vest. Den samme regionen skiller seg også ut når det gjelder operasjoner på håndledd/hånd, Helse Øst har en dagkirurgiandel på 83,7 prosent mot mellom 60 og 75,7 prosent i de øvrige regionene. Innenfor DRG 359 har Helse Øst 37,3 prosent dagkirurgiske opphold, mens de fire andre regionenes andel varierer mellom 17 og 28,7 prosent. Innenfor DRG 36 er det imidlertid Helse Sør som skiller seg ut, med en dagkirurgiandel på 92,5 prosent mot mellom 64,1 og 79,8 prosent i de andre regionene. Tilsvarende har Helse Vest 45,9 prosent dagkirurgiske opphold i DRG 224, og Helse Midt-Norge bare 25,7 prosent.

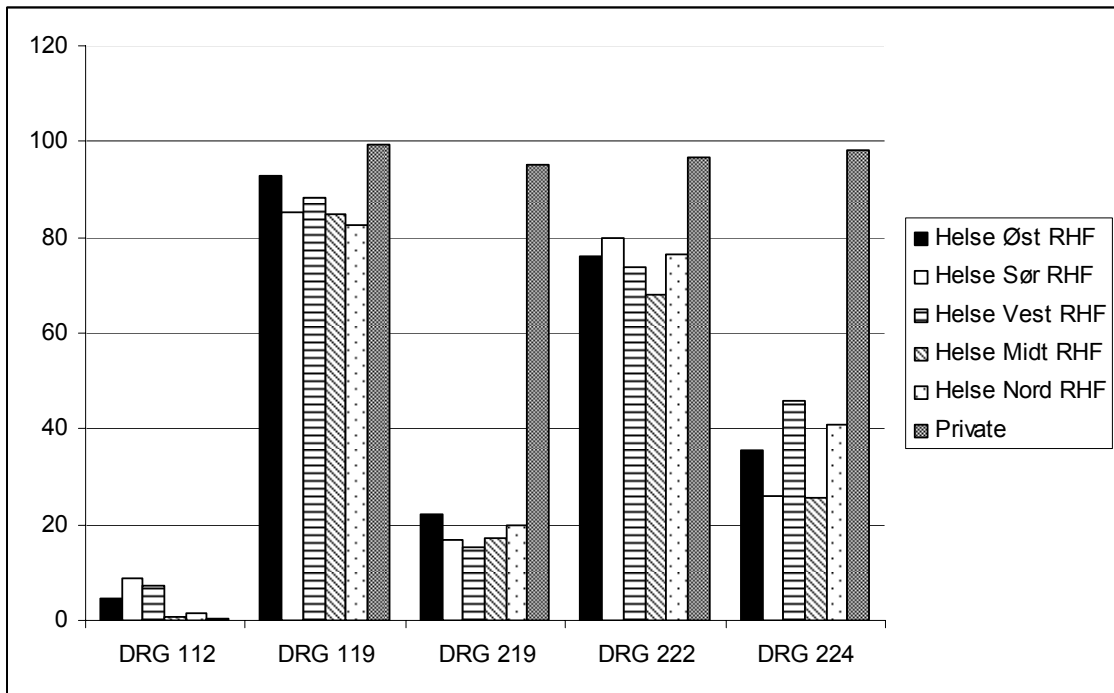
Med to unntak (DRG 112 og DRG 359) har de private sykehusene mellom 95 og 100 prosent dagkirurgi innenfor de største dagkirurgiske DRG-ene. De private sykehusenes muligheter til å velge lette pasienter kan gjøre det tyngre for de offentlige institusjonene å øke sin dagkirurgiandel.

Figur 8.6 Andel dagkirurgi innenfor de 15 største dagkirurgiske DRG-er i 2004 etter regionalt helseforetak.

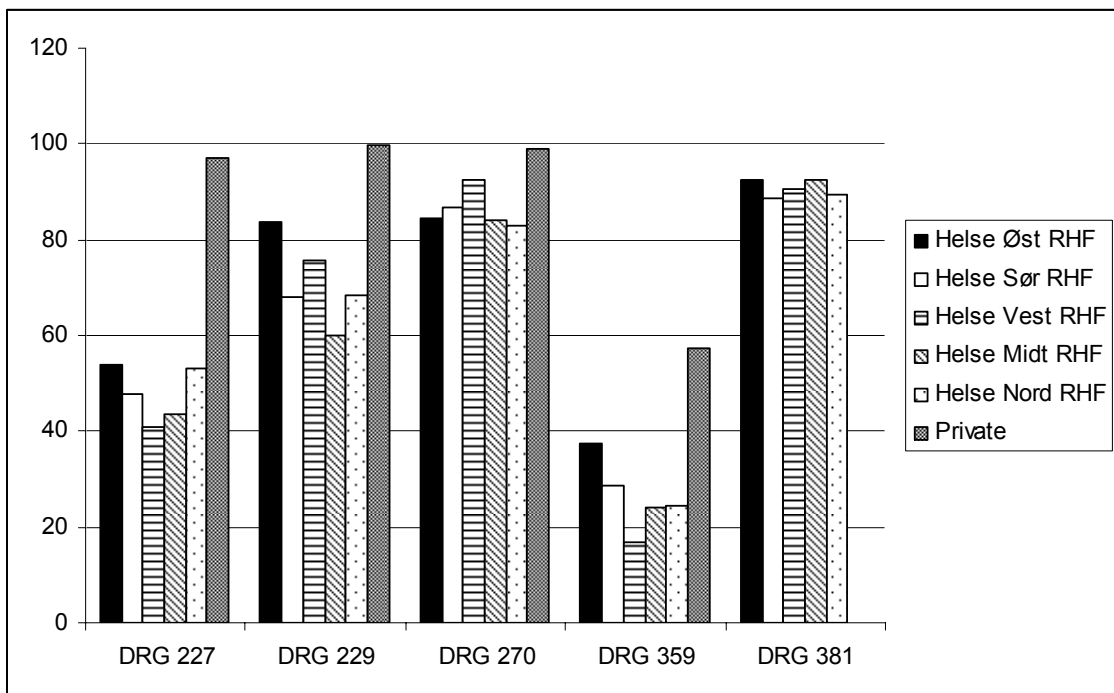




Figur 8.6 forts.



Figur 8.6 forts.





## 9 Aktivitet og ressursbruk

Heidi Torvik

Indeks for pasientsammensetning går ned fra 1,01 i 2003 til 0,99 i 2004. Dette henger sammen med en fortsatt økning i andelen dagbehandlinger. Den gjennomsnittlige liggetiden for alle opphold samlet går på landsbasis ned fra 2003 til 2004, og var i 2004 på 3,8 dager i gjennomsnitt. Driftskostnader per korrigerte opphold går ned med 1,3 prosent, og indikerer en økning i produktiviteten. Målt med korrigerte opphold per årsverk, øker produktiviteten med to prosent på landsbasis.

Formålet med kapitlet er todelt. Først beskrives aktiviteten ved å presentere utvikling i korrigerte opphold, samlet antall opphold og indeks for pasientsammensetning. Gjennomsnittlig liggetid og andel av forskjellige type opphold presenteres for å gi et bilde på utvikling i sektoren fra 2003 til 2004 for de forskjellige kategorier av opphold. For det andre presenteres produktivitetsmål for 2004 og endring fra 2003. Produktivitetsmål vil være driftskostnader per korrigerte opphold og antall korrigerte opphold per årsverk og per behandlerårsverk.

I dette kapitlet presenteres indikatorer kun på helseforetaksnivå<sup>24</sup>. Produktivitetsmålene er noe mer robuste på et mer aggregert nivå enn på sykehusnivå. For noen helseforetak vil imidlertid helseforetaksnivå være sammenfallende med sykehusnivå.

Tall for samlet antall opphold vil avvike fra antall opphold presentert i kapittel 4<sup>25</sup>. Indikatorer i dette kapitlet har et foretaksperspektiv, ikke et befolkningsperspektiv som i kapittel 4.

### 9.1 Korrigerte opphold og samlet antall opphold

På landsbasis økte det samlede antall opphold fra 2003 til 2004 med i underkant av fire prosent, mens antall korrigerte opphold<sup>26</sup> økte med under to prosent, se tabell 9.4. Indeks for pasientsammensetning gikk ned fra 1,01 i 2003 til 0,99 i 2004. Den gjennomsnittlige pasienten var dermed noe mindre ressurskrevende i 2004 enn året før, og det skyldes mange flere dagbehandlinger i 2004.

I alle regioner økte det samlede antall opphold fra 2003 til 2004. Sterkest økning i samlet antall opphold var det i Helse Vest, med en økning på seks prosent. Helse Nord økte samlet antall opphold med 1,3 prosent, og er den regionen med svakest økning. Når det gjelder

---

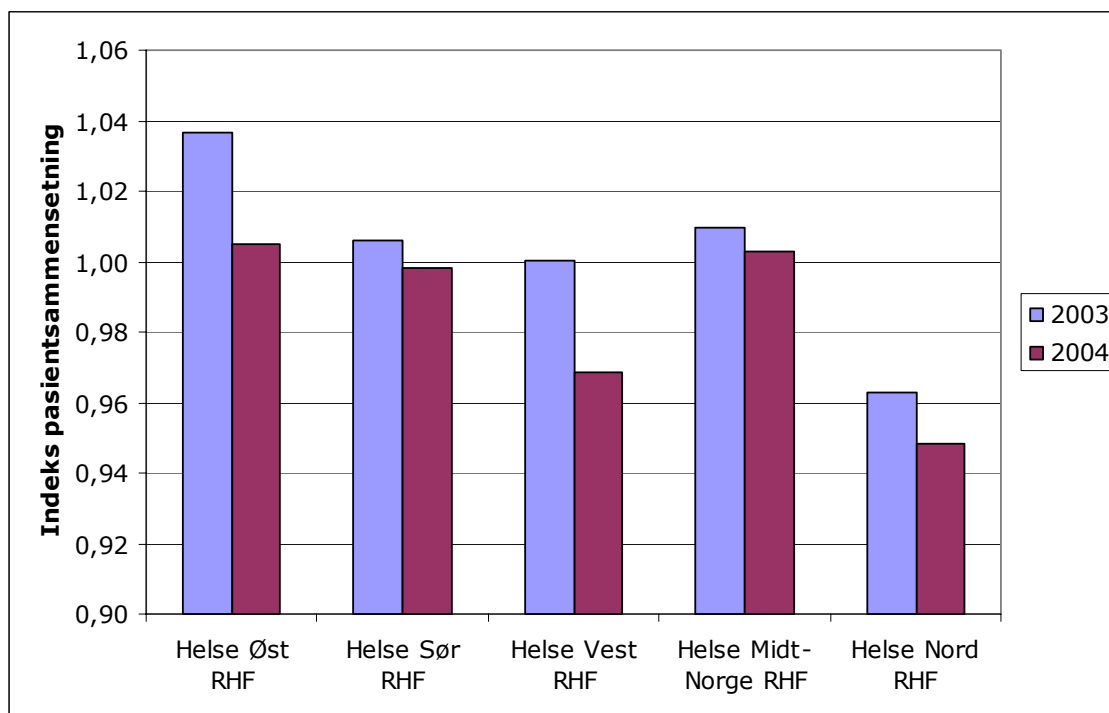
<sup>24</sup> Indikatorne er utarbeidet på grunnlag av aktivitetsdata innlevert til Norsk pasientregister (NPR) og ressursinnsatsdata innlevert til Statistisk Sentralbyrå (SSB). Ressursinnsatsdata er kvalitetskontrollert i samarbeid mellom SINTEF Helse og SSB.

<sup>25</sup> Samlet antall opphold avviker fra samlet antall opphold døgn og dag presentert i kapittel 4, da private sykehus, fødestuer og rehabiliteringsinstitusjoner uten driftsavtale ikke er inkludert i kapittel 9.

<sup>26</sup> Det henvises til vedlegg 5 for en nærmere beskrivelse av hvordan korrigerte opphold beregnes.

antall korrigerede opphold, observeres det en økning i alle helseregioner med unntak av Helse Nord. Økningen i antall korrigerede opphold er lavere enn økningen i det samlede antall opphold. Årsaken er at indeks for pasientsammensetning i 2004 gjennomgående går ned i alle regioner i forhold til 2003. Figur 9.1 under viser at indeks for pasientsammensetning i regionene endres mest i Helse Øst og i Helse Vest.

Figur 9.1 Indeks for pasientsammensetning 2004 og 2003. Regionale helseforetak.



## 9.2 Gjennomsnittlig liggetid

Tabell 9.5 viser at det gjennomsnittlig liggetid innenfor alle kategorier av opphold går ned fra 2003 til 2004. Dette gjelder for alle regioner, bortsett fra langtidsopphold i Helse Midt-Norge og Helse Nord. Gjennomsnittlig liggetid for alle opphold er 3,8 dager, og det er en nedgang på 0,2 dager fra 2003. For alle opphold samlet er liggetiden lengst i Helse Midt-Norge, med en gjennomsnittlig liggetid på 4,2 dager. Helse Sør har kortest gjennomsnittlig liggetid med 3,5 dager.

Gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold var 5,3 dager i 2004. Det er en nedgang på 0,2 dager fra 2003. Helse Midt-Norge hadde den lengste gjennomsnittlige liggetiden for døgnopphold med 5,8 dager, mens det tilsvarende tallet for Helse Nord, som har kortest liggetid, er 5,0 dager i gjennomsnitt.

På landsbasis er gjennomsnittlig liggetid for langtidsoppholdene omtrent uendret fra 2003 til 2004. Det observeres en nedgang i Helse Sør, og en økning i Helse Midt-Norge og Helse Nord. I Helse Midt-Norge er den gjennomsnittlige liggetiden for langtidsopphold 18,4 dager, mens i Helse Sør ligger den gjennomsnittlige langtidspasienten 16,2 dager.

### 9.3 Andel døgn- og langtidsopphold, andel langtidsliggedager og andel polikliniske inntekter

Andel døgnopphold av samlet antall opphold har gått ned fra 66,2 i 2003 til 64,9 i 2004, se tabell 9.6. Det har vært en nedgang i døgnopphold for alle regionale helseforetak. Dette har sammenheng med en økning i antall dagbehandling, da disse innehar en stadig større andel av samlet antall opphold. Helse Sør skiller seg ut med en vesentlig lavere andel døgnopphold enn de andre RHF-ene (60,8 prosent), og det var også tilfellet i 2003.

Trimpunktene er endret fra 2004. I analysene er trimpunktene i 2003 endret slik at trimpunktene i aktivitetsdata for 2003 er gjort sammenlignbart med trimpunktene i aktivitetsdata i 2004. Resultatene som omhandler langtidsopphold og langtidsliggedager er derfor ikke sammenlignbare med publiserte tall i tidligere utgaver av SAMDATA. Det vises til kapittel 10 for en nærmere redegjørelse for konsekvenser av endring i trimpunktene.

Av det samlede antall opphold går andel langtidsopphold på landsbasis ned fra 5,3 til 4,9 i 2004. Dette resultatet finner vi i alle RHF-ene, men det var i Helse Vest at andel langtidsopphold går mest ned med en reduksjon fra 6,3 til 5,4 prosent av oppholdene. Helse Vest og Helse Midt-Norge hadde i 2003 den høyeste andel langtidsopphold av RHF-ene, og i 2004 var det Helse Midt-Norge som har høyeste andel langtidsopphold av alle opphold.

Andel langtidsliggedager går svakt ned i forhold til 2003, og i 2004 var 9,6 prosent av liggedagene liggedager over trimpunkt. I Helse Midt-Norge er over 12 prosent av liggedagene knyttet til liggedager over trimpunkt, mens den tilsvarende andelen i Helse Sør er 8,3. Andel langtidsliggedager øker i Helse Midt-Norge og Helse Nord til henholdsvis 12,1 og 10,2 prosent av liggedagene, og går ned i de andre RHF-ene. Tabell 9.5 og tabell 9.6 viser at andelen langtidsopphold og antall langtidsliggedager går ned fra 2003 til 2004, og at gjennomsnittlig liggetid for langtidsoppholdene øker marginalt.

Andel polikliniske inntekter er sett i forhold til driftskostnader til DRG-virksomhet, og sier noe om omfanget av poliklinisk virksomhet ved sykehusene/helseforetakene. De polikliniske inntektene har gått noe ned fra 2003 til 2004, og det skyldes takstreduksjon fra Rikstrykdeverket. Dette gjenspeiles i andel polikliniske inntekter sett i forhold til driftskostnader til DRG-aktivitet. I 2003 utgjorde andel polikliniske inntekter 13,2 prosent av driftskostnader til DRG-aktivitet, mens andelen i 2004 var sunket til 12,3. Andel polikliniske inntekter i Helse Sør er tilnærmet uendret fra 2003 til 2004 med en nedgang på 0,2 prosentpoeng, mens andelen i Helse Midt-Norge har gått ned med 1,8 prosentpoeng. Andel polikliniske inntekter er forholdsvis jevn i alle RHF-ene, men Helse Midt-Norge skiller seg ut med en høyere andel polikliniske inntekter.

### 9.4 Driftskostnader per korrigert opphold og per liggedag

#### 9.4.1 Formål og datagrunnlag

I dette avsnittet presenteres indikatorer for helseforetakenes driftskostnader per korrigert opphold og per liggedag. Formålet med det er å vise utvikling i produktivitet målt med kostnad per DRG-aktivitet for helseforetak, regionalt helseforetak og landet som helhet fra 2003 til 2004.

Kostnadene til DRG-aktivitet er beregnet med utgangspunkt i regnskapsdata innlevert fra helseforetakene til Statistisk Sentralbyrå (SSB). Det er gjennom datakontroll i samarbeid med helseforetakene korrigert for kostnader som ikke kan knyttes til DRG-aktivitet. Dette gjøres for å tilpasse kostnadene som benyttes til den aktivitet (korrigerte opphold) som ligger til grunn for indikatorene.

Det arbeides for å behandle sykehusene og helseforetakene likt med hensyn til vurdering av kostnader som ikke kan knyttes til DRG-aktivitet. Men siden helsereformen har det skjedd

endringer i funksjonsfordeling mellom sykehusene, slik at presenterte tall på helseforetaksnivå antas mer stabilt og mer robust over tid enn tall på institusjonsnivå. Indikatorer presentert er kun på helseforetaksnivå. Helseforetakene seg i mellom er også forskjellige, og det beste målet på produktivitetsemdring er å sammenligne seg selv over tid.

Imidlertid er det viktig å presisere at presenterte resultater i avsnitt 9.4 og avsnitt 9.5 er å anse som en indikator på produktivitet, og et utgangspunkt for videre analyse. En indikator er ikke et eksakt mål på produktiviteten i den enkelte enhet.

#### 9.4.1.1 Forbehold

I dette avsnittet ser vi nærmere på noen av de forbehold knyttet til datagrunnlag som en må legge til grunn når indikatorene benyttes.

##### Arbeidsgiveravgift

Fra og med 2004 ble satsen for arbeidsgiveravgift for hele landet lik. Tidligere var satsen differensiert, slik at bedrifter i mindre sentrale strøk av landet hadde en lavere sats for arbeidsgiveravgiften. Avgiften varierte fra null til 14,7 prosent av lønnskostnaden fram til og med 2003. Helse Nord er den regionen som tidligere hadde det største innslaget av redusert sats i arbeidsgiveravgiften, og dette har medført stor økning i driftskostnader til DRG-aktivitet fra 2003 til 2004. Det henvises også til kapittel 1 og kapittel 3, samt avsnitt 9.4.2 og tabell 9.2.

##### Kostnader til poliklinikk

I driftskostnadene til DRG-virksomhet skal ikke kostnader knyttet til poliklinikkene være med. Det er ikke mulig i regnskapene slik de innrapporteres å identifisere kostnadene knyttet til poliklinikk. I SAMDATA benyttes derfor de polikliniske inntektene som et estimat på de polikliniske kostnadene.

I SAMDATA for 2003 ble det gjort en endring i hvordan polikliniske kostnader ble estimert. Dette på bakgrunn av et arbeid gjort ved utarbeidelse av kostnadsvektene til DRG-systemet (Pedersen, 2004), der kostnader til poliklinikkene er beregnet særskilt, og et eget prosjekt med et utvalg sykehus representert (Torvik et al, 2005). For 2003 ble estimatet for polikliniske kostnader satt til polikliniske inntekter ganget med 1,5. For det enkelte helseforetak/sykehus var kostnadsestimatet ikke helt korrekt, men i gjennomsnitt for landet var dette det beste estimatet for 2003.

Fra og med 2004 ble de polikliniske refusjonene satt ned. Det er med utgangspunkt i data fra kostnadsvektarbeidet for 2004 gjennomført en beregning av driftskostnader knyttet til DRG-aktivitet for utvalgte sykehus, og gjennom det arbeidet søker en å trekke ut kostnadene knyttet til poliklinisk aktivitet. I gjennomsnitt for de sykehus som er med i kostnadsvektarbeidet er det beregnet at polikliniske inntekter i 2004 må ganges med 1,65 for å få et gjennomsnittlig estimat på polikliniske kostnader for landet som helhet. For 2004 er altså polikliniske inntekter ganget med 1,65 for estimering av polikliniske kostnader ved utarbeidelse av driftskostnader til DRG-aktivitet.

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

De store endringene som har vært i det som tidligere ble kalt universitetstilskuddet fra 2003 til 2004 (tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra), medfører endringer i hvordan driftskostnader til DRG-aktiviteten beregnes. I SAMDATA er universitetstilskuddet tidligere benyttet som et estimat på merkostnader med forskning, undervisning av studenter og utdanning som universitetssykehusene har hatt. Tilskuddet var benyttet som estimat på kostnadene da kostnader til slik aktivitet ved sykehusene ikke har vært spesifisert i institusjonsregnskapene. Det beste ville vært å benytte regnskapsførte kostnader for slik aktivitet, men inntil det er tilgjengelig må kostnaden knyttet til slik aktivitet estimeres.

Fra 2004 er tilskuddet gitt et noe annet innhold, og SAMDATA har valgt å benytte det nye tilskuddet som et estimat på kostnader til forskning og utdanning. Da det nye tilskuddet er vesentlig lavere enn det som tidligere var benyttet, medfører dette at driftskostnadene til DRG-aktivitet isolert sett er høyere i 2004 enn i 2003. For å ivareta dette, er det i beregningene i avsnitt 9.7 og avsnitt 9.9 lagt inn tilsvarende tilskudd som i 2003-data også for 2004 slik at den prosentvise endring i driftskostnader til DRG-aktivitet fra 2003 til 2004 er sammenlignbar.

Tabell 9.1 under viser prosentvis hvor mye lavere driftskostnader til DRG-aktivitet ville vært i 2004 dersom et inflasjonsjustert universitetstilskudd fra 2003 hadde vært benyttet. Den største prosentvise nedgang i driftskostnader til DRG-aktivitet ville vært på Universitetssykehuset i Nord-Norge. Imidlertid er dette sterkt utslagsgivende for alle de "gamle" regionsykehusene, men i noe ulik grad. Det er verdt å bemerke at det universitetstilskudd som tidligere var benyttet, ikke nødvendigvis ga et riktig estimat på kostnadene knyttet til forskning, utdanning og basiskostnader knyttet til det å drive et universitetssykehus. Ullevål Universitetssykehus har for eksempel hatt et universitetstilskudd som utgjorde en lavere andel av de totale kostnadene enn andre universitetssykehus, og Ullevål er også det universitetssykehus som ville hatt en lavest reduksjon i driftskostnader til DRG-aktivitet dersom tidligere universitetstilskudd hadde vært lagt til grunn.

Tabell 9.1 Prosentvis reduksjon i driftskostnader DRG-aktivitet i 2004 ved videreføring av universitetstilskudd fra 2003 sammenlignet med kostnader i avsnitt 9.7 og avsnitt 9.9.

Sykehus (universitetssykehus)	Reduserte driftskostnader DRG-aktivitet i 2004 med opprettholdelse av universitetstilskudd fra 2003
Ullevål universitetssykehus	-12
Rikshospitalet <sup>1)</sup>	-17
Haukeland universitetssjukehus	-14
St. Olavs Hospital <sup>2)</sup>	-12
Universitetssykehuset i Nord-Norge	-20
Stavanger universitetssjukehus	1
Akershus universitetssykehus	0
Aker universitetssykehus	-4

1) Rikshospitalet har ikke fått universitetstilskudd før i 2004. Det tilskuddet som har vært benyttet i SAMDATA før 2004, har tatt utgangspunkt i tidligere beregninger og er justert årlig med samme faktor som gjennomsnittet av de andre universitetssykehusenes tilskudd.

2) For St. Olavs Hospital inngår Orkdal Sanitetsforeningssykehus (OSS) fra 2004. Universitetstilskuddet har tidligere kun gått til St. Olavs Hospital, og den prosentvise reduksjon som her er presentert ville vært høyere dersom kostnader til OSS hadde vært holdt utenfor og en bare skulle sett på den tidligere universitetsklinikken.

Endring i hvordan kostnadene til forskning og utdanning (som nevnt har tilskuddet fått et noe annet innhold) er estimert fra 2003 til 2004, medfører som vist i tabellen over at kostnadene til DRG-aktivitet ved helseforetak som tidligere har fått stort universitetstilskudd endres. Kostnader til DRG-aktivitet ved disse helseforetak vil øke mer enn kostnadene ved andre helseforetak, og dette vil igjen påvirke landsgjennomsnittet i indikatorberegningene. Spredningen i det relative kostnadsnivået er på grunn av dette større i 2004 enn tidligere år.

#### Andre forbehold

Det kan også være andre forbehold som bør hensyntas når indikatorene tolkes. Sykehus utbygges og pusses opp, og i noen år kan slike kostnader i driftsregnskapet være høyere enn i andre år. Dette er det i hovedsak bare det enkelte sykehus selv som har kontroll over. Spesielt i denne sammenheng er også sykehus som har store utbyggingsprosjekter der personale benyttes til planlegging av de nye byggene. Dette vil medføre at ressurser tas ut

fra pasientrettet arbeid, og vil således medføre lavere utnyttelse av personellressurser i planleggingsperioden. I tillegg er det ikke tatt hensyn til kapitalkostnadene i beregningene.

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

#### 9.4.2 Resultater

Driftskostnadene per korrigert opphold viser en reduksjon på 1,3 prosent i gjennomsnitt for landet fra 2003 til 2004 (veid gjennomsnitt av helseforetakene) i tabell 9.7. Tallene for 2003 er korrigert som følge av endringer beskrevet over (poliklinikk og tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra). I Helse Øst, Helse Sør og Helse Vest er det en reel nedgang i driftskostnader per korrigerede opphold, mens det i Helse Midt-Norge og Helse Nord er en økning. I Helse Midt-Norge observeres det en større økning i de totale driftskostnadene enn i de andre helseregionene, og dette resultatet finner vi igjen i driftskostnader per korrigerede opphold. Ordningen med differensiert arbeidsgiveravgift er falt bort, og dette slår i all hovedsak ut for Helse Nord.

I tabell 9.2 under er det på regionalt nivå<sup>27</sup> trukket ut arbeidsgiveravgift<sup>28</sup> før beregning av driftskostnader per korrigerede opphold. Tabellen viser at ekskludering av arbeidsgiveravgift i beregningsgrunnlaget ikke medfører store forskjeller i det relative kostnadsnivået til driftskostnader per korrigerede opphold, men det slår ut i den prosentvise endring for Helse Nord fra 2003 til 2004. Dersom en hadde korrigert for arbeidsgiveravgiften, det vil si tatt den ut i beregningene, hadde Helse Nord hatt en reduksjon i driftskostnader per korrigert opphold på 0,1 prosent fra 2003 til 2004 mot en økning 4,5 prosent i tabell 9.7.

Tabell 9.2 Driftskostnader per korrigerede opphold, eksklusiv arbeidsgiveravgift og inklusiv arbeidsgiveravgift. 2004.

Regionalt helseforetak	Driftskostnader eksklusiv arbeidsgiveravgift per korrigerede opphold <sup>1)</sup>		Driftskostnader inklusiv arbeidsgiveravgift per korrigerede opphold (jmf tabell 9.7)	
	Nivå 2004 ekskl arb.g.avg	Prosent endring 2003-04 <sup>2)</sup>	Nivå 2004 inkl arb.g.avg	Prosent endring 2003-04 <sup>2)</sup>
Helse Øst RHF	23 773	-2,6	26 179	-2,6
Helse Sør RHF	23 930	-3,0	26 209	-2,9
Helse Vest RHF	23 853	-3,7	26 172	-3,2
Helse Midt-Norge RHF	25 733	2,7	28 232	2,9
Helse Nord RHF	28 188	-0,1	30 732	4,5
<b>Totalt</b>	<b>24 587</b>	<b>-1,9</b>	<b>26 935</b>	<b>-1,3</b>

1) Sykehus med driftsavtale er tatt ut.

2) Tallene for 2003 er inflasjonsjustert med 2,6 prosent.

<sup>27</sup> Sykehus med driftsavtale er tatt ut i disse beregningene. Det skyldes at i regnskapsdata for disse institusjonene er det ikke mulig å identifisere arbeidsgiveravgift.

<sup>28</sup> Arbeidsgiveravgiften er tatt ut etter andel driftskostnader til DRG-aktivitet i forhold til totale driftskostnader.



Omlegging av tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra fra 2003 til 2004 slår i særdeleshet ut for de "gamle" regionsykehusene. Tilskuddet er kraftig redusert og omdefinert. Beregninger foretatt på Rikshospitalet kan tyde på at det nye tilskuddet ikke dekker kostnadene sykehusene har til forskning og utdanning. I den grad det er tilfelle, vil driftskostnadene til DRG-aktivitet være for høye i forhold til den aktivitet som benyttes i nevneren (antall korrigeret opphold). Varierende grad av forskningsaktivitet på de "gamle" regionsykehusene i forhold til det tilskuddet som tildeles, vil også være avgjørende for beregnet driftskostnad per korrigeret opphold.

I tabell 9.3 under er driftskostnader per korrigeret opphold og per liggedag for de "gamle" universitetssykehusene presentert. Ved beregning av relativt kostnadsnivå, er det veide gjennomsnittet av disse sykehusene lagt til grunn, det vil si at gjennomsnittet av universitetssykehusene er 1,0.

Tabell 9.3 viser at Ullevål universitetssykehus i 2004 har de laveste driftskostnader per korrigeret opphold. Kostnadene på Ullevål har økt svakere enn aktiviteten målt med korrigeret opphold. Universitetssykehuset i Nord-Norge er det sykehus av de "gamle" regionsykehusene med de høyeste driftskostnader per korrigeret opphold. Rikshospitalet har også høye driftskostnader per korrigeret opphold, og det må ved nærmere analyse av indikatoren vurderes hvorvidt universitetssykehusets innhold er annerledes for Rikshospitalet enn for andre universitetssykehus.

Tabell 9.3 viser også at liggetidsprofilen ved sykehusene er avgjørende for driftskostnader per liggedag, og derigjennom det relative kostnadsnivået for liggedager. Det er i særdeleshet Rikshospitalet som skiller seg ut, og det skyldes at dette sykehuset relativt til andre "gamle" regionsykehus har mange dagbehandlinger.

For øvrig henvises det til diskusjon om forbehold i avsnitt 9.4.1.1.

Tabell 9.3 Driftskostnader per korrigeret opphold og per liggedag for de "gamle" regionsykehusene. 2004 og endring fra 2003.

"Gamle" regionsykehus	Driftskostnader per korrigeret opphold		Relativt kostnads- nivå	Driftskostnader per liggedag		Relativt kostnads- nivå
	Nivå 2004	Prosent endring 2003-04 <sup>1)</sup>		Nivå 2004	Prosent endring 2003-04 <sup>1)</sup>	
Ullevål universitetssykehus	28 255	-2,5	0,93	7 859	3,2	0,93
Rikshospitalet	33 636	-1,7	1,10	14 241	3,0	1,69
Haukeland universitetssykehus	28 874	-2,3	0,95	7 044	1,3	0,83
St. Olavs Hospital <sup>2)</sup>	29 576	3,8	0,97	7 027	7,2	0,83
Universitetssykehuset i Nord-Norge	33 818	6,9	1,11	9 464	5,6	1,12
<b>Totalt<sup>3)</sup></b>	<b>30 443</b>	<b>0,2</b>	<b>1,00</b>	<b>8 439</b>	<b>3,7</b>	<b>1,00</b>

1) Tallene for 2003 er inflasjonsjustert med 2,6 prosent.

2) St. Olavs Hospital er inklusiv Orkdal Sanitetsforenings sykehus. Det er ikke mulig å skille regnskapene i helseforetaket for de to sykehus.

3) Totalsummen som her framkommer er et veid gjennomsnitt av sykehusene i denne tabellen.

Driftskostnader per liggedag øker i alle regioner fra 2003 til 2004, bortsett fra Helse Øst som har en svak reduksjon, se tabell 9.7. Dette har sammenheng med en nedgang i antall liggedager. Helseforetak med forholdsvis korte liggetider i forhold til gjennomsnittet, vil ha en forholdsvis høyere kostnad per liggedag. Driftskostnadene per liggedag øker mest i Helse Nord og henger sammen med økning i arbeidsgiveravgiften. Korrigert for arbeidsgiveravgift observeres også i Helse Nord en svak nedgang i driftskostnader per liggedag fra 2003 til 2004.

Det er for 2004 for første gang også beregnet et relativt kostnadsnivå for driftskostnader per liggedag. For helseforetak med relativt sett få liggedager per opphold i forhold til gjennomsnittet, er det relative kostnadsnivået høyere enn det relative kostnadsnivået for driftskostnader per korrigerte opphold. Dette målet sier noe om forskjellig profil i pasientbehandlingen.

For Helse Øst, Helse Nord og til dels også Helse Vest er det forholdsvis liten forskjell mellom relativt kostnadsnivå for korrigerte opphold og det relative kostnadsnivået for liggedager. I Helse Sør derimot er relativt kostnadsnivå for liggedager høyere enn relativt kostnadsnivå for korrigerte opphold. Det motsatte er tilfelle i Helse Midt-Norge. Dette henger sammen med resultatene presentert i tabell 9.5, der det framgår at gjennomsnittlig liggetid per opphold er kortere i Helse Sør enn i Helse Midt-Norge. Disse to regionene har henholdsvis kortest og lengst gjennomsnittlig liggetid for alle oppholdene samlet. Jo flere liggedager driftskostnadene til DRG-aktivitet kan deles på, jo lavere blir kostnadene per liggedag og jo lavere blir det relative kostnadsnivået.

## 9.5 Korrigerte opphold per årsverk og per behandlerårsverk og beleggsprosent

Formålet med presenterte indikatorer i dette avsnittet, er å si noe om utvikling i aktivitet per ressursinnsats, målt med antall korrigerte opphold per årsverk og per behandlerårsverk.

Punkttellinger per 31.12 er utgangspunkt for beregning av årsverk. Gjennomsnittet av punkttelling i år 1 og i år 2 benyttes som mål på årsverksinnsatsen i år 2. Punkttelling på dette tidspunktet i året kan representere en feilkilde i forhold til variasjoner over året, og i så tilfelle ikke reflektere reell ressursbruk. Metode for innsamling av årsverk er også en feilkilde, da overtid ikke registreres. Imidlertid er metoden for å telle årsverk ikke endret fra 2003 til 2004.

Antall årsverk og behandlerårsverk i 2004 er korrigert for årsverk som ikke kan knyttes til DRG-aktiviteten. Dette gjøres ved å benytte samme forhold som mellom totale driftskostnader og driftskostnader til DRG-aktivitet for hver enhet.

Tabell 9.8 viser at antall korrigerte opphold per årsverk øker på landsbasis med vel to prosent i forhold til 2003, og at det i 2004 var 26 korrigerte opphold per årsverk. Det henger sammen med en sterkere aktivitetsøkning målt i antall korrigerte opphold enn i antall årsverk. Det samme er tilfelle for antall korrigerte opphold per behandlerårsverk, dog en noe svakere vekst i 2004 i forhold til året før, med en økning på 0,8 prosent. Det er i overkant av 36 korrigerte opphold per behandlerårsverk på landsnivå.

I Helse Øst, Helse Sør og Helse Vest er det en tilnærmet lik produktivitetsøkning når en ser på antall korrigerte opphold per årsverk, med en økning på om lag 2,7 prosent. I Helse Midt-Norge og i Helse Nord er det derimot en nedgang fra 2003 til 2004. I Helse Sør er det over 30 korrigerte opphold per årsverk, mens det er i underkant av 24 korrigerte opphold per årsverk i Helse Nord. De andre RHF-ene ligger rundt landsgjennomsnittet på 26 korrigerte opphold per årsverk.

Antall korrigerte opphold per behandlerårsverk i Helse Sør øker med 2,4 prosent i forhold til 2003 til 42,1 korrigerte opphold per behandlerårsverk, mens det observeres en nedgang i Helse Nord på 4,3 prosent til 31,6 korrigerte opphold per behandlerårsverk. De andre RHF-

ene ligger mellom 34,2 og 36,8 korrigerede opphold per behandlerårsverk, og det er således Helse Sør som skiller seg ut og drar landsgjennomsnittet opp.

Gjennomsnittlig beleggsprosent var i 2004 i underkant av 90 prosent på landsbasis. Beleggsprosenten for døgnoppholdene har gått ned i alle RHF, bortsett fra Helse Nord der det var en svak økning.

## 9.6 Aktivitet – regionale helseforetak

Tabell 9.4 Antall korrigerede opphold, samlet antall opphold og indeks for pasientsammensetning for 2004, samt endring fra 2003 til 2004. Regionalt helseforetak.

Regionalt helseforetak	Korrigerede opphold <sup>1)</sup>		Samlet antall opphold <sup>2)</sup>		Indeks for pasientsammensetning <sup>3)</sup>	
	Nivå 2004	Prosent endring 2003-04	Nivå 2004	Prosent endring 2003-04	Nivå 2003	Nivå 2004
Helse Øst RHF	380 469	1,7	378 556	4,8	1,04	1,01
Helse Sør RHF	327 839	1,9	328 379	2,7	1,01	1,00
Helse Vest RHF	237 314	2,6	245 010	6,0	1,00	0,97
Helse Midt-Norge RHF	172 924	2,0	172 388	2,7	1,01	1,00
Helse Nord RHF	126 862	-0,2	133 784	1,3	0,96	0,95
<b>Totalt</b>	<b>1 245 408</b>	<b>1,8</b>	<b>1 258 117</b>	<b>3,8</b>	<b>1,01</b>	<b>0,99</b>

1) Antall korrigerede opphold beregnes ved hjelp av DRG-systemet. Se vedlegg 5.

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

3) Indeks for pasientsammensetning er forholdet mellom antall korrigerede opphold og samlet antall opphold.

Datakilde: NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5

Tabell 9.5 Gjennomsnittlig liggetid for opphold samlet, døgnopphold, normalopphold og langtidsopphold for 2004, samt endring fra 2003 til 2004. Regionalt helseforetak.

Regionalt helseforetak	Alle opphold <sup>1)</sup>		Døgnopphold <sup>2)</sup>		Normalopphold <sup>3)</sup>		Langtidsopphold <sup>4)</sup>	
	Gjsn. liggetid 2004	Endring 2003-04	Gjsn. liggetid 2004	Endring 2003-04	Gjsn. liggetid 2004	Endring 2003-04	Gjsn. liggetid 2004	Endring 2003-04
Helse Øst RHF	3,8	-0,2	5,3	-0,2	3,2	-0,1	17,9	0,0
Helse Sør RHF	3,5	-0,2	5,1	-0,2	3,0	-0,1	16,2	-0,1
Helse Vest RHF	3,8	-0,3	5,3	-0,3	3,1	-0,2	16,7	0,0
Helse Midt-Norge RHF	4,2	-0,1	5,8	-0,1	3,3	-0,1	18,4	0,4
Helse Nord RHF	3,6	-0,1	5,0	-0,1	2,9	-0,1	16,8	0,6
<b>Totalt</b>	<b>3,8</b>	<b>-0,2</b>	<b>5,3</b>	<b>-0,2</b>	<b>3,1</b>	<b>-0,1</b>	<b>17,2</b>	<b>0,1</b>

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

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

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

4) Langtidsopphold er opphold med liggetid større enn trimpunkt i den aktuelle DRG oppholdet blir gruppert i. Trimpunktet er en statistisk fastsatt øvre liggetidsgrense for den aktuelle DRG. Trimpunktet ble endret fra og med 2004. Trimpunkt i 2004 er lagt på aktivitetsdata i 2003 for å få sammenlignbarhet.

Datakilde: NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5

Tabell 9.6 Andel døgnopphold, andel langtidsopphold, andel langtidsliggedager og andel polikliniske inntekter 2003 og 2004. Regionalt helseforetak.

Regionalt helseforetak	Andel døgnopphold <sup>1)</sup>		Andel langtidsopphold		Andel langtidsliggedager		Andel polikliniske inntekter <sup>2)</sup>	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Helse Øst RHF	67,7	66,4	4,9	4,5	9,0	8,6	12,8	12,0
Helse Sør RHF	62,0	60,8	4,5	4,0	8,9	8,3	12,2	12,0
Helse Vest RHF	68,9	66,8	6,3	5,4	10,9	10,3	13,0	12,0
Helse Midt-Norge RHF	67,7	66,5	6,3	6,1	11,7	12,1	15,3	13,5
Helse Nord RHF	65,6	65,2	5,2	5,0	9,5	10,2	14,2	12,5
<b>Totalt</b>	<b>66,2</b>	<b>64,9</b>	<b>5,3</b>	<b>4,9</b>	<b>9,8</b>	<b>9,6</b>	<b>13,2</b>	<b>12,3</b>

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

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

Datakilde: SSB og NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5

## 9.7 Produktivitetsmål – regionale helseforetak

Tabell 9.7 Driftskostnader DRG-virksomhet per korrigerede opphold og per liggedag og relativt kostnadsnivå for 2004, samt prosentvis endring fra 2003 til 2004. Regionalt helseforetak.

Regionalt helseforetak	Driftskostnader per korrigerede opphold		Relativt kostnadsnivå	Driftskostnader per liggedag		Relativt kostnadsnivå
	Nivå 2004	Prosent endring 2003-04 <sup>1)</sup>		Nivå 2004	Prosent endring 2003-04 <sup>1)</sup>	
Helse Øst RHF	26 179	-2,6	0,97	6 836	-0,9	0,97
Helse Sør RHF	26 209	-2,9	0,97	7 495	0,7	1,06
Helse Vest RHF	26 172	-3,2	0,97	6 592	1,5	0,93
Helse Midt-Norge RHF	28 232	2,9	1,05	6 766	4,4	0,96
Helse Nord RHF	30 732	4,5	1,14	8 090	6,0	1,15
<b>Totalt</b>	<b>26 935</b>	<b>-1,3</b>	<b>1,00</b>	<b>7 063</b>	<b>1,4</b>	<b>1,00</b>

1) Tallene for 2003 er inflasjonsjustert med 2,6 prosent.

Datakilde: SSB og NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5

Tabell 9.8 Korrigerede opphold per årsverk<sup>29</sup>, korrigerede opphold per behandlerårsverk og beleggsprosent for 2004, samt prosentvis endring fra 2003 til 2004. Regionalt helseforetak.

Regionalt helseforetak	Korrigerede opphold per årsverk		Korrigerede opphold per behandlerårsverk		Beleggsprosent (døgnopphold)	
	Nivå 2004	Prosent endring 2003-04	Nivå 2004	Prosent endring 2003-04	Nivå 2004	Pst poeng endring 2003-04
Helse Øst RHF	24,7	2,6	34,5	1,0	91,0	-0,5
Helse Sør RHF	30,5	2,7	42,1	2,4	85,9	-1,4
Helse Vest RHF	26,4	2,7	36,8	1,3	92,6	-1,4
Helse Midt-Norge RHF	25,7	-0,6	34,2	-2,1	93,6	-0,2
Helse Nord RHF <sup>1)</sup>	23,8	-1,9	31,6	-4,3	79,0	0,3
<b>Totalt</b>	<b>26,0</b>	<b>2,1</b>	<b>36,2</b>	<b>0,8</b>	<b>89,1</b>	<b>-0,7</b>

1) Årsverkstallene for Universitetssykehuset i Nord-Norge viste en veldig stor økning fra 2002 til 2003. Ved beregninger i dette kapittelet, er årsverkstall for 2003 for UNN beregnet som gjennomsnittet av innrapporterte tall i 2002 og 2004.

Datakilde: SSB og NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5

## 9.8 Aktivitet – helseforetak

Tabell 9.9 Antall korrigerede opphold, samlet antall opphold og indeks for pasientsammensetning for 2004, samt endring fra 2003 til 2004. Helseforetak.

Helseforetak	Korrigerede opphold <sup>1)</sup>		Samlet antall opphold <sup>2)</sup>		Indeks for pasientsammensetning <sup>3)</sup>	
	Nivå 2004	Prosent endring 2003-04	Nivå 2004	Prosent endring 2003-04	Nivå 2003	Nivå 2004
Sykehuset Østfold HF	54 209	-4,4	58 385	1,7	0,99	0,93
Sykehuset Asker og Bærum HF	23 980	6,7	24 442	18,5	1,09	0,98
Akershus universitetssykehus HF	53 375	6,2	56 833	10,4	0,98	0,94
Aker universitetssykehus HF	31 680	-2,6	32 594	-0,4	0,99	0,97
Ullevål universitetssykehus HF	82 836	3,9	78 995	7,1	1,08	1,05
Sykehuset Innlandet HF	90 567	-1,5	89 859	-1,7	1,01	1,01
Sunnaas sykehus HF	6 672	12,5	3 033	37,9	2,70	2,20
Avtale med Helse Øst RHF	37 151	7,3	34 415	9,4	1,10	1,08
Rikshospitalet HF	89 446	1,4	77 865	-2,5	1,10	1,15
Det norske radiumhospitalet HF	18 309	0,2	15 489	2,3	1,21	1,18
Ringerike sykehus HF	12 524	7,1	12 262	5,5	1,01	1,02
Sykehuset Buskerud HF	37 490	3,3	36 101	1,9	1,02	1,04

<sup>29</sup> Årsverk i 2004 er et gjennomsnitt av antall årsverk ved punkttellingene per 31.12.03 og 31.12.04. Tilsvarende for årsverk i 2003.

Helseforetak	Korrigererte opphold <sup>1)</sup>		Samlet antall opphold <sup>2)</sup>		Indeks for pasientsammensetning <sup>3)</sup>	
	Nivå 2004	Prosent endring 2003-04	Nivå 2004	Prosent endring 2003-04	Nivå 2003	Nivå 2004
Blefjell sykehus HF	17 062	3,5	16 575	2,0	1,02	1,03
Sykehuset i Vestfold HF	48 200	0,2	48 518	0,6	1,00	0,99
Sykehuset Telemark HF	35 996	2,5	43 773	13,9	0,91	0,82
Sørlandet sykehus HF	64 251	2,0	71 460	3,8	0,91	0,90
Avtale med Helse Sør RHF	4 561	1,8	6 336	9,4	0,77	0,72
Helse Stavanger HF	64 464	5,2	67 967	9,3	0,99	0,95
Helse Fonna HF	33 511	0,3	36 726	2,2	0,93	0,91
Helse Bergen HF	97 954	2,3	97 050	5,0	1,04	1,01
Helse Førde HF	26 332	-1,2	27 438	3,3	1,00	0,96
Avtale med Helse Vest RHF	15 053	5,9	15 829	12,5	1,01	0,95
Helse Sunnmøre HF	32 350	0,2	34 729	0,6	0,94	0,93
Helse Nordmøre og Romsdal HF	24 882	-0,4	25 489	1,3	0,99	0,98
St. Olavs Hospital HF	88 221	3,9	83 048	4,9	1,07	1,06
Helse Nord Trøndelag HF	27 471	0,3	29 122	0,1	0,94	0,94
Helgelandssykehuset HF	16 590	-2,9	17 995	1,2	0,96	0,92
Nordlandssykehuset HF	29 314	2,3	30 692	3,2	0,96	0,96
Hålogalandssykehuset HF	21 051	-6,4	23 549	-1,7	0,94	0,89
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	45 847	2,9	45 546	2,5	1,00	1,01
Helse Finnmark HF	14 060	-2,4	16 002	-1,3	0,89	0,88
<b>Totalt</b>	<b>1 245 408</b>	<b>1,8</b>	<b>1 258 117</b>	<b>3,8</b>	<b>1,01</b>	<b>0,99</b>

1) Antall korrigererte opphold beregnes ved hjelp av DRG-systemet. Se vedlegg 5.

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

3) Indeks for pasientsammensetning er forholdet mellom antall korrigererte opphold og samlet antall opphold.

Datakilde: NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5

Tabell 9.10 Gjennomsnittlig liggetid for opphold samlet, døgnopphold, normalopphold og langtidsopphold for 2004, samt endring fra 2003 til 2004. Helseforetak.

Helseforetak	Alle opphold <sup>1)</sup>		Døgnopphold <sup>2)</sup>		Normalopphold <sup>3)</sup>		Langtidsopphold <sup>4)</sup>	
	Gjsn. liggetid 2004	Endring 2003-04	Gjsn. liggetid 2004	Endring 2003-04	Gjsn. liggetid 2004	Endring 2003-04	Gjsn. liggetid 2004	Endring 2003-04
Sykehuset Østfold HF	3,5	-0,2	4,6	-0,2	2,9	-0,2	17,9	-0,1
Sykehuset Asker og Bærum HF	3,7	-0,6	4,8	-0,4	3,1	-0,4	17,8	-0,2
Akershus universitetssykehus HF	3,5	-0,1	4,5	-0,1	2,9	-0,1	16,4	-0,2
Aker universitetssykehus HF	4,4	0,0	6,5	0,4	3,4	-0,1	20,6	0,5
Ullevål universitetssykehus HF	3,8	-0,3	5,6	-0,5	3,0	-0,1	18,2	-1,1
Sykehuset Innlandet HF	3,7	0,0	5,0	-0,1	3,1	0,0	16,3	0,8
Sunnaas sykehus HF	15,4	-4,2	20,8	-3,5	13,9	-3,8	117,9	2,3
Avtale med Helse Øst RHF	4,2	-0,2	6,1	-0,3	3,5	-0,2	17,9	0,4
Rikshospitalet HF	3,3	0,0	5,9	-0,1	2,8	0,0	16,6	-0,4
Det norske radiumhospital HF	5,0	-0,5	6,1	-0,2	3,8	-0,2	24,9	-1,7
Ringerike sykehus HF	3,4	-0,2	4,1	-0,3	3,1	-0,1	12,4	-0,1
Sykehuset Buskerud HF	3,8	-0,2	4,9	-0,2	3,2	-0,1	14,6	-0,1
Blefjell sykehus HF	3,8	-0,1	4,9	-0,1	3,4	0,1	14,3	-2,2
Sykehuset i Vestfold HF	3,5	-0,1	5,0	-0,1	3,0	-0,1	16,2	1,2
Sykehuset Telemark HF	3,5	-0,3	5,6	-0,1	3,0	-0,3	17,4	-0,1
Sørlandet sykehus HF	3,1	-0,3	4,4	-0,3	2,7	-0,2	14,6	0,1
Avtale med Helse Sør RHF	3,0	-0,2	4,6	0,0	2,7	-0,1	10,6	-0,3
Helse Stavanger HF	3,8	-0,4	5,3	-0,4	3,1	-0,2	14,4	-0,5
Helse Fonna HF	3,4	-0,2	4,6	-0,3	2,9	-0,2	13,1	-0,3
Helse Bergen HF	4,0	-0,3	5,5	-0,3	3,0	-0,2	20,4	0,5
Helse Førde HF	3,8	-0,3	4,7	-0,2	3,2	-0,2	14,1	-0,6
Avtale med Helse Vest RHF	4,2	-0,7	6,0	-0,9	3,6	-0,6	14,6	-0,3
Helse Sunnmøre HF	4,2	0,0	6,0	0,0	3,4	-0,1	17,8	1,4
Helse Nordmøre og Romsdal HF	3,7	-0,1	5,1	0,0	3,2	-0,1	15,0	1,1
St. Olavs Hospital HF	4,5	-0,2	6,2	-0,2	3,3	-0,1	19,7	-0,2
Helse Nord Trøndelag HF	3,7	0,0	5,0	0,0	3,1	0,0	16,2	0,6
Helgelandssykehuset HF	3,6	-0,2	4,9	-0,1	3,1	-0,2	16,0	1,4
Nordlandssykehuset HF	3,6	-0,3	4,8	-0,3	2,9	-0,1	16,6	-0,9
Hålogalandssykehuset HF	3,8	-0,1	5,1	-0,1	3,1	-0,2	16,9	2,0

Helseforetak	Alle opphold <sup>1)</sup>		Døgnopphold <sup>2)</sup>		Normalopphold <sup>3)</sup>		Langtidsopphold <sup>4)</sup>	
	Gjsn. liggetid 2004	Endring 2003-04	Gjsn. liggetid 2004	Endring 2003-04	Gjsn. liggetid 2004	Endring 2003-04	Gjsn. liggetid 2004	Endring 2003-04
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	3,6	0,1	5,4	-0,1	2,8	0,0	18,4	0,4
Helse Finnmark HF	3,2	-0,1	4,2	-0,1	2,8	-0,1	12,5	0,3
<b>Totalt</b>	<b>3,8</b>	<b>-0,2</b>	<b>5,3</b>	<b>-0,2</b>	<b>3,1</b>	<b>-0,1</b>	<b>17,2</b>	<b>0,1</b>

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

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

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

4) Langtidsopphold er opphold med liggetid større enn trimpunkt i den aktuelle DRG oppholdet blir gruppert i. Trimpunktet er en statistisk fastsatt øvre liggetidsgrense for den aktuelle DRG. Trimpunktet ble endret fra og med 2004. Trimpunkt i 2004 er lagt på aktivitetsdata i 2003 for å få sammenlignbarhet.

Datakilde: NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5

Tabell 9.11 Andel døgnopphold, andel langtidsopphold, andel langtidsliggedager og andel polikliniske inntekter 2003 og 2004. Helseforetak.

Helseforetak	Andel døgnopphold <sup>1)</sup>		Andel langtidsopphold		Andel langtidsliggedager		Andel polikliniske inntekter <sup>2)</sup>	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Sykehuset Østfold HF	72,4	70,7	4,3	4,2	8,2	8,5	14,1	14,7
Sykehuset Asker og Bærum HF	75,8	69,6	4,8	3,9	8,5	7,4	11,9	10,9
Akershus universitetssykehus HF	71,5	71,2	4,2	4,0	7,9	7,6	11,8	11,1
Aker universitetssykehus HF	66,6	61,0	5,6	5,9	11,1	12,4	13,4	11,1
Ullevål universitetssykehus HF	61,5	60,2	5,8	4,9	12,2	10,3	14,7	13,6
Sykehuset Innlandet HF	67,8	68,2	4,7	4,5	7,5	7,7	13,2	12,8
Sunnaas sykehus HF	80,0	72,9	2,0	1,5	2,7	2,1	0,5	0,6
Avtale med Helse Øst RHF	62,8	62,5	5,2	4,8	8,6	8,2	8,6	8,0
Rikshospitalet HF	46,1	47,7	3,9	4,0	11,3	11,1	8,4	8,4
Det norske radiumhospital HF	84,3	77,7	6,9	5,7	15,1	12,0	20,4	19,8
Ringerike sykehus HF	77,6	78,7	4,6	3,4	5,2	4,5	12,0	10,2
Sykehuset Buskerud HF	71,0	70,3	5,8	5,3	8,7	8,4	15,2	16,0
Blefjell sykehus HF	73,5	72,8	4,3	3,5	6,9	4,2	8,9	8,6
Sykehuset i Vestfold HF	62,3	62,8	4,5	4,2	7,5	7,5	12,7	12,0
Sykehuset Telemark HF	60,9	54,7	4,0	3,7	7,2	8,3	15,3	14,8
Sørlandet sykehus HF	66,2	63,6	4,3	3,4	7,5	6,6	13,9	13,9



Helseforetak	Andel døgnopphold <sup>1)</sup>		Andel langtidsopphold		Andel langtidsliggedager		Andel polikliniske inntekter <sup>2)</sup>	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Avtale med Helse Sør RHF	61,0	55,7	4,1	3,3	6,4	5,1	11,9	11,6
Helse Stavanger HF	67,3	64,8	6,8	5,7	10,3	9,2	13,7	12,8
Helse Fonna HF	67,3	66,6	5,4	4,7	7,9	7,2	11,4	10,5
Helse Bergen HF	68,4	66,5	6,4	5,7	13,7	13,4	14,1	13,1
Helse Førde HF	77,4	74,4	5,4	5,0	7,3	7,1	11,5	10,3
Avtale med Helse Vest RHF	67,2	64,1	7,0	5,3	8,9	7,1	8,3	7,6
Helse Sunnmøre HF	64,6	65,1	5,7	5,9	9,0	10,8	13,9	12,5
Helse Nordmøre og Romsdal HF	69,6	66,7	4,8	4,5	6,1	6,8	17,1	16,0
St. Olavs Hospital HF	68,0	66,6	7,5	7,1	15,2	14,9	16,1	13,9
Helse Nord Trøndelag HF	69,2	68,0	5,0	4,8	8,4	9,0	12,8	11,6
Helgelandssykehuset HF	71,3	67,9	4,9	4,2	7,1	6,7	12,7	12,3
Nordlandssykehuset HF	69,9	68,5	5,9	5,1	11,0	9,5	14,8	13,3
Hålogalandssykehuset HF	69,9	68,5	5,5	5,5	8,4	10,5	10,7	9,1
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	56,1	58,8	4,7	5,2	11,0	12,8	17,1	14,6
Helse Finnmark HF	70,7	69,0	5,1	4,6	7,0	7,2	10,4	9,2
<b>Totalt</b>	<b>66,2</b>	<b>64,9</b>	<b>5,3</b>	<b>4,9</b>	<b>9,8</b>	<b>9,6</b>	<b>13,2</b>	<b>12,3</b>

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

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

Datakilde: SSB og NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5

## 9.9 Produktivitetsmål - helseforetak

Tabell 9.12 Driftskostnader DRG-virksomhet per korrigerte opphold og per liggedag og relativt kostnadsnivå for 2004, samt prosentvis endring fra 2003 til 2004. Helseforetak.

Helseforetak	Driftskostnader per korrigerte opphold		Relativt kostnadsnivå	Driftskostnader per liggedag		Relativt kostnadsnivå
	Nivå 2004	Prosent endring 2003-04 <sup>1)</sup>		Nivå 2004	Prosent endring 2003-04 <sup>1)</sup>	
Sykehuset Østfold HF	25 590	-0,9	0,95	6 741	-0,7	0,95
Sykehuset Asker og Bærum HF	25 364	-1,1	0,94	6 810	2,5	0,96
Akershus universitetssykehus HF	24 832	-6,0	0,92	6 722	-6,6	0,95
Aker universitetssykehus HF	29 292	-1,2	1,09	6 527	-2,4	0,92
Ullevål universitetssykehus HF	28 255	-2,5	1,05	7 859	3,2	1,11
Sykehuset Innlandet HF	24 171	-3,1	0,90	6 562	-2,3	0,93
Sunnaas sykehus HF	36 974	7,2	1,37	5 270	11,4	0,75
Avtale med Helse Øst RHF	25 178	-4,9	0,93	6 476	-2,2	0,92
Rikshospitalet HF	32 859	-1,6	1,22	11 307	2,0	1,60
Det norske radiumhospital HF	33 628	-2,9	1,25	7 969	5,2	1,13
Ringerike sykehus HF	24 009	0,0	0,89	7 181	8,0	1,02
Sykehuset Buskerud HF	21 727	-0,4	0,81	5 979	5,1	0,85
Blefjell sykehus HF	25 926	-6,1	0,96	7 011	-2,8	0,99
Sykehuset i Vestfold HF	24 813	0,5	0,92	7 007	1,6	0,99
Sykehuset Telemark HF	21 725	-6,9	0,81	5 098	-8,4	0,72
Sørlandet sykehus HF	22 228	-6,7	0,83	6 345	-0,3	0,90
Avtale med Helse Sør RHF	16 190	3,5	0,60	3 906	2,1	0,55
Helse Stavanger HF	23 873	-7,2	0,89	5 998	-1,9	0,85
Helse Fonna HF	24 813	0,5	0,92	6 625	5,6	0,94
Helse Bergen HF	27 904	-3,3	1,04	7 003	0,7	0,99
Helse Førde HF	28 486	1,3	1,06	7 285	3,9	1,03
Avtale med Helse Vest RHF	23 722	-1,9	0,88	5 345	8,4	0,76
Helse Sunnmøre HF	26 709	2,4	0,99	5 862	0,9	0,83
Helse Nordmøre og Romsdal HF	25 403	-0,3	0,94	6 674	0,3	0,94
St. Olavs Hospital HF	29 576	3,8	1,10	7 027	7,2	0,99
Helse Nord Trøndelag HF	28 273	2,3	1,05	7 182	3,1	1,02

Helseforetak	Driftskostnader per korrigerede opphold		Relativt kostnadsnivå	Driftskostnader per liggedag		Relativt kostnadsnivå
	Nivå 2004	Prosent endring 2003-04 <sup>1)</sup>		Nivå 2004	Prosent endring 2003-04 <sup>1)</sup>	
Helgelandssykehuset HF	25 575	-0,4	0,95	6 505	0,4	0,92
Nordlandssykehuset HF	27 987	1,9	1,04	7 373	9,0	1,04
Hålogalandssykehuset HF	30 176	9,4	1,12	7 071	7,6	1,00
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	33 818	6,9	1,26	9 464	5,6	1,34
Helse Finnmark HF	33 312	-0,7	1,24	9 051	1,2	1,28
<b>Totalt</b>	<b>26 935</b>	<b>-2,0</b>	<b>1,00</b>	<b>7 063</b>	<b>1,4</b>	<b>1,00</b>

1) Tallene for 2003 er inflasjonsjustert med 2,6 prosent.

Datakilde: SSB og NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5

Tabell 9.13 Korrigerede opphold per årsverk, korrigerede opphold per behandlerårsverk og beleggsprosent for 2004, samt prosentvis endring fra 2003 til 2004. Helseforetak.

Helseforetak	Korrigerede opphold per årsverk		Korrigerede opphold per behandlerårsverk		Beleggsprosent (døgnopphold)	
	Nivå 2004	Prosent endring 2003-04	Nivå 2004	Prosent endring 2003-04	Nivå 2004	Pst poeng endring 2003-04
Sykehuset Østfold HF	27,5	-0,1	39,3	0,5	99,5	2,6
Sykehuset Asker og Bærum HF	27,2	6,6	40,0	6,7	95,0	5,0
Akershus universitetssykehus HF	25,5	7,0	34,6	6,0	100,1	-1,6
Aker universitetssykehus HF	22,9	5,3	32,9	0,2	93,8	2,6
Ullevål universitetssykehus HF	24,0	5,5	34,0	3,9	90,8	-5,6
Sykehuset Innlandet HF	26,8	-4,2	37,0	-3,7	81,7	-2,0
Sunnaas sykehus HF	16,4	-3,3	21,3	-11,0	89,7	-1,9
Avtale med Helse Øst RHF	27,5	4,0	37,0	2,6	88,1	4,4
Rikshospitalet HF	25,2	4,8	36,7	1,6	81,7	0,4
Det norske radiumhospital HF	25,6	2,2	38,1	1,9	82,3	7,0
Ringerike sykehus HF	30,4	5,0	39,4	6,1	83,7	5,8
Sykehuset Buskerud HF	29,3	2,1	41,0	5,5	91,2	-11,1
Blefjell sykehus HF	26,8	3,6	35,6	3,5	81,4	-3,1

Helseforetak	Korrigerte opphold per årsverk		Korrigerte opphold per behandlerårsverk		Beleggsprosent (døgnopphold)	
	Nivå 2004	Prosent endring 2003-04	Nivå 2004	Prosent endring 2003-04	Nivå 2004	Pst poeng endring 2003-04
Sykehuset i Vestfold HF	27,6	1,3	39,1	1,9	97,1	-0,9
Sykehuset Telemark HF	33,5	0,9	42,3	-2,8	82,6	-10,8
Sørlandet sykehus HF	29,7	6,4	42,6	5,6	85,3	0,9
Avtale med Helse Sør RHF	46,2	0,2	63,9	0,4	90,5	2,2
Helse Stavanger HF	26,5	7,2	35,4	9,3	113,9	1,5
Helse Fonna HF	27,6	0,4	38,4	-4,8	89,6	-0,7
Helse Bergen HF	24,6	3,2	37,6	3,3	91,4	-3,4
Helse Førde HF	24,4	-3,7	33,9	-4,4	69,4	-0,5
Avtale med Helse Vest RHF	27,7	2,0	37,4	0,3	88,6	-2,5
Helse Sunnmøre HF	26,8	0,2	35,1	0,0	92,4	-1,1
Helse Nordmøre og Romsdal HF	26,7	-1,5	35,6	-3,2	83,0	-1,5
St. Olavs Hospital HF	25,6	-3,4	35,5	-2,8	98,3	-1,2
Helse Nord Trøndelag HF	23,9	2,7	30,7	-2,3	90,4	4,8
Helgelandssykehuset HF	27,9	-5,5	36,8	-6,5	79,5	-0,7
Nordlandssykehuset HF	25,2	5,7	32,6	4,4	75,6	-6,0
Hålogalandssykehuset HF	22,4	-5,5	29,4	-6,9	76,9	-0,3
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF <sup>1)</sup>	23,5	3,3	31,0	-6,2	83,0	2,9
Helse Finnmark HF	20,0	-6,7	28,4	-5,3	77,6	7,4
<b>Totalt</b>	<b>26,0</b>	<b>-1,3</b>	<b>36,2</b>	<b>0,8</b>	<b>89,1</b>	<b>-0,7</b>

1) Årsverkstallene for Universitetssykehuset i Nord-Norge viste en veldig stor økning fra 2002 til 2003. Ved beregninger i dette kapittelet, er årsverkstall for 2003 for UNN beregnet som gjennomsnittet av innrapporterte tall i 2002 og 2004.

Datakilde: SSB og NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5

## 9.10 Aktivitet og kostnader for andre sykehus

Tabell 9.14 Samlet antall opphold og antall døgnopphold, gjennomsnittlig liggetid for alle opphold og for døgnopphold i 2004, samt endring fra 2003 til 2004. Private sykehus.

Sykehus	Samlet antall opphold <sup>1</sup>	
	Nivå 2004	Pst endr 2003-2004
Feiringklinikken	5 356	1,0
Glittreklinikken	1 105	-0,5
Omnia sykehuset	8 565	-7,6
Drammen Private Sykehus	4 298	-22,3
Klinikk Stokkan, Trondheim	3 191	69,6
Medi 3, Ålesund	2 979	39,0
Ringvollklinikken	2 724	88,8
Axess Sykehus og Spesialistklinikk	2 193	-3,3
Volvat Medisinske Senter	2 150	-60,3
Trondheim Spesialistlegesenter	1 694	
Colosseumklinikken, Stavanger	1 302	
Colosseumklinikken, Oslo	1 100	89,3
Bergen Kirurgiske Sykehus	1 088	
Mjøs-Kirurgene	1 060	
Medi 3, Molde	657	
Idrettsklinikken	418	
Norsk Idrettsmedisinske institutt	290	
Klinikk Stokkan, Tromsø	121	
Vestfjordklinikken	57	

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

Datakilde: NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5



# 10 Effektivitetsutvikling 1999 – 2004

Solveig Osborg Ose og Marit Pedersen

## 10.1 Innledning

Formålet med dette kapitlet er å beskrive utvikling i sykehusenes ressursutnyttelse på nasjonalt og regionalt nivå i perioden 1999 til 2004, samt å kommentere siste års utvikling. Dette er en videreføring av analyser presentert i tidligere SAMDATA - rapporter.

Staten overtok spesialisthelsetjenesten fra 2002. Tidligere analyser av effektivitetsutvikling i SAMDATA viser en sterk effektivitetsvekst i sykehussektoren fra 2001 til 2002. Fra 2002 til 2003 beregnes også effektivitetsvekst, men økningen er noe svakere. I begynnelsen av en reform vil ofte de største og viktigste tiltakene for effektivisering settes i verk. Eventuelt kan det også tenkes at det tar tid å implementere strukturendringer, slik at det tar tid før effektivitetsveksten kommer. Dermed er det interessant å analysere om effektivitetsveksten fortsetter eller flater ut i 2004.

## 10.2 Metode

Produktivitet måler forholdet mellom ressursinnsats og produksjon. Det opereres i denne analysen med to typer produktivetsmål. Det ene er forholdet mellom arbeidskraftinnsats og produksjon, og det andre er forholdet mellom kostnader og produksjon. Avstanden mellom faktisk produktivitet og maksimal produktivitet forstås her som effektivitet, og benevnes teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet.

Effektivitetsmålene som beregnes refererer til det som kan kalles indre effektivitet ("gjøre tingene riktig"). Utvikling i teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet som presenteres i dette kapitlet sier derfor ingenting om ekstern effektivitet ("å gjøre de riktige tingene"), som kan være et uttrykk for de nasjonale og regionale prioriteringene.

Vi har ikke kunnskap om hva som er maksimal produktivitet, og må derfor i praksis beregne effektivitet som forholdet mellom faktisk produktivitet og produktivitet i de enheter som definerer "beste-praksis". DEA (data envelopment analyses, eller dataomhyllingsanalyser) er en ikke-parametrisk metode<sup>30</sup> for bestemmelse av en frontproduktfunksjon med flere innsatsfaktorer og produkter. DEA – metoden tillater at ulike innsatsfaktorer og produkter kan måles i ved hjelp av ulike målenheter. Den effektive fronten definerer den maksimale produksjonen som kan produseres gitt innsatsfaktorene. De effektive enhetene ligger på fronten og det er disse de andre sykehusene sammenliknes med. Bak denne metoden ligger noen grunnleggende forutsetninger. Den viktigste er at de observerte tilpasningene faktisk er mulige (ikke målefeil i data). Det er spesielt viktig at det ikke er målefeil i de observasjonene som definerer beste praksis. Det er viktig å poengtere at DEA er en velegnet metode for å finne relativ effektivitet, men den gir ikke nødvendigvis informasjon om det vi kan kalle

---

<sup>30</sup> Det pålegges ikke noen bestemt parametrisk struktur på produktfunksjonen.

absolutt effektivitet. Med andre ord, den forteller hvor godt de ulike sykehusene gjør det i forhold til hverandre, men det sammenliknes ikke med et teoretisk maksimum. Se Torp mfl (2000) for en god innføring i DEA tankegangen.

Det er mulig å anta ulike forutsetninger for skalaavkastning. I disse analysene antar vi konstant skalaavkastning. Dette er en streng forutsetning.

Sykehusene behandler flere typer pasienter, og det må tas hensyn til. I denne analysen benyttes kostnadsvektene i DRG-systemet for å korrigere for ulik pasientsammensetning ved sykehusene. Det kan innvendes at pasientsammensetningen, og dermed også ressurskravet, innenfor en gitt DRG kan variere mellom sykehusene. Innvendingen er da at kostnadsvektene ikke fullt ut kan sies å korrigere for ulik pasientsammensetning. Men kostnadsvektene til DRG-systemet er det beste eksisterende mål som kan beregne en sammenlignbar størrelse på omfanget av pasientbehandling i sykehus. I dette kapitlet benyttes samme sett av kostnadsvekter som legges til grunn for de øvrige kapitler i denne rapporten.

Kostnadsvektene til DRG-systemet danner også grunnlag for finansieringsordningen Innsatsstyrt Finansiering (ISF)<sup>31</sup>. På bakgrunn av dette kan det påpekes at det å benytte kostnadsvektene for å beregne et produksjonsmål i stor grad sier noe om hvor effektivt institusjonene skaffer inntekt. Et alternativ kunne være å ikke benytte DRG-korrigerede sykehusopphold å når produksjonen beregnes, men istedenfor benytte faktisk antall opphold. Det siste vil sannsynligvis være et dårligere alternativ, i og med at mye av aktivitetsveksten i perioden som betraktes skjer i form av dagbehandling (jfr kapittel 1). Derfor vil ikke beregninger baserte på denne alternative metoden presenteres.

### 10.3 Datagrunnlag og modellspesifikasjon

Datagrunnlaget består av 43 til 51 utvalgte sykehus i perioden 1999 til 2004. Antall sykehus reduseres i perioden som betraktes, og årsaken til dette er i hovedsak sammenslåing av enheter. Se vedlegg 6 for oversikt over hvilke sykehus som inngår for hvert år. De utvalgte sykehusene samsvarer med det som tidligere ble betegnet som "DRG-sykehus" i SAMDATA. Utgangspunktet for å bli klassifisert som DRG-sykehus i SAMDATA er at sykehuset skal ha akutfunksjon, medisinsk avdeling, kirurgisk avdeling og fødeavdeling. Dette ekskluderer en rekke spesialiserte sykehus og private elektive sykehus.

I analysen benyttes hele materialet fra 1999 til 2004 når den effektive fronten defineres. Endring i effektivitet kan dermed skyldes både at de mindre effektive enhetene "tar etter", og at det skjer en teknisk endring, dvs at de beste blir bedre. Dette skillet behandles ikke i disse analysene.

#### 10.3.1 Teknisk effektivitet

Produktiviteten måles som forholdet mellom ressursen årsverk i form av leger og annet personell, og produksjon i form av pasientbehandling.

Produksjonsmålet er sammensatt. Det består av døgnopphold, dagbehandling, antall liggedager over trimpunkt (langtidsliggedøgn) og poliklinisk aktivitet målt ved polikliniske refusjoner. Antall døgnopphold og dagbehandlinger ved institusjonene vektet med DRG-indeks for henholdsvis døgnopphold og dagbehandlinger. Antall liggedager over trimpunkt ved sykehusene gis en vekt basert på forholdet mellom beregnet gjennomsnittskostnad for et langtidsliggedøgn og enhetskostnaden for ett DRG-poeng. Ved hjelp av DRG-vektene kan dermed aktivitet i form av døgnopphold, dagbehandling og langtidsliggedager summeres sammen. Produksjon ved poliklinikken kommer da i tillegg i form av polikliniske refusjoner<sup>32</sup>.

<sup>31</sup> Vektene som benyttes i SAMDATA samsvarer ikke med vektene som legges til grunn i ISF. Se kapittel ni for nærmere redegjørelse av forskjeller.

<sup>32</sup> I kapittel ni inngår kun DRG-korrigerede døgnopphold og dagbehandlinger i produksjonsmålet.



En svakhet ved denne definisjonen av er at det ikke tas høyde for forskning, utvikling og utdanning ved universitetssykehusene.

### 10.3.2 Kostnadseffektivitet

Produktiviteten måles som forholdet mellom ressursinnsats målt som driftskostnader til pasientbehandling, og samme produksjonsmål som i beregning av teknisk effektivitet. Driftskostnader til pasientbehandling defineres som summen av kostnader til DRG-aktivitet og kostnader knyttet til poliklinisk aktivitet. Kostnader knyttet til pasientbehandling defineres i utgangspunktet på samme måte som kostnader knyttet til DRG-aktivitet i kapittel ni, men i denne analysen korrigeres det ikke for kostnader knyttet til poliklinisk aktivitet.

## 10.4 Metodeproblemer

### 10.4.1 Omlegging av tilskudd

Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra ble lagt om fra 2003 til 2004. En betydelig større del av dette tilskuddet inngår i 2004 i basisrammen. I dette kapitlet er det valgt å videreføre tilskuddet slik at for 2004 beregnes et tilskudd som er på nivå med tilskudd i 2003. Denne videreføringen velges her på grunn av hensyn til sammenlignbare størrelser i tidsserien fra 1999 til 2004. Dette er imidlertid en kortsiktig løsning<sup>33</sup>.

Takstene for polikliniske refusjoner fra RTV vedrørende konsultasjoner ble redusert med 35,5 prosent 01.01.04. Laboratorie- og røntgentakster ble redusert med sju prosent fra 07.01.04. Konsultasjonstakster utgjør en relativt stor andel av polikliniske refusjoner, slik at takstreduksjonen skulle tilsi en kraftig nedgang i polikliniske refusjoner for helseforetakene. Regnskapsførte polikliniske refusjoner går kun ned med ti prosent fra 2003 til 2004 (jf kapittel tre). Nedgangen er mindre enn forventet ut fra størrelsen på takstreduksjonen. Årsaken til at reduksjonen er mindre enn forventet kan være økt aktivitet på poliklinikkene. I tillegg kan dette skyldes mer bevisst inndrivning av polikliniske refusjoner, eller eventuelt manglende regnskapsmessig periodisering. Dermed er det vanskelig å ta høyde for takstreduksjonen når sammenlignbare tall for polikliniske refusjoner skal beregnes.

Tidligere år har vekst i poliklinisk aktivitet medført vekst i polikliniske refusjoner. Tall fra SAMDATA somatikk viser at antall polikliniske konsultasjoner økte 5,9 prosent fra 2002 til 2003, mens polikliniske refusjoner økte med 6,3 prosent. Med bakgrunn i dette velges det her å ta utgangspunkt i at polikliniske refusjoner ville økt i takt med aktivitetsveksten hvis takstene var uforandret 2003 til 2004. På landsbasis øker antall konsultasjoner med 4,1 prosent fra 2003 til 2004. Det betyr at polikliniske refusjoner fra 2003 justeres i takt med institusjonsvis endring i antall polikliniske konsultasjoner fra 2003 til 2004 – og benyttes som en sammenlignbar størrelse på polikliniske refusjoner. Det må understrekes at dette er også en kortsiktig løsning. Hvis takstreduksjonen har medført mer bevisst inndrivning og rapportering av poliklinisk aktivitet, vil dette framkomme som en effektivitetsforbedring når denne forutsetningen legges til grunn. I beregningene vil det også testes hvordan en forutsetning om nullvekst i poliklinisk aktivitet påvirker resultatene.

### 10.4.2 Beregning av langtidsliggedøgn

Hver DRG har en statistisk fastsatt øvre grense for liggetid som benevnes trimpunkt. Innenfor denne øvre grensen finnes 95 prosent av sykehusoppholdene. Trimpunktene har ikke blitt revidert like hyppig som kostnadsvektene til DRG-systemet. Fra 2003 til 2004 beregnes og innføres nye trimpunkt. De nye trimpunktene som gjelder fra 2004 er betydelig lavere enn de som benyttes de forutgående årene. Dette innebærer at det beregnes

<sup>33</sup> I kapittel ni benyttes det nye tilskuddet til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra både for 2003 og 2004.

betydelig flere liggedøgn over trimpunkt i 2004 sammenlignet med 2003. Når liggedøgn over trimpunkt er et eget produksjonsmål i modellen, så vil dette isolert sett føre til at beregnet effektivitetsvekst fra 2003 til 2004 overvurderes – eventuelt at reduksjon i effektivitetsnivå undervurderes.

I denne analysen velges det å innføre de nye trimpunktene fra og med 2003. Årsaken til dette er at siste års effektivitetsendring da ikke vil påvirkes av endringen. Beregning av effektivitetsendring på 2002 til 2003 vil imidlertid påvirkes av dette. Et annet alternativ er å benytte samme sett av trimpunkt for hele perioden. Men nye trimpunkt reflekterer endring i medisinsk praksis og teknologi, slik at det vil heller ikke være riktig å benytte disse for hele perioden. For å anslå betydningen av både skiftet i trimpunkt, og betydningen av benytte liggedøgn over trimpunkt som produksjonsmål, vil effektivitetsberegningene også bli utført uten langtidsliggedøgn som produksjonsmål.

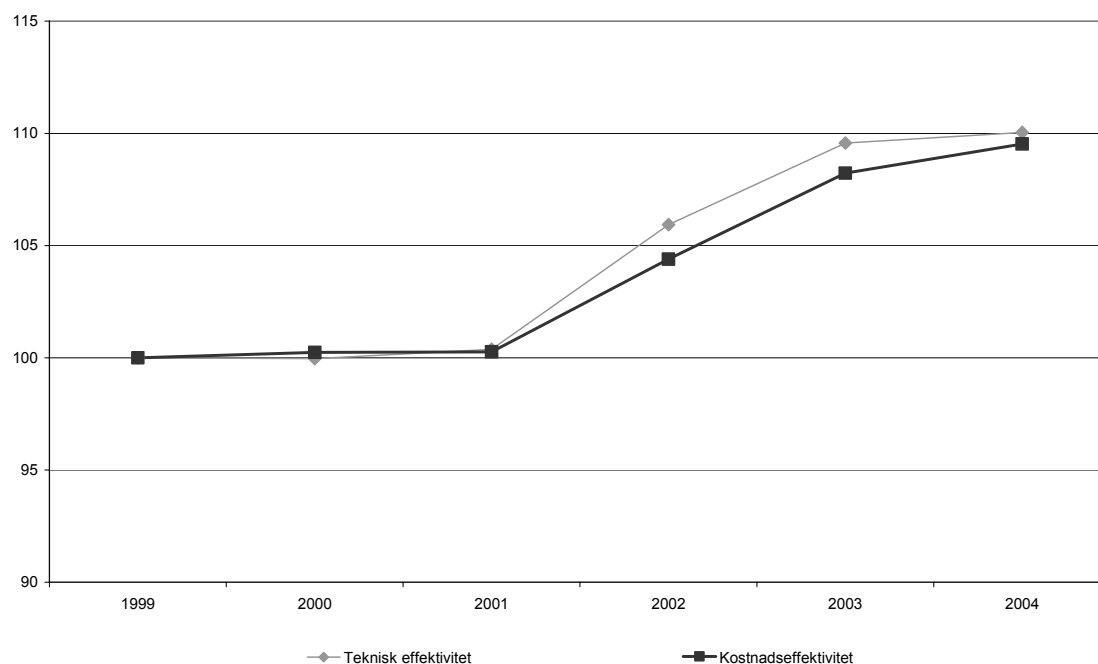
## 10.5 Utvikling i effektivitet på nasjonalt nivå

Figur 10.1 viser utviklingen i kostnadseffektivitet og teknisk effektivitet i perioden 1999 til 2004. 1999 er brukt som referanseår i denne figuren, og er satt lik 100. Resultatene baseres på veide gjennomsnitt for hvert år, hvor resultatene er vektet med størrelse på sykehus. Som mål på størrelse benyttes driftskostnader ved sykehusene. Tabell 10.1 viser at både teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet øker med om lag ti prosent i perioden som betraktes.

I perioden 1999 til 2001 observeres omtrent ingen endring i effektiviteten. Den statlige overtagelsen av spesialisthelsetjenesten skjedde i 2002. Fra 2001 til 2002 observeres en kraftig vekst i både teknisk effektivitet og i kostnadseffektivitet. Effektivitetsveksten fortsetter omtrent i samme takt fra 2002 til 2003.

Innføring av nye trimpunkt fra og med 2003 fører til at det beregnes flere langtidsliggedøgn, jf avsnitt 10.4.2. For å undersøke hvordan dette påvirker resultatene har effektivitetsutviklingen også blitt beregnet uten liggedøgn over trimpunkt som produksjonsmål. Når liggedøgn over trimpunkt holdes utenfor modellen observeres omtrent den samme effektivitetsutviklingen for perioden samlet. Men seks til sju prosentpoeng av den samlede effektivitetsveksten skjer da fra 2001 til 2002. Dvs at utflatingen i effektivitetsvekst finner under denne forutsetningen sted fra 2003, og fortsetter med en ytterligere utflating i 2004.

Figur 10.1 Utvikling i effektivitet i perioden 1999 – 2004. Årsgjennomsnitt vektet med sykehusstørrelse.



En forutsetning bak resultatene presentert i tabell 10.1 er at poliklinisk aktivitet har økt i tråd med registrert vekst på 4,1 prosent på landsbasis i antall polikliniske konsultasjoner, jf avsnitt 10.4.1. Fordi det har skjedd en takstreduksjon av betydning kan det stilles spørsmål om aktivitetsveksten på poliklinikkene til dels skyldes økt registrering. Effektivitetsutviklingen har også blitt beregnet med en forutsetning om null reell vekst i poliklinisk aktivitet det siste året. Det vil si at polikliniske refusjoner i 2004 settes lik polikliniske refusjoner i 2003. Hvis det forutsettes uendrede polikliniske refusjoner beregnes nullvekst i kostnadseffektiviteten fra 2003 til 2004, mens teknisk effektivitet reduseres med en prosent. Dette betyr at effektivitetsøkningen som beregnes fra 2003 til 2004 skyldes økt poliklinisk aktivitet.

Tabell 10.1 Teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet, nasjonale tall – vektet og uvektet 1999 - 2004. Prosentvis endring 2003 til 2004 og 1999 til 2004.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2003-2004	1999-2004
Teknisk effektivitet – uvektet	76,9	76,9	78,6	82,5	84,4	84,6	0,2 %	10,1 %
Teknisk effektivitet – vektet	76,3	76,3	76,6	80,9	83,6	84,0	0,4 %	10,0 %
Kostnadseffektivitet – uvektet	80,3	81,3	81,2	84,7	85,5	86,6	1,3 %	7,8 %
Kostnadseffektivitet – vektet	82,3	82,5	82,5	85,9	89,0	90,1	1,2 %	9,5 %

På landsbasis øker kostnadseffektiviteten med 1,2 prosent fra 2003 til 2004, mens teknisk effektivitet er tilnærmet uendret med en svak vekst på med 0,4 prosent. Intuitivt er det rimelig at kostnadseffektiviteten i øker i større grad enn teknisk effektivitet, i og med at det er nærliggende å tenke at det er lettere å kutte kostnader enn å kutte årsverk.

Resultatene som er illustrert i figur 10.1 og kommentert over er basert på gjennomsnittstall per år som er veid med sykehusstørrelse. Dermed teller de store sykehusene mer enn de små. I tabell 10.1 vises utviklingen i både vektet og uvektet effektivitet (uten referanseår).

Sterkere effektivitetsvekst med vekting betyr generelt at store sykehus har hatt en sterkere effektivitetsvekst enn små sykehus.

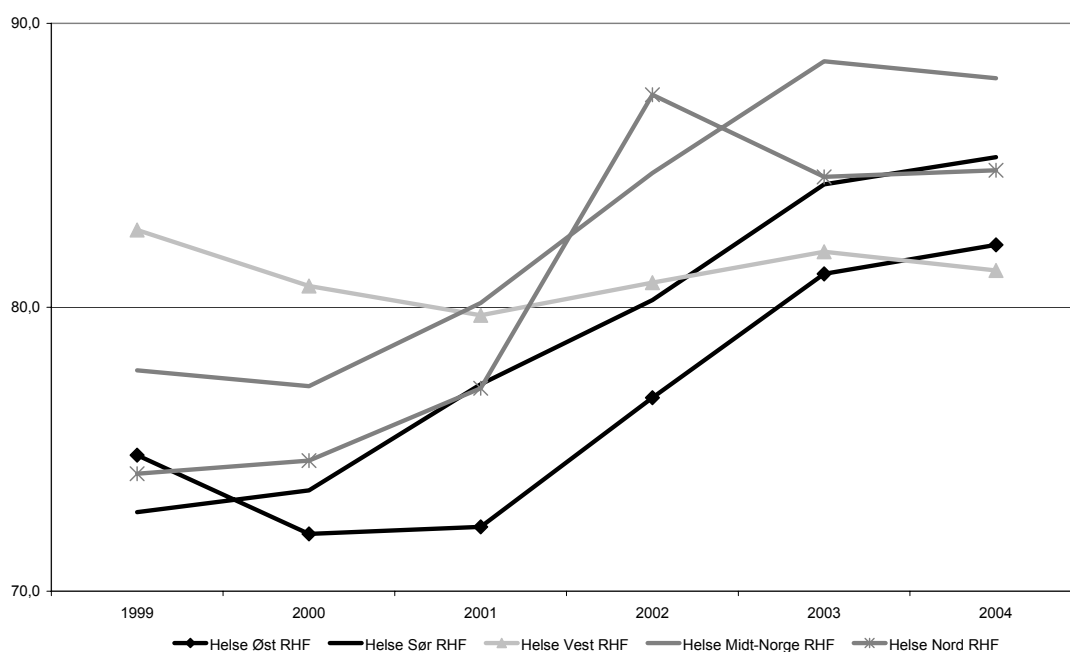
I avsnitt 10.6 vises utviklingen på regionalt nivå. Det forutsettes videre at registrert aktivitetsvekst ved poliklinikkene gjenspeiler en reell økning i aktiviteten.

## 10.6 Utvikling i effektivitet på regionalt nivå

### 10.6.1 Teknisk effektivitet

Figur 10.2 og tabell 10.2 viser utviklingen i gjennomsnittlig teknisk effektivitet for alle regionene, når resultatene vektet med sykehusstørrelse. Den nasjonale veksten på ti prosent i teknisk effektivitet i perioden som betraktes skjuler store regionale variasjoner. Helse Sør RHF har en kraftig vekst i teknisk effektivitet på 17 prosent, mens Helse Vest RHF har en reduksjon 1,7 prosent.

Figur 10.2 Teknisk effektivitet i de fem regionale helseforetakene – vektet.



For de regioner som har vekst i teknisk effektivitet kommer den sterkeste veksten i perioden 2001 til 2003. Unntaket er Helse Sør RHF, som har en relativt jevn økning hele perioden.

Tabell 10.3 viser utvikling i teknisk effektivitet når resultatene ikke vektet med sykehusstørrelse. I Helse Sør RHF har den tekniske effektiviteten i særlig grad økt ved store sykehus i perioden 1999 til 2004. Det motsatte er tilfelle for Helse Vest RHF.

Den nasjonale veksten på 0,4 prosent i teknisk effektivitet fra 2003 til 2004 fordeler seg på en noe kraftigere vekst i Helse Øst RHF og Helse Sør RHF, en gjennomsnittlig vekst i Helse Nord RHF – og redusert effektivitet i Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF, jf tabell 10.2.

Tabell 10.2 Teknisk effektivitet i de fem regionale helseforetakene – vektet.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2003-2004	1999-2004
Helse Øst RHF	74,8	72,0	72,3	76,8	81,2	82,2	1,3 %	9,9 %
Helse Sør RHF	72,8	73,5	77,3	80,3	84,3	85,3	1,1 %	17,2 %
Helse Vest RHF	82,7	80,8	79,7	80,9	82,0	81,3	-0,8 %	-1,7 %
Helse Midt-Norge RHF	77,8	77,2	80,2	84,7	88,7	88,1	-0,7 %	13,2 %
Helse Nord RHF	74,1	74,6	77,1	87,5	84,6	84,8	0,3 %	14,4 %

Når resultatene ikke vektet med sykehusstørrelse har Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF en noe bedre utvikling i teknisk effektivitet fra 2003 til 2004. Det betyr at utviklingen i teknisk effektivitet det siste året har vært bedre ved de mindre sykehusene i Helse Nord, og at reduksjonen i Helse Midt-Norge RHF kan relateres til større sykehus. I Helse Øst RHF, Helse Sør RHF og Helse Vest RHF har de større sykehusene hatt en bedre utvikling i teknisk effektivitet sammenliknet med de mindre.

Tabell 10.3 Teknisk effektivitet i de fem regionale helseforetakene – uvektet.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2003-2004	1999-2004
Helse Øst RHF	75,6	72,8	73,5	77,7	81,7	81,2	-0,7 %	7,4 %
Helse Sør RHF	80,0	80,7	81,9	83,8	85,6	85,5	-0,1 %	6,9 %
Helse Vest RHF	77,9	80,2	80,0	83,0	85,7	83,9	-2,1 %	7,8 %
Helse Midt-Norge RHF	79,8	79,8	81,9	84,4	87,5	87,5	0,0 %	9,6 %
Helse Nord RHF	72,5	72,0	76,8	84,3	83,7	84,2	0,6 %	16,2 %

Generelt gir de vektete effektivitetstallene noe ulikt resultat sammenliknet med de uvektede tallene i perioden 1999 til 2004. Det er lite systematisk variasjon mellom nivå på teknisk effektivitet ved store og små sykehus. Beregningene kan tyde på at differansen i nivå på effektivitet er mindre nå enn tidligere. Men veien til et mer likt effektivitetsnivå mellom store og små sykehus i perioden som betraktes varierer fra region til region.

I Helse Øst RHF, Helse Sør RHF og Helse Midt-Norge RHF har de store sykehusene gått fra å være mindre teknisk effektive enn de små, til å etablere seg med effektivitetsnivå på høyde med mindre institusjoner. Særlig gjelder dette for Helse Sør RHF. Helse Sør RHF har et relativt lavt nivå på teknisk effektivitet ved store institusjoner i starten av perioden.

Helse Vest RHF har motsatt utvikling sammenliknet med Helse Øst RHF, Helse Sør RHF og Helse Midt-Norge RHF. I starten av perioden har større sykehus et betydelig høyere effektivitetsnivå enn de mindre. Dette bildet snur i 2002. Noe av denne utviklingen kan i Helse Vest RHF knyttes opp mot høy produksjon ved Voss Sjukehus. Fra og med 2003

har imidlertid DRG-vektene for søvnutredninger og snorkeoperasjoner blitt redusert, noe som i stor grad påvirker produksjonsmålet ved Voss Sjukehus.

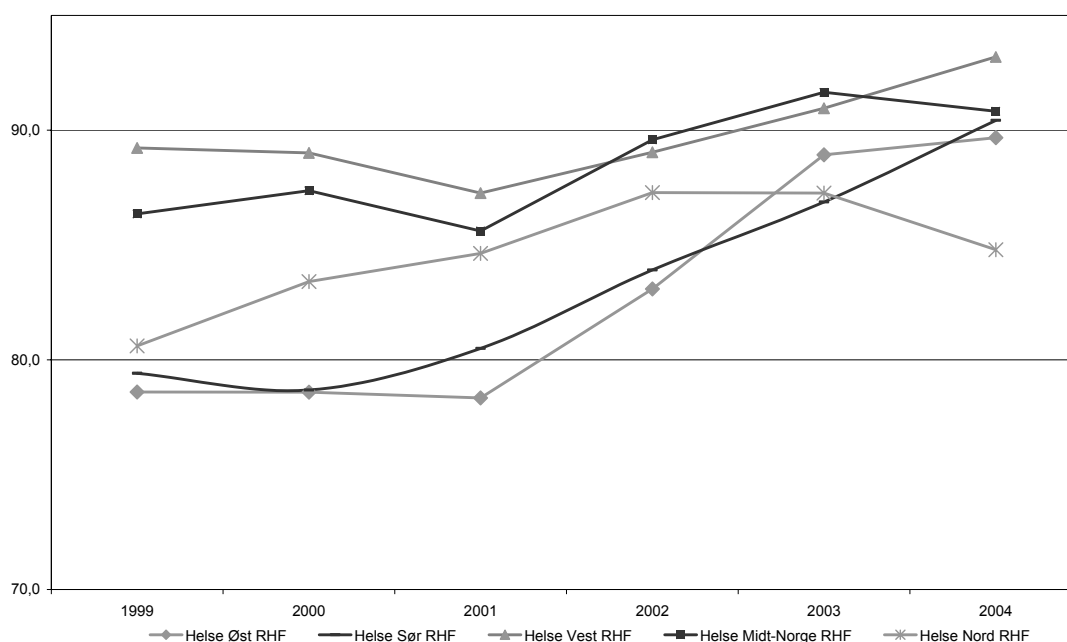
Større sykehus har i hele periode høyere nivå på teknisk effektivitet i Helse Nord RHF. Fra 2002 til 2004 reduseres differansen i nivå på teknisk effektivitet mellom store og små sykehus. Dette kan tyde på en utjevning i effektivitetsnivå på slutten av perioden.

Universitetssykehusene kan hevdes å ha et handicap når teknisk effektivitet måles innenfor denne modellen. Årsaken til dette er at disse sykehusene har oppgaver i forbindelse med forskning og utdanning som det ikke tas høyde for i denne modellen. Dette påvirker imidlertid ikke utviklingen over tid.

### 10.6.2 Kostnadseffektivitet

Utvikling i kostnadseffektiviteten for de ulike regionene, når det vektet for sykehusstørrelse, vises i figur 10.3 og tabell 10.4 nedenfor. Ved den statlige overtagelsen av sykehusene, fra 2001 til 2002, observeres en markert endring i effektivitetsutviklingen for Helse Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF. I perioden som betraktes observeres en samlet vekst i kostnadseffektiviteten i størrelsesorden fire til 14 prosent. Den sterkeste økningen finner sted i Helse Øst RHF og i Helse Sør RHF, som i utgangspunktet hadde et relativt lavt effektivitetsnivå. Disse to regionene er på god vei til å hente igjen Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF som hele tiden har hatt et relativt høyt nivå på kostnadseffektiviteten i perioden som betraktes. Det er imidlertid ikke testet for om forskjellene i nivå på kostnadseffektivitet mellom helseregionene er signifikante.

Figur 10.3 Kostnadseffektivitet i de fem regionale helseforetakene – vektet.



Den økt kostnadseffektiviteten i Helse Sør RHF i perioden 1999 til 2004 forårsakes i særlig grad av økt effektivitet ved store sykehus. For de øvrige regionene øker kostnadseffektiviteten ved små og store sykehus omtrent i samme takt, med en tendens til sterke vekst i kostnadseffektiviteten ved de mindre enhetene.

Fra 2003 til 2004 flater veksten i kostnadseffektivitet noe ut. Men den samlede nasjonale veksten i kostnadseffektivitet på 1,2 prosent skjuler en relativt sterkere vekst i Helse Sør RHF og Helse Vest RHF på henholdsvis fire og 2,5 prosent, og en reduksjon i Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF på henholdsvis en og tre prosent. Helse Øst RHF har en vekst i

kostnadseffektiviteten omtrent på landsgjennomsnittet. Resultatene vises i tabell 10.4. Det siste året har de mindre institusjonene en sterkere vekst i kostnadseffektivitet i Helse Sør RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. Det motsatte er tilfelle i Helse Øst RHF og Helse Vest RHF, jf tabell 10.5.

Tabell 10.4 Kostnadseffektivitet i de fem regionale helseforetakene - vektet.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2003-2004	1999-2004
Helse Øst RHF	78,6	78,6	78,3	83,1	88,9	89,7	0,9 %	14,1 %
Helse Sør RHF	79,4	78,7	80,5	83,9	86,9	90,4	4,1 %	13,9 %
Helse Vest RHF	89,2	89,0	87,3	89,0	91,0	93,2	2,5 %	4,4 %
Helse Midt-Norge RHF	86,4	87,4	85,6	89,6	91,7	90,8	-0,9 %	5,2 %
Helse Nord RHF	80,6	83,4	84,6	87,3	87,3	84,8	-2,8 %	5,2 %

Det må understrekes at Helse Nord RHF fra 2003 til 2004 har sterk økning i driftskostnader på grunn av at den differensierte arbeidsgiveravgiften har falt bort (jf kapittel tre). Dette momentet er det ikke korrigert for i analysene, og påvirker i sterk grad resultatet for Helse Nord RHF. Tabell 10.2 viser at Helse Nord RHF har en gjennomsnittlig økning i teknisk effektivitet på 0,3 prosent det siste året. Teknisk effektivitet er ikke påvirket av endret arbeidsgiveravgift.

Resultatene basert på vektete og uvektede størrelser er ulike. For teknisk effektivitet tyder beregningen på at differansen mellom små og store sykehus har blitt utjevnet i perioden som betraktes. Når det gjelder kostnadseffektivitet er det stabile og vedvarende differanser. Kostnadseffektiviteten er generelt høyere ved de store sykehusene, og dette bildet er som nevnt stabilt i perioden som betraktes. Unntaket er Helse Sør RHF, som starter ut med en situasjon hvor kostnadseffektiviteten er betraktelig høyere ved de mindre institusjonene. Dette utjevner seg ut over i perioden, og i 2003 og 2004 er de store institusjonene i Helse Sør RHF nivåmessig på høyde med de mindre når kostnadseffektiviteten måles.

Tabell 10.5 Kostnadseffektivitet i de fem regionale helseforetakene - uvektet.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2003-2004	1999-2004
Helse Øst RHF	77,0	76,3	76,6	83,0	87,3	87,5	0,2 %	13,6 %
Helse Sør RHF	83,7	83,9	83,3	84,9	85,2	90,3	5,9 %	7,9 %
Helse Vest RHF	82,0	84,2	83,0	86,3	85,6	86,5	1,1 %	5,5 %
Helse Midt-Norge RHF	83,8	84,8	82,1	87,2	88,9	89,2	0,3 %	6,4 %
Helse Nord RHF	76,6	78,3	81,2	83,3	82,0	81,3	-0,8 %	6,2 %

## 10.7 Oppsummering

- På nasjonalt nivå øker både teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet med om lag ti prosent i perioden 1999 til 2004, når resultatene vektet i forhold til sykehusstørrelse. Kostnadseffektiviteten øker mest ved større sykehus, mens store og små sykehus har omtrent samme utvikling i teknisk effektivitet.
- Fra 2003 til 2004 øker teknisk effektivitet med 0,4 prosent, mens kostnadseffektiviteten øker med 1,2 prosent. Resultatene er vektet i forhold til sykehusstørrelse. Særlig for teknisk effektivitet observeres en markert utflating i effektivitetsveksten sammenlignet med perioden 2001 til 2003.
- Den nasjonale veksten på ti prosent for teknisk effektivitet fra 1999 til 2004 skjuler store regionale variasjoner. I Helse Sør RHF øker teknisk effektivitet med hele 17 prosent, mens Helse Vest RHF har en reduksjon på nesten 1,7 prosent. I Helse Øst RHF, Helse Sør RHF og Helse Midt-Norge RHF finner den sterkeste tekniske effektivitetsveksten sted ved de store sykehusene, mens det motsatte er tilfelle for Helse Vest RHF og Helse Nord RHF.
- I perioden 1999 til 2004 øker kostnadseffektiviteten med nesten ti prosent. Dette fordeles seg på en sterkere vekst på 14 prosent i Helse Øst RHF og Helse Sør RHF, og en svakere vekst på fire til fem prosent i Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. På nasjonalt nivå beregnes en sterkere vekst i kostnadseffektivitet for større sykehus. Dette kan i sin helhet tilskrives Helse Sør RHF. For de øvrige regionene er veksten i kostnadseffektivitet nokså lik for store og små sykehus, med en tendens til at veksten i kostnadseffektivitet er noe sterkere ved de mindre institusjonene.
- Økningen i teknisk effektivitet på 0,4 prosent siste året er satt sammen av en noe sterkere vekst i Helse Sør RHF og Helse Øst RHF, en vekst omtrent på gjennomsnittet for Helse Nord RHF, og reduksjon for Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF. Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF har en noe bedre utvikling teknisk effektivitet for de mindre institusjonene. For Helse Øst RHF, Helse Sør RHF og Helse Vest RHF derimot er utviklingen bedre for de større institusjonen.
- For det siste året beregnes nokså ulik endring i kostnadseffektivitet for de ulike regionene. Veksten i kostnadseffektivitet er på hele fire prosent i Helse Sør RHF, mens den er negativ i Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord. I Helse Nord RHF beregnes en reduksjon i kostnadseffektivitet på tre prosent. Reduksjonen i Helse Nord RHF må delvis tilskrives bortfall av differensiert arbeidsgiveravgift, som det ikke er korrigerert for i denne analysen. Helse Sør RHF og i Helse Midt-Norge RHF har det siste året en sterkere vekst i kostnadseffektivitet ved mindre institusjoner, og det samme gjelder også Helse Nord RHF. I Helse Øst RHF og i Helse Vest RHF er det motsatte tilfelle.



## Del IV Grunnlagsdata



## Grunnlagsdata personell og senger

Tabell T1.1 Beregnede årsverk etter personellkategori, regionale helseforetak, helseforetak, sykehus og andre institusjoner under foretaksstrukturen. 2003 og 2004. Punkttall per 31. desember i driftsåret.

	Leger		Syke- pleiere <sup>1</sup>		Hjelpe- pleiere <sup>2</sup>		Annet beh. pers. <sup>3</sup>		Personell i annet pas. rettet arb. <sup>4</sup>		Administr/ kontor		Service/drift		Sum beregnete årsverk	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
<b>Sykehuset Østfold HF</b>																
Sykehuset Østfold	289	285	1023	980	237	216	244	233	43	47	480	521	234	299	2548	2580
<b>Sykehuset Asker og Bærum HF</b>																
Sykehuset Asker og Bærum	122	127	406	424	85	88	93	99	5	5	191	206	144	144	1046	1094
<b>Akershus universitetssykehus HF</b>																
Akershus universitetssykehus	326	348	910	962	260	264	233	249	66	53	367	411	239	257	2400	2543
Stensby sykehus	22	25	85	81	27	28	24	23	14	4	40	40	32	33	245	233
Gartnerveien barnehage og rehabilitering	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	1	1	0	0	5	5
<b>Aker universitetssykehus HF</b>																
Aker universitetssykehus <sup>5</sup>	219	221	787	791	114	103	196	165	27	11	368	256	310	246	2022	1792
<b>Ullevål universitetssykehus HF</b>																
Ullevål universitetssykehus	749	794	1579	1613	337	302	589	591	93	92	864	729	596	640	4807	4762
Nordre Aasen Rehabiliteringssenter	0	0	1	1	8	5	53	48	9	4	6	7	8	5	84	70
Bleiker behandlingssenter	0	0	0	0	1	1	10	14	5	5	3	2	3	3	21	24

	Leger		Syke- pleiere <sup>1</sup>		Hjelpe- pleiere <sup>2</sup>		Annet beh. pers. <sup>3</sup>		Personell i annet pas. rettet arb. <sup>4</sup>		Administr- kontor		Service/drift		Sum beregnete årsverk	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
<b>Sykehuset Innlandet HF</b>																
Sykehuset Innlandet, Hamar/Elverum	193	219	584	601	106	102	145	138	21	20	241	283	164	115	1455	1477
Sykehuset Innlandet, Lillehammer	138	147	450	410	100	88	136	119	18	6	125	210	140	134	1106	1115
Sykehuset Innlandet, Gjøvik	105	118	339	381	86	82	73	83	0	16	115	128	156	111	873	919
Sanderud sykehus habiliteringstj. for voksne	2	1	0	0	0	0	12	11	6	5	2	4	0	2	22	23
Sykehuset Innlandet, Kongsvinger	52	56	180	196	57	67	46	49	0	13	36	78	90	54	462	513
Granheim lungesenter	4	4	12	11	8	8	5	4	2	4	6	9	13	10	49	50
Sykehuset Innlandet, Tynset	20	27	84	83	24	22	12	12	14	0	21	30	31	21	205	194
Barnehabiliteringstjenesten Sangenhagen	0	0	0	2	0	1	0	7	0	2	0	4	0	1	0	17
Valdres fødestogo	0	0	4	4	4	4	0	0	1	1	0	0	0	0	9	9
Lom helseheim, fødestuen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Habiliteringstjenesten for voksne	0	0	0	0	0	0	11	11	1	1	3	0	0	0	14	14
<b>Sunnaas sykehus HF</b>																
Sunnaas sykehus	24	31	106	134	61	65	90	116	11	20	54	61	41	44	386	471
<b>Andre institusjoner m/ driftsavtale Helse Øst RHF</b>																
Revmatismesykehuset	8	9	14	15	9	9	15	15	4	4	15	16	13	14	78	82
Martina Hansens hospital	28	30	94	94	17	17	24	26	0	0	35	34	32	31	229	233

	Leger		Sykepleiere <sup>1</sup>		Hjelpepleiere <sup>2</sup>		Annet beh. pers. <sup>3</sup>		Personell i annet pas. rettet arb. <sup>4</sup>		Administrativt kontor		Service/drift		Sum beregnede årsverk	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Diakonhjemmet sykehus	81	101	271	328	47	44	76	90	11	19	93	102	73	68	651	751
Lovisenberg Diakonale Sykehus	57	57	270	272	29	28	51	50	0	0	69	67	66	69	541	543
<b>Sum Helse Øst RHF</b>	2437	2599	7196	7381	1615	1544	2138	2145	353	331	3132	3198	2385	2300	19257	19498
<b>Rikshospitalet HF</b>																
Rikshospitalet <sup>6</sup>	489	491	1506	1537	161	157	456	461	17	135	839	721	478	492	3947	3995
Spesialsykehuset for rehabilitering <sup>7</sup>	16	19	51	52	30	28	61	66	16	22	50	49	31	30	254	266
Spesialsykehuset for epilepsi	22	23	85	94	7	8	50	50	24	17	27	30	25	25	239	246
<b>Det norske radiumhospital HF</b>																
Det norske radiumhospital	174	174	351	382	87	78	223	265	13	16	224	247	188	202	1261	1363
<b>Ringerike sykehus HF</b>																
Ringerike sykehus	57	60	233	214	57	50	41	41	16	1	69	67	39	53	511	487
Hallingdal sjukestugu	2	2	18	19	8	7	4	5	0	0	3	3	6	6	40	40
<b>Sykehuset i Buskerud HF</b>																
Sykehuset Buskerud	214	200	614	597	201	159	172	163	45	8	287	298	172	186	1705	1610
Buskerud rehabiliteringssenter	0	0	10	0	14	0	4	0	4	0	3	0	5	0	39	0
Habiliteringsteamet i Buskerud	3	2	7	8	2	1	21	8	2	0	5	17	1	0	40	37
<b>Blefjell sykehus HF</b>																
Blefjell sykehus, Kongsberg	35	43	178	183	39	49	28	28	12	8	50	49	42	42	384	402
Blefjell sykehus, Notodden	24	27	84	83	26	22	20	20	1	4	31	33	21	20	207	209
Blefjell sykehus, Rjukan <sup>8</sup>	16	19	42	46	26	26	12	12	2	3	17	22	18	19	133	147

	Leger		Sykepleiere <sup>1</sup>		Hjelpepleiere <sup>2</sup>		Annet beh. pers. <sup>3</sup>		Personell i annet pas. rettett arb. <sup>4</sup>		Administr./kontor		Service/drift		Sum beregnede årsverk		
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	
<b>Sykehuset Telemark HF</b>																	
Sykehuset Telemark	159	171	561	550	179	151	151	136	28	94	192	124	142	142	132	1411	1358
Sykehuset Telemark, Kragerø	6	6	24	42	18	23	10	11	2	2	7	9	0	0	0	67	92
Habiliteringstenesta i Telemark	1	2	2	2	3	3	22	21	5	4	7	6	2	2	2	41	39
<b>Sykehuset i Vestfold HF</b>																	
Sykehuset i Vestfold	249	259	863	824	183	172	220	229	44	85	349	366	289	303	2197	2238	
<b>Sørlandet sykehus HF</b>																	
Sørlandet sykehus, Kristiansand	177	169	579	617	100	89	191	170	29	7	233	239	163	181	1473	1473	
Sørlandet sykehus, Lister	28	23	119	120	25	22	26	19	4	0	40	47	33	35	274	267	
Sørlandet sykehus, Arendal	127	117	386	396	81	67	92	89	22	27	239	199	142	137	1088	1031	
Betanien hospital	15	16	46	49	13	14	9	10	1	1	18	18	14	14	16	116	122
Kure epilepsisenter	0	0	2	2	6	6	3	4	3	3	4	3	3	4	21	21	
Nordagutu opptreningssenter	0	0	4	4	5	5	4	4	1	1	3	3	7	7	24	24	
<b>Sum Helse Sør RHF</b>	1812	1823	5764	5821	1270	1135	1817	1812	292	438	2696	2547	1821	1892	15472	15468	
<b>Helse Stavanger HF</b>																	
Stavanger universitetssykehus	358	391	1172	1243	238	265	317	330	46	248	407	461	437	238	2976	3176	
Rehabiliteringstjenesten i Rogaland	10	5	84	70	39	36	44	65	40	5	12	21	1	0	229	201	

	Leger				Syke- pleiere <sup>1</sup>				Hjelpe- pleiere <sup>2</sup>				Annet beh. pers. <sup>3</sup>				Personell i annet pas. rettet arb. <sup>4</sup>				Administr/ kontor				Service/drift				Sum beregnete årsverk				
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	
<b>Helse Fonna HF</b>																																	
Haugesund sjukehus	116	115	416	421	65	63	80	90	13	13	13	13	152	155	135	131	131	135	135	131	131	131	131	131	978	988	978	988					
Stord sjukehus	36	37	151	160	34	34	25	26	0	0	0	0	44	40	44	39	39	44	44	39	39	39	39	39	334	335	334	335					
Odda sjukehus	12	19	64	71	23	17	16	14	0	0	0	0	21	16	27	25	25	27	27	25	25	25	25	25	162	162	162	162					
Rehabiliteringstj., seksjon barn/voksen	0	0	1	1	0	0	10	12	3	3	3	3	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	19	16	19					
<b>Helse Bergen HF</b>																																	
Haukeland universitetssykehus <sup>5</sup>	623	632	1902	1831	376	326	520	498	6	5	6	5	793	859	1013	892	892	1013	1013	892	892	892	892	892	5233	5044	5233	5044					
Voss sjukehus	23	30	106	113	35	34	21	21	0	0	0	0	33	42	59	62	62	59	59	62	62	62	62	62	277	301	277	301					
Bergen legevakt	10	10	14	15	0	0	5	5	7	7	7	7	3	3	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	42	43	42	43					
Habiliteringstj. for voksne funksjonshemm.	2	2	0	0	7	6	20	20	2	2	2	2	4	4	1	0	4	1	1	0	0	0	0	0	35	34	35	34					
<b>Helse Førde HF</b>																																	
Førde sentralsjukehus	105	118	369	403	83	78	95	100	24	8	24	8	119	181	129	141	141	129	129	141	141	141	141	141	924	1029	924	1029					
Nordfjord sjukehus	25	22	76	72	21	19	19	19	0	0	0	0	24	13	25	24	24	25	25	24	24	24	24	24	189	168	189	168					
Lærdal sjukehus	24	15	58	54	28	28	17	18	1	1	1	1	27	14	22	23	23	22	22	23	23	23	23	23	176	150	176	150					
<b>Andre institusjoner m/ driftsavtale Helse Sør RHF</b>																																	
Haraldsplass Diagonale Sykehus	61	66	221	237	51	50	56	59	0	0	0	0	68	65	86	83	83	86	86	83	83	83	83	83	543	559	543	559					
Haugesund Sanitetsfor. Revmatismesykehus	15	16	29	29	14	14	11	11	16	16	16	16	7	7	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	104	105	104	105					
Betanien spesialistpoliklinikk og laboratorium	2	2	5	5	0	0	13	12	0	0	0	0	9	11	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	30	30	30	30					
<b>Sum Helse Vest RHF</b>	1420	1479	4666	4725	1013	967	1268	1298	157	307	157	307	1723	1894	1997	1674	1674	1997	1997	1674	1674	1674	1674	1674	12244	12344	12244	12344					



	Leger		Syke- pleiere <sup>1</sup>		Hjelpe- pleiere <sup>2</sup>		Annet beh. pers. <sup>3</sup>		Personell i annet pas. rettet arb. <sup>4</sup>		Administr- kontor		Service/drift		Sum beregnete årsverk	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
<b>Helse Sunnmøre HF</b>																
Ålesund sjukehus	148	153	466	480	94	89	128	128	34	32	181	184	105	108	1156	1174
Volda sjukehus	34	35	140	128	34	25	29	20	0	0	35	32	24	21	296	261
Nevrohjernet rehabiliteringssenter	0	0	7	8	8	8	4	4	1	1	1	1	2	2	22	23
Mork rehabiliteringssenter	0	0	13	13	10	10	8	8	1	1	2	2	4	4	38	38
<b>Helse Nordmøre og Romsdal HF</b>																
Molde sjukehus	107	103	322	323	43	40	94	90	26	41	119	147	87	73	797	817
Kristiansund sjukehus	47	53	215	204	25	24	43	40	16	20	46	43	60	52	451	436
Aure opptreningscenter	0	0	8	9	1	1	5	5	2	2	1	2	6	7	22	24
<b>St. Olavs Hospital HF</b>																
St. Olavs Hospital	496	538	1738	1760	303	291	454	490	68	49	660	718	524	591	4243	4438
Orkdal sanitetsforeningssjukehus	41	48	196	204	42	35	33	36	17	3	37	56	29	30	395	411
Betania Malvik, somatisk rehabiliteringssenter	3	3	21	18	20	19	9	10	3	1	3	3	9	9	68	61
Trondsløtten habiliteringssenter	3	4	2	2	0	0	15	15	7	5	4	4	3	3	34	34
Ørland helsesenter	0	0	3	3	5	4	0	0	0	0	0	0	0	0	8	7
<b>Helse Nord Trøndelag HF</b>																
Sykehuset Levanger	99	106	405	418	64	60	99	106	19	33	107	104	90	94	884	920
Sykehuset Namsos	52	54	223	242	41	42	39	45	29	29	73	66	45	52	502	530
<b>Sum Helse Midt-Norge RHF</b>	<b>1030</b>	<b>1095</b>	<b>3758</b>	<b>3811</b>	<b>691</b>	<b>648</b>	<b>958</b>	<b>998</b>	<b>223</b>	<b>215</b>	<b>1269</b>	<b>1360</b>	<b>987</b>	<b>1046</b>	<b>8916</b>	<b>9174</b>

	Leger				Sykepleiere <sup>1</sup>				Hjelpepleiere <sup>2</sup>				Annet beh. pers. <sup>3</sup>				Personell i annet pas. rettet arb. <sup>4</sup>				Administr./kontor				Service/drift				Sum beregnede årsverk			
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
<b>Helgelandssykehuset HF</b>																																
Helgelandssykehuset, Mo i Rana	31	32	118	125	36	37	32	34	32	34	10	11	46	47	37	37	26	26	310	312												
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	27	30	98	98	29	27	28	21	28	21	16	9	27	11	36	34	34	260	231													
Helgelandssykehuset, Mosjøen	19	20	72	75	17	15	20	19	20	19	2	3	25	28	17	17	17	173	176													
Brønnøysund fødestue	0	0	4	5	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	9													
<b>Nordlandssykehuset HF</b>																																
Nordlandssykehuset, Bodø	168	175	528	494	114	107	143	136	143	136	39	32	178	149	114	120	1285	1213														
Nordlandssykehuset, Lofoten	19	18	77	75	25	24	19	15	19	15	5	3	24	22	24	20	192	178														
<b>Hålogalandssykehuset HF</b>																																
Hålogalandssykehuset, Harstad	68	60	259	255	58	49	49	49	49	49	14	14	99	78	41	39	588	543														
Hålogalandssykehuset, Narvik	35	29	122	111	34	34	29	29	29	29	8	8	44	47	30	26	301	284														
Hålogalandssykehuset, Stokmarknes <sup>10</sup>	23	21	107	99	46	42	31	30	31	30	9	9	34	38	36	32	286	270														
<b>Universitetssykehuset i Nord-Norge HF</b>																																
Universitetssykehuset i Nord-Norge	364	383	958	1010	223	217	399	357	399	357	333	371	603	314	354	331	3232	2982														
Områdegeriatrisk enhet, Lenvik helsesenter	1	1	7	7	4	4	4	4	4	4	2	2	1	1	0	0	17	17														
Fødestua Midt-Troms	0	0	6	6	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7														
Sykestua og fødeavdeling i Nordreisa	0	1	10	10	4	4	2	2	2	2	1	1	0	0	3	3	20	21														
<b>Helse Finnmark HF</b>																																
Helse Finnmark, Hammerfest	51	50	224	207	36	35	35	30	35	30	14	18	77	59	63	79	500	477														
Helse Finnmark, Kirkenes	29	30	127	132	32	31	33	40	33	40	6	5	46	47	49	68	323	352														

	Leger				Sykepleiere <sup>1</sup>				Hjelpepleiere <sup>2</sup>				Annet beh. pers. <sup>3</sup>				Personell i annet pas. rettett arb. <sup>4</sup>				Administr./kontor				Service/drift				Sum beregnede årsverk			
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Mehamn helsesenter	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Berlevåg sykestue	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Porsanger helsetun	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	
Tana helsesenter	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2		
Nesseby helsesenter	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1		
Båtsfjord helsesenter	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2		
Kautokeino alders- og sykehjem	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3		
Karasjok helsesenter	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4		
Hasvik helsesenter	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1		
Vardø helsesenter	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2			
Nordkapp helsesente	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3		
Havøysund helsesenter	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1			
Alta helsesenter	1	0	6	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	13	9				
Vadsø helsesenter	0	0	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	6	6			
Øksfjord helsesenter	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1			
Kjøllefjord helsesenter	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1			
Longyearbyen sykehus	3	3	9	8	8	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	19			
<b>Sum Helse Nord RHF</b>	<b>841</b>	<b>854</b>	<b>2741</b>	<b>2729</b>	<b>683</b>	<b>650</b>	<b>823</b>	<b>766</b>	<b>457</b>	<b>489</b>	<b>1208</b>	<b>843</b>	<b>809</b>	<b>798</b>	<b>7562</b>	<b>7130</b>																

	Leger		Sykepleiere <sup>1</sup>		Hjelpepleiere <sup>2</sup>		Annet beh. pers. <sup>3</sup>		Personell i annet pas. rettett arb. <sup>4</sup>		Administrativt kontor		Service/drift		Sum beregnede årsverk	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
<b>Private ideelle institusjoner</b>																
Feiringklinikken	13	13	127	108	0	0	7	7	2	2	31	31	57	53	236	213
Glittreklinikken as	12	13	28	29	14	14	22	24	0	1	12	11	27	25	115	116
<b>Private kommersielle institusjoner</b>																
Axess Sykehus og Spesialistklinik	5	6	9	8	0	0	0	0	0	0	8	8	2	0	24	22
Colosseumklinikken, Oslo	3	5	4	5	0	0	0	0	0	1	3	2	0	0	10	13
Colosseumklinikken, Stavanger	5	5	7	7	0	0	0	0	0	0		3	1		16	
Drammen Private Sykehus	6	7	5	8	3	3	0	0	1	4	6	3	0	0	21	25
Fana Medisinske Senter	3	3	3	3	0	0	0	0	2	2	3	3	1	1	10	10
Idrettsklinikken	5	5	1	1	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	11	11
Ishavsklinikken	3	3	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
Bergen Kirurgiske Sykehus	3	3	3	3	0	0	0	1	0	0	4	4	0	0	11	11
Klinikk Stokkan, Trondheim	1	1	6	6	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	7	11
Medi 3, Ålesund	8	9	14	18	1	1	2	3	6	7	3	4	1	2	35	44
Medi 3, Molde	3	3	3	10	10	0	0	4	4	13	13	5	5	1	1	36
Mjøs-Kirurgene	0	0	1	1	0	0	1	1	5	5	2	2	3	3	12	12
Omnia Sykehuset	11	10	33	30	0	0	5	5	23	22	4	4	0	4	76	75
Ringvollklinikken	3	2	17	27	3	6	1	0	7	5	0	4	0	0	31	44
Rosenborg Sportsklinik	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	3	3
Klinikk Stokkan, Tromsø	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	4	4

	Leger		Syke- pleiere <sup>1</sup>		Hjelpe- pleiere <sup>2</sup>		Annet beh. pers. <sup>3</sup>		Personell i annet pas. rettet arb. <sup>4</sup>		Administr- kontor		Service/drift		Sum beregnete årsverk	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Trondheim Spesialistlegesenter		1		4		0		0		0		1		9		15
Vestfjordklinikken		1		1		0		0		0		2		0		3
Volvat Medisinske Senter		26	20	32	28	3	2	12	7	2	0	40	37	21	19	134
<b>Sum private sykehus</b>	87	109	275	300	23	25	48	52	40	63	107	134	107	118	689	801
<b>Sum Norge</b>	7628	7960	24400	24767	5295	4969	7053	7071	1522	1843	10135	9977	8107	7829	64140	64415

1. Inkluderer jordmødre.

2. Inkluderer barnepleiere.

3. Inkluderer vernepleiere, fysioterapeuter, bioingeniører, radiografer, ergoterapeuter og annet arbeidsterapipersonell, sosionomer og psykologer.

4. Inkluderer annet fagutdannet helsepersonell ikke spesifisert annet sted, samt ufaglært pleiepersonell.

5. Tall for Ski sykehus er inkludert i Aker universitetssykehus.

6. Tall for Hjertesenteret i Oslo er inkludert i Rikshospitalet.

7. Tall for Kongsgård sykehus er inkludert i Spesialsykehuset for Rehabilitering Stavem

8. Tall for fødeavdelingen i Timm er inkludert i Bleifjell sykehus, Rjukan.

9. Tall for Kysthospitalet i Hagevik er inkludert i Haukeland universitetssykehus.

10. Tall for Andenes helsecenter er inkludert i Hålogalandssykehuset, Stokmarknes.

Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 2

Tabell T1.2 Effektive senger etter avdelingstype<sup>1</sup>, helseregion, helseforetak og sykehus. 2004.

	Døgn- plasser	Utskr. Døgn- pas	Gen Kir	Orto- pedi	Ann kir	ØNH	Øye	Fød/ Gyn	Bl-Kir/ Med	Gen Med	Onko	Ann Med	Nevro	Ped	Rev Med	Sos/ Reh	Annet	Sum 2003	Sum 2004
<b>Sykehuset Østfold HF</b>																			
Sykehuset Østfold			98	66		8	3			188		12	21	39	11	3		551	504
<b>Sykehuset Asker og Bærum HF</b>																			
Sykehuset Asker og Bærum			61	29			41		91									232	222
<b>Akershus universitetssykehus HF</b>																			
Akershus universitetssykehus			89	48		2	62		135				38	39		16		394	428
Stensby sykehus			19			6			23									47	49
<b>Aker universitetssykehus HF</b>																			
Aker universitetssykehus			34	23	106			7	22			179	4					344	374
Ski sykehus																		43	
<b>Ullevål universitetssykehus HF</b>																			
Ullevål universitetssykehus			19	61	103	2	33	181	17	21	247	24	24	39		11		740 <sup>2</sup>	758
Nordre Aasen Hab.senter	8	18																	
Bleiker behandlingssenter	2	3																	
<b>Sykehuset Innlandet HF</b>																			
Sykehuset Innlandet, Lillehammer				73			2	41				90	21	29				255	256
Sykehuset Innlandet, Gjøvik				19	47	12		32		13	81					14		205	217
Sykehuset Innlandet, Hamar/Elverum				42	81	4	4	40			110		3	24		22		330	330

	Døgn- plasser	Utskr. Døgn- pas	Gen Kir	Orto- pedi	Ann kir	ØNH	Øye	Fød/ Gyn	Bl-Kir/ Med	Gen Med	Onko	Ann Med	Nevro	Ped	Revm	Sos/ Reh	Annet	Sum 2003	Sum 2004
Sykehuset Innlandet, Kongsvinger			27	18				10		37					13			113	105
Granheim lungesenter													39					39	39
Sykehuset Innlandet, Tynset			18					6		19								43	43
Valdres fødestogo	6	135																	
Lom helseheim, fødestuen	4	8																	
<b>Sunnaas sykehus HF</b>																140		128	140
Sunnaas sykehus																			
<b>Andre institusjoner m/driftsavtale Helse Øst RHF</b>																			
Martina Hansens Hospital				36											26			61	61
Rvmatismesykehuset															35			39	35
Diakonhj sykehus			56							79					32			175	168
Lovisenberg Diak sykehus			45							75						25		141	145
<b>Sum Helse Øst RHF</b>	20	164	466	413	338	35	42	475		685	34	757	110	170	117	232		3743	3874
<b>Rikshospitalet HF</b>																			
Rikshospitalet				35	174	29		45				113	27	89	25			532	537
Hjertesenteret i Oslo																		28	
Kysthospitalet Stavem																110		70	110
Kongsgård sykehus																		37	
Spesialsykehus for epilepsi													75					69	75
<b>Det norske radiumhospital HF</b>																			
Det norske radiumhospital									100		145							295	246

	Døgn- plasser	Utskr. Døgn- pas	Gen Kir	Orto- pedi	Ann kir	ØNH	Øye	Fød/ Gyn	Bl-Kir/ Med	Gen Med	Onko	Ann Med	Nevro	Ped	Rev m	Sos/ Reh	Annet	Sum 2003	Sum 2004	
<b>Ringerike sykehus HF</b>																				
Ringerike sykehus			26	22				20		54								133	122	
Hallingdal sjukestugu	19	641																		
<b>Sykehuset Buskerud HF</b>																				
Sykehuset Buskerud			70	45	10	5	50	4		98			30	45	6	4		335	366	
Habilit.teamet i Buskerud	4																			
Buskerud rehasenter	15																			
<b>Helse Blefjell HF</b>																				
Blefjell sykehus, Kongsberg			5	23	6		14	26	27									98	101	
Blefjell sykehus, Notodden			9	9			3		28									48	48	
Blefjell sykehus, Rjukan			11	8			5	19										40	42	
<b>Sykehuset Telemark HF</b>																				
Sykehuset Telemark			82	25	16	6	56	113		15			15	40		22		336	376	
Sykehuset Telemark, Kragere									30							20		36	50	
Habiliteringstj i Telemark	4	69																		
<b>Sykehuset i Vestfold HF</b>																				
Sykehuset i Vestfold			23	65	60	10	65	21		10			29	23				416	416	
<b>Sørlandet sykehus HF</b>																				
Lister sykehus			22				14	39										76	75	
Aust-Agder sjukehus				27	55	1	1	26	6	64			13	24	1	0		237	218	
Vest-Agder sykehus			73	25		6	45	103		24			24	36	14			351	325	



	Døgn- plasser	Utskr. Døgn- pas	Gen Kir	Orto- pedi	Ann kir	ØNH	Øye	Fød/ Gyn	Bl-Kir/ Med	Gen Med	Onko	Ann Med	Nevro	Ped	RevM	Sos/ Reh	Annet	Sum 2003	Sum 2004
<b>Andre institusjoner m/ driftsavtale Helse Sør RHF</b>																			
Betanien Hospital				22			5								22			50	49
Nordagutu opptrsenter	33	599																	
Kure epilepsisenter	20	57																	
<b>Sum Helse Sør RHF</b>	95	1527	320	305	311	63	11	341	156	415	155	386	213	257	68	156		3186	3156
<b>Helse Stavanger HF</b>																			
Sentralsjukeh i Rogaland			13	56	104	13	3	97		1	41	125	26	29			30	556	539
Rehabiliteringstjenesten	97	1848																	
<b>Helse Fonna HF</b>																			
Haugesund sjukehus					72			28				84		26				215	210
Stord sjukehus			27					15		41								86	83
Odda sjukehus			17					4		17								43	38
Rehabiliteringstj., seksjon barn/voksen																			
<b>Helse Bergen HF</b>																			
Kysthospitalet i Hagevik																		43	
Haukeland sykehus			101	130	50	28	10	116		115	60	146	62	71	37	39		910	965
Voss sjukehus			35					13		25								73	73
Habiliteringstj for voksne funksjonsh	2	21																	

	Døgn- plasser	Utskr. Døgn- pas	Gen Kir	Orto- pedi	Ann kir	ØNH	Øye	Fød/ Gyn	Bl-Kir/ Med	Gen Med	Onko	Ann Med	Nevro	Ped	Revm	Sos/ Reh	Annet	Sum 2003	Sum 2004
<b>Helse Førde HF</b>																			
Førde sentralsjukehus			41	31		12	9	33		79			14	17	13	9		267	257
Lærdal sjukehus			23					6		26								57	55
Nordfjord sjukehus			21					8		22								53	52
<b>Andre institusjoner m/ driftsavtale Helse Vest RHF</b>																			
Haugesund Sanforen sh																	36	36	36
Haralds Pl. Diagonale sykehus			30	26	8					32		58						160	153
Betanien spesialistpoliklinikk og laboratorium	3	239																	
<b>Sum Helse Vest RHF</b>	102	2108	307	243	234	54	22	320		357	101	413	102	143	50	48	66	2499	2459
<b>Helse Sunnmøre HF</b>																			
Ålesund sjukehus			51	37	1	10	3	56		110				26	8	11		298	312
Volda sjukehus			23					20		33								77	76
Mork rehasenter	21	219																	
Nevrohj rehasenter	14	160																	
<b>Helse Nordmøre og Romsdal HF</b>																			
Molde sjukehus			51		1	8	2	21		64			23			0		171	169
Kristiansund sjukehus			19	20				17		35				14				104	105
Aure opp treningssenter	34	541																	

	Døgn- plasser	Utskr. Døgn- pas	Gen Kir	Orto- pedi	Ann kir	ØNH	Øye	Fød/ Gyn	Bl-Kir/ Med	Gen Med	Onko	Ann Med	Nevro	Ped	RevM	Sos/ Reh	Annet	Sum 2003	Sum 2004
<b>St. Olavs Hospital HF</b>																			
St. Olavs Hospital			101	82	69	17	8	96		104	63	133	22	64	14	38	2	802	812
Orkdal sanfor sjukehus			23	18				15		48		18						119	121
Betania Malvik somatisk rehabiliteringssenter	40	402																	
Ørland helsesenter	6	139																	
<b>Helse Nord Trøndelag HF</b>																			
Sykehuset Namsos			27			2	3	14		50			9					108	105
Sykehuset Levanger			57					24		70				17		13		196	181
<b>Sum Helse Midt-Norge RHF</b>	115	1461	353	157	71	36	16	262		513	63	151	54	121	22	62	2	1875	1881
Helgelandsh, Sandnessjøen			17					10	4	26						13		77	69
Helgelandsh, Mosjøen			14					5	8	17								44	44
Helgelandsh, Mo i Rana			35					11		38								85	84
Brønnøysund fødestue	2	281																	
<b>Nordlandssykehuset HF</b>																			
Nordlandssykehuset, Bodø			53	27		13	2	44		73		10	28	31	10	13		297	305
Nordlandssykehuset, Lofoten			18					10		24								52	52
<b>Hålogalandssykehuset HF</b>																			
Hålogalandsh, Narvik			24					13		34				9				83	81
Hålogalandsh, Stokmarknes			26					11		37		12		9				93	94
Hålogalandsh, Harstad			36					13		46				9				123	109

	Døgn- plasser	Utskr. Døgn- pas	Gen Kir	Orto- pedi	Ann kir	ØNH	Øye	Fød/ Gyn	Bl-Kir/ Med	Gen Med	Onko	Ann Med	Nevro	Ped	Revm	Sos/ Reh	Annet	Sum 2003	Sum 2004
<b>Universitetssykehuset i Nord-Norge HF</b>																			
Longyearbyen sykehus												8						8	8
Universitetssykehuset i Nord- Norge			29	110	15	4	42			32	30	113	22	36	13	21		457	466
Områdegeriatrisk enhet, Lenvik helsesenter	9	60																	
Sykestua og fødeavdeling i Nordreisa	15	448																	
Fødestua Midt-Troms	5	220																	
<b>Helse Finnmark HF</b>																			
Helse Finnmark, Hammerfest			15	13			21			38				13				117	101
Helse Finnmark, Kirkenes			18				11			24						5		67	57
Vardø helsesenter	2	311																	
Alta helsesenter	9	404																	
Båtsfjord helsesenter	2	471																	
Berlevåg sykestue	1	146																	
Hasvik helsesenter	1	60																	
Karasjok helsesenter	4	480																	
Mehamn helsesenter	1	205																	
Nesseby helsesenter	1	110																	
Kautokeino alders- og sykehjem	3	118																	
Havøysund helsesenter	1	29																	

	Døgn- plasser	Utskr. Døgn- pas	Gen Kir	Orto- pedi	Ann kir	ØNH	Øye	Fød/ Gyn	Bl-Kir/ Med	Gen Med	Onko	Ann Med	Nevro	Ped	Revm	Sos/ Reh	Annet	Sum 2003	Sum 2004	
Øksfjord helsesenter	1	105																		
Kjøllefjord helsesenter	1	212																		
Nordkapp helsesenter	3	490																		
Tana helsesenter	2	146																		
Porsanger helsetun	2	55																		
Vadsø helsesenter	6																			
<b>Sum Helse Nord RHF</b>	<b>71</b>	<b>4351</b>	<b>257</b>	<b>70</b>	<b>110</b>	<b>35</b>	<b>6</b>	<b>190</b>	<b>12</b>	<b>388</b>	<b>30</b>	<b>143</b>	<b>50</b>	<b>108</b>	<b>23</b>	<b>51</b>		<b>1502</b>	<b>1471</b>	
<b>Private ideelle sykehus</b>																				
Glittrelinniken													89						89	89
Feiringlinniken													6						33	33
<b>Private kommersielle institusjoner</b>																				
Axess Sykehus og Spesialistklinikk			6	0	0	0	0	0											6	6
Colosseumklinikken Legeavdeling			0																2	0
Drammen Private Sykehus			0	0	1														2	2
Ishavsklinikken					2														2	2
Medi 3, Ålesund			5																3	5
Medi 3, Molde																	1		1	1
Mjøs-Kirurgene																	2		2	2
Omnia Sykehuset			28																28	28
Ringvollklinikken																	11		11	11

	Døgn- plasser	Utskr. Døgn- pas	Gen Kir	Orto- pedi	Ann kir	ØNH	Øye	Fød/ Gyn	Bl-Kir/ Med	Gen Med	Onko	Ann Med	Nevro	Ped	Revm	Sos/ Reh	Annet	Sum 2003	Sum 2004	
Rosenborg Sportsklinikk				1															1	
Trondheim spesialistlegesenter AS					6														6	
Volvat Medisinske Senter			3																3	3
<b>Sum private institusjoner</b>			42	1	36	0	0	0	0	95							14	180	188	
<b>Sum Norge</b>	403	9611	1744	1188	1101	222	96	1588	168	2358	383	1945	528	798	279	549	82	12986	13029	

1. Inndeling etter avdelingstype er basert på registrering av avdelingskoder i henhold til det offisielle avdelingskodeverk for somatiske sykehus. Det kan være variasjon mellom sykehus i koding av enkelte typer avdelinger.

2. På grunn av manglende kompletthet i data, er tall for effektive senger på Ulevål Universitetssykehus satt lik gjennomsnittet av 2002 og 2004 i 2003.

Datkilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 2

## Grunnlagsdata kostnader og finansiering

Tabell T2.1 Driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste fordelt på lønnskostnader, kostnader til kjøp av varer og tjenester og andre driftskostnader, samt spesifisering av tilskudd til avtalespesialister. 1000 kroner. 2004. Institusjoner.

	Totale driftskostnader	Lønnskostnader	Kostnader til varer og tjenester	Andre kostnader	Tilskudd til avtalespesialister
Sykehuset Østfold	1 807 033	1 320 108	310 371	176 554	
Habiliteringstjenesten i Østfold	20 550	14 385	0	6 165	
Sum Sykehuset Østfold HF	1 827 583	1 334 493	310 371	182 719	
Akershus universitetssykehus	1 719 661	1 289 543	235 959	194 159	
Gartnerveien barnehage og rehab.	2 411	2 020	0	391	
Sum Akershus universitetssykehus HF	1 722 072	1 291 563	235 959	194 550	
Sykehuset Asker og Bærum sykehus HF	736 976	548 077	105 861	83 038	
Ullevål universitetssykehus	3 241 122	2 346 509	596 753	297 860	
Ullevål Legevakt	52 809	36 966	0	15 843	
Forebygg. medisin Ullevål	46 195	32 337	0	13 859	
Nordre Åsen Habilit.senter	37 639	30 876	1 000	5 763	
Voksenhabilitering Ullevål	23 696	16 587	0	7 109	
Bleiker behandlingssenter	9 275	8 098	0	1 177	
Barnehabiliteringen Ullevål	5 419	3 793	0	1 626	
Sum Ullevål universitetssykehus HF	3 416 155	2 475 166	597 753	343 236	
Aker universitetssykehus HF	1 209 789	910 681	190 997	108 112	
Sunnaas sykehus HF	259 145	214 436	12 069	32 640	
Innlandet sykehuset	2 750 735	2 019 530	398 959	332 247	
Habiliteringstj. for voksne	19 064	13 345	0	5 719	
Barnehabiliteringstjenesten Sangenhagen	12 701	8 891	0	3 810	
Sum Sykehuset Innlandet HF	2 782 500	2 041 765	398 959	341 776	
Diakonhjemmets sykehus	473 810	337 449	75 794	60 567	
Lovisenberg Diak. sykehus	381 818	281 545	72 600	27 673	
Martina Hansens hospital	173 692	115 172	31 040	27 480	
Revmatismesykehuset	46 659	37 937	3 211	5 511	

	Totale drifts-kostnader	Lønns-kostnader	Kostnader til varer og tjenester	Andre kostnader	Tilskudd til avtale-spesialister
Skogli Helse og rehab	46 024	33 853	3 642	8 529	
Opptr.senteret Jeløy Kurbad	27 913	21 101	2 653	4 159	
Steffensrud opptr.sent.	25 836	19 019	2 790	4 027	
Godthaab opptr.senter	24 604	18 172	2 261	4 171	
Bakke Opptr.ingssenter	24 492	17 949	2 423	4 121	
Landaasen Rehab.senter	21 531	14 907	1 788	4 836	
Sjømennenes helseheim rehabilitering Rykkin	20 219	14 173	2 340	3 705	
Ringen rehabiliteringssenter	19 561	15 052	2 062	2 447	
Beitostølen Helsesportsenter	16 784	12 525	978	3 281	
Grande opptreningscenter	14 484	10 831	1 389	2 265	
MS-senteret Hakadal	14 438	12 154	0	2 284	
Sofienberg opptr.senter	11 825	7 945	1 187	2 693	
Sølvskottberget rehabiliteringssenter	10 924	9 668	1 256	0	
Cato senteret	10 192	6 070	3 092	1 030	
Eiksåsen MS-hjem	8 692	7 668	410	614	
Tonsåsen opptr.senter	7 183	4 119	976	2 088	
Hurdal opptreningscenter	5 461	4 350	413	698	
Norsk Diabetikersenter	5 447	4 412	332	703	
Hernes Institutt	4 312	3 142	0	1 170	
Paulsrud Opptr.senter	4 075	3 028	419	628	
Sum inst m/driftsavtale	1 399 976	1 012 243	213 056	174 678	
Driftstilskudd mv. under RHF	516 154	0	465 823	50 331	196 421
<b>Sum Helse Øst RHF</b>	<b>13 870 350</b>	<b>9 828 423</b>	<b>2 530 848</b>	<b>1 511 079</b>	<b>196 421</b>
Rikshospitalet	3 129 501	2 156 387	580 097	393 016	
Spesialsykehuset for epilepsi	152 813	122 398	6 542	23 873	
Spesialsykehuset for rehabilitering	162 952	124 835	10 941	27 176	
Hjertesenteret i Oslo	120 431	70 070	37 306	13 055	
Geilomo barnesykehus	16 319	13 825	830	1 664	
Voksentoppen	25 906	19 609	1 240	5 057	
Sum Rikshospitalet HF	3 607 922	2 507 124	636 956	463 841	



	Totale drifts-kostnader	Lønns-kostnader	Kostnader til varer og tjenester	Andre kostnader	Tilskudd til avtale-spesialister
Det norske radiumhospital HF	1 128 841	777 032	177 730	174 079	
Sykehuset Buskerud	1 071 163	796 173	153 944	121 046	15 869
Habiliteringsteamet i Buskerud	22 714	18 509	428	3 777	22 714
<b>Sum Sykehuset Buskerud HF</b>	<b>1 093 877</b>	<b>814 682</b>	<b>154 372</b>	<b>124 823</b>	<b>15 869</b>
Ringerike sykehus	364 391	274 193	51 809	38 389	
Hallingdal sjukestugu	35 576	21 805	7 454	6 317	
<b>Sum Ringerike sykehus HF</b>	<b>399 967</b>	<b>295 998</b>	<b>59 263</b>	<b>44 706</b>	<b>399 967</b>
Blefjell sykehus, Kongsberg					
Blefjell sykehus, Notodden	155 479	114 436	25 079	15 964	
Blefjell sykehus, Rjukan	94 443	69 318	14 329	10 796	
Legevakten Blefjell	5 427	5 077	267	83	
<b>Sum Blefjell Sykehus HF</b>	<b>518 384</b>	<b>382 972</b>	<b>80 886</b>	<b>54 526</b>	
Sykehuset i Vestfold HF	1 519 308	1 080 961	271 013	167 334	2 125
Sykehuset Telemark HF	1 077 780	779 266	177 924	120 590	11 316
Sørlandet sykehus, Kristiansand	997 212	707 714	186 829	102 669	
Sørlandet sykehus, Arendal	684 495	497 891	111 034	75 570	
Sørlandet sykehus, Flekkefjord	170 533	132 583	22 202	15 748	
Driftstilskudd mv under HF	34 247	0	5 882	28 365	28 365
<b>Sum Sørlandet sykehus HF</b>	<b>1 886 487</b>	<b>1 338 188</b>	<b>325 947</b>	<b>222 352</b>	<b>28 365</b>
Betanien Hospitalet	89 062	63 090	14 371	11 601	
Hokksund Kurbad as	32 781	22 013	3 882	6 887	
Attføringscenteret i Rauland	26 864	19 844	1 157	5 863	
Vikersund Kurbad	14 891	11 398	1 497	1 995	
Eiken opptreningscenter	11 934	8 672	1 162	2 100	
Kure epilepsisenter	11 772	9 263	974	1 535	
Frydenberg Rehabiliteringssenter	11 183	8 318	1 179	1 687	
Borger Bad	10 286	7 594	1 259	1 433	
Ødegården opptreningscenter	9 601	7 216	932	1 453	
<b>Sum institusjoner m/ driftsavtale</b>	<b>218 374</b>	<b>157 408</b>	<b>26 412</b>	<b>34 554</b>	
Driftstilskudd mv. under RHF	31 449	0	31 449	0	
<b>Sum Helse Sør RHF</b>	<b>11 482 389</b>	<b>8 133 631</b>	<b>1 941 952</b>	<b>1 406 805</b>	<b>57 675</b>
Stavanger universitetssjukehus	1 893 523	1 377 803	308 208	207 512	
Lassa rehabiliteringssenter	53 392	43 642	1 486	8 264	
<b>Sum Helse Stavanger HF</b>	<b>1 946 915</b>	<b>1 421 445</b>	<b>309 694</b>	<b>215 776</b>	

	Totale drifts-kostnader	Lønns-kostnader	Kostnader til varer og tjenester	Andre kostnader	Tilskudd til avtale-spesialister
Haugesund sjukehus	666 115	474 868	103 697	87 550	
Stord sjukehus	242 576	193 782	29 972	18 822	
Odda sjukehus	104 841	82 678	13 158	9 005	
<b>Sum Helse Fonna HF</b>	<b>1 013 532</b>	<b>751 328</b>	<b>146 827</b>	<b>115 377</b>	
Haukeland universitetssjukehus	3 372 861	2 384 163	607 946	380 752	
Voss sjukehus	226 886	152 160	54 134	20 592	
Kysthospitalet i Hagevik	92 629	67 529	18 683	6 417	
Habiliteringstjenesten for voksne funksj	34 692	31 020	1 010	2 662	
<b>Sum Helse Bergen HF</b>	<b>3 727 068</b>	<b>2 634 872</b>	<b>681 773</b>	<b>410 423</b>	
Førde sentralsjukehus	628 935	469 952	96 707	62 276	
Nordfjord sjukehus	146 648	107 065	21 019	18 564	
Lærdal sjukehus	140 845	100 834	20 534	19 477	
<b>Sum Helse Førde HF</b>	<b>916 428</b>	<b>677 851</b>	<b>138 260</b>	<b>100 317</b>	
Haraldsplass Diakonale Sykehus	362 147	278 458	48 658	35 031	
Haugesund Sanitetsfor revmatismesykehus	67 850	50 911	10 103	6 836	
Betanien Spesialistpoliklinikk. Polikl.	23 063	18 992	1 669	2 402	
Sjømennenes helseheims rehabilitering	20 293	15 974	213	4 106	
Hagahaugen opptreningscenter	10 652	7 613	1 083	1 957	
Ravneberghaugen opptreningsinstitusjon	10 324	4 337	0	5 987	
Rehabiliteringstjenesten, seksjon barn/vok	7 380	5 880	232	1 268	
Røde Kors Haugland rehabilitering	7 305	5 100	663	1 542	
<b>Sum institusjoner m/ driftsavtale</b>	<b>509 014</b>	<b>387 265</b>	<b>62 621</b>	<b>59 128</b>	
Driftstilsskudd mv under RHF	156 894	91	134 805	21 998	81 37
<b>Sum Helse Vest RHF</b>	<b>8 269 851</b>	<b>5 872 852</b>	<b>1 473 980</b>	<b>923 019</b>	<b>81 37</b>
Helse Sunnmøre HF	1 076 534	769 929	177 100	129 505	
Helse Nordmøre og Romsdal HF	847 684	602 121	144 689	100 874	
St. Olavs Hospital HF	3 591 368	2 471 488	707 086	412 794	
Helse Nord-Trøndelag HF	956 613	715 903	136 906	103 804	
Røros rehabiliteringssenter	36 699	26 389	3 452	6 858	
Meråker sanitetsforenings kurbad	17 512	13 607	2 072	1 834	
Bjørnang rehabiliteringssenter	17 345	12 213	672	4 461	
Muritunet	16 958	12 161	1 931	2 866	
Selli Rehabilitering og Opptreningscenter	8 590	6 678	665	1 247	
Kastvollen Rehabiliteringssenter	3 189	2 616	276	297	
<b>Sum institusjoner m/ driftsavtale</b>	<b>100 293</b>	<b>73 663</b>	<b>9 069</b>	<b>17 562</b>	

	Totale drifts-kostnader	Lønns-kostnader	Kostnader til varer og tjenester	Andre kostnader	Tilskudd til avtale-spesialister
Driftstilskudd mv under RHF	122 047	18	58 240	63 789	38 542
<b>Sum Helse Midt-Norge RHF</b>	<b>6 694 539</b>	<b>4 633 121</b>	<b>1 233 090</b>	<b>828 328</b>	<b>38 542</b>
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	175 555	130 704	27 026	17 825	
Helgelandssykehuset, Mosjøen	127 067	88 563	27 027	11 477	
Helgelandssykehuset, Mo i Rana	218 909	162 866	33 607	22 436	
Driftstilskudd mv ført på HF	13 578	622	8 714	4 242	
Sum Helgelandssjukehuset HF	535 109	382 755	96 374	55 980	
Nordlandssykehuset, Bodø	875 808	659 916	139 884	84 770	
Nordlandssykehuset, Lofoten	135 649	101 131	21 682	12 836	
Driftstilskudd mv ført på HF	44 929	11 977	14 766	9 424	
Sum Nordlandssykehuset HF	1 056 386	773 024	176 332	107 030	
Hålogalandssykehuset, Narvik	229 145	170 726	39 030	19 389	
Hålogalandssykehuset, Stokmarknes	197 473	142 344	33 462	21 667	
Hålogalandssykehuset, Harstad	339 227	245 442	40 359	53 426	
Driftstilskudd mv ført på HF	16 092	358	12 262	3 472	
Sum Hålogalandssykehuset HF	781 937	558 870	125 113	97 954	
Universitetsykehuset i Nord-Norge	2 267 694	1 548 690	462 325	256 679	
Longyearbyen sykehus	18 442	12 934	1 549	3 959	
Sum Univers.sykehuset i Nord-Norge HF	2 286 136	1 561 624	463 874	260 638	
Helse Finnmark, klinikk Hammerfest	334 361	244 363	52 094	37 904	
Helse Finnmark, klinikk Kirkenes	217 306	163 602	29 847	23 857	
Driftstilskudd mv ført på HF	34 324	1 243	28 972	4 109	139
Sum Helse Finnmark HF	585 991	409 208	110 913	65 870	139
Rehabiliteringssenteret Nord Norges Kurb.	35 437	25 714	2 900	6 823	
Valnesfjord helsesportsenter	18 430	14 332	1 099	2 998	
Nordtun HelseRehab	18 410	13 567	1 639	3 204	
Opptreningscenteret i Salangen	11 100	7 887	1 021	2 192	
Opptreningscenteret i Finnmark	5 777	3 595	1 174	1 009	
Skibotnsenteret	2 966	2 222	290	454	
Klinikk Nord Arne Berg	1 749	373	384	992	
Sum institusjoner m/ driftsavtale	93 869	67 690	8 507	17 672	
Driftstilskudd mv under RHF	78 760	27 317	19 477	31 966	27 928
<b>Sum Helse Nord RHF</b>	<b>5 418 188</b>	<b>3 780 488</b>	<b>1 000 590</b>	<b>637 110</b>	<b>2 867</b>

	Totale drifts-kostnader	Lønns-kostnader	Kostnader til varer og tjenester	Andre kostnader	Tilskudd til avtale-spesialister
Feiringklinikken	270 564	186 614	64 056	19 894	
Glittreklinikken	77 093	58 506	7 005	11 582	
Røysumtunet habiliteringssenter	37 332	29 477	1 540	6 315	
<b>Sum private ideelle institusjoner</b>	<b>384 989</b>	<b>274 597</b>	<b>72 601</b>	<b>37 791</b>	
Omnia Sykehuset	87 515	38 993	35 420	13 102	
Medi 3, Ålesund	52 563	24 639	23 641	4 283	
Ringvollklinikken	49 842	29 889	12 708	7 245	
Klinikk Stokkan, Trondheim	46 897	15 967	12 568	18 363	
Drammen Private Sykehus	46 439	2 127	41 831	2 481	
Axess Sykehus og Spesialistklinikk	34 898	11 920	16 857	6 121	
Trondheim Spesialistlegesenter	18 093	4 861	10 373	2 859	
Bergen Kirurgiske sykehus	14 541	3 293	10 251	997	
Mjøs-Kirurgene	14 446	3 820	3 052	7 574	
Medi 3, Molde	14 026	6 198	4 854	2 974	
Colosseumklinikken, Stavanger	12 419	2 496	8 634	1 289	
Colosseumklinikken, Oslo	11 296	2 091	8 060	1 146	
Idrettsklinikken	5 628	2 388	2 528	712	
Norsk Idrettsmedisinske institutt	4 876	2 945	1 2934	637	
Fana Medisinske Senter	3 289	275	2 596	418	
Ishavsklinikken	920	297	0	623	
Vestfjordklinikken	847	204	619	24	
<b>Sum private kommersielle institusjoner</b>	<b>455 673</b>	<b>177 815</b>	<b>200 855</b>	<b>77 003</b>	
Behandlingsreiser i utlandet v/ Rikshospitalet	93 905	19 602	53 786	20 517	
<b>Sum private institusjoner og behandlingsreiser i utlandet</b>	<b>934 567</b>	<b>472 014</b>	<b>327 242</b>	<b>135 311</b>	
<b>SUM landet</b>	<b>46 669 884</b>	<b>32 720 530</b>	<b>8 507 701</b>	<b>5 441 652</b>	<b>41 742</b>

# Grunnlagsdata forbruk av sykehustjenester

Tabell T3.1 Opphold per 1000 innbyggere fordelt på døgn- og dagbehandling, rehabilitering og fødsler/friske nyfødte etter pasientenes bostedsområde 2004.

Pasientenes bostedsområde		Rate per 1000 innbyggere 2004					Prosent endring 2003 - 2004				
		Totalt antall opph.	Døgn	Dag	Rehab	Fødsel/frisk nyfødt	Totalt antall opph.	Døgn	Dag	Rehab	Fødsel/frisk nyfødt
Østfold HF-område	Halden	256	158	74	5	19	0,4	1,3	4,2	0,0	5,6
	Sarpsborg	283	177	81	6	18	2,2	12,0	3,8	0,0	-5,3
	Fredrikstad	284	176	83	6	18	10,9	11,4	25,8	20,0	5,9
	Moss	265	179	60	6	20	2,7	7,8	3,4	20,0	17,6
	Indre Østfold	281	181	74	8	19	1,8	19,9	-5,1	33,3	5,6
Asker og Bærum HF	Bærum	251	129	93	8	21	7,3	3,2	13,4	100,0	-4,5
Akershus HF-område	Lørenskog-Lillestrøm	261	158	79	7	17	4,4	19,7	9,7	-30,0	-10,5
	Nedre Romerike	255	148	75	12	21	3,2	11,3	0,0	33,3	-8,7
	Øvre Romerike	256	154	72	7	22	0,4	10,0	4,3	16,7	4,8
Ullevål og Aker HF område	Ski-Drøbak	246	142	66	17	21	-3,5	1,4	-1,5	54,5	-8,7
	Follo	243	140	67	17	19	3,4	7,7	4,7	21,4	0,0
	Oslo	265	133	86	17	29	2,3	9,9	7,5	-15,0	3,6
Innlandet HF-område	Kongsvinger	300	177	79	26	18	2,4	2,9	-7,1	73,3	5,9
	Hamar	290	161	98	13	18	2,5	7,3	-3,0	44,4	0,0
	Elverum	308	179	103	9	18	-0,3	6,5	-4,6	12,5	-5,3
	Nordre Hedmark	307	186	98	5	18	-2,8	3,9	-8,4	25,0	-18,2
	Lilleham	301	177	100	7	17	4,9	5,4	17,6	0,0	6,3
	Vinstra/Otta	268	166	79	8	15	2,7	0,0	19,7	33,3	0,0
	Gjøvik/Brandbu	257	164	69	7	18	0,0	3,1	7,8	-12,5	-5,3
Dokka/Fagernes	279	174	83	8	15	-4,1	-3,9	1,2	-11,1	-11,8	

Pasientenes bostedsområde		Rate per 1000 innbyggere 2004					Prosent endring 2003 - 2004				
		Totalt antall opph.	Døgn	Dag	Rehab	Fødsel/frisk nyfødt	Totalt antall opph.	Døgn	Dag	Rehab	Fødsel/frisk nyfødt
Ringerike HF-område	Ringerike	259	163	74	4	18	0,8	7,2	-2,6	33,3	12,5
	Ål	276	166	79	12	19	3,4	16,1	2,6	9,1	5,6
Buskerud HF-område	Drammen	286	167	94	4	21	1,4	9,9	0,0	0,0	5,0
	Hurum	259	144	92	4	18	-1,5	5,1	2,2	0,0	-5,3
Blefjell HF-område	Kongsberg	274	164	85	8	18	0,7	-2,4	6,3	33,3	-10,0
	Notodden	350	197	110	25	18	3,2	6,5	11,1	-3,8	5,9
	Rjukan	307	214	63	12	17	-6,7	-3,6	-13,7	100,0	-15,0
Vestfold HF-område	Horten	297	152	100	26	20	-1,7	1,3	-2,0	8,3	0,0
	Tønsberg	301	151	93	39	19	0,7	7,9	-3,1	14,7	0,0
	Sandefjord	339	162	93	65	19	-1,7	7,3	-8,8	12,1	0,0
	Larvik	384	174	90	101	19	2,1	12,3	0,0	-4,7	5,6
Telemark HF	Porsgrunn	391	176	108	89	18	14,7	3,5	12,5	67,9	-5,3
Sørlandet HF-område	Aust-Agder	310	169	113	11	17	4,4	7,6	7,6	37,5	6,3
	Setesdalen	264	152	79	14	18	-4,3	6,3	2,6	-12,5	0,0
	Vest-Agder øst	307	155	79	52	21	2,7	3,3	5,3	18,2	0,0
	Vest-Agder vest	303	180	84	17	22	3,1	11,1	5,0	41,7	-4,3
Stavanger HF-område	Stavanger	251	132	86	10	23	7,7	10,0	21,1	11,1	0,0
	Jæren-Eigersund	257	140	83	11	23	8,4	12,9	13,7	0,0	0,0
Fonna HF-område	Haugesund	263	153	78	10	22	7,3	7,7	11,4	25,0	-8,3
	Sauda	256	158	77	4	17	16,4	16,2	42,6	-42,9	0,0
	Stord	292	178	86	4	25	5,8	11,3	14,7	0,0	4,2
	Odda	311	209	79	6	17	-1,3	4,5	8,2	-33,3	-22,7
Bergen HF-område	Bergen	261	137	92	7	25	3,2	1,5	15,0	-22,2	4,2
	Nord-Hordaland	264	150	90	3	21	5,6	6,4	13,9	-25,0	0,0
	Voss	281	164	90	7	20	12,4	13,9	25,0	250,0	0,0
Førde HF-område	Indre Sogn	284	198	61	5	20	-2,7	1,5	5,2	0,0	-13,0
	Førde-Florø	305	194	79	10	23	9,3	9,6	31,7	0,0	0,0
	Nordfjord	305	203	74	5	23	2,3	12,8	2,8	-28,6	-8,0
Sunnmøre HF-område	Volda	308	181	93	13	21	2,3	13,1	13,4	-23,5	0,0
	Ålesund	302	162	107	10	23	5,2	8,0	20,2	0,0	9,5

Pasientenes bostedsområde		Rate per 1000 innbyggere 2004					Prosent endring 2003 - 2004				
		Totalt antall opph.	Døgn	Dag	Rehab	Fødsel/frisk nyfødt	Totalt antall opph.	Døgn	Dag	Rehab	Fødsel/frisk nyfødt
Nordmøre HF-område	Molde	289	163	103	4	20	3,6	5,2	22,6	-20,0	0,0
	Kristiansund	309	193	95	4	18	0,7	3,2	11,8	33,3	-14,3
	Nordre Nordmøre	294	185	88	3	18	8,1	6,3	22,2	-25,0	0,0
Orkdal HF-område	Orkdal	292	164	102	6	20	0,0	8,6	-2,9	-45,5	11,1
	Kystregionen	318	184	111	5	17	14,0	9,5	37,0	-16,7	-10,5
	Oppdal-Rennebu	274	157	96	5	16	1,9	6,1	3,2	25,0	-20,0
St. Olavs Hosp. HF-område	Trondheim	276	142	106	4	24	8,7	9,2	16,5	0,0	4,3
	Fosen	279	172	81	4	21	8,1	12,4	17,4	-20,0	-8,7
	Fjellregionen	271	169	81	4	17	4,6	0,6	11,0	33,3	6,3
Nord-Trøndelag HF-område	Stjørdalen	272	159	88	2	22	10,6	12,0	22,2	-33,3	0,0
	Innherred	257	155	77	2	22	6,2	9,9	14,9	-60,0	0,0
	Steinkjer	265	156	90	2	17	2,3	7,6	5,9	-50,0	-5,6
	Midtre Namdal	296	175	98	2	21	5,3	4,8	30,7	-71,4	0,0
	Indre Namdal	260	171	66	3	21	-1,5	0,6	-13,2	-50,0	0,0
	Ytre Namdal	267	154	89	4	20	6,8	14,1	23,6	-20,0	-16,7
Helgeland HF-område	Sandnessj	360	218	79	43	20	2,9	3,3	2,6	30,3	0,0
	Mosjøen	337	210	97	7	23	1,8	11,1	-3,0	16,7	0,0
	Rana	294	178	85	9	21	0,7	1,1	13,3	-18,2	0,0
Nordland HF-omr	Bodø	276	156	86	13	21	0,0	4,0	3,6	0,0	-4,5
	Lofoten	355	211	100	21	23	9,6	15,3	11,1	133,3	9,5
Hålogaland HF-område	Ofoten	311	198	87	7	19	0,6	5,9	7,4	-36,4	0,0
	Vesterålen	313	206	83	6	17	5,0	2,5	15,3	-25,0	-5,6
	Harstad	311	174	90	29	18	2,0	6,7	2,3	-3,3	0,0
UNN HF-område	Tromsø	292	134	93	41	24	-0,3	6,3	1,1	-10,9	0,0
	Nord-Troms	252	148	58	26	20	11,5	13,0	-12,1	62,5	17,6
Finnmark HF-område	Vest-Finnmark	311	191	86	11	23	1,6	11,0	-9,5	10,0	-4,2
	Øst-Finnmark	321	183	104	16	18	1,3	-1,1	8,3	60,0	-10,0
Totalt		283	157	88	16	22	3,7	6,8	8,6	6,7	0,0

Datakilde: Norsk pasientregister

Tabell T3.2 Sum liggedager per 1000 innbyggere ved døgnopphold etter pasientenes alder og bostedsområde 2004. Prosentvis endring fra 2003 til 2004.

HF-område	Bostedsområde	Sum lgd per 1000 innbyggere 2004				Prosent endring 2003-2004			
		Døgnopphold				Døgnopphold			
		0-49 år	50-66 år	67 år+	Totalt	0-49 år	50-66 år	67 år+	Totalt
Østfold HF-område	Halden	429	880	2592	857	11,1	18,6	-19,2	-9,9
	Sarpsborg	429	1021	2866	900	-8,5	35,6	-2,8	-2,5
	Fredrikstad	431	977	2907	906	2,9	29,7	-0,9	0,4
	Moss	442	1078	3178	950	-5,6	29,3	2,8	0,2
	Indre Østfold	452	1024	3011	914	-0,9	22,9	13,1	3,5
Asker og Bærum HF	Bærum	390	776	2658	751	-9,9	29,3	-5,4	-5,3
Akershus HF-område	Lørenskog-Lillestrøm	439	1005	2832	845	-11,0	43,2	0,4	-0,7
	Nedre Romerike	407	1056	3014	800	-12,5	37,9	4,8	-1,1
	Øvre Romerike	412	995	3085	828	-7,4	29,1	3,6	-1,8
Ullevål og Aker HF-område	Ski-Drøbak	403	812	3408	780	-8,4	5,0	1,2	-6,6
	Follo	406	969	3165	804	-0,2	45,7	4,2	5,0
	Oslo	475	1029	3600	935	-2,3	28,6	-2,6	-3,5
Innlandet HF-område	Kongsvinger	451	1014	2775	985	-9,8	22,3	2,3	-2,2
	Hamar	480	986	2752	939	1,5	25,8	8,1	4,0
	Elverum	464	966	2748	958	-4,9	19,6	0,2	-2,1
	Nordre Hedmark	492	937	2835	1004	-11,5	36,0	2,4	0,4
	Lillehammer	532	1029	3172	1046	-6,7	28,6	-5,6	-3,5
	Vinstra/Otta	455	900	2651	940	-7,9	6,1	1,5	-5,3
	Gjøvik/ Brandbu	524	1055	2660	954	-2,1	21,8	-1,9	-2,2
Ringerike HF-område	Dokka/ Fagernes	482	1151	2559	977	-3,8	21,3	-7,7	-5,9
	Ringerike	486	902	2511	882	0,0	24,1	4,4	2,2
	Ål	560	1113	3022	1066	11,3	20,3	-3,5	-0,6
Buskerud HF-område	Drammen	532	1062	3077	982	-2,4	21,6	1,2	-1,1
	Hurum	433	931	2791	798	-14,3	11,5	-6,6	-10,6
Blefjell HF-område	Kongsberg	515	968	3174	987	-4,3	37,1	-2,9	0,4
	Notodden	494	1214	3298	1113	-2,9	45,9	-3,1	0,3
	Rjukan	528	1152	3435	1146	-10,7	28,6	1,1	-2,3



HF- område	Bostedsområde	Sum lgd per 1000 innbyggere 2004				Prosent endring 2003-2004			
		Døgnopphold				Døgnopphold			
		0-49 år	50-66 år	67 år+	Totalt	0-49 år	50-66 år	67 år+	Totalt
Vestfold HF- område	Horten	472	1136	3010	942	-11,9	31,0	-2,1	-4,2
	Tønsberg	501	1049	2976	950	-2,3	26,8	-3,5	-2,4
	Sandefjord	479	1131	3066	980	-5,7	27,4	1,4	-1,5
	Larvik	498	1119	2921	995	-2,7	35,1	-1,1	0,5
Telemark HF - område	Porsgrunn	538	1207	4067	1178	2,7	25,2	4,1	2,0
Sørlandet HF- område	Aust-Agder	498	1014	2692	891	2,9	11,9	-10,2	-6,7
	Setesdalen	419	1001	2310	801	-14,7	7,2	-19,8	-17,8
	Vest-Agder øst	471	946	2661	829	-5,4	20,1	-7,3	-6,4
	Vest-Agder vest	483	957	3622	1021	-13,8	22,1	1,0	-3,8
Stavanger HF- område	Stavanger	464	943	3468	861	-6,1	29,7	-4,8	-4,3
	Jæren-Eigersund	488	1012	3098	848	-1,5	41,5	-12,3	-1,7
Fonna HF- område	Haugesund	440	1144	2924	882	-4,6	30,1	-1,2	-2,6
	Sauda	410	1206	2789	996	-4,4	52,7	-0,5	1,6
	Stord	512	1072	3637	1013	-4,7	18,5	-0,8	-3,1
	Odda	533	1239	3920	1312	9,0	35,6	-0,1	3,2
Bergen HF- område	Bergen	449	1008	3406	910	-4,3	18,7	-8,3	-7,8
	Nord-Hordaland	457	928	3423	921	-0,7	28,7	-2,6	-0,9
	Voss	497	1019	3012	1045	4,6	52,1	-1,3	5,0
Førde HF- område	Indre Sogn	507	1165	3432	1082	-3,6	20,9	-13,8	-9,5
	Førde-Florø	566	1165	3485	1106	4,2	24,2	-4,5	-1,6
	Nordfjord	510	1323	3807	1158	-2,3	40,9	0,4	1,4
Sunnmøre HF- område	Volda	532	1088	3516	1076	4,3	23,5	-6,9	-2,2
	Ålesund	539	1220	3765	1114	0,7	39,0	1,6	2,7
Nordmøre HF- område	Molde	558	1018	3227	1045	3,0	14,0	-1,5	-1,7
	Kristiansund	591	1242	3443	1120	4,8	26,2	-6,7	-1,5
	Nordre Nordmøre	577	1186	2882	1115	7,6	40,0	-15,0	-2,5
Orkdal HF- område	Orkdal	498	1136	3485	1076	17,2	38,5	5,7	7,8
	Kystregionen	512	1195	3666	1209	3,9	37,5	3,6	5,0
	Oppdal-Rennebu	386	821	3722	996	-19,4	41,8	11,1	3,6
St. Olavs Hosp. HF-	Trondheim	447	1104	4736	1048	-3,5	28,1	1,6	-1,7
	Fosen	486	1129	3387	1061	1,5	18,6	0,6	-1,7

HF-område	Bostedsområde	Sum lgd per 1000 innbyggere 2004 Døgnopphold				Prosent endring 2003-2004 Døgnopphold			
		0-49 år	50-66 år	67 år+	Totalt	0-49 år	50-66 år	67 år+	Totalt
	Fjellregionen	439	1180	3210	1082	-2,7	31,1	-9,2	-6,2
Nord-Trøndelag HF-område	Stjørdalen	461	966	2981	888	-4,0	43,3	3,2	3,7
	Innherred	467	959	2812	876	4,9	23,6	9,4	4,8
	Steinkjer	454	962	2707	912	-1,9	28,4	4,4	2,0
	Midtre Namdal	451	1042	3338	1025	-0,7	23,0	-6,3	-4,8
	Indre Namdal	477	972	3001	1050	9,2	3,2	13,3	2,9
	Ytre Namdal	410	1095	3366	989	-3,8	40,0	18,4	9,5
Helgeland HF-område	Sandnessj	594	1303	3999	1242	-0,7	24,2	0,1	-0,3
	Mosjøen	507	1054	3177	1030	-21,6	26,7	-4,4	-7,5
	Rana	496	1212	3685	1103	-4,4	50,2	-4,4	0,4
Nordland HF-omr	Bodø	462	942	3395	929	-2,3	20,0	-14,9	-9,1
	Lofoten	590	1170	4078	1245	-3,0	18,9	5,5	0,5
Hålogaland HF-mråde	Ofoten	517	1024	3797	1151	7,0	10,9	0,1	-1,0
	Vesterålen	499	1189	4352	1240	0,0	34,8	2,6	3,0
	Harstad	476	956	3278	1004	16,4	11,7	-5,1	-1,9
UNN HF-område	Tromsø	472	949	3304	866	-0,8	28,9	1,6	1,3
	Nord-Troms	447	909	2005	781	11,8	43,6	-8,4	5,0
Finmark HF-område	Vest-Finmark	542	1078	3291	950	0,6	25,5	6,3	2,6
	Øst-Finmark	502	1269	3191	1008	-10,4	29,4	-10,3	-7,0
Totalt		479	1044	3289	958	-2,2	27,6	-1,6	-1,7

Datakilde: Norsk pasientregister

Tabell T3.3 Antall opphold og sum liggedager i 2004 etter pasientenes bostedsområde.

Pasientenes bostedsområde		Antall opphold totalt 2003					Sum liggedager Døgnopphold			
		Totalt antall opph.	Døgn	Dag	Rehab	Fødsel/ frisk nyfødt	0-49 år	50-66 år	67 år+	Totalt
Østfold HF- område	Halden	7418	4595	2138	131	554	7953	5274	11645	24872
	Sarpsborg	16125	10099	4631	368	1027	15914	12033	23395	51342
	Fredrikstad	21070	13091	6194	434	1351	20709	15015	31498	67222
	Moss	13867	9375	3160	294	1038	15065	11888	22667	49620
	Indre Østfold	12948	8332	3391	361	864	13672	9874	18571	42117
Asker og Bærum HF	Bærum	39088	20052	14532	1238	3266	41584	22575	52683	116842
Akershus HF-område	Lørenskog- Lillestrøm	9345	5645	2821	260	619	10610	7246	12367	30223
	Nedre Romerike	28604	16563	8394	1318	2329	32100	23196	34450	89746
	Øvre Romerike	18905	11420	5337	540	1608	21095	14396	25712	61203
Ullevål og Aker HF område	Ski-Drøbak	9771	5647	2618	675	831	11219	6528	13297	31044
	Follo	18669	10769	5120	1281	1499	21713	14958	25225	61896
	Oslo	140264	70229	45825	9079	15131	179042	94142	222469	495653
Innlandet HF-område	Kongs- vinger	14836	8757	3937	1275	867	13379	11395	24019	48793
	Hamar	24616	13715	8300	1072	1529	25739	18068	35932	79739
	Elverum	10950	6370	3645	304	631	10146	7458	16434	34038
	Nordre Hedmark	5624	3415	1792	91	326	5519	3586	9314	18419
	Lilleham	10871	6405	3600	269	597	12195	7752	17802	37749
	Vinstra/Otta	8986	5570	2642	260	514	9256	6516	15734	31506
	Gjøvik/ Brandbu	21266	13570	5673	567	1456	27703	18457	32645	78805
	Dokka/Fage mes	8630	5380	2553	232	465	9137	7766	13320	30223
Ringerike HF-område	Ringerike	8626	5423	2461	126	616	10274	6402	12700	29376
	Ål	6122	3682	1760	255	425	7873	5090	10670	23633
Buskerud HF-område	Drammen	26057	15276	8542	364	1875	32195	19520	37830	89545
	Hurum	12374	6888	6888	4403	877	14096	9310	14736	38142
Blefjell HF- område	Kongsberg	13452	8034	8034	4152	884	16311	10052	22003	48366
	Notodden	12469	5901	7010	3915	642	11040	8904	19720	39664

Pasientenes bostedsområde		Antall opphold totalt 2003					Sum liggedager Døgnopphold			
		Totalt antall opp.	Døgn	Dag	Rehab	Fødsel/ frisk nyfødt	0-49 år	50-66 år	67 år+	Totalt
	Rjukan	3866	14626	2699	797	218	4176	2963	7297	14436
Vestfold HF-område	Horten	11567	5901	3892	998	776	12137	9201	15310	36648
	Tønsberg	29231	14626	9035	3763	1807	32148	20516	39485	92149
	Sandefjord	13997	6679	3835	2695	788	12912	9612	17954	40478
	Larvik	16715	7573	3931	4398	813	13866	10193	19274	43333
Telemark HF - område	Porsgrunn	46133	20735	12725	10492	2181	41237	29837	68014	139088
Sørlandet HF-område	Aust-Agder	29648	16153	10803	1065	1627	31641	19860	33631	85132
	Setesdalen	2116	1223	636	116	141	2206	1659	2562	6427
	Vest-Agder øst	38890	19604	10060	6626	2600	41442	21853	41743	105038
	Vest-Agder vest	10459	6200	2900	598	761	11049	6486	17714	35249
Stavanger HF-område	Stavanger	59606	31271	20435	2490	5410	79587	38340	86321	204248
	Jæren- Eigersund	15331	8354	4969	659	1349	21048	10521	19035	50604
Fonna HF- område	Haugesund	25285	14709	7532	915	2129	29106	20510	35191	84807
	Sauda	2235	1377	673	39	146	2232	2048	4409	8689
	Stord	13496	8207	3967	188	1134	16201	9332	21240	46773
	Odda	4013	2693	1019	79	222	4166	3303	9443	16912
Bergen HF- område	Bergen	84249	44182	29852	2179	8036	101377	58991	133817	294185
	Nord- Hordaland	7518	4273	2548	97	600	8743	5371	12071	26185
	Voss	8123	4725	2606	202	590	8981	5826	15355	30162
Førde HF- område	Indre Sogn	6674	4659	1442	112	461	7723	5463	12240	25426
	Førde-Florø	18456	11712	4753	625	1366	22746	13331	30858	66935
	Nordfjord	7020	4670	1696	126	528	7719	5911	13021	26651
Sunnmøre HF-område	Volda	12330	7229	3721	538	842	14078	8415	20565	43058
	Ålesund	26632	14262	9476	901	1993	31982	20399	46034	98415
Nordmøre HF-område	Molde	20175	11342	7156	313	1364	25223	14492	33108	72823
	Kristian- sund	8594	5353	2628	101	512	10592	7556	12971	31119
	Nordre Nordmøre	4930	3107	1473	48	302	5876	4310	8526	18712

Pasientenes bostedsområde		Antall opphold totalt 2003					Sum liggedager Døgnopphold			
		Totalt antall opp.	Døgn	Dag	Rehab	Fødsel/ frisk nyfødt	0-49 år	50-66 år	67 år+	Totalt
Orkdal HF- område	Orkdal	6606	3712	2305	134	455	7306	5142	11874	24322
	Kyst- regionen	6251	3625	2189	107	330	6218	4834	12717	23769
	Oppdal- Rennebu	2506	1437	879	45	145	2235	1583	5278	9096
St. Olavs Hosp. HF- område	Trondheim	51716	26602	19852	746	4516	58824	38528	99173	196525
	Fosen	4531	2800	1313	73	345	5102	3667	8475	17244
	Fjell- regionen	5005	3118	1503	65	319	4978	4552	10443	19973
Nord- Trøndelag HF-område	Stjørdalen	6007	3524	1947	45	491	6816	4327	8493	19636
	Innherred	11445	6920	3451	95	979	13782	8837	16481	39100
	Steinkjer	6040	3547	2056	39	398	6567	4574	9650	20791
	Midtre Namdal	7299	4325	2407	58	509	7112	5219	12943	25274
	Indre Namdal	1423	934	359	15	115	1562	1161	3022	5745
	Ytre Namdal	2627	1518	876	40	193	2625	2159	4958	9742
Helgeland HF-område	Sandnessj	10295	6232	2251	1243	569	10977	7737	16810	35524
	Mosjøen	5581	3484	1604	120	373	5344	3686	8034	17064
	Rana	9724	5887	2829	302	706	10705	8150	17703	36558
Nordland HF-omr	Bodø	20722	11743	6470	943	1566	23444	14030	32351	69825
	Lofoten	7985	4734	2258	476	517	8525	5325	14126	27976
Hålogaland HF-område	Ofoten	9695	6177	2702	224	592	10116	6782	19013	35911
	Vesterålen	9548	6288	2541	193	526	9648	7637	20484	37769
	Harstad	12455	6953	3613	1170	719	12035	8347	19840	40222
UNN HF- område	Tromsø	29324	13439	9366	4113	2406	33276	18327	35364	86967
	Nord-Troms	2881	1688	665	294	234	3230	2272	3426	8928
Finnmark HF-område	Vest- Finnmark	14538	8924	4027	512	1075	17566	9840	16947	44353
	Øst- Finnmark	8474	4838	2748	412	476	8792	6916	10893	26601
<b>Totalt</b>		<b>1304761</b>	<b>724472</b>	<b>406793</b>	<b>74285</b>	<b>99211</b>	<b>1488049</b>	<b>936930</b>	<b>1986289</b>	<b>4411268</b>

Datakilde Norsk pasientregister



## Grunnlagsdata aktivitet og kostnader

Tabell T4.1 Samlet antall opphold, døgnopphold, samlet antall liggedager, liggedager for døgnpasienter og polikliniske konsultasjoner etter foretak og region. Inklusiv friske nyfødte. 2004. Alle sykehus.

	Antall korrigerte opphold <sup>1)</sup>	Samlet antall opphold <sup>2)</sup>	Herav antall døgnopphold <sup>3)</sup>	Antall liggedager for samlet antall opphold	Herav liggedager for døgnopphold	Polikliniske konsultasjoner <sup>4)</sup>
Sykehuset Østfold	54 209	58 385	41 303	205 789	188 707	137 838
Akershus universitetssykehus	53 375	56 833	40 471	197 166	180 804	131 604
Sykehuset Asker og Bærum	23 980	24 442	17 006	89 319	81 883	58 293
Ullevål universitetssykehus	82 836	78 995	47 581	297 830	266 415	249 242
Aker universitetssykehus	31 680	32 594	19 868	142 174	129 448	94 613
Sunnaas sykehus	6 672	3 033	2 210	46 808	45 985	1 085
Innlandet sykehus	90 567	89 859	61 290	333 590	305 017	256 194
<i>Andre inst m/avtale med Helse Øst RHF</i>						
Martina Hansens Hospital	6 959	5 349	3 165	19 798	17 614	18 220
Diakonhjemmet sykehus	15 537	11 229	9 347	59 090	57 200	33 908
Lovisenberg Diakonale sykehus	12 928	16 194	7 686	54 401	45 888	28 646
Revmatismesykehuset	1 727	1 643	1 295	11 149	10 801	5 105
Sum Helse Øst RHF inkl inst m/driftsavtale	380 469	378 556	251 222	1 457 114	1 329 762	1 014 748
Geilomo barnesykehus	907	294	293	6 983	6 982	0
Spesialsykehuset for epilepsi	862	1 375	1 375	22 048	22 048	1 876
Spesialsykehuset for rehabilitering	7 366	15 995	2 294	45 207	31 506	5 079
Det norske radiumhospital	18 309	15 489	12 037	77 263	73 811	25 881
Hjertesenteret i Oslo	5 644	3 246	1 222	8 239	6 200	0
Voksentoppen	567	556	548	2 437	2 429	0
Rikshospitalet	74 101	56 399	31 381	175 026	150 008	141 359
Sykehuset Buskerud	37 490	36 101	25 391	136 246	125 536	99 433
Ringerike sykehus	12 524	12 262	9 655	41 872	39 265	30 435

	Antall korrigerede opphold <sup>1)</sup>	Samlet antall opphold <sup>2)</sup>	Herav antall døgns- opphold <sup>3)</sup>	Antall liggedager for samlet antall opphold	Herav liggedager for døgn- opphold	Polikliniske konsultasjoner <sup>4)</sup>
Blefjell sykehus, Kongsberg	9 001	9 099	6 332	35 010	32 243	18 923
Blefjell sykehus, Rjukan	3 175	2 658	2 378	10 826	10 546	5 005
Blefjell sykehus, Notodden	4 886	4 818	3 364	17 251	15 797	11 100
Sykehuset i Vestfold, Tønsberg	48 200	48 518	30 476	170 686	152 644	148 544
Sykehuset Telemark	35 996	43 773	23 927	153 405	133 559	97 400
Sørlandet sykehus, Lister	6 825	7 379	5 331	25 186	23 138	16 104
Sørlandet sykehus, Arendal	23 803	26 643	15 926	83 274	72 557	65 475
Sørlandet sykehus, Kristiansand	33 623	37 438	24 198	116 629	103 389	84 864
<i>Andre inst m/avtale med Helse Sør RHF</i>						
Betanien Hospital	4 561	6 336	3 527	18 908	16 099	13 512
Sum Helse Sør RHF inkl inst m/driftsavtale	327 839	328 379	199 655	1 146 496	1 017 757	764 990
Rehabiliteringstjenesten i Rogaland	3 628	3 127	1 850	33 874	32 596	1 500
Stavanger universitetssjukehus	60 836	64 840	42 190	222 693	200 043	171 278
Haugesund sjukehus	22 617	24 486	15 711	80 728	71 747	63 633
Stord sjukehus	7 753	9 143	6 416	32 066	29 339	14 010
Odda sjukehus	3 141	3 097	2 347	12 713	11 963	7 468
Kysthospitalet i Hagevik	4 072	2 056	1 533	13 606	13 083	8 108
Haukeland universitetssjukehus	85 094	83 892	55 750	348 793	320 651	233 977
Voss sjukehus	8 787	11 102	7 242	27 930	24 070	12 378
Lærdal sjukehus	4 042	3 895	3 371	15 478	14 954	13 864
Førde sentralsjukehus	17 588	18 944	13 396	69 508	63 960	66 272
Nordfjord sjukehus	4 702	4 599	3 639	17 982	17 022	17 503
<i>Andre inst m/avtale med Helse Vest RHF</i>						
Haugesund San.for.revmatisme-sykehus	2 060	1 877	1 608	12 635	12 366	16 606
Haraldsplass Diagonale Sykehus	12 992	13 952	8 534	54 173	48 755	14 893
Sum Helse Vest RHF inkl inst m/driftsavtale	237 314	245 010	163 587	942 179	860 549	641 490
Sunnmøre	32 350	34 729	22 606	147 402	135 279	111 763
Nordmøre og Romsdal	24 882	25 489	16 998	94 710	86 219	94 401
St. Olavs Hospital	88 221	83 048	55 321	371 331	343 604	257 261
Nord Trøndelag	27 471	29 122	19 797	108 151	98 825	85 341
Sum Helse Midt-Norge RHF inkl inst m/driftsavtale	172 924	172 388	114 722	721 594	663 927	548 766



	Antall korrigererte opphold <sup>1)</sup>	Samlet antall opphold <sup>2)</sup>	Herav antall døgn-opphold <sup>3)</sup>	Antall liggedager for samlet antall opphold	Herav liggedager for døgn-opphold	Polikliniske konsultasjoner <sup>4)</sup>
Helgelandsykehuset, Mosjøen	4 150	4 685	2 993	13 646	11 954	12 757
Helgelandsykehuset, Sandnessjøen	5 795	6 464	4 440	24 396	22 372	15 862
Helgelandsykehuset, Mo i Rana	6 646	6 846	4 792	27 185	25 131	22 677
Nordlandssykehuset, Lofoten	4 273	5 162	3 440	18 407	16 685	13 196
Nordlandssykehuset, Bodø	25 041	25 530	17 581	92 857	84 901	72 273
Hålogalandsykehuset, Stokmarknes	5 956	6 346	4 683	28 479	26 816	15 371
Hålogalandsykehuset, Harstad	9 535	10 952	7 078	38 544	34 668	40 202
Hålogalandsykehuset, Narvik	5 560	6 251	4 369	22 821	20 939	24 636
Universitetsykehuset i Nord-Norge	45 847	45 546	26 799	163 821	145 074	122 255
Helse Finnmark, klinikk Kirkenes	5 617	6 149	3 860	20 594	18 305	20 888
Helse Finnmark, klinikk Hammerfest	8 443	9 853	7 186	31 155	28 487	33 452
Sum Helse Nord RHF inkl inst m/driftsavtale	126 862	133 784	87 221	481 905	435 332	393 569
Sum alle sykehus RHF	1 245 408	1 258 117	816 407	4 749 288	4 307 327	3 363 563
Feiringklinikken	11 367	5 356	5 356	20 080	20 080	0
Glittreklinikken	1 120	1 105	1 105	28 894	28 894	0
Omnia sykehuset	5 811	8 565	6 980	9 773	8 188	0
Drammen Private Sykehus	3 426	4 298	0	4 298	0	0
Klinikk Stokkan, Trondheim	2 802	3 191	179	3 191	179	0
Medi 3, Ålesund	2 934	2 979	513	3 586	1 120	0
Ringvollklinikken	2 542	2 724	2 724	2 971	2 971	0
Axess Sykehus og Spesialistklinik	1 907	2 193	2 181	2 196	2 184	0
Volvat Medisinske Senter	2 261	2 150	1 992	2 407	2 249	0
Trondheim Spesialistlegesenter	1 248	1 694	0	1 694	0	0
Colosseumklinikken, Stavanger	992	1 302	33	1 302	33	0
Colosseumklinikken, Oslo	880	1 100	0	1 100	0	0
Bergen Kirurgiske Sykehus	1 048	1 088	0	1 088	0	0
Mjøs-Kirurgene	958	1 060	53	1 060	53	0
Sum sykehus utenfor RHF	39 298	38 805	21 116	83 640	65 951	0
<b>Totalt</b>	<b>1 284 705</b>	<b>1 296 922</b>	<b>837 523</b>	<b>4 832 928</b>	<b>4 373 278</b>	<b>3 363 563</b>

1) Antall korrigererte opphold er en teoretisk størrelse for å korrigere for forskjeller i pasientsammensetning mellom sykehusene.

2) Inklusiv døgnopphold, dagbehandling innlagte og dagbehandling poliklinikk refundert gjennom ISF. Eksklusiv Hallingdal sjukestugu, Bergen Legevakt, Mosseakutten, fødestuer og helsesenter.

3) Antall døgnopphold er basert på oppholdstype og ikke liggetid. I tallene inngår derfor døgnopphold med liggetid lik 0 utskrevet fra døgnavdeling. Liggetid lik 0 er satt lik 1.

4) Eksklusiv dagbehandling poliklinikk refundert gjennom ISF.

Datakilde: NPR.

Definisjoner: Se vedlegg 5.

Tabell T4.2 Samlet antall opphold, antall normalopphold, antall liggedager for samlet antall opphold, antall liggedager for normalopphold og liggedager over trimpunkt etter foretak og region. 2004. Sykehus i helseforetak og sykehus med driftsavtale.

	Totalt antall opphold <sup>1)</sup>	Antall normalopphold	Antall liggedager for samlet antall opphold	Antall liggedager for normalopphold	Antall liggedager over trimpunkt
Sykehuset Østfold	58 385	55 931	205 789	161 833	17 438
Akershus universitetssykehus	56 833	54 539	197 166	159 570	15 033
Sykehuset Asker og Bærum	24 442	23 494	89 319	72 463	6 631
Ullevål universitetssykehus	78 995	75 127	297 830	227 400	30 822
Aker universitetssykehus	32 594	30 685	142 174	102 879	17 660
Sunnaas sykehus	3 033	2 988	46 808	41 504	980
Innlandet sykehus	89 859	85 829	333 590	268 014	25 590
<i>Andre inst m/avtale med Helse Øst RHF</i>					
Martina Hansens Hospital	5 349	5 158	19 798	17 651	857
Diakonhjemmet sykehus	11 229	10 492	59 090	45 266	5 117
Lovisenberg Diakonale sykehus	16 194	15 472	54 401	40 851	5 673
Revmatismesykehuset	1 643	1 628	11 149	10 866	132
Sum Helse Øst RHF inkl inst m/driftsavtale	378 556	361 343	1 457 114	1 148 297	125 933
Geilomo barnesykehus	294	293	6 983	6 968	4
Spesialsykehuset for epilepsi	1 375	386	22 048	1 042	15 500
Spesialsykehuset for rehabilitering	15 995	15 992	45 207	44 806	101
Hjertesenteret i Oslo	3 246	3 235	8 239	8 123	22
Rikshospitalet	56 399	54 320	175 026	144 651	13 148
Voksentoppen	556	487	2 437	1 965	204
Det norske radiumhospital	15 489	14 608	77 263	55 367	9 257
Sykehuset Buskerud	36 101	34 076	136 246	107 904	11 451
Ringerike sykehus	12 262	11 844	41 872	36 698	1 903
Blefjell sykehus, Kongsberg	9 099	8 743	35 010	29 714	1 796
Blefjell sykehus, Rjukan	2 658	2 569	10 826	9 937	252
Blefjell sykehus, Notodden	4 818	4 683	17 251	15 137	614
Sykehuset i Vestfold, Tønsberg	48 518	46 485	170 686	137 653	12 848
Sykehuset Telemark	43 773	42 135	153 405	124 964	12 700
Sørlandet sykehus, Lister	7 379	7 148	25 186	21 668	1 306
Sørlandet sykehus, Arendal	26 643	25 717	83 274	69 698	5 665
Sørlandet sykehus, Kristiansand	37 438	36 150	116 629	97 996	7 860

	Totalt antall opphold <sup>1)</sup>	Antall normalopphold	Antall liggedager for samlet antall opphold	Antall liggedager for normalopphold	Antall liggedager over trippunkt
<i>Andre inst m/avtale med Helse Sør RHF</i>					
Betanien Hospital	6 336	6 130	18 908	16 727	963
Sum Helse Sør RHF inkl inst m/driftsavtale	328 379	315 001	1 146 496	931 018	95 594
<i>Rehabiliteringstjenesten i</i>					
Rogaland	3 127	3 044	33 874	31 023	1 229
Stavanger universitetssjukehus	64 840	61 076	222 693	170 124	22 300
Haugesund sjukehus	24 486	23 468	80 728	67 073	5 713
Stord sjukehus	9 143	8 603	32 066	25 842	2 252
Odda sjukehus	3 097	2 919	12 713	9 908	1 013
Kysthospitalet i Hagevik	2 056	1 895	13 606	11 259	812
Haukeland universitetssjukehus	83 892	78 755	348 793	242 822	49 685
Voss sjukehus	11 102	10 871	27 930	23 541	1 918
Lærdal sjukehus	3 895	3 670	15 478	12 918	910
Førde sentralsjukehus	18 944	18 042	69 508	56 203	5 288
Nordfjord sjukehus	4 599	4 364	17 982	14 595	1 154
<i>Andre inst m/avtale med Helse Vest RHF</i>					
Haugesund Sanitetsforenings-revmatismesykehus	1 877	1 719	12 635	10 582	762
Haraldsplass Diagonale Sykehus	13 952	13 270	54 173	43 999	3 974
Sum Helse Vest RHF inkl inst m/driftsavtale	245 010	231 696	942 179	719 889	97 010
Sunnmøre	34 729	32 693	147 402	111 170	15 911
Nordmøre og Romsdal	25 489	24 343	94 710	77 570	6 445
St. Olavs Hospital	83 048	77 123	371 331	254 546	55 259
Nord-Trøndelag	29 122	27 729	108 151	85 614	9 757
Sum Helse Midt-Norge RHF inkl inst m/driftsavtale	172 388	161 888	721 594	528 900	87 372
Helgelandsykehuset, Mosjøen	4 685	4 546	13 646	11 868	643
Helgelandsykehuset, Sandnessjøen	6 464	6 183	24 396	20 089	1 529
Helgelandsykehuset, Mo i Rana	6 846	6 505	27 185	21 096	2 206
Nordlandssykehuset, Lofoten	5 162	4 827	18 407	14 063	1 821
Nordlandssykehuset, Bodø	25 530	24 301	92 857	71 310	8 739

	Totalt antall opphold <sup>1)</sup>	Antall normal-opphold	Antall liggedager for samlet antall opphold	Antall liggedager for normalopphold	Antall liggedager over trippunkt
Hålogalandssykehuset, Stokmarknes	6 346	5 951	28 479	21 751	2 799
Hålogalandssykehuset, Harstad	10 952	10 418	38 544	29 715	3 943
Hålogalandssykehuset, Narvik	6 251	5 889	22 821	16 560	2 736
Universitetssykehuset i Nord-Norge	45 546	43 165	163 821	120 024	21 028
Helse Finnmark, klinikk Kirkenes	6 149	5 911	20 594	17 168	1 457
Helse Finnmark, klinikk Hammerfest	9 853	9 358	31 155	25 432	2 271
Sum Helse Nord RHF inkl inst m/driftsavtale	133 784	127 054	481 905	369 076	49 172
<b>Totalt</b>	<b>1 258 117</b>	<b>1 196 982</b>	<b>4 749 288</b>	<b>3 697 180</b>	<b>455 081</b>

1) Eksklusiv Hallingdal sjukestugu, Bergen Legevakt, Mosseakutten, fødestuer og helsesenter.

Datakilde: NPR.

Definisjoner: Se vedlegg 5

Tabell T4.3 Driftskostnader DRG-aktivitet<sup>1)</sup> (1000 kroner). 2004. Somatiske sykehus<sup>2)</sup>.

	A	B	C	D	E	F	G
	Totale drifts- kostnader	Poliklinikk- inntekter <sup>3)</sup>	Refusjon andre regioner	Tilskudd til forskning, undervisn og nasj. med. komp.- sentra <sup>4)</sup>	Andre- inntekter <sup>5)</sup>	Ekstern virksomhet	Drifts- kostnader DRG- aktivitet
Sykehuset Østfold	1 807 033	204 444	0	450	37 654	44 407	1 387 189
Akershus universitetssykehus	1 719 661	146 659	0	26 650	57 216	68 428	1 325 380
Sykehuset Asker og Bærum	736 976	66 349	0	525	16 843	1 896	608 236
Ullevål universitetssykehus	3 241 122	319 015	9 196	89 013	216 312	59 711	2 340 515
Aker universitetssykehus	1 209 789	103 336	0	30 367	46 103	34 831	927 984
Sunnaas sykehus	259 145	1 558	0	1 052	8 838	0	246 684
Innlandet sykehus	2 750 735	280 440	0	331	77 266	21 293	2 189 119
Martina Hansens Hospital	173 692	14 141	0	0	2 843	0	147 516
Diakonhjemmet sykehus	473 810	33 153	0	0	6 212	0	412 896
Lovisenberg Diakonale sykehus	381 818	20 461	0	254	6 503	0	341 300
Revmatismesykehuset	46 659	6 800	0	0	1 768	0	33 671
Rikshospitalet	3 129 501	233 830	2 883	182 341	43 033	22 948	2 492 477
Hjertesenteret i Oslo	120 431	0	0	0	583	0	119 848
Spesialsykehuset for rehabilitering	162 952	6 354	0	0	2 859	0	149 609
Spesialsykehuset for epilepsi	152 813	7 070	0	0	5 097	0	136 051
Geilomo barnesykehus	16 319	0	0	0	108	0	16 211
Voksentoppen	25 906	268	0	0	544	0	24 920
Det norske radiumhospital	1 128 841	121 730	0	57 948	46 330	208 023	615 686
Sykehuset Buskerud	1 055 294	130 105	5 391	10	18 432	2 233	814 555
Ringerike sykehus	364 391	30 593	0	0	3 830	9 388	300 695
Blefjell sykehus, Kongsberg	263 035	19 389	0	2	3 953	0	227 088
Blefjell sykehus, Notodden	155 479	13 105	0	0	2 474	0	131 382
Blefjell sykehus, Rjukan	94 443	5 757	0	0	1 082	0	83 862
Sykehuset i Vestfold, Tønsberg	1 517 183	143 053	0	0	39 245	45 921	1 195 980
Sykehuset Telemark	1 066 464	115 776	0	0	37 227	56 182	782 025
Sørlandet sykehus, Lister	170 533	13 226	0	0	4 294	2 000	142 416
Sørlandet sykehus, Arendal	684 495	65 362	0	0	11 397	9 655	555 596
Sørlandet sykehus, Kristiansand	997 212	119 408	0	0	16 771	53 249	730 169
Betanien Hospital	89 062	8 545	0	0	1 114	0	73 849
Rehabiliteringstjenesten i Rogaland	53 392	452	0	0	1 504	0	51 142

	A	B	C	D	E	F	G
	Totale drifts- kostnader	Poliklinikk- inntekter <sup>3)</sup>	Refusjon andre regioner	Tilskudd til forskning, undervisn og nasj. med. komp.- sentra <sup>4)</sup>	Andre- inntekter <sup>5)</sup>	Ekstern virksomhet	Drifts- kostnader DRG- aktivitet
Stavanger universitetssjukehus	1 893 523	196 792	0	9 074	46 162	25 795	1 487 785
Haugesund sjukehus	666 115	66 710	2 550	5 043	18 583	0	529 868
Stord sjukehus	242 576	14 224	0	0	5 341	0	213 765
Odda sjukehus	104 841	6 340	0	0	6 487	0	87 893
Kysthospitalet i Hagevik	92 629	5 859	0	1 080	1 190	0	80 692
Haukeland universitetssjukehus	3 372 615	342 025	0	127 173	136 753	87 351	2 456 997
Voss sjukehus	226 886	11 125	0	0	11 508	1 395	195 627
Førde sentralsjukehus	628 935	53 764	0	3 878	13 216	15 170	507 960
Lærdal sjukehus	140 845	10 900	0	11	3 248	0	119 601
Nordfjord sjukehus	146 648	12 529	0	112	3 341	0	122 522
Haugesund San.for.revmatismesh.	67 850	7 902	0	0	1 307	0	53 505
Haraldsplass Diagonale Sykehus	362 147	19 407	0	19 280	7 264	0	303 581
Sunnmøre	1 076 534	108 017	421	0	26 104	7 761	864 020
Nordmøre og Romsdal	847 684	100 956	0	64	15 224	33 750	632 069
St. Olavs Hospital	3 591 368	361 765	0	138 762	147 133	99 314	2 609 247
Nord Trøndelag	956 613	90 170	0	0	21 941	9 203	776 689
Helgelandsykehuset, Sandnessjøen	175 555	13 654	0	0	3 147	744	149 135
Helgelandsykehuset, Mosjøen	127 067	13 856	0	0	2 119	-233	102 319
Helgelandsykehuset, Mo i Rana	218 909	24 623	0	0	4 976	468	172 837
Nordlandssykehuset, Bodø	875 808	97 082	0	0	8 640	0	706 983
Nordlandssykehuset, Lofoten	135 649	12 038	0	0	2 379	0	113 407
Hålogalandsykehuset, Narvik	229 145	15 564	0	0	5 757	1 384	196 323
Hålogalandsykehuset, Stokmarknes	197 473	12 519	0	0	5 442	2 016	169 359
Hålogalandsykehuset, Harstad	339 227	29 907	58	0	20 256	0	269 566
Universitetssykehuset i Nord-Norge	2 267 694	226 595	23 925	122 594	152 938	43 912	1 550 443
Helse Finnmark, klinikk Hammerfest	334 361	26 128	0	113	3 620	2 577	284 940
Helse Finnmark, klinikk Kirkenes	217 306	16 917	0	0	3 993	1 985	183 415

1) Driftskostnader DRG-aktivitet (G) defineres som totale driftskostnader (A) minus poliklinikk inntekter ganget med 1,65 (B), refusjoner fra andre regioner for analyse lab. prøver (C), tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra (D), andre driftsinntekter (E) og ekstern virksomhet mv. (F). Dvs.  $G=A-B*1,65-C-D-E-F$ .

2) Kommersielle sykehus er holdt utenfor.

3) Poliklinikk inntekter er definert som polikliniske refusjoner fra RTV (kontonr 322 og 323) og egenandeler (kontonr 324).

4) Dette tilskuddet er nytt fra 2004.

5) Ikke pasientrettet-/behandlingsrelaterte inntekter, definert som kontonr 30, 31, 34, 35, 36 og 39 i helseforetakenes kontoplan.

Datakilde: SINTEF Helse og SSB.

Definisjoner: Se vedlegg 5.

## Del V Vedlegg

Flere ulike datasett danner grunnlag for tabellene i SAMDATA Somatikk 2004. Pasientdata for innlagte og polikliniske pasienter innsamles og kvalitetskontrolleres av SINTEF Helse Norsk pasientregister (NPR). Statistisk sentralbyrå (SSB) innhenter sengekapasitets- og personell-data, samt data på RHF'ene og foretakenes utgifter og finansiering. Dette datamaterialet kvalitetskontrolleres både av SSB og SINTEF Helse Helsetjenesteforskning. Befolkningsdata innhentes fra SSB.

Dette vedlegget gir en presentasjon av datasettene, samt en oversikt over definisjoner benyttet i tabellene. Presentasjonen er organisert etter tema:

- Vedlegg 1: Oversikt over hvilke enheter som inngår i datamaterialet (pasientdata, senger, personell, utgifter og finansiering, effektivitet og produktivitet)
- Vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner personell og senger pasientdata
- Vedlegg 3: Datagrunnlag og definisjoner kostnader og finansiering pasientdata
- Vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata
- Vedlegg 5: Datagrunnlag og definisjoner aktivitet og ressursbruk
- Vedlegg 6: Datagrunnlag effektivitetsutvikling

Under hver tabell i kapitlene foran gis en henvisning til vedlegget som presenterer de benyttede datagrunnlag og definisjoner.





## Vedlegg 1 Oversikt over hvilke enheter som inngår i datamaterialet

Vedlegg V1.1 Oversikt over hvilke institusjoner som inngår i data i de ulike kapitlene.

Region	Foretak	Institusjon	Pasientdata Kap.4, 5, 6, 7,8	Kostnader og finansiering Kapittel 3	Senger Kapittel 2	Personell Kapittel 2	Aktivitet og ressursbruk Kapittel 9	
Helse Øst RHF	Sykehuset Østfold HF	Sykehuset Østfold, Halden	*	*	*	*	*	
		Sykehuset Østfold, Askim	*	*	*	*	*	
		Sykehuset Østfold, Moss	*	*	*	*	*	
		Sykehuset Østfold, Fredr.stad	*	*	*	*	*	
		Sykehuset Østfold, Sarpsborg	*	*	*	*	*	
		Sykehuset Østfold, Rehabiliteringstjenesten		*				
		Asker og Bærum sh HF	Sykehuset Asker og Bærum	*	*	*	*	*
		Akershus universitetssykehus HF	Akershus universitetssykehus Lillestrøm sykehus	*	*	*	*	*
			Stensby sykehus	*	*	*	*	*
			Gartnerveien barnehage og rehabilitering		*			
Ullevål universitetssykehus HF		Habilitering somatikk		*				
		Ullevål universitetssykehus	*	*	*	*		
		Bleiker behandlingssenter		*				
		Nordre Åsen Habiliteringssenter		*				
		Hab. somatikk, avd. for voksenrehabilitering		*				
		Barnehabilitering Ullevål		*				
		Klinikk for forebyggende medisin		*				
Legevakt Ullevål		*						

Region	Foretak	Institusjon	Pasientdata Kap.4, 5, 6, 7,8	Kostnader og finansiering Kapittel 3	Senger Kapittel 2	Personell Kapittel 2	Aktivitet og ressursbruk Kapittel 9
Helse Øst RHF	Aker universitetssykehus HF	Aker universitetssykehus	*	*	*	*	*
		Ski sykehus	*	*	*	*	*
	Sykehuset Innlandet HF	Sykehuset Innlandet, Lillehammer	*	*	*	*	*
		Sykehuset Innlandet Gjøvik	*	*	*	*	*
		Sykehuset Innlandet, Elverum	*	*	*	*	*
		Sykehuset Innlandet, Hamar	*	*	*	*	*
		Sykehuset Innlandet, fysikalsk./med. avd	*	*	*	*	*
		Sykehuset Innlandet, Kongsvinger	*	*	*	*	*
		Granheim lungesenter	*	*	*	*	*
		Innlandet, Tynset	*	*	*	*	*
		Valdres fødestugo	*	*	*	*	*
		Lom helseheim, fødestuen	*	*	*	*	*
		Habiliteringstjenesten for voksne	*	*	*	*	*
		Barnhabiliteringstjenesten Sangenhagen	*	*	*	*	*
	Sanderud HF habilitering	*	*	*	*	*	
	Sunnaas sykehus HF	Sunnaas sykehus	*	*	*	*	
		Drøbak rehabiliteringssenter	*	*	*	*	
	Helse Øst RHF	Diakonhjemmets sykehus	*	*	*	*	
		Martina Hansens hospital	*	*	*	*	
		Lovisenberg Diakonale sykehus	*	*	*	*	
		Revmatismesykehuset	*	*	*	*	

Region	Foretak	Institusjon	Pasientdata Kap.4, 5, 6, 7,8	Kostnader og finansiering Kapittel 3	Senger Kapittel 2	Personell Kapittel 2	Aktivitet og ressursbruk Kapittel 9
Helse Øst RHF	Helse Øst RHF forts.	Norsk diabetikersenter		*			
		MS-senteret Hakadal		*			
		Eiksåsen MS-hjem		*			
		Skogli Helse og rehabilitering		*			
		Steffensrud opptreningscenter AS		*			
		Bakke Opptreningscenter AS		*			
		Tonsåsen opptreningscenter		*			
		Grande opptreningscenter		*			
		Sølvkottberget rehabiliteringssenter		*			
		Hernes Institutt		*			
		Beitostølen Helseportsenter		*			
		Opptreningscenteret Jøløy Kurbad		*			
		Godthaab opptreningscenter		*			
		Landaasen Rehabiliteringssenter AS		*			
		Sjømennenes helseheim rehabilitering Rykkin		*			
		Ringen rehabiliteringssenter		*			
		Hurdal opptreningscenter		*			
		Paulsrud Opptreningscenter AS		*			
		Sofienberg opptreningscenter AS		*			

Region	Foretak	Institusjon	Pasientdata Kap. 4, 5, 6, 7,8	Kostnader og finansiering Kapittel 3	Senger Kapittel 2	Personell Kapittel 2	Aktivitet og ressursbruk Kapittel 9
Helse Sør RHF	Rikshospitalet HF	Rikshospitalet	*	*	*	*	*
		Hjertesenteret i Oslo	*	*	*	*	*
		Spesialsykehuset for rehab, Kysthospitalet	*	*	*	*	*
		Spesialsykehuset for rehab, Kongsgård	*	*	*	*	*
		Spesialistsykehuset for epilepsi	*	*	*	*	*
		Rikshospitalets barnenevrologiske seksjon	*	*	*	*	*
		Geilomo barnesykehus	*	*	*	*	*
		Voksentoppen senter for allergi og astma	*	*	*	*	*
		Psykosomatisk poliklinikk Rikshospitalet		*	*	*	
		Det norske radiumhospital		*	*	*	*
		Sykehuset Buskerud		*	*	*	*
		Habiliteringsteamet i Buskerud		*	*	*	
		Blentenberg bokollektiv		*	*	*	
		Buskerud Rehabiliteringssenter		*	*	*	
		Blefjell sykehus HF	Blefjell sykehus, Kongsberg	*	*	*	*
			Blefjell sykehus, Notodden	*	*	*	*
			Blefjell sykehus, Rjukan	*	*	*	*
		Sykehuset Telemark	Sykehuset Telemark	*	*	*	*
		HF	Betanien hospital	*	*	*	*
			Habiliteringstenesta i Telemark		*	*	*
		Sykehuset Telemark, Kragerø	*	*	*	*	

Region	Foretak	Institusjon	Pasientdata Kap.4, 5, 6, 7,8	Kostnader og finansiering Kapittel 3	Senger Kapittel 2	Personell Kapittel 2	Aktivitet og ressursbruk Kapittel 9		
Helse Sør RHF	Sykehuset i Vestfold HF	Sykehuset i Vestfold, Tønsberg	*	*	*	*	*		
		Sykehuset i Vestfold, Horten	*	*	*	*	*		
		Sykehuset i Vestfold, Larvik	*	*	*	*	*		
		Sykehuset i Vestfold, Sandefjord	*	*	*	*	*		
			Tverrfaglig spesialist tjeneste habilitering		*				
	Sørlandet sykehus HF		Sørlandet sykehus Kristiansand	*	*	*	*	*	
			Sørlandet sykehus Kristiansand, Mandal	*	*	*	*	*	
			Sørlandet sykehus, Farsund	*	*	*	*	*	
			Sørlandet sykehus Lister	*	*	*	*	*	
			Sørlandet sykehus Arendal	*	*	*	*	*	
			Sørlandet sykehus Arendal, Habtj. for voksne	*	*	*	*	*	
			Habilitering Kristiansand sjukehus		*				
			Lillebølgen behandlingsinstitusjon		*				
			Ringerike sykehus HF	Ringerike sykehus	*	*	*	*	*
			Hallingdal sjukestugu	*	*		*		
Helse Sør RHF		Tinn fødestue	*	*		*	*		
		Kure epilepsisenter		*		*	*		
		Behandlingsreiser utlandet v/Rikshospitalet		*			*		

Region	Foretak	Institusjon	Pasientdata Kap.4, 5, 6, 7,8	Kostnader og finansiering Kapittel 3	Senger Kapittel 2	Personell Kapittel 2	Aktivitet og ressursbruk Kapittel 9
Helse Vest RHF	Helse Stavanger HF	Stavanger universitetssjukehus	*	*	*	*	*
		Stavanger universitetssjukehus, Sandnes	*	*	*	*	*
		Stavanger universitetssjukehus, Eigersund	*	*	*	*	*
		Rehabiliteringstjenesten i Rogaland	*	*	*	*	*
		Haugesund sjukehus	*	*	*	*	*
		Haugesund sjukehus, Sauda	*	*	*	*	*
		Stord sjukehus	*	*	*	*	*
		Odda sjukehus	*	*	*	*	*
		Rehabiliteringstjenesten, seksjon barn/voksen	*	*	*	*	*
		Haukeland universitetssjukehus	*	*	*	*	*
		Haukeland universitetssjukehus, nakke og rygg- poliklinikk	*	*	*	*	*
		Laksevåg sykehus	*	*	*	*	*
		Bergen Legevakt	*	*	*	*	*
Helse Bergen HF	Helse Fonna HF	Kysthospitalet i Hagevik	*	*	*	*	*
		Habiliteringstjenesten for voksne funksjonshemmede	*	*	*	*	*
		Nordåstunet	*	*	*	*	*
		Voss sjukehus	*	*	*	*	*
		Førde sentralsjukehus	*	*	*	*	*
		Førde sentralsjukehus, Florø	*	*	*	*	*
		Lærdal sjukehus	*	*	*	*	*
		Nordfjord sjukehus	*	*	*	*	*

Region	Foretak	Institusjon	Pasientdata Kap.4, 5, 6, 7,8	Kostnader og finansiering Kapittel 3	Senger Kapittel 2	Personell Kapittel 2	Aktivitet og ressursbruk Kapittel 9
Helse Vest RHF	Helse Vest RHF	Haugesund Sanfor Revmatismesykehus	*	*	*	*	*
		Haraldsplass diakonale sykehus	*	*	*	*	
		Hospitalet Betanien (Hordaland)	*	*		*	
		Sjømennenes helseheim rehabilitering, Bergen		*			
		Røde Kors Haugland Rehabilitering		*			
		Hagahaugen opptreningscenter		*			
		Ravneberghaugen opptreningscenter		*			
		Ålesund sjukehus		*	*	*	
		Volda sjukehus		*	*	*	
		Mork rehabiliteringssenter		*	*	*	
Helse Midt-Norge RHF	Helse Sunnmøre og Romsdal HF	Nevrohjemmet rehabiliteringssenter	*	*		*	*
		Molde sjukehus	*	*	*	*	
		Molde sjukehus, dialyse Fræna	*	*	*	*	
		Molde sjukehus, voksenrehb Vestnes	*	*	*	*	
		Kristiansund sykehus	*	*	*	*	
		Kristiansund sykehus, barnerehabtjenesten		*	*	*	
		Aure opptreningscenter		*	*	*	
		Orkdal sanitetsforenings sjukehus		*	*	*	
		Oppdal heisesenter, syke-og fødehjem		*	*	*	



Region	Foretak	Institusjon	Pasientdata Kap.4, 5, 6, 7,8	Kostnader og finansiering Kapittel 3	Senger Kapittel 2	Personell Kapittel 2	Aktivitet og ressursbruk Kapittel 9
Helse Midt-Norge RHF		St.Olavs Hospital	*	*	*	*	*
		St.Olavs Hospital, Hjerteklinikken St. Elisabeth	*	*	*	*	*
		St.Olavs Hospital, Røros	*	*	*	*	*
		St.Olavs Hospital, Munkvoll rehab senter	*	*	*	*	*
		Betania Malvik somatisk rehab.senter		*		*	*
		Trondsløtten habiliteringssenter		*		*	
		Øriand helsesenter	*	*		*	
		Sykehuset Levanger	*	*	*	*	*
		Sykehuset Namsos	*	*	*	*	*
		Muritunet AS		*			
Helse Nord HF		Røros rehabiliteringssenter		*			
		Bjørmang opptreningssenter		*			
		Selli Rehabilitering og Opptreningssenter as		*			
		Meråker sanitetsforenings kurbad		*			
		Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	*	*	*	*	*
		Helgelandssykehuset, Sandnessjøen, Sømna rehabilitering	*	*	*	*	*
		Helgelandssykehuset, Mosjøen	*	*	*	*	*
		Helgelandssykehuset, Mo i Rana	*	*	*	*	*
		Brønnøysund fødestue	*	*	*	*	*
	Helse Nord RHF		Helgelandssykehuset	*	*	*	*
		HF	*	*	*	*	*

Region	Foretak	Institusjon	Pasientdata Kap.4, 5, 6, 7,8	Kostnader og finansiering Kapittel 3	Senger Kapittel 2	Personell Kapittel 2	Aktivitet og ressursbruk Kapittel 9
Helse Nord RHF	Nordlandssykehuset HF	Nordlandssykehuset, Bodø	*	*	*	*	*
		Ortopedienheten Vensmoen	*	*	*	*	*
		Leiranger og Nordfold sykestue	*	*			
		Nordlandssykehuset, Lofoten	*	*	*	*	*
	Hålogalandssykehuset HF	Hålogalandssykehuset, Narvik	*	*	*	*	*
		Hålogalandssykehuset, Stokmarknes	*	*	*	*	*
		Lødingen rehabiliteringssenter	*	*			
		Hålogalandssykehuset, Harstad	*	*	*	*	*
	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	Universitetsh i Nord-Norge	*	*	*	*	*
		Mellomveien bo- og rehab.senter	*	*	*	*	*
		Longyearbyen sykehus		*	*	*	*
		Fødestua i Midt-Troms	*			*	
		Områdegeriatrisk enhet, Lenvik helsesenter					
		Sykestua og fødeavdeling i Nordreisa	*			*	
	Helse Finnmark HF	Helse Finnmark, Hammerfest	*	*	*	*	*
		Habiliteringstjenesten for barn		*	*	*	
		Helse Finnmark, Hammerfest (Alta)	*	*	*	*	*
		Helse Finnmark, Kirkenes	*	*	*	*	*
		Alta helsesenter	*	*		*	
	Andre institusjoner med avtale	Opptreningscenteret i Finnmark		*			*
		Opptreningscenteret i Salangen		*			*

Region	Foretak	Institusjon	Pasientdata Kap.4, 5, 6, 7,8	Kostnader og finansiering Kapittel 3	Senger Kapittel 2	Personell Kapittel 2	Aktivitet og ressursbruk Kapittel 9
		Valnesfjord helsesportsenter		*			
		Rehabiliteringssenteret Nord Norges Kurbad		*			
		Nordtun Helse Rehab		*			
		Skibotnsenteret		*			
Private inst.	Private ideelle utenfor RHF	Feiringklinikken	*	*	*	*	*
		Giltreklinikken	*	*	*	*	*
	Kommersielle sykehus	Volvat Medisinske Senter	*	*	*	*	*
		Medi 3, Molde	*	*	*	*	*
		Medi 3, Ålesund	*		*		*
		Axess Sykehus og Spesialistklinik	*	*	*	*	*
		Drammen Private Sykehus	*	*	*	*	*
		Ringvollklinikken	*	*	*	*	*
		Colosseumklinikken, Oslo	*	*		*	*
		Klinikk Stokkan, Trondheim	*	*		*	*
		Mjøs-kirurgene	*		*		*
		Omnia Sykehuset	*	*	*	*	*
		Klinikk Stokkan, Tromsø	*			*	*
		Colosseumklinikken, Stavanger	*			*	*
		Moxness-klinikken	*				
		Vestfjordklinikken	*			*	*
		Bergen Kirurgiske Sykehus	*			*	*

Region	Foretak	Institusjon	Pasientdata Kap.4, 5, 6, 7,8	Kostnader og finansiering Kapittel 3	Senger Kapittel 2	Personell Kapittel 2	Aktivitet og ressursbruk Kapittel 9
		Idrettsklinikken	*			*	*
		Norsk Idrettsmedisinsk institutt	*				*
		Haugesund private sykehus	*				
		Trondheim Spesialistlegesenter	*			*	*

## Vedlegg 2 Datagrunnlag og definisjoner personell og senger

### Datagrunnlag

Datagrunnlaget er institusjonsdata fra alle institusjoner og foretak som ligger under de regionale helseforetakene. I tillegg er data for private sykehus utenfor RHF-ene med. Datamaterialet er innsamlet av Statistisk sentralbyrå (SSB). SINTEF Helse har gjennomgått datamaterialet med tanke på tilrettelegging av tall til SAMDATA Somatikk. Dette er gjort i samarbeid med SSB, slik at nasjonale utviklingstall er mest mulig like i våre publikasjoner.

Senge- og personelltall for institusjoner utenfor sykehus ble inkludert første gang i SAMDATA Somatikk i 2003. Etter omorganiseringen av spesialisthelsetjenesten er det enda viktigere å ha oversikt over omfang og innhold i tjenester som utføres ved disse. I årets SAMDATA presenteres opplysninger om antall døgnplasser og personell ved institusjoner som har driftsavtale med de regionale helseforetakene. Private opptreningsinstitusjoner utenfor RHF-ene er ikke inkludert i denne. Opptreningsinstitusjoner uten driftsavtale med de regionale helseforetakene inkluderes kun i to tabeller på regionalt nivå for å se om dette bidrar til en utjevning av forskjeller i beregnet senge- og personellkapasitet i regionene.

### Personelldata

I årets SAMDATA Somatikk presenteres tall for antall beregnede årsverk ved utgangen av hvert driftsår (punktstall). Opplysningene er hentet fra KOSTRA Skjema 46 og 47 innrapportert til Statistisk sentralbyrå. Bruk av gjennomsnittstall er imidlertid hensiktsmessig når en ønsker å koble antall årsverk med utførte aktiviteter som har foregått gjennom hele året. Ved beregning av antall opphold per årsverk legges det derfor fortsatt til grunn en gjennomsnittsberegning (se kapittel 9).

Datamaterialet for personell er basert på tellinger av ansatte i heltidsstillinger og stillingsandeler for deltidsansatte ved utgangen av året. Dataene fanger ikke opp endringer i personellsituasjonen i løpet av året, og omfatter heller ikke utførte timeverk knyttet til overtid. Stillingsandeler for deltidsansatte omregnes til heltidsstillinger. Antall årsverk er summen av heltidsstillinger og omregnede deltidsstillinger til heltidsstillinger ved de somatiske sykehus.

Noen sykehus har relativt store endringer i sine personelltall, noe som skaper usikkerhet omkring endringstallene. Dette kan gjelde antall årsverk totalt, men også i forhold til fordeling i personellgrupper. Omorganiseringer internt i sykehusene, har i noen tilfelle medført innføring av nye stillingskoder, som kan gi endringer av grensingen av administrativt personell i forhold til behandlingspersonell. I tillegg er det noe usikkerhet omkring hvorvidt innleid personell fordeles riktig i forhold til personellgruppene.

For helseregioner og foretaksområder benyttes antall årsverk per 1000 innbyggere som et mål på geografiske forskjeller i personellinnsats. Korrigeringer for pasientflyt, kjønns- og alderssammensetning foretas på samme måte som beskrevet for sengedata.

## Sengedata

I henhold til KOSTRA-rapporteringen registreres antall ordinære senger og antall tekniske<sup>34</sup> senger ved sykehusene. Videre gjøres en tilhørende beregning av antall døgn sengene er tilgjengelige i løpet av året (sengedøgn). Tekniske senger regnes ofte ikke som en del av sengekapasiteten fordi dette kan være senger som benyttes samtidig som pasienten har en seng på ordinær sengepost<sup>35</sup>. Dette gjelder blant annet senger hvor pasienten overvåkes noen timer etter operasjon og lignende. En del pasienter er imidlertid så syke at de må ha intensiv overvåkning i lengre tid. I slike tilfelle vil det ikke alltid være reservert en plass for pasienten på ordinær sengeavdeling. Intensivsenger på neonatalavdeling kommer inn under definisjonen teknisk seng. Denne typen senger skal inngå i sengekapasiteten på vanlig måte, da disse i regelen brukes som senger for syke barn som ikke har en ordinær seng i tillegg. Det vesentlige er altså ikke hvorvidt en seng er definert som ordinær eller teknisk, men i hvilken grad sengene er i bruk for pasienter som ikke har annen seng samtidig. Et annet forhold er en økende bruk av pasienthotell og sykehotell som er viktig å følge opp i forhold til sengeregistrering og liggedagsberegninger.

## Definisjoner

### Årsverk:

Sum antall heltidsansatte pluss antall deltidsansatte omregnet til heltidsansatte etter stillingsbrøk. Stillinger som utgjør mer enn 100 prosent stilling fast regnes som en heltidsstilling. Det benyttes punkttall per 31. desember gjeldende driftsår. I SAMDATA Somatikk-publikasjonene fra 1998 til 2001 ble det brukt gjennomsnittstall for to siste driftsår ved beregning av årsverk. I seinere år har det på nytt blitt brukt punkttall. Dette gjelder også for årets rapport. Det beregnes fortsatt gjennomsnittstall ved beregninger av indikatorer i kapittel 9 (Aktivitet og ressursbruk).

### Sengedøgn:

Med sengedøgn menes det maksimale antall overnattinger som er mulig innenfor sykehusavdelingens planlagte drift. Ved beregning av antall sengedøgn skal det tas hensyn til redusert kapasitet i ferier, midlertidige stengninger av avdelinger/poster og redusert drift forårsaket av andre forhold i løpet av året.

### Effektive senger:

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

### Sengefaktoren:

Sengefaktoren defineres som antall effektive senger per 1000 innbyggere korrigert for pasientflyt mellom regioner og foretak og befolkningssammensetning. Dette målet brukes for å fremstille geografiske variasjoner i sengekapasitet.

---

<sup>34</sup> Teknisk seng er i KOSTRA-rapporteringen definert som seng med særskilt bemanning og med utstyr til intensiv overvåkning/behandling for innlagte pasienter.

<sup>35</sup> Hvorvidt en teknisk seng (f.eks. fødeseng, intensivseng, oppvåkningsseng) representerer en kapasitet ved sykehuset er i mange tilfeller en vurderingssak. Dette er fortsatt en potensiell feilkilde i tallmaterialet.

Når sengefaktoren beregnes tas det hensyn til gjestepasientflyt inn og ut av foretaket/helseregionen. Antall liggedager for døgnopphold fra pasientdataene benyttes som grunnlag for korrigeringer for pasientflyt, og følgende antakelse ligger til grunn: Dersom ti prosent av liggedagene ved et gitt sykehus er generert av pasienter fra en bestemt region, forutsettes det at ti prosent av sykehusets effektive senger disponeres av dette fylket.

På foretaksområde- og helseregionnivå korrigeres det også for ulik kjønns- og alderssammensetning i befolkningen når sengefaktoren beregnes. Metoden for dette er beskrevet i vedlegg 4.





## Vedlegg 3 Datagrunnlag og definisjoner kostnader og finansiering

### Datagrunnlag

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

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

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

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

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

### Definisjoner

#### Totale driftskostnader:

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

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

#### Lønnskostnader:

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

#### Kostnader til varer og tjenester:

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

#### Andre driftskostnader:

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

#### Driftstilskudd til avtalespesialister:

Kostnader vedrørende driftstilskudd til privatpraktiserende legespesialister med driftsavtale framkommer i 2004 på en egen funksjon, funksjon 625.

#### Totale driftskostnader somatisk spesialisthelsetjeneste:

Sum driftskostnader egne institusjoner/helseforetak og driftstilskudd til avtalespesialister innen somatisk spesialisthelsetjeneste.

#### Innsatsstyrt finansiering (ISF):

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

#### Polikliniske refusjoner:

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

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

Tilskuddet gis til alle helseregionene for å ivareta sitt ansvar for forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra. I tilskuddet inngår også finansiering av kompetansesenter i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Tilskuddet er inntektsført på kontonr 332, 333 og 334 i helseforetakenes kontoplan.

#### Pasientbetaling:

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

#### Salgsinntekter mv.:

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

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

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

#### Gjestepasientkostnader:

Består av kostnader til kjøp av helsetjenester i andre helseregioner, eller hos private kommersielle og ideelle institusjoner. Disse utgiftene er ført på kontonr 673 i driftsregnskapene ved de regionale helseforetak samt helseforetak/institusjoner. Opplysninger om gjestepasientoppgjør mellom regioner har i hovedsak blitt basert på opplysninger om sumtall fra RHF-ene. Kjøp av lab- og røntgentjenester fra private institutter inngår ikke i begrepet gjestepasientkostnader. Lab- og røntgen-oppgjør mellom regioner, tilskudd til private opptrenings-/rehabiliteringsinstitusjoner innenfor egen helseregion og kjøp av helsetjenester til egen virksomhet, for eksempel innleid arbeidskraft, inngår heller ikke i begrepet gjestepasientkostnader.

#### Gjestepasientinntekter:

Består av inntekter generert av behandlede pasienter bosatt i andre regioner. Inntektene er ført på kontonr 321 ved regionale helseforetak og helseforetak/institusjoner. ISF-refusjoner generert av regionens egne pasienter som har blitt behandlet i andre regioner inngår ikke under begrepet gjestepasientinntekter. Opplysninger om gjestepasientoppgjør mellom regioner har i hovedsak blitt basert på opplysninger om sumtall fra RHF-ene og kvalitetssikres ved å benytte antall DRG-poeng i pasientstrømmer mellom regionene. Oversikt over omfang av pasientstrømmer mottas fra SINTEF Helse PaFi.

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

Netto gjestepasientoppgjør:

Gjestepasientkostnader minus gjestepasientinntekter.

Driftskostnader finansiert av RHF:

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

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

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

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

## Avvik mellom beregnede kostnader i SAMDATA og i SSB

I kapittel 3 i denne rapporten presenteres kostnadstall for somatisk spesialisthelsetjeneste for 2004. 22. juni presenterte Statistisk Sentralbyrå (SSB) kostnadstall for spesialisthelsetjenesten i 2004. SSB og SINTEF Helse har samarbeidet om kontrollen av kostnadsdata på helseforetaksnivå, men presenterte tall fra de to institusjoner er ikke sammenfallende. En del av avvikene skyldes ulik definisjon og avgrensning, og utslag av dette vises under. Når det kontrolleres for ulik definisjon og avgrensning, gjenstår et avvik på kroner 604 millioner for somatisk spesialisthelsetjeneste i 2004.

Tabell V3.1 viser presenterte kostnadstall for somatisk spesialisthelsetjeneste fra SSB og SAMDATA for 2004, samt det avvik i presenterte tall som observeres.

Tabell V3.1 Kostnadstall for somatisk spesialisthelsetjeneste i 2004 fra SSB, SAMDATA og avvik. Tall i millioner kroner.

Regionalt helseforetak	SSB	SAMDATA	Avvik <sup>36/37</sup>
Helse Øst RHF	15 449	15 101	348
Helse Sør RHF	10 772	10 505	267
Helse Vest RHF	8 574	8 521	53
Helse Midt-Norge RHF	6 970	6 935	35
Helse Nord RHF	5 656	5 628	28
Sum regioner	47 421	46 690	731

Tabell V3.1 viser avvik i kostnadstall presentert av SSB og SAMDATA for somatisk spesialisthelsetjeneste i 2004. Avvik som følge av definisjonsforskjeller følger i tabell V3.2 under. Det presiseres at SINTEF Helse ikke har fullstendig innsyn i hvordan beregningene konkret utføres i SSB. Hovedtrekkene i definisjonsforskjellene mellom SSB og SAMDATA er som følger:

1. Totale driftskostnader summeres over noe forskjellige kontier. Tabell V3.2 viser differanse på kontier som der det defineres forskjellig i SSB og i SAMDATA. Tallene er hentet fra SAMDATAs tallgrunnlag. Inkludering av disse kontiene medfører at differansen blir mindre.
2. SAMDATA inkluderer kostnader finansiert av kurlpenger utbetalt av Rikstrygdeverket til opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner som RHF-ene har avtale med. Dette tilsier at SAMDATA skal ha høyere kostnader enn SSB.

<sup>36</sup> Avvik = SSB-tall – SAMDATA-tall.

<sup>37</sup> SSB slår sammen kostnader til transport av helsepersonell (funksjon 608) og syketransport (funksjon 606), mens SAMDATA legger transport av helsepersonell inn under somatisk spesialisthelsetjeneste. Imidlertid av dette av minimal betydning, da driftskostnader på denne funksjonen (funksjon 608) kun utgjør kr 600.000 på landsbasis.

Tabell V3.2 Fullstendig utslag av ulik definisjon og avgrensning i kostnadsdata SSB – SAMDATA. Somatisk spesialisthelsetjeneste 2004.

Regionalt helseforetak	Avvik A	Definisjons- forskjeller <sup>38</sup> B	Kurpenger C	Uforklart avvik D=A-B+C
Helse Øst RHF	348	128	123	343
Helse Sør RHF	267	130	63	200
Helse Vest RHF	53	36	25	43
Helse Midt-Norge RHF	35	77	47	5
Helse Nord RHF	28	54	40	13
Sum regioner	731	425	299	604

Tabell V3.2 er et resultat av den differansen en ser i utgangspunktet i presenterte kostnadstall, og de definisjonsforskjeller som ligger til grunn. Kroner 604 millioner i forskjell mellom kostnadstall i SSB og kostnadstall i SAMDATA er det avvik som ikke kan forklares med definisjons- og avgrensingsforskjeller.

<sup>38</sup> SAMDATA inkluderer kontonr 57, kontonr 583, kontonr 589 og kontonr 79 i definisjon av totale driftskostnader, det gjør ikke SSB.

SSB inkluderer kontonr 630 i definisjon av totale driftskostnader, det gjør ikke SAMDATA.

## Vedlegg 4 Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

### Datagrunnlag for pasientdata og analyser av "sørge-for"-ansvaret

Tabell V4.1 Datagrunnlaget for analyser av bruk av somatiske spesialisthelsetjenester for 2004 i antall opphold. Forskjeller mellom datagrunnlag publisert av SAMDATA Somatikk, Norsk pasientregister og SSB.

2004	Døgnopphold	Dagbehandling innlagte	Dagbehandling poliklinikk	Polikliniske konsultasjoner
Datagrunnlag SSB (befolkningsstatistikk)	793 203	228 174	231 545	3 355 513
+ Friske nyfødte (DRG391)	41 622	60	0	0
+ Mork rehab.senter, Nevrohjemmet, Rehab.tj. Rogaland	2 229	1 294	11	1 500
+ Fødestuer, Hallingdal sjukestue	1 446	430	135	3 315
+ Spesialistpoliklinikk			831	7 508
= Tallgrunnlag SAMDATA og NPR Somatikk 2004 Alle typer opphold	841 790	230 321	232 650	3 374 388

I likhet med tidligere år beskrives den samlede aktiviteten ved somatiske sykehus i Norge. Den samlede aktiviteten omfatter døgnopphold, dagbehandlinger (for innlagte og på poliklinikk) samt andre polikliniske konsultasjoner. Fra 2002 har vi inkludert opphold fra fødestuer (Ørland fødestue, Valdres fødestogo, Steigen fødestue, Andenes fødestue, Brønnøy fødestue, Nordkapp helsesenter, Hallingdal sjukestugu, Alta helsesenter, Helsesenteret Sonjatun, Fødestua i Midt-Troms og Tinn fødestue) og rehabiliteringsinstitusjoner (Mork rehabiliteringssenter, Rehabiliteringstjenesten i Rogaland og Nevrohjemmet rehabiliteringssenter). Dette er også inkludert i tallmaterialet for 2003 og 2004. Flere av fødestuene er nedlagt og hadde ingen aktivitet i 2004. Dette gjelder Andenes fødestue og Nordkapp helsesenter.

Fra 2003 er også Nordåstunet er inkludert i data fra Haukeland og både dagkirurgi og fødsler utført på Hallingdal sjukestue er inkludert i data.

Friske nyfødte (DRG 391) også er inkludert. Inntil 2002 har friske nyfødte barn ikke blitt registrert i pasientdata fordi dette kunne sees som en dobbelt-telling i.o.m. at den fødende ble registrert. Etter innføringen av ISF var det imidlertid en sterk økning i DRG 390 (nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem). Dette var i stor grad en ren registreringsendring ettersom det ikke kunne hevdes å være flere nyfødte med behov for

medisinsk behandling enn tidligere. Fra 2002 ble derfor også friske nyfødte inkludert i DRG-systemet, og er dermed inkludert i pasientdata.

I 1998 ble Halden sykehus, Østfold sentralsykehus, Moss sykehus og Indre Østfold sykehus fusjonert til Sykehuset Østfold. Pasientdata i perioden 1999 til 2002 har derfor behandlet disse sykehusene som et sykehus, og overføringer mellom disse fire sykehusene ble aggregert sammen til ett sykehusopphold. I Vestfold ble Horten sykehus fusjonert med Vestfold SSH i 1998, og sykehusene i Sandefjord og Larvik fusjonerte med Vestfold SSH i 2000. Fra 2000 er Sykehuset Vestfold derfor beskrevet som ett sykehus i SAMDATA.

Tabell V4.2 Samlet antall opphold for Østfold og Vestfold HF 2002 avhengig av aggregering av opphold som 4 eller 1 institusjon.

Samlet antall opphold (dag og døgn) 2002	Gruppert som 4 inst.	Gruppert som 1 inst.	Differanse
	Totalt	Totalt	Totalt
Sykeh. Østfold, Askim			
Sykeh. Østfold, Halden	2 560		
Sykeh. Østfold, Moss	10 206		
Sykeh. Østfold, Fr.stad	40 779		
<b>Totalt Østfold</b>	<b>55 965</b>	<b>54 426</b>	<b>1 539</b>
Sykeh. i Vestfold, Larvik	7 778		
Sykeh. i Vestfold, Horten	33		
Sykeh. i Vestfold, Sandefj.	3 399		
Sykeh. Vestfold, Tønsberg	33 880		
<b>Totalt Vestfold</b>	<b>45 090</b>	<b>42 387</b>	<b>2 703</b>

Etter eierskapsreformen ble Sykehuset Østfold og Sykehuset Vestfold helseforetak med fire underenheter på samme måte som f.eks. Blefjell sykehus HF har tre underenheter (Kongsberg-, Notodden- og Rjukan sykehus). For Blefjell sykehus og de fleste andre helseforetak aggregeres ikke overføringer mellom underenhetene til et felles sykehusopphold, men telles som to eller flere sykehusopphold når pasientene overføres mellom disse enhetene. For å gjøre data mest mulig sammenlignbar finner vi det derfor ikke lenger naturlig å aggregere overføringer mellom enhetene i Østfold og Vestfold. For 2002 betyr dette at Sykehuset Østfold HF og Sykehuset Vestfold HF beskrives med henholdsvis 1539 og 2703 flere opphold enn i SAMDATA-rapport for 2002. Tabell v4.2 viser forskjellene i antall registrerte opphold for Vestfold og Østfold i 2002.

Det kan forøvrig også bemerkes at sykehusene i Østfold og Vestfold i alle år har vært registrert som fire enheter i ISF fordi de beregningene som lå til grunn for avtalen som ble laget ved innføringen av ISF hadde tatt utgangspunkt i fire enheter for hvert av disse fylkene.

P.g.a. ønsket om sammenlignbarhet er data fra tidligere år også endret og definert på tilsvarende måte. I flere av kapitlene i denne SAMDATA Somatikk-rapporten refereres det all fra perioden 2000 til 2004. Når sykehusene Østfold og Vestfold inngår i disse tallene, er det dermed tatt utgangspunkt i antall opphold for Østfold og Vestfold aggregert til 4 institusjoner.

Andre endringer i pasientdata for 2004 knytter seg til at følgende nye institusjoner er inkludert i datamaterialet:



- Trondheim spesialistlegesenter
- Haugesund private sykehus
- Norsk Idrettsmedisinsk institutt
- Idrettsklinikken
- Medi-3, Molde
- Mjøskirugene
- Bergen kirurgiske sykehus
- Klinikk Stokkan, Tromsø
- Colosseumklinikken, Stavanger
- Moxness klinikken

### SAMDATA versus ISF – Hvorfor er det ulike aktivitetstall?

Det er i dag flere publiseringskanaler for aktivitetstall ved de somatiske sykehusene. SSB, SAMDATA og NPR publiserer alle tall for samlet aktivitet ved sykehusene. I tillegg benytter også SINTEF Helse Pasientklassifisering og Finansiering (PaFi) pasientdata som grunnlag for beregning av ISF-refusjoner, og det kommer ofte spørsmål fra sykehusene om årsaken til at aktivitetstallene i SAMDATA Somatikk avviker fra aktivitetstallene som ligger til grunn for ISF-refusjonene. Vi vil derfor i dette avsnittet redegjøre for de forskjellene som eksisterer for aktivitetsdata for 2004.

Det er flere faktorer som forklarer disse forskjellene:

- Det er en del institusjoner eller enheter ved institusjoner som er inkludert i ISF-ordningen, men som ikke inkluderes i datagrunnlaget for kapittel 9 (Aktivitet og ressursbruk) i SAMDATA Somatikk. Alle enheter som inngår i ISF inngår imidlertid også i datagrunnlaget for kapittel 4 (Bruk av sykehustjenester).
- Det er en del institusjoner eller enheter ved institusjoner som inkluderes i datagrunnlaget for SAMDATA Somatikk, men ikke i ISF-ordningen.
- Noen opphold håndteres ulikt i SAMDATA Somatikk og ISF-ordningen.
- Pasienter som behandles ved sykehus i utlandet er ikke med i SAMDATA Somatikk, men er inkludert i ISF-ordningen.
- Opphold med manglende kommunenummer, deriblant utenlandske pasienter, er ikke med i ISF-ordningen, men er inkludert i datagrunnlaget for SAMDATA Somatikk.

Siden deler av datagrunnlaget tas ut før avdelingsoppholdene aggregeres til sykehusopphold og andre deler tas ut etter aggregering, vil det ikke være mulig på kort sikt å gi en tallmessig beskrivelse av de forskjellene som er presentert ovenfor.

### Oppholdstyper og omsorgsnivå

SAMDATA Somatikk 2004 beskriver tre nivå av gjensidig utelukkende typer opphold:

1. Døgnopphold: Avsluttede opphold hvor overnatting finner sted på sykehuset eller hvor overnatting er planlagt ved innleggelse (opphold ved heldøgnsavdeling).
2. Dagbehandling: Behandling av pasient enten poliklinisk eller ved dagbehandling, innlagte. I SAMDATA Somatikk 2004 er begrepet dagbehandling benyttet som summen av:

- a) Dagbehandling, innlagte: Planlagt innleggelse uten overnatting hvor pasienten behandles over en eller flere dager. Avsluttede behandlingsopphold med 0 liggedager.
- b) Dagbehandling, poliklinikk: Polikliniske konsultasjoner for dagbehandling (dagmedisin og dagkirurgi) med refusjon gjennom ISF. De er skilt ut fra det totale antallet polikliniske konsultasjoner.
3. Andre polikliniske konsultasjoner: Betegner antallet polikliniske konsultasjoner som ikke utløser refusjon fra ISF (kontroller, undersøkelser, enklere behandlinger), men er finansiert gjennom Rikstrygdeverket. Som poliklinisk konsultasjon regnes bare konsultasjoner der pasienten ikke overnatter ved sykehuset, og der det er utløst en gyldig takst.

De definisjonene som er benyttet i SAMDATA Somatikk 2004 varierer noe fra de definisjonene som er brukt i den administrative definisjonskatalogen for somatiske sykehus. I denne katalogen benyttes begrepet dagopphold for å benevne det som her er kalt dagbehandling innlagte.

Denne inndelingen kan illustreres på følgende måte:

Omsorgsnivå		Behandlingsnivå		SAMDATA Somatikk 2004
INNLEGGELSE	→	Heldøgnsopphold	→	Døgnopphold
	→	Dagbehandling innlagte	→	Dagbehandling
POLIKLINIKK	→	Dagbehandling v/polikl.	→	
	→	Andre polikliniske konsultasjoner	→	Andre polikliniske konsultasjoner

Figur V4.1 Definisjon av oppholdstyper i SAMDATA Somatikk 2004.

#### Døgnopphold som analyseenhet

I Norge, så vel som de fleste andre land, er det vanlig å benytte avdelingsopphold som registreringsenhet. Dette har sammenheng med at pasientens medisinske data er knyttet til oppholdet ved avdelingen som et selvstendig, avsluttet behandlingsopplegg. En innlagt pasient kan ha flere avdelingsopphold. Pasienter som blir overflyttet for eksempel fra kirurgisk til medisinsk avdeling før utskrivning fra sykehuset, vil bli registrert som to avdelingsopphold med hver sine medisinske data (men som ett døgnopphold). Til hvert avdelingsopphold vil det (vanligvis) være knyttet en hoveddiagnosekode, mens operasjonskode(r) bare skal være knyttet til det avdelingsopphold der operasjonsseansen ble utført.

Spesialisering ved sykehusene finner sted gjennom oppdeling og seksjonering av avdelinger. Ved økt vekt på mindre enheter som økonomisk ansvarlige og som resultatenheter kan det ofte være hensiktsmessig å registrere pasientopphold på hver av disse enhetene. Vi kan spore en utvikling der stadig flere pasienter vil få flere avdelingsopphold ut fra en planlagt pasientflyt mellom sykehusenes avdelinger eller seksjoner.

Konsekvensene av en slik utvikling er at sykehusenes enheter får bedre data til å vurdere sin aktivitet, men at avdelingsopphold blir mindre egnet til sammenligninger mellom sykehus og geografiske områder. Fra og med statistikkåret 1992 har vi derfor benyttet avsluttede sykehusopphold (utskrivninger) som analyseenhet. Hvert opphold knyttes til den avdeling hvor pasienten har den tyngste kostnadsvekten ut fra DRG-systemet. I de tilfeller der kostnadsvektene er like, eller det mangler DRG-opplysninger, legges innleggelsen til den avdelingen som har lengst liggetid. Dette kan ved analyser på avdelingsnivå medføre en underestimert av antallet pasienter behandlet hvis man benytter sykehusopphold som datagrunnlag.

### Pasient som analyseenhet

Analyseenhet pasient betyr her samme person ved samme sykehus og ved samme behandlingsnivå. Enheten beregnes ut fra pasientnummeret som følger hver utskrivning eller konsultasjon. Pasientnummeret følger pasienten ved hver innleggelse eller polikliniske konsultasjon ved sykehuset. Anonymiseringen er imidlertid forskjellig sykehusene imellom. Dermed vil samme person kunne få et annet nummer ved eventuell innleggelse eller poliklinisk konsultasjon ved et annet sykehus. Ved bruk av pasient som analyseenhet vil vi få et bedre estimat for antall pasienter som får behandling ved sykehus og sannsynligheten for sykehusinnleggelse eller poliklinisk behandling avhengig av bosted.

### Medisinske og kirurgiske dagbehandling

Inkluderer dagbehandling for innlagte og dagbehandling ved poliklinikk for både medisinske og kirurgiske DRG-er.

### Uttak fra tallgrunnlaget

I tabelldelene sammenlignes regioner og foretaksområder. Det er et mål at tallene vi presenterer skal være mest mulig sammenlignbare. Med bakgrunn i dette tas noen registrerte avdelingsopphold ut fra datamaterialet. Dette er:

- opphold ved psykiatriske avdelinger
- ledsagere
- pasienter som er døde ved ankomst

Datakvaliteten vil avhenge av både kompletthet (lav andel med manglende data) og graden av pålitelighet (riktig registrering) for de enkelte variable. For de administrative variablene (kjønn, alder, bosted, liggedøgn) er registreringene for sykehus med elektronisk databehandling svært god og skal være 100 prosent pålitelig for døgnoppholdene og dagbehandlingene. I 2004 var det 28 opphold registrert i DRG 469 (ubrukbar som utskrivningsdiagnose) og det var bare 23 opphold med DRG 470 (ikke grupperbar på grunn av manglende opplysninger). Dette utgjorde 0,004 prosent av datamaterialet.

### Polikliniske konsultasjoner

Ved innhenting av data fra sykehusene blir det også innhentet informasjon om forhold ved det enkelte sykehus som kan ha konsekvenser for registreringspraksis og datakvalitet. Datakontrollen ved inntak består av gyldighetskontroll, og kontroll av svingninger i konsultasjonsfrekvenser over året på institusjons- og avdelingsnivå. Denne kontrollen er i 2004 gjennomført av NPR. Der slike kontroller avdekker feil eller mangler blir det tatt ny kontakt med sykehusene. Der data mangler for hele eller deler av året for en eller flere poliklinikker blir data for vedkommende institusjon vraket, med mindre slike variasjoner skyldes nedleggelse av virksomhet eller oppstart av ny aktivitet.

Videre blir serviceavdelinger – røntgen og laboratorier, samt private og psykiatriske poliklinikker tatt ut. Frem til og med 1997 er disse avdelingene tatt ut på bakgrunn av registrert poliklinikkode. Innføringen av NPR-recorden medførte at feltet for poliklinikkode ble fjernet. I 2004 er de ovennevnte avdelingene tatt ut på avdelingskode når sykehuset selv har dokumentert innholdet på avdelingene. Konsultasjoner på nevnte avdelinger (røntgen og laboratorier) inkluderes hvis det er registrert minimum en gyldig takst i henhold til Rikstrygdeverkets takster for offentlige poliklinikker (undersøkelses- eller tilleggstakst). Kontakter via brev, telefon eller interne konsultasjoner regnes ikke som poliklinisk konsultasjon. Det var i den gamle NIS-recorden egne verdier i feltet konsultasjonstype som indikerte brev- og telefonkontakter. Disse verdiene ble fjernet med innføringen av NPR-recorden. Sykehusene har derimot startet registrering av disse pasientene med en egen verdi på samme felt. Etter vurdering av innholdet og volumet av konsultasjoner med denne verdien, sammenligning

med 1997 og dokumentasjon fra sykehusene ble det valgt å ta ut kontakter med denne verdien.

Deretter kontrolleres det at den enkelte konsultasjon inneholder minimum en gyldig takst i henhold til Rikstrygdeverkets takster for offentlige poliklinikker. Konsultasjoner som ikke inneholder en gyldig takstkode ekskluderes. Registreringspraksis varierer institusjonene imellom, og ved mange av sykehusene registreres for lokale formål også virksomhet ved poliklinikkene som ikke utløser honorartakster fra Rikstrygdeverket (RTV). Det kan f.eks. dreie seg om sårskift eller andre tjenester som ikke utføres av leger. Dette er ikke inkludert i vårt materiale.

## Definisjoner

### Avdelingsopphold:

Dataenhet for innlagte pasienter utskrevet fra avdeling i 2004 (men pasienten kan være innskrevet før 2004). Et *døgnopphold* kan bestå av ett eller flere påfølgende avdelingsopphold.

### Bostedsområde:

En gruppe kommuner som utgjør et naturlig større geografisk område. Et bostedsområde er enten hele eller del av foretakets "sørge for" område (opptaksområde).

### Dagbehandling:

Behandling av pasient enten poliklinisk eller ved dagbehandling. I SAMDATA Somatikk 2004 er begrepet dagbehandling benyttet som summen av:

- a) *Dagbehandling, innlagte*: Planlagt innleggelse uten overnatting hvor pasienten behandles over en eller flere dager.
- b) *Dagbehandling, poliklinikk*: Polikliniske konsultasjoner for dagbehandling (dagmedisin og dagkirurgi) med refusjon gjennom Innsatsstyrt finansiering (ISF). Disse behandlingene er skilt ut fra det totale antallet polikliniske konsultasjoner.

### Døgnopphold:

Døgnopphold vil i vår sammenheng være definert som *opphold ved heldøgnsavdeling*. Inklusive opphold der utskrivningsdato er lik innskrivningsdato (0 liggedøgn) dersom oppholdet er kodet med oppholdstype 01 "Heldøgnsopphold".

Dataenhet fra sykehusene er avdelings- eller postopphold, men dersom pasienten har to eller flere sammenhengende avdelings- eller postopphold før utskrivning fra sykehuset slås disse sammen til en heldøgnsinnleggelse. Liggetiden blir definert som utskrivningsdato minus innskrivningsdato. Dersom pasienten er registrert med ulike medisinske data for hvert av avdelings- eller postoppholdene blir pasienten først gruppert i ulike DRG-er. Heldøgnsoppholdet kategoriseres deretter i den DRG-en som hadde den mest kostnadskrevene behandlingen. Dersom det er lik kostnadsvekt eller manglende DRG ved avdelings- eller postoppholdene legges oppholdet til den avdelingen eller posten der pasienten hadde lengst liggetid.

### Foretaksområde:

Det geografiske området (kommuner) hvor helseforetaket har "sørge-for" ansvaret.

**Liggedager og liggetider:**

Vi har valgt å benytte den liggetidsdefinisjonen som setter antall liggedager for den enkelte pasient lik *utskrivningsdato minus innskrivningsdato, dog minst 1*. Innskrivningsdato settes ikke tidligere enn 1. januar året før utskrivningstidspunktet. Opphold med 0 liggedøgn kodes om til 1 liggedager, og opphold med over 365 liggedager regnes om til 365 liggedøgn.

De sykehusopphold som er med i årets beregninger *er de som er utskrevet fra sykehuset i 2004*. Pasienter som er innskrevet i 2004, men ikke utskrevet ved årets slutt i 2004, inkluderes ikke i våre beregninger. Kun avdelingsopphold avsluttet i 2004 er dermed inkludert.

*Gjennomsnittlig liggetid:* Sum liggedager totalt for alle sykehusopphold dividert med antall sykehusopphold. Opphold hvor utskrivningsdato er lik innleggelsesdato kodes om til én liggedag og opphold med over 365 liggedager omkodes til 365 liggedager.

**Reinnleggelser og fleropphold:**

En *reinnleggelse* defineres som en ny innleggelse *for øyeblikkelig hjelp* innen 30 eller 60 dager etter tidligere utskrivning *ved samme sykehus*. Beregnes vanligvis bare for døgnopphold.

Et *fleropphold* kan være en del av en serie planlagte opphold, annet planlagt opphold for en pasient som tidligere har vært utskrevet fra samme sykehus samme kalenderår, eller være opphold for øyeblikkelig hjelp senere enn 60 dager etter utskrivning av opphold ved samme sykehus samme kalenderår. Fleropphold inkluderer også pasientenes første opphold (uavhengig av om dette er et planlagt opphold eller opphold for øyeblikkelig hjelp) dersom pasienten har flere opphold i løpet av året.

**Samlet antall opphold:**

Summen av døgnopphold og dagbehandling (dagbehandling innlagt) + dagbehandling på poliklinikk (dagbehandling på poliklinikk som utløser ISF-takst).

## Bostedsområder og foretaksområder ved analyser av "sørge-for"-ansvaret

Fra og med SAMDATA Somatikk for 1995 ble benevnelsen "bostedsområde" innført som en erstatning for det tidligere brukte "lokalsykehusområde". Dette på bakgrunn av endringer i funksjonsfordelingen mellom sykehusene, noe som medfører at variasjoner i forbruksnivå i mindre grad kan forklares med aktiviteten ved lokalsykehuset. Fra 2002 har inndelingen i bostedsområder endret seg noe ved at noen av de større områdene har blitt stykket opp i mindre områder. I tillegg innfører vi begrepet "foretaksområde" som er et aggregat av flere bostedsområder, og som sammenfaller med foretakenes opptaksområder.

Oversikten i tabell v4.4 viser norske kommuner gruppert sammen i bostedsområder og foretaksområder. Tabellen gir også en oversikt over hvilke somatiske sykehus og helseforetak som befinner seg innenfor de enkelte områdene. I fremstillingen om bruk av sykehustjenester er det anvendt tilsvarende opptaksområder til helseforetakene som i 2003, til tross for at Helse Øst RHF i 2004 har gjort endringer i helseforetakenes opptaksområder. For å kunne dele inn befolkningen relatert til sykehusenes opptaksområder i Oslo-regionen er det fra 2004 nødvendig å kjenne til pasientens kommunenummer og bydelskode i Oslo. I pasientdata fra NPR er det ikke tilfredsstillende kvalitet på registreringene av hvilken bydel pasientene kommer fra, noe som medfører at vi ikke kan relatere aktiviteten til de nye opptaksområder. Vi har derfor lagt til grunn den gamle inndelingen i opptaksområder i denne rapporten.

Befolkningstall er angitt i parentes under hvert bostedsområde. Oversikten baseres på institusjoner som inngår i pasientdata fra institusjoner i spesialisthelsetjenesten for 2004. Øvrige institusjoner som inngår i pasientdata – men ikke har egne foretaksområder er vist i tabell v4.3.

Tabell V4.3 Øvrige institusjoner: Foretak uten egne foretaksområder

Region	Foretak	Institusjon/organisasjon
Helse Øst RHF	883971752 Sunnaas sykehus HF	Sunnaas sykehus Drøbak rehabiliteringssenter
	983658792 Helse Øst RHF	Revmatismesykehuset Martina Hansen hospital Diakonhjemmet sykehus Lovisenberg Diakonale sykehus
Helse Sør RHF	983975178 Det norske radiumhospital HF	Det norske radiumhospital
	983975186 Rikshospitalet HF	Rikshospitalet Hjertesentret i Oslo Spesialsykehuset for rehabilitering, Kysthospitalet Spesialsykehuset for rehabilitering, Kongsgård sykehus Spesialistsykehuset for epilepsi Rikshospitalets barnenevrologiske seksjon Geilomo barnesykehus Voksentoppen senter for allergi og astma
Helse Vest RHF	983658725 Helse Vest RHF	Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus Haraldsplass Diakonale Sykehus Hospitalet Betanien
Private inst.	999999991 Private ideelle utenfor RHF	Glittreklinikken Feiringklinikken
	999999992 Private kommersielle utenfor RHF	Medi 3, Molde Medi 3, Ålesund Volvat Medisinske Senter Access Sykehus og Spesialistklinikk

Region	Foretak	Institusjon/organisasjon
		Omnia Sykehuset Drammen Private Sykehus Ringvollklinikken Colosseumklinikken Oslo Klinikk Stokkan, Trondheim Klinikk Stokkan, Tromsø Mjøs-Kirugene Colosseumklinikken, Stavanger Moxness Klinikken Vestfjordklinikken Bergen Kirurgiske Sykehus Idrettsklinikken Norsk Idrettsmedisinsk institutt Haugesund private sykehus Trondheim Spesialistlegesenter

Tabell V4.4 Oversikt over bostedsområder og foretaksområder etter region og kommune i 2004.

Region	Kommune	Bostedsområde	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner	
Helse Øst RHF	0101 Halden	Halden (29 007)	Østfold HF-område (258 542)	983971768 Sykehuset Østfold HF <ul style="list-style-type: none"> <li>Sykehuset Østfold, Halden</li> <li>Sykehuset Østfold, Askim</li> <li>Sykehuset Østfold, Moss</li> <li>Sykehuset Østfold, Fredrikstad</li> </ul>	
	0118 Aremark				
	0105 Sarpsborg	Sarpsborg (57 037)			
	0128 Rakkestad				
	0106 Fredrikstad	Fredrikstad (74 191)			
	0111 Hvaler				
	0104 Moss	Moss (52 237)			
	0135 Råde				
	0136 Rygge				
	0137 Våler				
	0119 Marker	Indre Østfold (46 070)			
	0121 Rømskog				
	0122 Trøgstad				
	0123 Spydeberg				
	0124 Askim				
	0125 Eidsberg				
	0127 Skiptvet				
	0138 Hobøl				
	0219 Bærum	Bærum (155 548)	Asker og Bærum HF-område (155 548)	983971687 Sykehuset Asker og Bærum HF <ul style="list-style-type: none"> <li>Sykehuset Asker og Bærum</li> </ul>	
	0220 Asker				
	0221 Aurskog-Høland	Lørenskog-Lillestrøm (35 767)	Akershus HF-område (221 936)	983971636 Akershus universitetssykehus HF <ul style="list-style-type: none"> <li>Akershus Universitetssykehus</li> <li>Lillestrøm sykehus</li> <li>Stensby sykehus</li> </ul>	
	0226 Sørums				
	0227 Fet				
	0228 Rælingen	Nedre Romerike (112 208)			
	0230 Lørenskog				
	0231 Skedsmo				
	0233 Nittedal				
	0234 Gjerdrum	Øvre Romerike (73 961)			
	0235 Ullensaker				
	0236 Nes				
	0237 Eidsvoll				
	0238 Nannestad				
	0239 Hurdal				
0211 Vestby	Ski-Drøbak (39 790)	Ullevål og Aker HF område (646 580)			983971784 Ullevål universitetssykehus HF <ul style="list-style-type: none"> <li>Ullevål universitetssykehus</li> </ul> 983971652 Aker universitetssykehus HF <ul style="list-style-type: none"> <li>Aker universitetssykehus</li> <li>Ski sykehus</li> </ul>
0213 Ski	Follo (76 944)				
0214 Ås					
0215 Frogn					
0216 Nesodden					
0217 Oppegård					
0229 Enebakk					
0301 Oslo			Oslo (529 846)		



Region	Kommune	Bostedsområde	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner	
Helse Øst RHF	0402 Kongsvinger	Kongsvinger (49 528)	Innlandet HF- område (371 550)	983971709 Sykehuset Innlandet HF <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sykehuset Innlandet, Lillehammer</li> <li>▪ Sykehuset Innlandet, Gjøvik</li> <li>▪ Sykehuset Innlandet Elverum /Hamar</li> <li>▪ Sykehuset Innlandet, Kongsvinger</li> <li>▪ Sykehuset Innlandet, Tynset</li> <li>▪ Granheim lungesenter</li> <li>▪ Valdres fødestogo</li> <li>▪ Lom helseheim fødestuen</li> <li>▪ Solås rehabiliteringssenter</li> <li>▪ Barnehabiliteringstjenesten Sangenhagen</li> </ul>	
	0418 Nord-Odal				
	0419 Sør-Odal				
	0420 Eidskog				
	0423 Grue				
	0425 Åsnes				
	0403 Hamar	Hamar (84 961)			
	0412 Ringsaker				
	0415 Løten				
	0417 Stange				
	0426 Våler	Elverum (35 547)			
	0427 Elverum				
	0428 Trysil				
	0429 Åmot				
	0434 Engerdal				
	0430 Stor-Elvdal	Nordre Hedmark (18 340)			
	0432 Rendalen				
	0436 Tolga				
	0437 Tynset				
	0438 Alvdal				
	0439 Tolldal				
	0441 Os	Lillehammer (36 090)			
	0501 Lillehammer				
	0521 Øyer				
	0522 Gausdal				
	0511 Dovre				Vinstra/Otta (33 505)
	0512 Lesja				
	0513 Skjåk				
	0514 Lom				
	0515 Vågå				
0516 Nord-Fron					
0517 Sel					
0519 Sør-Fron					
0520 Ringebu	Gjøvik/Brandbu (82 648)				
0502 Gjøvik					
0528 Østre Toten					
0529 Vestre Toten					
0532 Jevnaker					
0533 Lunner					
0534 Gran					

Region	Kommune	Bostedsområde	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner		
Helse Øst RHF	0536 Søndre Land	Dokka/Fagernes (30 931)	Forts. Innlandet HF- område	Forts. Sykehuset Innlandet HF <ul style="list-style-type: none"> <li>Sykehuset Innlandet, Lillehammer</li> <li>Sykehuset Innlandet, Gjøvik</li> <li>Sykehuset Innlandet Elverum /Hamar</li> <li>Sykehuset Innlandet, Kongsvinger</li> <li>Sykehuset Innlandet, Tynset</li> <li>Granheim lungesenter</li> <li>Valdres fødestogo</li> <li>Lom helseheim fødestuen</li> <li>Solås rehabiliteringssenter</li> <li>Barnehabiliteringstjenesten Sangenhagen</li> </ul>		
	0538 Nordre Land					
	0540 Sør-Aurdal					
	0541 Etnedal					
	0542 Nord-Aurdal					
	0543 Vestre Slidre					
	0544 Øystre Slidre					
	0545 Vang					
Helse Sør RHF	0605 Ringerike	Ringerike (33 308)	Ringerike HF-område (55 469)	983975348 Ringerike sykehus HF <ul style="list-style-type: none"> <li>Ringerike sykehus</li> <li>Hallingdal sjukestugu</li> </ul>		
	0612 Hole					
	0615 Flå	Ål (22 161)				
	0616 Nes					
	0617 Gol					
	0618 Hemsedal					
	0619 Ål					
	0620 Hol					
	0622 Krødsherad					
	0602 Drammen				Drammen (91 211)	Buskerud HF- område (139 015)
	0623 Modum					
	0625 Nedre Eiker					
	0626 Lier	Hurum (47 804)				
	0627 Røyken					
	0628 Hurum					
	0604 Kongsberg		Kongsberg (49 007)	Blefjell HF-område (97 254)	883975162 Blefjell sykehus HF <ul style="list-style-type: none"> <li>Blefjell sykehus, Kongsberg</li> <li>Blefjell sykehus, Notodden</li> <li>Blefjell sykehus, Rjukan</li> <li>Tinn fødestue</li> </ul>	
	0621 Sigdal					
	0624 Øvre Eiker					
	0631 Flesberg					
	0632 Rollag					
	0633 Nore og Ulvdal					
	0807 Notodden	Notodden (35 646)				
	0819 Nome					
	0821 Bø					
	0822 Sauherad					
	0827 Hjartdal					
	0828 Seljord					
	0829 Kviteseid					
	0826 Tinn		Rjukan (12 601)			
	0833 Tokke					
	0834 Vinje	Horten (38 899)	Vestfold HF-område (220 736)	983975259 Sykehuset i Vestfold HF		
	0701 Borre					
0711 Svelvik						
0713 Sande						

Region	Kommune	Bostedsområde	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner
Helse Sør RHF	0702 Holmestrand	Tønsberg (96 987)	Forts. Vestfold HF-område	Forts. 983975259 Sykehuset i Vestfold HF <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sykehuset i Vestfold, Horten</li> <li>▪ Sykehuset i Vestfold, Larvik</li> <li>▪ Sykehuset i Vestfold, Sandefjord</li> <li>▪ Sykehuset i Vestfold, Tønsberg</li> </ul>
	0704 Tønsberg			
	0714 Hof			
	0716 Re			
	0719 Andebu			
	0720 Stokke			
	0722 Nøtterøy			
	0723 Tjøme			
	0706 Sandefjord	Sandefj (41 289)		
	0709 Larvik	Larvik (43 561)		
	0728 Lardal			
	0805 Porsgrunn	Porsgrunn (118 042)	Telemark HF – område (118 042)	983975267 Sykehuset Telemark HF <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sykehuset Telemark</li> <li>▪ Betanien Hospital</li> <li>▪ Sykehuset Telemark</li> <li>▪ Sykehuset Telemark, Kragerø</li> </ul>
	0806 Skien			
	0811 Siljan			
	0814 Bamble			
	0815 Kragerø			
	0817 Drangedal			
	0830 Nissedal			
	0831 Fyresdal			
	0901 Risør	Aust-Agder (95 569)	Sørlandet HF- område (264 872)	983975240 Sørlandet sykehus HF <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sørlandet sykehus, Mandal</li> <li>▪ Sørlandet sykehus, Lister</li> <li>▪ Sørlandet sykehus Arendal</li> <li>▪ Sørlandet sykehus, Kristiansand</li> </ul>
	0904 Grimstad			
	0906 Arendal			
	0911 Gjerstad			
	0912 Vegårdhei			
	0914 Tvedestrand			
	0919 Froland			
	0926 Lillesand			
	0928 Birkenes			
	0929 Åmli			
	0935 Iveland	Setesdalen (8 027)		
	0937 Evje og Hornnes			
	0938 Bygland			
0940 Valle				
0941 Bykle	Vest-Agder øst (126 739)			
1001 Kristiansand				
1002 Mandal				
1014 Vennesla				
1017 Sogndalen				
1018 Søgne				
1021 Marnardal				
1026 Åseral				
1027 Audnedal				
1029 Lindesnes				

Region	Kommune	Bostedsområde	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner
Helse Sør RHF	1003 Farsund	Vest-Agder vest (34 537)	Forts. Sørlandet HF- område	Forts. Sørlandet sh HF <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sørlandet sykehus, Mandal</li> <li>▪ Sørlandet sykehus, Lister</li> <li>▪ Sørlandet sykehus Arendal</li> <li>▪ Sørlandet sykehus, Kristiansand</li> </ul>
	1004 Flekkefjord			
	1032 Lyngdal			
	1034 Hægebostad			
	1037 Kvinesdal			
	1046 Sirdal			
Helse Vest RHF	1102 Sandnes	Stavanger (237 163)	Stavanger HF- område (296 815)	983974678 Helse Stavanger HF <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stavanger universitetssjukehus</li> <li>▪ Rehabiliteringstjenesten Rogaland</li> </ul>
	1103 Stavanger			
	1111 Sokndal			
	1112 Lund			
	1122 Gjesdal			
	1124 Sola			
	1127 Randaberg			
	1129 Forsand			
	1130 Strand			
	1133 Hjelmeland			
	1141 Finnøy			
	1142 Rennesøy			
	1144 Kvitsøy			
	1101 Eigersund			
	1114 Bjerkreim			
	1119 Hå			
	1120 Klepp			
	1121 Time			
	1106 Haugesund	Haugesund (96 145)	Fonna HF-område (163 940)	983974694 Helse Fonna HF <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Haugesund sjukehus</li> <li>▪ Stord sjukehus</li> <li>▪ Odda sjukehus</li> </ul>
	1145 Bokn			
	1146 Tysvær			
	1149 Karmøy			
	1151 Utsira			
1154 Vindafjord				
1159 Ølen				
1211 Etne				
1216 Sveio				
1134 Suldal	Sauda (8 720)			
1135 Sauda				
1219 Bømlo	Stord (46 188)			
1221 Stord				
1222 Fitjar				
1223 Tysnes				
1224 Kvinnherad				
1227 Jondal	Odda (12 887)			
1228 Odda				
1231 Ullensvang				
1232 Eidfjord				

Region	Kommune	Bostedsområde	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner		
Helse Vest RHF	1201 Bergen	Bergen (323 381)	Haukeland HF-område (380 692)	983974724 Helse Bergen HF <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Haukeland universitetssykehus</li> <li>▪ Kysthospitalet i Hagevik</li> <li>▪ Voss sjukehus</li> <li>▪ Nordåstunet</li> </ul>		
	1241 Fusa					
	1242 Samnanger					
	1243 Os					
	1244 Austevoll					
	1245 Sund					
	1246 Fjell					
	1247 Askøy					
	1253 Osterøy					
	1259 Øygarden					
	1256 Meland	Nord-Hordaland (28 441)				
	1260 Radøy					
	1263 Lindås					
	1264 Austrheim					
	1265 Fedje					
	1266 Masfjorden					
	1233 Ulvik	Voss (28 870)				
	1234 Granvin					
	1235 Voss					
	1238 Kvam					
	1251 Vaksdal					
	1252 Modalen					
	1419 Leikanger	Indre Sogn (23 502)			Førde HF-område (107 032)	983974732 Helse Førde HF <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Førde sentralsjukehus</li> <li>▪ Førde sentralsjukehus, Florø</li> <li>▪ Lærdal sjukehus</li> <li>▪ Nordfjord sjukehus</li> </ul>
	1420 Sogndal					
	1421 Aurland					
	1422 Lærdal					
	1424 Årdal					
	1426 Luster					
	1401 Flora	Førde-Florø (60 507)				
	1411 Gulen					
	1412 Solund					
	1413 Hyllestad					
	1416 Høyanger					
1417 Vik						
1418 Balestrand						
1428 Askvoll						
1429 Fjaler						
1430 Gaular						
1431 Jølster						
1432 Førde						
1433 Naustdal						
1438 Bremanger						
1445 Gloppen						

Region	Kommune	Bostedsområde	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner
Helse Vest RHF	1439 Vågsøy	Nordfjord (23 023)	Forts. Førde HF-område	Forts. Helse Førde HF <ul style="list-style-type: none"> <li>Førde sentralsjukehus</li> <li>Førde sentralsjukehus, Florø</li> <li>Lærdal sjukehus</li> <li>Nordfjord sjukehus</li> </ul>
	1441 Selje			
	1443 Eid			
	1444 Hornindal			
	1449 Stryn			
Helse Midt-Norge RHF	1511 Vanylven	Volda (40 034)	Sunnmøre HF-område (128 339)	983974759 Helse Sunnmøre HF <ul style="list-style-type: none"> <li>Ålesund sjukehus</li> <li>Volda sjukehus</li> <li>Nevrohjemmet rehabiliteringssenter</li> <li>Mork rehabiliteringssenter</li> </ul>
	1514 Sande			
	1515 Herøy			
	1516 Ulstein			
	1519 Volda			
	1520 Ørsta			
	1504 Ålesund	Ålesund (88 305)		
	1517 Hareid			
	1523 Ørskog			
	1524 Norddal			
	1525 Stranda			
	1526 Stordal			
	1528 Sykkylven			
	1529 Skodje			
	1531 Sula			
	1532 Giske			
	1534 Haram			
	1502 Molde			
	1535 Vestnes			
	1539 Rauma			
	1543 Nesset			
	1545 Midsund			
	1546 Sandøy			
	1547 Aukra			
	1548 Fræna			
	1551 Eide			
	1557 Gjemnes			
	1563 Sunndal			
	1503 Kristiansund	Kristiansund (27 775)		
	1554 Averøy			
	1556 Frei			
	1560 Tingvoll	Nordre Nordmøre (16 783)		
	1566 Surnadal			
1569 Aure				
1571 Halså				
1572 Tustna				
1573 Smøla				

Region	Kommune	Bostedsområde	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner
Helse Midt- Norge RHF	1567 Rindal	Orkdal (22 610)	St. Olavs hosp. HF- område (273 616)	883974832 St Olavs Hospital HF <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ St. Olavs Hospital</li> <li>▪ Orkdal sanitetsforenings sjukehus</li> <li>▪ Ørland helsesenter</li> </ul>
	1636 Meldal			
	1638 Orkdal			
	1657 Skaun	Kystregionen (19 652)		
	1612 Hemne			
	1613 Snillfjord			
	1617 Hitra			
	1620 Frøya			
	1622 Agdenes			
	1630 Åfjord	Oppdal-Rennebu (9 133)		
	1632 Roan			
	1634 Oppdal	Trondheim (187 512)		
	1635 Rennebu			
	1601 Trondheim			
	1653 Melhus			
	1662 Klæbu	Fosen (16 254)		
	1663 Malvik			
	1621 Ørland	Fjellregionen (18 455)		
	1624 Rissa			
	1627 Bjugn			
	1640 Røros			
	1644 Holtålen	Stjørdalen (22 122)	Nord-Trøndelag HF-område (129 496)	983974791 Helse Nord Trøndelag HF <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sykehuset Namsos</li> <li>▪ Sykehuset Levanger</li> </ul>
	1648 Midtre Gauldal			
	1664 Selbu			
	1665 Tydal	Innherred (44 613)		
	1711 Meråker			
	1714 Stjørdal			
	1717 Frosta			
1718 Leksvik				
1719 Levanger	Steinkjer (22 787)			
1721 Verdal				
1723 Mosvik	Midtre Namdal (24 646)			
1729 Inderøy				
1702 Steinkjer				
1736 Snåsa				
1633 Osen				
1703 Namsos				
1724 Verran				
1725 Namdalseid				
1743 Høylandet				
1744 Overhalla				
1748 Fosnes				
1749 Flatanger				

Region	Kommune	Bostedsområde	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner		
Helse Midt-Norge RHF	1738 Lierne	Indre Namdal (5 473)	Nord-Trøndelag HF-område	983974791 Helse Nord Trøndelag HF <ul style="list-style-type: none"> <li>Sykehuset Namsos</li> <li>Sykehuset Levanger</li> </ul>		
	1739 Røyrvik					
	1740 Namsskogan					
	1742 Grong					
	1750 Vikna	Ytre Namdal (9 855)				
	1751 Nærøy					
	1755 Leka					
Helse Nord RHF	1811 Bindal	Sandnessjøen (28 611)	Helgeland HF-område (78 301)	983974929 Helgelandssykehuset HF <ul style="list-style-type: none"> <li>Helgelandssykehuset, Sandnessjøen</li> <li>Helgelandssykehuset, Mosjøen</li> <li>Helgelandssykehuset, Rana</li> <li>Brønnøysund fødestue</li> <li>Sømna rehabilitering</li> </ul>		
	1812 Sømna					
	1813 Brønnøy					
	1815 Vega					
	1816 Vevelstad					
	1818 Herøy					
	1820 Alstahaug					
	1822 Leirfjord					
	1827 Dønna					
	1834 Lurøy					
	1835 Træna					
	1824 Vefsn	Mosjøen (16 560)				
	1825 Grane					
	1826 Hattfjelldal					
	1828 Nesna	Rana (33 130)				
	1832 Hemnes					
	1833 Rana					
	1836 Rødøy					
	1804 Bodø	Bodø (75 165)			Nordland HF-omr (97 634)	983974910 Nordlandssykehuset HF <ul style="list-style-type: none"> <li>Nordlandssykehuset, Bodø</li> <li>Nordlandssykehuset, Lofoten</li> <li>Steigen fødestue</li> </ul>
	1837 Meløy					
1838 Gildeskål						
1839 Beiarn						
1840 Saltdal						
1841 Fauske						
1842 Skjerstad						
1845 Sørfold						
1848 Steigen						
1856 Røst						
1857 Værøy						
1859 Flakstad	Lofoten (22 469)					
1860 Vestvågøy						
1865 Vågan						
1874 Moskenes						
1805 Narvik	Ofoten (31 192)	Hålogaland HF-område (101 716)	983974902 Hålogalandssykehuset HF <ul style="list-style-type: none"> <li>Hålogalandssykehuset, Narvik</li> <li>Hålogalandssykehuset, Harstad</li> <li>Hålogalandssykehuset, Stokmarknes</li> <li>Andøy fødestue</li> </ul>			
1849 Hamarøy						
1850 Tysfjord						
1853 Evenes						
1854 Ballangen						



Region	Kommune	Bostedsområde	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner
Helse Nord RHF	1919 Gratangen	Forts. Ofoten	Forts. Hålogaland HF-område	Forts. 983974902 Hålogalandssykehuset HF <ul style="list-style-type: none"> <li>Hålogalandssykehuset, Narvik</li> <li>Hålogalandssykehuset, Harstad</li> <li>Hålogalandssykehuset, Stokmarknes</li> <li>Andøy fødestue</li> </ul>
	1920 Lavangen			
	1923 Salangen			
	1866 Hadsel	Vesterålen (30 469)		
	1867 Bø			
	1868 Øksnes			
	1870 Sortland			
	1871 Andøy			
	1851 Lødingen	Harstad (40 055)		
	1852 Tjeldsund			
	1901 Harstad			
	1911 Kvæfjord			
	1913 Skånland			
	1915 Bjarkøy			
	1917 Ibestad			
	1926 Dyrøy			
	1927 Tranøy			
	1928 Torsken			
	1929 Berg	Tromsø (100 479)	UNN HF-område (111 915)	983974899 Universitetssykehuset i Nord-Norge HF <ul style="list-style-type: none"> <li>Universitetssykehuset i Nord-Norge</li> <li>Fødestua Midt-Troms</li> <li>Helsesenteret Sonjatun</li> </ul>
	1902 Tromsø			
	1922 Bardu			
	1924 Målselv			
	1925 Sørreisa			
	1931 Lenvik			
	1933 Balsfjord			
	1936 Karlsøy			
	1938 Lyngen			
	1939 Storfjord			
	1940 Kåfjord	Nord-Troms (11 436)		
	1941 Skjervøy			
1942 Nordreisa				
1943 Kvænangen	Vest-Finnmark (46 694)	Finnmark HF-område (73 074)	983974880 Helse Finnmark HF <ul style="list-style-type: none"> <li>Helse Finnmark, Hammerfest</li> <li>Helse Finnmark, Kirkenes</li> <li>Nordkapp helsesenter</li> <li>Alta helsesenter</li> </ul>	
2004 Hammerfest				
2011 Kautokeino				
2012 Alta				
2014 Loppa				
2015 Hasvik				
2017 Kvalsund				
2018 Måsøy				
2019 Nordkapp				
2020 Porsanger				
2021 Karasjok				
2022 Lebesby				

Region	Kommune	Bostedsområde	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner
Helse Nord RHF	2002 Vardø	Øst-Finnmark (26 380)	Forts. Finnmark HF- område	Forts. 983974880 Helse Finnmark HF <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Helse Finnmark, Hammerfest</li> <li>▪ Helse Finnmark, Kirkenes</li> <li>▪ Nordkapp helsesenter</li> <li>▪ Alta helsesenter</li> </ul>
	2003 Vadsø			
	2023 Gamvik			
	2024 Berlevåg			
	2025 Tana			
	2027 Nesseby			
	2028 Båtsfjord			
2030 Sør-Varanger				

### Folketallet i Norge pr. 01.01.2005

Helseregion	Folketall
Helseregion Øst	1 654 156
Helseregion Sør	895 388
Helseregion Vest	948 479
Helseregion Midt-Norge	645 700
Helseregion Nord	462 640
<b>Totalt</b>	<b>4 606 363</b>

## Kjønns- og aldersstandardisering av rater for bruk av sykehustjenester

I beskrivelsene av befolkningens bruk av sykehustjenester relateres innleggelsene til befolkningens størrelse og sammensetning ved å benytte rater (oftest per 1000 innbyggere). *Raten* er antall innleggelsesdividert med det korresponderende antall innbyggere i den populasjon pasientene kommer fra (fylke, kommune eller bostedsområde).

Bruken av sykehustjenestene varierer med kjønn og alder. Når en for eksempel studerer antallet heldøgnsinnleggelses i et område er det vanlig å ta hensyn til befolkningssammensetningen. En slik kjønns- og aldersstandardisering blir her foretatt ved en femdeling av aldersgruppene for begge kjønn. Vi beregner først rater for hver kjønns- og aldersgruppe (i) i hvert område (K). Denne raten blir deretter vektet med den andel av befolkningen denne gruppen utgjør i landet som helhet. Til slutt summeres alle kjønns- og aldersgrupper.

Vi gjør oppmerksom på at den kjønns- og aldersstandardiseringen som er benyttet i årets rapport ikke tilsvarer den forventede raten som tidligere er benyttet i SAMDATA-rapportene før 1999. I motsetning til den tidligere benyttede *indirekte* standardiseringen (forventet antall sykehusopphold og indeks mellom forventet og faktisk antall sykehusopphold) blir kjønns- og aldersstandardiseringen nå foretatt direkte.

Kjønns- og aldersstandardiseringen av ratene beregnes ved:

La  $S_{ik}$  = Antall sykehusinnleggelses (evt. dagbehandling eller polikl. konsultasjoner) i kjønns- og aldersgruppe i;  $i=1,2,\dots,10$ , for område K

$N_{ik}$  = Antall innbyggere i kjønns- og aldersgruppe i;  $i=1,2,\dots,10$ , for område K

$N_i$  = Antall innbyggere i kjønns- og aldersgruppe i for hele Norge,  $i=1,2,\dots,10$

$N$  = Antall innbyggere i Norge totalt

$SR_K$  = Kjønns- og aldersstandardisert rate i for område K

$$SR_K = \sum_{i=1}^{10} \left[ \left( \frac{S_{iK}}{N_{ik}} \right) \left( \frac{N_i}{N} \right) \right] 1000$$

Da er den standardiserte raten per 1000 innbyggere for område K lik.

For både menn og kvinner skilles det mellom aldersgruppene 0-15 år, 16-49 år, 50-66 år, 67-79 år og 80 år eller mer.

Tabell V4.5 Døgnopphold, dagbehandlinger, og polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere etter kjønn og alder 2004.

Alders- gruppe	Gruppenes prosent- andel av befolkningen		Rate heldøgns- innleggelser <sup>39</sup>		Rate dag- behandling <sup>40</sup>		Rate polikliniske konsultasjoner <sup>41</sup>	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
0-15 år	10,8	10,3	137	121	30	23	473	407
16-49 år	23,5	22,8	87	158	55	82	462	816
50-66 år	9,8	9,7	204	185	151	156	860	961
67-79 år	3,8	4,6	445	350	309	214	1 429	1 235
80 år og over	1,6	3,1	694	535	353	195	1 406	1 089
Totalt	49,6	50,4	168	196	98	103	648	815

39 Antall døgnopphold per 1000 innbyggere i aldersgruppene for hvert kjønn. Eksklusive opphold for utlendinger og personer uten gyldig bostedsregistrering.

40 Antall dagbehandlinger (dagbehandling innlagte pluss dagbehandling på poliklinikk) per 1000 innbyggere i aldersgruppene for hvert kjønn. Eksklusive opphold for utlendinger og personer uten gyldig bostedsregistrering.

41 Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere i aldersgruppene for hvert kjønn. Eksklusive dagmedisin og dagkirurgi utført ved poliklinikkene (dette inngår i dagbehandlingene). Opphold for utlendinger og personer uten gyldig bostedsregistrering er også holdt utenfor.

# Vedlegg 5 Datagrunnlag og definisjoner aktivitet og ressursbruk

## Datagrunnlag

Tabellene i kapitlet som omhandler aktivitet og kostnader er basert på alle datasett som ligger til grunn for SAMDATA Sykehus.

## Definisjoner

DRG:

Diagnose Relaterte Grupper

DRG-sykehus:

DRG-sykehus er de somatiske sykehusene som har funksjoner og datagrunnlag som er egnet for anvendelse av DRG-systemet. DRG er et klassifiseringssystem som opprinnelig ble utarbeidet for somatiske akuttsykehus. For å bli klassifisert som DRG-sykehus i SAMDATA må sykehuset i utgangspunktet ha kirurgisk avdeling, medisinsk avdeling, føde-/gyn avdeling samt akuttfunksjon. Imidlertid inkluderes noen sykehus med redusert lokalsykehusfunksjon.

Døgnopphold:

Opphold registrert med oppholdstype døgnopphold. I tallene inngår derfor døgnopphold med liggetid lik 0.

Beleggsprosent:

Beregnes ut fra formelen:

$$\frac{\text{(Sum liggedager heldøgnsvirksomhet totalt)} \cdot 100}{\text{effektive senger} \cdot 365 \text{ (366 ved skuddår)}}$$

## Driftskostnader DRG-virksomhet:

Dette beregnes som totale driftskostnader ved sykehuset, med fradrag for:

- polikliniske inntekter RTV og egenandeler ganget med 1,65
- polikliniske refusjoner fra andre RHF (i hovedsak lab. prøver)
- tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra
- inntekter som ikke er pasient- eller behandlingsrelaterte
- kostnader for ekstern virksomhet inkludert i sykehusregnskapet<sup>42</sup>

## Korrigerede opphold:

Korrigerede opphold er en teoretisk størrelse som vi benytter for å korrigere for forskjeller i pasientsammensetning mellom sykehusene. Antall korrigerede opphold er beregnet som produktet av indeksen for pasientsammensetning ved et sykehus og antall sykehusopphold. Dersom et sykehus bare har pasienter med kostnadsvekt lik 1,00, blir denne indeksen lik 1,00, og dermed blir antall korrigerede opphold lik samlet antall opphold. Sykehus med relativt sett flere tyngre enn lette DRG-er, målt ved kostnadsvektene, vil få et høyere antall korrigerede opphold enn samlet antall opphold. Det motsatte vil være tilfelle dersom sykehuset har en høy andel lette DRG-er. På denne måten benyttes altså DRG-systemet til å gjøre sykehusenes produksjon mer sammenlignbar mellom sykehus.

## Indeks pasientsammensetning:

Indeksen for pasientsammensetningen ved sykehuset beregnes som forholdet mellom antall korrigerede opphold og samlet antall opphold ved sykehuset. Indeksen er et uttrykk for hvor ressurskrevende gjennomsnittspasienten ved sykehuset er.

## Relativt kostnadsnivå:

Kostnadsnivåindikatorerne tar utgangspunkt i faktiske driftskostnader DRG-virksomhet som et uttrykk for sykehusenes produksjonsrelaterte kostnader når det korrigeres for pasientsammensetning. Dette divideres med kostnader per korrigerede opphold for helseforetak og institusjoner med driftsavtale samlet. Indikatoren vil være lik 1,0 samlet for hvert år.

Relativt kostnadsnivå for sykehus A er altså beregnet som:

der

$$RK \quad I = \frac{FU_A \cdot X_A}{FU_T \cdot X_T}$$

$FU_A$  = Totale driftskostnader til DRG-aktivitet ved sykehus A

$X_A$  = Antall korrigerede opphold ved sykehus A

$FU_T$  = Totale driftskostnader til DRG-aktivitet i sum for helseforetakene

$X_T$  = Antall korrigerede opphold i sum for helseforetakene

<sup>42</sup> Dette kan eksempelvis være netto kostnader for habilitering, kommunalt samarbeid eller øvrig virksomhet som ikke kan relateres til sykehusdriften.

**Andel polikliniske inntekter:**

Andel polikliniske inntekter er beregnet som sum inntekter på poliklinikkene, det vil se egenbetalinger (kontonr 324) og refusjoner fra trygdesystemet (kontonr 322 og 323), dividert med driftskostnader for DRG-virksomhet. Dette gir et bilde på hvor stor poliklinikkvirksomheten er sett i forhold til DRG-virksomheten.

**Samlet antall opphold:**

Sum døgnopphold, dagbehandling innlagte og pasienter behandlet på poliklinikken som omfattes av Innsatsstyrt Finansiering (ISF).

**Korrigerte opphold per årsverk:**

Dette beregnes som antall korrigerte opphold dividert på antall årsverk ved sykehuset. Antall korrigerte opphold per årsverk kan brukes som en indikator for sykehusets arbeidsproduktivitet. Antall årsverk i 2004 er gjennomsnittlig antall årsverk i 2003 og 2004, korrigert for årsverk som ikke kan knyttes til DRG-aktiviteten. Dette gjøres ved å benytte samme forhold som mellom totale driftskostnader og driftskostnader til DRG-aktivitet for hver enhet også ved beregning av årsverk.

**Korrigerte opphold per behandlerårsverk:**

Dette beregnes som antall korrigerte opphold dividert på antall behandlerårsverk<sup>43</sup> ved sykehuset. Antall korrigerte opphold per årsverk kan brukes som en indikator for sykehusets arbeidsproduktivitet. Antall behandlerårsverk i 2004 er gjennomsnittlig antall behandlerårsverk i 2003 og 2004, korrigert for behandlerårsverk som ikke kan knyttes til DRG-aktiviteten. Dette gjøres ved å benytte samme forhold som mellom totale driftskostnader og driftskostnader til DRG-aktivitet for hver enhet også ved beregning av behandlerårsverk.

**Langtidsopphold og langtidsliggedøgn:**

Innenfor de enkelte DRG-er vil en finne noen pasienter med sterkt avvikende liggetid i forhold til de øvrige. For å bedre homogeniteten innenfor den enkelte DRG har en derfor valgt å foreta særskilte beregninger for disse pasientene. Innenfor hver DRG blir derfor omlag fem prosent av innleggelsene med lengst liggetid definert som langtidsopphold. Den liggetidsgrensen som skiller ut disse oppholdene blir i DRG-terminologien kalt trimpunktet. Trimpunktene i denne rapporten er i både 2003 og 2004 basert på data fra 2004.

Det er grunn til å understreke at langtidspasienter og ferdigbehandlede pasienter ikke er det samme. For å komplettere bildet er det viktig å vite at sykehuset også kan ha ferdigbehandlede pasienter en periode uten at de blir registrert som langtidspasienter.

**Liggetid for normalopphold:**

I motsetning til den totale faktiske liggetiden omfatter denne beregningen omlag 95 prosent av innleggelsene som har en liggetid kortere eller lik trimpunktet for den aktuelle DRG de er gruppert i. Langtidsoppholdene er holdt utenfor. Ved å sammenholde liggetiden for normalopphold, andel langtidsliggedøgn og liggetid totalt kan en få et inntrykk av årsakene til variasjoner i den totale liggetiden; skyldes variasjonen at pasientene gjennomgående har kortere/lengre liggetider, eller ligger årsaken i andel langtidsopphold/langtidsliggedøgn.

---

<sup>43</sup> Behandlerårsverk omfatter leger, sykepleiere, hjelpepleiere, barnepleiere, annet behandlingspersonell og personell i annet pasientrettet arbeid.

## Hvordan beregner vi korrigerte opphold?

For å få et mål på hvor ressurskrevende pasientsammensetningen er, benytter vi DRG-systemet og tilhørende kostnadsvekter for å beregne korrigerte opphold. Vårt korrigerte vektsett tar utgangspunkt i den til enhver tid mest oppdaterte utgaven av beregnede empiriske kostnadsvekter, med mange av de samme korreksjonene som ligger bak vektsettet benyttet i ISF.

Våre korrigerte vekter vil imidlertid skille seg fra ISF-vektene på en del punkter:

1. Vi ønsker et mål på ressursbruk knyttet til pasientsammensetningen. For opphold der ISF av politiske eller taktiske årsaker setter vekten til 0 (nullstilte takster), opprettholder vi en vekt som gjenspeiler ressurskravet knyttet til oppholdet. Dette gjelder f eks:
  - a. Korrigert vekt for DRG-ene 470, 351 og 362 som vi gir den empirisk beregnede kostnadsvekten.
  - b. Opphold som er på sykehuset mindre enn 5 timer, der vår korrigerte vekt er lik den dagbehandlinger for øvrig får.
2. Vi ønsker til enhver tid å legge til grunn de mest oppdaterte kostnadsberegninger knyttet til DRGene. Dette betyr f eks:
  - a. Vi tar i bruk nye beregnede kostnadsvekter før disse tas i bruk i ISF. I SAMDATA for 2003 tok vi i bruk kostnadsvekter beregnet på bakgrunn av 2002 data, selv om disse ikke ble tatt i bruk i ISF før aktivitetsåret 2004.
  - b. Vi gjør opprettinger i våre korrigerte vekter når nye beregninger viser at tidligere beregnede kostnadsvekter var misvisende. Her gjør vi også korrigeringer bakover i tid. Dette gjelder f eks korrigerte vekter for DRGene 35, 76 og 77. Disse DRGene fikk i 2004 differensierte vekter i ISF slik at de gjenspeilte forskjellig ressurskrav knyttet til søvnutredninger og snorkeoperasjoner og øvrige opphold i disse DRG-ene. Denne endringen har vi i årets SAMDATA også tatt inn i korrigert vektsett for 2003.
3. For å kunne måle endringer i pasientsammensetning over tid, har vi valgt å *nivåjustere* nye vektsett som vi tar i bruk i forhold til vektsettet som ble benyttet i SAMDATA for 1999. Her ble gjennomsnittspasienten satt til korrigert vekt 1,00, og vi kan for perioden 1999 til 2004 følge utvikling i ressurskrav knyttet til gjennomsnittspasienten ved hjelp av våre vektsett. Nivåforskjell mellom SAMDATAs korrigerte vektsett og ISF-vektene er om lag 1,243 (gjennomsnittspasienten i ISF materialet har vekt 0,797).

Ved eventuell innføring av nytt vektsett, nivåjusteres dette slik at gjennomsnittspasienten får samme korrigerte vekt som ved bruk av gammelt vektsett. Innføring av nytt vektsett vil derfor ikke medføre endring i sum antall korrigerte opphold for landet. For det enkelte HF kan vi imidlertid få endringer, men disse vil normalt sett være svært små.

Korrigerte opphold som benyttes i kapittel 9 og kapittel 10 inkluderer også utenlandske pasienter og pasienter uten kommunenummer. Disse pasientene blir ikke finansiert gjennom ISF.



## Vedlegg 6 Datagrunnlag effektivitetsutvikling

Tabell V6.1 Oversikt over sykehus som inngår i de ulike helseregionene.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Sykehuset Innlandet, Lillehammer	X				X	
Sykehuset Innlandet, Gjøvik	X				X	
Oppland Sentralsykehus		X	X	X		
Sykehuset Innlandet, Tynset	X	X	X	X	X	
Sykehuset Innlandet, Elverum/Hamar	X	X	X	X	X	
Sykehuset Innlandet, Kongsvinger	X	X	X	X	X	
Sykehuset Innlandet HF, somatikk						X
Akershus universitetssykehus	X	X	X	X	X	
Stensby sykehus	X	X	X	X	X	
Akershus univ.sykehus HF, somatikk						X
Sykehuset Østfold	X	X	X	X	X	X
Sykehuset Asker og Bærum	X	X	X	X	X	X
Ullevål universitetssykehus	X	X	X	X	X	X
Aker universitetssykehus	X	X	X	X	X	X
Diakonhjemmets sykehus	X	X	X	X	X	X
<b>Sum sykehus Helse Øst RHF</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>7</b>
Ringerike sykehus	X	X	X	X	X	X
Sykehuset Buskerud	X	X	X	X	X	X
Blefjell sykehus, Kongsberg	X	X	X	X	X	X
Rikshospitalet	X	X	X	X	X	X
Sykehuset i Vestfold		X	X	X	X	X
Blefjell sykehus, Notodden	X	X	X	X	X	X
Blefjell sykehus, Rjukan	X	X	X	X	X	X
Sykehuset Telemark	X	X	X	X	X	X
Sørlandet sykehus, Arendal	X	X	X	X	X	X
Sørlandet sykehus, Lister	X	X	X	X	X	X
Sørlandet sykehus, Kristiansand	X	X	X	X	X	X
<b>Sum sykehus Helse Sør RHF</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Haugesund sjukehus	X	X	X	X	X	X
Stavanger universitetssjukehus	X	X	X	X	X	X
Voss sjukehus	X	X	X	X	X	X
Stord sjukehus	X	X	X	X	X	X
Odda sjukehus	X	X	X	X	X	X
Haraldsplass Diakonale Sykehus	X	X	X	X	X	X
Haukeland universitetssjukehus	X	X	X	X	X	X
Lærdal sjukehus	X	X	X	X	X	X
Nordfjordeid sjukehus	X	X	X	X	X	X
Førde sentralsjukehus	X	X	X	X	X	X
<b>Sum sykehus Helse Vest</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
Molde sjukehus	X	X	X	X		
Kristiansund sykehus	X	X	X	X		
Helse Nordmøre og Romsdal, somatikk					X	X
Volda sjukehus	X	X	X			
Ålesund sjukehus	X	X	X			
Helse Sunnmøre, somatikk				X	X	X
Orkdal sanitetsforenings sjukehus	X	X	X	X	X	
St. Olavs Hospital	X	X	X	X	X	
St. Olavs Hospital HF, somatikk						X
Namsos sykehus	X	X	X	X		
Levanger sykehus	X	X	X	X		
Helse Nord-Trøndelag, somatikk					X	X
<b>Sum sykehus Helse Midt-Norge</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>4</b>
Hålogalandssykehuset, Harstad	X	X	X	X	X	X
Universitetssykehuset i Nord Norge	X	X	X	X	X	X
Helgelandssykehuset, Mo i Rana	X	X	X	X	X	X
Helgelandssykehuset, Mosjøen	X	X	X	X	X	X
Hålogalandssykehuset, Narvik	X	X	X	X	X	X
Nordlandssykehuset, Lofoten	X	X	X	X	X	X
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	X	X	X	X	X	X
Nordlandssykehuset, Bodø	X	X	X	X	X	X
Hålogalandssykehuset, Stokmarknes	X	X	X	X	X	X
Helse Finnmark, Hammerfest	X	X	X	X	X	X
Helse Finnmark, Kirkenes	X	X	X	X	X	X
<b>Sum sykehus Helse Nord RHF</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>

# Litteraturliste

- Biørn E, Hagen T P, Iversen T og J Magnussen*  
2003 The Effect of Activity-Based Financing on Hospital Efficiency: A Panel Data Analysis of DEA Efficiency Scores 1992-2000. *Health Care Management Science* 6, 271-283.
- Christensen Ø og K G Hem*  
2004 Fritt sykehusvalg i Norge. Rapport STF78 A044514. SINTEF Helse
- Dahlen K, Kindseth O, Lie T, Mogseth E og Petersen SØ*  
2002 Ventelister ved helseforetakene i Midt-Norge våren 2002. Rapport STF78 A025501. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning
- Farrell M. J.*  
1957 The Measurement of Productive Efficiency, *Journal of the Royal Statistical Society, A* 120, 253-290.
- Helsedepartementet*  
2002-2003 Ot prp. nr 63. Om lov om enringer i lov av 2. juli 1999 nr 63 om pasientens rettigheter (pasientrettighetsloven).
- Helsedepartementet*  
2003 NOU 2003:1 Behovsbaset finansiering av spesialisthelsetjenesten.
- Helsedepartementet*  
2003 Styringsdokumentene for de regionale helseforetakene 2003
- Helsedepartementet*  
2004 Styringsdokumentene for de regionale helseforetakene, 2004
- Helsedepartementet*  
2003-2004 Stortingsmelding nr. 5. Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten
- Helsedepartementet*  
2003-2004 St.prp. nr. 1. For budsjetterminen 2004.
- Helse Nord RHF*  
2005 Desentralisering av spesialisthelsetjenester i Helse Nord. Rapport fra prosjektgruppe.

*Helse Øst*

2003 Forslag til etablering av nye opptaksområder for helseforetakene i Helse Øst.

*Huseby B (red)*

2004 SAMDATA Somatikk 1/04. Rapport STF78 A045015. Trondheim: SINTEF Helse

*Huseby B*

2005 Sykehusbruk blant eldre i Skandinavia i 2002. Rapport STF78 A055015. Trondheim: SINTEF Helse

*Jørgenvåg R og Ø Hope*

2005 Kvalitet på medisinsk koding og ISF-refusjoner. STF78 A055501. SINTEF Helse

*Jørgenvåg R og L E Kjekshus*

2004 Private avtalespesialister i Helse Øst RHF. Kapasitet, virksomhetsinnhold og rolle i behandlingsskjeden

*Kalseth B, Midttun L, Paulsen B og Nygård L*

2004 Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten-oppgave-utvikling og samspill. Rapport STF78 A045018. Trondheim: SINTEF Helse

*Karstensen A*

2001 Kronikere og ISF. Rapport STF78 A015002. SINTEF Unimed

*Magnussen, J*

2002 SAMDATA Sykehus Rapport; Utvikling i helseregionene etter sykehusreformen. Kap 3. SINTEF rapport STF78 A035020.

*Paulsen B og Johnsen A*

2001 Pasientbro til utlandet: Fire fylker- fire utfall. Rapport STF78 A015025.  
Trondheim: Sintef Unimed Helsetjenesteforskning

*Pedersen, M*

2004 Benchmarking av sykehuskostnader – dekomponerte kostnadsindikatorer for sykehus. SINTEF rapport STF78 A035020.

*Ot prp nr 66*

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

*Sosial- og helsedirektoratet*

2004 Lov om pasientrettigheter. Rundskriv 15-12/2004

*Sosial- og helsedirektoratet*

2005 Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten. Årsrapport 2005

*Torp H, Edvardsen D F og Kittelsen S A C*

2000 Evaluering av formidling. En effektivitetsanalyse av arbeidskontorenes samlede virksomhet basert på DEA. ISF Rapport 2000:008.

*Torvik H, Nyland K og Pettersen, I*

2005 Sensitivitetsanalyse av kostnadsgrunnlaget i SAMDATA, effekt på kostnadsindeks og totale utgifter. SINTEF rapport STF78, A055003